13. ULUSAL ENDOÜROLOJİ KONGRESİ

11-14 Nisan 2019 | Antalya

Ela Quality Resort Belek



endouroloji endourolojiDer

endouroloji2019.org

BİLDİRİ KİTABI

İçindekiler

Önsöz	**3**
Kurullar	**4**
Bilimsel Program	**5**
Sözlü Bildiriler	**23**
Video Bildiriler	**301**
Posterler	**393**
Yazar İndeksi	**443**

ÖNSÖZ



Değerli Meslektaşlarım,

Endoüroloji Derneği tarafından iki yılda bir organize edilen Endoüroloji Kongresi 11-14 Nisan 2019 tarihlerinde Antalya'da düzenlenecektir.

Önceki yıllardan farklı olarak kongre bilimsel programı, alanında seçkin hocalarımız ile oluşturduğumuz "program koordinatörlerimiz" tarafından hazırlanmaktadır. Programda ulusal konuşmacılarımızın yanında SIU, EULIS, SURS ve ESUT özel oturumlarında uluslararası tanınmış endoürologlar görev alacaktır.

Kongre kapsamında yer alan yapılandırılmış, uygulamalı kurs ve sertifikasyon programları Avrupa Üroloji Birliği (EAU) ve Dünya Üroloji Birliği (SIU) ile birlikte yürütülecektir.

Bu yıl Endoüroloji Derneği kuruluşunun 30. Yılını kutlamaktadır. Kuruluşumuzun 30. yıl dönümü dolayısı ile derneğimize emek vermiş tüm yönetim kurulu üyelerini bir araya getirmeyi hedefliyoruz.

Dopdolu bir programla verimli bir kongre geçirmeniz dileğiyle, 13. Ulusal Endoüroloji Kongresi'ne hoş geldiniz.

Endoüroloji Derneği Yönetim Kurulu Adına

Prof. Dr. İsmet Yavaşcaoğlu

KURULLAR

KONGRE BAŞKANI

İsmet Yavaşcaoğlu

BİLİMSEL SEKRETERYA

Selçuk Güven / Gökhan Atış

ENDOÜROLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

	Prof. Dr. İsmet Yavaşcaoğlu *Başkan* *Uludağ Üniversitesi, Üroloji Klinigi , Bursa*
	Prof. Dr. Ali Ünsal *II. Başkan* *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi* *Üroloji Anabilim Dalı, Ankara*
	Prof. Dr. İlker Seçkiner *Genel Sekreter* *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi* *Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep*
	Prof. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu *Sayman* *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi* *Üroloji Klinigi, İstanbul*
	Prof. Dr. Burak Turna *Üye* *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi* *Üroloji Anabilim Dalı, İzmir*
	Prof. Dr. Altuğ Tuncel *Üye* *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi* *Üroloji Anabilim Dalı, Ankara*
	Prof. Dr. Selçuk Güven *Üye* *Medipol Üniversitesi Hastanesi* *Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*
	Doç. Dr. Ali Serdar Gözen *Üye* *Heidelberg Üniversitesi* *Üroloji Anabilim Dalı, Almanya*
	Doç. Dr. Gökhan Atış *Üye* *Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi* *Üroloji Kliniği, İstanbul*

BİLİMSEL PROGRAM

11 Nisan 2019, Perşembe

1. Oturum

13.00-14.15	**Oturum Başkanları: İsmet Nane, Altuğ Tuncel**	
13.00-13.15	Mesane tümörü: En bloc rezeksiyon	Giray Sönmez
13.15-13.30	Üst üriner sistem tümörlerinin endoskopik tedavisi: Sınırlar	Rahim Horuz
13.30-13.45	Lazer prostat enükleasyonu: Adım adım teknik farklılıklar	Lütfi Tunç
13.45-14.00	Lazer prostat enükleasyon komplikasyonları	Murat Arslan
14.00-14.15	Kamu hastanelerinde uygulanabilirliği: Sorunlar ve çözüm önerileri	Ahmet Y. Müslümanoğlu
14.15-14.30	**ARA** *(HAYDİ ÇAY-KAHVE ZAMANI...* *HAVUZ-DENİZ KAPALIDIR!!!)*	

EULIS OTURUMU – BÖLÜM 1: ÜST ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞININ TEDAVİSİ: GELİŞEN TEKNOLOJİ VE DEĞİŞEN ENDİKASYONLAR

14.30-15.30	**Oturum Başkanları: Athanasios Papatsoris, Ahmet Y. Müslümanoğlu**	
14.30–14.45	Böbrek taşlarında SWL'nin hala yeri var mı? Modern çağda sonuçların optimize edilmesi	Michael Straub
14.45–15.00	PNL'de minimalist yaklaşım: Hangi olguda hangi teknik ve gerekçeleri?	Kemal Sarıca
15.00–15.15	Büyük böbrek taşlarının tedavisinde RIRC: PNL çağında hayal mi gerçek mi?	Daron Smith
15.15–15.30	İmpakte üst üreter taşlarının tedavisi: Optimal yaklaşım hala tartışmalı mı?	M. İlker Gökçe

EULIS OTURUMU – BÖLÜM 2: ÖZEL DURUMLARDA ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞININ TEDAVİSİ

15.30-16.15	**Oturum Başkanları: Daron Smith, Erbil Ergenokon**	
15.30–15.45	'Minimal invazif tedavi' çağında büyük ve kompleks taşların tedavisi: Ne değişti?	Domenico Prezioso
15.45–16.00	1-2 cm böbrek taşlarının tedavisi: Yaklaşımım nasıl olmalı?	Selçuk Güven
16.00–16.15	Taş hastalığı kılavuzları günlük üroloji pratiğini nasıl etkiliyor veya etkilemeli?	Athanasios Papatsoris

KURSLAR

SALON B / İLERİ LAPAROSKOPİ KURSU – Bölüm I: Üst Üriner Sistem

16.30-18.30	**Oturum Başkanları: Yaşar Özgök, Lütfi Tunç**	
16.30 – 16.40	Açılış	
16.40 – 16.50	Günümüzde laparoskopik nefrektominin yeri	Yaşar Özgök
16.50 – 17.00	Trans peritoneal desandan nefrektomi (Semi-Live)	Murat Arslan
17.00 – 17.10	Retro peritoneal nefrektomi (Semi-Live)	Ali Serdar Gözen
17.10 – 17.20	Laparoskopik nefrektomide intra operatif komplikasyonlar	Mutlu Ateş
17.20 – 17.30	Minimal invaziv parsiyel nefrektomi'de nüanslar	Burak Turna
17.30 – 17.40	Laparoskopik piyeloplasti	Mert Altınel
17.40 – 17.50	Laparoskopik adrenalektomi: Endikasyonları ve hasta hazırlığı	Yiğit Akın

17.50 – 18.05	Laparoskopik parsiyel adrenalektomi: Hasta seçimi, intraoperatif görüntüleme ve komplikasyon yönetimi	Altuğ Tuncel
18.05 – 18.15	Laparoskopik transperitoneal adrenalektomi (Semi-Live)	Sakıp Erturhan
18.15 – 18.25	Laparoskopik retroperitoneal adrenalektomi (Semi-Live)	Melih Balcı
18.25 – 18.30	Tartışma	Yaşar Özgök

SALON D / TIP HUKUKU KURSU

16.30-18.00	**Oturum Başkanı: Ali İhsan Taşçı**
	Panelistler: **Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Soytaş, Emre Şam, Yunus Kayalı, Joshgun Huseynov, Gökhan Yazıcı, Enes Kılıç, Filip Paslanmaz**

SALON E / E-BLUS KURSU

18.00-19.30	**Oturum Başkanı: Ali Serdar Gözen**
	Eğitmenler: Murat Arslan, Lütfi Tunç, Cenk Gürbüz, Taylan Oksay, Altuğ Tuncel

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI

SALON A / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-1

18:00-19:30	**Oturum Başkanları: Altuğ Tuncel, Alim Koşar**

SALON B / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-2

18:00-19:30	**Oturum Başkanları: M. İlker Gökçe, Ömer Levent Tuncay**

SALON C / VİDEO SUNUM OTURUMLARI-1

18:00-19:30	**Oturum Başkanları: Öner Odabaş, Emrah Yürük**

SALON D / VİDEO SUNUM OTURUMLARI-2

18:00-19:30	**Oturum Başkanları: Tayfun Şahinkanat, Melih Balcı**

12 Nisan 2019, Cuma

2. OTURUM: LAPAROSKOPİK / ROBOTİK ÜROLOJİ (TARTIŞMA)

08.00–09.00	**Oturum Başkanları: İsmet Yavaşcaoğlu, Ahmet Y. Müslümanoğlu**	
08.00–08.15	Laparoskopik sıfır-iskemi parsiyel nefrektomi	Turhan Çaşkurlu
08.15–08.30	Laparoskopik iskemili parsiyel nefrektomi	Hadi Radfar
08.30–08.45	Robotik parsiyel nefrektomi	Eyüp Veli Küçük
08.45–09.00	Üroloji'de laparoskopi: Güncel eğilimler ve gelecek öngörüleri	Yaşar Özgök

AÇILIŞ SEREMONİSİ

09.00–09.45	– Kongreden beklentilerim neler? Neden buradayım?	Enes Kılıç
	– EULİS adına	Kemal Sarıca
	– ESUT adına	Ali Serdar Gözen
	– SIU adına	Jean de la Rosette
	– SURS adına	Ali Rıza Kural
	– Endoüroloji Derneği Başkanı	İsmet Yavaşcaoğlu
09.45-10.00	**ARA** *(HAYDİ ÇAY-KAHVE ZAMANI... HAVUZ-DENİZ KAPALIDIR!!!)*	

3. OTURUM

10.00–12.00	**Oturum Başkanları: Eyüp Gümüş, Oktay Nazlı**	
10.00–10.20	Türk Ürolojisinin alt branşlarının dünü, bugünü ve geleceği	Ateş Kadıoğlu
10.20–10.40	Veri bazlı sağlık hizmetinde sonuçların değerlendirilmesi anahtar rol üstlenir	Derya Tilki
10.40–11.00	Radikal Prostatektomi – açık, laparoskopik, robotik- perineal: İlkeler ve felsefe	Selami Albayrak
11.00-11.20	Fokal terapide ablasyon teknikleri ve takip protokolü nasıl olmalı?	Cenk Gürbüz
11.20–11.40	Prostat biyopsi stratejilerinde güncelleme	Pilar Laguna
11.40–12.00	Sosyal medya kullanımı: Tıp hukuku ve etiği	Ali İhsan Taşcı

4. OTURUM: OPERATİF VİDEOLAR EŞLİĞİNDE PEDİATRİK ENDOÜROLOJİ

12.00–13.00	**Oturum Başkanları: M. İhsan Karaman, R. Cankon Germiyanoğlu**	
12.00–12.15	Pediatrik hastada laparoskopik giriş teknikleri ve inmemiş testiste laparoskopik orşiopeksi	Kaya Horasanlı
12.15–12.30	Endoürolojik piyeloplastive üreteroneo sistostomi	M. Selçuk Sılay
12.30–12.45	Posterior üretral valv ve üreterosel endoskopik tedavileri	M. İhsan Karaman
12.45–13.00	VUR'da endoskopik enjeksiyon teknikleri; STING, HIT ve Double-HIT	R. Cankon Germiyanoğlu
13.00–14.30	**Öğle Yemeği**	

SURS OTURUMU – BÖLÜM 1: GELİŞEN ROBOTİK-ENDOSKOPİK TEKNOLOJİLER VE EĞİTİMLERİ

14.30–15.30	**Oturum Başkanları: Ali İhsan Taşçı, İlter Tüfek**	

14.30–14.45	Giriş konuşması	Jihad Kaouk
14.45–15.00	2018 yılında yayımlanmış robotik cerrahi pratiğini değiştiren en önemli 3 çalışma	Burak Turna
15.00–15.15	Robotik cerrahi eğitiminde güncelleme	Erdem Canda
15.15–15.30	Tartışma	
15.30–15.45	**ARA** *(HAYDİ ÇAY-KAHVE ZAMANI... HAVUZ-DENİZ KAPALIDIR!!!)*	

ESUT OTURUMU

15.45–16.45	**Oturum Başkanları: Abdurrahim İmamoğlu, Turhan Çaşkurlu**	
15.45–16.00	Retrograd intrarenal cerrahi'de cerrah tercihini değiştiren yenilikler	Athanasios Papatsoris
16.00–16.15	Laparoskopik görüntüleme sistemlerindeki son teknolojik gelişmeler ve sonuçlar üzerine etkileri	Ali Serdar Gozen
16.15–16.30	Robotik cerrahi çağında laparoskopi hala yerini koruyor mu?	Ali Serdar Gozen
16.30–16.45	Kas invazif olmayan mesane kanserinde yeni endoürolojik teknolojilerin etkisi	Athanasios Papatsoris

KURSLAR

SALON A / BPH TEDAVİSİNDE LAZER (HOLMİUM, THULİUM) ENÜKLEASYON KURSU

16.30–18.00	**Oturum Başkanları: Lütfi Tunç, Murat Arslan**	
16.30–16.40	Prostat cerrahisinde lazer kullanımı (Holmiyum, Thulium)	Engin Kaya
16.40–16.50	HoLEP günümüzde altın standart mıdır?	Murat Arslan
16.50–17.00	Lazer enükleasyon(Holmiyum, Thulium) için gerekli enstrümanlar	Eymen Gazel
17.00–17.15	HoLEP ameliyatı zorlukları, ipuçları ve püf noktalar (enükleasyon ve morselasyon teknikleri, enerji ayarları)	Serdar Yalçın
17.15–17.30	Lazer enükleasyon komplikasyonları ve yönetimi	Sercan Yılmaz
17.30–17.40	Semi-live HoLEP	Onur Açıkgöz
17.40–17.50	Asistan eğitiminde lazer enükleasyon: Zorluklar	Çağrı Aybal
17.50–18.00	Semi-live HoLEP	Serkan Akdemir

SALON B / TAŞ HASTALIKLARI VE ENDOÜROLOJİ: RETROGRADİNTRARENAL CERRAHİ KURSU

16.30–18.00	**Oturum Başkanları: Hakan Kılıçarslan, Abdul Naser Al Shunaigat**	
16.30–16.40	Retrograd intrarenal cerrahi'de preoperatif ve peroperatif görüntüleme	Tzevat Tefik
16.40–16.50	Retrograd intrarenal cerrahi öncesi hasta hazırlığı, cerrahi donanım ve ameliyathane düzeni	Bülent Erkurt
16.50–17.00	Erişim kılıfını ne zaman kullanalım?	Arda Atar
17.00–17.10	Pasif dilatasyon / Balon dilatasyon	Bilal Eryıldırım
17.10–17.20	Taş kırma yöntemi	Taylan Oksay
17.20–17.30	İşlem sonrası stent takılması	Emrah Yürük
17.30–17.40	Retrograd intrarenal cerrahi ile taş tedavisinde üst limit var mı?	Hakan Kılıçarslan

17.40–17.50	Endoskopik kombine intrarenal cerrahi	M. Can Kiremit
17.50–18.00	Tartışma	Tzevat Tevfik

SALON E / E-BLUS KURSU

18.00–19.30	**Oturum Başkanı: Ali Serdar Gözen**
	Eğitmenler: Murat Arslan, Lütfi Tunç, Cenk Gürbüz, Taylan Oksay, Altuğ Tuncel

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI

SALON A / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-3

18:00–19:30	**Oturum Başkanları: Ömer Faruk Bozkurt, Taylan Oksay**

SALON B / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-4

18:00–19:30	**Oturum Başkanları: Bülent Semerci, Erdal Yılmaz**

SALON C / VİDEO SUNUM OTURUMLARI-3

18:00–19:30	**Oturum Başkanları: Halil Başar, Oktay Akça**

SALON D / VİDEO SUNUM OTURUMLARI-4

18:00–19:30	**Oturum Başkanları: Oktay Nazlı, Selahattin Bedir**

13 Nisan 2019, Cumartesi

5. OTURUM

08.00–08.45	**Oturum Başkanları: İbrahim Bozkırlı, Ali Ünsal**	
08.00–08.15	RIRS: Boyut elbette önemli	Bülent Erkurt
08.15–08.30	Lazer ayar ve parametrelerinin litotripsi performansına etkileri	Gökhan Atış
08.30–08.45	Endoürolojik girişimler ve mikrobiyota	Dilek Uçkan

6. OTURUM

08.45–09.30	**Oturum Başkanı: Ahmet Y. Müslümanoğlu**	
	Üriner sistem taş hastalığı tedavisinde kabus olgular	Athanasios Papatsoris Ömer Levent Tuncay Hakan Kılıçarslan Gökhan Atış

7. OTURUM: ÖNCE ÜROONKOLOJİ, SONRA TEKNOLOJİ

09.30–10.30	**Oturum Başkanları: Tarık Esen, Archil Chkhotua**	
09.30–09.45	Pozitif cerrahi sınır, biyokimyasal nüks veya PSA persistansının, robotik radikal prostatektomi sonrası onkolojik sonuçlara etkisi	Derya Tilki
09.45–10.00	Üst üriner sistem ürotelyal kanserlerinin endoluminal tedavisi: Alternatifler, zorluklar ve güvenirliliği	Pilar Laguna
10.00–10.15	Üroonkolojik bir ameliyat olarak maksimum TUR	Faruk Özcan
10.15–10.30	Tartışma	

SIU OTURUMU

10.30–12.00	**Oturum Başkanları: Pilar Laguna, İsmet Yavaşcaoğlu**	
10.30–10.50	TURP – hala en iyisi mi?	Thomas Herrmann
10.50–11.05	Lazer ve ötesi – hangisini seçmeliyim?	Jean de la Rosette
11.05–11.20	Kılavuzlar bize ne söylüyor?	Stavros Gravas
11.20–11.35	Özel durumlar: Yaşlı ve kırılgan hastalar	Thomas Herrmann
11.35–11.50	Cerrahi başarısızsa sıradaki ne olmalı?	Stavros Gravas
11.50–12.00	Kapanış konuşması	Pilar Laguna
12.00–13.00	**Öğle Yemeği**	
12.00–13.00	**UYDU SEMPOZYUMU** **Eligard 6 Aylık Form ve Xtandi ile Prostat Kanserinde Doğru Hastaya, Doğru Zamanda, Doğru Tedavi** Konuşmacılar: Mert Başaran, Can Öbek, Gökhan Özyiğit	astellas

SURS OTURUMU – BÖLÜM 2: ALT ÜRİNER SİSTEM

13.00–15.30	**Oturum Başkanları: Jihad Kaouk, Ali Rıza Kural**	
13.00–13.15	Tek port robotik prostat cerrahisi	Jihad Kaouk
13.15–13.30	Prostat kanserinde kurtarma robotik prostatektomi	Alan McNeill
13.30–13.45	Robotik Sistektomi – Standart tedavi haline geldi mi?	M. Derya Balbay

13.45–14.00	Extra peritoneal robotik radikal prostatektomi	Alan McNeill
14.00–14.15	Üst üriner sistemin tek port robotik cerrahisi	Jihad Kaouk
14.15–14.30	Robotik renal transplantasyonda güncelleme	Volkan Tuğcu
14.30–15.15	Olgu tartışmaları Moderatör: Can Öbek Ali Rıza Kural, Gökhan Özyiğit, Jihad Kaouk, Burak Turna Mert Başaran, Alan McNeill, M. Öner Şanlı	
15.15–15.30	Kapanış yorumları	Jihad Kaouk
15.30–15.45	**ARA** *(HAYDİ ÇAY-KAHVE ZAMANI... HAVUZ-DENİZ KAPALIDIR!!!)*	

8. OTURUM: ÜROONKOLOJİ, SONRA TEKNOLOJİ BÖLÜM 2: YAPILANDIRILMIŞ MİNİ-PANEL: MİNİMAL İNVAZİV LENFADENEKTOMİ: ENDİKASYONLAR, LİMİTLER

15.45–16.30	**Oturum Başkanları: Tarık Esen, Archil Chkhotua**	
15.45–15.55	Prostat kanserinde evreleyici	Fatih Atuğ
15.55–16.05	Prostat kanserinde kurtarıcı	Derya Tilki
16.05–16.15	Mesane kanserinde evreleyici	Öner Şanlı
16.15–16.30	NSGHT'depostkemoterapi minimal invaziv lenfadenektomi: Nasıl yapılmalı?	Tarık Esen

9. OTURUM

16.30 – 17.30	**Oturum Başkanı: Tarık Esen**	
	Üroonkoloji Olgu Tartışması Pilar Laguna, Altuğ Tuncel, Burak Turna, M. Öner Şanlı, İlter Tüfek	

KURSLAR

SALON B / İLERİ LAPAROSKOPİ EĞİTİM KURSU: BÖLÜM II ALT ÜRİNER SİSTEM

16.30–18.00	**Oturum Başkanları: Ali Serdar Gözen, Ömer Levent Tuncay**	
16.30-16.35	Açılış	
16.35-16.50	Laparoskopik böbrek anatomisi (Video)	Lütfi Tunç
16.50-17.05	Laparoskopik transperitoneal / retro peritoneal nefroüreterektomi, lenf nodu diseksiyonu ve mesane güdük eksizyonu	M. Cenk Gürbüz
17.05-17.20	Laparoskopik sistektomi	Kadir Ömür Günseren
17.20-17.35	Laparoskopik radikal prostatektomi: Adım adım teknik detaylar	Yaşar Özgök
17.35-17.50	Laparoskopik retro peritoneal radikal prostatektomi: 3 trokar-adım adım teknik	Yiğit Akın
17.50-18.00	Üriner inkontinansın medikal ve laparoskopik tedavisi	Burhan Coşkun

SALON C / TAŞ HASTALIKLARI VE ENDOÜROLOJİ PCNL KURSU

16.30–18.15	**Oturum Başkanları: İlker Seçkiner, Ahmet Öztürk**

16.30–16.35	Açılış Konuşmaları – Kursun Amaç ve Hedefleri	İlker Seçkiner, Ahmet Öztürk
16.35–16.45	PCNL için hasta hazırlığı ve Pozisyon (Pron, Supin, Lateral)	Taylan Oksay
16.45–16.55	Perkütan giriş teknikleri: Floroskopi kılavuzluğunda (Triangulasyon ve Öküz gözü)	İlker Seçkiner
16.55–17.05	Ultrason kılavuzluğunda perkütan giriş	Bilal Eryıldırım
17.05–17.15	Endoskopi Kılavuzluğunda perkütan giriş	M. İlker Gökçe
17.15–17.25	Perkütan trakt dilatasyonu teknikleri (Amplatz, balon, metalik)	Berkan Reşorlu
17.25–17.35	Trakt çapının önemi var mı? Standard, Mini, UltraMini, Mikro	Ali Ünsal
17.35–17.45	Nefroskop (rijit, fleksibl) ve intrakorpereal litotripsi: Hangi olguda hangi cihaz? Avantaj ve dezavantajları	Ahmet Öztürk
17.45–17.55	İşlem sonrasında nefrostomi seçimi (tüplü, tüpsüz)	Tzevat Tevfik
17.55–18.15	PCNL Komplikasyonları: Önleme, erken tanı ve tedavi	Fatih Altunrende
18.15	Soru- Cevap ve Kapanış	

SALON D / E-BLUS SINAVI

16.30 – 18.30

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI

SALON A / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-5

18:00–19:30 **Oturum Başkanları: Faruk Özcan, Şenol Adanur**

SALON B / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-6

18:00–19:30 **Oturum Başkanları: Murat Tunç, Selçuk Güven**

SALON C / SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI-7

18:00–19:30 **Oturum Başkanları: Erdem Canda, Abdurrahim İmamoğlu**

SALON D / VİDEO SUNUM OTURUMLARI-5

18:00–19:30 **Oturum Başkanları: Selami Albayrak, Gökhan Gökçe**

14 Nisan 2019, Pazar

10. OTURUM		
08:00–09:15	**Oturum Başkanları: İlker Seçkiner, Vasıf İsmayıl**	
08.00–08.15	PNL vs RIRC: Gelecekte bizi neler bekliyor?	Abdurrahim İmamoğlu
08.15–08.30	Taş hastalarına eş-zamanlı çift taraflı endoürolojik yaklaşım: Hangi vakalarda ve nasıl?	Melih Balcı
08.30–08.45	Tek kullanımlık flexible üreteroskop: Kime, hangi durumlarda ve nasıl?	Alim Koşar
08.45–09.00	Akılcı İlaç Kullanımı	Ata Nevzat Yalçın
09.00–09.15	Tartışma	

11. OTURUM		
09.15–10.00	**Oturum Başkanları: H. Murat Tunç, Bülent Semerci**	
09.15–09.30	Laparoskopik radikal prostatektomi: Uygun teknikle en iyi onkolojik ve fonksiyonel sonucu sağlayabilir	Hakan Vuruşkan
09.30–09.45	Robotik radikal prostatektomi	Emrah Yürük
09.45–10.00	Robotik perineal radikal prostatektomi	Volkan Tuğcu

12. OTURUM	
10.00–10.45	**Olgular eşliğinde pediatrik taş hastalıkları paneli** Kaya Horasanlı, Berkan Reşorlu, İzzet Koçak, Arda Atar
10.45–11.00	**ARA** *(HAYDİ ÇAY-KAHVE ZAMANI... HAVUZ-DENİZ KAPALIDIR!!!)*

13. OTURUM		
11.00–12.00	**Oturum Başkanı: İsmet Yavaşcaoğlu**	
11.00–11.15	Eve dönüş mesajları (Üriner Sistem Taş Hastalığı)	Murat Can Kiremit
11.15–11.30	Eve dönüş mesajları (Üroonkoloji-Üst Üriner Sistem)	Selçuk Şahin
11.30–11.45	Eve dönüş mesajları (Üroonkoloji-Alt Üriner Sistem)	Mehmet Kaynar
11.45–12.00	Eve dönüş mesajları (Endoüroloji – Genel)	Fatih Yanaral

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 1

11 Nisan 2019, Perşembe / Salon A / Saat: 18.00 – 19.30
Oturum Başkanları: Altuğ Tuncel, Alim Koşar

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-001	Percutaneous Nephrolithotomy Versus Flexible Ureteroscopy İn Terms Of Cost-Effectiveness İn Patients with 10-30 mm Renal Stones	Ercüment Keskin
SS-002	Çocuklarda Böbrek ve Üreter taşlarında ESWL tedavisi	Ahmet Çamtosun
SS-003	Böbrek Tümörlerinde Laparoskopik ve Açık Radikal Nefrektominin Karşılaştırılması	Ahmet Çamtosun
SS-004	Tek Traktan Staghorn Böbrek Taşlarında Perkütan Nefrolitotomi	Ahmet Çamtosun
SS-005	Ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi tedavisi gören çocuk hastaların metabolik değerleri	Ahmet Çamtosun
SS-006	Çocuk Hastalarda Perkütan Nefrolitotomi	Ahmet Çamtosun
SS-007	Pediatrik hastalarda Nötrofil/lenfosit oranı ve Platelet/ lenfosit oranının böbrek taşının dansitesi ve boyutu ile bir ilişkisi var mı?	Ahmet Çamtosun
SS-008	Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi	Ahmet Mert
SS-009	Perkütan nefrolitotomide ultrason ve floroskopi yardımlı giriş yöntemlerinin karşılaştırılması; Prospektif randomize çalışma	Cengiz Çanakcı
SS-010	Fluoroscopy versus ultrasound guided percutaneous nephrolitotomy in upper calyx access: safety and effectiveness comparison	Cengiz Çanakcı
SS-011	Transurethral enucleation of a solitary fibrous tumor of urinary bladder	Ali Akkoç
SS-012	Endoskopik sistolitotomi ve Bipolar TUR(prostat) ile Ürolift sonrası mesane boynu taşı ve prostat tedavisi	Aliseydi Bozkurt
SS-013	Effect of Autologous Fibrin Glue on Lymphatic Drainage and Lymphocele Formation in Extended Bilateral Pelvic Lymphadenectomy in Robot-Assisted Radical Prostatectomy	Asgar Garayev
SS-015	Anomalili Böbrekteki Taşların Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi Başarılı mı?	Bahri Gök
SS-016	Aort anevrizması içine hapsolmuş bir üreter darlığı olgusu: Olağandışı deneyim	Bayram Güner
SS-017	Nadir bir üreter yaralanması olgusu: Tüfek saçması ile üreter yaralanması	Bayram Güner
SS-018	Üreterorenoskopik tedavi uygulanan renal pelvis taşlarında semi-rigid ve flexible URS verilerinin retrospektif karşılaştırılması	Erdinç Dinçer
SS-019	Robot Yardımlı Parsiyel Nefrektomi Cerrahi ve Onkolojik Sonuçlarımız	Burak Köprü
SS-020	Robotik Radikal Prostatektomi: Erken Dönem Cerrahi ve Onkolojik sonuçlarımız	Burak Köprü
SS-021	Soliter böbrekli taş hastalarında retrograd intrarenal cerrahi ne kadar güvenli?	Bülent Katı
SS-022	İzole renal pelvis taşlarında rijit ve bükülebilir üreterorenoskopi sonuçlarımız	Can Aykanat
SS-023	Is the length of renal calyx excretion diameter effective in stone formation?	Umut Sarıoğulları
SS-026	Üretral foleyin klinik pratikteki yeri	Cemal Ferhat Önal
SS-027	Lokalize prostat kanseri nedeniyle radyoterapi alan hastalarda hormonoterapinin üretral darlık gelişimi üzerine etkisi	Cemal Ferhat Önal
SS-028	Cilt-taş Mesafesindeki Dokuların ESWL Başarısına Etkisi	Cengiz Çanakcı
SS-029	Laparoskopik Nefrektomi (Tunç Tekniği): Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sonuçları	Yunus Kayalı
SS-030	Robot Yardımlı Retroperitoneal Parsiyel Nefrektomi Tekniğimiz Ve Erken Dönem Sonuçlarımız	Çağatay Özsoy
SS-165	Elektif laparoskopik parsiyel nefrektomide uzamış sıcak iskemi süresi'nin renal fonksiyonlara etkisi kalıcı mıdır? Sınırlı, uzamış ve aşırı uzamış iskemi süreleri ile yapılan karşılaştırmalı bir analiz	Selçuk Erdem
SS-166	Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomide erken dönem onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar: İlk 22 vaka	Selçuk Erdem
SS-167	Açık ve minimal invaziv parsiyel nefrektomi tekniklerinin Trifekta analizi: Türk Üroloji Akademisi Üroonkoloji Çalışma Grubu Çok Merkezli Parsiyel Nefrektomi Veritabanı sonuçları	Selçuk Erdem
SS-168	Sıfır İskemik Elektif Parsiyel Nefrektomide Renal Fonksiyonların Açık ve Minimal Teknikler Arasında Karşılaştırılması: Türk Üroloji Akademisi Üroonkoloji Çalışma Grubu Çok Merkezli Parsiyel Nefrektomi Veritabanı Sonuçları	Selçuk Erdem

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 2

11 Nisan 2019, Perşembe / Salon B / Saat: 18.00 – 19.30
Oturum Başkanları: M. İlker Gökçe, Ömer Levent Tuncay

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-031	Robotik Perineal Prostatektomi ve Robotik Transperitoneal Prostatektomi Karşılaştırılması	Coşkun Hüseynov
SS-032	Robot Yardımlı Radikal Perineal Prostatektomi; 110 Vakanın Sonuçları	Coşkun Hüseynov
SS-033	Böbrek taşlarının Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) ile tedavisinde Spinal Anestezi (SA) ve Genel Anestezi (GA) yöntemlerinin karşılaştırılması: SA, RİRC için bir seçenek olabilir	Çağrı Şenocak
SS-034	Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) sonrası Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile saptanan Rezidüel Fragmanların (RF) doğal seyri	Çağrı Şenocak
SS-035	Is there any predictive value of the ratio of the upper to lower diameter of the ureter for ureteral stone impaction?	Deniz Abat
SS-036	Enkruste Üreteral Stentlerin Yönetimi: Tek Merkez Deneyimi	Ekrem Güner
SS-037	Füzyone Çoklu Böbrek Anomalisine Yaklaşım	Emrah Yakut
SS-039	Staghorn Böbrek Taşlarının Tedavisinde Tek Alt Pol Girişi	Emre Şam
SS-040	Üriner sisteme yönelik Laparoskopik cerrahide ilk deneyimlerimiz:97 vaka	Arif Aydın
SS-041	Prostat Kanseri Tanısında Transrektal İğne Biyopsisindeki Kor Uzunluğunun Etkisi	Enes Kılıç
SS-042	Gebelik hidronefrozu nedeni ile dj kateter takılmasının fetal gelişim üzerine etkisi	Engin Denizhan Demirkıran
SS-043	Böbrek tümörü nedeniyle laparoskopik girişim uygulanan hastalarla ilgili klinik deneyimimiz	Engin Denizhan Demirkıran
SS-044	Prostat Doku Dansitesinin Holmium Lazer Prostat Enükleasyonu (HoLEP) Perioperatif Sonuçlarına Etkisi: Pilot Çalışma	Engin Kaya
SS-045	Şok Dalga Litotripsisinin Ağrı Yönetiminde Ultrason Eşliğinde Tek Taraflı Transversus Abdominis Bloğunun Analjezik Etkinliği	Engin Kaya

SS-046	Renal artere stent yerleştirilmesine bağlı oluşan renal hematom: Olgu Sunumu	Enis Mert Yorulmaz
SS-047	Akut batının nadir bir sebebi; Ateşli silah yaralanması sonrası gelişen intraperitoneal fistül: Olgu Sunumu	Enis Mert Yorulmaz
SS-048	Üreter Üst Kısım Taşlarında Semi Rijid Ureterorenoskopi İle Ekstracorporal Şok Dalga Litotripsisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması	Ercüment Keskin
SS-049	Soliter böbrekli taş hastalarında retrograd intrarenal cerrahi sonuçlarımız	Bahri Gök
SS-050	Öncesinde Pron Pozisyonda Perkütan Nefrolitotomi Hikayesi Olan Hastalarda Supin Perkütan Nefrolitotomi Deneyimlerimiz	Erdem Öztürk
SS-051	Retrograd intrarenal cerrahi sonrası rezidüel taşların değerlendirilmesi	Eyüp Veli Küçükn
SS-052	Hidronefroz Varlığı Perkütan Nefrolitotomi'de Perioperatif Sonuçları İle İlişkilimidir?	Erdinç Dinçer
SS-053	Parsiyel Nefrektomi; Robotik – Laparoskopik?	Erem Asil
SS-054	Retrorenal Kolon Varlığında Perkütan Nefrolitotomi: 'Adana Technic' Yöntemi ve Sonuçlarımız	Ergün Alma
SS-055	Semirijid üreterorenoskop ile üreter taşı cerrahisinin etkinliği: Retrograd taş migrasyonu taşsızlık oranlarına engel midir?	Erhan Ateş
SS-056	Laparoskopik Transperitoneal Piyeloplasti deneyimimiz	Erkan Ölçücüoğlu
SS-057	Laparoskopik ürolojide 10 yıllık sonuçlarımız: 712 olgu	Erkan Ölçücüoğlu
SS-058	Perkütan nefrolitotomi sonrası ateşi olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması	Eymen Özer
SS-059	A Prospective Randomized Study Comparing Retrograde Intrarenal Surgery under Spinal Anesthesia vs General Anesthesia	Eyyup Sabri Pelit
SS-060	Üreteral obstruksiyona neden olan {Fibroepitelyal üreter polipleri}; olgu sunumu	Fahri Erkan Sadioğlu

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 3

12 Nisan 2019, Cuma / Salon A / Saat: 18.00 – 19.30
Oturum Başkanları: Ömer Faruk Bozkurt, Taylan Oksay

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-062	10< – ≤20 mm büyüklüğündeki proksimal üreter taşlarında başlangıçta litotripsi için tercih edilen semirijid üreteroskopi, flexible üreteroskopi veya şok dalga litotripsi girişimleri tedaviyi nasıl etkiler?	Fatih Sandıkçı
SS-063	20-40 mm Böbrek Taşlarının Tedavisinde Perkütan Nefrolitotomi ve Retrograd İntrarenal Cerrahinin Karşılaştırılması	Taha Uçar
SS-064	Pediatrik üreter taşlarının tedavisinde laser ve pnömotik litotripsi sonuçlarının karşılaştırılması	Fuat Kızılay
SS-065	Böbrek Pelvisinde Olan Orta Boy Taşların Tedavisinde Yeniden Kullanılabilir ve Tek Kullanımlık Fleksibil Üreteroskopların Etkinlik Açısından Karşılaştırılması	Goksel Bayar
SS-066	Parmakla Rektal Muayenenin Füzyon Prostat Biyopsisi Patoloji Sonucu ile Uyumunun PIRADS Skorlarına Göre Değerlendirilmesi	Gökhan Sönmez
SS-067	PSA<10 ng/ml olan ve multiparametrik MR kılavuzluğunda füzyon prostat biyopsisi yapılan hastalarda PSA dansitesi maligniteyi ön görmede etkili bir belirteç midir?	Gökhan Sönmez
SS-068	Does Youtube include high-quality resources for training on laparoscopic and robotic radical prostatectomy?	Gökhan Yazıcı
SS-069	Hasta başı asistans tecrübesi olan konsol cerrahının robotik radikal prostatektomi sonuçları: ilk 50 vaka	Hacı İbrahim Çimen
SS-070	Şok dalga litotripsi (SWL) etkinliğini öngörücü faktörlerin çok değişkenli analizi	Hacı İbrahim Çimen
SS-071	Daha önce geçirilen beden dışı şok dalga ile taş kırma, perkütan nefrolitotominin sonuçlarını ve komplikasyonlarını etkiler mi?	Hacı İbrahim Çimen
SS-073	Texture Analysis of urolithiasis by using first order statistics for prediction of shockwave lithotripsy success	Samir Ağalarov
SS-074	Laparoskopik Parsiyel Nefrektomide Renorafi Yapılmaması Böbrek Fonksiyonlarının Korunabilmesine Katkı Sağlar Mı?	Uğur Yücetaş
SS-075	Laparoskopik Adrenalektomi Uygulanan Hastaların Onkolojik Sonuçları	Hüseyin Özgür Kazan
SS-076	Üreter Üst Kısım Taşlarında Fleksbl Üreterorenoskopi Etkinliği	İbrahim Karabulut
SS-077	Additional parameters in VCUG to predict the success of endoscopic subureteral injection in pediatric patients	İsmail Selvi
SS-078	The importance of plasma arginine level and its downstream metabolites in diagnosing prostate cancer	İsmail Selvi
SS-079	Lokalize (T1-T2 Evreli) Renal Hücreli Karsinom Olgularında Kardiyovasküler Hastalık Gelişme Riskini Öngören Framingham Skorunun Nefrektomi Sonrası Onkolojik Sonuçlar Üzerine Etkisi	İsmail Selvi
SS-080	Tek merkezin Transperitoneal Robot yardımlı Radikal Prostatektomi Sonuçları: 10 yıllık Deneyim	Joshgun Huseynov
SS-081	Laparoskopik Donör Nefrektomi Deneyimlerimiz	Joshgun Huseynov
SS-082	Böbrek taşı nedeniyle taşın en uzun aksı ölçü alınarak RİRC ve SWL yapılan hasta gruplarında taş hacimlerinin ve taş boyutlarının karşılaştırılması	Joshgun Huseynov
SS-083	Laparoskopik Adenomektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi	Kadir Ömür Günseren
SS-084	Laparoskopik radikal sistektomi: 12 yıllık deneyimimiz	Kadir Ömür Günseren
SS-085	2cm'den Küçük ve Büyük Böbrek Taşlarının Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi	Kadir Ömür Günseren
SS-086	6 cm ve üzeri kitleler için Laparoskopik adrenalektomi	Kadir Ömür Günseren
SS-087	Fluoroscopy Free Retrograde Intrarenal Surgery:The Report of 128 Cases	Recep Eryılmaz
SS-088	Böbrek Taşlarının Tedavisinde Mikro ve Mini Perkütan Nefrolitotomi Yöntemlerinin Karşılaştırılması	Mahmud Zahid Ünlü
SS-089	Robot Yardımlı ve Saf Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sonrasında Glomerüler Filtrasyon Hızındaki Değişikliği Etkileyen Faktörler	Mahmut Ekrem İslamoğlu
SS-090	Serum Ürik Asit Değerleri İle Prostatik Kalküli Varlığı Arasında İlişki Var Mı?	Mehmet Serkan Özkent

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 4

12 Nisan 2019, Cuma / Salon B / Saat: 18.00 – 19.30
Oturum Başkanları: Bülent Semerci, Erdal Yılmaz

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-091	Transüretral mesane tümörü rezeksiyonunda patoloji spesmeninde kas dokusu örneklenmesine etki eden faktörler	Mefail Aksu
SS-092	Üreter taş tedavisinde erken üreteroskopinin komplikasyon ve başarı üzerine etkisi	Mefail Aksu
SS-093	Üriner Sistem Taş Hastalığında Etyolojik Faktörler ve Beslenme Alışkanlıkları Analizi: İki Merkez Sonuçları	Fatih Sandıkçı
SS-094	Üriner Sistem Taşlarında Önceki Müdahalelerin Preoperatif ve Postoperatif Sonuçlara Etkisi: İki Merkezli Analiz	Fatih Sandıkçı
SS-095	Üriner Sistem Taşlarında Preoperatif İdrar Kültürü Alınma Zamanının Postoperatif Enfeksiyon Gelişimine Etkisi	Özgür Kazan
SS-096	Double J Stent Kültürünü Etkileyen Faktörler	Furkan Şendoğan
SS-097	Clear Cell Renal Cell Carcinoma with Osseous Metaplasia: Two Extremely Rare Cases and Review of the Literature	Gökhan Atış
SS-098	Laparoskopik Pyeloplasti, Bursa Uludağ Üniversitesi deneyimi	Mehmet Çağatay Çiçek
SS-099	Anestezi açısından yüksek riskli hastalarda internal üretrotomi sırasında lokal anestezi tercih edilebilir mi?	Mehmet Demir
SS-100	Bilateral duplike üreter anomalisi: Aynı anda üç toplayıcı sistemin taşla obstrüksiyonu, olgu sunumu	Mehmet Erhan Aydın
SS-101	Bazal Böbrek Fonksiyon Rezervine Göre Perkütan Nefrolitotominin Böbrek Fonksiyonlarına Erken ve Geç Etkileri	Mehmet Erhan Aydın
SS-102	Preoperatif Glomerüler Filtrasyon Hızının Perkütan Nefrolitotomi Sonuçları Üzerine Etkisi	Mehmet Erhan Aydın
SS-103	Transplant Böbrekte PNL Operasyonu: Olgu Sunumu	Mehmet Erhan Aydın
SS-104	RETUR-MT yapılan hastalarda monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyonun peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif sonuçlarının karşılaştırılması: prospektif, randomize çalışmanın erken dönem sonuçları	Mehmet Erhan Aydın
SS-105	Monopolar ve bipolar rezeksiyon ile yapılan Re-TUR sonrası gelişen komplikasyonların Clavien-Dindo sınıflamasına göre karşılaştırılması	Mehmet Erhan Aydın
SS-106	Mesane tümörü nedeniyle transüretral rezeksiyon yapılan hastalarda kas örnekleme açısından monopolar ve bipolar rezeksiyonun karşılaştırılması	Mehmet Erhan Aydın
SS-107	Obturator sinir bloğu altında monopolar ve bipolar TUR-MT tekniklerinin peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif parametreler üzerine etkisi: prospektif, randomize çalışmanın erken dönem sonuçları	Mehmet Erhan Aydın
SS-109	Distal Üreter Taşlarının Medikal Expulsif Tedavisinde Tadalafil İle Tamsulosinin Karşılaştırılması	Mehmet Solakhan
SS-112	Staghorn Böbrek Taşlarına Laparoskopik Yaklaşım: Klinik Deneyimimiz	Mehmet Yılmaz
SS-113	Laparoskopik Üreterolitotomi: Tek Cerrah Deneyimi	Mehmet Yılmaz
SS-114	Laparoskopik Nefrektomi Sonrası Perioperatif Morbiditenin Değerlendirilmesi	Mehmet Yılmaz
SS-115	Böbrek Taşı Cerrahi Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi Ve Perkütan Nefrolitotomi Maliyetlerinin Karşılaştırılması	Mehmet Yılmaz
SS-116	Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sonrası Cinsel Yaşamın Seksüel Yaşam Kalitesi Ölçeği (SQoL) ile Değerlendirilmesi	Mehmet Yılmaz
SS-117	Mesane Tümörlerinde Transüretral Rezeksiyon (TUR-t) Patoloji Sonucu ile Biyokimyasal Parametreler Arasındaki İlişki	Aykut Çolakerol
SS-118	Robotik yardımlı radikal prostatektomi (RARP) sonrası Hem-o-lok® klipsinin(HOLCs) mesaneye göçü	Mehmet Yilmaz
SS-119	Daha Önce Açık Taş Cerrahisi Geçiren Hastalarda Perkütan Nefrolitotomi: Başarı azalıyor mu ?	Mehmet Zeynel Keskin
SS-120	Frequency of haemostatic agents used during partial nephrectomy	Mehmet Zeynel Keskin

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 5

13 Nisan 2019, Cumartesi / Salon A / Saat: 18.00 – 19.30
Oturum Başkanları: Faruk Özcan, Şenol Adanur

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-122	Tekrarlayan ESWL Tedavisinde Ağrının Değerlendirilmesi	Muhammet Fuat Özcan
SS-123	Klinik evre T1 böbrek tümörler için robotik parsiyel nefrektomi: 177 hastada hiler klemp uygulayarak ve uygulamadan edindiğimiz tecrübemiz	Murat Can Kiremit
SS-124	Kistik komponente sahip renal kitlesi olan hastalarda robot yardımlı parsiyel nefrektomi (RAPN) deneyimlerimiz	Murat Can Kiremit
SS-125	Robotic radical prostatectomy in high-risk prostate cancer: Experience in 126 patients	Murat Can Kiremit
SS-126	Mesane boynu koruyucu yaklaşım robotik radikal prostatektomi sonuçlarını nasıl etkiler?	Murat Keske
SS-127	Robotik Radikal Prostatektomi sonrası en az 5 yıl takibi olan hastalarımızın sonuçları	Murat Keske
SS-128	pT3 prostat kanserinde Robotik Radikal Prostatektomi sonuçları: 261 hastalık deneyim	Murat Keske
SS-129	Prostat ağırlığı ≥ 150 gram olan hastalarda robotik radikal prostatektomi sonuçları	Murat Keske
SS-130	Retrograde Intrarenal Surgery: Calculi Displacement	Murat Kuru
SS-131	İskemisiz robotik parsiyel nefrektomi: Pre-operatif ve operatif parametreler	Mustafa Bilal Tuna
SS-132	Retrograd intrarenal cerrahide üreteral akses kılıfı kullanımının postoperatif enfeksiyon üzerine etkisi	Mustafa Karaaslan
SS-135	Floroskopik ve ultrasonografik akses yapılan supin perkütan nefrolitotomi vakalarımızın erken dönem sonuçları	Mustafa Soytaş
SS-136	Supin perkütan nefrolitotomide pozisyon ve manipülasyon için hızlı ve ucuz bir seçenek: ´U Yastık`	Mustafa Soytaş
SS-137	Üreteroskopik Lazer Litotripsi sırasında İmpakte Taş varlığı ve Üreter Duvar Kalınlığındaki Artış Üreter Yaralanması Riskini Artırıyor	Mustafa Soytaş

SS-138	Fleksibl Üreterorenoskopi Sonrası Postoperatif Şiddetli Ağrıyı Öngören Parametrelerin Araştırılması: Tek Belirleyici Parametre Taş boyutu	Mustafa Zafer Temiz
SS-139	Retrograde Renal Surgery or Percutaneous Nephrolithotomy? Efficacy and Safety of Retrograde Renal Surgery for Larger Solitary Kidney Stones	Mustafa Zafer Temiz
SS-140	Galdako- modifiye Valdivia supin pozisyonu ile yapılan perkütan nefrolitotomi: Ardışık 148 hastanın sonuçları	Nurullah Hamidi
SS-141	Endoürologun tecrübesinin supin pozisyon ile yapılan perkütan nefrolitotomi sonuçlarını üzerine etkisi	Nurullah Hamidi
SS-142	Spinal anesthesia-assisted TUR-B in bladder tumors may improve the comfort and efficacy of intravesical chemotherapy	Nusret Can Çilesiz
SS-143	Use of Acoustic Radiation Force Impulse Elastography to Discrim- ination Benign and Malignant Masses for Bladder	Onur Dede
SS-144	Bilateral Obstructive Uropathy Due to spontaneously a Large Rectus Sheath Hematoma in a Patient on Anticoagulant Treatment	Onur Dede
SS-145	Changes in Acute Kidney Injury Markers Caused by ESWL Therapy in Children	Onur Dede
SS-146	18 yaşından küçük pediatrik hastalarda uygulanan farklı perkütan nefrolitotomi prosedürlerinin değerlendirilmesi	Onur Dede
SS-147	10-20 mm Arası Böbrek Taşlarının Tedavisinde Mikroperkutan Nefrolitotomi ile Retrograd İntrarenal Cerrahinin Karşılaştırılması	Osman Barut
SS-148	Perkutan Nefrolitotomi Yapılan Hastalarda Farklı Anestezi Yöntemlerinin Karşılaştırılması	Osman Barut
SS-149	Perkütan nefrolitotomi sonrası kan transfüzyonunu etkileyen faktörler	Sait Özbir
SS-150	Factors affecting fluoroscopy time during percutaneous nephrolithotomy: Impact of stone volume distribution in renal collecting system	Sait Özbir

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 6

13 Nisan 2019, Cumartesi / Salon B / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Murat Tunç, Selçuk Güven

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-151	Fleksible Üreterorenoskopların Kullanım Ömrü ve Bozulma Nedenleri	Mustafa Soytaş
SS-152	Robotik radikal prostatektomide 360 derece mesane boynu koruyucu cerrahi teknik uygulanması gerekli mi?	Asgar Garayev
SS-153	Kronik Böbrek Hastalığının Retrograd intrarenal cerrahi Sonuçlarına Etkisi	Rahmi Aslan
SS-155	Pediatrik üreteral taşlarda ultra ince semi-rigid üreteroskopun etkinliği: Tek merkez deneyimi	Ramazan Topaktaş
SS-156	Proksimal üreter taşı tedavisinde spinal anestezinin güvenilirliği ve etkinliği	Ramazan Topaktaş
SS-157	Erişkin hastalarda mini perkütan nefrolitotomi deneyimlerimiz	Ramazan Topaktaş
SS-158	Çocukluk çağında böbrek taşı nedeniyle uyguladığımız perkütan nefrolitotomi: Tek merkez 10 yıllık deneyimlerimiz	Ramazan Topaktaş
SS-159	Mini Pnl Hastalarında Pnömotik Litotriptör ve Holmiyum Yag Lazerin Karşılaştırılması	Recep Eryılmaz
SS-160	Retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) sonrası enfektif komplikasyonlar ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi	Samet Şenel
SS-161	Retrograd intrarenal cerrahide (RİRC) intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi	Samet Şenel
SS-162	Soliter böbrekli (SB) hastalarda Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) sonuçlarımız	Samet Şenel
SS-163	Preoperatif bilgisayarlı tomografide ölçülen taş dansitesi (TD) değerinin 1250 Hounsfield Ünitesinin (HÜ) üzerinde olması RİRC başarısını bağımsız olarak etkileyen bir faktördür	Samet Şenel
SS-164	10-20 Mm Böbrek Alt Pol Taşlarında Retrograd İntrarenal Cerrahi (Rırc) Ve Taş Kırma (Swl) Etkinliğinin Karşılaştırılması	Selahattin Bedir
SS-169	Prostat Kanseri Şüphesi ile Manyetik Rezonans Görüntüleme Kılavuzluğunda Transrektal Prostat Biyopsisi Uygulanan 292 Hastada Sonuçlarımız	Sercan Yılmaz
SS-170	HoLEP Sonrası Güvenli Morselasyon İçin İpuçları	Serdar Yalçın
SS-171	Mikroperkütan Nefrolitotripsi: İlk Deneyimlerimiz	Serkan Doğan
SS-172	Tanısal Sistoskopide Antibiyotik Profilaksisi: İki Farklı Antibiyotik Uygulamasının Karşılaştırılması	Serkan Özler
SS-173	Laparoskopik radikal prostatektomi, 15 yıllık deneyim	Sezgin Yeni
SS-174	Cigarette smoking factor effecting recurrence and progression of non invasive bladder cancer treated by TUR-M	Sinan Çelen
SS-175	Böbrek taşı tedavisinde Dijital ve Konvansiyonel Flexible Üreteroskop'un güvenilirlik ve etkinliğinin karşılaştırılması	Süleyman Sağır
SS-176	Infective complications after percutaneous nephrolithotomy: our clinical experience	Samir Ağalarov
SS-179	10-20 mm taşlarda Şok dalgası ve Fleksible Üreterorenoskopi yöntemlerinin yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması	Taha Uçar
SS-180	Endoskopik böbrek ve üreter taşı cerrahisi sonrası postoperatif idrar yolu enfeksiyonları ve ilaç direnç paternleri	Taha Uçar

SÖZLÜ SUNUM OTURUMLARI – 7

13 Nisan 2019, Cumartesi / Salon C / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Erdem Canda, Abdurrahim İmamoğlu

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
SS-185	Üreteral katater kültürünün klinik önemi nedir?	Tuncay Toprak
SS-186	Ratlarda Renal İskemi/Reperfüzyon Hasarında İntraperitoneal Butein Uygulamasının Etkileri	Tuncay Toprak
SS-187	Comparison of R-URS and SWL for ureteral stones between 1 to 2 centimeter	Turgay Ebiloğlu
SS-188	Does preoperative use of silodosin affect the stages of F-URS procedure?	Turgay Ebiloğlu
SS-189	Vezikostomi orifisi ileri derecede daralmış bir hastada cilt orifisinin dilatasyonu ve perkutan sistolitotripsi uygulanması	Turgay Ebiloğlu
SS-190	MRG Kılavuzluğunda TRUS Füzyon Prostat Biyopsisi Sonuçlarımız	Mustafa Bilal Tuna
SS-191	Ga 68 PSMA PET BT'nin prostat kanseri tanı ve evrelemesindeki rolü	Mustafa Bilal Tuna

SS-192	Zor üreter darlığında koroner arter balon dilatasyon uygulaması	Tzevat Tefik
SS-193	Üriner diversiyon sonrası üreteroileal anastomoz seviyesindeki taşlara tedavi yaklaşımı	Tzevat Tefik
SS-194	İkili antitrombotik tedavi altında staghorn kalkule 2 seans multitrakt mini PNL	Tzevat Tefik
SS-195	İkili antitrombotik tedavi altında staghorn kalkule 2 seans multitrakt mini PNL	Tzevat Tefik
SS-196	Mini perkütan nefrolitotripside "Cross-table Bullseye" giriş tekniğinin değerlendirilmesi	Tzevat Tefik
SS-197	Comparison of supine and prone miniaturized percutaneous nephrolithotomy in the treatment of kidney stones: A matched pair analysis	Ufuk Caglar
SS-198	Comparison of 11/13F and 12/14F Ureteral Access Sheath During Flexible Ureteroscopy	Ufuk Çağlar
SS-199	Pediatrik vücut dışı şok dalga taş kırma tedavisinin hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi	Ufuk Çağlar
SS-200	Üreteroüreterostomili renal transplantlardaki üreter taşlarının tedavisinde fleksibl üreteroskopi ve lazer litotripsi	Volkan Ülker
SS-202	Laparoskopik üreterolitotomi: Bursa Uludağ Üniversitesi deneyimi	Yavuz Mert Aydın
SS-203	Böbrek ve üst üreter taşlarında ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) sonrası hastaların tekrar başvuru nedenleri ve sonuçları	Yavuz Onur Danacıoğlu
SS-204	Guy taş skoru'nun perkutan nefrolitotomi sonuçlarını öngörmedeki başarısı	Yavuz Onur Danacıoğlu
SS-205	SWL başarısını tahmin etmede hematolojik ve biyokimyasal markerların yeri	Filip Paslanmaz

VİDEO SUNUM OTURUMLARI – 1

11 Nisan 2019, Perşembe / Salon C / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Öner Odabaş, Emrah Yürük

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
VS-001	Santral yerleşimli renal kitle de Laparoskopik parsiyel nefrektomi, Olgu sunumu	Sinan Çelen
VS-002	Büyük renal kitlelerde laparoskopik devamlı sutur tekniği ile iskemi kısaltılabilirmi ?	Sinan Çelen
VS-003	Zero İskemili Laparoskopik Sağ Parsiyel Nefrektomi Esnasında İatrojenik Diyafram Yaralanması ve Primer Tamiri	Şenol Adanur
VS-004	Sol Üretero-Vesikal Bileşke Darlığına Sekonder Sol Üreter Taşları olan Hastada Laparoskopik Sol Üreterolitotomi ve Sol Lich Gregoir Tekniği ile Üreteroneosistostomi	Şenol Adanur
VS-006	Laparoskopik Radikal Prostatektomi + İndosiyanin Yeşili ile Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu	Gökhan Sönmez
VS-007	Bipolar Transüretral Mesane Tümörü Enükleasyonu	Taylan Oksay
VS-008	Vezikovajinal Fistülün Omental Flep ile Laparoskopik Onarımı	Taylan Oksay
VS-009	Supin mini-Perkütan Nefrolitotomi	Ufuk Caglar
VS-010	Asetilsalisilik Asit ve Tikagrelor kullanan hastada laparoskopik radikal nefroüreterektomi	Ufuk Çağlar
VS-011	Laparoskopik nefrektomi sonrası VUR saptanan hastada Laparoskopik Üreterektomi	Ufuk Çağlar
VS-012	Laparoskopik radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada mini insizyonla ileal konduit	Ufuk Çağlar
VS-013	Zorlu Bir Laparoskopik Seminal Vezikül Kitle Eksizyonu: SCHWANNOMA	Halil Uzundal
VS-014	Laparoskopik retroperitoneal parsiyel nefrektomi	Çağatay Özsoy
VS-015	Laparoskopik Üreterokalikostomi	Çağatay Özsoy
VS-016	Yeni bir bakış: Perineoskopik üretroplasti	Yavuz Onur Danacıoğlu
VS-017	Mikroskopik Perineal Üretroplasti	Yavuz Onur Danacıoğlu
VS-018	Extraperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy and Simultaneously Inguinal Hernia Repair with 3 Trocars	Yiğit Akin
VS-019	Kliniğimizin Son Bir Yıldaki Laparoskopik Retroperitoneal Pyeloplasti Deneyimleri	Yiğit Akin
VS-020	Evaluation of laparoscopic transperitoneal adrenalectomy cases in the last year	Yiğit Akin

VİDEO SUNUM OTURUMLARI – 2

11 Nisan 2019, Perşembe / Salon D / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Tayfun Şahinkanat, Melih Balcı

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
VS-021	Robotik Radikal Prostatektomide; Klipsiz ve Atermal Sinir Koruyucu Teknik	Mustafa Bilal Tuna
VS-022	Malleable penil protezli üretral darlığı bulunan hastada flexible sistoskop eşliğinde lazer üretrotomi	Hüseyin Özgür Kazan
VS-023	Böbreğin Tamamını Kaplayan Böbrek Tümörü Olgusunda Laparoskopik Nefrektomi	Mustafa Sungur
VS-024	Çocuk yaş grubu mesane tümörlerinde Ho-YAG lazer ile en blok rezeksiyon tekniği	Numan Baydilli
VS-025	Düğümlenmiş double-j kataterin endoskopik çıkartılması	Osman Gerçek
VS-026	Robot-assisted Retroperitoneal Lymph Node Dissection in Post-chemotherapy Residual Mass Adherent to Left Kidney Vessels	Asgar Garayev
VS-027	Robot-Assisted Partial Nephrectomy ın Patient with Solitary Kidney and Multiple Renal Masses	Asgar Garayev
VS-028	Retrograde Neurovacular Bundle Sparing in Robotic Radical Prostatectomy	Asgar Garayev
VS-029	Simultaneous Robot-assisted Radical Cystectomy and Nephroureterectomy for Concomitant Bladder and Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma in Patient with Solitary Kidney	Asgar Garayev
VS-030	Robotik radikal prostetektomi de genişletilmiş lenf nodu disseksiyonunda “marcille-triangle” alanının disseksiyonu	Asgar Garayev
VS-031	At Nalı Böbrekte Laparoskopi Yardımlı Mini PCNL	Kadir Böcü
VS-032	Parsiyel nefrektomide pedikül klemplenmeden rezeksiyon ‘yeni yöntem’	Özkan Onuk
VS-033	Kadın inkontinansının nadir nedenlerinden biri, konjenital çift-böbrek ve vajene drene olan ektopik üreter: Laparoskopik heminefrektomi ve üreterektomi ile tedavi	Samir Agalarov
VS-034	Laparoscopıc Transperıtoneal Approach In Treatment Of Renal Hydatıd Cyst	Serdar Aykan
VS-035	Laparoscopic Transperitoneal Repair of Retrocaval Ureter	Serdar Aykan
VS-036	Adım Adım Laparoskopik Radikal Sistektomi	Serdar Aykan
VS-037	Laparoskopik Genişletilmiş Lenf Nodu Diseksiyonu	Serdar Aykan
VS-038	Atnalı Böbrekte Laparoskopik Nefrektomi	Serdar Aykan
VS-039	Küçük Renal Kitlelerde Laparoskopik Radyofrekans Ablasyon Tedavisi	Serdar Yalçın

VİDEO SUNUM OTURUMLARI – 3

12 Nisan 2019, Cuma / Salon C / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Halil Başar, Oktay Akça

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
VS-040	Büyük distal üreter tümöründe üreterorenoskopik lazer ablasyon tedavisi	Ahmet Mert
VS-042	Primer Adrenal Kist Hidatik: Laparoskopik Transperitoneal Sol Adrenalektomi	Ahmet Yıldız
VS-046	The Use of Vivostat® Fibrin Glue For High Degree Nerve-Sparing Robotic Radical Prostatectomy; Point of Technic	Asgar Garayev
VS-047	Distal Üreter Darlığında Robotik Transperitoneal Boari Flep ile Üreteroneosistostomi	Burak Köprü
VS-048	Alt üriner sistem semptomları olan ürogenital sinüslü 46 XX karyotipli hastada sistoskopi bulguları	Hüseyin Özgür Kazan
VS-049	Hidronefrotik Atrofik Böbreği olan Situs İnversus Totalisli Olguda Laparoskopik Nefrektomi	Mustafa Sungur
VS-050	Pelvik Böbrek’te Donör Nefrektomi	Coşkun Hüseynov
VS-051	Robotik Radikal Sistektomi ve Bilateral Genişletilmiş Lenf Nodu Diseksiyonu ve İntrakorporeal Robotik Ortotopik Üriner Diversiyon	Coşkun Hüseynov
VS-052	Büyük Prostatlı ve Orta Loblu Hastada Perineal Yaklaşımla Robot Yardımlı Laporoskopik Prostatektomi	Coşkun Hüseynov
VS-053	Robotik Radikal Prostatektomi Uygulanan Hastada Sağ Obturator Sinir Hasarı Ve Onarımı	Çağatay Özsoy

VS-054	Laparaskopik Radikal Ektopik (Pelvik Böbrek) Nefroüreterektomi	Çağtay Özsoy
VS-055	Üreter taşına bağlı non-fonksiyone atnalı böbrekte laparoskopik sağ heminefrektomi	Emrah Küçük
VS-057	Laparoskopik RPLND sırasında klipse bağlı kanama	Erhan Demirelli
VS-058	Multipl Böbrek ve Üreter Taşları Olan Üreterosigmoidostomili Hastada Antegrad Yaklaşım	Ertuğrul Şefik
VS-059	Kontralateral Renal Agenezili Retrokaval Üreter Anomalisi ve Laparoskopik Üreteroüreterostomi	Sabri Pelit

VİDEO SUNUM OTURUMLARI – 4

12 Nisan 2019, Cuma / Salon D / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Oktay Nazlı, Selahattin Bedir

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
VS-060	Supin Pozisyonda Mini Perkütan Nefrolitotomi'de Ultrasonografi ve Floroskopi Cross Table Öküz Gözü Tekniği ile Üst Kaliks Giriş Tekniği	Emre Şam
VS-061	İnvaziv mesane kanserinde robotik intrakorporeal ileal kondüit	Emre Şam
VS-062	Dorsal Ven Sütürü Kullanmadan Dorsal Venöz Kompleks Diseksiyonu ve Selektif Sütür Ligasyonu İle Kontrolü	Emre Şam
VS-063	Vena kava inferior trombüslü böbrek tümörü olgusunda robotik radikal nefrektomi	Emre Şam
VS-064	Üst pol böbrek tümöründe non-iskemik, tümör selektif damar klempli robotik parsiyel nefrektomi	Emre Şam
VS-065	Lenf nodu tutulumu olan prostat kanserinde robotik lenf nodu diseksiyonu	Emre Şam
VS-066	Perineoskopik Radikal Prostatektomi	Emre Şam
VS-067	Robot-Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi: Anterior Yaklaşım	Emre Şam
VS-068	Robotic partial nephrectomy and paraaortic lymph node dissection	Emre Şam
VS-069	A New Technique for HoLEP: 'Omega Sign'	Lütfi Tunç
VS-070	Genitoüriner Sistem Tüberküloz Olgusu: Tanıdan Tedaviye	Ahmet Atıcı
VS-071	Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu: Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi	Mehmet Çağatay Çiçek
VS-074	Multiple Endokrin Neoplazi Tip 2a Sendromlu Bilateral Adrenal Kitlesi Olan Hastaya Aynı Seansta Uygulanan Sol Total Sağ Parsiyel Adrenalektomi	Melih Balcı
VS-075	Endofitik yerleşimli kitlede robotik parsiyel nefrektomi	Murat Can Kiremit
VS-076	'Re-usable Tunneling Device' Yardımlı Laparoskopik Sakrokolpopeksi: İlk Deneyimlerimiz	Murat Dinçer
VS-077	Tek Taraflı Transüretral Prostat İnsizyonu	Murat Kuru
VS-078	Laparoskopik Adrenalektomi Deneyimimiz	Murat Kuru
VS-079	Laparoskopik Retroperitonal Kitle Eksizyonu: Schwannom	Murat Kuru

VİDEO SUNUM OTURUMLARI – 5

13 Nisan 2019, Cumartesi / Salon D / Saat: 18.00 – 19.30

Oturum Başkanları: Selami Albayrak, Gökhan Gökçe

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
VS-080	Flexible cystoscopy assisted laparoscopic pyelolithotomy: Case report	Fatih Sandıkçı
VS-081	Tek taraflı dubleks böbrekte retroperitoneal laparoskopik üst pol nefroüreterektomi: Olgu sunumu	Fatih Sandikçi
VS-082	{Aksesuar dalak koruyucu laparoskopik radikal nefrektomi}	Hasan Rıza Aydın
VS-083	Testis Tümöründe Kemoterapi Sonrası Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu	Uğur Yücetaş
VS-084	Laparoskopik Nefrektomi Komplikasyonu: Plevral Yaralanma ve Laparoskopik Onarım	Uğur Yücetaş
VS-086	Ankilozan Spondilitli Hastada PNL Operasyonu	İsmail Basmaci
VS-088	İskemisiz Robotik Sağ Parsiyel Nefrektomi	Joshgun Huseynov
VS-089	Böbrek ve Üreter Taşı Nedeni ile Eş zamanlı Uygulanan Supine mini-PNL ve Üreterorenoskopi	Kadir Böcü
VS-090	Laparoskopik Donör Nefrektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi	Kadir Ömür Günseren
VS-091	Accomplished Mini-Percutaneous Nephrolithotomy in a Child with Arnold Chiari Malformation and Multiple Urogenital Anomaly: Right Solitary Kidney, Complete Duplicated Collecting System, Urogenital Septum and Bladder Septum	Gökhan Atış
VS-092	Caroli Tanısı olan Renal Transplante Böbrekli Hepatolitiazis Hastasına Üroloğlar Tarafından Ürolojik Enstrümanlar Kullanılarak Yapılan Ultramini Perkütan Hepatolitotomi (UMPHL)	Mehmet Giray Sönmez
VS-093	Multiple Hepatolitiazis Hastalarında Ürolojik Ekipmanlarla Uygulanan Yeni Cerrahi Teknik: Ultramini Perkütan Hepatolitotomi (İlk 6 vaka)	Mehmet Giray Sönmez
VS-094	Laparoskopi yardımlı perkürtan nefrolitotomi yapılan pelvik böbrekli hasta deneyimimiz	Mehmet Giray Sönmez
VS-096	Staghorn Böbrek Taşında Laparoskopik Pyelolitotomi	Mehmet Yılmaz
VS-097	Laparoskopik Nüks Adrenal Kitle Eksizyonu	Mehmet Yılmaz
VS-098	Staghorn Böbrek Taşına Laparoskopik Yaklaşım:Laparoskopik Pyelolitotomi	Mehmet Yılmaz

POSTER SUNUMLAR

Sunum no	Başlık	Sunan Kişi
PS-001	Nadir Bir BPH Komplikasyonu: Amfizematöz Sistit	Yunus Kayalı
PS-002	Pediatrik Renal Taş Tedavisinde Ultra-Mini PNL Deneyimlerimiz	Şenol Adanur
PS-005	Rekürren Üreteral Fibroepitelyal Polip	Mehmet Yılmaz
PS-006	Forgotten Ureteral Catheter for 10 Years	Mehmet Yılmaz
PS-007	Vesical Calculus Formation In A 34 Week Pregnant Patients Bladder; Due To Migrated Copper-T Intrauterine Contraseptive Device	Çağatay Özsoy
PS-008	Tansrektal Ultrason Eşliğinde Prostat Biyopsi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon; Mesaif Rektal Kanama	İbrahim Karabulut
PS-009	Atypical Early Recurrence After Robot-Assisted Radical Cystectomy: Port Site Metastasis	Hakan Anıl
PS-010	Üretrada alışılmadık bir yabancı cisim: Tel toka	Engin Denizhan Demirkıran
PS-011	Mesanenin Granüler Hücreli Tümörü: Nadir Bir Olgu	Joshgun Huseynov
PS-012	Bladder Cavernous Hemangioma In 52-Year Old Female Patient With Familial Adenomatous Polyposis Syndrome: Case Report	Fatih Sandıkçı
PS-013	Mesanede Yer Tutan Nadir Kitlesel Oluşum Mesane Leiomyomu: Olgu Sunumu	Alihan Kokurcan
PS-014	Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sırasında İşlem Süresini Kısaltan Bir Yöntem Olarak Perkutan Sistostomi: Olgu Sunumu	Alihan Kokurcan
PS-015	Uzun Süre Kalan Enkruste Çift JJ Üreter Stent Tedavisinde Kombine RIRC Ve Perkutan Sistolitotripsi: Olgu Sunumu	Alihan Kokurcan
PS-016	Yetişkin Hastada Çift Toplayıcı Sistem ve İntravezikal Dev Üreterosel Olgusu	Gökhan Sönmez
PS-017	İki Osmanlı Hekimi ve Endoüroloji	Ekrem Güner
PS-018	Nadir Görülen Bir Böbrek Tümörü: Müsinöz Tubuler ve İğsi Hücreli Karsinom Olgu Sunumu	Gökhan Yazıcı
PS-019	Üreterde Yabancı Cisim: Basket Forcepsi	Cemal Ferhat Önal
PS-020	Renal Pelvis'te İntestinal Metaplazi	Burak Yılmaz
PS-021	Pediatrik Yaş Grubunda Mini-PNL Deneyimlerimiz	Şenol Adanur
PS-022	T1a Renal Tümörlerde Sıfır İskemili Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarımız	Şenol Adanur
PS-023	Adultlarda Üreteropelvik Bileşke Darlığı Sebebi İle Uygulanan Laparoskopik Transperitoneal Pyeloplasti Sonuçlarımız	Şenol Adanur
PS-024	Mini-Mikro Perkutan Nefrolitotomi Sonuçlarımız	Arif Mehmet Duran
PS-026	İnfantlarda Böbrek Taşlarının Tedavisinde SWL: 130 olgu içeren tek merkezli bir çalışma	Şenol Adanur
PS-027	Üretrada kıl yumağı ve multiple taşlar: Hipospadias onarımının uzun dönem komplikasyonu ve endoskopik olarak tedavisi	Joshgun Huseynov
PS-028	Süper-Mini Perkütan Nefrolitotomi'ye Alternatif Bir Yöntem: ClearPetra Emme-Tahliye Giriş Kılıfı	Emre Şam
PS-029	Unutulmuş, Enkrüste, Kalsifiye ve Fragmente D-J Stentin Endoskopik Kombine İntrarenal Cerrahi İle Çıkarılması	Emre Şam
PS-030	Tek Seansta Bilateral Pron Perkütan Nefrolitotomi	Emre Şam
PS-031	Rezektoskop irrigasyon sisteminin endoürolojik kateterizasyon girişimlerinde kullanımı: Teknik tarifi	Tzevat Tefik
PS-032	Kasa invaze olmayan mesane kanserinde hipertermik Mitomycin-C instilasyonu	Şebnem Saplar

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

Percutaneous Nephrolithotomy Versus Flexible Ureteroscopy in Terms of Cost-Effectiveness in Patients with 10-30 mm Renal Stones

Abdullah Erdoğan, Ercüment Keskin, Abdulsemet Altun

Erzincan Binali Yıldırım University Medical Faculty

PURPOSE: Kidney stones are one of the most common urological problems. When deciding on the method of treatment this common disease, the cost of the procedure, as well as efficiency and safety should also be taken into consideration. We aimed to compare the cost-effectiveness of RIRS and PNL in patients with 10-30 mm renal stones.

MATERIALS-METHODS: We performed a retrospective analysis of 55 patients who underwent PCNL and 75 patients who underwent RIRS between January 2016 and November 2018. Until operative success was achieved, all additional surgical procedures, ESWL procedures, and interventional procedures required to resolve complications were recorded. Complications, operation time, operative success, length of hospital stay, and total cost were compared between the PNL and RIRS groups

RESULTS: No significant difference was found between the PNL and RIRS groups in terms of gender, mean age, stone side, and stone localization. The stone surface area was significantly higher in the PNL group. The complete stone-free rates and complications were higher in the PNL group. The total cost of 55 patients that underwent PNL was calculated as 14.766 $ after the first operation, and the total cost of 75 patients that underwent RIRS was determined as 46.627 $. The mean cost per patient was calculated 320 ± 186 $ for PNL and 749 ± 242 $ for RIRS.

CONCLUSIONS: PNL is a lower-cost and successful method in the surgical treatment of 1-3 cm stones, but the serious complications involved in this operation should be kept in mind.

Keywords: Cost-Effectiveness, Flexible Ureteroscopy, Percutaneous Nephrolithotomy

Table 1

	PNL	RIRS	p
Gender (F/M) n:	17(30.9%) / 38 (69.1%)	26 (34.7%) / 49 (65.3%)	0.653
Age (Years)	49.04 ± 14.1	48.87 ± 14.8	0.948^
Stone Localization n: Pelvis: Upper Pole: Middle Pole: Lower Pole	 39 (70.9%) 4 (7.3%) 1 (1.8%) 11 (20.0%)	 40 (53.3%) 5 (6.7%) 12 (16.0%) 18 (24.0%)	0.41
Stone Surface Area (mm2)	330.9 ± 186.3	137.8 ± 73.5	<0.001^
Stone side (Right/Left) n:	25 (45.5%) / 30 (54.5%)	35 (46.7%) / 40 (53.3%)	0.891

Patients' Demographic Characteristics, Stone Localization, and Stone Surface Area

Table 2

	PNL	RIRS	p
Number of patients	55	75	
Cost ($)	14.766	46.627	
Additional procedure Number of patients Number of treatments Cost ($)	ESWL RIRS PNL n = 3 n = 3 n = 2 5 3 2 169,8 1.694 420,3	ESWL RIRS PNL n = 9 n = 14 n = 2 19 15 2 645,2 8.472 420,3	
Cost of additional treatment ($)	Angioembolization required by two patients 2 x 264=528		
Total Cost ($)	17.579	56.165	
Average Cost ($)	319,6 ± 186	749 ± 242	<0.001

Total Cost, Additional Cost and Average Cost Per Patient

SS-002

Çocuklarda Böbrek ve Üreter taşlarında ESWL tedavisi

Ahmet Çamtosun[1], Emine Çamtosun[2]

[1]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye
[2]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Pediatri Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye

AMAÇ: Ekstrakorporeal şok dalgası litotripsinin(ESWL) klinik kullanıma girmesi böbrek taşı tedavisinde önemli bir gelişmeyi temsil ediyordu. Bu çalışmanın amacı klniğimizde uygulanan çocuk hastalarda böbrek taşı tedavisi için ekstrakorporeal şok dalgası litotripsisinin sonuçlarını tanımlamaktır.

MATERYAL-METOD: Mayıs 2004 –Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle ESWL yapılan 222 çocuk hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Toplam 222 çocuk hasta için, toplamda 333 seans ESWL işlemi yapılmış. Hastaların 74 ü kız, 144 tanesi erkekti. Ortalama yaşları 8.3(1-17) yıl olarak bulundu. Taşın ortalama yüzey alanı 88.30(4-400)mm2 olarak hesaplandı. Böbrek taşı için toplam 284 seans ESWL işlemi yapılırken üreter taşları için 51 seans ESWL yapılmış. Ortalama atış sayısı 2914(1000-3500) şut, ortamala güç 14(10-21)KVolarak bulundu. Böbrek taşlarında %67, üreter taşlarında %64 oranında tam taşsızlık elde edildi.

SONUÇ: ESWL özellikle çocuklarda böbrek ve üreter taşlarında tatmin edici başarı oranları sunmaktadır. Çocuk hastalarda Taş tedavisi için 1. Basamak tedavi olarak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Taş, ESWL, Pediatri

ESWL yapılan çocuk hastaların genel özellikleri

	Median(min-mak.)	Taşsızlık oranı
Yaş(yıl)	8.3(1-17)	
Kız	78	
Erkek	144	
Taşın Yüzey alanı(mm2)	88.30(4-400)	
Sağ böbrek	132	76/114(%67.4)
Sol böbrek	152	43/64(%67.7)
Sağ üreter	23	12/19(%65.2)
Sol üreter	28	16/25(%64.15)
Anestezili ESWL	225	
Anestezisiz ESWL	108	
Toplam ESWL	333	
Atış sayısı	2914(1000-3500)	
Güç(KV)	14(10-21)	

SS-003

Böbrek Tümörlerinde Laparoskopik ve Açık Radikal Nefrektominin Karşılaştırılması

Ahmet Çamtosun, Hasan Güngör, Fatih Sancaktar

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye

AMAÇ: Renal hücreli karsinomun (RHK) altın standart tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi deneyimli merkezlerde Laparoskopik olarak yapılırken; laparaskopiye uygun olmayan hastalarda açık cerrahi olarak yapılmaktadır. Lokalize renal kanserler için en iyi tedavi, cerrahi yaklaşım ne olursa olsun radikal nefrektomiden (RN) ziyade parsiyel nefrektomidir. Biz çalışmamızda kliniğimizde RHK nedeniyle açık ve laparoskopik yapılan cerrahileri karşılaştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Üroloji kliniğimizde Eylül 2014-Aralık 2018 tarihleri arasında böbrek tümörü nedeniyle radikal nefrektomi ve parsiyel nefrektomi yapılan 182 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Açık radikal nefrektomi subkostal insizyon yapılarak transperitoneal yaklaşımla gerçekleştirilirken; Laparaoskopik radikal nefrektomide transperitoneal yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Hastaların hastanede yatış süreleri, preop ve postop tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri, patoloji sonuçları ve Sosyal güvenlik kurumuna bildirilen fatura üzerinden maliyetleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 94'üne açık cerrahi, 88'ine laparoskopik cerrahi uygulanmış. İki gruptaki hastaların demografik özelliklerinde ve patolojik spesimen özelliklerinde anlamlı bir farklılık yoktu. Açık radikal nefrektomi yapılan grupta hastanede yatış süresi laparoskopik yapılan hastalara göre daha uzun bulundu. Laparoskopi yapılan grupta maliyet açık cerrahi yapılan gruba göre daha fazla bulundu.

SONUÇ: Laparoskopik radikal Nefrektomi açık cerrahiye göre daha maliyetli bir yaklaşım olurken hastanede kalış süresinin daha kısa olması nedeniyle açık cerrahiye göre daha avantajlıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, Radikal nefrektomi, Laparoskopi

Açık ve Laparoskopik Radikal Nefrektomi grubunun karşılaştırılması.

	Açık Radikal Nefrektomi (N=94) Ortalama ± Standart sapma	Laparoskopik Radikal Nefrektomi (N=88) Ortalama ± Standart sapma	P<0,05
Yaş	58,74 ± 3,68	51,56 ± 15,08	P=0,29
ASA skoru	2 ± 0,56	1.84 ± 0,56	P=0,28
Preop HGB	13,25 ± 2,22	13,36 ± 1,93	P=0,16
Postop HGB	12,11 ± 2,13	12,25 ± 2,05	P=0,17
Preop Kreatinin	0,74 ± 0,11	0,76 ± 0,11	P=0,14
Postop Kreatinin	1,13 ± 0,21	1,15 ± 0,24	P=0,18
Yatış süresi(gün)	5,4 ± 3,8	4,0 ± 1,5	P=0,02
Maliyet(TL)	5207,33 ± 2980,14	6185,83 ± 4268,16	P=0,005

SS-004

Tek Traktan Staghorn Böbrek Taşlarında Perkütan Nefrolitotomi

Ahmet Çamtosun

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye

AMAÇ: Perkütan nefrolitotomi (PNL),tüm dünyada böbrek taşı cerrahi tedavisinde güvenle kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. PNL ameliyatı Mart 1998 tarihinden itibaren kliniğimizde yapılmaktadır. Staghorn böbrek taşlarına yapılan perkütan nefrolitotomi cerrahisini inceledik.

Gereç YÖNTEM: PNL işlemleri genel anestezi altında yapıldı. Hastalara, supin pozisyonda sistoskopi yapıldıktan sonra üreter orifisinden üreter kateteri C kollu floroskopi eşliğinde takılarak üretral foley katetere tespit edildi. Sonrasında hastalar prone pozisyona alınarak floroskopi eşliğinde chiba iğnesi ile böbreğe girildi. Amplatz renal dilatatör setiyle 30 F'e kadar dilatasyon sağlandı. İşlem sonrası renal kılıf içerisinden nefrostomi kateteri yerleştirildi. PNL sonrası 4 mm'den küçük taşlar, kllinik önemsiz taş rezidüleri kabul edildi.

BULGULAR: Mart 1998 – Ocak 2019 tarihleri arasında, 21 yılda toplam 3491 perkütan nefrolitotomi işlemi yapıldı. Bu hastalardan 136 tanesi staghorn böbrek taşı olan hastalardı. Bu hastalara,136 PNL işlemi tek traktan yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 46 (3-79) yıl olarak hesaplandı. 70 (%52) hastada tam taşsızlık sağlandı. Hastaların 8'inde transfüzyon gerektiren kanama, iki hastaya anjıoembolizasyon yapıldı. 30 hastada DJ takılmasını gerektiren nefrostomi traktından sızdırması gelişti. Başka bir komplikasyon oluşmadı. Nefrostomi süresi ortalama 3 gün, hastanede kalış süresi ortalama 4 gün olarak hesaplandı (Tablo 1).

SONUÇ: Minimal invaziv bir yöntem olan PNL, yüksek güvenlik, düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi nedeniyle staghorn böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde PNL güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Taşı, PNL, Cerrahi

Staghor PNL sonuçları

PNL yapılan renal ünite	136
Total taşsızlık	70 (%52)
Transfüzyon gerektiren kanama	8 (%5)
DJ stent takılması	30 (%22)
Nefrostomi süresi	3 gün
Anjioembolizasyon	2 (%0.01)
Hospitalizasyon süresi	4 gün

SS-005

Ekstrakorporeal Şok Dalgası Litotripsi Tedavisi Gören Çocuk Hastaların Metabolik Değerleri

Ahmet Çamtosun[1], Emine Çamtosun[2]

[1]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye*
[2]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Pediatri Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye*

AMAÇ: Ekstrakorporeal şok dalgası litotripsinin(ESWL) klinik kullanıma girmesi böbrek taşı tedavisinde önemli bir gelişmeyi temsil ediyordu. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde ESWL uygulanan çocuk hastaların metabolik ve labaratuvar değerlerini tanımlamaktır.

MATERYAL-METOD: Mayıs 2004 –Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle ESWL yapılan 222 çocuk hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Metabolik analiz yapılan hastaların verileri kaydedildi.

BULGULAR: Toplam 222 çocuk hasta için ESWL işlemi yapılmış ve metabolik değerlendirmesi yapılan 85 hastanın verilerine ulaşıldı. Hastaların 38'si kız, 47 tanesi erkekti. Ortalama yaşları 8(1-16) yıl olarak bulundu. Taşın ortalama dansitesi 515 Hansfield Ünit(H.Ü) olarak hesaplandı. Paratroid Hormon bakılan 19 hastadan ikisinde (%10) PTH yüksekliği saptanırken, Kan Ca seviyesi bakılan 80 hastanın 18 (%22)'inde hiperkalsemi tespit edildi. Bu hastaların D vitamini seviyesi normaldi.

SONUÇ: Poliklinik şartlarının yoğunluğu sebebiyle metabolik değerlendirme atlanabilmektedir. Çocuk hastalarda taş rekürrens riski yüksek olduğu için mutlaka tam bir metabolik değerlendirme yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Taş, Metabolik, Pediatri

ESWL yapılan çocuk hastaların metabolik özellikleri

	Median(Min-Mak)	±SDS
Yaş(yıl)	8(1-16)	
Kız	37	
Erkek	48	
Taşın Dansitesi(H.Ü)	515(59-1238)	234,35
Böbrek parankim kalınlığı(mm)	17,02(12,3-23)	3,63
Hidronefroz derecesi	1,31(0-3)	0,92
BUN	11,5(4,2-18)	2,97
Kreatinin	0,52(0,3-0,9)	0,13
Na	136(133-143)	2,25
K	4,34(3,5-5,5)	0,42
PTH	37,72(3-143)	34,11
Alkalen fosfataz	220,62(65-729)	104,67
Ca	10,94(8,8-11)	1,16
Fosfor	4,70(2,8-7,2)	0,91
Ürik Asit	3,94(1-7,6)	1,22
D vitamini	35,63(21-60)	13,93
İdrar PH	5,7(5-8)	0,75
İdrar Dansitesi	1015(1000-1027)	5,92
24h idrar Ca	12,9(2-23,5)	6,91
24h İdrar Ürik asit	43,55(10,4-87)	20,68

SS-006

Çocuk Hastalarda Perkütan Nefrolitotomi

Ahmet Çamtosun, Hakan Karakaş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye

AMAÇ: Perkütan nefrolitotomi (PNL), böbrek taşı ameliyatı için güvenli bir şekilde uygulanan minimal invaziv bir işlemdir. Kliniğimizde PNL ameliyatı ilk olarak Mart 1998'de yapıldı. Artan tecrübemize paralel olarak pediatrik olgularada PNL uygulandı. Çalışmamızda pediatrik hastalara yapılan PNL operasyonları retrospektif olarak incelendi.

MATERYAL-METOD: Hastalar öncesinde sistoskopi ve üreter kateterinin takılmasını takiben pozisyon verildi. PNL İşlemi pron pozisyonda C-kollu floroskopi ile genel anestezi altında yapıldı.

BULGULAR: Mart 1998 - Aralık 2018 tarihleri arasında toplam 216 çocuk üriner taş hastası ameliyat edildi. PNL prosedürü 218 böbrek ünitesinde gerçekleştirildi, bunlardan 2'i bilateral yapıldı. Çocuk hastaların 193 işlemi (% 88.64) taşsızdı, klinik olarak önemsiz taş parçalar (CIRFU) 26 işlemde (% 12.0) bulundu. 1 hastaya tubeless PNL uygulandı, sadece 1 vakada transfüzyon gerektiren kanama meydana geldi. 3 hastada duble J stent gerektiren sistem kaçağı tespit edildi. Başka organ yaralanması olmadı.

SONUÇ: PNL minimal invaziv bir yöntemdir ve özellikle açık cerrahiye göre avantajlıdır. Deneyimli kliniklerde pediatrik hastalarda PNL prosedürü yüksek başarı ve taşsızlık oranlarıyla gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Çocuk, PNL

PNL yapılan çocuk Hastalar

Hasta Sayısı	216
Hasta yaşı	8(1-16)
Toplam PNL yapılan renal ünite	218
Bilateral PNL	2
Tübeless PNL	1
Tam taşsız hastalar	193(%88.64)
Klinik önemsiz rezidüel taşı olan hastalar	26 (%12)
D-J takılan hastalar	3 (% 1)

SS-007

Pediatrik Hastalarda Nötrofil/Lenfosit Oranı ve Platelet/ Lenfosit Oranının Böbrek Taşının Dansitesi ve Boyutuile Bir İlişkisi Var mı?

Ahmet Çamtosun, Hakan Karakaş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Malatya,Türkiye

AMAÇ: Nötrofil /lenfosit oranı(NLR) ve Platelet/lenfosit oranı(PLR) bir çok hastalıkta kullanılmaktadır. Biz de çalışmamızda pediatrik hastalarda NLR ve PLR'nin böbrek taşının dansitesi ve boyutu ile ilişkisine baktık.

MATERYAL-METOD: Aralık 2009 –Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle tedavi gören 93 çocuk hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların dosyalarından işlem öncesi tam kan sayımı parametreleri ve böbrek taşının boyutu ve taşın hansfield ünitesi ile taşın dansitesi ölçüldü.

BULGULAR: Toplam 93 çocuk hastanın verileri değerlendirildi. Hastaların 42'si kız, 51 tanesi erkekti. Ortalama yaşları 8,7(1-17) yıl olarak bulundu. Taşın ortalama dansitesi 511,38(±227) Hansfield Ünit(H.Ü),ortalama boyutu88.27mm2(±60,9) olarak hesaplandı. Taşın boyutu ve dansitesi arttıkça NLR azaldığı bulundu(p=0.0001). PLR'nin taş boyutuyla doğru; taşın dansitesi ile ters ilişki bulundu(p=0.001)

SONUÇ: NLR ve PLR artıkça taşın dansitesi azalırken; PLR artmasıyla böbrek taşının boyutunda artış bulduk. Daha kesin sonuç için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Taş, Nötrofil, lenfosit

Tablo-1: Hastaların genel özellikleri

N=93	Minimum	Maximum	ortalam	Std. Deviation	P<0,05
Yaş(yıl)	1	17	8,4	5,2	
Taşın alanı(mm2)	40	400	88,27	63,99	
Taşın dansitesi(H:Ü)	59	1238	511,38	227,79	
NLR	0,32	35	1,82	3,61	P<0,001
PLR	37,6	228,03	106,46	41,6	P<0,001

SS-008

Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi

Ahmet Mert, Sezgin Yeni, Kadir Ömür Günseren, İsmet Yavaşcaoğlu, Hakan Vuruşkan

Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Renal kitlelerde Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi (LPN) deneyimimizin paylaşılması

GEREÇ-YÖNTEM: Mayıs 2007-Aralık 2018 tarihleri arasında LPN uygulanan 429 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 387 hastada transperitoneal LPN uygulanırken 42 hastaya retroperitoneal LPN uygulanmıştır. Hastaların 208' i kadın ve 221 erkekti. Ortalama yaş 53(20-74) idi. 182 hastada tümör lokalizasyonu sol böbrekte iken 247 hastada sağ taraftaydı. 393 hastada ekzofitik renal kitle izlenirken 36 kitle endofitik izlenmiştir. Ortalama tümör boyutu 30,3mm (10-70). Ortalama operasyon süresi 165 dakika (45-340). Ortalama sıcak iskemi süresi 15,8 dakika (6-55) olup 26 hastaya Non-klemp LPN uygulanmıştır. Masif kanama nedeniyle 3 hastada açık cerrahiye geçilmiştir. Ortalama kanama miktarı 140ml (10-800). 21 hastada eritrosit süspansiyonu replasmanı ihtiyacı olmuştur. 6 hastaya üriner ekstravazasyon sebebiyle DJ stent takılmıştır. 407 hastada patoloji Renal hücreli karsinom gelirken 22 hastada patoloji benign olarak raporlanmıştır. Cerrahi sınırda tümör pozitifliği 20 hastada izlenmiştir. Ortalama 57 aylık takip süresinde rekürrens izlenen 10 hastaya laparoskopik radikal nefrektomi uygulanmıştır.

SONUÇ: LPN renal kitlelerde cerrahi ve onkolojik sonuçları kabul edilebilir nefron koruyucu minimal invaziv bir teknik olup bu hasta grubunda tedavi seçenekleri arasında düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, parsiyel nefrektomi, minimal invaziv

SS-009

Perkütan nefrolitotomide ultrason ve floroskopi yardımlı giriş yöntemlerinin karşılaştırılması; Prospektif randomize çalışma

Ahmet Şahan[1], Bilal Eryıldırım[1], Kasım Ertaş[2], Cengiz Çanakçı[1], Berkan Şimşek[1], Alkan Çubuk[1], Fatih Tarhan[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Perkütan nefrolitotomide (PCNL) ultrason ve floroskopi klavuzluğunda yapılan iki farklı renal akses yönteminin etkinlik ve güvenirliliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL METOT: Soliter renal pelvis taşı nedeniyle PCNL yapılan 130 hasta randomize edilerek ultrason (n:70) ve floroskopi (n:60) klavuzluğunda iki gruba ayrıldı. Ultrason grubunda renal akses dışı basamaklarda floroskopi kullanıldı. Hastalara üreteral kateter yerleştirildikten sonra standart prone PCNL operasyonu yapıldı. Operasyon süresi, skopi süresi, hastanede kalış süresi, taşsızlık oranları ve komplikasyonları prospektif olarak kayıt edildi.

BULGULAR: Hasta ve taş özellikleri açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Bütün hastalara orta veya alt kaliks girişi yapıldı. Taş yoğunluğu ultrasonik grupta 987.7 HU (252.7) iken floroskopik grupta 1199.3 HU (426.8) idi (p: 0.001). Toplam skopi süresi (14.1 sn (9.9) & 103.3 sn (54.3)) ve operasyon süresi (79.5 dk (23.6) & 112.5 dk (39.8)) ultrasonik girişte daha kısa iken taşssızlık oranları (%88.6& % 93.3) arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Her iki grupta solid organ yaralanması olmadı. Diğer komplikasyonlar (kanama, enfeksiyon, ek girişim gerektiren ekstravazasyon) açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0.05)(Tablo 2).

SONUÇ: Ultrason ve floroskopi eşliğinde yapılan PCNL operasyonlarının cerrahi sonuçları ve komplikasyon oranları arasında fark saptanmamıştır. Ultrasonik giriş, daha kısa skopi ve operasyon süresi ile daha avantajlı gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: PCNL, Ultrason, Floroskopi, Akses

Hasta özellikleri ve cerrahi sonuçlar

		Renal Akses tipi		
		Ultrason ve floroskopi klavuzluğunda akses (n:70)	Floroskopi klavuzluğunda akses (n:60)	p değeri
Cinsiyet (erkek/kadın)		25/45	22/38	
Yaş		45.5(12.8)	47.9(17.6)	0.354
BMI		27.9(3.9)	27.7(4.2)	0.979
Taraf (sağ/sol)		34/36	36/24	0.192
Cilt taş mesafesi		90.1 (21.6)	89.6 (16.8)	0.732
Opasite		987.7 (252.7)	1199.3 (426.8)	0.001
Taş çapı		30.4 (6.8)	32.1 (10.2)	0.253
Lokalizasyon	Pelvis	56(%80)	38(%63.3)	0.085
	Pelvis + orta kliks + alt kaliks	3(%4.3)	10(16.7)	
	Pelvis +alt Kaliks	8(%11.4)	8(%13.3	
	Pelvis + orta kliks	3(%4.3)	4(%6.7)	
Hidronefroz	0	4(%5.7)	8(%13.3)	0.631
	1	17(%24.3)	14(%23.3)	
	2	35(%50.0)	26(%43.3)	
	3	12(%17.1)	11(%18.3)	
	4	2(%2.9)	1(%1.7)	
Akses yeri	Alt	24(%34.3)	21(%35)	0.932
	Orta	46(%65.7)	39(%65)	
Skopi süresi (sn.)		14.1 (9.9)	103.3 (54.3)	0.000
Operasyon süresi (dk.)		79.5 (23.6)	112.5 (39.8)	0.000
Hastanede kalış süresi (gün)		3.1 (1.1)	3.9 (3.4)	0.062
Taşsızlık oranı (1. Ay)		%88.6	% 93.3	0.350

Komplikasyon oranları

	Renal Akses tipi		
	Ultrason+ floroskopik akses (n:70)	Floroskopik akses (n:60)	**p değeri**
Transfüzyon gerektiren kanama	5(%7.1)	3(%5)	**0.612**
Enfeksiyon	3(%4.2)	4(%6.6)	**0.359**
Ek girişim gerektiren ektravazasyon	7(%10)	3(%5)	**0.286**

SS-010

Fluoroscopy versus ultrasound guided percutaneous nephrolitotomy in upper calyx access: safety and effectiveness comparison

Ahmet Şahan[1], Bilal Eryıldırım[1], Asgar Garayev[2], Cengiz Çanakçı[1], Berkan Şimşek[1], Yılören Tanıdır[2]

[1]*Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, Istanbul*
[2]*Urology, Marmara University, Istanbul*

AIM: Upper calyx access in percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is an effective route to achieve access to the whole collecting system in complex kidney stone case or in high stone burden. Some studies suggest ultrasound to be superior to upper calyx access. Present study compares the safety and efficiency of ultrasonography-guided versus fluoroscopy-guided upper calyx access in PCNL.

MATERIALS AND METHODS: Patients with solitary upper calyx access were enrolled into the study. In total 143 patients were recruited into the study. Patients were divided into two groups according to the coupling imaging in access: fluoroscopy-guided (FG-PCNL) (n=85) and ultrasonography-guided (UG-PCNL) (n=58). Preoperative patients and stone demographics, and complication rates were compared.

RESULTS: Patients and stone characteristics were almost similar in each group (Table 1). However, the mean stone density and incidence of having multiple stones was higher in group 1. Complication rates of groups were similar according to the modified Clavien-Dindo Grading System (p>0.05). Incidence of pleural injury (9.4 % vs. 5.2%), blood transfusion (8.2% vs. 12.1%), extravasation requiring DJ insertion (4.7% vs. 3.4%) and urinary tract infection ((14.1% vs. 15.5%) were similar in UG-PCNL and FG-PCNL groups, respectively (p>0.05). The fluoroscopy time and duration of operation was significantly shorter in group 2. Stone-free rates (85.9% vs 81.0%) were similar in FG and UG groups (p=0.483).

CONCLUSION: The complication rates in ultrasound coupled PCNL is not better than the ones in fluoroscopy-guided. However, operation time gets shorter and fluoroscopy time decreases with similar stone free rates in UG-PCNL.

Keywords: Fluoroscopy guided, ultrasound guided,upper calyx access

Postoperative/perioperative findings and complications are provided and compared according to the type of renal access guidance at upper calyx puncture in PCNL.

		Upper Calyx Access in Percutaneous Nephrolithotomy				p Value
		Fluoroscopy-guided (n = 85)		Ultrasonography-guided (n = 58) (n, (%))		
Pleural injury (n, (%))	Yes	8	(9.4%)	3	(5.2%)	0.525
	No	77	(90.6%)	55	(94.8%)	
Post-operative blood transfusion (n, (%))	Yes	7	(8.2%)	7	(12.1%)	0.449
	No	78	(91.8%)	51	(87.9%)	
Post-operative infection (n, (%))	Yes	12	(14.1%)	9	(15.5%)	0.816
	No	73	(85.9%)	49	(85.5%)	
Extravasation and DJ insertion (n, (%))	Yes	4	(4.7%)	2	(3.4%)	1
	No	81	(95.3%)	56	(96.6%)	
The modified Clavien-Dindo Grading System (n, (%))	1	61	(71.8%)	38	(65.5%)	0.195
	2	12	(14.1%)	15	(25.9%)	
	3a	8	(9.4%)	2	(3.4%)	
	3b	4	(4.7%)	2	(3.4%)	
Fluoroscopy time (sec, (SD))		222.7	(116.5)	18.22	(11.9)	0.01
Operation time (min, (SD))		155	(70)	91	(38)	0.01
Stay of hospital (day)		3.91	(2.47)	3.98	(1.48)	0.839
Stone free rate (n, (%))		73	(85.9%)	47	(81.0%)	0.483

Pearson Chi-square and Fisher's Exact tests were used to compare where appropriate, and p < 0.05 was accepted as significant. The variables were investigated using visual(histogram) and analytic methods (Kolmogorov-Smirnow) to determine normally distribution. Descriptive analyses were presented using means and standard deviation. Student t test was used to compare normally distributed parameters. SD: Standard deviation.

Preoperative characteristics of patients and stones

		Upper Calyx Access in Percutaneous Nephrolithotomy				p Value
		Fluoroscopy-guided (n = 85)		Ultrasonography-guided (n = 58)		
Gender	Male (n, (%))	31	(36.5 %)	14	(24.1 %)	0.119
	Female (n, (%))	54	(63.5 %)	44	(75.9 %)	
Age (Year, (SD))		49.1	(14.2)	46.1	(12.5)	0.613
Absence of Hydronephrosis (n (%))		26	(30.6 %)	31	(53.4 %)	0.006
Stone diameter (mm, (SD))		31.2	(10.2)	28.9	(11.6)	0.219
Stone density on CT (HU, (SD))		1167	(459)	918	(221)	0.01
Stone Localizations (%)	Staghorn stone	15	(17.6 %)	13	(22.4 %)	<0.001
	Multiple	48	(56.5 %)	5	(8.6 %)	
	Upper calyx	7	(8.2 %)	26	(44.8%)	
	Renal pelvis	7	(8.2 %)	1	(1.7%)	
	Others	8	(9.4 %)	13	(22.4%)	

Pearson Chi-square and Fisher's Exact tests were used to compare where appropriate, and p < 0.05 was accepted as significant. The variables were investigated using visual (histogram) and analytic methods (Kolmogorov-Smirnow) to determine distribution. Descriptive analyses were presented using means and standard deviation. Student T test was used to compare normally distributed parameters. SD: Standard deviation.

SS-011

Transurethral Enucleation of a Solitary Fibrous Tumor of Urinary Bladder

Ali Akkoç[1], Cemil Aydın[2]

[1]*Department of Urology, Faculty of Medicine, Alanya Alaaddin Keykubat University, Alanya, Turkey*
[2]*Department of Urology, Faculty of Medicine, Hitit University, Çorum, Turkey*

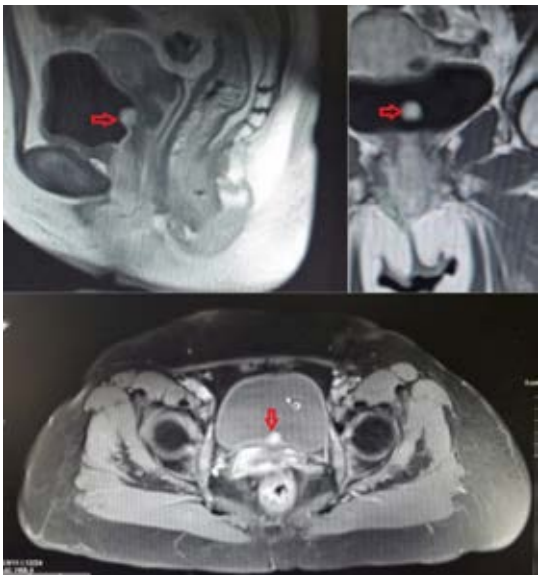
INTRODUCTION: Solitary fibrous tumor (SFT) is a rare neoplasm of mesenchymal origin. Urogenital tract SFT is very rare. This is the fourth reported case in a urinary bladder of a female patient. Conventional, transurethral resection has been considered the routine method for removing most bladder masses for decades. We performed transurethral enucleation tecnique instead of routine transurethral resection of the bladder mass.

CASE REPORT: During a routine abdominal ultrasound examination, a bulging of bladder floor was detected in an asymptomatic 62-year-old woman. The patient's medical history was unremarkable. Magnetic resonance imaging (MRI) confirmed the presence of this noninfiltrative solid mass, between the rectum and the bladder with a thin capsula in the pelvis measuring 3x2 cm (Figure 1a). The patient underwent rigid cystoscopy and the epithelial lining of the bladder covering the mass lesion appeared normal (Figure 1b). It demonstrated about 3 cm bladder mass that was not originated from bladder mucosa. We performed transurethral enucleation of the mass using a transurethral resectoscope and took resectional biopsy from the floor of the tumor (Video 1). Pathology showed mass to be bladder solitary fibrous tumor.

CONCLUSION: Transurethral resection of bladder masses involves piecemeal resection of the tumor and has a high recurrence rate. Nowdays, enblock resection is recommended for bladder tumors in appropriate cases. We think that transurethral enucleation resembling transurethral enblock resection is safe and effective with the added merits of obtaining better quality mass specimens which may allow for accurate histopathological diagnosis in encapsulated bladder masses.

Keywords: bladder, enucleation, fibrous, solitary, transurethral, tumor

Figure 1



Magnetic resonance imagings of urinary bladder solitary fibrous tumor

Figure 2



Intraoperative and postoperative images of the case

SS-012

Endoskopik Sistolitotomi ve Bipolar TUR(prostat) ile Ürolift Sonrası Mesane Boynu Taşı Ve Prostat Tedavisi

Aliseydi Bozkurt

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Üroloji kliniği

GİRİŞ; Benign prostat hiperplazisi (BPH) dünya da milyonlarca erkeği etkilemektedir. Son yıllarda, ejakulatuar disfonksiyondan korumak isteyen, prostatları <70 mL ve median lobu olmayan, lateral lob hipertrofili, obstrüktif işeme semptomları olan hastalarda, Prostatik üretral lift (Urolift®) tedavide önerilmektedir.(1,2,3)

VAKA SUNUMU; Bizim vaka 62 yaşında 2 yıl önce ürolift proseduru uygulanmış, masene boynuna yakın yerleştirilmiş ürolift materyali üzerinde oluşmuş taş ve prostat hastası idi. Hastaya yapılan ultrasonda protatik üretrada kalsifikayon tespit edildi. İleri tetkik olarak CT çekildiğinde mesane boynunda masene çıkışını kapatan taş olduğu rapor edildi.(Resim;1) Sistoskopide mesane boynunda sol taraf prostata implante edilen ürolift materyali üzerinde oluşmuş, mesane boynunda taş tespit edildi.(Resim;2) Endoskopik sistolitotomi olarak pnömotik ile taş fragmente edilerek temizlendi. Ürolift materyali mesane boynuna çok yakın yerleştirilmiş olduğu görüldü. Aynı seans Bipolar TUR(Prostat) gerçekleştirildi. TUR(prostat) sonrası 3.ayda Qmax 21 ml/sn,IPSS 8 olarak ölçüldü.

TARTIŞMA; UroLift cihazı, cinsel ve ejakulatuar disfonksiyondan kaçınmak isteyen obstrüktif işeme semptomları olan prostatik lateral lob hipertrofisi hastalarda kullanılmaktadır.(1,2) Urolift prosedürünün artan popülaritesi ve % 14'lük tedavi başarısızlık oranı,ve enkuristasyon oluşturabilmesi nedeni ile ürologların Urolift başarısızlığı durumunda ikincil prosedürleri gerçekleştirmeye hazır olması gerektiği açıktır.(4). Uygun şekilde mesane boynunda uzak prostatik üretrada laterale yerleştirilmediği taktirde taş oluşturabilir. İşlem esnasında mesane boynunda uzak laterallere yerleştirilmesi gerekliliği önem arzetmektir.(5)

SONUÇ:. UroLift cihazı, cinsel ve ejakulatuar disfonksiyondan kaçınmak isteyen obstrüktif işeme semptomlu prostatik lateral lob hipertrofisi olan hastalarda, tecrübeli ellerde güvenlidir. Ancak mesane boynuna çok yakın yerleştirildiğinde taş oluşumuna sebebiyet vermektedir. Ürolifte sekonder taş gelişimi tedavisinde, pnömotik eşliğinde Endoskopik Sistolitotomi ve Bipolar TUR (Prostat) etkili ve güvenli prosedürlerdir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik sistolitotomi, Bipolar TUR(prostat), Ürolift, Mesane taşı

Resim 1 CT



Resim 1 CT



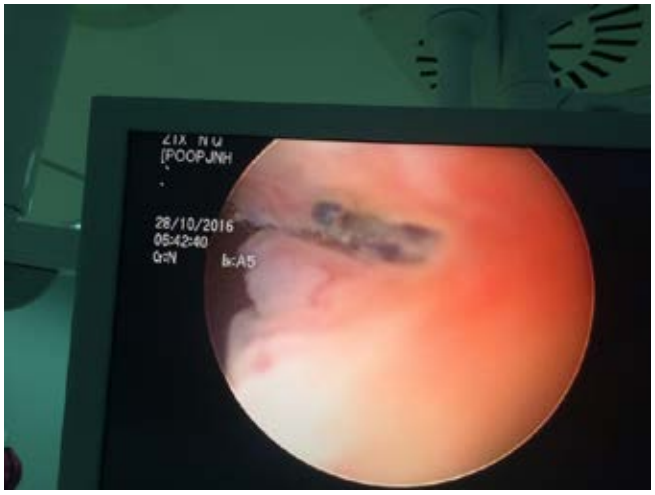
CT görüntüleri

sistoskopi



sistoskopi görüntüleri

Sistoskopi üolift



ürolift materyal görüntüleme

TUR (prostat) ürolift



TUR(prostat) ürolift materyalin görüntüsü

Ürolift



SS-013

Effect of Autologous Fibrin Glue on Lymphatic Drainage and Lymphocele Formation in Extended Bilateral Pelvic Lymphadenectomy in Robot-Assisted Radical Prostatectomy

Asgar Garayev[1], Ömer Aytaç[2], Fatih Atuğ[1]

[1]*Department of Urology, Istanbul Bilim University*
[2]*Istanbul Florence Nightingale Hospital*

OBJECTIVE: To evaluate autologous fibrin glue as an additional treatment option to reduce the volume of lymphatic drainage and prevent lymphocele development.

MATERIALS AND METHOD: A total of 75 patients undergoing transperitoneal robot-assisted radical prostatectomy with extended pelvic lymph node dissection between January–July 2018 were enrolled in this study. Thirty-five patients who received autologous fibrin glue enrolled to study group, another 40 patients who did not receive to control group. Autologous fibrin glue was applied over the PLND areas. Age, body-mass index, pathological stages and number of removed lymph nodes were compared. The main endpoint was to compare postoperative lymphatic drainage volume and lymphocele formation rate between groups.

RESULTS: There was not statistically significant difference between the groups respect to age, body-mass index, Gleason score, T-stage and number of removed lymph nodes. Drainage volume was two-fold (110ml vs. 210ml; P = 0.037) and four-fold (70ml vs. 270ml; P = <0.0001) lower in study group than control group at postoperative 2nd and 3th days, respectively(Figure and Table). The total drainage volume was also two-fold lower in study group (277ml vs. 577ml; P = 0.004). The incidence of asymptomatic lymphocele was 20% (n = 7) and 37.5% (n = 15) in study and control groups, respectively (P = 0.112). One patient in control group developed symptomatic lymphocele. There were no immediate or late adverse effects in study group.

CONCLUSION: Autologous fibrin glue application reduced postoperative lymphatic drainage, and also lymphocele formation rate after extended PLND in robot-assisted radical prostatectomy operation.

Keywords: Robot-assisted, prostatectomy, pelvic lymphadenectomy, lymphatic, drainage

Figure 1.Comparison of postoperative drainage volumes between study and control groups.

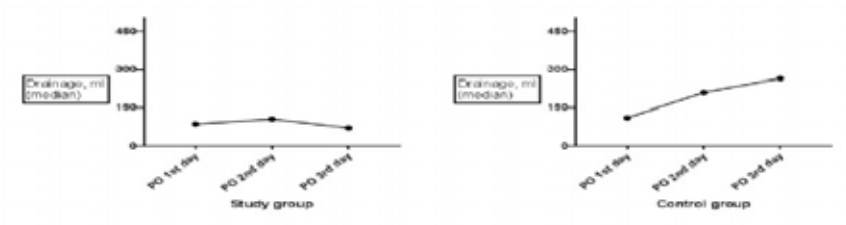


Table 1.Median ± IQR daily and total drainage volume in patients treated with autologous fibrin glue versus control group.

		Study group (n = 35)	Control group (n = 40)	P
PO 0-24 hours (1st day), ml	Median	92.5	100	0.578
	IQR	60-165	80-136	
PO 24-48 hours (2nd day), ml	Median	110	210	0.037
	IQR	50-200	100-280	
PO 48-72 hours (3rd day), ml	Median	70	270	< 0.0001
	IQR	25-130	175-370	
Total drain volume, ml	Median	310	577	0.004
	IQR	175-475	415-858	

SS-015

Anomalili Böbrekteki Taşların Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi Başarılı mı?

Bahri Gök[1], Davut Kamacı[2], Erdem Koç[1], Erem Asil[2], Ali Fuat Atmaca[1]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Anomalili böbrekteki taşlarda retrograd intrarenal cerrahinin (RIRS) sonuçlarını değerlendirmek

MATERYAL-METOD: Nisan 2016 ve Kasım 2018 tarihleri arasında anomalili böbreklerde taş nedeniyle retrograd intrarenal cerrahi yapılan 18 yaş üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, taşın lokalizasyonu, boyutu ile birlikte başarı ve komplikasyon oranları retrospektif olarak gözden geçirildi. Operasyon sonrası kontrollerde 2 mm ve altı taşsızlık olarak kabul edildi. Postoperatif başarı 1. ve 3. ay taşsızlık olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 50.9±15.8 (20-78) idi. Hastaların demografik verileri Tablo 1' de özetlendi. Toplam 29 anomalili böbreğe RIRS yapıldı. On hastada atnalı böbrek, 2 hastada ektopik pelvik böbrek, 13 hastada çift toplayıcı sistem ve 4 hastada da rotasyon anomalisi mevcuttu. Ortalama taş boyutu 16.3 ± 6.1 (8-30) mm idi. Postoperatif 1. ve 3. ay taşsızlık oranı sırasıyla % 48.2 ve 51.7 idi. Komplikasyon ise 4 (%13.7) hastada gelişti (Tablo 1). Rezidü kalan hastalardan 10 'una tekrar RIRS ve 4 hastaya da ESWL yapıldı.

SONUÇ: Anomalili böbrek taşlarının tedavisinde RIRS düşük komplikasyon oranlarıyla güvenilirdir ancak düşük taşsızlık oranları nedeniyle ek prosedür gerekliliği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Retrograd intrarenal cerrahi, Anomalili böbrek, taşsızlık

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta sayısı	n=29
Ort. hasta yaşı	50.9±15.8 (20-78)
ASA skoru	1.7±0.8 (1-4)
K/E	9/20
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2)	28.4±2.3 (23-34)
Sağ/Sol	18/11
Lokalizasyon Alt Kaliks Orta Kaliks Üst Kaliks Pelvis Multipl	 6 4 2 6 11
Preoperatif stent	5
Komplikasyon Ağrı Ateş Renal hematom	 2 1 1
Soliter böbrek	3

SS-016

Aort Anevrizması İçine Hapsolmuş Bir Üreter Darlığı Olgusu: Olağandışı Deneyim

Bayram Güner

Edremit Körfez Hastanesi

AMAÇ: Tromboze abdominal aort anevrizması içerisinde hapsedilmiş bir üreter darlığı olgusunda endoskopik tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta, koroner anjiografi sonrası kreatinin yüksekliği ile konsulte edildi. Ağrısı ve semptomu yoktu. Kan biyokimyası, hemogram, koagülometri, idrar kültürü, üriner ultrasonografi, kontrastlı abdomen tomografisi istendi. Yapılan değerlendirmesinde üst üreterde üreterin tromboze aort anevrizması adventisyası içerisinde yaklaşık 10cm seyrettiği ve oblitere olduğu saptandı. Yakın zamanda koroner anjiografi yapılmış olguda antikoagülan tedavinin kardiak açıdan kesinlikle kesilemeyeceği bildirildi. Hastaya uzun ömürlü 4.8F 28cm J stent üreteroskop eşliğinde tatbik edildi ve perop çekilen retrograd pyelografide stentin uygun lokalizasyonda olduğu konfirme edildi. Hasta postoperatif 1.gün sondası alınarak kontrol X-ray ve kreatinin bakısı sonrası taburcu edildi. Postoperatif dönemde sistitizm yakınmaları ve aralıklı hematüri şikayeti olan hasta postoperatif 5.gün spontan miksiyonla J stenti düşürdü.Yapılan kontrol ultrasonografisinde sol böbrekte grade 2 hidronefrozun devam ettiği izlendi. Kalp damar cerrahisi tarafından renal fonksiyonların endovasküler anevrizma tamiri (EVAR) öncesi stabil hale gelmesini istemesi ve antikoagülanların kesilememesi üzerine hasta yeniden J stent takılmasını tercih etti. Standart 4.8F 26cm J stent retrograd pyelografi eşliğinde yeniden takıldı ve sonrasında hastanın renal fonksiyonları stabilleşti. Postoperatif 1.ayda EVAR prosedürü gerçekleştirildi. Takibinde sorun olmadı.

SONUÇ: Diğer komorbiditeleri nedeniyle kullandığı antikoagülan tedavisi kesilemeyen hastalarda minimal invaziv tedavi seçeneklerinden üreteral J stent uygulaması ekstrem bir üreter darlığı nedeni olan ve olası abdominal aort anevrizması rüptür riski dahi bulunan hastalarda güvenle ve düşük komplikasyon oranı ile skopi kontrollü kullanılabilir. Mukavemeti yüksek J stentler tercih sebebi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Üreter, darlık, anevrizma, minimal invaziv cerrahi

SS-017

Nadir Bir Üreter Yaralanması Olgusu: Tüfek Saçması ile Üreter Yaralanması

Bayram Güner

Edremit Körfez Hastanesi

AMAÇ: Yakın mesafeden tüfek saçması ile yaralanmış bir olguda üreter yaralanması teşhis ve endoskopik tedavisini irdelemek amaçlandı.

OLGU: Yakın mesafeden yaralanma sonrası abdominal yaralanma nedeniyle genel cerrahi tarafından acil şartlarda eksplore edilen 40 yaşında erkek hasta postoperatif 4.gün uzamış drenaj nedeniyle konsulte edildi. Preop görüntülemesi yoktu ve hasta kolostomili idi. Abdominal USG de batında serbest mai dışında patoloji yoktu. Dren materyalinden gönderilen kreatinin değeri 9mg/dl geldi. Üreter yaralanması şüphesi ile geç kontrastlı abdomen tomografisi çekildi. Tüfek saçması artefaktı nedeniyle net değerlendirilemese de üreterden kontrast madde kaçağı olduğuna karar verildi.

YÖNTEM: Hastaya üreter yaralanması şüphesi ile diagnostik sistoüreteroskopi ve retrograd pyelografi planlandı. Mesanede 1 adet, üreterden bir adet saçma tanesi basket kateter yardımıyla ekstrakte edildi. Retrograd pyelografide Evre 2 üreter yaralanması tanısı konuldu ve üreteroskopik bakı ve retrograd pyelografi eşliğinde 4.8F j stent tatbik edildi. Postoperatif 1.gün drenden drenaj kesildi. Postoperaratif takibi sorunsuz geçti. Postoperatif 5.gün sondası, 3 ay sonra ise üreteral J stenti alındı. Kontrol ultrasonografide patoloji saptanmadı. Renal fonksiyon kaybı oluşmadı.

SONUÇ: Üreter yaralanması oldukça nadir izlenen bir antitedir. Tanısında en önemli husus bu durumun varlığında şüphe etmek ve geç kontrastlı grafilerden faydalanmaktır. Olgumuzda olduğu gibi preoperatif görüntülemede ciddi üreter hasarı olduğuna dair kesin bulgu saptanmayan tüm hastalarda öncelikle endoskopik prosedürlerin denenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Üreter, ateşli silah yaralanması, travma, üreteroskopi

Figure 1

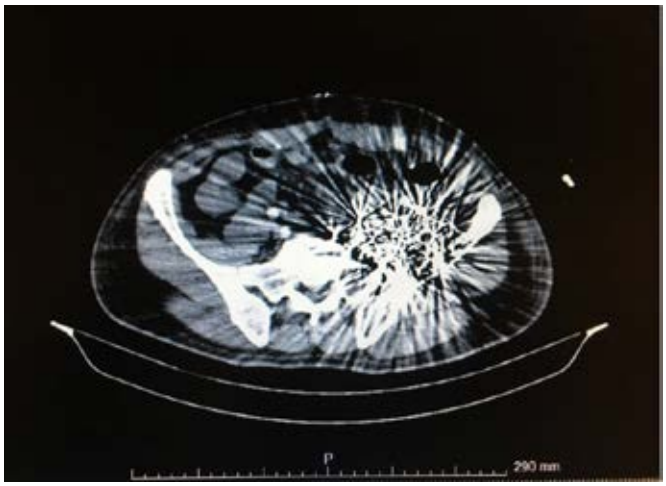


Figure 2



SS-018

Üreterorenoskopik Tedavi Uygulanan Renal Pelvis Taşlarında Semi-Rigid ve Flexible URS Verilerinin Retrospektif Karşılaştırılması

Fatih Tarhan[1], Berkan Şimşek[1], Bilal Eryıldırım[1], Erdinç Dinçer[1], Burcu Hancı[1], Kemal Sarıca[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi KIRDAR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Kafkas Üniversitesi, Üroloji Kliniği, Kars

AMAÇ: Kliniğimizde semi-rigid URS ve flexible URS kullanılarak opere edilen renal pelvis taşı olan hastaların sonuçlarının retrospektif olarak karşılaştırılması

MATERYAL-METOD: 2015-2018 yılları arasında kliniğimizde semi-rigid ve flexible URS ile opere olan renal pelvis taşlı hastaların yaş, cinsiyet, taşın sertlik derecesi (HU), taş boyutu, operasyon süresi, taşsızlık oranları, komplikasyon oranları, hastanede yatış süresi ve ek cerrahi girişim ihtiyacı retrospektif olarak karşılaştırıldı. 179 flexible URS(Grup-1), 68 semi-rigid (Grup-2) URS operasyonu yapılan toplam 247 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR: Grup-1 in yaş ortalaması 49±1.10, grup-2 nin yaş ortalaması ise 50±1.60 (p=0.74). Grup-1 deki hastaların 108 (%60,3) i kadın iken, grup-2 deki hastaların 34 (%50) ü kadın hastalardan oluşmaktadır(p=0,15). Taş özelliklerine baktığımızda da iki grup arasında HU değerleri (941±30 vs. 1036±44, p=0.077) izlenmiştir. Sadece grup-2 nin taş boyutu grup-1 den anlamlı büyük saptanmıştır (14±0.62 vs. 17±0.86, p=0,0009). Grup-1 de operasyon süresi istatistiksel olarak anlamlı derecede uzun iken (81±3.20 dk vs. 71±8.60, p=0,047), hastanede yatış (3.5±0.19 gün vs. 4.6±0.57, p=0,22) ve ek girişim ihtiyacı (27/179 vs. 9/68, p=0,84) her 2 grupta benzer saptanmıştır. Operasyon sonrası erken (p=0,66) ve geç (p=0,24) dönem taşsızlık oranları açısından da iki grup arasında anlamlı fark izlenmemiştir. Clavien-Dindo sınıflamasına göre Grup-1 de toplam 14 hastada komplikasyon gözlenmiş iken grup-2 de 22 hastada komplikasyon gelişmiştir(p=0,0001). Grup-2 de septik komplikasyonlar özellikle ön plana çıkmıştır (p=0,038).

SONUÇ: Renal pelvis taşlarında semi-rigid URS, flexible URS ile benzer taşsızlık oranları sağlamıştır. Semi-rigid URS ile yapılan operasyonlarda süre anlamlı ölçüde azalmasına rağmen özellikle septik komplikasyonların arttığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: semi-rigid urs, flexible urs, renal pelvis taşları, taşsızlık oranı, komplikasyon

SS-019

Robot Yardımlı Parsiyel Nefrektomi Cerrahi ve Onkolojik Sonuçlarımız

Burak Köprü, Giray Ergin, Mustafa Kıraç, Yusuf Kibar, Hasan Biri

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koru Ankara Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Çalışmamızda kliniğimize böbrek tümörü nedeni ile başvurup robotik parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastaların erken dönem cerrahi sonuçları ve onkolojik sonuçları değerlendirildi.

HASTA VE METOD: Eylül 2012 ile Aralık 2018 tarihleri arasında robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara standart robotik teknik ile transperitoneal yaklaşımla giriş yapıldı. Hastaların pre-operatif (R.E.N.A.L nefrometri skorlama sistemi ile), peri-operatif ve post-operatif verileri değerlendirildi., sıcak istemi süreleri, pozitif cerrahi sınır oranları, komplikasyon oranları kaydedildi.

SONUÇLAR: Robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulanan toplam 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 41'i erkek (% 65) 22'si kadın (% 35) olarak belirlendi. Ortalama yaş 53.2±12 yıl ve ortalama takip süresi 12 ay (3-36 ay) olarak tespit edildi. Ortalama tümör boyutu 29.7±8 mm ve ortalama R.E.N.A.L nefrometri skoru 6.2±1 olarak tespit edildi. Ortalama konsol süresi 101±8 dakika, ortalama sıcak iskemi süresi 17.6±7 dakika (sadece 16 (%25.3) hastaya sıcak iskemi uygulandı), ortalama kan kaybı 195±45 ml olarak tespit edildi. Total komplikasyon oranı % 15.8 (Clavien 1, % 4.7 (3 hastada atelektazi); Clavien 2, %11.1 (3 hastada üriner sistem enfeksiyonu, 4 hastada kan transfüzyonu); Clavien 3-4-5 izlenmedi) idi. Onkolojik sonuçlar incelendiğinde; tümörlerin %87.2 oranında malign olduğu ve sadece 3 hastada(%1.9) pozitif cerrahi sınır tespit edildi.

TARTIŞMA: Mevcut sonuçlar değerlendirildiğinde Robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygun hastalarda başarılı ve güvenli bir tedavi seçeneği olup yüz güldürücü onkolojik sonuçları ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, Parsiyel nefrektomi, Robotik cerrahi

SS-020

Robotik Radikal Prostatektomi: Erken Dönem Cerrahi ve Onkolojik sonuçlarımız

Burak Köprü, Giray Ergin, Mustafa Kıraç, Yusuf Kibar, Hasan Biri

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koru Ankara Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Çalışmamızda kliniğimizde prostat kanseri tanısı konup robotik radikal prostatektomi uygulanmış hastaların erken dönem cerrahi ve onkolojik sonuçları değerlendirildi.

Hasta ve METOD: Eylül 2012 ile Aralık 2018 tarihleri arasında sonuçları değerlendirildi. Prostat kanseri nedeni ile Robotik Radikal Prostatektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, klinik T evreleri, biyopsi Gleason skorları ve PSA değerleri kayıt altına alındı. Operasyon süresi, tahmini kan kaybı miktarı,sinir koruma oranları, komplikasyon oranları, ortalama hastanede kalış süresi, kateter çekilme süresi, onkolojik sonuçlar, biyokimyasal rekkürens ve kontinansa dönüş süreleri değerlendirildi.

SONUÇLAR: Toplam hasta sayısı 212 olarak belirlendi. Ortalama hasta yaşı 61.2±9, ortalama Ortalama operasyon süresi ilk 50 hastada 258 dakika (175-407) 50 hastadan sonraki ortalama operasyon süresi 124 dakika (102-159) olarak tespit edildi. Yüz kırk dokuz (%70.2) hastada sinir koruyucu cerrahi uygulandı. Postoperatif erken dönemde 4 hastada paralitik ileus, 1 hastada barsak obstrüksiyonu, 2 hastada port giriş yerinde transfüzyona ihtiyaç duyulan kanama tespit edildi. İlk 50 vakada ortalama hastanede kalış süresi 4.1 (3-7) gün, 50 vakadan sonra ortalama hastanede kalış süresi 2.2 (2-4) gün olarak tespit edildi. Onkolojik veriler incelendiğinde 188 (%88.6) hastada negatif cerrahi sınır, 24 (%11.4) hastada pozitif cerrahi sınır tespit edildi. Hastaların % 91'inde post operatif 3. ay PSA oranı < 0.2 ng/mL olduğu gözlendi. Kontinans oranları değerlendirildiğinde 3. ayın sonunda hastaların % 57'sinde tam kontinans sağlanmışken 12. ayın sonunda %98 hastada tam kontinans sağlandığı tespit edildi.

TARTIŞMA: Robotik radikal prostatektomi lokalize prostat kanserlerinin tedavisinde etkin ve güvenilir bir tedavi modalitesi olarak değerlendirilmekle beraber onkolojik sonuçları ile yüz güldürücü bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Radikal prostatektomi, Robotik cerrahi

SS-021

Soliter böbrekli taş hastalarında retrograd intrarenal cerrahi ne kadar güvenli?

Bülent Katı, Eyyüp Sabri Pelit

Harran Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

AMAÇ: Böbrek taşı ülkemizde sık görülen bir sağlık sorunudur. Retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) özellikle böbrekteki 2'cm den küçük taşlarda, uygun enerji kaynağı kullanılarak uygulanan endoskopik minimal invazif bir seçenektir. Bu çalışmamızda RIRC uyguladığımız soliter böbrekli taş hastalarını değerlendirdik ve bu cerrahinin güvenliliğini yorumlamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Şubat 2015- Aralık 2018 tarihleri arasında RIRS uyguladığımız 43 soliter böbrekli taş hastasının sonuçları retrospektif olarak yaş, cinsiyet, pre op- post op kreatin değerleri, taş boyutu ve lokalizasyonu, operasyon süresi, per operatif ve post operatif komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: Retrograd intrarenal cerrahi yapılan 43 hastanın 24'ü erkekdi. Ortalama yaşları 45,57±4,6 idi. Yirmi hasta sağ soliter böbrek taşı iken 23 hasta sol soliter böbrek taşıydı. Taşların ortalama büyüklüğü 14±3,3 mm idi. Taşların lokalizasyonu en sık pelvis ve alt poldü (%55). Taşların hepsi holmium lazer ile fragmente edildi. Ortalama operasyon süresi 51,9±17,3 dk idi. İki hastada post operatif hematüri nedniyle takip edildi. Ek müdahale gerekmedi. Post operatif 6 hastanın postoperatif kreatin değerleri yükseldi. Hidrasyon ile normal değerlere ulaşıldı. 2 hastada postoperatif 5. ve 6. günlerde anüri nedeniyle tekrar geldi. Hidrasyonla bir hastada düşme olmayınca stent değişildi. Kreatin değerleri düşmeyen hasta nefroloji önerisi ile diyaliz programına alındı. (Tablo 1)

SONUÇ: Böbrek taşları için RIRC, minimal invazif bir yöntem olsa da özellikle soliter böbrek taşlarında dikkatli olunmalı ve hasta postoperatif yakın takip edilmelidir. Özellikle 2 cm üzerinde taşı olan ve 60 dakika üzerinde cerrahi uygulanan hastalarda post operatif kan kreatinin ve idrar çıkarımı yakın takip edilmeli herhangi bir şüphe durumunda stentin toz fragmanları ile tıkanabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: retrograd intrarenal cerrahi, soliter böbrek, böbrek taşı

Tablo 1

Soliter Böbrekli Hasta sayısı	43
Cinsiyet	Erkek:24 Kadın:19
Taraf	Sağ böbrek: 20 Sol böbrek: 23
Ortalama Yaş	45,57±4,6
Ortalama Taş boyutu	14±3,3 mm
Ortalama cerrahi süresi	51,9±17,3 dk
Ortalama Skopi Süresi	23±5,3 saniye
Ortalama pre op kan kreatini	1,30 mg/dl
Ortalama post op kan kreatini	1,37 mg/dl
Taş lokalizasyonları	Üst pol: 8 hasta (%18,6) Orta pol +Pelvis: 13 hasta (%30,2) Alt pol: 22 hasta (%51,2)
Minör Komplikasyon	Hematüri: 3 hasta (%7) Postop kreatin artışı: 6 hasta (%14)
Major Komplikasyon	Anüri-KBY: 1 hasta (%2,3)

Hastalar hakkında genel bilgiler

SS-022

İzole Renal Pelvis Taşlarında Rijit ve Bükülebilir Üreterorenoskopi Sonuçlarımız

Özer Güzel, Can Aykanat, Yılmaz Aslan, Ahmet Asfuroğlu, Şeref Coşer, Melih Balcı, Altuğ Tuncel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Eğer semirijit üreterorenoskop ile izole renal pelvis taşlarına ulaşılabilirse; tedavi mümkün olabilmektedir. Biz bu çalışmamızda, ≤3 cm izole pelvis renalis taşı olan hastalarda rijit ve bükülebilir üreterorenoskopinin tedavi etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Eylül 2013 ve Ocak 2018 tarihleri arasında kliniğimizde, ≤3 cm izole pelvis renalis taşı nedeniyle opere edilen 325 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 50'sine semirijit üreterorenoskop(Karl Storz ™, Tuttlingen, Almanya) ile renal taş cerrahisi işlemi uygulandı (grup 1). Kalan hastalara bükülebilir üreterorenoskopik (FlexX2, Karl Storz ™, Tuttlingen, Almanya) intrarenal taş cerrahisi uygulandı (Grup 2, n=225). Postoperatif birinci ayda ≤3 mm rezidü taşlar taşsızlık olarak kabul edildi. Gruplar yaş, taş boyutu, taşsızlık oranları ve komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Hastaların yaş ortalaması grup 1 ve 2'de sırasıyla 49.4±14.4 (12-72) ve 45.5±15.6 (14-80) yıl idi (p = 0.204). Ortalama taş boyutu grup 1 ve 2'de sırasıyla 15.8±6.8 (5-30) ve 15.9±5.9 (5-30) mm idi (p = 0.950). Elde edilen sonuçlara göre, toplam taşsızlık oranı gruplar arasında farklılık göstermedi. Ortalama hastanede yatış süresi ve ameliyat sonrası meydane gelen Clavien 1-2 ve 3a komplikasyonlar gruplar arasında istatistiksel olarak farklı değildi. Hiçbir hastada Clavien> 3a komplikasyon görülmedi (Tablo 1).

SONUÇ: Bulgularımıza göre, semirijit ve bükülebilir üreterorenoskopik intrarenal renal taş cerrahisi yöntemlerinde başarı ve komplikasyon oranları benzerdir. Semirigid üreterorenoskop ile ulaşılabilen seçilmiş renal pelvis taşlarına sahip hastalarda semirijit üreterorenoskop ile uygulanan intrarenal cerrahi bükülebilir üreterorenoskop ile uygulanan cerrahi kadar etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Üreterorenoskopi, semirijit, bükülebilir.

Grupların cerrahi sonuçları

Parametreler	Grup 1 (n=50)	Grup 2 (n=275)	p
Taşsızlık oranı (%)	78.0	81.8	p=0.561
Hastanede kalış süresi (gün±SD)	1,3 ± 1,2	1,2 ± 1,6	p=0.645
Komplikasyonlar (Clavien 1-2)	2	4	p=0.481
(Clavien 3a)	1	2	p=0.316

SS-023

Is the Length of Renal Calyx Excretion Diameter Effective in Stone Formation?

Caner Ediz, Umut Sarıoğulları

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı,İstanbul, Turkey

INTRODUCTION & OBJECTIVES: To evaluate the effect of renal calyx excretion diameter that includes stone less than 1cm.

MATERIALS & METHODS: The data of 28 (16male,12female) patients with renal stone who were applied to urology department between January and December 2018 were analysed retrospectively. Mean age, gender, mean stone size, mean renal calyx excretion diameter were recorded and the opposide renal calyx excretion diameter in the other kidney that doesn't include any stones were measured as control. The patients were evaluated with computed tomography. Renal calyx excretion diameter was measured by tomography with 3d anchor technique. We retrospectively reviewed the medical records patients with less than 1 cm (craniocaudal) renal stones. In the analysis, The Mann Whitney U test was used.

RESULTS: The mean age of 48 (30-84) years, mean stone size was 85.17 mm3, mean renal calyx excretion diameter of the patient's with kidney stone is 8.33 mm, the control renal calyx excretion diameter (same calyx in opposite kidney) of the patient's without kidney stone was 5.96 mm and it was statistically significant ($p<0.0001$)

CONCLUSIONS: Some anatomical factors in urinary stone disease have been studied to explain the mechanism of stone formation up to now. This is the first investigation of the effect of mean renal calyx excretion diameter in kidney stones. Although the result of our study is encouraging it is obvious that there is need for prospective studies with more patients to reveal the importance of mean renal calyx excretion diameter in stone formation.

Keywords: renal calyx excretion diameter, kidney stone, anatomy

SS-026

Üretral Foleyin Klinik Pratikteki Yeri

Engin Denizhan Demirkıran, Gökhan Çeker, Cemal Ferhat Önal, Kamil Erdem

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı Zonguldak

GİRİŞ:Foley kateter retansiyon tedavisinde, sıvı dengesi takibi yapılması amacıyla ve hematüri tedavi ve takibi gibi birçok nedenle kullanılan bir enstrümandır. Tüm hekimlere öğrencilik döneminde foley kateter takılması teorik ve pratik olarak gösterilmektedir.

YÖNTEM: Çalışmamızda 2015-2018 yıllarında bölümümüze üretral foley takılamaması nedeniyle danışılan 139 hastayı analiz ettik.

Hastaların yaş aralığı 13-91 idi.

Hastaların %88,5'i erkek (n:123) %11,5'i kadın (n:16) idi.

Konsültasyon isteyen branşlar sırasıyla acil servis %25,2 oranıyla birinci, göğüs hastalıkları %10,1 ile ikinci, kalp damar cerrahisi %9,4 ile üçüncü sırada gelmiştir.

Hastaların %51,8'ine sıvı dengesi takibi amacıyla sonda takılmak istenirken; % 39,6'sı retansiyon, % 3,6'sı hematüri, % 5,0'i ise travma ve diğer sebeplerle danışılmıştır.

Acil servisten üretral kateterizasyon için istenen konsültasyonlarda %68 oranında retansiyon nedenli kateterizasyon istenirken diğer danışılan bölümlerden plastik ve rekonstriktif cerrahi, enfeksyion hastalıkları ve çocuk onkoloji haricindeki bölümlerin tamamında ağırlıklı sebep; sıvı dengesi takibidir. Plastik ve rekonstriktif cerrahi, enfeksiyon ve çocuk onkoloji bölümleri sadece bir kez retansiyon nedeniyle tarafımızdan sonda takılmasını istemiştir.

Hastalara % 34,5 oranında kauçuk foley, %29,5 oranında silikon foley, %25,2 guidewire üzerinden foley takılması uygulandı, yalnızca %9,4 (n:13) hasta için suprapubik sistostomi ihtiyacı olmuştur.Birer hastaya ise Tiemann sonda ve sistoskopi eşliğinde foley takılabilmiştir. Hastaların %64'üne rahatlıkla kauçuk foley ya da silikon foley takılmış olup ek bir enstrüman veya girişim uygulanmamıştır.

SONUÇ: Kliniğimize üretral foley gereksinimi için danışılan hastaların büyük çoğunluğuna (% 64) kolaylıkla ek enstrüman ihtiyacı olmadan üretral foley takılabilmiştir. Hekim adaylarına tıp eğitiminin temel öğretilerinden olan foley kateter uygulamasını mesleğe başlamadan daha detaylı ve çok daha fazla tecrübe kazandırılıp öğretilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: retansiyon, sıvı dengesi takibi, üretral foley

SS-027

Lokalize Prostat Kanseri Nedeniyle Radyoterapi Alan Hastalarda Hormonoterapinin Üretral Darlık Gelişimi Üzerine Etkisi

Cemal Ferhat Önal, Reha Girgin

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ: Prostat kanseri(PCa) dünya genelinde erkekler arasında en yaygın ikinci kanser türüdür. Ülkemizde insidansı 2014 verilerine göre 32,9/100.000'dir. Radikal prostatektomi ve radyoterapi uygulanabilecek tedavi seçenekleri arasındadır.

AMACI: Merkezimizde lokalize PCa nedeniyle radyoterapi uygulanan hastalardaki üretral darlık gelişmesine etki eden faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Üroloji kliniğimizde retrospektif olarak planlanan çalışmada Mart 2012-Aralık 2017 arasında IMRT(intensity modulated radiotherapy) uygulanan 155 hastanın verileri incelendi. Hastaların yaşı, biyopsi öncesi psa değeri, patoloji sonucu, radyoterapi dozu, eş zamanlı kastrasyon durumu, PCa risk grubu belirlendi. Hastalardaki üretral darlık gelişimi, hasta verileri ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 155 hasta dahil edilmiş olup hastaların 58'i (%37,4) düşük risk grubu, 52'si (%33,5) orta risk grubu, 45'i (%29) yüksek risk grubu olarak saptanmıştır.

118(%76,1) hastaya 76 Gy radyoterapi verilirken, 27(%17,4) hasta 78 Gy, 7(%4,5) hasta 74 Gy, birer hasta 72, 74 ve 82 Gy radyoterapi almıştır. Yaş dağılımına bakıldığında ise 30(%19,4) hasta < 65 yaş, 92(%59,4) hasta 65-75 yaş, 33(%21,3) hasta >75 yaş olduğu görüldü.

Hastaların 62'sine(%40) hiç hormonoterapi verilmezken, 75'ine(%54,8) en az 6 ay süreyle hormonoterapi verilmiş, 8'ine(%5,2) ise cerrahi kastrasyon uygulanmıştır.

Tüm grupta 17(%10) hastada üretral darlık geliştiği belirlendi. Bunların 3'ü girişimi kabul etmezken, 1 amplatz, 2 pasif dilatasyon, 1 soğuk bıçak, 10 tur-p uygulanan hastamız olmuştur.

Radyoterapi bitişi ve darlık operasyonu arasındaki süreler ortalama 525,07 / ortanca 400 (18-1193) gün şeklindedir.

SONUÇ: Lokalize Pca nedeniyle radyoterapi alan hastaların medikal/cerrahi kastrasyon durumu veya kastrasyonun süresi ile üretral darlık gelişmesi arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: hormonoterapi, kastrasyon, lokalize prostat kanseri, radyoterapi, üretral darlık

SS-028

Cilt-taş Mesafesindeki Dokuların ESWL Başarısına Etkisi

Cengiz Çanakcı, Yavuz Karaca, Ahmet Şahan, Erdinç Dinçer, Berkan Şimşek, Bilal Eryıldırım

SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Extrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) uygulanan renal pelvis taşlarında cilt-taş mesafesinde bulunan anatomik oluşumların ESWL'nin başarısına etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: 2016-2018 yılları arasında kliniğimizde renal pelvis taşı nedeniyle ESWL uygulanan 104 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Taşsız ve başarısız olarak 2 gruba ayrılan hastaların verileri kaydedildi. Çekilen BT(Bilgisayar Tomografi) 'lerde taş yoğunluğu, taş volümü, cilt-taş mesafesi, cilt-taş mesafesinde bulunan kas dokusu, perinefrik yağ dokusu, renal parankim dokusu, ciltaltı yağ dokusunun kalınlıkları ölçülerek taşsızlığa etkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların demografik bilgileri ve BT verileri Tablo-1'de gösterilmiştir. Hastalar 3. ayda karın grafisi ile taşsızlığı kontrol edildi. Çalışmaya alınan 62 hasta (%59) taşsız olurken, 42 (%41) hastada ya rezidü taş kalmış ya da başarısız olunmuştur. Hastalarda yaş (p:0,225) ve cinsiyetin (p:0,686) taşsızlığa etkisi görülmemiştir. Vücut kitle indeksi (VKİ) başarısız olan grupta istatiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p:0,0001). Cilt taş mesafesi taşsız grupta istatiksel anlamlı olarak daha kısa saptanmıştır (p:0,027). Ciltaltı yağ dokusu (p: 0,149), perinefrik yağ dokusu (p:0,471), parankim kalınlığı (p:0,394), kas dokusu (p:0,249) ve taş volümü (p:0,221) açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi. Taşsız olan grupta taş yoğunluğu istatiksel anlamlı olarak daha düşüktü (p:0,008)

SONUÇ: Çalışmamızda taş yoğunluğu, cilt-taş mesafesinin taşsızlığa etkisi olduğu görülmüş olup, cilt-taş mesafesindeki anatomik oluşumların taşsızlığa etkisi olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ESWL, Böbrek taşı, Cilt-taş mesafesi

Hastaların demografik ve BT (Bilgisayar Tomografi) verileri

	Taşsız (+) n:62	Başarısız (-)n:42	p değeri
Cinsiyet (erkek/kadın)	42/20	26/16	0,686
Yaş (yıl)	42±12,09	46±13,12	0,225
VKİ	24,3±3,60	27,3±4,04	0,001
Taraf (sağ/sol)	36/26	26/16	0,695
Cilt taş mesafesi (mm+sd)	95,12±20,78	103,6±15,04	0,027
Kas dokusu (mm+sd)	12,66±3,64	13.48±3,58	0,249
Ciltaltı yağ dokusu (mm+sd)	27,42±15,61	23,33±12,78	0,149
Perinefrik yağ dokusu (mm+sd)	14,52±8,12	15,65±7,76	0,471
Parankim kalınlığı (mm+sd)	26,24±4,45	25,44±4,98	0,394
Opasite (HU)	734,72±260,49	873,67±258,70	0,008
Taş volümü (mm3)	485,91±347,15	571,35±360,82	0,221

SS-029

Laparoskopik Nefrektomi (Tunç Tekniği): Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sonuçları

Cevper Ersöz, Bayram Doğan, Abdullah İlktaç, Yunus Kayalı

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Transperitoneal girişle yapılan nefrektomi ürologlar tarafından genellikle tercih edilen bir yöntem olduğu ve öğrenim eğrisinin kısalığı çoğu yazar tarafından vurgulanmıştır(1,2). Cerrahlar genellikle klasik metot ile tarif edilen şekilde renal pediküle ulaşabilmek amacıyla öncelikle üreterin disseksiyonu ve sonrasında böbrek alt polunun kaldırılarak renal arter ve renal ven serbestlenmesini takiben pedikül kontrolunu sağlamaktadırlar. Tunç ve arkadaşlarının tekniğinde ise farklı olarak sağ böbrek pedikül kontrolü üst polden başlanarak sağlanmaktadır (3). Bu teknikte tarif edilen şekliyle karaciğer altı triangüler ligamanın kesilmesi ile böbrek üst polunun serbestlenerek morrison boşluğuna giriş sonrasında böbrek medialinden kolon ve duedonum serbestlenmesi ve böbrek alt pol veya renal pedikül altından psoas kasına kadar disseksiyon yapılarak pedikülün havaya asılmasını içerir. Son olarak pedikül vasküler stapler ile kesilerek ayrılır. Bizde bu teknik ile 20 ay içinde uyguladığımız 22 sağ laparoskopik transperitoneal nefrektomi sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

Hastalarımızın ortalama yaşı 57 (35-83), torakarlarının girilmesinden sonra vasküler kontrole kadar geçen ortalama zaman 24 (18-40) dk, ameliyat süresi ortalama 108 (65-240) dk ve ortalama kanama miktarı 82 (10-300) cc olarak ölçüldü. Bütün vakalarda renal arter ve ven birlikte enblok olarak vasküler stapler ile kesildi. Kanama yada alete bağlı komplikasyon nedeniyle açığa dönüş olmadı. Hastaların takiplerinde vasküler staplere bağlı damar komkplikasyonu gözlenmedi. Tunç tekniği erken damar kontrolü sağlaması, ameliyat süresini kısaltması ve kolonda sınırlı mobilizasyon gerektirmesi ile rahat uygulanabilir, öğrenme eğrisinin kısa olduğu klasik yöntemlere göre avantajlı bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, nefrektomi, transperitoneal

SS-030

Robot Yardımlı Retroperitoneal Parsiyel Nefrektomi Tekniğimiz ve Erken Dönem Sonuçlarımız

Çağatay Özsoy, Yasin Aktaş, Kaan Karamık, Kamil Saraç, Özgür Arı, Mücahit Gelmiş, Mahmut Taha Ölçücü, Mahmut Ekrem İslamoğlu, Kayhan Yılmaz, Mutlu Ateş

SBÜ Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Sunumumuzun amacı dünyada yaygınlaşmaya başlayan ve merkezimizde de uygulamaya başladığımız robot yardımlı retroperitoneal parsiyel nefrektomi tekniğimizi ve ilk hastalarımızdan elde ettiğimiz sonuçları sunmak.

YÖNTEM: Ekim 2018 ile Aralık 2018 arasında 5 vakaya retroperitoneal RAPN uyguladık. Tekniğimizde Petit üçgeninden girilen ilk port ile retroperitoneal balon dilatasyonu sağladık. Retroperitona robot kolları için 4 adet 8 mm, asistans için 1 adet 12 mm portu laparoskopik olarak yerleştirdik (resim 1). Robot tümörün karşı tarafından, kollar hastanın baş tarafından yaklaştırıldı (resim 2). Hastaların hepsi erkekti. Üç vakada kitle sağ böbrekte, iki vakada kitle sol böbrekteydi. Ortalama tümör boyutu 26 mm, ortalama R.E.N.A.L. skor 5 olarak hesaplandı. Hastaların operasyon süreleri (total ve robotik süre), iskemi süreleri, klempleme tipleri, kan kayıpları, hastanede kalış süreleri, dren çekilme günleri ve patoloji sonuçları kaydedildi.

SONUÇ: Bütün hastalar herhangi bir komplikasyon olmadan robotik olarak opere edildi. Laparoskopik olarak başlanıp robotik olarak devam eden tekniğimizde ortalama operasyon süresi 138 dakika, ortalama robotik süre 106 dakika olarak ölçüldü. Bir hasta sıfır iskemi ile diğer 4 hasta sadece renal arter klemplenerek opere edildi. Ortalama sıcak iskemi süresi 24 dakika, ortalama peroperatif kan kaybı 58 ml, ortalama hastanede kalış süresi 3 gün, ortalama dren çekilme süresi 3 gün olarak tespit edildi. Patoloji sonuçlar incelendiğinde 2 hastada benign (onkositom, romatoid nodül), 3 hastada malign(T1a, cerrahi sınırlar negatif) patoloji görüldü.

TARTIŞMA: Retroperitoneal RAPN; intraperitoneal yapışıklık ihtimalinin azalması, renal hilusa direk ulaşabilme, erken mobilizasyon, erken oral açılması, kısa hastanede kalış süresi, batında skar olmaması ve cerrahın konforu açısından güvenilebilir ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, retroperitoneal, parsiyel, nefrektomi

1



2



SS-031

Robotik Perineal Prostatektomi ve Robotik Transperitoneal Prostatektomi Karşılaştırılması

Yunus Çolakoğlu[1], Mithat Ekşi[1], Yusuf Arıkan[1], Osman Özdemir[1], Selçuk Şahin[1], Coşkun Hüseynov[1], Doğukan Sökmen[2], Volkan Tuğcu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Bahçelievler Memorial Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmamızda kliniğimizde prostat kanseri nedeniyle robotik radikal perineal prostatektomi (r-PRP) ve robotik transperitoneal radikal prostatektomi (RARP) operasyonu olmuş hastaların sonuçlarını karşılaştırdık.

MATERYAL-METOD: Kasım 2016 ile Eylül 2017 arasında merkezimize 40 hastaya r-PRP, 40 hastaya RARP uygulandı.Lokal ileri hastalığı olan vakaları dışlamak için hastalarda multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) vardı. Çalışmaya lokalize prostat kanserli hastalar (C-T2N0M0) dahil edildi. Dışlama kriterleri ise Gleason skoru≥4+3, biyopside ve mpMRI'da ekstrakapsüller yayılım olması,klinik evre ≥T2c, Partin's Nonomogramına göre lenf nodu diseksiyonu gerekmesi,radyoterapi ve hormonoterapi öyküsü ve geçirilmiş prostatik, üretral veya mesane boynu cerrahisi olmasıydı.. Hastalar r-PRP için egzajere litotomi ve 15° Trendelenburg15° Trendelenburg iken, RARP için 40°Trendelenburg pozisyonunda opere edildi.

BULGULAR: Ortalama yaş r-PRP ve RARP için sırasıyla 61,2(46-73) ve 62,2(50-75) olarak izlendi. Vucut kitle indeks r-PRP grubunda daha yüksek izlendi(p=0.02). Ortalama operasyon süresi r-PRP için 169,4 (100-255) dakika iken RARP grubunda 173,1(130-210) dakika olarak izlendi. Ortalama konsol süresi ve anastomoz süresi r-PRP grubunda anlamlı derecede düşük izlendi. Ortalma kan kaybı r-PRP grubunda anlamlı derecede düşük izlendi. (p=0.002).Fonksiyonel sonuçlar açısından ise 6. Ay kontinans oranları r-PRP için 94.2% ve RARP için 72%(p=0.001) olarak izlenirken, 9. Ay kontinans oranları r-PRP için 95% ve RARP için 85.2%(p=0.02) olarak izlendi. Erektil fonksiyonlar, IIEF Skoruna göre r-PRP için 3. Ay, 6. Ay ve 9.Ay için 44%,66% ve 75%, olarak izlenirken, RARP grubunda oranlar 3. Ay, 6. Ay ve 9. Ay için 25%,42% ve 66% (p=0.001),olarak izlendi.

SONUÇ: Deneyimlerimize göre r-PRP, RARP ile karşılaştırıldığında kabul edilebilir morbidite, tatmin edici onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarla prostat kanseri cerrahisinde alternatif olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Robotik, Perineal, Transperitoneal, Radikal Prostatektomi

Tablo 1

Table1: *Postoperative data*

	r-PRP	RARP	P Value
Mean hospitalization (Day-range)	1,83 (1-3)	3.9 (2-7)	0,001
Mean bladder cathaterization time (Day-range)	8.42 (5-12)	8.64 (7-10)	0,99
Complications			
Wound infection	1 patient	no	
Ileus	no	4 patients	
Transfusion required bleeding	no	1 patient	
Abdominal wall haemorrage at trocar placement	0	1 patient	
Urinary leakage	1 patient	3 patients	
Positive surgical margin	4(10%)	5(12,5%)	0.65
T2a	0	1(2,5%)	
T2b	1(2,5%)	2(5%)	
T2c	3(7,5%)	2(5%)	
Upgraded Pathology	4(10%)	3(7,5%)	0.44
Downgraded Pathology	2(5%)	1(2,5%)	0.47
Immediate continence rate	42%	35%	0.30
Continence rate 3th months	94%	63%	0,001
Continence rate 6th months	94,2%	72%	0,001
Continence rate 9th months	95%	85,2%	0,02
Erectile fuction rate 3th months	44%	25%	0,001
Erectile fuction rate 6th months	66%	42%	0,001
Erectile fuction rate 9th months	75%	66%	0,001

Post-operatif Data

SS-032

Robot Yardımlı Radikal Perineal Prostatektomi; 110 Vakanın Sonuçları

Yunus Çolakoğlu[1], Mithat Ekşi[1], Yusuf Arıkan[1], Osman Özdemir[1], Coşkun Hüseynov[1], Selçuk Şahin[1], Abdulmuttalip Şimşek[1], Volkan Tuğcu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Bahçelievler Memorial Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Bugüne kadar yapılmış en geniş seri olan 110 vakalık Robotik Radikal Perineal Prostatektomi (r-PRP) sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Kasım 2016-Eylül 2018 arasında lokalize prostat kanseri (C-T2N0M0) nedeniyle, 110 hasta robotik radikal perineal prostatektomi operasyonu oldu.Lokal ileri hastalığı olan vakaları dışlamak için tüm hastalara preoperatif multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) yapıldı.MpMRI'da lokal ileri hastalığı olan, artrozis, ankilozis ve/veya geçirilmiş ortopedik cerrahiler nedeniyle egzajere litotomi pozisyonu alamayan hastalar perineal prostatektomi için uygun görülmedi.

CERRAHİ TEKNİK: Bütün operasyonlar'da Vinci XI surgical systems (Intuitive Surgical Inc.,Sunnyvale,California,USA)' kullanılarak, tek bir cerrahi tarafından gerçekleştirildi. (V.T.) Preoperatif potens olan ve mpMRI'da ekstraprostatik yayılım izlenmeyen tüm olgulara bilateral sinir koruyucu cerrahi uygulandı. Bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu Partin nomogramına gore lenf nodu metastaz riski>5% olan hastalara uygulandı.

BULGULAR: Hastaların demografik bilgileri, ortalama PSA,Gleason skorları,ortalama prostat volümü,mpMRI bulguları,ASA skorları ve IIEF-5 skorları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ortalama kan kaybı 68, ±17,2 cc'ydi.Pelvik lenf nodu diseksiyonu 12(10,9%) hastaya uygulandı.

Ortalama kateter çekilmesi süresi 7,1±2,4 gün ve ortalama hastanede yatış süresi 1,49±1,3 gün olarak izlendi. Pozitif cerrahi sınır 11 (10%)hastada izlendi. Ortalama takip süresi 14±3,7 ay olup biyokimyasal rekürrens 3(2,7 %) hastada görüldü. Peroperatif bulgular ve post-operatif bulgular Tablo 2 de özetlenmiştir.

Erken kontinans 44% iken, 3.,6.ve 12. aylardaki kontinans oranları 86%, 89% and 93% olarak izlendi. Potens ise 3., 6. ve 12. aylarda 44%, 60% ve 67% olarak izlendi.

SONUÇ: r-RPP, lokalize prostat kanseri tedavisinde, geçirilmiş abdominal cerrahi hikayesi olan veya obez hasta grubunda dahi, prostat hacminden bağımsız olarak, aynı insizyondan lenf nodu disseksiyonuda dahil edilerek uygulanabilecek güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Robotik, Radikal Prostatektomi, Perineal

Tablo-1

Yaş	61.38±6.71 yıl
BMİ	28±2.58
ASA Skoru	
ASA-1	9 (%8.18)
ASA-2	89 (%80.9)
ASA-3	12 (%10.9)
Ortalama PSA	7.73±4.7 ng/ml
Gleason Skoru	
3+3	81
3+4	24
4+3	4
4+4	1
Ortalama Prostat Volümü	54.05±14.7 cc
Multiparametrik MRI	
PIRADS-I	%7.2
PIRADS-II	%25.4
PIRADS-III	%18.08
PIRADS-IV	%46.3
PIRADS-V	%1.81
IIEF-5	19.1±3.06
Geçirilmiş Abdominal Cerrahi	%50.9

Demografik Bilgiler ve Preoperatif Özellikler

Tablo-2

Ortalama Kan Kaybı	68.25±17.2 cc
Konsol Süresi	90.09±13.01 dk
Hastanede Yatış Süresi	1.43±1.39 gün
Ortalama Kateter Çekilme Süresi	8.6±1.04 gün
Gleason Skoru	
3+3	42 (%38.1)
3+4	48 (%43.6)
4+3	16 (%14.5)
4+4	3 (%2.72)
3+5	1 (%0.9)
Pozitif Cerrahi Sınır	14 (%12.7)
Biyokimyasal Rekürrens	3
Kontinans (12. ay)	103 (%93)
Potens (12. ay)	74 (%67)
Ortalama Takip Süresi	14.04 ay

Peroperatif ve Post-operatfi Bulgular

SS-033

Böbrek Taşlarının Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) ile Tedavisinde Spinal Anestezi (SA) ve Genel Anestezi (GA) Yöntemlerinin Karşılaştırılması: SA, RİRC için bir Seçenek Olabilir

Çağrı Şenocak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye.

AMAÇ: GA, endoüroloji alanında deneyimli merkezlerin çoğunda RİRC için yaygın olarak uygulanan anestezi yöntemidir. Bununla birlikte, SA altında yapılan RİRC ile ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, RİRC hastalarında SA`nın uygulanabilirliğinin etkinlik, güvenlik ve maliyet açısından açısından GA ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Böbrek taşı tanısı ile Temmuz 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında RİRC uygulanan hastaların prospektif olarak toplanan verileri retrospektif olarak değerlendirildi. 18 yaşından küçük hastalar ile renal anomalisi veya soliter böbreği olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar aldıkları anestezi tipine göre: grup SA ve grup GA olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik paremetreler ve taş parametrelerinin yanısıra operasyon ve hastanede kalış süreleri ile postoperatif taşsızlık, Vizüel Analog Skala (VAS) skorları, analjezik gereksinimi, komplikasyon oranları ve anestezi maliyet değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 80 hasta dahil edildi. Operasyonların 40'ı SA altında (grup SA) ve 40'ı GA altında (grup GA) yapıldı. İki grup arasında preoperatif demografik bulgular, taş yükleri ve lokalisazyonları, postoperatif taşsızlık oranları, operasyon ve hastanede kalış süreleri açısından anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). Ancak, SA grubunda median postoperatif 6.saat VAS skorları (1.5 vs. 5; $p<0.001$), analjezik kullanımı (0 vs. 1; $p=0.001$), clavien grade 1 (%12.5 vs. %32.5; $p=0.032$) ve anestezi maliyet değeri (5.07 vs 11.22TL; $p<0.001$) GA grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu.

SONUÇ: RİRC uygulanan hastalarda SA'nın GA kadar etkili ve güvenli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, SA, GA'ya göre; postoperatif median ağrı skorlarının, analjezik gereksiniminin ve anestezi maliyetlerinin düşük olması nedeniyle daha avantajlı bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Genel Anestezi, Retrograd İntrarenal Cerrahi, Spinal Anestezi.

SS-034

Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) Sonrası Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile Saptanan Rezidüel Fragmanların (RF) Doğal Seyri

Çağrı Şenocak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye.

AMAÇ: RİRC sonrası RF'ler, asemptomatik kalabilirler veya semptomatik olaylara yol açarak ek cerrahi girişimler için risk faktörü olabilirler. Ancak, kalan bu RF'lerin doğal seyrine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmakta ve uzun dönem sonuçları tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, RİRC sonrası RF sonuçlarının incelenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: 2010-2014 yılları arasında RİRC uygulanan 492 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Postoperatif 8 hafta içerisinde tekrarlayan girişimi olan, postoperatif 8-12. haftada kontrol BT`si olmayan veya kontrol BT'de herhangi bir boyutta RF saptanmasına rağmen takipsiz olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Postoperatif taş olayı; spontan taş pasajının olması veya cerrahi girişim gereksinimi olarak tanımlandı.

BULGULAR: 492 hastadan, postoperatif RF saptanan ve çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 63'ünün sonuçları incelendi. 63 hastanın median takip süresi 18 ay ve RF boyutu 4.4 mm idi. 44 (%69.84) hasta asemptomatik iken, postoperatif taş olayı 19 (%30.16) hastada izlendi. Bunların 11'inde spontan pasaj, 8' inde ise cerrahi girişim uygulandığı saptandı. Cerrahi girişime kadar olan median zaman aralığı 5.5 ay idi. Asemptomatik hastaların median taş boyutu ile postoperatif taş olayı yaşayan hastaların median taş boyutları arasında istatiksel anlamlı fark izlenmedi (4.5 mm vs. 3.8 mm, p = 0.75). Bununla birlikte, tek değişkenli lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da RF boyutu arttıkça cerrahi girişim riskinin artışı yönünde eğilim olduğu izlendi (OR: 1.19, 95% CI: 0.98-1.44, p = 0.08).

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, RİRC sonrası RF'si olan hastaların üçte birinin 18 aylık takip süresince taşla ilgili bir olay yaşadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, RİRC sonrası RF'si olan hastaların yönetimine yardımcı olmak için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Takip Çalışmaları, Retrograd İntrarenal Cerrahi, Rezidüel Fragman.

SS-035

Is There Any Predictive Value of the Ratio of the Upper to Lower Diameter of the Ureter for Ureteral Stone İmpaction?

Deniz Abat[1], Ali Börekoğlu[2], Adem Altunkol[3], Ilgaz Çağatay Köse[4], Selçuk Yaylacı[5]

[1]*Department of Urology, Ministry of Health, Iskenderun State Hospital, Hatay, Turkey*
[2]*Department of Urology, Ministry of Health, Mersin City Teaching and Research Hospital, Mersin, Turkey*
[3]*Department of Urology, University of Health Sciences, Adana City Teaching and Research Hospital, Adana, Turkey*
[4]*Department of Radiology, Private İskenderun Gelişim Hospital, Hatay, Turkey*
[5]*Department of Internal Medicine, Sakarya University, Faculty of Medicine, Sakarya, Turkey*

OBJECTIVE: We aimed to determine if the ratio of the upper to the lower diameter of the ureter could have any predictive value for stone impaction.

MATERIAL AND METHOD: Patients who had a solitary unilateral ureteric stone, determined by NCCT (non-contrast computerized tomography), were assessed if they had undergone ureteroscopic lithotripsy (URSL). Eighty-four male (76%) and 27 female (24%) patients were recruited to the study. Demographic data of the patients and preoperative radiological parameters based on NCCT were recorded. Impaction status was also assessed during the operation.

RESULTS: Of the 111 patients, ureteral stones in sixty-three (57%) patients were determined to be impacted, and ureteral stones in 48 (43%) were non-impacted. Impacted stones were more prominently seen in older patients, female patients and patients with an ASA score of 2. Significant relationships were found between the impaction status and transverse stone length, longest stone length, upper diameter of the ureter, ratio (upper diameter of the ureter / lower diameter of the ureter) and AP diameter of the pelvis. These parameters were higher in patients with impacted stones. However, according to logistic regression analysis, transverse stone length, longest stone length and AP diameter of the pelvis were the most effective parameters for detecting the impaction status.

CONCLUSION: Transverse stone length, longest stone length and AP diameter of the pelvis have higher specificity and sensitivity for predicting the impaction status rather than the ratio of the upper to lower diameter of the ureter.

Keywords: Diameter, Impaction, Ratio, Ureteral Stone.

The results of the radiologic parameters according to impaction status.

	Impaction	Impaction	p Value
Parameters	No	Yes	
	Mean±SD Med (Min-Max)	Mean±SD Med (Min-Max)	
Transverse stone length (mm)	7.18±2.22 7.05 (2.5-13.1)	8.42±2.48 7.8 (4.8-17)	0.007*
Longest stone length (mm)	9.81±3.65 9.72 (3.6-21)	13.14±3.63 12.7 (5.5-22)	<0.001*
Upper diameter (mm)	9.85±5.29 8.94 (3-29.7)	11.55±3.4 11.5 (6.1-20.5)	0.001*
Lower diameter (mm)	4.22±1.61 4.05 (1.87-12.6)	4.18±1.16 4.17 (1.71-7)	0.871
Ratio	2.46±1.34 2.16 (1-7.98)	2.93±1.05 2.66 (1.62-6.57)	0.003*
AP diameter of the pelvis (mm)	19.57±6.75 20.1 (6.5-37)	27.26±7.51 27.5 (9.7-43.1)	<0.001*
Hounsfield units score	673.5±245 655.1 (271.7-1449.1)	732.3±230.3 745.2 (337.1-1316.9)	0.198

** Statistically significant p value ($p < 0.05$).*

SS-036

Enkruste Üreteral Stentlerin Yönetimi: Tek Merkez Deneyimi

Ekrem Güner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Vücut içerisinde unutulan üreteral stentler ürologlar için baş edilmesi güç problemler doğurabilir. Başlıca komplikasyonları taşlaşma, enkrustasyon, infeksiyon, migrasyon ve böbrek fonksiyonlarının bozulması olarak sıralanabilir. Bu stentlerin yönetimi konusunda ortaya konmuş kesin bir yaklaşım bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda, merkezimizde enkruste üreterel stentlere yaklaşımımızı ve sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Ocak 2014-Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde enkruste/taşlaşmış üreteral stent nedeniyle opere edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya 35 hasta dahil edildi. Hastaların 9'ü kadın iken 26 tanesi erkek idi. Hastaların ortalama yaşı 46.8±13.1 yıl idi. 5 hastaya obstrüksiyonu gidermek için, 25 hastaya URS sonrası, 3 hastaya peruktan nefrolitotomi sonrası ve 2 hastaya da pyeloplasti sonrası üreteral stent koyulmuş idi. Stentlerin ortalama vucutta kalış süresi 14.7 ay idi. Enkruste stentlerin KUB grade sistemine göre aldığı skorlar 3 ile 13 arasında değişmekte idi. (Resim1) 7 hastanın stenti çekilebilirken, 7 hastaya fleksible URS, 5 hastaya URS, 12 hastaya sistolitotripsi, 3 hastaya perkütan nefrolitotomi ve 1 hastaya nefrektomi yapılması gerekti. Hastaların 32'sinde (%91.4) taşsızlık sağlanırken 3 hastada (%8.6) rezidü fragmanlar izlendi. Post-operatif dönemde 7 hastada (%20) değişen derecelerde komplikasyon izlendi. Yapılan korelasyon analizinde KUB grade skoru ile taşsızlık için gereken operasyon sayısı ve stentin vücutta kalma süreleri arasında anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.001$). Multivariate regresyon analizinde stentin vücutta kalma süresi ve KUB grade skoru, operasyon sonrası komplikasyonu öngören faktörler idi; sırasıyla $p=0.031$ ve $p<0.001$.

SONUÇ: Unutulmuş ve enkruste olmuş stentler endoürolojik girişimler ile deneyimli cerrahlar tarafından çıkarılabilirler. KUB grade skoru, gerekecek operasyon sayısını ve post-operatif komplikasyonları öngörmede yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Unutulmuş stent, Enkurste üreteral kateter, D-J kateter

Resim 1



Enkruste bir adet kırık ve bir adet tam üreteral stent

SS-037

Füzyone Çoklu Böbrek Anomalisine Yaklaşım

Emrah Yakut

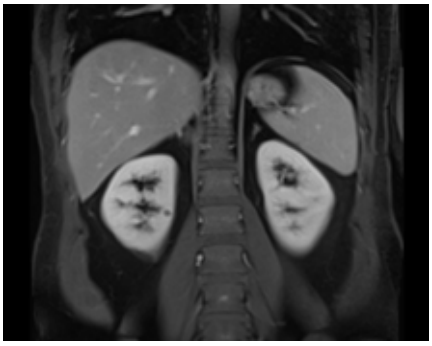
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Çoklu böbrek anomalisi çok nadir görülür. Literatürde 100' den az vaka bildirilmiştir. Fazla olan böbrek gerçekte toplayıcı sistemi, kanlanması ve kapsülle çevrelenmiş parankimal dokusu ile aksesuar bir organdır. Normal böbreğe gevşek bir yağ dokusu ile bağlı ya da tamamen ayrı olabilir. Aynı taraf üreterleri tamamen bifid ya da duplike olabilir. Her iki cinsiyette de eşit görülür ancak solda daha sıktır. Vakaların % 60' ında renal fossada doğru pozisyonda yer alan dominant böbreğin biraz kaudalindedir. Fazlalık böbrek sağ veya sol böbreğin alt polüne sıkışıp, radyografik olarak "yalancı atnalı böbrek" görüntüsü verebilir. Olguların % 50' sinde etkilenen tarafta üreterlerdistalde birleşerek tek bir orifis oluşturarak mesaneye girerler. Genellikle asemptomatiktir. Erişkinlikte semptomatik hale gelip ağrı, ateş, hipertansiyon ve karında kitle yapabilir. Enfeksiyon ve obstruksiyon gelişebilir. Obstruksiyon ve taş oluşumuna bağlı olarak hidronefroz gelişebilir. Anomaliyi aydınlatmak için voiding sistoüretrografi, ultrasonografi, bt veya mr ürografi kullanılabilir. Bazen tüm tetkiklere rağmen operasyon ya da otopsi yapılıncaya kadar fazlalık böbrek belirlenemeyebilir.Literatürde bildirilen tüm olguların %25' inde fazlalık böbrek hayat boyu farkedilememiş ve otopside bulunmuştur.

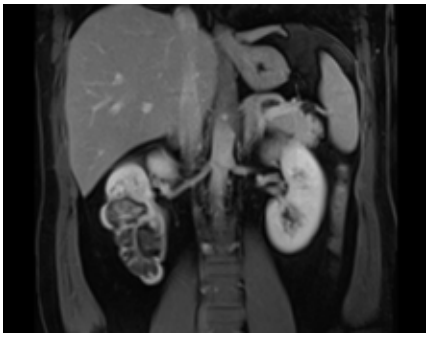
Biz de bu bildiride polkliniğimize şiddetli sağ yan ağrısı ile başvuran ve tetkiklerinde füze sağ çoklu böbrek saptanan hastayı sunacağız. 36 yaş erkek hastada sağ böbrek alt pole füzyone halde hidronefrotik nonfonksiyone 3. bir böbrek izlenmiştir. Fazlalık böbreğin dilate ayrı bir üreteri bulunmaktadır. Hastaya sağ füzyone fazlalık böbrek için sağ laparoskopik nefroüreterektomi yapılmıştır. Perop ve postop komplikasyon saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: anomali, böbrek, füzyon, laparoskopi

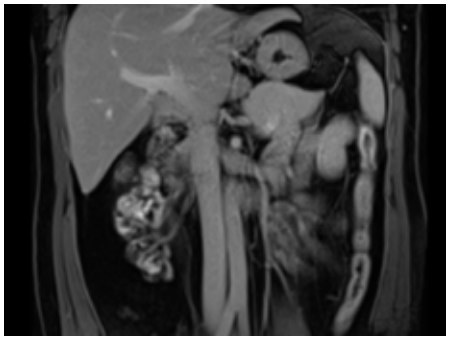
MR1



MR2



MR3



SS-039

Staghorn Böbrek Taşlarının Tedavisinde Tek Alt Pol Girişi

Murat Tüken, İsmail Evren, Emre Şam

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇLAR: Staghorn böbrek taşı tanısıyla yapılan perkütan nefrolitotomide(PCNL), böbrek üst pol girişi daha iyi görüş açısı ve taşsızlık oranları sağladığı için tercih edilmektedir.Ancak,üst pol girişleri pnömotoraks ve hemotoraks riskini arttırır. Staghorn böbrek taşlarının tedavisi için tek alt pol girişlerinin etkinliğini ve düvenirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Staghorn böbrek taşı için PCNL uygulanan hastaların verileri incelendi. Böbrek alt polünden tek bir perkütan erişim yapılan hastalar ve alternatif erişime ihtiyaç duyularak ek giriş yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Akses yerleri, giriş sayıları,taşsızlık durumu ve komplikasyonları kayıt edildi.

BULGULAR: Toplam 52 hastaya ilk girişi böbrek alt polü olan PCNL uygulandı.Hastaların 35'ine(%67) alt polden girilen tek bir aksesle PCNL yapıldı.Ulaşılması mümkün olmayan taşlara flexible urs ve/veya nefroskopla ulaşım sağlandı.Alt pol girişi taş erişimi için yetersiz kalan 17(%33) hastaya ek akses yapıldı. Bu hastaların dokuzuna(%17) ek üst pol girişi, beşine(%10) ek orta pol girişi ve üçüne(%6) hem üst hem de orta pol girişi yapıldı.

Preoperatif ortalama Hb değeri 14.51g/dl,postoperatif ortalama Hb değeri 11,31g/dl. Hastaların 12'sinde(%23) kan transfüzyonu gerektiren kanama meydana gelmiştir. Transfüzyon gereken 12 hastanın 8'i(%67) ek akses yapılan hastalardı.Ek akses yapılan 2(%3,8) hastamızda A-V fistül saptandı ve embolizasyonla tedavi edildi. Ortalama operasyon süresi tek alt pol girişli hastalarda 123 dakika ek giriş uygulanan hastalarda 158 dakikaydı. Nefrostomi ortalama 2,5'inci gün çekildi. Hastanede kalış süresi ortalama 4,4 gündü.Tek alt pol girişi yapılan hastalarda anlamlı olmamakla birlikte taşsızlık oranı daha yüksekti(%73-%64).

SONUÇ: Staghorn böbrek taşlarının tedavisinde tek alt pol girişiyle yapılan perkütan nefrolitotomi,flexible cihazların da yardımıyla, uygun hastalarda daha düşük komplikasyon ve taşsızlık oranları sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: böbrek taşı, perkütan nefrolitotomi, staghorn

SS-040

Üriner Sisteme Yönelik Laparoskopik Cerrahide İlk Deneyimlerimiz: 97 Vaka

Emrullah Durmuş[1], Engin Özbay[1], Arif Aydın[2], İsmail Karlıdağ[1], Halil Ferat Öncel[1], Remzi Salar[1], Ekrem Özyuvalı[1], Talip Göktaş[3], Mehmet Giray Sönmez[2]

[1]Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma hastanesi Üroloji Kliniği/Şanlıurfa
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D./Konya
[3]Yozgat Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği/Yozgat

AMAÇ: Bu çalışmada üriner sisteme yönelik gerçekleştirdiğimiz 4 yıllık laparoskopik cerrahi deneyimlerimizi literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2014-Ekim 2018 tarihleri arasında kliniğimizde 97 hastaya üriner sisteme yönelik laparoskopik cerrahi girişim uygulandı.54 hastaya sağ,42 hastaya sol laparoskopik cerrahi girişim ve 1 hastaya da radikal prostatektomi uygulandı.Hastalar sağ ve sol olmak üzere iki gruba ayrılarak operasyon süresi,ortalama kan kaybı,intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar,hastanede kalış süresi ve dren kalma süresi açısından retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 44(16-67) idi.Erkek/Kadın oranı 54/43 idi.Radikal prostatektomi hariç 54 hastaya sağ,42 hastaya sol laparoskopik cerrahi girişim uygulandı. Tüm girişimlerde ortalama ameliyat süresi 145(40-210) dakika,ortalama dren alınma süresi 3.1(1-10) gün,yatış süresi 3.4(1-14) gün,kanama miktarı 150(20-500) cc olarak hesaplandı. Basit nefrektomi yapılan 1 hastada ve pyelolitotomi yapılan 1 hastada atnalı böbrek anomalisi mevcuttu.. Ortalama en kısa dren süresi kist eksizyonu hastalarına, en uzun dren süresi ise Radikal prostatektomi hastalarına aitti. Radikal nefrektomi yapılan 2 hastada ve basit nefrektomi yapılan 1 hastada renal pediküle ulaşılamaması üzerine açık operasyona geçildi. Pyelolitotomi yapılan 1 hastada ve radikal prostatektomi yapılan 1 hastada drenden uzamış idrar drenajı gözlendi. Tüm girişimler gözönüne alındığında ortalama komplikasyon oranı %5.1 olarak bulundu.Sağ laparoskopik cerrahi girişim ile sol laparoskopik cerrahi girişim arasında karşılaştırılan parametreler açısından herhangi bir fark gözlenmedi.

SONUÇ: Laparoskopinin ilk öğrenme döneminde olan bir cerrahın başlangıçta nispeten daha basit prosedürler seçmesi ancak bu süreyi çok uzatmadan daha kompleks ameliyatlara geçmesi öğrenme süresini hızlıca kısaltabilir. Uygun hasta seçimi ve yeterli ekipman ile perifer merkezlerde de laparoskopik cerrahi güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi,Üriner sistem,Deneyim

SS-041

Prostat Kanseri Tanısında Transrektal İğne Biyopsisindeki Kor Uzunluğunun Etkisi

Serdar Aykan[1], Murat Tüken[2], Serkan Gönültaş[3], Aykut Çolakerol[4], Enes Kılıç[4], Yavuz Baştuğ[1], Atilla Semercioöz[4], Ahmet Yaser Müslümanoğlu[4]

[1]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[3]SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[4]SBÜ Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Prostat kanseri tanısı prostatik glandüler yapının histolojik değerlendirmesiyle konulur ve ultrason rehberliğinde yapılan iğne biyopsisi tanıda en sık kullanılan yöntemdir. Prostat biyopsisinin tanı değerini kısıtlayan sınırlamaların üstesinden gelmek ve kanser tespit oranını arttırmak için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bu çalışmada, biyopsi çekirdek uzunlukları ile kanser tespit oranları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak ve biyopsi çekirdek uzunluğunun tanısal değerini arttırabilecek standardizasyon kriterlerini oluşturmak amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM: Ocak 2016 ile Eylül 2017 tarihleri arasında anormal rektal dijital muayene ve / veya PSA> 2.5 ng / mL nedeniyle transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi yapılan 394 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Her hastadan TRUS altında prostatın her iki tarafında lateral ve medialden olmak üzere; apikal, medial ve bazal bölgelerden toplam 12 kor biyopsi yapıldı. Her çekirdeğin uzunluğu, tümör tutulumu olan çekirdeklerin çekirdek uzunluğu ve tümör uzunlukları ölçülüp kaydedildi. Kanser tanısı konulan hastalar ile benign patolojik bulguları olan hastaların çekirdek uzunlukları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastalarda ortalama yaş: 63.84±7.26, ortalama PSA: 15.88±7.40 ng/dl, ortalama prostat volümü: 54.30±28.48 ml olarak hesaplandı. Kanser saptama oranları ve kanser derecelendirmesi ile parça uzunluk ortalamaları arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p=0.232) tespit edildi.

SONUÇ: Patolojik değerlendirmede, yeterli miktardaki prostat dokusunu değerlendirebilmek için alınan biyopsi çekirdek uzunluğunun prostat kanseri tanısı ile ilişkisi gösterilememiş ve dolayısıyla patolojik değerlendirmede yeterli boyutta glandüler dokunun varlığı için bir sınır değer kestirilememiştir. Literatürde benzer ve karşıt sonuçları olan çalışmaların varlığı, bu konu ile alakalı daha geniş klinik çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Prostat iğne biyopsisi, Biyopsi çekirdek uzunluğu

SS-042

Gebelik Hidronefrozu Nedeni ile DJ Kateter Takılmasının Fetal Gelişim Üzerine Etkisi

Engin Denizhan Demirkıran, Reha Girgin

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı Zonguldak

GİRİŞ:Üreteral stent kullanımı üroloji pratiğinde geniş yer almaktadır. Üreteral obstrüksiyona sebep olan patolojilerin hemen tamamında geçici drenajı sağlamak amaçlı stent kullanılabilir. Gebelerde hidronefroz nedenli üreteral stent yerleştirilmesi kararı klinik duruma göre verilmektedir.

AMAÇ: Kliniğimize hidronefroz nedenli başvuran gebe hastaların verileri incelenerek takiplerinde double-j stent(DJ) takılmasının gebelik sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2012 – Temmuz 2018 tarihleri arasında hidronefroz nedenli başvuran 67 gebe hastanın verileri incelendi. Hastaların başvurudaki yaşı, kilosu, gebelik haftası, gebelik sayısı, fetüs ağırlığı, komorbid hastalıkları, hidronefroz derecesi, hidronefroz tarafı, taş hikayesi, mevcutsa taş yeri ve boyutu, üre, kreatinin, doğum haftası, bebek boyu, ağırlığı ve baş çevreleri not edildi. Ardından hastalar DJ takılıp takılmamasına göre iki gruba ayrıldı. Gruplar arasındaki değerler T testi ve Ki Kare testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: 67 hastanın 40(%59,7)ına DJ takılırken, 27(%40,3)sine takılmadan takip edildiği görüldü. Gruplar arasında başvurudaki yaş, anne kilosu, gebelik haftası, gebelik sayısı, fetüs ağırlığı, komorbid hastalıklar, hidronefroz tarafı, taş hikayesi, mevcutsa taş yeri ve boyutu, üre, kreatinin, doğum haftası, bebek boyu ve baş çevreleri açısından anlamlı fark izlenmedi. Hidronefroz derecesinin DJ takılanlarda anlamlı olarak yüksek(p:0,000) ve doğum esnasındaki bebek ağırlığının DJ takılmayanlarda anlamlı olarak düşük(p:0,005) olduğu saptandı.

SONUÇ: Hidronefroz nedenli üroloji başvurusu olan gebelerde DJ takılanlarda hidronefroz derecesinin anlamlı olarak yüksek olduğu, benzer klinik şartlarda başvuran gebelerde DJ takılması kararı verilirken hidronefroz derecesinin etkili olduğu görülmektedir. DJ takılması doğum haftası ve bebek boyu açısından fark yaratmazken, bebek ağırlığının DJ takılmayanlarda anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Gebelerde klinik gereklilik halinde hidronefroz endikasyonuyla DJ takılmasının hasta konforu yanında, intrauterin gelişim açısından da yarar sağlayabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Hidronefroz, Double J Stent

SS-043

Böbrek Tümörü Nedeniyle Laparoskopik Girişim Uygulanan Hastalarla İlgili Klinik Deneyimimiz

Engin Denizhan Demirkıran, Önder Çinar

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

AMAÇ: Kliniğimizde uygun tüm böbrek cerrahilerinde laparoskopik yöntemi standart hale getirme sürecindeki endikasyonlar, klinik sonuçlar ve komplikasyonları sunmayı; olası komplikasyonlardan kaçınmak için yapılacakları tartışmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde Kasım 2017 ve Şubat 2019 tarihleri arasında 17 hastaya laparoskopik renal cerrahi uygulandı. Hastaların tamamı renal kitle nedenli opere edildi. Bunların on ikisi radikal nefrektomi, dördü parsiyel nefrektomi, biri radikal nefroüreterektomi vakasıydı.

BULGULAR: Toplam 17 vakanın üçünde intraoperatif komplikasyonlar nedeniyle açık transperitoneal cerrahiye geçildi. Bu hastalarda arteriyel kanama(1), splenorenal yapışıklık(1) ve renal arterin identifiye edilememesi(1) nedeniyle açık cerrahiye geçildi. Bu hastalara intraoperatif dönemde sırasıyla 5, 2 ve 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Diğer vakalarda ise transfüzyon ihtiyacı olmadı.

Ortalama vaka süreleri radikal nefrektomi(Grup-1) / parsiyel nefrektomi(grup-2) / açık cerrahi(Grup-3) için sırasıyla 219,5 / 175 / 230 dakikaydı. Hastaların drenleri aynı sırayla 2,9 / 2,75 / 4,66 günde alındı. Hastaların taburculuk süreleri ise aynı sırayla 3,7 / 3,75 / 6,66 gün şeklindeydi. Charlson skorlarının ortalama değerleri Grup-1 için 4,5 / grup-2'de 3,75 / grup-3'te 4,66 olarak belirlendi.

ÇIKARIMLAR: Laparoskopik cerrahi, hasta konforu ve kısa hospitalizasyon süresi gibi avantajlarının yanı sıra özellikle başlangıç aşamasında ciddi komplikasyonlara da açık bir yöntemdir. Artan tecrübe ile birlikte komplikasyonlar ve vaka süresi ciddi oranda azalmaktadır. Bizim parsiyel nefrektomi sürelerimizin diğer cerrahilerden kısa olmasının nedeninin bu vakaların serinin sonlarında artmış tecrübe ile yapılması olduğunu düşünmekteyiz. İleri dönemde oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek ve laparoskopinin birçok ürolojik alanda standart olarak kullanımının sağlanması için eğitim aşamasındaki ürologların laparoskopi eğitimi almaları önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: böbrek tümörü, laparoskopi, onkolojik cerrahi, parsiyel nefrektomi, radikal nefrektomi, radikal nefroüreterektomi

Hasta özellikleri

Ortalama değerler	Radikal Nefrektomi	Parsiyel Nefrektomi	Açık cerrahiye Dönülenler
Yaş	60,9	55,75	61
Vücut kitle indeksi	28,6	29,6	25,3
Charlson komorbidite indeksi	4,5	3,75	4,66
Giriş hgb	13,55	14,15	11,5
Giriş kreatinin	0,88	0,775	0,9
Postop hgb	12,05	12,5	10,45
Postop kreatinin	1,05	0,825	1,3
Operasyon süresi (dk)	219,5	175	230
Postop gaz çıkışı (gün)	1,9	1,25	1,5
Dren alınışı (gün)	2,9	2,75	4,66
Taburculuk süresi (gün)	3,7	3,75	6,66
R.E.N.A.L. skoru	9,1	4,5	8
Es replasmanı	0	0	2,66
Cinsiyet			
Kadın	4	2	0
Erkek	6	2	3
Asa risk grubu			
ASA1	0	1	1
ASA2	3	0	1
ASA3	7	3	1
Patoloji sonucu			
Benign	0	1	0
Onkositom	1	1	0
Berrak hücreli rcc	3	2	1
Kromofob hücreli rcc	4	0	0
Papiller rcc	1	0	0
Karsinosarkom	1	0	0
Liposarkom	0	0	1
Ürotelyal karsinom	0	0	1

SS-044

Prostat Doku Dansitesinin Holmium Lazer Prostat Enükleasyonu (HoLEP) Perioperatif Sonuçlarına Etkisi: Pilot Çalışma

Engin Kaya[1], Eymen Gazel[2], Theodoros Tokas[3], Serdar Yalçın[1], Tahsin Batuhan Aydoğan[4], Halil Çağrı Aybal[5], Lütfi Tunç[6]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Acıbadem Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara
[3]General Hospital i.T, Üroloji ve Androloji Kliniği, Tirol
[4]Göksun Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş
[5]Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[6]Gazi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Prostat doku dansitesinin(PTD) HoLEP cerrahisinin perioperatif sonuçlarına etkisinin araştırılması

YÖNTEM_GEREÇ: Aralık 2016 ile Ağustos 2018 tarihleri arasında HoLEP cerrahisi geçiren 214 hasta çalışmada değerlendirildi. Prostat doku dansitesi sürekli bir değişken olmakla beraber 1 gr/mL medyan bölünme ile düşük ve yüksek dansiteli gruplar olarak dikotomize edilmiştir. Grup 1 (<1gr/mL) 100 hasta, grup 2 ise (≥1gr/mL) 114 hasta olarak çalışmada yer almıştır. Enükleasyon süresi(ET), morselasyon süresi(MT), total operasyon süresi (TOT), total lazer enerjisi (TLE), lazer etkinliği (EL), enükleasyon etkinliği (EE), morselasyon etkinliği (ME), enükleasyon hızı, enükle edilen doku ağırlığı (ETW) parametreleri kayıt alınmıştır.

SONUÇLAR: Grup 1 ve grup 2 ortalama yaşları sırasıyla 61.36 ± 5.92 and 63.1 ± 7.52'dir. TOT, ET, EE, ETW her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak MT grup 2 hastalarda grup 1'e göre anlamlı uzun bulunmuştur (11.27 ± 8.57 min & 7.22 ± 5.46 min, p=0.0001). EM ise grup 1 hastalarda grup 2'ye göre anlamlı yüksek saptanmıştır (9.81±5.61g/min & 7.45±4.14 g/min, p=0.0003). EL ve TLE ise her iki grupta benzer bulunmuştur. PTD ise MT ile pozitif korelasyon gösterirken (rho=0.272, p=0.0005), EM ile negatif korelasyon göstermektedir (rho=0.272, p=0.0005). PTD ile EL veya EE arasında herhangi bir korelasyon bulunamamıştır.

TARTIŞMA: PTD, esas olarak morselasyon olmak üzere HoLEP cerrahisinin perioperatif sonuçlarını etkilemektedir. PTD yüksek olan hastalarda MT daha uzun olmakla birlikte EM daha azdır. HoLEP cerrahisinin süre ve zorluğu açısından gelecekte yapılabilecek olan çeşitli görüntüleme çalışmaları aydınlatıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: HoLEP, holmium, benign prostat hiperplazisi, prostat

Preoperatif data ve perioperatif sonuçların gruplar arası karşılaştırılması

	Grup 1 (PD<1gr/mL) n:100	Grup 2 (PD ≥1gr/mL) n:114	p değeri
Yaş	61.36 ± 5.92	63.1 ± 7.52	0.06
PSA(ng/mL)	4.35 ± 2.64	4.94 ± 3.2	0.25
Perioperatif prostat hacmi(mL)	85.6± 32.09	105.5 ± 61.67	0.17
Enükle edilen doku ağırlığı(gr)	55.8 ± 27.44	70.23 ± 48.41	0.18
Enükleasyon süresi(dk)	69.18 ± 21.86	74.94 ± 35.9	0.69
Morselasyon süresi(dk)	7.22 ± 5.46	11.27 ± 8.57	0.0001
Total operasyon süresi(dk)	76.4 ± 23.98	86.21 ± 42.07	0.27
Morselasyon etkinliği(gr/dk)	9.81±5.61	7.45±4.14	0.0003
Enükleasyon etkinliği(gr/dk)	0.80 ± 0.31	0.91 ± 0.45	0.25
Lazer etkinliği(J/dk)	1.82 ± 0.83	1.81 ± 0.87	0.92
Toplam lazer enerjisi(J)	86.29 ± 29.23	99.25 ± 44.66	0.06
Enükleasyon oranı(%) 0.63 ± 0.14	0.63 ± 0.14	0.64 ± 0.15	0.68

PSA: Prostat-Spesifik Antijen; PD: Prostat Dansitesi. (p <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir)

SS-045

Şok Dalga Litotripsisinin Ağrı Yönetiminde Ultrason Eşliğinde Tek Taraflı Transversus Abdominis Bloğunun Analjezik Etkinliği

Ender Sir[1], Sami Eksert[1], Murat Zor[2], Mehmet Emin İnce[1], Engin Kaya[2], Selahattin Bedir[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş-AMAÇ: Transversus abdominis düzlemsel blok (TAP), lokal bir blok olup çeşitli abdominal cerrahilerde postoperatif ağrı kontrolü amaçlı kullanılmaktadır. Bu çalışmada ekstracorporeal şok dalgası litotripsi (SWL) sırasında oral diklofenak uygulaması ile birlikte kullanıldığında ultrason kılavuzlu tek taraflı TAP bloğunun analjezik etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem- Gereç: Ocak 2017 ile Ocak 2018 arasında SWL uygulanmış ve çalışmaya uygun olan hastalar üç gruba ayrılmıştır. Grup 1, hastanın tercihi nedeniyle ilaç almadı. Grup 2 işlemden 30 dakika önce 50 mg oral diklofenak aldı ve grup 3 işlemden 30 dakika önce hem oral diklofenak aldı hem de tek taraflı ultrason rehberliğinde TAP bloğu uygulandı. Hasta özellikleri, SWL verileri ve "görsel analog ağrı skalası" (GAS) skorları toplandı ve gruplar karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya toplam 44 uygun hasta dahil edildi. Hastanın yaşı, VKİ ve taş büyüklüğü, SWL sayısı, iletilen toplam enerji ve işlemin süresi gibi SWL verileri dahil olmak üzere özellikleri açısından gruplar benzerdi. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık sadece VAS skorlarında elde edildi. Grup 1,2 ve 3'teki ortalama VAS skorları sırasıyla 6.3±1.8, 4.3±2.3 ve 1.3±1.0 idi.

TARTIŞMA: Çeşitli anestezik tekniklere ve çeşitli anestezik / analjezik ajanlara ve yeni nesil litotriptörlere rağmen; SWL hala ağrılı bir işlemdir ve minimal yan etkileri olan yeterli analjezi gerektirir. Çalışmamız, tek taraflı ultrason kılavuzlu TAP bloğunun oral diklofenak uygulaması ile sadece oral diklofenak uygulanmasına göre daha etkin oranda analjezi sağladığını ortaya koyması açısından önemli bir değere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: SWL, taş, analjezik, ağrı, transvers abdominis bloğu

Patient characteristics, SWL data and VAS scores of three groups.

	Grup 1 (Kontrol)	Grup 2(Diklofenak enjeksiyonu)	Grup 3 (Diklofenak enjeksiyonu+TAP blok	P değeri
Yaş	43.1 ±16.8	35.5±12.5	38.7±14.3	p≥0.05
VKİ	26.1±4.4	24.9±4.1	25.7±4.0	p≥0.05
Taş boyutu	56.3±21.6	54.8±31.0	57.2±32.5	p≥0.05
SWL sayısı	2866.2±335.1	3058.4±251.6	2936.7±371.0	p≥0.05
Toplam enerji	59.2±16.4	65.8±16.9	71.3±21.6	p≥0.05
GAS skoru	6.38±1.8	4.37±2.3	1.38±1.0	p<0.05

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, GAS. Görsel Analog Ağrı Skalası

SS-046

Renal Artere Stent Yerleştirilmesine Bağlı Oluşan Renal Hematom: Olgu Sunumu

Enis Mert Yorulmaz[1], Sacit Nuri Görgel[1], Yiğit Akın[1], Kutan Özer[2], Osman Köse[1], Serkan Özcan[1], Yüksel Yılmaz[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Hipertansiyonun nedenlerinden biri de renal arter stenozudur. Renal arter stenozunda uygulanan tedaviler ilaç tedavisi, perkütan veya cerrahi revaskülarizasyondur. Renal hematom renal artere stent yerleştirilmesinin nadir komplikasyonlarından biridir. Burada renal artere stent yerleştirilmesinden bir gün sonra hemorajik şok tablosu ile acil servise getirilen sağ renal ve retroperitoneal hematom nedeniyle nefrektomi yapılan olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU: Dirençli hipertansiyon nedeni ile tetkik edilen 65 yaşındaki kadın hastanın perkütan translüminal renal anjiografisinde sağ renal arter proksimalinde stenoz saptanması üzerine girişimsel radyoloji tarafından perkütan translüminal stent uygulandı (Resim 1).

Hasta işlemden bir gün sonra acil servise sağ flank bölgede ağrı ve hemorajik şok tablosuyla getirildi. Hipotantif (60/30 mmHg) ve Hb:6,3g/dLolan hastanın yapılan abdomen ultrasonografisinde sağ böbrek çevresinde 29x102 mm boyutlarında subkapsüler ve retroperitoneal alanı dolduran hematom izlendi. Ardından yapılan tüm abdomen kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ böbrek çevresinde ve retroperitoneal alanda hematom izlendi (Resim 2). Acil operasyona alınan hastada sağ retroperitoneal alanı dolduran hematom izlendi. Perirenal alanda aktif hemorajinin devam ettiğinin izlenen, hemodinamisi stabil olmayan ve vital bulguları giderek kötüleşen hastaya nefrektomi uygulandı. Operasyon sonrası takiplerinde hemodinamisi stabil olan hasta 7.günde taburcu edildi.

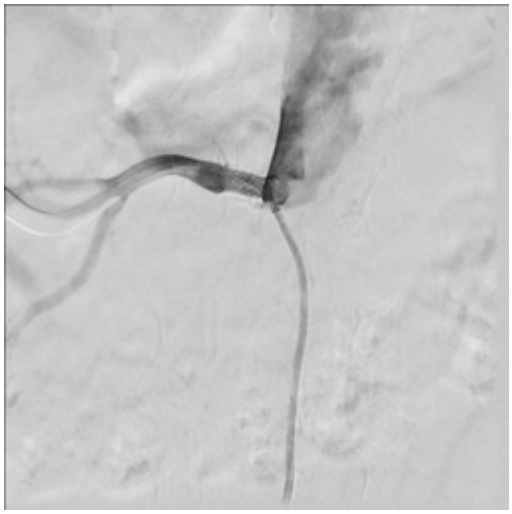
Anahtar Kelimeler: Perkütan translüminal renal arter stent yerleştirilmesi, Renal arter stenozu, Renal Hematom

Resim - 2



RESİM - 2 (Kontrastlı bilgisayar tomografi) a- Sağ böbrekte perirenal hematom b- Sağ retroperitoneal hematom

Resim -1



RESİM – 1 (Renal artere stent yerleştirilmesi)

SS-047

Akut Batının Nadir Bir Sebebi; Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Gelişen İntraperitoneal Fistül: Olgu Sunumu

Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Yüksel Yılmaz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

2 ay önce ateşli silah yaralanması nedeni ile paraplejik olan ve operasyon öyküleri bulunan 34 yaşındaki erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın dış merkezde yapılan tetkiklerinde sol kolon splenik fleksura, sol böbrek yaralanması, L3 vertebra sağ pedikülde fraktür, L3 vertebra sol transvers proceste fraktür saptanmış. Bunun üzerine kolona segmental rezeksiyon ve uç kolostomisi yapılan hastaya sonrasında L1-L4 transpediküler vida ve postsegmental enstürmantasyon, L2-L3 total laminektomi ve kurşun eksizyonu operasyonu uygulanmış. Hastaya acil serviste yapılan fizik muayenede palpasyon ile batında hassasiyet mevcuttu. Göbek üstünden altına uzanan insizyon hattı ve kolostomisi izlendi.

Labaratuar tetkiklerinde Hemoglobin 11.1 g/dL, kreatinin 0.67 mg/dL olan hastanın kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol böbrek alt pol parankiminin heterojen olup normal yapısını kaybettiği izlendi. Sol böbrek alt pol toplayıcı sisteminden peritoneal boşluğa doğru sıvı geçişi olduğu görüldü ve fistül oluştuğu düşünüldü. Sıvının sol parakolik sulkusta dalağın altına kadar uzandığı tespit edildi (Resim 1).

Mevcut kliniği ve görüntülemeleri sonucunda böbrek kalisiyel sistemi ile periton arasında fistül traktı olduğu tespit edilen hastaya retrograd yolla double-j üreteral stent yerleştirilmesine karar verildi (Resim 2).

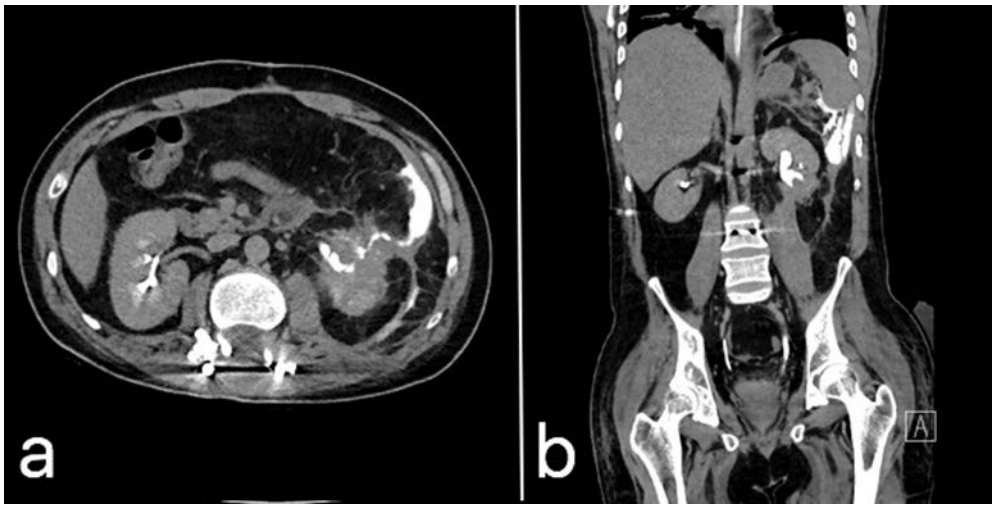
İşlem sonrası 1 ay sondalı takip edilen hastanın semptomları geriledi.

Hastanın 2. ayda çekilen BT de ekstravazasyon izlenmemesi üzerine double-j stenti çekildi (Resim 3).

Burada sunduğumuz olguda ateşli silah yaralanması sonrası diğer organ hasarı ile birlikte böbrek hasarı meydana gelmiştir. Böbrek yaralanması sonrası oluşan intraperitoneal alana fistül akut batın tablosuna yol açmış olup fistül jj stent ile tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut batın, Genitoüriner sistem travmaları, İntraperitoneal fistül

Resim 1



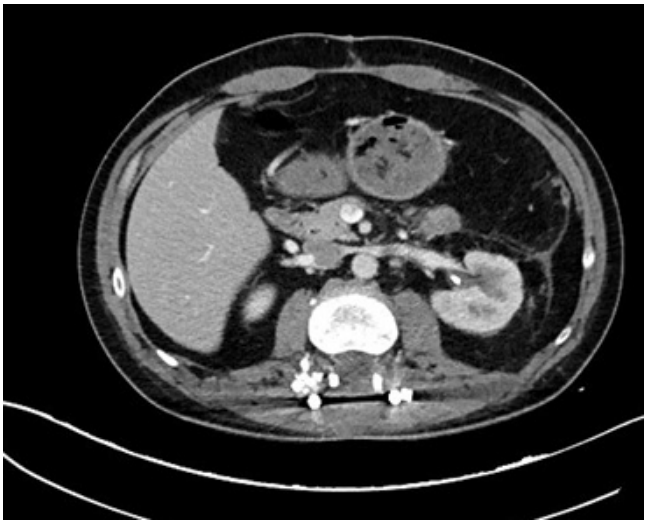
(Kontrastlı Bilgisayar Tomografi) a) Sol böbrek alt polden peritone uzanan fistül traktı b) Sol parakolik alanda contrast ekstravazasyonu

Resim 2



Direkt Üriner Sistem Grafisi- Sol JJ Stent

Resim 3



Fistül traktının ve ekstravazasyonun kaybolduğu izlenmekte

SS-048

Üreter Üst Kısım Taşlarında Semi Rijid Ureterorenoskopi ile Ekstracorporal Şok Dalga Litotripsisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması

İbrahim Karabulut[1], Ercüment Keskin[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji ABD, Erzurum*
[2]*Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD, Erzincan*

GİRİŞ: 2 cm'den küçük renal taşlarda klavuzlar ilk seçenek olarak ekstracorporak şok dalga litotripsisini (ESWL) önermekte iken üreter üst kısım taşlarında(ÜÜT) ureterorenoskopi daha öne çıkmaktadır. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde ÜÜT'larında sURS ve ESWL etkinliği, komplikasyon ve taşsızlık oranlarını araştırmayı amaçladık.

Gereçi.Ocak-Aralık 2018tarihleri arasında SBÜ Erzurum BEAH üst üreter kısım taşı nedeni ile tedavi yapılan 15 hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi. Her hastanın detaylı anemnezi alındı, fizik muayenesi, renal fonksiyonları içeren laboratuvar tetkikleri, tam idrar tahlili ve idrar kültürü yapıldı. Görüntüleme tetkiki olarak direk üriner sistem grafisi(DÜSG), ultrasonografi, intravenöz pyelografi (İVP) ve kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) kullanıldı. Taşsızlık intraoperatif floroskopi ile postop 1. gün DÜSG ile ve postop 3. ayda DÜSG, ultrasonografi ve BT ile değerlendirildi. Görüntüleme yöntemlerinde taş görülmemesi ya da yalnızca klinik olarak önemi olmayan rezidüel fragmanların (<4 mm) görülmesi başarı olarak kabul edildi. Her bir gruptaki hastalar taşın çapı, taşa ulaşmadaki başarı, operasyon süresi, yine operasyon gerekliliği, 3. aydaki taşsızlık oranı; ateş, kanama, perforasyon gibi komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. Komplikasyonlar ise Modifiye Clavien Derecelendirme Sistemine göre sınıflandırıldı.

SONUÇ: Proksimal üreter taşlarının üreterorenoskopik tedavisinde; S-URS yüksek taşsızlık oranı ile üstün görünmektedir. Daha az başarı oranı ile rağmen anestezi gerektirmemesi ve günibirlik ESWL'de alternatif tedavi modalitesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Üreter Üst Kısım Taşı, URS, ESWL

SS-049

Soliter Böbrekli Taş Hastalarında Retrograd İntrarenal Cerrahi Sonuçlarımız

Erdem Koç[1], Fevzi Bedir[2], Davut Kamacı[3], Hüseyin Kocatürk[2], Bahri Gök[1], Erem Asil[3], Ali Fuat Atmaca[1]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum, Türkiye
[3]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

AMAÇ: Soliter böbrekli taş hastalarında, retrograd intrarenal cerrahi (RIRS)' nin sonuçlarını değerlendirmek.

MATERYAL-METOD: 2015 ile 2019 yılları arasında, iki merkezli böbrek taşı nedeniyle RIRS yapılan soliter böbreği olan 65 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara preoperatif ve postoperatif 1. ve 3. ayda kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Kontrollerde 2 mm ve altında taş kalması taşsızlık olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 53,75(±15,89) idi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo-1' de özetlenmiştir. Ortalama taş boyutu 13,52 (±5,28) mm idi. Hastaların postoperatif 1. ve 3. ayların sonunda taşsızlık sırasıyla 43(%65,2) ve 57(%87,6) idi. Rezidü taş kalan 12 hastaya 2. seans RIRS veya ESWL yapıldı. Hastaların 6 'sına ağrı nedeniyle analjezik, 2 hastaya ateş nedeniyle antibiyotik başlandı, 1 hastada septik şok ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulandı.

SONUÇ: Soliter böbrekli hastalarda böbrek taşlarının tedavisinde RIRS güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Soliter böbrek, Böbrek taşı, Retrograd intrarenal cerrahi

Tablo-1 Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişkenler	
Yaş (yıl) (ort± SS)	53,75 (±15,89)
Erkek / Kadın (n, %)	45 (69,2) / 20(30,8)
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2) (ort±SS)	26,34 (±3,41)
ASA Skoru (ortanca (IQR))	2 (1-2)
Taş Boyutu (mm) (ort±SS)	13,52 (±5,28)
Taş Tarafı (Sağ / Sol) (n, %)	31(47,7) / 34(52,3)
Soliter Nedeni (n, %)	
Konjenital	12 (18)
Nefrektomi	30 (46)
Nonfonksiyone böbrek	23 (35)
Taş Lokalizasyonu (n, %)	
Alt pol	24 (36,9)
Orta pol	3 (4,6)
Üst pol	7 (10,8)
Pelvis	21 (32,3)
Miks	10 (15,4)

Preoperatif GFR (mL/min) (ortanca (IQR))	28(1,09-65,5)
Komplikasyon (n, %)	9 (13,8)
Grade I (Ağrı)	6 (9,2)
Grade II (Ateş)	2 (3)
Grade 3A (ABY ve septik şok)	1 (1,5)
Taşsızlık (n, %)	
1. ay	43(65,2)
3. ay	57(87,6)

SS-050

Öncesinde Pron Pozisyonda Perkütan Nefrolitotomi Hikayesi Olan Hastalarda Supin Perkütan Nefrolitotomi Deneyimlerimiz

Erdem Öztürk, Nurullah Hamidi

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Perkütan nefrolitotomi (PCNL) operasyonu, 2 cm üzerindeki böbrek taşları, alt pol kaliks taşları ve endoskopik şok dalga taş kırmaya (ESWL) dirençli böbrek taşlarında tercih edilecek ilk tedavi yöntemi haline gelmiştir.1 PNL genellikle pron pozisyonda yapılamasına rağmen bazı dezavantajlar göz önüne alınarak supin pozisyonda PNL planlanmıştır.

Bu çalışmada daha öncesinde böbrek taşı nedeniyle pron PCNL yapılmış hastalarda tekrarlayan taşa bağlı yapılan supin PCNL sonuçlarımızın sunulması hedeflenmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇ: Kliniğimizde Kasım 2016-Ocak 2019 tarihleri arasında böbrek taşı nedeniyle supin pozisyonda PNL yapılan 148 hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, ortalama taş boyutu, operasyon süresi, floroskopi süresi, hospitalizasyon süresi, taşsızlık oranları ve cerrahi sonrası komplikasyonlar kaydedildi.

BULGULAR: Kasım 2016-Ocak 2019 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle supin PCNL yapılmış 148 hasta değerlendirildi. Daha öncesinde pron PCNL hikayesi olan 38 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 46.5±12.4 olarak hesaplandı. Ortalama taş boyutu 2.6±0.48'di. Ortalama operasyon süresi 52.6±21.4 dk, skopi süresi 3.2±1.2 dk, hospitalizasyon süresi 2.5 (1-5) gün olarak hesaplandı. Hasta serimizde taşsızlık oranı %81.43'tü. Takiplerde komplikasyon izlenme oranı ise %6.2 olarak bulundu.

SONUÇLAR: Böbrek taşı tedavisinde supin PNL daha öncesinde pron PCNL hikayesi olan hastalarda da yüksek taşsızlık oranları ile etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

REFERANSLAR: 1. Tiselius HG,Ackerman D,Alken P,Buck C,Conort P,Galluci M. EAU Guidelines on urolithiasis. Eur Urol 2001;40:362-71.

2. Menon M,Resnick MI. Urinary lithiasis: etiology, diagnosis, and medical management. In: WalshPC, RetikAB, Vaughan ED, editors. Campbell's Urology Philadelphia: WB Saunders; p: 2002;3229-3305

Anahtar Kelimeler: Supin perkütan nefrolitotomi, pron perkütan nefrolitotomi, sekonder cerrahi

SS-051

Retrograd İntrarenal Cerrahi Sonrası Rezidüel Taşların Değerlendirilmesi

Ahmet Tahra, Erdem Zengin, Resul Sobay, Abdurrahman İnkaya, Uğur Boylu, Eyüp Veli Küçük

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

HEDEF:Retrograd intrarenal cerrahi(RIRC) sonrası rezidüel fragmanlar ağrı ve obstruksiyona yol açabilmektedir. Ancak rezidüel fragman değerlendirilmesi ne zaman olacağı ve hangi yöntem ile yapılacağı konuları net değildir.Bu çalışmamızda amaç postoperatif rest taş değerlendirilmesi açısından Direk Üriner sistem grafisinin taşsızlık oranını belirlemedeki rolünü değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: 2018 yılı içerisinde kliniğimizde RIRC uygulanan, taş boyutu 1-2 cm arasında, postoperatif erken dönem Direk Üriner Sistem Grafisi ve 3.ay kontrastsız Bilgisayarlı Tomografi ile değerlendirilen 93 hasta çalışmaya dahil edildi. Taş pasajının engelleyecek anatomik anomalileri olan(atnalı böbrek, üreter darlığı vb.), daha önce açık taş cerrahisi öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşı 45±13,3 olarak belirlendi. Ortalama taş boyutu(en uzun çap) 15,3±4.3 mm idi. Hastaların %26,9'una preop dj iletimi yapıldı. Postoperatif 1. günde DÜSG'e göre taşsızlık oranı(<4 mm) %76.3 olarak değerlendirilirken, 3 ay BT'de taşsızlık oranı %83.9 olarak belirlendi. Direk Üriner sistem grafisi ile taşsız olarak belirlenen hastaların %13.3'ünde rest taş olduğu gözlendi. Rest taş olduğu düşünülen hastaların %11.5'inde BT ile rest taş olmadığı belirlendi. Direk Üriner Sistem Grafisinin BT ile kıyaslandığında nerede ise istatistiksel olarak anlamı şekilde taşsızlığı öngöremediği belirlendi.(McNemar test: p=0,06)

YORUM: Sonuç olarak RIRC sonrası hastalarda Bu durumda hastaların taşsızlık açısından DÜS ile tek başına değerlendirmesi uygun değildir. Hastaların takibinde BT ile değerlendirilmeleri daha etkin ve güvenilirdir.

Anahtar Kelimeler: rırs,rest,rırs sonrası görüntüleme

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

	Değerler
Yaş	45±13,3
Taş boyutu	15,3±4.3
Hidronefroz Düzeyi Grade 1 Grade 2 Grade 3	39(%42) 47(%50) 7(%8)
Taş lokasyonu Üst kaliks Orta kaliks Alt kaliks Pelvis	4(%4.3) 5(%5.5) 32(%34.4) 50(%53.8)

Tablo 2. Taşsızlık oranlarının değerlendirilmesi

	DÜSG	BT
<4 mm	71 (%76.3)	78(%83.9)
≥4 mm	22(%23.7)	15(%16.1)

Tablo 3. DÜS ve BT'nin taşsızlık açısından kıyaslanması.(McNemar test: p=0,06)

		BT	BT
		< 4 mm	≥ 4 mm
DÜS	< 4 mm	%88.5	%13.3
DÜS	≥ 4 mm	%11.5	%86.7

SS-052

Hidronefroz Varlığı Perkütan Nefrolitotomi'de Perioperatif Sonucları İle İlişkilimidir?

Orkunt Özkaptan, Osman Murat İpek, Erdinç Diinçer, Alkan Çubuk, Oktay Akça

Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Böbrek taşı hastalarında hidronefroz varlığının perkütan nephrolitotomi 'de (PCNL) perioperatif sonuclara etkisini araştırmak.

YÖNTEM: Kliniğimizde 2014-2017 yılları arasında böbrek taşı sebebiyle PCNL olan 490 hastalanın verileri retrospektif olarak tarandı. Hidronefrozu (Grup 1) olmayan 201 hasta eğilim skorlarına göre 1:1 olarak hidronefrozu olan (Grup 2) 201 hasta ile eşleştirildi. Eşleşme yaş, vucut–kitle indeksi, taş boyutu ve Guy's taş skoru değerlerine göre yapıldı. Sonrasında operasyon süresi, yatış süresi, perkütan giriş deneme sayısı, taşsızlık oranları, floroskopi süresi, hemoglobin'de düşme (Hb değişim) gibi perioperatif veriler iki grup arasında karşılaştırıldı. Istatiksel analizde Ki-Kare ve Bağımsız değişkenler T-testleri kullanıldı. İşlemler SPSS.version.20.0 ile gercekleştirildi.

BULGU: Her iki grup arasında demografik değişkenler acısından dengeli dağılım görülmüştür (P>0.05). Taşsızlık oranı acısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Grup 1 için %77.1, Grup 2 için %69.95; P=0.090). Ortalama ameliyat ve floroskopi süresi, Grup 1'de 117±47.3 ve 57.1±34.2 iken, diğer grupta 119±45.9 ve 59.8±37.1 olarak saptandı; iki grup arasında bakımından istatiksel anlamlı fark saptanmadı (t= -0.493, P=0.693 and t=-0.486, P=0.627). Ortalama perkütan giriş sayısı Grup 1'de 1.13±0.37 iken, diğer grupta 1.12±0.38 olarak tespit edildi ve iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark görülmedi (t=0.262,P=0.793). Yatış süreleri Grup 1 için 5.37±3.36 ve Grup 2 için 5.45±3.95 olarak saptandı ve gruplar arasında istatiksel anlamlı fark görülmedi (t=-231,P=0.818). Hb değişim değerleri acısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Gurp 1'de-2.13±1.67 ve Grup 2'de -2.19±1.18; t=0.549,P=0.583).

SONUÇ: Çalışmamızda hidronefroz varlığının PCNL ameliyatında operasyon süresi, floroskopi süresi, yatış süresi, perkütan giriş deneme sayısını ve taşsızlık gibi perioperatif parametreleri etkilemediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: perkütan nefrolitotomi, hidronefroz, perioperatif sonuclar

SS-053

Parsiyel Nefrektomi; Robotik - Laparoskopik?

Erem Asil[1], Bahri Gök[2], Davut Kamacı[1], Türker Soydaş[2], Kemal Ener[5], Abdullah Erdem Canda[3], Serkan Altınova[4], Ali Fuat Atmaca[2], Mevlana Derya Balbay[3]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara Şehir Hastanesi, Ankara
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara
[5]İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Robotik cerrahi günümüzde yükselen bir değerdir, ancak maliyetleri de dikkate alındığında laparoskopik cerrahiye tercih edilmesi ile ilgili soru işaretleri de vardır. Bu çalışmada kliniğimizde RCC şüphesi ile robotik parsiyel nefrektomi (RPN) ve laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) yapılan hastaların intraoperatif, postoperatif ve onkolojik sonuçları karşılaştırarak her iki yöntemin birbirine üstünlükleri araştırıldı.

MATERYAL-METOD: 2011 – 2018 yılları arasında renal kitle nedeniyle RPN ve LPN yapılan ve en az 3 ay takip süresi olan toplam 96 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif hasta dataları yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, ASA skoru, PADUA skoru ve RENAL nefrometri skoru açısından değerlendirildi. Perioperatif ve postoperatif olarak ise operasyon zamanı, sıcak iskemi zamanı, kanama miktarı, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar (1- 30 gün) Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

BULGULAR: 74 hastaya RPN ve 22 hastaya LPN uygulandı. Ortalama operasyon süresi, hastaların iskemi süreleri, kanama miktarları arasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Hastanede kalış süreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu (RPN grubunda 3.6±1.1 gün, LPN grubunda 5.32±2.2 gün). RPN yapılan hastalarda renal artere klemp konulması, klemp konulmayan hastalara göre istatistiksel olarak kanama miktarını azalttığı bulundu.

TARTIŞMA: Sonuçlar göstermektedir ki; RPN, LPN ile karşılaştırıldığında maliyetle ilgili endişelere rağmen, benzer morbidite ve onkolojik sonuçları, daha kısa yatış süresi ile klinik evre T1 tümörlerde güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Robotik parsiyel nefrektomi, Laparoskopik parsiyel nefrektomi, Böbrek tümörü,

Perioperatif ve postoperatif sonuçlar

		Robotik Parsiyel Nefrektomi (n=74)	Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi (n=22)	p
Operasyon süresi (dk)		119.4±26.8	145±30.6	0.77
Sıcak iskemi süresi (dk)		12.8±10.6	13.5±9.4	0.94
Sıfır iskemi (n) (%)		27 (%36,4)	5 (%22,7)	0.22
Kanama miktarı (ml)		124±125.6	150±216.5	0.13
Hastanede kalış süresi (gün)		3.64±1.1	5.32±2.2	<0.05
Kitle boyutu (cm)		2.82	3.30	0.73
Fuhrman grade	0	14	7	
	1	8	4	
	2	35	11	
	3	16	0	
	4	1	0	
Pozitif Cerrahi Sınır (%)		3 (%4.1)	2 (%9.1)	0.87

SS-054

Retrorenal Kolon Varlığında Perkütan Nefrolitotomi: 'Adana Technic' Yöntemi ve Sonuçlarımız

Ergün Alma, Ediz Vuruşkan, Zafer Gökhan Gürbüz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana

AMAÇ: Retrorenal kolon(RRK) nedeniyle önceden tanımladığımız 'Adana Technic' yöntemi sonuçlarımızın paylaşılması

GEREÇ VE YÖNTEMLER: 2016-2018 Aralık tarihleri arasında Adana technic yöntemini ile opere ettiğimiz hastalarımıza ait sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamında BT ile RRK teyit edilmiş ve BT yada ultrasonografi klavuzluğunda toplayıcı sisteme giriş yapılamamıştı. İşlem sonrası stone-free yada klinik önemsiz taş varlığı olan hastalarda operasyon başarılı iken rezidü taş olanlar ise başarısız olarak kabul edildi.

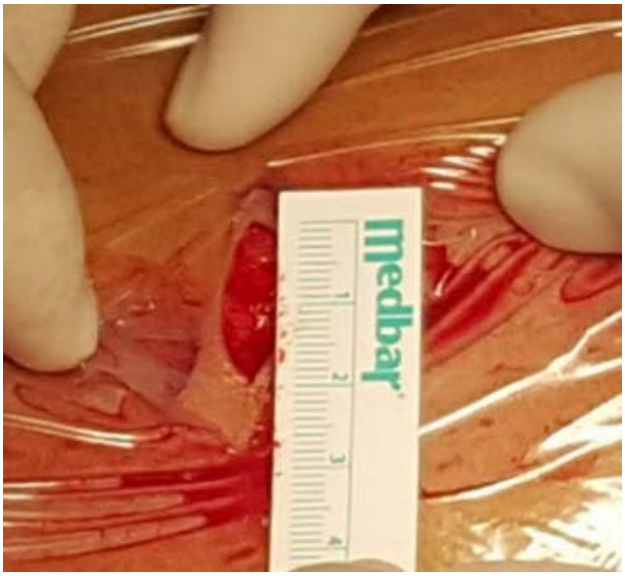
Operasyon tekniği: Prone pozisyonunda giriş lokalizasyonu belirlendikten sonra 2-3 cm arası insizyon yapılarak lumbodorsal fasya açıldı. Ekartör ve parmak diseksiyonu ile gerota fasyasına kadar ilerlendi. İğne girişi ve seri dilatasyonlar ile toplayıcı sisteme ulaşıldı. (Resim 1-2-3-4-5)

BULGULAR: Çalışmamız yaş ortalaması 27.7±20.4 (2-80) olan 20 erkek ve 9 kadın hastadan oluşuyordu. BMI ortalaması 24.0±4.1 ve insizyon uzunluğu ortalaması 3.1±0.5 cm idi. Amplantz çapı ortalaması 20.±4.9(14-28) fr idi. 17 hastada taş sağda iken 12 hastada ise solda idi. 11 hastada pelvis, 9 alt pol, 4 staghorn, 2 alt-pelvis, 1 üst pol, 1 orta pol ve 1 hastada ise pelvis-alt pol taşı vardı. Ortalama taş boyutu 30.4±17.5 mm idi. Taşların tamamı radyoopak idi ve nefrostomi çekim zamanı 3.0±0.9 gün idi. 26 hastada(%89.6) operasyon başarılı iken kalan 3 hastada(%10.3) ise rezidü taş nedeni ile başarısız idi. Anatomik varyasyonlu 2 hastamızdan birisinde at nalı böbrek varken diğerinde BT de retrorenal kolon saptanmamasına rağmen önceki operasyonunda kolon perforasyonu olan çocuk hasta idi. Hiçbir hastamızda operasyona bağlı olarak kolon yaralanması oluşmadı.

SONUÇ: Adana technic yöntemi retrorenal kolonu olan hastalarda standart ekipman ile uygulanabilen güvenli bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Retrorenal kolon, Adana technic

Resim 1



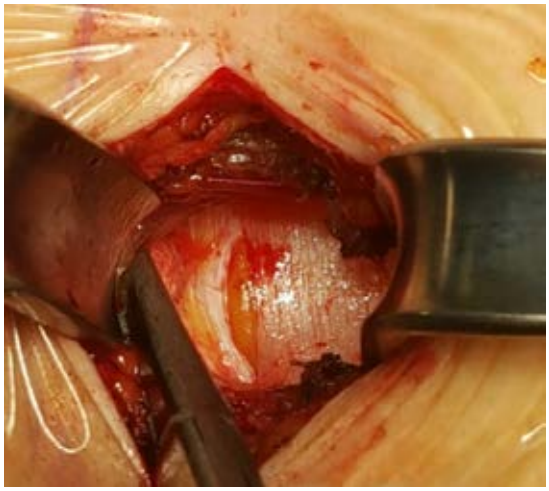
Cilt İnsizyonu

Resim 2



Cilt İnsizyonu 2

Resim 3



Fasya İnsizyonu

Resim 4



Sisteme Giriş

Resim 5



Cilt Kapama ve Nefrostomi

SS-055

Semirijid Üreterorenoskop ile Üreter Taşı Cerrahisinin Etkinliği: Retrograd Taş Migrasyonu Taşsızlık Oranlarına Engel midir?

Arif Kol, Erhan Ateş

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

AMAÇ: Endoskopik üreter taşı cerrahisinde, tedavideki başarısızlığın bir yönüde özellikle üst üreteral taşlarda gözlenen taş migrasyonudur. Bizde semirijid üreterorenoskop (URS) ile yapılan cerrahi girişimlerde, retrograd migrasyon olan taşlardaki taşsızlık oranlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: 2016 ve 2019 yılları arasında semirijid URS ile üreter taşı cerrahisi uygulanılan 172 hastanın demografik verileri, cerrahi öncesi ve sonrası taş özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Proksimal, orta üreter ve distal yerleşimli taşların dağılımı sırasıyla %37,8, %28,5 ve %33,7. Ortalama taş yoğunluğu 768,05HU (SD279,7) olarak izlendi. 75 hastada pnömotik (%43,6), 87 hastada lazer (%50,6) ve 6'sında (%3,5) her iki kırıcıda kullanılmıştı. 54 hastada (%31,4) taş migrasyonu gözlendi. Retrograd migrasyon olan taş lokalizasyonları, proksimal 33(%61,1), orta üreter 17(%31,5) ve distalde 4(%7,4) hasta idi. Taş seviyesi ile migrasyon arasında anlamlı ilişki saptandı($p<0,05$). Hidronefroz derecesi, perioperatif guidewire ve balon kullanımı ile taş migrasyonu ve taşsızlık oranları (SFR) arasında istatistiksel olarak fark izlenmedi. Taş yoğunluğu ve taş yükü arttıkça taşsızlık oranları azalmaktaydı ancak istatistiksel anlamlı fark yoktu. Lazer kullanımı ile SFR artmakta ise de bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Retrograd migrasyon olan ve semirijid URS ile pelviste taşı kırılabilen hastalarda taşsızlık oranları sadece stent takılanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak izlendi (%67,7'ye karşı %17,4 $p<0,001$). İşlemler sırasında 3 üreteral ve 2 pelvik laserasyona bağlı ekstravazasyon meydana geldi. Komplikasyonlar açısından renal sahada işlem yapılmasının fark yaratmadığı görüldü.

SONUÇ: Çalışmamızda semirijid URS'nin retraograd migrasyon gösteren üreteral taşlarda da etkili olduğu, komplikasyon oranlarını arttırmadan uygun hastalarda işleme devam edilmesiyle, özellikle fleksibl URS gibi teknolojik imkanları olmayan merkezlerde yüksek taşsızlık oranlarının sağlanabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik üreter taşı cerrahisi, Retrograd taş migrasyonu, Semirijid üreterorenoskop

Hastaların demografik özellikleri

	Erkek	Kadın
Cinsiyet	120 (%69,8)	52 (%30,2)
Yaş	15-85 (Ort.49,83)	8-85 (Ort. 50,56)
Ek Hastalık		
Yok	76 (%63,3)	22 (%42,3)
Var	44 (%36,7)	30 (%57,7)
Üriner Anomali		
Yok	118 (%98,3)	51 (%98,1)
Var	2 (%1,7)	1 (%1,9)
Taş Tarafı		

Sağ	56 (%46,7)	29 (%55,8)
Sol	55 (%45,8)	19 (%36,5)
Bilateral	9 (%7,5)	4 (%7,7)

Taşsızlık başarısına etki eden faktörler

	Taşsızlık Sağlanan	Taşsızlık Sağlanamayan	p Değeri
Yaş			0,824
<29	13 (%76,5)	4 (%23,5)	
30-59	85 (%82,5)	18 (17,59)	
>60	43 (%82,7)	9 (%17,3)	
Yaş Yoğunluğu (HU)			0,422
<499	30 (%88,2)	4 (%11,8)	
500-999	82 (%82)	18 (%18)	
>1000	29 (%76,3)	9 (%23,7)	
Taş Lokalizasyonu			0,011
Proksimal	47 (%72,3)	18 (%27,7)	
Orta	40 (%81,6)	9 (%18,4)	
Distal	54 (%93,1)	4 (%6,9)	
Taş Yükü			0,684
<49	46 (%86,8)	7 (%13,2)	
50-99	53 (%81,5)	12 (%18,5)	
100-199	32 (%78)	9 (%20)	
>200	10 (%76,9)	3 (%23,1)	
Hidronefroz			0,641
<Grade 2	90 (%80,4)	22 (%19,6)	
Grade 3	41 (%83,7)	8 (%16,3)	
>Grade 4	10 (%90,9)	1 (%9,1)	
Perop. Guidewire			0,126
Var	124 (%83,8)	24 (%26,2)	
Yok	17 (%70,89	7 (%29,2)	
Balon Dilatasyon			0,566
Var	19 (%86,4)	3 (%13,6)	
Yok	122 (%81,3)	28 (%18,7)	
Migrasyon Olan	25 (%46,3)	29 (%53,7)	0,00
Migrasyon Olmayan	116 (%98,3)	2 (%1,7)	

SS-056

Laparoskopik Transperitoneal Piyeloplasti deneyimimiz

Erkan Ölçücüoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji Kliniği

AMAÇ: Üreteropelvik bileşke (UPB) obstruksiyonu sebebiyle kliniğimizde transperitoneal pyeloplasti yaptığımız hastaların intraoperatif sonuçlarını sunmak

METOD: Ocak 2009 ve Ocak 2019 tarihleri arasında aynı cerrahi tarafından 11 i Y-V, 23 ü dismembred (Anderson Hynes) olmak üzere toplam 30 hastaya laparoskopik pyeloplasti yapıldı. intraoperatif laparoskopik 6 f double J stent takıldı ve posoperatif 21. günde alındı. Postoperatif 3., 6 ve 12.ayda ultrasonografi ve /veya intravenöz pyelogram ile değerlendirildi.

BULGULAR: 18' i erkek 12 si bayan hasta olup 13 sağ 17 sol tarafa yapılmıştı. hastaların yaş ortalaması 30 ±12 yıl idi. 15 hastada eksternal bası yapan vasküler yapı, 7 sinde yüksek üreteral giriş, 4 ünde adinamik segment, 4 ünde adinamik segment, 4 ünde ciddi yapışıklık vardı. Ortalama cerrahi süresi 122±14 dakika, ortalama kanama miktarı 26±8 ml, hastanede kalış süresi 3,7±1,07 idi. tüm hastalar laparoskopik olarak tamamlandı.

SONUÇ: Sonuçlarımız litaretür ile benzer bulunmuştur. Laparoskopik pyeloplasti minimal invaziv bir yöntem olarak güvenli ve başarılı bir şekilde uygulanabilen cerahi bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, pyeloplasti, üreteropelvik darlık

Cerrahi sonuçlar

Hasta sayısı	30
Cerrahi süresi (dk)	122,6±14,2
Kanama miktarı (ml)	26,3±8,4
Açık cerrahiye dönme	0
Hospitalizasyon süresi	3,7±1,07

SS-057

Laparoskopik Ürolojide 10 Yıllık Sonuçlarımız: 712 Olgu

Erkan Ölçücüoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas hastanesi ürolojik kliniğinin 10 yıllık laparoskopik cerrahideki sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2009 ve şubat 2019 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan laparoskopik operasyonları retrospektif olarak inceledik.

BULGULAR: Ameliyat edilen 712 hastanın, Erkek/Kadın oranı 424/ 288 şeklinde iken ortalama hasta yaşı 48 (4-82) yıl idi. Altı yüz olguda transperitoneal, 112 olguda retroperitoneal yaklaşım tercih edilmişti. 712 hastanın, 185'ine basit nefrektomi, 175 'ine radikal nefrektomi, 87'sine donör nefrektomi, 54'üne parsiyel nefrektomi, 102'sine böbrek kisti eksizyonu, 54'üne üretero/pyelolitotomi, 14'üne adrenalektomi, 30'una piyeloplasti, 11'ine nefroüreterektomi yapılmıştı. 712 vakanın 22 sinde (%3) açık operasyona geçildi. 13 hastada böbrek pedikülüne ulaşılamadığı, piyelolitotomi planlanan 4 hastada böbrek pelvis etrafındaki dokulara yapışık olduğu, 4 parsiyel nefrektomide hemostaz sağlanamadığı için açığa dönüldü. Hastaların 43'ünde (%6) kan transfüzyonu ihtiyacı oldu. 8 hasta (%1) (3 RN, 3 SN 2 PN) postoperatif tekrar ameliyata alındı (3'i kanama, 3'i abse, 2'si ileus). Ortalama hastanede kalış süresi 1.9 (1-10) gün idi. Operasyonların ortama süreleri (dakika) olarak; basit nefrektomi 100 (80-185), radikal nefrektomi 130 (100-220), donör nefrektomi 140 (120-160), kist eksizyonu 40 (25-75), üreterolitotomi 100 (85-135), sürrenalektomi 80 (60-150), pyeloplasti 120 (100- 180) ve nefroüreterektomi 150 (125-250) şeklinde idi.

SONUÇ: Kliniğimizdeki 712 laparoskopik operasyonun başarı ve komplikasyon oranları literatürle uyumlu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, üroloji, deneyim

SS-058

Perkütan Nefrolitotomi Sonrası Ateşi Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması

Muhammed Cihan Temel, Umut Sarıoğulları, Ömer Yılmaz, Caner Ediz, Eymen Özer, Yunus Emre Kızılkan, Mehmet Pehlivanoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Han Eğtim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

AMAÇ: Perkütan nefrolitotomi sonrası ateşi olan ve olmayan hastaların özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız Ocak 2015 ile Ağustos 2018 tarihleri arasında Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde Perkütan Nefrolitotomi (PNL) ameliyatı olan ve verilerine ulaşılabilen toplam 196 hasta verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi sonucu oluşturuldu. Hastaların yaş, cinsiyet, geçirilmiş cerrahi öyküsü,böbrekteki anatomik anomali, preoperatif hidronefroz varlığı, taş tarafı, taşın olduğu kaliks, toplam taş boyutu, cilt taş mesafesi, hangi kaliks girişi, kaç giriş olduğu, operasyon süresi ve dilatasyon şekli kayıt ve analiz edildi. PNL sonrası ateşi olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) hastaların özellikleri incelendi ve karşılaştırıldı. Analiz için Student independent t test ve Fisher' s Exact Testleri kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 46,1 yıl (17-76) idi. Olguların 143' ü erkek ve 53' ü kadındı. 196 hastanın 13' ünde(% 6,6) postop ateş olduğu görüldü. Her iki grup arasında ortalama yaş, operasyon süresi, cilt taş mesafesi açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1). Grup 1' de ortalama toplam taş boyutu 43,9 mm (20 - 104 mm), Grup 2' de 31,7 mm (20 - 100 mm) olarak hesaplanmış olup, Grup 1' de ortalama taş boyutu istatistiksel anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0,05$). Grup 1' de 13 hastanın 8' inde (% 61,5) preoperatif hidronefroz olduğu görülürken,Grup 2' de 183 hastanın 55' inde(% 30,05) preoperatif hidronefroz olduğu görüldü. Grup 1' de preoperatif hidronefroz görülmesi oranı, Grup 2' ye göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0,05$) (Tablo 2).

SONUÇ: PNL sonrası ateşi öngörebilmek için preoperatif hidronefroz varlığı ve taş boyutlarının incelenmesi fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan nefrolitotomi, ateş, hidronefroz, taş boyutu

Tablo 1

	Postoperatif Ateş	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Yok	183	46,3825	15,43138	0,40
	Var	13	42,6154	19,95636	
Taş boyutu	Yok	183	31,7661	17,45813	0,01
	Var	13	43,9231	23,95295	
Operasyon Süresi	Yok	183	80,8634	32,38993	0,19
	Var	13	93,0769	31,98557	
Cilt Taş Mesafesi	Yok	183	89,5410	25,82096	0,17
	Var	13	79,4615	21,43057	

Grup istatistikleri

Tablo 2

		Postopretif Ateş		
		Yok	Var	Total
Preoperatif Hidronefroz	Yok	128	5	133
	Var	55	8	63
	Total	183	13	196

Ateşi olan ve olmayan gruptaki hastaların preop hidronefroz varlığı açısından sayısal dağılımı

SS-059

A Prospective Randomized Study Comparing Retrograde Intrarenal Surgery under Spinal Anesthesia vs General Anesthesia

Eyyup Sabri Pelit, Bülent Kati

Harran University, Department of Urology, Sanliurfa,Turkey

INTRODUCTION: we aim to compare the intraoperative parameters (nausea, vomiting, patient discomfort and renal pain feeling), postoperative pain, hospitalization time, complication rates and stone free rates in patients who underwent RIRS under SA vs GA.

MATERIAL-METHODS: Between 2016-2017, one hundred patients scheduled for RIRS were included in this prospective study. Patients were randomized into 2 groups as the RIRS under SA group 1(n=50) and GA group 2 (n=50). Fluoroscopy, operation and hospitalisation time, SFRs, stone composition, complication of each procedure were recorded for each patient. Intraoperative anesthesia related events including hypo/hypertension, brady/tachycardia, nausea, vomiting, allergic reactions, patient discomfort and renal pain feeling (under SA) were all recorded. Postoperative visual analog scale (VAS) was used at 2, 6, 12 and 24 hours after surgery.

RESULTS: The mean operation, hospitalization and fluoroscopy times were 48.23±11.87 min, 1.80±0.77 days, 3.85±1.38 sec in the SA group, and 45.28±9.70 min, 1.45±0.58 days, 4.05±1.18 sec in the GA group, respectively (P > 001). Postoperative VAS score was 9±8 vs 38±12 at 2 hours (p <0.05), 17±11 vs 21±9 at 6 hours (P>0.05), 14± 4 vs 13±5 (P>0.05) at 12 hours, 12±5 vs 10±9 (P>0.05) at 24 hours for SA vs GA groups, respectively. Rescue analgesic consumption was required in 1 and 6 patients (p <0.05) SA vs GA groups, respectively.

CONCLUSION: RIRS with SA can be performed with the same efficacy and safety compared with GA. Minimal postoperative analgesic requirement could also be a significant advantage of the spinal anesthesia.

Keywords: retrograde intrarenal surgery, kidney stone, spinal anesthesia

Table 1.

	SA (n=50)	GA (n=50)	P value
Mean operative time ± SD (min)	48.23±11.87	45.28±9.70	>0.05
Mean fluoroscopy time± SD (sec)	3.85±1.38	4.05±1.18	>0.05
Mean hospitalization time ±SD (day)	1.80±0.77	1.45±0.58	>0.05
Initial stone-free rate	38 (76%)	36 (72%)	>0.05
Stone free rate after additional therapy	46 (92%)	45(90%)	>0.05
Additional procedures			
ESWL	7	9	
Re-RIRS	5	5	
Mean VAS score 2 h after the surgery, SD	9±8	38±12	<0.05
Mean VAS score 6 h after the surgery, SD	17±11	21±9	>0.05
Mean VAS score 12 h after the surgery, SD	14± 4	13±5	>0.05
Mean VAS score 24 h after the surgery, SD	12±5	10±9	>0.05

No. pts. (%)requiring "rescue" analgesic consumption, n/%	1 (2%)	6 (12%)	<0.05
Minor (Clavien I-III) complications	9 (18%)	6(12%)	>0.05
Intraoperative vomiting	1	0	
Intraoperative shiver	1	0	
Intraoperative pain feeling	3	0	
Conversion to GA	1		
Ureteral mucosal injury	1	2	
Postoperative fever	2	4	
Steinstrasse	1	2	
Major (Clavien IV-V) complications	0	0	

Comparison of intraoperative and postoperative parameters of patients.

SS-060

Üreteral Obstruksiyona Neden Olan Fibroepitelyal üreter polipleri; Olgu Sunumu

Rıdvan Özbek, Fahri Erkan Sadioğlu, Çağrı Şenocak, Kubilay Sarıkaya, İhsan Barış Müldür, Ömer Faruk Bozkurt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

AMAÇ: Hidronefroz nedeniyle üreterorenoskopi yapılan hastada tespit edilen üreteral fibroepitelyal polipleri ve uygulanan tedaviyi sunmayı amaçladık.

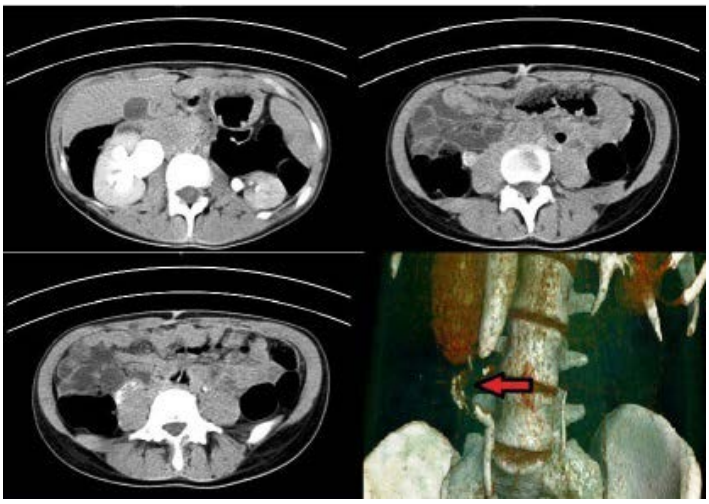
OLGU SUNUMU: 22 yaşında kadın hasta kliniğimize yaklaşık 1 yıldır ara ara olan sağ yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkiklerinde biyokimyasal değerleri ve idrar tahlili normaldi. Ultrasonografide, sağ üreterde grade 3 hidroüreteronefroz tespit edildi. BT ürografide sağ proksimal üreter lümenini dolduran hipodens yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi (Resim 1). Hastaya sağ tanısal urs planlandı. Üreterorenoskopide, üreter orta kesime kadar uzanan çok sayıda, lümeni obstrükte eden polipoid lezyonlar izlendi (Resim 2). Endoskopik olarak eksize edilemeyecek kadar çok sayıda lezyonun olmasından dolayı biyopsi alınmasının ardından üretere double j katater yerleştirilerek hastaya açık eksizyon planlandı. Üreterdeki lezyonlar tümüyle eksize edildi (Resim 3).Patoloji sonucu fibroepitelyal polip olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Fibroepitelyal poliplerin toplayıcı sistemde görülme sıkılığı %2-6 dır. Lezyonların etiyolijisi net olarak aydınlatılmamış olsa da konjenital, enfeksiyoz, obstruktif, irritatif ve travmatik nedenlere bağlı oluşabilir. Hastalar obstruktif hidronefrozun yol açtığı yan ağrısı ve hematüri şikayeti ile başvururlar. Ultrasonda üreter lümeninde ekojenik yapıda lezyon görülmesi, BT ürografi'de üriner sistem taş hastalığının dışlanması ve üreterdeki dolum defekti tanıyı destekler. Tanıda üreterorenoskopi önemli yere sahiptir. Hem polipoid dokunun vizualize edilmesine hem de biyopsiye olanak sağlar. Günümüzde endoskopik cerrahi morbiditeyi azalttığı, erken iyileşme sağladığı, darlık ve tekrarlama riskini azalttığı için en iyi teknik haline gelmiştir. Ancak, endoskopik cerrahi ile eksize edilemeyecek büyük ve multiple lezyon varlığında açık cerrahi uygulanabilir.

SONUÇ: Fibroepitelyal polipler üreterin nadir görülen benign tümörüdür. Hidroüreteronefrozun ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibroepitelyal polip, Hidronefroz, Üreter

Resim 1



BT ürografide dolum defekti

Resim 2



Fibroepitelyal polipin endoskopik görüntüsü

Resim 3



Cerrahi olarak eksize edilmiş fibroepitelyal polip

SS-062

10< - ≤20 mm Büyüklüğündeki Proksimal Üreter Taşlarında Başlangıçta Litotripsi İçin Tercih Edilen Semirijid Üreteroskopi, Flexible Üreteroskopi veya Şok Dalga Litotripsi Girişimleri Tedaviyi Nasıl Etkiler?

İbrahim Kartal, Mehmet Çağlar Çakıcı, Sercan Sarı, Volkan Selmi, Harun Özdemir, Fatih Sandıkçı, Hamit Ersoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Proksimal üreterde büyüklüğü 10< ile ≤20 mm arasında olan tek taşlarda, taş kırmaya başlanan girişimlerin etkinliğinin ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi.

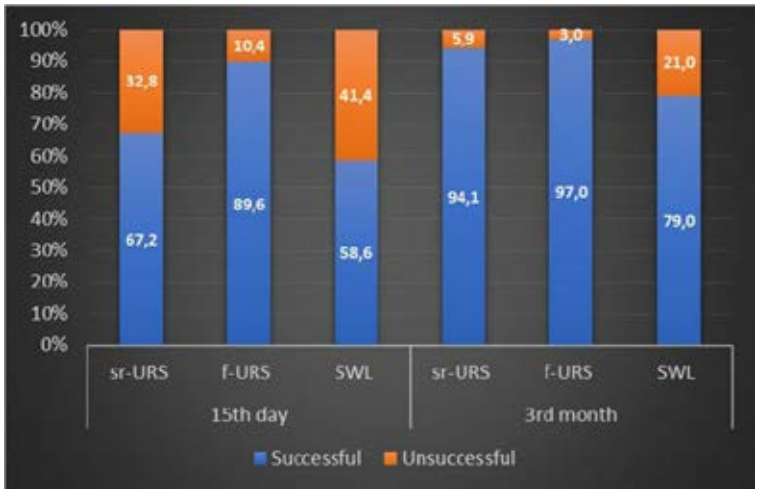
MATERYAL-METHOT: Proksimal üreterde büyüklüğü 10< ile ≤20 mm arasında tek taşı olup kliniğimizde tedavi edilen 482 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Taş kırmaya başlarken tercih edilen girişimlerden fleksible üreteroskopi (f-URS), semirijid üreteroskopi (sr-URS) ve şok dalga litotripsi (SWL) uygulanan hastaların demografik, peroperatif ve postoperatif özellikleri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: 201'inde f-URS, 119'unda sr-URS ve 162'sinde SWL girişimleri uygulanan hastaların demografik ve taş özellikleri arasında fark bulunmamaktaydı. Taşsızlık oranları 15. gün ve 3. ayda; f-URS grubunda (%89.6, %97.0), sr-URS (%67.2, %94.1) ve SWL (%41.4, %79.0) gruplarına göre daha yüksekti (p=<0.001, p=<0.001) (Şekil 1). Yeniden tedavi oranı SWL grubunda diğer iki girişime göre anlamlı olarak yüksekken (p<0,001), ek prosedür oranı f-URS grubunda diğer iki gruba göre anlamlı olarak düşüktü (p<0.001). f-URS grubunda 3. ay sonunda komplikasyon oranı SWL grubuna göre daha düşüktü (p=0.022) (Tablo 1).

ÇIKARIM: f-URS; proksimal üreterdeki orta büyüklükteki taşlarda taş kırmaya başlanan ilk girişim olarak seçildiğinde; erken dönemde yüksek başarısı, daha az yeniden tedavi ve ek prosedür ihtiyacı yanı sıra düşük komplikasyon oranları ile sr-URS ve SWL'ye göre daha önde gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: şok dalga litotripsi,taş, üreter, üreteroskopi

Şekil 1



Taş kırmaya başlanan prosedüre göre 15. Gün ve 3. Ay taşsızlık oranlarının karşılaştırması

Tablo 1

	sr-URS (n=119)	f-URS (n=201)	SWL (n=162)	p-değeri
15. gün sonunda				
Yaş	43,9±13,1	44,5±13,1	43,6±12,6	0,774†
Cinsiyet (kadın/erkek)	32/87	49/152	35/127	0,586‡
Taraf (Sağ / Sol)	59/60	96/105	79/83	0,950‡
ASA skoru	1,65±0,73	1,73±0,68	1,70±0,70	0,415¶
Antikoagülan Kullanımı, n (%)	1 (%0,8)	7 (%3,5)[a]	0 (%0,0)[a]	**0,010$**
BMI (kg/mm²)	25,1±2,5	25,3±2,7	24,8±2,1	0,186†
Hidronefroz varlığı, n (%)	102 (%85,7)	178 (%88,6)	129 (%79,6)	0,059‡
Taş Boyutu (mm)	13,9±2,6	13,6±2,4	13,4±2,6	0,062¶
Prosedür süresi (dakika)	41,6±13,7[b,c]	50,2±10,9[a,b]	30,9±3,9[a,c]	**<0,001¶**
Komplikasyon, n, (%)	22 (%18,5)	24 (%11,9)	15 (%9,3)	0,066‡
Hastanede Kalış Süresi	1,5±1,6[c]	1,3±1,1[a]	0,3±1,1[a,c]	**<0,001¶**
SFR Oranı (15. Gün)	39/80 (%67,2)[b]	21/180 (%89,6)[a,b]	95/67 (%41,4)[a]	**<0,001‡**
Efficiency quotient	0.51	0.89	0.24	
3. ay sonunda				
Ek Girişim				
Yeniden tedavi	8 (%6,7)[c]	8 (%4,0)[a]	75 (%46,3)[a,c]	**<0,001‡**
Ek prosedür uygulanması	28 (%23,5)[b]	9 (%4,5)[a,b]	42 (%25,9)[a]	**<0,001‡**
*Total Komplikasyon **	22+2 (%20,2)	24+3 (%13,4)[a]	15+25 (%24,7)[a]	**0,022‡**
Acil servis başvurusu	5 (%4,2)[c]	4 (%2,0)[a]	23 (%14,2)[a,c]	**<0,001‡**
*Total prosedürlerin süresi (dk) **	44,9±17,8[b,c]	53,3±17,5[b]	61,4±33,0[c]	**<0,001¶**
*Total Hastanede Kalış süresi (gün) **	1,6±1[15]6[c]	1,4±1,4[a]	0,9±1,8[a,c]	**0,001¶**
*3.ayda ulaşılan SFR **	7/112 (%94,1)[c]	6/195 (%97,0)[a]	34/128 (%79,0)[a,c]	**<0,001‡**
Ortalama Girişim Sayısı	1,3±0,5[b,c]	1,2±0,4[a,b]	1,9±1,0[a,c]	**<0,001¶**

* 1. Girişim+ek girişimler, † Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), ‡ Pearson'un Ki-Kare testi, ¶ Kruskal Wallis testi, $ Olabilirlik Oran testi, a: f-URS grubu ile SWL grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05), b: sr-URS grubu ile f-URS grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01), c: sr-URS grubu ile SWL grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01)

Hastaların demografik, peroperatif özellikleri ve tedavi bitimi (3.Ay) sonuçları

SS-063

20-40 mm Böbrek Taşlarının Tedavisinde Perkütan Nefrolitotomi ve Retrograd İntrarenal Cerrahinin Karşılaştırılması

Taha Uçar, Ferhat Keser, Ayberk İplikçi, Furkan Şendoğan, Asıf Yıldırım, Ramazan Gökhan Atış, Turhan Çaşkurlu

Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Çapı 20-40 mm arası olan böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi (PNL) ve retrograd intrarenal cerrahinin (RİRC) sonuçlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: 20-40 mm çapında böbrek taşı olup RİRC uygulanan 250 hasta ve PNL uygulanan 250 hasta geriye dönük olarak karşılaştırıldı. Bu hastaların operasyon sonuçları ve postoperatif sonuçları analiz edildi.

BULGULAR: Ortalama yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve taş tarafı her iki grup için benzerdi. Ortalama taş boyutu PNL grubunda 30,22 ± 3,71 mm iken RİRC grubunda 27,86 ± 4,12 mm olarak hesaplandı. Ortalama operasyon süresi RİRC grubunda uzun iken hastanede kalış süresinin PNL grubunda daha uzun olduğu görüldü. Tek seans sonrası taşsızlık oranları PNL grubunda %89,1 ve RİRC grubunda %72,4. PNL grubunda bir majör komplikasyon gözlendi. Bir hastada kolon perforasyonu oldu ve bu nedenle hastaya hemikolektomi uygulandı. RİRC grubunda majör komplikasyon görülmedi.

SONUÇ: 20-40 mm çapındaki böbrek taşlarının tedavisi için RİRC uygulanan hastalar daha kısa hastanede kalış süresine sahip olarak görülmektedir. PNL ise hastalara tek seansta daha yüksek taşsızlık oranı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: PCNL, RIRS, 2-4 cm

SS-064

Pediatrik Üreter Taşlarının Tedavisinde Laser ve Pnömotik Litotripsi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Fuat Kızılay, Serdar Kalemci, Oktay Nazlı

Ege Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Kliniğimizde üreter taşı nedeniyle holmium:YAG laser ve pnömotik litotripsi uygulanan pediatrik hastalarda iki yöntemin güvenlik ve etkinliğini karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Temmuz 2017-Ocak 2019 arasında lazer litotripsi uygulanan 18 hastanın (Grup A) ve Temmuz 2015-Temmuz 2017 arasında pnömotik litotripsi uygulanan 28 hastanın (Grup B) verileri retrospektif hasta dosyalarından kaydedildi. Hastaların demografik verileri, taş boyutları, operasyon süreleri, komplikasyon oranları ve postoperatif 3. aydaki taşsızlık oranları karşılaştırıldı. P değerinin 0.05'den küçük olduğu değerler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: İki grup arasında ortalama yaş, kız/erkek oranı, ortalama taş boyutu ve taşın üreterde lokasyonu açısından anlamlı farklılık yoktu (p>0.05). Ortalama operasyon süresi, lazer grubunda daha fazlaydı (34 vs 26 dk, p=0.014). Üç ay sonraki taşsızlık oranı lazer grubunda daha yüksekti (%96 vs %77, p=0.002). Double J stent gereksinimi, pnömotik grubunda daha fazlaydı (20 vs 10, p=0.039). Böbreğe migrasyon (push-back) olan vaka sayısı pnömotik grubunda daha fazlaydı (8 vs 1). Diğer minor komplikasyonlar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken, iki grupta da majör bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Pediatrik üreter taşları tedavisinde pnömotik ve lazer litotripsinin her ikisi de etkin ve güvenli yöntemlerdir. Taşsızlık ve komplikasyon oranları laser litotripsi lehine bulunmuşsa da, ortalama operasyon süresi pnömotik litotripsi lehinedir.

Anahtar Kelimeler: pediatrik üreteroskopi, lazer litotripsi, pnömotik litotripsi

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

	Grup A (Ho:YAG)	Grup B (pnömotik)	P değeri
Hasta sayısı	18	28	
Ortalama yaş (yıl)	7.8 ± 3.3	8.2 ± 4.1	0.641
Cinsiyet (kız / erkek)	8 / 10	12 / 16	0.522
Ortalama taş boyutu (mm)	44.2 ± 10.4	48.6 ± 9.2	0.881
Taşın üreterde lokasyonu Proksimal Distal	 5 13	 7 21	0.310

Tablo 2. Perioperatif verilerin ve komplikasyon oranlarının karşılaştırılması

	Grup A (Ho:YAG)	Grup B (pnömotik)	P değeri
Ortalama operasyon süresi (dk)	34.3	26.2	0.014
Hospitalizasyon süresi (gün)	1.08	1.14	0.402
Taşsızlık oranı	%96 (17/18)	%77 (21/28)	0.002
Double J stent gereksinimi	10	20	0.039
Komplikasyonlar Hemoraji Perforasyon Taşın böbreğe migrasyonu Üreteral stenoz	 2 - 1 -	 3 2 8 -	0.029

SS-065

Böbrek Pelvisinde Olan Orta Boy Taşların Tedavisinde Yeniden Kullanılabilir ve Tek Kullanımlık Fleksibil Üreteroskopların Etkinlik Açısından Karşılaştırılması

Goksel Bayar, Mehmet Yılmaz Salman

Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Böbrek pelvisinde orta boy taşların tedavisinde yeniden kullanılabilir (Flex X2 Karl Storz®, Almanya) ve tek kullanımlık (PU3022 Pusen®, Çin) fleksibil üreteroskopların etkinliğini karşılaştırmayı amaçladık.

Hastalar-METOD: Böbrek pelvisinde 1-2 santimetre arası taş için fleksibil üreteroskop kullanılarak retrograd intrarenal cerrahi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. İlk operasyonda taşa ulaşılmayıp double-j stent konursa bir seans sayıldı. Tamamen taşsızlık yada klinik anlamsız en büyük 4 mm taş kalması başarı sayıldı. Operasyon süresi üretral meadan girişten double-j stent yerleştirilmeye kadar geçen süre kabul edildi. Tüm operasyonlar fleksibil üreteroskopi tecrübesi olan tek ürolog tarafından gerçekleştirildi. Hastalar operasyon esnasında kullanılan fleksibil üreteroskop modeline göre iki gruba ayrıldı; birinci grup yeniden kullanılabilir (7,5 Fr), ikinci grup tek kullanımlık fleksibil üreteroskop (9,5 Fr) kullanılanlar. Hastaların yaşı, cinsiyeti, taşı tarafı ve yüzey alanı, operasyon süresi, seans sayısı, başarı ve komplikasyonlar kaydedildi. İstatistiksel analiz için ki-kare ve Mann Whitney U testleri kullanıldı, p değerinin 0,05'den küçük olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 22 yeniden kullanılabilir, 18 tek kullanımlık üreteroskop kullanılarak opere edilen 40 hasta dahil edildi. Her iki grubun ortalama taş yüzey alanı benzerdi (p=0,676). Ortalama operasyon süresi yeniden kullanılabilir üreteroskop kullanılan grupta yaklaşık 30 dakika daha kısaydı (57,6±20,1'ya karşı 88±15,2 p=0,001). Ortalama seans sayısı yeniden kullanılabilir grupta daha azdı (1,32±0,47'ya karşı 1,78±0,43 p=0,003). Her iki grupta başarı oranı benzerdi (%77,3'e karşı %66,7 p=0,288).

SONUÇ: Böbrek pelvisinde orta boy taşların tedavisinde yapılan retrograd intrarenal cerrahide yeniden kullanılabilir ve tek kullanımlık üreteroskopların başarısı benzerdir. Ancak ortalama operasyon süresi ve seans sayısı yeniden kullanılabilir üreteroskop kullanılanlarda daha azdır.

Anahtar Kelimeler: retrograd intrarenal cerrahi, fleksibil üreteroskop, yeniden kullanılabilir, tek kullanımlık

Tablo 1

	Yeniden Kullanılabilir (Flex X2®)	Tek Kullanımlık (PU3022®)	p değeri
Sayı	22	18	
Ortalama yaş (yıl) ±ss	49,5±13,7	39,9±11	0,018
Cinsiyet (k/e)	8/14	4/14	0,332
Taraf (sağ/sol)	12/10	10/8	0,949
Ortalama taş yüzey alanı (mm^2)±ss	153±64	145,6±48	0,676
Ortalama operasyon süresi±ss	57,6±20,1	88±15,2	0,001
Ortalama seans sayısı±ss	1,32±0,47	1,78±0,43	0,003
Başarı (%)	17 (%77,3)	12 (%66,7)	0,288
Komplikasyon (%)	2 (%9,1)	1 (%5,6)	0,673

Her iki grubun tanımlayıcı ve operatif verilerin karşılaştırması.

SS-066

Parmakla Rektal Muayenenin Füzyon Prostat Biyopsisi Patoloji Sonucu ile Uyumunun PIRADS Skorlarına Göre Değerlendirilmesi

Şevket Tolga Tombul[1], Gökhan Sönmez[2], Abdullah Demirtaş[1]

[1]Erciyes Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri

GİRİŞ:Multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme(mpMRG) ile şüpheli lezyonlar,PIRADS skorlama sistemine göre sınıflandırılarak malignite açısından öngörüde bulunulabilmektedir.Bu çalışmada PRM ile mpMRG'de şüpheli lezyonları olan hastalara uygulanan füzyon prostat biyopsisi(f-Pbx) patoloji sonuçlarının uyumluluğunun PIRADS skorlarına göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Prospektif özellikteki bu çalışmaya, PSA yüksekliği ve/veya şüpheli PRM bulgusu nedeniyle mpMRG kılavuzluğunda f-Pbx uygulanan ve PIRADS skoru 3 ve üzeri olan 166 hasta dahil edilmiştir. Olgulara biyopsi işlemi öncesi mpMRG çekilmiş ve standart 12 parça biyopsiye ek olarak mpMRG'deki şüpheli lezyonlardan rigit yazılımlı füzyon ultrasonografi ile 2-4 adet ek parça alınmıştır.PRM'de şüpheli bulgusu olmayan hastanın patoloji sonucu benign ise veya şüpheli bulgusu olan hastanın patoloji sonucu malign ise bu durum PRM-biyopsi uyumu olarak kabul edilmiştir.PRM işlemleri aynı ürolog tarafından yapılmış,mpMRI görüntüleri ise aynı üroradyolog tarafından PIRADS-v2'ye göre incelenerek raporlanmıştır.Veriler ki-kare testi ile analiz edilmiştir.P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen olguların ortalama yaşı 62(+7.4) yıl,ortanca PSA değeri 7.8(5.1-11.1) idi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir.PIRADS-5 lezyonlarda ve PRM şüpheli bulgusu olanlarda kanser tespit edilme oranları diğer gruplara göre daha yüksekti(Tablo-2).Hastalar PIRADS skorlarına göre gruplandırılarak PRM bulgusu ile patoloji sonucunun uyumu değerlendirildiğinde;PRM-patoloji uyumu PIRADS-3 lezyonlarda %65.7,PIRADS-4 lezyonlarda %64.4,PIRADS-5 lezyonlarda %85.3 olarak bulundu ve PIRADS-5 lezyonlarda bu uyum diğer gruplara göre daha yüksek izlendi.PIRADS-5 grubunda yalnızca 2 hastada PRM normal olmasına rağmen malignite saptandı.Bu iki hastanın mpMRI görüntüleri incelendiğinde lezyonların prostatın santral zon ve anterior bölgelerinde olduğu görüldü.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçlarına göre,lezyonun yerleşim yerine bağlı olarak prostat anatomisinden kaynaklanan güçlüklere rağmen özellikle PIRADS-5 lezyonlarda PRM ile histopatoloji arasında yüksek uyum olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: prostat, biyopsi, füzyon, rektal, muayene

Tablo-1

Parametre	Değer
Yaş (yıl)	62 (+7.4)
PSA (ng/ml)	7.8 (5.1-11.1)
VKİ (kg/m2)	27.5 (+3.5)
Biyopsi naif (n)	132/166 (%79.5)
Tekrarlayan biyopsi (n)	34/166 (%20.5)
TZV (mm3)	32.3 (19.4-46.9)
TV (mm3)	50.8 (34.9-69.0)
Toplam biyopsi kanser tespit edilme oranı	67/166 (%40.4)

Hastaların demografik ve klinik verileri.

Tablo-2

	Benign	Malign	Toplam	p
PIRADS-3	58	15	73	p1
PIRADS-4	32	27	59	p1
PIRADS-5	9	25	34	p1
Toplam	99	67	166	
PRM bulgusu var	24	43	67	p2
PRM bulgusu yok	75	24	99	p2
Toplam	99	67	166	

PIRADS ve PRM durumlarına göre kanser tespit edilme oranları. p1<0.05, p2<0.05

SS-067

PSA<10 ng/ml Olan ve Multiparametrik MR Kılavuzluğunda Füzyon Prostat Biyopsisi Yapılan Hastalarda PSA Dansitesi Maligniteyi Ön Görmede Etkili Bir Belirteç midir?

Gökhan Sönmez[1], Şevket Tolga Tombul[2], Türev Demirtaş[3], Abdullah Demirtaş[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri
[3]Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Birimi, Kayseri

GİRİŞ: Prostat kanseri (PCa) dünyada erkekler arasında görülen ikinci en sık kanser türüdür. PCa tanısı parmakla rektal muayene, PSA ölçümü ve prostat biyopsisi ile konur. Sık görülen bu kanser türünü biyopsi dışı yöntemlerle ön görebilmek için PSA ikilenme zamanı, serbest/toplam PSA oranı, PCA3 düzeyi gibi çeşitli parametreler geliştirilmiştir. Popüler parametrelerden biri de PSA düzeyinin prostat hacmine bölünmesi formülü ile hesaplanan PSA dansitesi (PSA-dt) dir. Bu çalışmada, PSA-dt'nin kanseri öngörme yetisi değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde PCa şüphesi ile füzyon prostat biyopsisi yapılan ve PSA düzeyi 10 ng/ml altında olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra toplam prostat hacmi (TPH), transizyonel zon hacmi (TZH), PSA düzeyleri, klinik anlamlı kanser saptanma oranları gibi bazı klinik verileri analiz edilmiştir. TSG-2016-5200 proje numaralı bu çalışma Erciyes Üniversitesi BAP birimi finansal desteğiyle gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 251 hasta dahil edilmiştir. Demografik ve klinik veriler Tablo-1'de özetlenmiştir. Hastalar patoloji sonuçlarına göre gruplandırıldığında TPH ve TZH benign grupta daha yüksek iken (p=0,009 ve p=0,014), PSA düzeyleri, TPH'ne göre hesaplanan PSA-dt ve TZH'ne göre hesaplanan PSA-dt değerleri malign grupta daha yüksekti (p=0,004; p<0,001; p<0,001) (Tablo 2). PSA-dt için bir cut-off değer belirlemek amacıyla yapılan ROC analizinde (figür 1) PSA-dt ile PCa arasındaki ilişki anlamlı (p<0,001) ve orta kuvvette bir ilişki olarak tespit edilmiştir (Eğri altında kalan alan=0,641). PSA-dt cut-off değerleri TPH ve TZH için sırasıyla 0,125 ve 0,247 bulunmuştur (Tablo 3).

SONUÇ: MR/US füzyon biyopsi için PSA-dt değeri PCa tanısını ön görmede kullanılabilir bir parametre gibi görünmektedir. Daha fazla hasta ile yapılacak, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: PSA, dansite, füzyon, prostat, biyopsi

Tablo-1

	Değer
Yaş (yıl)	61,97 (+/- 7,04)
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (kg/m2)	27,11 (24,83-29,74)
Biyopsi naif (n, %)	186/251 (%74,1)
Ailede PCa öyküsü olanlar (n)	33/251 (%13,1)
PSA (ng/ml)	7,18 (5,13-8,70)
Toplam prostat hacmi (mm3)	54,68 (39,45- 74,41)
Transizyonel zon hacmi (mm3)	33,73 (19,73- 50,25)

PSA dansitesi-toplam prostat hacmine göre (ng/ml/mm3)	0,116 (0,080- 0,170)
PSA dansitesi-transizyonel zon hacmine göre (ng/ml/mm3)	0,190 (0,129-0,307)
Biyopsi kor sayısı (n)	16,00 (15,00-17,00)
PIRADS-3 lezyon (%)	59,7
PIRADS-4 lezyon (%)	29,5
PIRADS-5 lezyon (%)	10,8
Klinik anlamlı kanser oranı (n, %)	97/251 (38,6)
ISUP-1 patoloji (%)	67,0
ISUP-2 patoloji (%)	13,5
ISUP-3 patoloji (%)	6,2
ISUP-4 patoloji (%)	12,3
ISUP-5 patoloji (%)	1,0

Tüm hastalara ait demografik ve klinik veriler.

Tablo-2

	Benign (n=154)	Malign (n=97)	P
PSA (ng/ml)	6,51 (5,00-8,40)	7,90 (5,56-9,11)	0,004
Toplam Hacim (mm3)	58,97 (44,73-75,42)	51,29 (33,50-68,84)	0,009
Transizyonel zon hacmi (mm3)	36,81 (23,35-53,26)	29,74 (15,27-48,04)	0,014
PSA dansitesi-toplam hacime göre (ng/ml/mm3)	0,111 (0,76-0,141)	0,135 (0,90-0,218)	<0,001
PSA dansitesi- Transisyonel zon hacmine göre (ng/ml/mm3)	0,175 (0,117-0,247)	0,248 (0,148-0,454)	<0,001

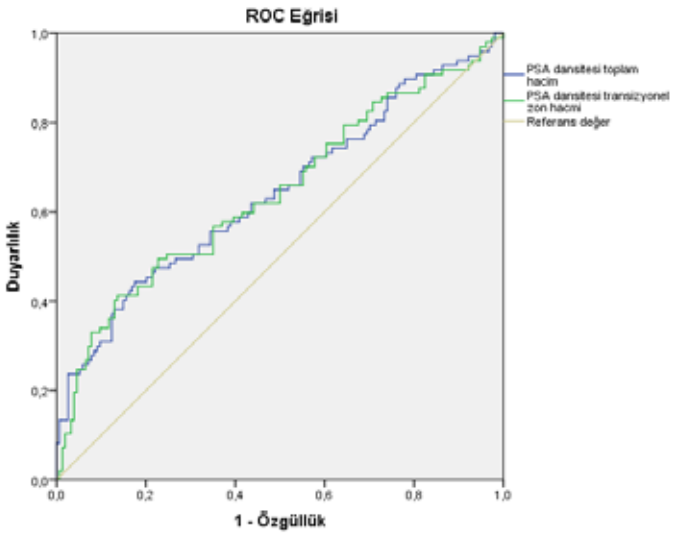
Patolojisi benign ve malign olan grupların karşılaştırılması.

Tablo-3

	Cut-off değer	Sensitivite (%95 güven aralığı ile)	Spesifite (%95 güven aralığı ile)	Eğri altında kalan alan	p
PSA-dt (toplam hacime göre)	0,125	%56	%63	0,641 (0,569-0,714)	<0,001
PSA-dt (transizyonel zon hacmine göre)	0,247	%51	%75	0,641 (0,568-0,714)	<0,001

PSA dansitesi ve prostat kanseri ilişkisini gösteren ROC analizi tablosu.

Figür-1



PSA danistesi-kanser ilişkisini gösteren ROC analizi

SS-068

Does Youtube Include High-Quality Resources for Training on Laparoscopic and Robotic Radical Prostatectomy?

Burak Arslan[1], Serkan Gönültaş[1], Ersin Gökmen[1], Oktay Özman[1], Özkan Onuk[2], Gökhan Yazıcı[1], Taha Göv[1], Enver Özdemir[1]

[1]Department of Urology, Gaziosmanpasa Taksim Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey
[2]Department of Urology, Yeniyüzyıl University, Istanbul, Turkey

PURPOSE: Our aim was to assess the educational quality of the YouTube video content related with laparoscopic and robotic radical prostatectomy (RP).

METHODS: An objective scoring tool, named as Prostatectomy Assessment and Competency Evaluation (PACE) score was used to measure and quantify seven critical steps in RP including bladder drop, preparation of the prostate, bladder neck dissection, posterior/seminal vesicle dissection, neurovascular-bundle preservation, apical dissection, and urethro-vesical anastomosis. A 5-point scale was used for grading the each of the seven steps, where a score of 1 and 5 represented the lowest and ideal performance, respectively. Additionally, descriptive statistics including the upload time, video length, view count, number of comments, likes, and dislikes were all recorded.

RESULTS: Of the 1688 videos (551 from laparoscopic RP, 567 from robotic RP, and 570 from robot-assisted RP) harvested from YouTube content, 226 videos were analyzed after excluding duplicate and irrelevant videos.

Robotic/Robot-assisted RP videos were found to be statistically longer than laparoscopic RP videos (p=0.016). A statistically significant difference was only found in urethro-vesical anostomosis step (p=0.021).

A weak but significant positive correlation between the video length and total PACE score (rho: 0.51; p=0.04 for laparoscopic RP and rho: 0.43; p=0.03 for robotic/robot-assisted RP) was found. A weak but positive correlation was also determined between number of likes and total PACE score (rho:0.39; p=0.02) for robotic/robot-assisted RP videos.

CONCLUSIONS: Although YouTube website includes high quality videos for both laparoscopic and robotic/robot-assisted RP, there is no objective parameter to predict the educational quality of the videos.

Keywords: laparoscopic surgery, prostatectomy, robotics, surgical education, Youtube

The characteristics and PACE scores of the videos

	Laparoscopic RP (n=73)	Robotic/Robot-assisted RP (n=153)	p value
Median video length, minute	10 (3-90)	22 (4-236)	0.016
Median view counts, n	586 (9-42.463)	742 (4-584.923)	0.349
Number of comments	0.4±1.1	1.5±8.3	0.795
Number of likes	3 (0-52)	3 (0-606)	0.848
Number of dislikes	0.5±0.9	2.3±1.3	0.891
Months since upload	24 (1-127)	34 (1-118)	0.943

Video source • Individual (medical) • Academic/official	53 (72.6%) 20 (27.4%)	106 (69.2%) 47 (30.8%)	0.609
Number of videos including animation	3 (4.1%)	4 (2.6%)	0.544
Total PACE score	3.2±1.1	3.4±1.2	0.417
DOMAINS			
• Bladder drop	3.0±1.3	3.3±1.4	0.512
• Preparation of the prostate	3.2±1.4	3.5±1.2	0.667
• Bladder neck dissection	3.6±1.2	3.6±1.1	0.898
• Posterior/seminal vesicles dissection	3.2±1.3	3.4±1.3	0.340
• Neurovascular bundle disssection	2.8±1.1	3.0±1.0	0.392
• Apical dissection	3.3±1.1	3.4±0.9	0.775
• Urethro-vesical anastomosis	3.6±1.3	4.1±0.5	0.021

SS-069

Hasta Başı Asistans Tecrübesi Olan Konsol Cerrahının Robotik Radikal Prostatektomi Sonuçları: İlk 50 Vaka

Hacı İbrahim Çimen

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Daha önceden hasta başı asistans tecrübesi olan konsol cerrahının robotik radikal prostatektomi sonuçlarını sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Eylül 2016 – Temmuz 2018 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle robotik radikal prostatektomi operasyonu uygulanan 50 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Postoperatif kontrollerde hiç ped kullanmama yada güvenlik pedi kullanma kontinan, 1 ped kullanımı hafif, 2 ped ve üzeri kullanım ise şiddetli inkontinans olarak değerlendirildi. Uluslararası erektil işlev formu skoru > 21 olan hastalar potent, ≤ 21 olanlar ise impotent olarak kabul edildi. Prostat spesifik antijenin 0,2 ng/dl üzerinde olması ise biyokimyasal nüks olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 13 hastaya lenf nodu diseksiyonu uygulanmış olup, ortanca (min – max) konsol süresi 170 dk (145-240) idi. On iki (%24) hastada median lob tespit edildi. On hastanın (%20) daha önceden batın cerrahisi, 2(%4) hastanın ise prostat cerrahisi geçirdiği saptandı. Ortanca tahmini kanama miktarı 135 cc (90-250) olup postoperatif 3 (%6) hastaya kan transfüzyonu yapıldı. On bir (%22) hastada cerrahi sınır pozitifliği saptandı (pT3:9, pT2:2). Ortanca hastanede kalış süresi 3 (2-10) gün, ortanca sonda çekilme süresi 14 (10-21) gündü. Beş (%10) hastaya biyokimyasal nüks nedeniyle adjuvan tedavi başlandı. Postoperatif 6. ay kontrolündeki 46 hastanın 40'sı (%87) kontinan, 21 (%46,5) hasta potent olarak olarak değerlendirildi (Tablo 1).

SONUÇ: Daha önceden hasta başı asistans tecrübesine sahip olmak, öğrenme eğrisindeki konsol cerrahının ilk vakalarındaki komplike hasta (median lob ve geçirilmiş prostat cerrahisi) oranında artışa neden olabilir. Ancak bu durum cerrahın intraoperatif ve postoperatif sonuçlarını olumsuz etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, prostat, robot.

Tablo 1

Yaş, yıl (ortalama ± standart sapma)	64,06 ± 6,15
Prostat hacmi, cc (ortalama ± standart sapma)	59,12 ± 22,96
PSA, ng/dl, median (min-max)	7,6 (0,68-37,79)
Preoperatif Gleason skoru, n (%)	
6	33 (66)
7	15 (30)
8-10	2 (4)
Klinik evre, n (%)	
T1b	1 (2)
T1c	14 (28)
T2a	19 (38)
T2b	8 (16)
T2c	8 (16)

Median lob varlığı, n (%)	12 (24)
Geçirilmiş prostat cerrahisi, n (%)	2 (4)
Geçirilmiş batın cerrahisi, n (%)	10 (20)

Tablo 1. Hasta karakteristikleri

Tablo 2

Ortalama takip süresi, ay (ortalama ± standart sapma)	14,9 ± 6,9
Postoperatif Gleason skoru, n (%)	
6	24 (48)
7	23 (46)
8-10	2 (4)
Patolojik evre, n (%)	
T2a	4 (8)
T2b	2 (4)
T2c	27 (54)
T3a	11 (22)
T3b	5 (10)
T0	1 (2)
Konsol süresi, dk, median (min-max)	170 (145-240)
Tahmini kanama miktarı, cc, median (min-max)	135 (90-250)
Taburculuk süresi, gün, median (min-max)	3 (2-10)
Sonda çekilme süresi, gün, median (min-max)	14 (10-21)
Biyokimyasal nüks, n (%)	5 (10)

Tablo 2. Postoperatif sonuçlar

Tablo 3

		Postop 1. ay	Postop 3. ay	Postop 6. ay	Postop 12. ay	Postop 18. ay
Kontinans durumu	Kontinan, n (%)	24 (48)	37 (74)	40 (87)	28 (93)	14 (87,5)
	Hafif inkontinans, n (%)	18 (36)	11 (22)	4 (8,7)	1 (3,5)	1 (6,25)
	Şiddetli inkontinans, n (%)	8 (16)	2 (4)	2 (4,3)	1 (3,5)	1 (6,25)
Erektil fonksiyon	Potent	34 (68)	31 (62)	25 (54,3)	11 (36,7)	6 (37,5)
	İmpotent	16 (32)	19 (38)	21 (45,7)	19 (63,3)	10 (62,5)

Tablo 3. Fonksiyonel sonuçlar

SS-070

Şok Dalga Litotripsi (SWL) Etkinliğini Öngörücü Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Hüseyin Aydemir, Hacı İbrahim Çimen

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Kontrassız bilgisayarlı tomografi (BT) ile elde edilen parametrelerin ekstrakorporeal şok dalgası litotripsinin (SWL) başarısını öngörmedeki değerini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Böbrek pelvis ve üst üreter taşları nedeniyle SWL tedavisi uygulanan 206 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların BT görüntülerinden taş lokalizasyonu, taş volümü, taş cilt mesafesi(SSD), ortalama taş dansitesi(MSD),taş dansitesinin standart sapması(SDSD) ve taş dansitesi değişim katsayısı(VCDS) hesaplandı. VCDS, BT atenüasyon varyasyon katsayısı değeri olarak tanımlandı ve [(SDSD)/(MSD)] X100(%) şeklinde hesaplandı. Ek olarak, tedavi başarısına katkıda bulunan faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapıldı. Hastaların tedavi başarısı uygulamadan sonra ilk 3 ay içinde yapılan BT ile değerlendirildi. Başarı, tamamen taşsızlık veya 4 mm den küçük rezidü taş olarak değerlendirildi. BT ile sonuç görüntülemesi olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: SWL başarı oranı %56,7 (117/206) idi. 206 olgunun 74'ünde pelvis taşı, 132'inde üreter taşı vardı. Ortanca taş hacmi 445 mm^3 idi. Ortanca MSD, ortanca SDSD, ortanca VCSD sırasıyla 745 HU, 319,32 HU ve % 42,1 idi. Multivarite analizinde taş volümü (p 0,045) ve taş cilt mesafesinin (p 0,041) prediktif faktör olduğu görüldü. Üreter taşlarının, pelvis taşlarına göre başarısızlık riski yaklaşık 2,4 kat daha fazlaydı. Ayrıca taş volümü 1 mm^3 arttığında başarısızlık riski 1 kat daha fazlaydı. Üreter taşlarında yaklaşık 2 kat daha fazla hidronefroz vardı.

SONUÇ: Büyük taş volümü ve uzun taş cilt mesafesi SWL başarısını etkileyen en önemli faktörlerdir. Ayrıca erkeklerde, gençlerde ve sağ tarafta başarı oranı daha yüksektir. Literatürde farklı bilgiler olsa da bizim verilerimiz BT atenüasyon değerleri ile elde edilen parametrelerin SWL başarısını öngörmede yeterli olmadığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Extrakorporeal şok dalga litotripsi,Hounsfield unit, Üriner sistem taş hastalığı

Tablo 1. Hasta özellikleri ve taş parametreleri

	Tüm hastalar (n:206)	Pelvis taşı (n:74)	Üreter taşı (n:132)	p
Yaş Medyan(min-max)	42(17-82)	39(17-63)	46,5(17-82)	<0,001 (a)
Cinsiyet n(%) Kadın Erkek	59 (28,6) 147(71,4)	27(36,5) 47(63,5)	32(24,2) 100(75,8)	0,062 (b)
Taraf n(%) Sol Sağ	98(47,6) 108(52,4)	28(37,8) 46(62,2)	70(53) 62(47)	0,036 (b)
Taş volümü(mm3) Medyan(min-max)	450(50-7078)	699(50-7078)	343,5(52-3216)	<0,001 (a)

MSD (HU) Ort±SS	756,65±237,96	764,36±238,10	752,33±238,67	0,729 (c)
SDSD(HU) Ort±SS	324,42±109,57	325,53±106,49	323,79±111,65	0,914 (c)
VCDS Medyan(min-max)	42,1(16,9-81,5)	42,63(16,9-73,2)	41,68(22,7-81,5)	0,631 (a)
SSD (cm) Ort±SS	11,98±2,653	10,12±2,309	13,02±2,236	<0,001 (c)
Hidronefroz n(%)	140(68)	35(47,3)	105(79,5)	<0,001 (b)

HU: Hounsefield Units, MSD: mean stone density, SDSD: standard deviation of stone density,SSD: skin-to-stone distance VCDS: variation coefficient of stone density a: Mann-Whitney U Test b: Pearson Chi-Square Test c: Student's t Test

Tablo 2. ESWL başarısı ile hasta özellikleri ve taş parametrelerinin karşılaştırlması

	Başarılı (n:117))	Başarısız(n:89	p
Yaş Medyan(min-max)	40(17-71)	44(24-82)	0,002 (a)
Cinsiyet n(%) Kadın Erkek	27(23,1) 90(76,9)	32(36) 57(64)	0,043 (b)
Taraf n(%) Sol Sağ	48(41) 69(59)	50(56,2) 39(43,8)	0,031 (b)
Taş volümü(mm3) Medyan(min-max)	445(52-2821)	551(50-7078)	0,045 (a)
Lokalizasyon n(%) Pelvis Üreter	49(41,9) 68(58,1)	25(28,1) 64(71,9)	0,041 (b)
MSD (HU) Medyan(min-max)	745(227-1251)	741(263-1376)	0,256 (a)
SDSD(HU) Ort±SS	319,32±108,90	331,12±110,70	0,445 (c)
VCDS Medyan(min-max)	42,9(17-76)	41,7(23-81)	0,450 (a)
SSD (cm) Ort±SS	11,7±2,56	13,3±2,73	0,041 (c)
Hidronefroz n(%)	77(65,8)	63(70,8)	0,448 (b)

HU: Hounsefield Units, MSD: mean stone density, SDSD: standard deviation of stone density,SSD: skin-to-stone distance VCDS: variation coefficient of stone density a: Mann-Whitney U Test b: Pearson Chi-Square Test c: Student's t Test

SS-071

Daha Önce Geçirilen Beden Dışı Şok Dalga ile Taş Kırma, Perkütan Nefrolitotominin Sonuçlarını ve Komplikasyonlarını Etkiler mi?

Salih Budak[1], Cem Yücel[2], Hüseyin Aydemir[1], Hacı İbrahim Çimen[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

AMAÇ: Perkütan nefrolitotomi (PNL) sonuçları üzerine daha önce geçirilen beden dışı şok dalga ile taş kırmanın (SWL) etkilerini araştırdık. Ek olarak, Geçirilmiş SWL'nin sonraki PNL'nin başarısı ve morbiditeleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2014 ile Haziran 2018 arasında PNL operasyonu uygulanan 608 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalar iki gruba ayrıldı; Daha önce SWL uygulanan 133 hasta grup 1'e (SWL sekonder PNL) dahil edildi. Grup 2 (primer PNL), ilk kez PNL uygulanan 272 hastadan oluşuyordu. Operasyon verileri ve postoperatif görüntülemeleri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Gruplar taş boyutu, operasyon süresi, hastanede yatış süresi, Hounsfield ünitesi (HU), hemoglobin değişim miktarı (ameliyat öncesi-postop 1. gün ± SD g / dl Hgb değişikliği), komplikasyonlar (modifiye Clavien sınıflandırması) ve başarı yönünden karşılaştırıldı. Veriler, Windows 19 için SPSS programına girildi İstatistiksel analizlerde Student t testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson Ki-kare testi testi kullanıldı. P <0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: PNL ameliyatı olan olguların yaş ortalaması 47.6 ± 13.42 idi. PNL gruplarının Taş boyutu, operasyon süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi, HU, hemoglobin değişimi miktarı, komplikasyonlar ve başarı açısından karşılaştırma Tablo 1'de özetlenmiştir. PCNL başarısı ve sonuçları primer PNL ve SWL sekonder PNL grupları arasında anlamlı farklılık göstermedi (p> 0.05).

SONUÇ: Daha önce SWL tedavisi uygulanan sekonder PNL hastalarının başarı oranını primer PNL'ye benzer olduğunu bulduk. PNL daha önce geçirilmiş beden dışı şok dalga ile taş kırma uygulanan ya da uygulanmayan, tüm hastalarda cerrahi olarak kabul edilebilir, benzer komplikasyon oranları ile uygulanabilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, Nefrolitiazis, Nefrolitotomi, Perkütan Nefrolitotomi

Hasta özellikleri ve postoperatif sonuçların karşılaştırılması

	Sekonder PNL n=133	Primer PNL n=272	p
Yaş Mean±SD	44.8±12.3	48.4±14.2	0.856a
HU Mean±SD	1075.3±367.4	958.57±311.6	0.210a
Yatış Süresi Median(Min-Max)	2(1-14)	2(1-15)	0,489b
Operasyon Süresi Median(Min-Max)	128(65-320)	136(71-310)	0.582b
Taş Boyutu Median(Min-Max)	520(296-1575)	565(338-1467)	0.209b
Hgb Değişim Median(Min-Max)	2.1(0.9-7.6)	2.4(0.8-8.1)	0.897b
Komplikasyon (Modified Clavien Classification)	28(21.1%)	54(19.1%)	0.623C
Başarı n(%)SF	96 (72.1%)	201(73.8%)	0241c

SS-073

Texture Analysis of Urolithiasis by Using First Order Statistics for Prediction of Shockwave Lithotripsy Success

Hasan Anıl Atalay[1], Erkan Erkan[2], Recep Bayraktarlı[3], Sait Özbir[1], Samir Ağalarov[1], Kenan Sabuncu[1]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

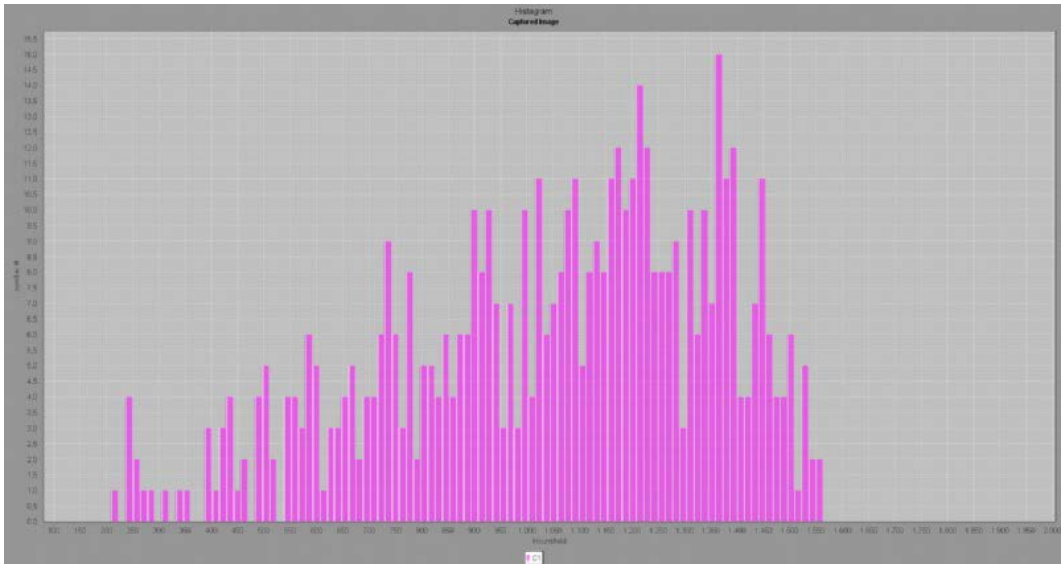
INTRODUCTION: Shockwave lithotripsy (SWL) is a simple and convenient treatment option for ureter and kidney stones. Unfortunately, even with the most suitable stones, the success rate of the SWL remains at 70-80%. CT texture analysis (TA) could be a new option to enhance SWL success. This study aimed to investigate the use of the first-order statistic which is obtained from TA and also standard features to predict the success of SWL in the treatment of kidney stones.

MATERIAL-METHODS: This retrospective pilot study comprised 156 consecutive patients at a single center, undergoing a course of SWL treatment for a single, previously untreated stone. Imaging parameters were derived from each stone, using CT. Success was defined as stone-free status on KUB after completion of a treatment course of SWL. Two groups were determined regard to SWL success. Stone volume and densities, skin to stone distance parameters as conventional features and first-order statistics which were derived from texture analysis as skewness, kurtosis, entropy, and energy were compared between the groups. RESULTS: 39/120 patients (75%) had successful SWL. No differences were observed between the groups regarding stone volume (424 mm3, 414 mm3), mean stone density (620 HU, 612 HU), and skin to stone differences (94 mm, 98 mm), respectively ($p > 0.05$). Three first-order texture analysis features were significantly different between the groups (kurtosis, entropy, and energy $p < 0.001$).

CONCLUSION: Texture analysis of urolithiasis could be a new tool for prediction of SWL success especially in patients with high stone density.

Keywords: Texture analysis, Shockwave lithotripsy, kidney stone

The HU distribution of a kidney stone



SS-074

Laparoskopik Parsiyel Nefrektomide Renorafi Yapılmaması Böbrek Fonksiyonlarının Korunabilmesine Katkı Sağlar Mı?

Uğur Yücetaş, Erkan Sönmezay, Hüseyin Aytaç Ateş

SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada renorafi uygulamaksızın yapılan laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) sonuçlarımızı ve renal fonksiyonlar üzerine etkisini sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 2016-201 yılları arasında renorafi uygulanmaksızın 45 hastada gerçekleştirilen LPN verileri incelendi. Per-operatif iskemi sürelerine göre 2 gruba ayrılarak değerlendirildi (Grup 1 ≤ 20 dk, grup 2 > 20 dk).

BULGULAR: LPN yapılan 45 hastanın (33E,12K) yaş ort.56,22±9,58(39-73)yıl ve VKİ ort.28,68±4,43(22-46) idi. Hastaların %57,8'inde sağ, %42,2'sinde sol tarafa müdahale edildi. Olguların 2'sinde tümör tamamen endofitik yerleşimliydi ve 4 olguda iskemi uygulanmadı. Tümör boyutu ort.46,98±18,33(22-96)mm olan olgulara ait operasyon süresi ort.257,78±55,92(130-330)dk, sıcak iskemi süresi ort.19,61±8,62(8-35)dk, tahmini hemoraji miktarı ort.94,89±68,11(10-300)mm^3 olduğu ve hematokrit düşüşü ort 5,44±3,68(0-15,3), ortanca dren süresi 3(1)[1-10] gün, ortanca hastanede kalış süresi 4(3)[2-14] gün olarak saptandı. Olguların %13,3'ünde (6 olgu) uzamış drenaj nedeniyle double j kateter gereksinimi oldu. Histopatolojik değerlendirmede 9 olguda (%20) benign patoloji ve 2 olguda (%4,4) cerrahi sınır pozitifliği mevcuttu.

Gruplar arasında hastaların demografik özellikleri açısından istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo 1). İskemi süresi uzun olan grupta operasyon süresi, tahmini hemoraji miktarı ve hematokrit düşüşü anlamlı olarak daha fazlaydı. Gruplar arasında cerrahi sınır pozitifliği ve postop 3. ay eGFR değerleri açısından farklılık saptanmadı (Tablo 2).

SONUÇ: Renorafi uygulanmadan yapılan laparoskopik parsiyel nefrektomi, daha fazla böbrek dokusu koruyarak kabul edilebilir morbidite ve ilave girişim oranları ile rahatlıkla ve güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir. Literatürde 3-7 cm boyutlu böbrek tümörlerinde LPN ile postop eGFR değişikliğinin %20'lerin üzerinde olabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda her ne kadar post-operatif eGFR değerlerinde istatistiksel anlamlılık saptanamamış olsa da olgularımızdaki eGFR değişikliği yaklaşık %5 oranında oldukça düşük seviyedeydi.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Tümörü, Laparoskopi, Renorafi

Tablo 1

Tablo 1: Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.

	İskemi Süresi ≤20 dk (n=24)	İskemi Süresi >20 dk (n=21)	p
Yaş [yıl, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	55,7±9,9 [60(19)] (40-70)	56,9±9,3 [58(15)] (39-73)	0,682[c]
Cinsiyet (E/K) [n(%)]	45(45,5)/18(54,5)	9(75)/3(25)	0,079[a]
VKİ [ort±SD, median(IQR), (min-max)]	28,4±5,0 [28(5)] (22-46)	29,0±3,8 [28(4)] (22-39)	0,481[m]
Sigara Öyküsü [n(%)]	15(62,5)	17(81)	0,173[a]
Diyabet [n(%)]	58(20,8)	4(19)	0,881[a]
Hipertansiyon [n(%)]	12(50)	11(52,4)	0,873[a]
İskemik Kalp Hastalığı [n(%)]	3(12,5)	4(19)	0,545[a]
KOAH [n(%)]	4(16,7)	1(4,8)	0,205[a]
Taraf (Sağ/Sol) [n(%)]	13(54,2)/11(45,8)	13(61,9)/9(38,1)	0,600[a]
Tümör Lokalizasyonu [n(%)] -Üst -Orta -Alt	4(16,7) 13(54,2) 7(29,2)	9(42,9) 7(33,3) 5(23,8)	0,144[a]
Tümör Lokalizasyonu [n(%)] -Ekzofitik -Endofitik	24(100) 0(0)	19(90,5) 2(9,5)	0,212[r]
Tümör Boyutu [mm, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	44,5±19,6 [40(18)] (22-96)	49,8±16,8 [52(31)] (24-75)	0,198[m]
Tümör Boyutu [n(%)] -<4 cm -4-7 cm -≥7 cm	10(41,7) 11(45,8) 3(12,5)	8(38,1) 10(47,6) 3(14,3)	0,966[a]
RENAL Nefrometri Skoru [ort±SD, median(IQR), (min-max)]	5,9±1,8 [5,5(3)] (4-10)	6,9±2,0 [7(4)] (4-10)	0,106[m]
Tümör Yerleşimi [n(%)] -Anterior -Posterior	19(79,2) 5(20,8)	11(52,) 10(47,6)	0,057[a]
PADUA Skoru [ort±SD, median(IQR), (min-max)]	7,5±1,4 [7(2)] (6-11)	8,4±1,9 [8(3)] (6-12)	0,117[m]

[i]Idependent t test, [k]Ki-Kare test, [m]Mann-Whitney U test, [f]Fisher exact test

Tablo 2

Tablo 2: Grupların Operatif, Histopatolojik Özellikler ve Laboratuvar Değerleri Açısından Karşılaştırılması.

	İskemi Süresi ≤20 dk (n=24)	İskemi Süresi >20 dk (n=21)	p
Operasyon Süresi [dk, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	229,2±54,8 [225(85)] (130-330)	290,5±36,4 [300(60)] (210-330)	**<0,0001[m]**
Tahmini Hemoraji Miktarı [ml, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	74,2±66,6 [50(80)] (10-300)	118,6±63,3 [100(65)] (20-250)	**0,010[m]**
Transfüzyon Yapılan Olgu Sayısı [n(%)]	6(25)	8(38,1)	0,444[a]
DJ Kateter Gereksinimi [n(%)]	3(12,5)	3(14,3)	0,860[a]
Dren Süresi [gün, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	2,9±1,5 [3(1)] (1-8)	3,3±2,2 [3(1)] (2-10)	0,951[m]
Yatış Süresi [gün, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	4,8±2,8 [4(3)] (2-10)	4,8±2,8 [4(3)] (2-14)	0,762[m]
Takip Süresi [ay, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	12,7±9,2 [11(20)] (3-30)	14,2±8,0 [12(14)] (3-30)	0,453[m]
Histopatoloji [n(%)] -Benign -Berrak Hücreli Tip RCC -Papiller Tip RCC -Kromofob Tip RCC	6(25) 9(37,5) 8(33,3) 1(4,2)	3(14,3) 11(52,4) 4(19) (14,3)	0,341[a]
T Evresi [n(%)] -pT0 -pT1a -pT1b -pT2a -pT3a	6(25) 8(33,3) 6(25) 1(4,2) 3(12,5)	3(14,3) 5(23,8) 10(47,6) 1(4,8) 2(9,5)	0,608[a]
Fuhrman Derecesi [n(%)] -Grade 1 -Grade 2 -Grade 3,4	2(11,8) 14(82,4) 1(5,9)	1(6,7) 8(53,3) 6(40)	0,066[a]
Cerrahi Sınır Pozitifliği [n(%)]	1(4,2)	1(4,8)	0,721[r]
Hemoglobin Düşüşü [g/dl, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	1,5±1,1 [1,8(1,6)] (0-3)	2,4±1,4 [2,6(1,9)] (0-5)	**0,048[m]**
Hematokrit Düşüşü [%, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	4,2±3,2 [4,8(5)] (0-10)	6,8±3,7 [6,1(5,3)] (1-15)	**0,015[i]**
Pre-operatif eGFR [ml/dk, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	86,4±21,3 [92(30)] (44-121)	93,7±12,9 [99(17)] (68-114)	0,179[c]
Post-operatif 3. Ay eGFR [ml/dk, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	83,7±20,5 [89(23)] (34-110)	88,1±14,9 [88(24)] (63-114)	0,412[c]
eGFR Değişimi [ml/dk, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	2,8±12,9 [5(14)] (-32,23)	5,6±12,6 [5(16)] (-15,38)	0,462[c]
eGFR Değişim Oranı [%, ort±SD, median(IQR), (min-max)]	1,7±21,1 [6(14)] (-57,40)	5,5±13,2 [7(16)] (-17,35)	0,759[m]

[m]Mann-Whitney U test, [k]Ki-Kare test, [f]Fisher exact test, [i]Idependent t test

SS-075

Laparoskopik Adrenalektomi Uygulanan Hastaların Onkolojik Sonuçları

Hüseyin Özgür Kazan, Ferhat Keser, Mehmet Çağlar Çakıcı, Ramazan Gökhan Atış, Turhan Çaşkurlu, Asıf Yıldırım

Medeniyet Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: 2009-2019 yılları arasında adrenal kitle nedeniyle laparoskopik adrenalektomi uygulanan hastaların sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Merkezimizde 2009-2019 yılları arasında adrenal kitle nedeniyle ameliyat olan 27'si erkek (%39), 43'ü kadın (%61) toplam 70 hasta çalışmaya dahil edildi.Hastaların demografik bilgileri, operasyon öncesi değerlendirmeleri, operasyona ait bilgileri, patoloji sonuçları ve takipleri retrospektif olarak incelendi (Tablo-1).

BULGULAR: 18 hasta (%26) hipertansiyon nedeniyle yapılan değerlendirmede adrenal kitle tespit edilerek kliniğimize başvurdu.14 hasta (%20) karın ağrısı veya yan ağrısı nedeniyle, 3 hasta (%4) çarpıntı, 2 hasta (%1) ise hipopotasemi nedeniyle yapılan tetkiklerde saptanan adrenal kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu, 23 hastada (%41) ise kitle insidental olarak saptandı.Adrenal kitlelerin 18'i (%26) hormonal olarak aktifti.Operasyon laparoskopik olarak 59 hastada tamamlandı.6 hastada perioperatif komplikasyon görülürken (dalak yaralanması 1, hemoraji 5), 3 hastada postoperatif komplikasyon gelişti (akciğer atelektazisi, bilateral pnömotoraks, insizyonel herni).Histopatolojik değerlendirmede 24 olgu adrenokortikal adenom, 22 olgu feokoromasitoma, 6 olgu da adrenal kortikal karsinom olarak raporlandı.Laparoskopik olarak tamamlanan vakalarda tümör çapı ortalaması 51 mm olarak görüldü.Tümör çapı 60 mm ve daha büyük olanlar ise olguların %27'si olarak saptandı.Rekürrens oranı %8.6 (6 hasta) olarak görüldü.Bu 6 hastanın 3'ünün patolojisi adrenokortikal karsinomdu.Bu 3 hastanın 2'sinde laparoskopik ve 1'inde de açık olarak operasyon tamamlanmıştı (Tablo-2).

SONUÇ: Adrenal kitleler çoğunlukla insidental olarak tespit edilir.Cerrahi tekniğin seçimi öncelikle cerrahın tecrübesi sonra da klinik faktörlere, hastaya ve hastalığının özelliklerine göre yapılmalıdır.Küçük ve benign adrenal kitlelerin tedavisinde laparoskopik adrenalektomi etkin ve güvenilir bir teknik iken, 60mm ve daha büyük kitlelerde de laparoskopik adrenalektomi uygun vakalarda tercih edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kitle, laparoskopik adrenalektomi, adrenal kortikal karsinom, feokromasitoma, metastaz

Tablo-1: Hastaların demografik verileri

Demografik veriler	Sayı
Hasta sayısı	70
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	27/43
Lateralite Sağ Sol Bilateral	 32 36 2
Yaş (Aralık)	49,7 (19-80)
Hormon aktif	18 (%26)

Hipertansiyon ile başvuran Arteryel tansiyon, mm Hg (Sistol/diyastol)	13 (%18) 139,7/84,7
Önceden intraperitoneal cerrahi geçiren	18 (%26)
Adrenal kitle boyutu (mm)	55,3x48,3
Aralık (mm)	14-250

Tablo-2: Nüks Gelişen Hastalar

	Sayı
Toplam nüks, n (%)	6 (%8,5)
Adrenokortikal karsinom, n (%) • Laparoskopik transabdominal • Laparoskopik retroperitoneal • Açık	3 (%50) 1 1 1
Metastatik hastalık, n (%)	2 (%33)
Feokromasitoma, n (%)	1 (%17)

SS-076

Üreter Üst Kısım Taşlarında Fleksbl Üreterorenoskopi Etkinliği

İbrahim Karabulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji ABD, Erzurum

GİRİŞ: Teknolojideki ilerlemelere bağlı olarak geliştirilen holmium laser ve yeni nesil fleksbl üreterorenoskopların etkin ve güvenilir kullanımı sayesinde retograd intrarenal cerrahi üriner taş tedavisinde önemli bir alternatif olmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2018 _ Temmuz 2018 tarihleri arasında üreter üst kısım taşı nedeniyle kliniğimize başvuran taşın büyüklüğü, üriner dilatasyon ve medikal tedaviye yanıtsızlık nedeni ile müdehale planlanan 18 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaladan 7'sine kanama diatezi ve antikuagülan kullanımı nedeni ile ekstrakorporal şok dalga litotripsisi(ESWL) yapılamadı. 6 hasta da ise SWL sonucu taşların kırılmadığı gözlendi. 5 hasta ise SWL'yi kabul etmedi. Hasta yaşı, cinsiyet, taş lokalizasyonu, hastanın şikayeti, üriner dilatasyon, RIRC süresi, basket katater, JJ stent veya üreter kateri kullanımı, komplikasyonlar (modifiye clivaen sınıflandırması)ve taşsızlık oranları kaydedildi.

Hastaların tamamına işlem öncesi bilgisayarlı tomografi çekildi. Taşların opak olup olmadığını değerlendirmek amaçlı hastalardan direkt ürüiner sistem grafisi çekildi. Yapılacak işlemler öncesi hastalardan tam idrar tetikti, idrar kültürü, kreatin değerleri ve koagülasyon faktörleri istendi.

RIRC işlemi 6-8.8 f Richard WOLF marka fleksbl üreterorenoskop(URS) kullanıldı. Taşlara 272 nm holmium laser probu ile litoripsi uygulandı

TARTIŞMA: Üreter üst kısım taşlarının tedavisinde; taşın boyutu, lokalizasyonu, böbrek fonksiyonlar ve proksimal üriner dilatasyon önemli rol oynamaktadır. Günümüzde ESWL hala üreter taşları için güncelliğini koruyan, etkili ve invaziv olmayan bir tedavi şeklidir. Kanama diyatezi nedeniyle ESWL yapılamayan,ESWL dirençli taşları olan ve ESWL' yi kabul etmeyen, beraberinde aynı taraf renal taşı olan ve üriner anatomini değerlendirilmek istendiği hastalarda RIRC etkin bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üreter Üst Kısım Taşı, Retrograd İntrarenal Cerrahi, Fleksbl Ureterorensokopi

SS-077

Additional Parameters in VCUG to Predict the Success of Endoscopic Subureteral Injection In Pediatric Patients

Numan Baydilli[1], İsmail Selvi[2], Ayşe Seda Pınarbaşı[3], Emre Can Akınsal[1], Deniz Demirci[1]

[1]*Department of Urology, Erciyes University Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey*
[2]*Department of Urology, Karabük University Training and Research Hospital,Karabük, Turkey*
[3]*Department of Pediatric Nephrology, Erciyes University Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey*

INTRODUCTION & OBJECTIVES: Although grade of vesicoureteral reflux(VUR) is accepted as one of the reliable tools to predict success of endoscopic subureteral injection,new parameters have been investigated.Our aim is to investigate the effect of ureter diameter ratio(UDR),reflux phase and delayed upper tract drainage in voiding phase of VCUG to predict treatment success.

MATERIALS & METHODS: We retrospectively reviewed VCUG data of 135 children with primary VUR, undergoing endoscopic subureteral injection between 2011 and 2018.Age, history of febrile urinary tract infection,-voiding dysfunction, presence of scar in DMSA, reflux grade, UDR,reflux phase and presence of delay in upper tract drainage were recorded.UDR was calculated by dividing the largest ureteral diameter within the false pelvis by the distance between L1–L3 vertebral bodies.The patients were evaluated into two groups according to success of endoscopic subureteral injection.

RESULTS: A total of 176 renal units(44 boys and 91 girls) with a median age of 5.5(3-8) years were included. Patient characteristics were shown in Table 1. Reflux grade, scar in DMSA, UDR and delayed upper tract drainage were statistically significant between groups.Variables affecting success of endoscopic injection were analyzed by univariate analysis. Reflux grade [OR:0.498, 95%CI(0.371-0.669); p<0.001], scar in DMSA [OR:0.36, 95%CI(0.170- 0.765); p=0.008] and UDR [OR:0.66, 95%CI(0.001-0.053); p<0.001] were associated with treatment success.The cut-off value of UDR was calculated to be 0.22 [AUR:0.740, 95%CI(0.667-0.813), p<0.001] by ROC analyses to predict failure of endoscopic injection.

CONCLUSIONS: While UDR appeared as a reliable predictor of success after endoscopic injection, reflux phase and delayed upper tract drainage were not found as independent risk factors.

Keywords: delayed upper tract drainage, endoscopic subureteral injection, ureter diameter ratio, reflux phase, vesicoureteral reflux, VCUG

Table 1

Variables (n,%)	Overall 176 (100)	Success 99 (56.2)	Failure 77 (43.7)	p
Age (years)	5.5 (3-8)	6 (3-8)	5 (2-9)	0.314
Grade of reflux I II III IV V	 18 (10.2) 84 (47.7) 32 (18.1) 20 12.6)	 16 (16.2) 56 (56.5) 15 (15.1) 6 (6.1) 6 (6.1)	 2 (2.6) 28 (36.4) 17 (22.1) 14 (18.1) 16 (20.8)	< 0.001
Voiding dysfunction Yes No	 94 (53.4) 82 (46.6)	 47 (47.4) 52 (52.6)	 47 (61) 30 (39)	0.074
History of febrile uriner tract infection Yes No	 87 (77.6) 25 (22.4)	 48 (77.4) 14 (22.6)	 39 (78) 11 (22)	0.942
Scar in DMSA Yes No	 67 (55.9) 53 (44.1)	 29 (44.6) 36 (55.4)	 38 (69) 17 (31)	0.007
UDR (ureter diameter ratio)	0.22 (0.13-0.34)	0.16 (0.10-0.25)	0.29 (0.18-0.45)	< 0.001
Reflux phase Filling Voiding	 141 (80.1) 35 (19.9)	 76 (76.7) 23 (23.3)	 65 (84.4) 12 (15.6)	0.207
Contrast post-void Persistance Increased (delayed upper tract drainage) Decreased	 22 (12.5) 94 (53.4) 60 (34.1)	 13 (13.1) 44 (44.4) 42 (42.5)	 9 (11.6) 50 (65) 18 (23.4)	0.018

Demografic and clinical datas of patients with vesicoureteral reflux Values are expressed as n(%) and median(25 -75 percentiles)

SS-078

The Importance of Plasma Arginine Level and Its Downstream Metabolites in Diagnosing Prostate Cancer

İsmail Selvi[1], Halil Başar[2], Numan Baydilli[3], Koza Murat[4], Özlem Güllü[5]

[1]*Department of Urology, Karabük University Training and Research Hospital, Karabük, Turkey*
[2]*Department of Urology, Health Science University Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital, Ankara,Turkey*
[3]*Department of Urology, Erciyes University Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey*
[4]*Department of Biochemistry, Health Sciences University Keçiören Training and Research Hospital, Ankara,Turkey*
[5]*Department of Statistics, Ankara University Faculty of Science, Ankara, Turkey*

PURPOSE*:* Arginine amino acid and its biological metabolites(ornithine and diacetylspermine) are essential for catabolic pathways in malign cells.Decreases in arginine levels and increases in ornithine and diacetylspermine levels were revealed as important predictors in development of several tumors such as breast, colorectal, lung.Our aim is to investigate the predictive value of arginine and its metabolites for diagnosing prostate cancer in patients with PSA 4-10 ng/ml and evaluate their usefulness as prognostic tumor markers.

MATERIAL-METHODS*:* Eighty eight patients with mean age 64.8±7.1 years and PSA 4-10 ng/ml were included to study between November 2016 and March 2017.They were divided into two equal number of groups according to pathologic results of prostate biopsy.Plasma arginine,ornithine and urinary diacetylspermine levels were analysed before biopsy by liquid chromatography-tandem mass spectrometry and ELISA,respectively.Their predictive roles on prostate cancer detection were evaluated between groups.

RESULTS*:* Arginine and arginine/ornithine ratio(AOR) were significantly lower in malign patients.Ornithine and diacetylspermine were significantly higher in malign patients. The patient characteristics were shown in Table 1. While arginine($r=-0.628, p<0.001$) and AOR($r=-0.714$, $p<0.001$) were negatively correlated with D'Amico clinical classification ($p<0.001$); ornithine ($r=0.659, p<0.001$) and diacetylspermine ($r= 0.710, p<0.001$) were found to be positively correlated with them($p<0.001$). In multivariate analysis, ornithine [OR 3.55, 95%CI(1.20-10.50),p=0.022] and diasetilspermine [OR 9.59, 95%CI(3.22-28.57), $p <0.001$] were found more significant in detection of prostate cancer. Results of ROC analysis were shown Table 2.

CONCLUSIONS*:* Plasma arginine, ornithine, AOR and urinary diacetylspermine levels may be used as molecular markers to predict prostate biopsy outcomes in patients with PSA 4-10 ng/ml.

Keywords: Arginine, diacetylspermin, ornithine, prostate biopsy, prostate cancer, tumor marker

Table 1

Variables	Benign (n=44)	Malign (n=44)	p
Age (years)	62.63±6.96	67.09±6.65	0.003*
BMI (kg/m2)	30.06±4.31	29.63±3.55	0.605
Arginine (µmol/l)	92.04±33.64	74.03±34.64	0.015*
Ornithine (µmol/l)	116.11±24.21	137.13±40.89	0.005*
Arginine/Ornithine Ratio	0.75 (0.58-1.04)	0.52 (0.28-0.92)	0.007*
Diacetylspermine (nmol/g.cre)	103.12 (84.64-115.02)	123.57 (109.62-150.75)	<0.001*
Total PSA (ng/ml)	5.66 (4.64-6.59)	7.98 (4.96-9.99)	0.001*
Free PSA (ng/ml)	1.19 (0.90-1.77)	1.29 (0.98-1.88)	0.473
Prostate volume (ml)	45.00 (35.25-56.50)	43.00 (32.25-57.75)	0.751
Free/Total PSA ratio	0.22 (0.15-0.26)	0.20 (0.13-0.24)	0.129
PSA Density(ng/ml2)	0.12 (0.10-0.17)	0.16 (0.11-0.23)	0.039*

Demografic and clinical datas of patients Data were expressed as mean± SD and median (25 -75 percentiles)

Table 2

Variables	Cut-off value	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive predictive value (PPV)	Negative predictive value (NPV)	Area under curve (AUC)	p
Arginine	56.13	88.60	40.90	77.77	57.14	0.645	0.019*
Ornithine	118.12	75.00	56.80	63.46	69.44	0.676	0.004*
Arginine/ornithine ratio	0.43	93.20	45.50	83.33	62.50	0.668	0.007*
Diacetylspermine	117.26	70.50	81.80	79.49	73.47	0.795	<0.001*

Results of ROC analysis for arginine and its downstream metabolites

SS-079

Lokalize (T1-T2 Evreli) Renal Hücreli Karsinom Olgularında Kardiyovasküler Hastalık Gelişme Riskini Öngören Framingham Skorunun Nefrektomi Sonrası Onkolojik Sonuçlar Üzerine Etkisi

İsmail Selvi[1], **Halil Başar**[2]

[1]*Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Karabük*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara*

AMAÇ: Lokalize evre renal hücreli karsinom(RHK) hastalarında, kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin nefrektomi sonrası dönemde lokal nüks, uzak metastaz gelişimi ve kansere özgü sağkalıma etkisinin değerlendirilmesi.

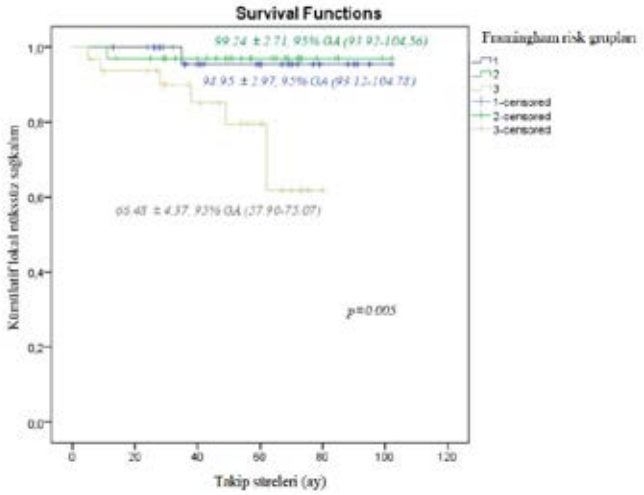
GEREÇ-YÖNTEM: Eylül 2009-Temmuz 2016 tarihleri arasında, açık parsiyel(28 hasta),açık radikal(33 hasta) ve laparoskopik radikal(35 hasta) nefrektomi yapılan,patolojik evre I ve II RHK tanılı,verilerine tam olarak ulaşılabilen 96 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri,histolojik tümör tipi,tümörün Fuhrman derecesi,nefrektomi sonrası sağkalım,lokal nüks ve metastaz verileri kaydedildi.Tüm hastalarda 10 yıllık kardiyovasküler hastalık gelişme tahmininin yapıldığı Framingham risk skoru hesaplanarak, hastalar düşük(Grup I), orta(Grup II) ve yüksek riskli(Grup III) olmak üzere üç gruba ayrıldı.

BULGULAR: Ortalama tanı yaşları 58.66±10.55 olan hastaların, ortanca 57 (6-102) aylık takip süresinde 9(%9.4) hastada lokal nüks, 12(%12.5) hastada uzak metastaz, 11(%11.5) hastada kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir.Üç grup karşılaştırıldığında; Grup III'teki hastalarda lokal nüks(%21.9, p=0.012) ve uzak metastaz oranının(%25, p=0.025) anlamlı olarak daha yüksek olduğu(Tablo 1),öngörülen nükssüz sağkalım süresi (66.4 ay, p=0.005),metastazsız sağkalım süresi(77 ay, p=0.017) ve kansere özgü sağkalım süresinin(79.9 ay, p=0.024) ise anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlendi(Figür1,2,3).Tek değişkenli analizde vücut kitle indeksi,total kolesterol düzeyi, tahmini glomerüler filtrasyon hızı ve Framingham risk skoru lokal nüks,uzak metastaz gelişimi ve kansere özgü sağkalımı öngören bağımsız prediktif faktörler olarak bulunurken; çok değişkenli analizde vücut kitle indeksi, tahmini glomerüler filtrasyon oranı ve Framingham risk skoru daha anlamlı olarak bulundu(Tablo 2).

SONUÇ: Kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından yüksek risk altında olan hastalar,lokalize evre RHK nedeniyle nefrektomi yapılsa bile,daha fazla lokal nüks,uzak metastaz gelişimi ve kansere özgü mortalite oranlarına sahiptir.Bu nedenle bu hastaların nefrektomi sonrası dönemde,daha dikkatli takip edilmesini önermekteyiz.

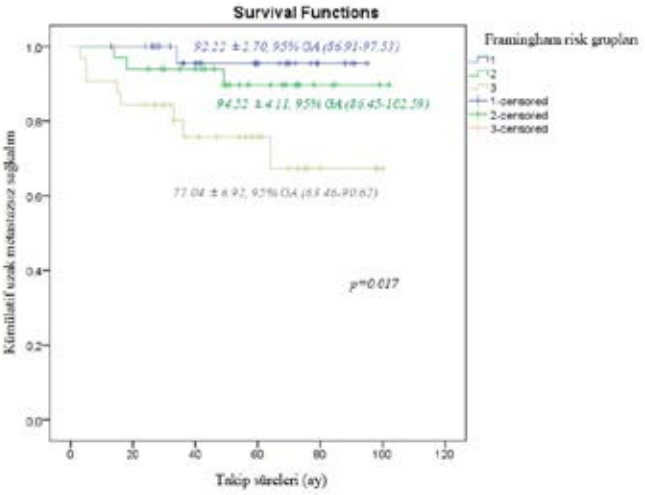
Anahtar Kelimeler: Framingham risk skoru, kardiyovasküler hastalık riski, laparoskopik radikal nefrektomi, onkolojik sonuçlar, parsiyel nefrektomi, renal hücreli karsinom

Figür 1



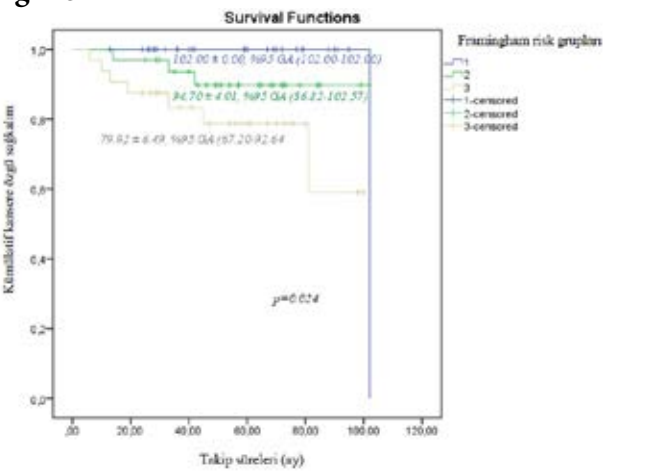
Üç gruba ait lokal nükssüz sağkalım süresinin Kaplan-Meier eğrisi

Figür 2



Üç gruba ait uzak metastazsız sağkalım süresinin Kaplan-Meier eğrisi

Figür 3



Üç gruba ait kansere özgü sağkalım süresinin Kaplan-Meier eğrisi

Tablo 1

Parametreler	Grup I (n:31)	Grup II (n:33)	Grup III (n:32)	Toplam (n:96)	p değeri
Yaş, ortalamaortanca aşama	54.84±11.17[a]	61.30±6.33[b]	58.63±10.39[ab]	58.66±10.55	† 0.030*
Cinsiyet (n,%) erkek kadın	17 (54.8) 14 (45.2)	19 (57.6) 14 (42.4)	20 (62.5) 12 (37.5)	56 (58.3) 40 (41.7)	‡ 0.822
VKİ (kg/m²) (median, 25.-75. persentil)	23.5 (21.3-24.4)[a]	23.6 (21.9-26.2)[a]	27.6 (24.5-29.0)[b]	24.2 (22.3-26.8)	‖ 0.228[a]-0.001[b]-0.001*
Sigara içme evet hayır	13 (41.9) 18 (58.1)	22 (66.7) 9 (27.3)	25 (78.1) 9 (21.9)	60 (62.5) 36 (37.5)	‡ 0.016 *
Hipertansiyon var yok	3 (9.7) 28 (90.3)	9 (27.2) 24 (72.8)	17 (53.1) 15 (46.9)	27 (28.1) 69 (71.9)	‡ <0.001 *
Diyabet var yok	5 (9.7) 28 (90.3)	5 (15.2) 28 (84.8)	15 (46.9) 17 (53.1)	25 (25.9) 73 (70.1)	‡ 0.001 *
Operasyon şekli açık radikal laparoskopik radikal açık parsiyel	11 (35.5) 9 (29) 11 (35.5)	11 (33.3) 12 (36.4) 10 (30.3)	11 (34.3) 14 (43.8) 7 (21.9)	33 (34.3) 35 (36.5) 28 (29.2)	‡ 0.486
Tümör tarafı sağ sol	14 (45.2) 17 (54.8)	17 (51.5) 16 (48.5)	15 (46.9) 17 (53.1)	46 (47.9) 50 (52.1)	‡ 0.87
Tümör lokalizasyonu üst pol orta pol alt pol hilus	9 (29) 8 (25.8) 12 (38.7) 2 (6.5)	7 (21.2) 8 (24.2) 14 (42.5) 4 (12.1)	10 (31.3) 6 (18.8) 7 (21.9) 9 (28)	26 (27) 22 (22.9) 33 (34.5) 15 (15.6)	‡ 0.209
Patolojik tümör boyutu(cm) (median, 25.-75. persentil)	4.4 (3.2-5.5)	4.6 (2.7-6)	4.5 (3-5.8)	4.4 (3.02-5.95)	‖ 0.98
Histolojik alt tip. (n,%) Şeffaf hücreli Papiller Kromofob Diğer	22 (71) 4 (12.9) 3 (9.7) 2 (6.4)	25 (75.8) 4 (12.1) 2 (6.1) 2 (6.1)	23 (71.9) 6 (18.8) 1 (3.1) 2 (6.2)	70 (72.9) 14 (14.5) 6 (6.3) 6 (6.3)	‡ 0.899
Fuhrmann derece (n,%) 1-2 3-4	18 (58) 13 (42)	22 (66.7) 11 (33.3)	22 (68.8) 10 (31.2)	62 (64.5) 34 (35.5)	‡ 0.644
Patolojik evre (n,%) T1b T2b T2a-T2b	13 (41.9) 16 (51.6) 2 (6.4)	15 (45.5) 13 (39.4) 5 (15.2)	17 (53.1) 11 (34.4) 4 (12.5)	45 (46.8) 40 (41.7) 11 (11.5)	‡ 0.004
TNM evresi (n,%) Evre 1 Evre 2	29 (93.5) 2 (6.5)	28 (84.8) 5 (15.2)	28 (87.5) 4 (12.5)	85 (88.5) 11 (11.5)	‡ 0.537
Nekroz varlığı (n,%) var yok	4 (12.9) 27 (87.1)	9 (27.3) 24 (72.7)	7 (21.9) 25 (78.1)	20 (20.8) 76 (79.2)	‡ 0.362
eGFR (median, 25.-75. persentil)	95.46 (78.98-108.36)[a]	81.96 (69.77-93.38)[b]	78.97 (72.44-89.01)[b]	83.25 (73.25-97.88)	‖ 0.007-0.003-0.637[a]
Takip süresi, ortalama (max-min) ay	59 (15-107)	57 (14-102)	50 (6-100)	57 (6-102)	‖ 0.571
Lokal nüks oranı (n,%)	1 (3.2)	1 (3.0)	7 (21.9)	9 (9.4)	‡ 0.013 *
Uzak metastaz oranı (n,%)	1 (3.2)	3 (9.1)	8 (25)	12 (12.5)	‡ 0.025 *
Kansere özgü sağkalım oranı (%)	96.8	90.9	78.1	88.5	‡ 0.059

a, b, c: İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren gruplar farklı harflerle gösterilmiştir.
Aynı harfle belirtilen gruplar arasında istatistiksel bir fark yoktur.
ab: Değer iki grupta istatistiksel olarak anlamlı fark taşımayan grup
† Anova ‡ Ki-kare ‖ Kruskal-Wallis * p <0.05 (Gruplar arasında anlamlı fark var)

Tablo 1: Hastaların demografik, patolojik, klinik verileri ve onkolojik sonuçları

Tablo 2

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli İndirgenmiş Model			
Lokal nüks gelişimi	HR	%95 GA Alt	Üst	p	HR	%95 GA Alt	Üst	p
VKİ	1.877	1.381	2.552	**<0.001**	1.779	1.161	2.725	**0.008**
Hipertansiyon	1.118	1.055	1.185	**<0.001**				
Total kolesterol	1.023	1.009	1.038	**0.001**				
HDL	0.878	0.774	0.995	**0.042**				
Fuhrman derece 3-4 olması	3.902	1.560	9.756	**0.004**	5.049	1.388	18.363	**0.014**
eGFR	0.942	0.891	0.995	**0.033**	0.932	0.866	1.003	**0.044**
Framingham risk skoru	1.192	1.092	1.301	**<0.001**	1.192	1.092	1.235	**<0.001**

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli İndirgenmiş Model			
Uzak metastaz gelişimi	HR	%95 GA Alt	Üst	p	HR	%95 GA Alt	Üst	p
VKİ	1.755	1.364	2.258	**<0.001**	1.755	1.364	2.258	**<0.001**
Hipertansiyon	1.067	1.020	1.117	**0.005**				
Total kolesterol	1.023	1.010	1.035	**<0.001**				
eGFR	0.932	0.885	0.981	**0.007**	0.947	0.899	0.998	**0.043**
Framingham risk skoru	1.125	1.066	1.187	**<0.001**	1.074	0.998	1.156	**0.042**

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli İndirgenmiş Model			
Kansere özgü sağkalım	HR	%95 GA Alt	Üst	p	HR	%95 GA Alt	Üst	p
VKİ	2.161	1.563	2.989	**<0.001**	2.161	1.563	2.898	**<0.001**
Hipertansiyon	1.076	1.029	1.125	**0.001**				
Diabet varlığı	3.716	1.055	13.093	**0.041**				
Total kolesterol	1.019	1.006	1.033	**0.004**				
Fuhrmann derece 3-4 olması	2.788	1.209	6.429	**0.016**				
eGFR	0.930	0.879	0.984	**0.012**	0.905	0.816	1.003	**0.042**
Framingham risk skoru	1.139	1.076	1.205	**<0.001**	1.087	1.020	1.159	**0.011**

Cox regresyon modeli

Lokal nüks gelişimi, uzak metastaz gelişimi ve kansere özgü sağ kalımı öngören faktörler

SS-080

Tek Merkezin Transperitoneal Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi Sonuçları: 10 Yıllık Deneyim

Selçuk Şahin[1], Abdülmütalip Şimşek[1], Feyzi Arda Atar[1], Osman Özdemir[1], Mithat Ekşi1, Yunus Çolakoğlu1, Yusuf Arıkan1, Emre Şam1, Deniz Noyan Özlü1, Joshgun Huseynov1, Volkan Tuğcu2, Ali İhsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ağustos 2009 ve Ocak 2019 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle 1483 hastaya yapılan robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) operasyonlarının onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastalar retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar dört kol Da-Vinci robotik cerrahi yaklaşım ile opere edildi. Perioperatif hasta karakteristikleri ve postoperatif onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar bildirildi. Fonksiyonel sonuçlar, kontinans ve erektil fonksiyon anketler kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 62.8 ± 6.7 olarak izlendi. D'Amico risk sınıflamasına göre düşük, orta ve yüksek riskli hasta oranları sırasıyla %54.8, %30.4 ve %14.7 olarak saptandı. Ortalama operasyon süresi 151.7±40.1 dakika ve ortalama kan kaybı 91.1±36.5 cc idi. 493 (%33,2) hastada lenf nodu direksiyonu yapıldı. Sinir koruyucu prosedür 611 (% 41,2) olguda tek taraflı, 357 (% 24,07) olguda bilateral yapılırken 515 hastada sinir koyucu prosedür yapılmadı. Ortalama dren kalma süresi 2.6 ± 1.2 gün ve hastanede kalış süresi 3.7 ± 2.0 gündü. Kateter post operatif 9,5 ± 1.4 günde çekildi. Komplikasyon oranı %9,4 olarak saptandı ve bunların %91'i Clavien grade 1 ve 2 komplikasyon idi. Cerrahi sınır 198 (% 13,3) hastada pozitif bulundu. 63 (%4.2) hastada biyokimyasal rekürrens saptandı. 12 aylık takipte kontinans oranları 3, 6 ve 12. aylarda sırasıyla % 55.7, % 75.1 ve % 93.3 ve daha önce potent hastalarda potens oranları %51.1, %62.6 ve % 73.1 olarak saptandı.

SONUÇ: RARP, lokalize prostat kanseri tedavisinde, hem onkolojik hem de fonksiyonel sonuçlarıyla güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir. Ancak bu sonuçları destekleyen yeni prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: robotik radikal prostatektomi, prostat kanseri, radikal prostatektomi

SS-081

Laparoskopik Donör Nefrektomi Deneyimlerimiz

Selçuk Şahin[1], İsmail Evren[1], Osman Özdemir[1], Yusuf Arıkan[1], Mithat Ekşi[1], Yunus Çolakoğlu[1], Joshgun Huseynov[1], Fatih Akkaş[1], Deniz Noyan Özlü[1], Emre Şam[1], Volkan Tuğcu[2], Ali İhsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Kliniğimizde yapılan laparoskopik donör nefrektomi (LDN) deneyimlerimizin, karşılaşılan komplikasyonların ve komplikasyon yönetiminin sunulması.

METOD: Ocak 2011-Ocak 2019 yılları arasında kliniğimizde yapılan 199 transperitoneal laparoskopik donör nefrektomi vakası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, operatif ve postoperatif veriler ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: 108'i kadın, 91'i erkek olan hastaların yaşları 21-67 arasında değişmekteydi. 184 hastada sol LDN, 15 hastada sağ LDN operasyonu uygulandı. Tüm ameliyatlar iki cerrah tarafından gerçekleştirildi. 15 hastada çift, 5 hastada 3 adet renal arter, 3 hastada çift üreter saptandı. Ortalama operasyon süresi 96 ± 11.3 (60-115) dakika, ortalama sıcak iskemi süresi 92±7.7(minimum- maksimum: 83-99) saniye, ortalama hastanede kalış süresi 2.2±0.72 gün olarak saptandı. Postoperatif 4 hastada atelektaziye bağlı 38.1 derece ateş izlendi. 3 vakada postoperatif paralitik ileus saptandı. Kontrol muayenelerde 2 vakada insizyonel herni gözlendi. Bir hastada postoperatif dönemde şilöz asit gelişti, somatostatin ve total parenteral nutrisyon ile konservatif olarak tedavi edildi.

SONUÇ: Laparoskopik donör nefrektomi ile kısa hastanede kalma süresi, daha az analjezik kullanılması, daha iyi kozmetik sonuçlar gözlenebilmektedir. Karşılaştırmalı çalışmalar ile yöntemin farkları ortaya konulabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Donör Nefrektomi, Laparoskopik, Transplantasyon

SS-082

Böbrek Taşı Nedeniyle Taşın En Uzun Aksı Ölçü Alınarak RİRC ve SWL Yapılan Hasta Gruplarında Taş Hacimlerinin ve Taş Boyutlarının Karşılaştırılması

Fatih Akkaş, Joshgun Huseynov, Mustafa Soytaş, Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Gürkan Yenice, Feyzi Arda Atar, Abdülmüttalip Şimşek, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: 2 cm'den böbrek taşlarında teknolojik gelişmelerle PNL'in komplikasyonlarından dolayı tercih RİRC olmaktadır. RİRC ile postoperatif taşsızlık daha yüksek olduğundan > 2 cm böbrek taşlarında SWL'ye tercih edilmektedir.Bu çalışmada en uzun aksı > 2 cm olan, RİRC yapılanlarla en uzun aksı 2 cm'den küçük,SWL yapılan hastalarımızın taş volümlerini ve boyutlarını karşılaştırmayı amaçladık.

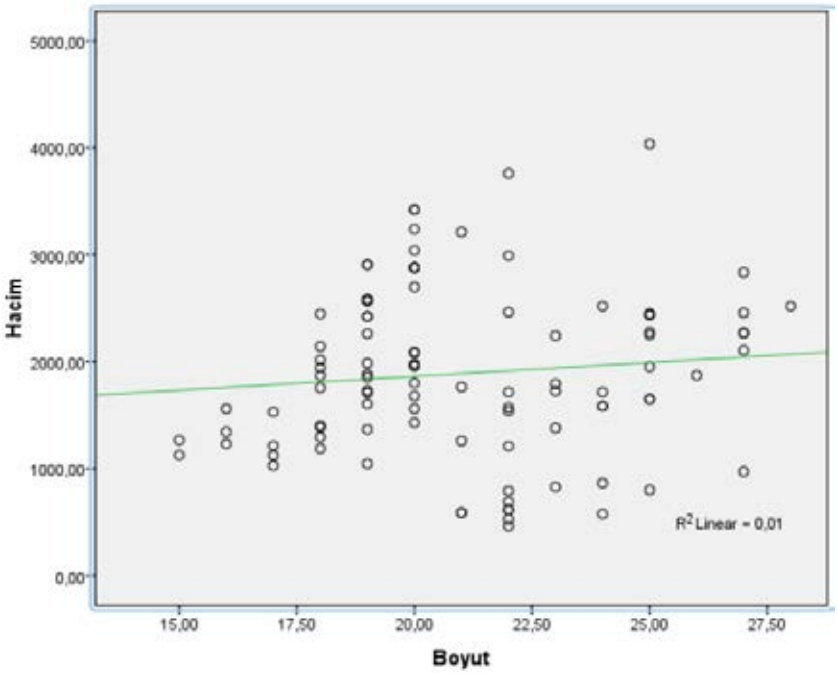
METHOD: En uzun aksı 2 cm'den büyük, RİRC yapılan 50 hasta ile en uzun aksı 2 cm'den küçük,SWL yapılan hastalarımızın verileri karşılaştırıldı.İki grubun taş hacimleri taşın uzunluk(mm), genişlik(mm) ve yüksekliğinin (mm) çarpılarak 2'ye bölünmesi ile hesaplandı.İki grubun taş hacimlerinin ve uzunluklarının ortalaması student t testiyle karşılaştırıldı. Taşın en uzun aksı ve taş volümleri pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ameliyat, en büyük residüel fragman 4 mm'nin altında olduğunda başarılı kabul edildi.

BULGULAR: Gruplar arasında demografik veriler açısından farklılık saptanmamıştır (tablo 1)RIRC grubunda bir ay sonra yapılan BT ile saptanan taşsızlık oranı, 3 seans SWL yapılan hasta grubundan daha yüksekti (sırasıyla %80, %74 p= 0.476). Grupların taş hacimleri karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık saptanmadı fakat taş boyutu RİRC grubunda anlamlı olarak yüksek saptandı(tablo 2)Taşın en uzun aksı ile taş hacmi arasında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır(Pearson katsayısı=0,102,P=0,315)(Şekil 1)

SONUÇ: Böbrek taşlarının tedavisinde PNL, RİRC ve SWL öne çıkan tedavilerdir. Taşın en büyük boyutu baz alınarak PNL, RİRC veya SWL'ye hastalar yönlendirilmektedir. Böbrek taşları şekil itibariyle sferik yapıda olduğundan sadece taşın en uzun boyutu dikkate alınarak cerrahi şekline karar verilmemelidir. En büyük boyut baz alınarak yapılan RİRC veya PNL prosedürleri uygulanan hastalarda SWL'nin de alternatif bir tedavi metodu olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: RİRC, SWL, Taş hacmi, taş boyutu

Şekil 1



Taşın en uzun aksı ile taş hacminin pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırılması

Tablo 1

		RİRC(N=50)	SWL(N=50)	p değeri
Yaş	Min-Mak (Medyan)	19-65 (34)	19-61 (35)	a0.645
	Ort±Ss	35.30±11.87	37.90±10.21	
Cinsiyet; n (%)	Erkek	25 (44.6)	31(55.4)	b0.314
	Kadın	25 (56.8)	19 (43.2)	
VKİ	Min-Mak (Medyan)	21.8-27.1 (24.41)	18.7-27.1 (24.46)	a0.479
	Ort±Ss	24.41±1.12	24.23±1.48	

Gruplara göre demografik özelliklerin değerlendirilmesi aStudent-t Test bYates' Continuity Correction Test

Tablo 2

		RİRC(N=50)	SWL(N=50)	p değeri
Taş Volümü(mm3)	Ort±Ss	892±433	997±333	a0.092
Taş Boyutu	Ort±Ss	23.5±2.16	18.6 ±1.38	a<0.001

Her iki grubun taş volümleri ve taş uzunlukları aStudent-t Test

SS-083

Laparoskopik Adenomektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi

Kadir Ömür Günseren

Uludağ Üniversitesi, Üroloji, Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Laparoskopik Adenomektomi deneyimimizin paylaşılması

GEREÇ-YÖNTEM: Mart 2008 – Aralık 2018 tarihleri arasında laparoskopik transvezikal adenomektomi uygulanan 66 hasta değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşları 71, ortalama prostat volümü:142cc (78-235cc), ortalama operasyon süresi: 117dk (75-330dk) ortalama kanama miktarı: 148ml (75-1000ml), ortalama dren çekilme zamanı postop 2,1.gün ve ortalama üretral kateter çekilme zamanı postop 6,4.gün olarak belirlendi. Ortalama 19 olan preop IPSS skorlarının postop 3. ayda 8 olduğu belirlendi. Ortalama 21 olan IIEF skorlarının postop 3.ayda 17,3 olduğu belirlendi. Ortalama 6,8 olan preop Qmax değerinin postop 3. Ayda 23,2 olduğu belirlendi. Sadece 2 hastada intraoperatif kan transfüzyonu uygulandı. 2 hastada patoloji leiomyoma olarak raporlandı, 64 hastada BPH olarak raporlandı.

SONUÇ: Laparoskopik adenomektomi, BPH cerrahi tedavisinde güvenilir ve minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik radikal prostatektomi, kontinans, potens

SS-084

Laparoskopik Radikal Sistektomi: 12 Yıllık Deneyimimiz

Kadir Ömür Günseren, Mehmet Çağatay Çiçek, Orhan Jafarov, Hakan Vuruşkan, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilimdalı, Bursa

AMAÇ: Kliniğimizde uygulanan laparoskopik radikal sistektomi (LRS) deneyimlerimizin sunulması

GEREÇ-YÖNTEM: Mayıs 2006-Ocak 2019 tarihleri arasında LRS, lenfadenektomi ve üriner diversiyon uygulanan 196 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 181'i erkek, 15' i kadındı. Hastaların ortalama yaşı ise 63,7 (41–90) idi Ortalama toplam ameliyat süresi 353,4 (210–540) dakika olup laparoskopik sistektomi ve lenfadenektomi ise 213,2 (90–310) dakika sürmüştür. Sekiz hastada aynı seansta unilateral laparoskopik nefroüreterektomi bir hastada bilateral laparoskopik nefroüreterektomi uygulanmıştır. 170 hastada ileal loop, 26 hastada ortotopik diversiyon uygulanmıştır. Ortalama kan kaybı 152,3 (50–1200) ml olup 12 hastaya operasyon sırasında kan transfüzyonuna gereksinim duyulmuştur. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ise ortalama 11,4 (7–42) gündür. İntraoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiş ve açık cerrahiye geçiş gerekmemiştir. Postoperatif erken dönemde ise 21 hastada yüzeyel yara enfeksiyonu, 5 hastada eviserasyon, 2 hastada enterokutanöz fistül, 1 hastada sepsis, 12 hastada ise uzamış ileus geliştiği görülmüştür. Patolojik değerlendirmede 156 hastada organa sınırlı (evre pT0/pT1/pT2/pT3a) ve 40 hastada ekstravezikal tümör (evrepT3b/pT4) olduğu görülmüştür. Lenf nodu pozitifliğinin 196 hastanın 52'sinde bulunduğu saptanmıştır. 34 hastada lenf nodu pozitifliği, üç hastada histopatolojik olarak yassı hücreli kanser ve bir hastada nöroendokrin karsinom saptanması nedeniyle adjuvan kemoterapi uygulanmıştır.

SONUÇ: LRS, Robot yardımlı laparoskopik sistektomiye alternatif, kostefektif minimal invazif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, mesane tümörü, sistektomi

SS-085

2cm'den Küçük ve Büyük Böbrek Taşlarının Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi

Kadir Ömür Günseren, Mehmet Çağatay Çiçek, Sezgin Yeni, Onur Kaygısız, Hakan Kılıçarslan

Uludağ Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

AMAÇ: 2cm'den küçük ve büyük böbrek taşlarının tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sonuçlarımızın karşılaştırılması

GEREÇ-YÖNTEM: 2009-2018 tarihleri arasında soliter böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan 756 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. 2cm'den küçük böbrek taşı olan hastaların (grup 1) ve 2cm'den büyük böbrek taşı olan hastaların (grup2) peroperatif ve postoperatif sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup1'deki hastaların ortalama yaşları 48 (1-86) iken Grup2'de 55 (2-82) bulundu (p:0,000). Grup1'de ortalama taş boyutu 12mm (2-18) iken Grup2'de 25mm (20-45) bulundu. Operasyon süreleri her iki grup için sırasıyla 50±30dk ve 60±36dk idi (p:0,000). Her iki grupta cinsiyet, BMİ ve akses kılıf kullanım oranları benzerdi. İlk seansta taşsızlık Grup1'de %86 ve Grup2'de %73 (p:0,000) iken 3. Aydaki taşsızlık oranları her iki grupta benzerdi (Grup1'de %92 ve Grup2'de %89, p:0,102). Saf renal pelvis taşlarında ilk seansta taşsızlık oranları Grup1'de %97 ve Grup2'de %85 (p:0,007) iken 3. ayda saf renal pelvis taşlarındaki taşsızlık oranları her iki grupta benzerdi (Grup1'de %97 ve Grup2'de %95, p:0,0557). Saf alt pol taşlarında ilk seanstaki taşsızlık oranları Grup1'de %82 ve Grup2'de %70 iken 3. ayda saf alt pol taşlarındaki taşsızlık oranları benzer bulundu (Grup1'de %89 ve Grup2'de %87, p:0,717)

SONUÇ: 2cm'den büyük böbrek taşlarının tedavisinde RIRS, ek tedaviler ile birlikte uygulandığında etkili minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, lazer litotripsi, retrograd intrarenal cerrahi

SS-086

6 cm ve Üzeri Kitleler İçin Laparoskopik Adrenalektomi

Mehmet Çağatay Çiçek, Kadir Ömür Günseren, Levent Turan, Hakan Vuruşkan, İsmet Yavaşcaoğlu

Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: ≥6 cm kitleler için uygulanan Laparoskopik adrenalektomi (LA) deneyimimizi paylaşmak.

GEREÇ-YÖNTEM: 2008- 2018 tarihleri arasında sürrenal adenom veya sürrenale metastaz tanıları ile transperitoneal LA uygulanan toplam 44 hastanın (2 hastaya bilateral ≥6 cm kitle nedeniyle bilateral LA) verileri retrospektif olarak incelendi. Perioperatif veriler, postoperatif takip verileri, hastanede kalış süresi, patolojik raporları değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama yaşı 48 (27-72) olan hastaların 20' si kadın ve 24 tanesi erkekti. Adrenal kitlelerin kesitsel görüntülemelerdeki ortalama boyutu 75,5 (60-130) mm idi. Ortalama operasyon süresi 113,7 (45-180) dakika, ortalama kan kaybı 78 (25-500) ml idi. Bir hastada adrenal ven yaralanmasına bağlı perop kanama meydana geldi. Postoperatif dönemde 2 hastada solunum sıkıntısı, 1 hastada intrakranyal kanama meydana geldi. Ortalama hastanede kalış süresi 3,2 (1-26) gün idi. Hiçbir hastada açık cerrahiye geçiş gerekmedi. On dört hastada patoloji feokromasitoma, 1 hastada malign feokromasitoma, 4 hastada metastatik tümöral infiltrasyon, 1 hastada adrenokortikal karsinom, 1 hastada TBC olarak, 25 adrenal dokusu ise benign patolojiler olarak raporlandı. Ortalama 96 (3-240) aylık takip süresinde hiçbir hastada sürrenal lojda nüks izlenmedi.

SONUÇ: LA ≥ 6m sürrenal kitlelerin cerrahi tedavisinde uygulanabilecek olan minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kitle, Adrenalektomi, Laparoskopi

SS-087

Fluoroscopy Free Retrograde Intrarenal Surgery:The Report of 128 Cases

Kerem Taken, Recep Eryılmaz, Rahmi Aslan, Mehmet Arif Duran

Department of Urology, Van Yüzüncü Yil University, Van, Turkey

OBJECTIVE: We aimed to evaluate the outcomes of 128 cases in whom we performed fluoroscopy free retrograde intrarenal surgery.

MATERIAL METHODS: Two hydrophilic guide wires were left into renal pelvis under direct vision using ureteroscopy. When we could not enter ureter with 9.5 Fr URS, ureter was entered first with 7.5 Fr URS. This procedure was performed to dilate the ureter. Then, by viewing the orifice with URS, an access sheath was advanced over the one guidewire up to the proximal ureter without flouroscopy. When access sheath placement can not be achieved, a double J stent was inserted into renal pelvis, and left there. After 3 weeks, the procedure was repeated. The stones were fragmented using holmium YAG: laser (5–10 Hz, 1.0–1.5 J) till they could pass spontaneously. Basket catheter was not used in any patient. Fluoroscopy was not used routinely in cases.

RESULTS: The study included 88 (68.75%) male and 40 (31.25%) female patients with a mean age of 45.8±14 (range 18-81) years. Mean stone size was 15.6±5 (7-29) mm. Median operative time was 69 (35-115) minutes. Thirty-six (28.1%) patients had DJ stent, preoperatively. Stone-free rate was achieved in 88 (68,75%) patients while CIRF was achieved in 20 (15.6%) and re¬sidual stones were detected in 15 (11.7%) patients. Only in one patient we needed to use florouscopy. Nine patients (7%) had minor complications, including hematuria and fever (Modified Clavien System-Grade 1). No major complications were observed.

CONCLUSION: This technique reduces radiation exposure in patients and surgeons.

Keywords: Fluoroscopy; Free, Retrograde Intrarenal Surgery,Renal stone

SS-088

Böbrek Taşlarının Tedavisinde Mikro ve Mini Perkütan Nefrolitotomi Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Mahmud Zahid Ünlü[1], Mehmet Giray Sönmez[2], Ahmet Öztürk[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde uygulanan minimal invaziv yöntemlerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada böbrek taşı tedavisi için mini ve mikro perkütan nefrolitotomi (PNL) yöntemleri uygulanan hastaların bulgu ve sonuçları açısından farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ekim 2009-Mayıs 2014 tarihleri arasında tek merkezde, unilateral ve <15 mm böbrek taşı sebebiyle mikro PNL ve mini PNL yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar; yaş, cinsiyet, taş boyutu ve yerleşim yeri, operasyon süresi, skopi süresi, hastanede yatış süresi, taşsızlık ve komplikasyon oranları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Dahil edilme kriterlerine uyan 34 hasta (18 mikro PNL vs 16 mini PNL) bulundu. İki grup arasında preoperatif parametrelerden cinsiyet, taş boyutu, taş yerleşim yeri arasında anlamlı fark saptanmadı (tümü için $p>0.05$). Buna karşılık, preoperatif Hb değeri ve preoperatif kreatinin değerlerinin mikro PNL grubunda istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$,$p=0.001$,sırasıyla). Mini PNL grubunun yaş ortalaması diğer gruptan anlamlı oranda düşük bulundu ($p<0.001$).(Tablo 1) İki grup arasında operasyon süresi, hastanede yatış süresi, taşsızlık ve komplikasyon oranları açısından anlamlı fark saptanmadı ancak mini PNL grubunda skopi süresi anlamlı olarak yüksek, postoperatif Hb ve kreatinin değerlerinin anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p=0.004$,$p=0.003$,$p<0.001$, sırasıyla).(Tablo 2)

SONUÇ: Çalışmamızda mikro PNL grubunda hastanede yatış süresi, skopi süresi daha az ve komplikasyon oranları daha düşük iken; mini PNL grubunda postoperatif başarı oranı yüksek bulunsa da, skopi süresi dışında bu farklar istatiksel olarak anlamlı değildi. Cerrahi yöntem seçilirken bu faktörlerin göz önünde bulundurulması hastaların bilgilendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak, bu konuda geniş hasta gruplarında yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: böbrek taşı, mikro PNL, mini PNL, minimal invaziv cerrahi

Tablo 1

	mikro PNL n=18	mini PNL n=16	P
Yaş (yıl)	33.6±22	4.93±2.11	<0.001
Cinsiyet (E/K)	10/8	7/9	0.49
Taş boyutu (mm)	9.6±2.7	10.9±3	0.21
Taş Yerleşim Yeri (n) pelvis altkaliks ortakaliks	 8 9 1	 11 3 2	0.15
Preoperatif Hemoglobin	13.7±1.6	11.6±1.59	<0.001
Preoperatif Kreatinin	0.67±0.17	0.35±0.09	0.001

Mini PNL ve mikro PNL gruplarına ait preoperatif parametreler

Tablo 2

	mikro-PNL n=18	mini-PNL n=16	P
Operasyon Süresi (dk)	54.7±19.6	55±25.4	0.97
Skopi Süresi (sn)	153.4±82	268.4 ±128	0.004
Hastane de Yatış Süresi (gün)	4.3±2.5	6.1±4.3	0.15
Komplikasyon (%) Clavien I-II	%16.6	%25	0.75
Komplikasyon (%) ClavienIII-IV	0	0	
Taşsızlık (%)	%88.8	%100	0.16
Postoperatif Hemoglobin	12.8	10.9	0.003
Postoperatif Kreatinin	0.72±0.22	0.42±0.07	<0.001

Mini PNL ve mikro PNL gruplarına ait peroperatif ve postoperatif parametreler

SS-089

Robot Yardımlı ve Saf Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sonrasında Glomerüler Filtrasyon Hızındaki Değişikliği Etkileyen Faktörler

Mahmut Ekrem İslamoğlu

S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Renal kitlelerde minimal invaziv yaklaşımlar olan robot yardımlı ve saf laparoskopik parsiyel nefrektomi (PN) sonrasında gelişen glomerüler filtrasyon hızındaki (GFH) değişikliği etkileyen faktörleri araştırmak.

YÖNTEM: Kliniğimizde Nisan 2014-Eylül 2018 tarihleri arasında, iki cerrah tarafından robot yardımlı PN uygulanan 64 hasta ve saf laparoskopik PN uygulanan 49 hastanın prospektif olarak kaydedilmiş verileri incelendi. Toplam 113 hastanın tüm preoperatif ve postoperatif 1.aydaki serum kreatinin değerleri tahmini GFH hesaplanması için kullanıldı. Tahmini GFH 'Modification of Diet in Renal Disease' (MDRD) formülü kullanılarak hesaplandı. Hastaların demografik ve klinik bilgileri ile perioperatif parametreleri (ameliyat ve iskemi süreleri, kan kaybı) kaydedildi ve GFH değişimini etkileyen faktörler incelendi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 56.8 yıldı ve 86 erkek ile 27 kadın hasta opere edildi. Ortalama tümör boyutu 3.9 cm ve trokarlar girildikten sonra hesaplanan ortalama ameliyat süresi 156 dakikaydı. Ortalama sıcak iskemi süresi 27.5 dakika ve ortalama perioperatif kan kaybı 150 ml olarak ölçüldü. Hastaların ortalama preoperatif GFH'ı 87.8 ml/dk/m2 iken, postoperatif ortalama GFH'ı 79.4 ml/dk/m2 hesaplandı ve GFH'daki ortalama değişim % 9.5 olarak bulundu. Yapılan çoklu değişkenli analizde yaş, tümör boyutu ve sıcak iskemi süresinin GFH'ını etkileyen bağımsız parametreler olduğu bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ: Parsiyel nefrektomi sonrası azalan GFH'ında etkisi olan, değiştirilebilir en önemli parametre sıcak iskemi süresidir. Bu sebeple, robot yardımlı ve saf laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyatlarında sıcak iskemi süresini azaltmak amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: böbrek tümörü, glomerüler filtrasyon hızı, parsiyel nefrektomi

SS-090

Serum Ürik Asit Değerleri İle Prostatik Kalküli Varlığı Arasında İlişki Var Mı?

Mehmet Balasar[1], Mehmet Giray Sönmez[1], Arif Aydın[1], Yunus Emre Göger[1], Mehmet Serkan Özkent[1], Necdet Poyraz[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Konya, Türkiye
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı Konya, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmada serum ürik asit değerleri ile prostat taşı varlığı arasındaki arasındaki ilişkiyi incelemeyi ve prostat taşı varlığının diğer etyolojik faktörlerle ilişkisini değerlendirmeyi planlandık.

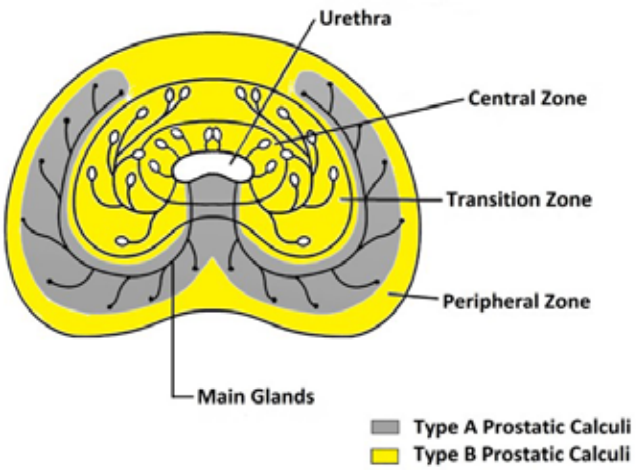
Gereç ve YÖNTEMLER: 20-60 yaş arasında herhangi bir sebep ile başvuran ve prostat taşı taraması amacıyla non-kontrast abdominal tomografi (NCACT) çekilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar Serum Ürik asit düzeyine göre ≥7 mg/dL (Grup 1) ve <7 (Grup 2) mg/dL olmak üzere iki gruba ayrılırken, NCACT'de Prostat taşı varlığı (PCal+) ve yokluğuna (PCal-) göre de iki gruba ayrıldı Hastaların Serum ürik asit, kalsiyum, fosfor, sodium, Prostat spesifik antijen(PSA) düzeyleri ve idrar analizi sonuçları değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

BULGULAR: Bu çalışmada 169 hastanın 38'inde (22%) prostat taşı tespit edildi Prostat taşı varlığının Grup 1'de(Ürik asit ≥7 mg/dL) anlamlı yüksek olduğu tespit edildi (p=0.015). Hem Grup 1 hemde Grup 2 de Tip A lokalizasyon prostat taşı fazla izlenirken, iki grup arasında Tip A ve Tip B lokalizasyonlarının varlığı arasında anlamlı fark izlenmedi. Prostat taşı varlığına göre PCal+ mevcut olan hastalarda ürik asit düzeyinin anlamlı yüksek olduğu (p=0.01) tespit edildi. Gruplar arasında ürik asit dışında ki biyokimyasal parametreler ve idrar ilişkili parametreler de anlamlı fark saptanmadı.

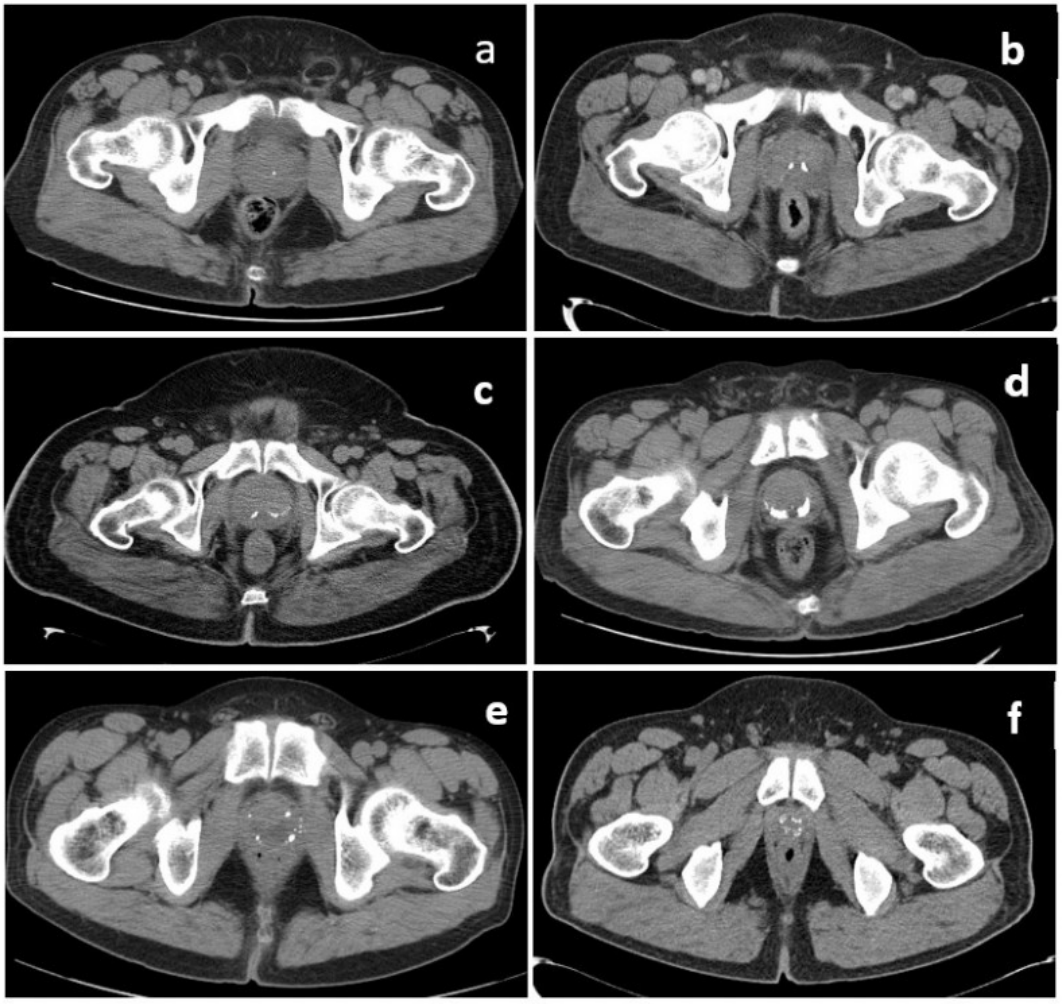
SONUÇ: Bu çalışmada ürik asit değeri yüksekliği ile prostatic kalkuli varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca daha önce taş oluşumunda etkin rol oynadığı gösterilmiş olan serum kalsiyum, fosfor, PSA seviyeleri, urine PH ve WBC değerleri ile PCal varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: prostat taşı, ürik asit, idrar PH, kalsiyum

Figur 1: Prostat taşı sınıflandırılması



Figur 2: Prostat taşı sınıflandırılması bilgisayarlı tomografi görüntüleri



a-d:tip A e-f:tip B prostat taşı

Tablo I. Serum Ürik Asid Seviyesi ≥7 ve < 7mg/dL olan hastalara ait detaylar

	Grup 1 (n=82)	Grup 2 (n=87	p
Yaş (mean±std)	39.3±9.9	44.4±9.6	0.35
Prostatik Taş (+) (n)	25	13	0.015
Tip A, n(%)	21 (25.6%)	10 (11.4%)	0.052
Tip B, n(%)	4 (4.8%)	3 (3.4%)	0.7
Biyokimyasal parametreler			
Urik asid (mg/dL)	8.83±1.65	4.95±0.9	0.002
Kalsiyum (mg/dL)	9.11±0.69	9.04±0.67	0.51
Fosfor (mg/dL)	3.69±1.1	3.43±0.6	0.25
Sodyum (mmol/L)	139.3±3.3	138.9±2.9	0.76
PSA (ng/dL)	1.39	0.93	0.26
İdrar ile ilişkili Parametreler			
İdrar PH	5.77	5.93	0.49
İdrar WBC/hpf	3.56±1.01	2.96±0.4	0.12

Tablo II. Prostat taşı varlığı ve yokluğu ile ilişkili datalar

	PCal+ (n=38)	PCal-(n=131)	p
Yaş (mean±std)	43.7±10.1	41.4±10	0.84
Biyokimyasal parametreler			
Urik asid (mg/dL)	7.44±1.57	6.66±2.53	0.01
Kalsiyum (mg/dL)	9.08±0.6	9.07±0.8	0.57
Fosfor (mg/dL)	3.71±1.1	3.34±0.6	0.13
Sodyum (mmol/L)	140±2.6	139±3.2	0.55
PSA (ng/dL)	1.41±1.5	1.14± 1.1	0.49
İdrar ile ilişkili Parametreler			
İdrar PH	5.8±0.5	5.97±0.7	0.34
İdrar WBC/hpf	3.75±1.01	2.92±0.4	0.09

SS-091

Transüretral Mesane Tümörü Rezeksiyonunda Patoloji Spesmeninde Kas Dokusu Örneklenmesine Etki Eden Faktörler

Erhan Demirelli, Ercan Öğreden, Mefail Aksu, Ural Oğuz

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Giresun

AMAÇ: Obturator sinirin mesane boynuna, inferolateral mesane duvarına ve prostatik üretraya yakınlığından ötürü özellikle yan duvar tümörlerinde transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-MT) esnasında obturator sinir uyarılarak obturator refleks gelişebilir ve mesane perforasyonu gibi komplikasyonların gelişme riskini arttırır. bu sebeple yan duvar tümörlerinin rezeksiyonu esnasında daha çekingen davranılabilir. Biz de bu çalışmamızda mesane tümörü rezeksiyonunda patoloji spesmeninde kas dokusu örneklenmesine etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: 1 Ocak 2017 ve 1 Temmuz 2018 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle TUR-MT yapılan ve ameliyat notunda tümörün lokalizasyonunun işaretlendiği 59 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Patoloji spesmeninde muskularis propria dokusu izlenmeyen hastalar grup 1, izlenenler grup 2 olarak isimlendirildi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, tümör sayısı, çapı ve lokalizasyonu açısından fark olup olmadığı incelendi.

BULGULAR: Grup 1' de 26, grup 2' de 33 hasta vardı. Yaş ortalamaları grup 1 ve grup 2' de sırasıyla 69.5 ve 68.7 olarak hesaplandı.(p=0.755) Kadın/erkek oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. Kadın/erkek oranları grup 1' de 3/23, grup 2 de ise 2/31 olarak hesaplandı.(p=0,646) Tümörlerin lokalizasyonuna baktığımızda grup 1 de tümörlerin %11.5'i kubbede, %11.5'i karşı duvarda ve %77' si yan duvarlarda; grup 2' de ise %6.1'i kubbede, %27.2' si karşı duvarda ve %66.7' si de yan duvarlarda izlendi. Grup 1 ve grup 2 arasında tümör lokalizasyonu açısından anlamlı fark saptanmadı. (p>0.05) Ortalama tümör sayısının ve tümör boyutlarının her iki grupta da istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı.(p>0,05)

SONUÇ: Hastaların patoloji spesmenlerinde kas dokusu örneklenmesinin yaş, cinsiyet, tümör sayısı, boyutu ve lokalizasyonu gibi değişkenlerin katkısının istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı. (Tablo 1)

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, TUR-MT, Lokalizasyon, Muskularis propsia, Obturator refleks.

Tablo 1

	Patolojide kas dokusu izlenen (N = 26)	Patolojide kas dokusu izlenmeyen (N = 33)	p
Yaş (yıl)	69,5 ± 10,2	68,7 ± 9,2	= 0,755
Cinsiyet (kadın/erkek)	3/23	2/31	= 0,646
Tümör Boyutu < 3mm (N, %) ≥ 3mm (N, %)	 7 (%26,9) 19 (%73,1)	 7 (%21,1) 26 (%78,8)	= 0,760
Tümör sayısı	1 (1-4)	1 (1-6)	= 0,469
Mesane lokalizasyonu Kubbe (N, %) Yan (N, %) Karşı (N, %)	 3 (% 11,5) 20 (% 76,9) 3 (% 11,5)	 2 (% 6,1) 22 (% 66,7) 9 (% 27,3)	= 0,287

* p değeri Fisher's Exact Test ile elde edildi

Patoloji örneğinde kas dokusu olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

SS-092

Üreter Taş Tedavisinde Erken Üreteroskopinin Komplikasyon ve Başarı Üzerine Etkisi

Ercan Ogreden, Erhan Demirelli, Mefail Aksu, Doğan Sabri Tok, Ural Oğuz

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Giresun

AMAÇ: Analjeziklere yanıt vermeyen renal kolikli üreter taşlarında, erken üreteroskopi ile elektif üreteroskopi (URS)'nin başarı ve komplikasyon açısından karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 2010-2019 yılları arasında, üreter taşı tanısı konulan ve URS yapılan, datalarına tam ulaşılan 690 hasta çalışmaya dahil edildi. Üreter taşı tanısı konduktan sonra, idrar mikroskopisinde enfeksiyonu olmayan, serum beyaz küre sayımı ve CRP değerleri normal olan, ilk 12 saat içerisinde URS (erken URS) yapılan 247 hasta grup I, elektif URS yapılan 443 hasta grup II olarak sınıflandırıldı. Her iki grup; yaş, cinsiyet, kreatinin, eGFR, taş boyutu, taş lokalizasyonu ve taraf, taş sayısı, litotriptör tipi, hidronefroz varlığı, taşsızlık oranları ve komplikasyon oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, eGFR, taraf, hidronefroz varlığı, ateş, mukozal hasar, taş migrasyonu, perfore üreter, üreter avülsiyonu ve sepsis varlığı açısından istatistiksel fark yoktu (P>0,05). Her iki grupta da erkek hakimiyeti vardı (p<0.05). Grup I de kreatinin değerleri anlamlı düşük izlendi (p<0.05). Yine taş boyutu grup I de anlamlı derecede düşük idi (p<0.05). Orta ve proksimal yerleşimli taş sayısı grup II de fazla izlendi (p<0.05). Multipl taş grup II de daha fazla idi (p<0.05). Litotriptör tipi grup I de pnomotik, grup II de lazer kullanımı daha fazla idi (p<0.05). Taşsızlık oranları grup I de daha yüksek bulundu (1. ay %98 vs. %90) (p<0.05). Postoperatif hematüri ve enfeksiyon, grup II de daha yüksek idi (p<0.05) (Tablo-1).

SONUÇ: Seçilmiş olgularda erken üreteroskopi, tedaviye dirençli ağrısı olan üreter taşlarının tedavisinde etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Üreter taşı, erken üreteroskopi, komplikasyon

Tablo 1: Grupların klinik verileri

	Grup I (n= 247)	Grup II (n= 443)	p
Taş boyutu/mm	8,3 ± 4,0	10,0 ± 5,1	< 0,0001
Lokalizasyon Alt, n (%) Orta, n (%) Üst, n (%)	 212 (%85,8) 29 (%11,7) 6 (%2,4)	 201 (%45,4) 103 (%13,3) 139 (%31,4)	< 0,0001
Taraf Sağ, n (%) Sol, n (%) Bilateral, n (%)	 130 (%52,6) 116 (%47,0) 1 (%0,4)	 236 (%53,4) 206 (%46,6) 0 (%0)	= 0,4043
Taş sayısı Tek, n (%) Multiple, n (%)	 220 (%89,1) 27 (%10,9)	 129 (%29,1) 314 (%70,9)	< 0,0001
Litotriptör tipi Lazer, n (%) Pnömotik, n (%) Lazer+Pnömotik, n (%)	 12 (%4,9) 235 (%95,1) 0 (%0)	 266 (%60,0) 147 (%33,2) 30 (%6,8)	< 0,0001
Hidronefroz, n (%)	185 (%74,9)	319 (%72,0)	= 0,4122
Taşsızlık Postop 1.gün, n (%) Postop 1.ay, n (%)	 212 (%85,8) 243 (%98,4)	 269 (%60,7) 397 (%89,6)	< 0,0001
Ateş, n (%)	11 (%4,5)	15 (%3,4)	= 0,4802
Hamatüri, n (%)	5 (%6,1)	335 (%75,6)	< 0,0001
İYE, n (%)	2 (%0,8)	42 (%9,5)	< 0,0001
Mukozal hasar, n (%)	4 (%1,6)	5 (%1,1)	= 0,7285
Taş migrasyonu, n (%)	3 (%1,2)	11 (%2,5)	= 0,3990
Perfore üreter, n (%)	3 (%1,2)	5 (%1,1)	= 1,0000
Üreter avülsiyonu, n (%)	0 (%0)	2 (%0,5)	= 0,5397
Ürosepsis, n (%)	1 (%0,4)	2 (%0,5)	= 1,0000

SS-093

Üriner Sistem Taş Hastalığında Etyolojik Faktörler ve Beslenme Alışkanlıkları Analizi: İki Merkez Sonuçları

Mehmet Caglar Cakici[1], Ayberk İplikçi[1], Fatih Sandıkçı[2], Nihat Karakoyunlu[2], Gökhan Atış[1], Levent Sağnak[2], Hikmet Topaloğlu[2], Asıf Yıldırım[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

GİRİŞ: Üriner sistem taş hastalığı, üroloji pratiğinde en sık rastlanan ve cerrahi gerektiren hastalıklardan biridir. Özellikle ülkemizde ön sıralarda yer almaktadır. Genetik alt yapı, demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve iklimsel özellikler bu hastalığın etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmamızda, etyolojide yer alan faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ekim 2018–Ocak 2019 tarihleri arasında iki merkezden üriner sistem taşı olup ameliyat edilen toplam 384 hasta çalışmaya alındı. Demografik özellikler, sosyoekonomik özellikler, doğum ve ikamet yeri, taşa ait özellikler, beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını kapsayan standart bir sorgulama formu ile elde edilen veriler kaydedildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 46.1±12.9 olup yaklaşık 2/3'ü erkeklerden oluşmaktaydı. Vücut kitle indeksine göre aşırı kilolu ve obez olanlar %71.4'lük kesimi oluşturmaktaydı. 54 hasta yükseköğretim mezunuyken %82.8'i ilk veya orta öğretim mezunuydu. Hastaların %74'ünün geliri 3000TL'nin altındaydı. Doğum yeri İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesi olanlar ürolitiyazis hastalarının %70'ini oluşturmaktaydı. Hastaların %59.9'unda yetersiz su alımı olduğu, yaklaşık %70'inde haftada 1 veya daha az spor yapanlar olduğu tespit edildi. Günde 4 bardaktan fazla çay içenler ürolitiyazis hastalarının %71.1'ini oluşturmaktaydı. Hastaların %84.9'unun ise hiç alkol kullanımı yoktu. Aşırı tuz kullanımı da %46.6 oranındaydı.

TARTIŞMA: Literatürle benzer şekilde çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğu erkek cinsiyet, aşırı kilolu veya obez gruptaydı. Düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi etyolojide rol oynayan diğer önemli faktörlerdir. Yetersiz su tüketimi, aşırı miktarda çay ve tuz tüketimi ve sedanter yaşam üriner sistem taş oluşumunda en önemli faktörlerdir. Benzer indükleyici etki kahve, kola ve soda tüketiminde gözlenmedi. Düzeltilebilir bu risk faktörlerinde yapılacak değişiklikler hastalığın önlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: beslenme, etyoloji, faktörler, taş hastalığı, üriner sistem

Tablo 1.

Tablo 1. Demografik ve Sosyal Özellikler

Yaş ± SD (aralık)	46.1 ± 12.9 (15-77)	
Cinsiyet, n (%)		
Erkek	265 (69)	
Kadın	119 (31)	
VKİ (kg/m²)	27.8 ± 4.8	
Göbek Çevresi (cm) (aralık)	98.6 ± 12.2 (57-155)	
Üriner Anomali, n (%)		
Var	16 (4.2)	
Yok	368 (95.8)	
Başvuru şikayeti, n (%)		
İnsidental	20 (5.2)	
Ağrı	290 (75.5)	
Hematüri	25 (6.5)	
AÜSS	11 (2.9)	
Enfeksiyon	38 (9.9)	
Eğitim düzeyi, n (%)		
Eğitim almamış	12 (3.1)	
İlköğretim	164 (42.7)	
Ortaöğretim	154 (40.1)	
Yükseköğretim	54 (14.1)	
Sosyoekonomik düzey, n (%)		
<3000 TL	284 (74)	
3000-5000 TL	83 (21.6)	
5000-10000 TL	14 (3.6)	
>10000 TL	3 (0.8)	
Doğum ve İkamet Yeri, n (%)		
Marmara Bölgesi	41 (10.7)	177 (46.1)
Ege Bölgesi	10 (2.6)	2 (0.5)
İç Anadolu Bölgesi	177 (46.1)	193 (50.3)
Akdeniz Bölgesi	5 (1.3)	1 (0.3)
Karadeniz Bölgesi	93 (24.2)	9 (2,3)
Doğu Anadolu Bölgesi	43 (11.2)	2 (0.5)
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	15 (3.9)	0

Demografik ve Sosyal Özellikler

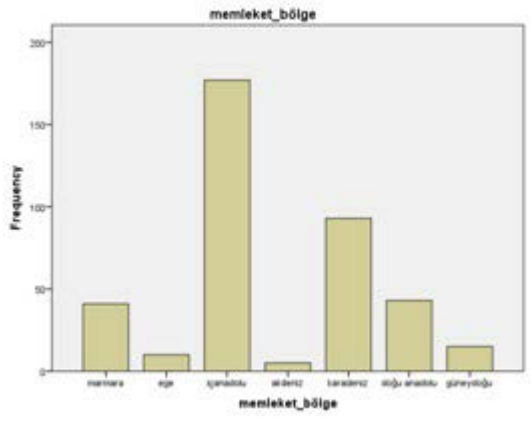
Tablo 2.

Tablo 2. Taş ve Operasyon Özellikleri		
Taş Lokalizasyonu, n (%)		
Böbrek taşı	177 (46.1)	
Üreter taşı	143 (37.3)	
Mesane taşı	1 (0.3)	
Böbrek+Üreter taşı	57 (14.8)	
Böbrek+Mesane taşı	5 (1.3)	
Üreter+Mesane taşı	1 (0.3)	
Taş sayısı, n	1.8 ± 1.2	
Taş volümü, mm³	1240.2 ± 2143.3	
Taş dansitesi (HU), ort ± SD (aralık)	980.2 ± 372.2 (185-3161)	
Son 1 Yılda Acil Servise Başvuru Sayısı, (ort.±SD), n (%)	2.2 ± 2.5	
0	53 (13.8)	
1	130 (33.9)	
≥2	201 (52.3)	
Son 1 Yılda Çekilen BT ve DÜSG Sayısı, (ort.±SD), n (%)	1.6 ± 1.0	0.9 ± 0.3
0	6 (1.6)	7 (1.8)
1	219 (57)	64 (16.7)
≥2	159 (41.4)	313 (81.5)
Tedavi, n (%)		
URS	131 (34.1)	
RIRC	224 (58.3)	
PNL	17 (4.4)	
Nefrolitotomi	2 (0.5)	
Sistolitotripsi	2 (0.5)	
RIRC+PNL	3 (0.8)	
RIRC+Sistolitotripsi	5 (1.3)	
Postoperatif DJ stent, n (%)		
Var	357 (93.0)	
Yok	27 (7.0)	
Postoperatif Taşsızlık, n (%)	337 (87.8)	

Taş ve Operasyon Özellikleri

Tablo 3.

Tablo 3.



Doğum Yerlerine Göre Taş Hastalarının Dağılımı

SS-094

Üriner Sistem Taşlarında Önceki Müdahalelerin Preoperatif ve Postoperatif Sonuçlara Etkisi: İki Merkezli Analiz

Mehmet Caglar Cakici[1], Fatih Sandıkçı[2], Ayberk İplikçi[1], Taha Uçar[1], Sertaç Çimen[2], Nihat Karakoyunlu[2], Gökhan Atış[1], Asıf Yıldırım[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

GİRİŞ: Bu çalışmada üriner sistem taşı olup müdahale öyküsü bulunanlarla primer hastaların preoperatif ve peroperatif sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ekim 2018–Ocak 2019 tarihlerinde her iki merkezde üriner sistem taşı nedeniyle ameliyat edilen ESWL veya taş cerrahisi öyküsü olmayan 152 primer hasta Grup I, müdahale öyküsü olan 232 hasta ise Grup II olarak çalışmaya alındı.

SONUÇLAR: Demografik özellikler iki grupta benzer bulundu. Her iki grupta da düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi olanlar büyük çoğunluğu oluşturmaktaydı. Son 1 yılda yapılan BT görüntüleme sayısı sekonder hastalarda istatistiksel olarak daha fazlaydı($p<0.001$)(Tablo1). Grup I'de üreter taşları çoğunluğu oluşturmaktayken; Grup II'de böbrek taşları istatistiksel olarak daha fazlaydı($p<0.001$).Taş sayısı primer hastalarda daha düşüktü($1.40\pm0.80/2.05\pm1.40, p<0.001$). Uygulanan baskın prosedür grup I'de URS, grup II'de RIRC idi($p<0.001$). Primer hastaların başarı oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulundu($p=0.015$). Postoperatif medikal tedavi verilenler sekonder hastalarda daha yüksek bulundu($p<0.001$)(Tablo2). Her iki grup arasında su, çay, kahve, soda, alkol, protein ve tuz tüketimi gibi beslenme alışkanlıkları açısından istatistiksel farklılık gözlenmedi.Her iki grup fiziksel aktivite alışkanlığı açısından da benzerlik gösterirken; sigara kullananlar grup II'de daha yüksek oranday-dı(sırasıyla%44.1/%52.2,$p=0.044$).

TARTIŞMA: Üriner sistem taş hastalarının yaklaşık yarısı hayatları boyunca tekrar bu durumla karşı karşıya kalmaktadır. Çalışmamızda da olduğu gibi taş sayısı fazla, taş yerleşimi daha proksimal olanlar rekürrens için daha riskli grupta bulunmaktadır. Son yıllarda kullanım sıklığı artan taş protokolü BT'nin sekonder hastalarda kullanımı daha fazla bulundu. Daha önce taş öyküsü bulunmasının bunda etkili olduğu düşünüldü. Primer hastaların, fragmantasyon sonrası spontan pasajın daha kolay olduğu, daha distalde olan taş lokalizasyonuna bağlı olarak başarı oranı daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: postoperatif sonuçlar, primer, rekürrens, sekonder, taş hastalığı, üriner sistem

Tablo 1.

Tablo 1. Hasta Ozellikleri	Grup I (n=152)	Grup II (n=232)	P-değeri
Yaş ± SD (aralık)	45.55 ± 13.76 (18-74)	46.51 ± 12.35 (15-77)	0.479
Cinsiyet n, (%)			0.840
Erkek	104 (68.4)	161 (69.4)	
Kadın	48 (31.6)	71 (30.6)	
VKI (kg/m²)	27.95 ± 5.15	27.64 ± 4.52	0.540
Göbek Çevresi (cm) (aralık)	98.28 ± 12.8	98.75 ± 11.78	0.711
Charlson Komorbidite Indeksi	1.3 ± 2.2	1.6 ± 2.1	0.290
Sigara Kullanımı, n (%)	67 (44.1)	121 (52.2)	**0.044**
Üriner Anomali			0.299
Var	4 (2.6)	12 (5.2)	
Yok	148 (97.4)	220 (94.8)	
Eğitim düzeyi n, (%)			0.751
Eğitim almamış	6 (3.9)	6 (2.6)	
Ilköğretim	66 (43.4)	98 (42.2)	
Ortaöğretim	57 (37.5)	97 (41.8)	
Yükseköğretim	23 (15.1)	31 (13.4)	
Sosyoekonomik düzey n, (%)			0.361
<3000 TL	116 (76.3)	168 (72.4)	
3000-5000 TL	31 (20.4)	52 (22.4)	
5000-10000 TL	4 (2.6)	10 (4.3)	
>10000 TL	1 (0.7)	2 (0.9)	
1.Derece Akrabada Taş Oyküsü	0.68 ± 0.84	0.76 ± 0.81	0.195
Var	69 (45.4)	121 (52.2)	
Yok	83 (54.6)	111 (47.8)	
Son 1 Yılda Acil Servise Başvuru Sayısı, (ort. ± SD)	1.89 ± 2.45	2.36 ± 2.59	0.077
0, n (%)	20 (13.2)	33 (14.2)	
1, n (%)	72 (47.4)	58 (25.0)	
≥2, n (%)	60 (39.4)	141 (60.8)	
Son 1 Yılda Çekilen BT Sayısı, (ort. ± SD)	1.27 ± 0.63	1.81 ± 1.12	**<0.001**
0, n (%)	2 (1.3)	4 (1.7)	
1, n (%)	118 (77.6)	101 (43.5)	
≥2, n (%)	32 (21.1)	127 (54.8)	
Son 1 Yılda Çekilen DUSG Sayısı, (ort. ± SD)	0.92 ± 0.27	0.94 ± 0.25	0.425
0, n (%)	2 (1.3)	5 (2.2)	
1, n (%)	43 (28.3)	21 (9.1)	
≥2, n (%)	107 (70.4)	206 (88.7)	

Hasta Özellikleri

Tablo 2.

Tablo 2. Taş ve Operasyon Ozellikleri			
Taş Lokalizasyonu			**<0.001**
Böbrek taşı	49 (32.24)	128 (55.17)	
Üreter taşı	81 (53.29)	62 (26.72)	
Mesane taşı	1 (0.66)	0	
Böbrek+üreter taşları	19 (12.5)	38 (16.38)	
Böbrek+mesane taşları	2 (1.32)	3 (1.29)	
Üreter+mesane taşları	0	1 (0.43)	
Taş sayısı, n	1.40 ± 0.80	2.05 ± 1.40	**<0.001**
Taş yolümü, mm³	1099.69 ± 1832.49	1332.26 ± 2323.68	0.299
Taş dansitesi (HU), ort ± SD (aralık)	996.86 ± 372.34	969.23 ± 372.43	0.477
Preop idrar dansitesi	1018.19 ± 6.28	1019.25 ± 15.55	0.425
Tedavi			**<0.001**
URS	76 (50.0)	55 (23.7)	
RIRS	67 (44.1)	157 (67.7)	
PNL	5 (3.3)	12 (5.2)	
Nefrolitotomi	1 (0.7)	1 (0.4)	
Sistolitotripsi	2 (1.3)	0	
RIRS+PNL	0	3 (1.3)	
RIRS+Sistolitotripsi	1 (0.7)	4 (1.7)	
Postop DJ, n (%)			0.592
Var	140 (92.1)	217 (93.5)	
Yok	12 (7.9)	15 (6.5)	
Taşsızlık, n (%)	141 (92.8)	196 (84.5)	**0.015**
Postop Medikal Tedavi			**<0.001**
Var, n (%)	63 (41.4)	140 (60.7)	
Yok, n (%)	89 (58.6)	92 (39.3)	

Taş ve Operasyon Özellikleri

SS-095

Üriner Sistem Taşlarında Preoperatif İdrar Kültürü Alınma Zamanının Postoperatif Enfeksiyon Gelişimine Etkisi

Mehmet Caglar Cakici, Özgür Kazan, Muhammet Çiçek, Ayberk İplikçi, Gökhan Atış, Asıf Yıldırım

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

GİRİŞ: Üriner sistem enfeksiyonları klinik üroloji pratiğinde en sık karşılaştığımız hastalıkların başında yer almaktadır. Özellikle üriner sistem cerrahisi sonrasında görülmesi morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı preoperatif idrar kültürü zamanının postoperatif enfeksiyon gelişimine etkisini incelemektir.

Gereç ve YÖNTEMLER: Çalışmamızda Ocak 2017–Ocak 2019 tarihleri arasında üst üriner sistem taş hastalığı nedeniyle opere olan 925 hasta retrospektif olarak incelendi. Postoperatif dönemde üriner sistem enfeksiyonu gelişen 39 hasta tespit edildi (Grup I). Üriner enfeksiyon gözlenmeyen hastalar içerisinden power analizi sonrası 44 hasta randomize olarak seçildi (Grup II).

SONUÇLAR: Her iki grubun demografik özellikleri cinsiyet dışında benzerdi. Grup I'de %53.8 ile kadın cinsiyet daha fazla orandaydı. Her iki grupta taşa ait özellikler ve uygulanan prosedürler benzerdi. Daha önce İYE öyküsü olan hastalarda postoperatif enfeksiyon görülme riski istatistiksel olarak daha fazla bulundu(p=0.005)(Tablo 1). Operasyon süresi ve taşsızlık oranları da iki grup arasında benzer olarak bulundu. İdrar kültürü alınma zamanı ile operasyon arası süre uzadıkça postoperatif üriner sistem enfeksiyonu görülme ihtimali istatistiksel olarak yüksek bulundu (Tablo 2). Korelasyon analizinde de bekleme süresi uzadıkça postoperatif üriner sistem enfeksiyonu ihtimali istatistiksel olarak artmaktadır(p=0.044).

TARTIŞMA: Üriner sistem taş hastalığı görülme sıklığı erkek cinsiyette daha fazla olmasına rağmen postoperatif enfeksiyon kadın cinsiyette daha baskın bulundu. Çalışmamızda İYE öyküsü olan hastalarda da postoperatif enfeksiyon daha baskın bulundu. Postoperatif enfeksiyonlar antibiyoterapi gerekliliğine ve hospitalizasyonda uzamaya neden olarak maliyet, morbidite ve mortalitede artış yaratmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda da görüldüğü üzere idrar kültürü sterilitesi sağlanmış hastalarda operasyonun mümkün olan en erken dönemde yapılması gerekmektedir. Prospektif ve daha yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: enfeksiyon, idrar kültürü, mikrobiyoloji, postoperatif, taş hastalığı, üriner sistem

Tablo 1.

Tablo 1. Demografik Veriler ve Preoperatif Özellikler	Grup I (n=39)	Grup II (n=44)	P-değeri
Yaş, ort. (aralık)	49.28 ± 11.99 (31-78)	47.75 ± 14.14 (20-75)	0.599
Cinsiyet, n (%)			**0.025**
Erkek	18 (46.2)	31 (70.5)	
Kadın	21 (53.8)	13 (29.5)	
VKI, kg/m²	26.46 ± 3.94	27.52 ± 3.35	0.186
Komorbidite, n (%)			
DM	6 (15.4)	8 (18.2)	0.734
HT	11 (28.2)	9 (20.5)	0.410
Taş boyutu, mm	21.69 ± 14.09	18.86 ± 10.81	0.305
Taş lokalizasyonu			0.158
Üst kaliks	1 (2.6)	7 (15.9)	
Orta kaliks	2 (5.1)	3 (6.8)	
Alt kaliks	5 (12.8)	2 (4.5)	
Renal pelvis	9 (23.1)	5 (11.4)	
Üreter	11 (28.2)	13 (29.5)	
Multiple	11 (28.2)	14 (31.8)	
Hidronefroz varlığı	20 (51.3)	30 (68.2)	0.116
İYE öyküsü , n (%)			**0.005**
Var	16 (41.0)	6 (13.6)	
Yok	23 (59.0)	38 (86.4)	

Demografik Veriler ve Preoperatif Özellikler

Tablo 2.

Tablo 2. Postoperatif Özellikler	Grup I (n=39)	Grup II (n=44)	P-değeri
Operasyon, n (%)			0.728
URS	13 (33.3)	11 (25.0)	
RIRC	20 (51.3)	26 (59.1)	
PNL	6 (15.4)	7 (15.9)	
Postop DJ stent, n (%)	32 (82.1)	37 (84.1)	0.804
Access sheat kullanımı, n (%)	11 (28.2)	11 (25.0)	0.741
Operasyon süresi, dk	68.46 ± 35.56	66.48 ± 26.62	0.773
Taşsızlık, n (%)	29 (74.4)	37 (84.1)	0.273
Kültür-Operasyon süresi, ort. (aralık), gün	16.77 ± 7.49 (4-28)	13.52 ± 6.95 (2-29)	**0.044**
Antibiyotik kullanım süresi, ort. (aralık), gün	7.59 ± 3.22 (3-20)	--	

Postoperatif Özellikler

SS-096

Double J Stent Kültürünü Etkileyen Faktörler

Mehmet Caglar Cakici[1], Ferhat Keser[1], Furkan Şendoğan[1], Mustafa Kaan Akalın[1], Turgay Turan[2], Gökhan Atış[1], Asıf Yıldırım[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[2]Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

GİRİŞ: Çalışmamızın amacı operasyon bitiminde yerleştirilen ve bir süre sonra çıkartılan double J stent(DJS)'lerin kültürüne etki eden faktörleri analiz etmek

Gereç ve YÖNTEMLER: Temmuz 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında URS veya RIRS yapılan ve operasyon bitiminde DJS yerleştirilmiş olan 116 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. DJS'ler hastalardan çıkarıldıktan sonra DJS kültürleri alındı ve incelendi.DJS kültüründe üreme olmayan 85 hasta grup I, üreme olan 31 hasta grup II olarak sınıflandırıldı. Demografik, preoperatif ve postoperatif veriler kaydedildi.

SONUÇLAR: Her iki grubun demografik özellikleri benzerdi. Grup I'de 31 hasta primer iken, grup II'de primer hasta bulunmamaktaydı.Hastaların daha önceki zaman dilimlerinde alınmış idrar kültürlerinde üreme olması oranı grup I'de %11.8, grup II'de %38.7 olarak saptandı($p<0.001$). Grup I'de URS %56.5; grup II'de RIRC %64.5 oranıyla istatistiksel daha yüksek oranda bulundu($p=0.045$). Grup I'de DJS bulunma süresi 30.12±20.34 gün, grup II'de 44.06±33.22 gün olarak bulundu($p=0.034$). Grup I'de 3 hastada, grup II'de 4 hastada postoperatif dönemde enfeksiyon gözlendi($p=0.079$)(Tablo1).

TARTIŞMA: DJS taş cerrahisi sonrasında sıklıkla kullandığımız bir prosedür olup hastada ne kadar süre kalacağı konusunda kesin bir konsensus bulunmamaktadır. DJS kültürüne etki eden faktörler; taşa müdahale öyküsü olması, steril olmayan idrar kültürü öyküsü olması, prosedürün proksimal üriner sistemde yapılması ve uzun DJS bulunma süresi olarak bulundu.Bu da yapılan her müdahalede ve proksimal üriner sistem prosedürlerinde üriner sistem florasını önemli oranda etkilediğimizi göstermektedir. DJS bulunma süresi uzadıkça da DJS kültüründe üreme olma ihtimali artmaktadır. Postoperatif enfeksiyon oranı da artmakla birlikte istatistiksel anlamlı çıkmamıştır. Ancak enfeksiyon ve DJS bulunma süresiyle ilgili kesin verilere ulaşmak için daha yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

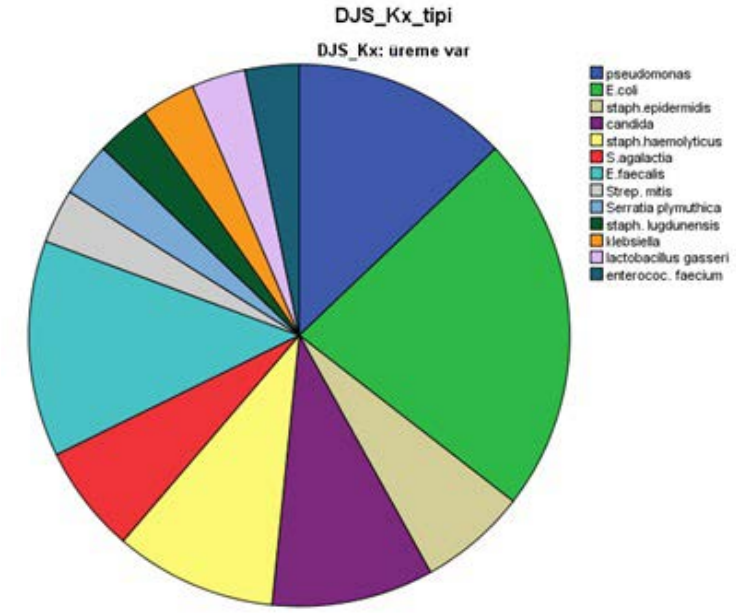
Anahtar Kelimeler: DJ stent, enfeksiyon, kültür, RİRC, taş hastalığı, URS

Tablo 1.

Tablo 1.	Grup I (n=85)	Grup II (n=31)	P-değeri
Yaş, ort. (aralık)	48.61 ± 13.84 (23-75)	52.26 ± 14.1 (20-73)	0.214
Cinsiyet, n (%)			0.226
Erkek	28 (32.9)	14 (45.2)	
Kadın	57 (67.1)	17 (54.8)	
Renal Anomali, n (%)	7 (8.2)	2 (6.5)	0.746
Taş yönü			0.457
Sağ, n (%)	37 (43.53)	16 (51.6)	
Sol, n (%)	48 (56.47)	15 (48.4)	
Taş boyutu, mm	14.81 ± 7.22	15.48 ± 7.05	0.656
Müdahale öyküsü			**<0.001**
Primer	31 (36.5)	0	
SWL	17 (20.0)	13 (41.9)	
Cerrahi	20 (23.5)	8 (25.8)	
SWL+Cerrahi	17 (20.0)	10 (32.3)	
Preoperatif İK üreme öyküsü, n (%)	10 (11.8)	12 (38.7)	**0.001**
Preoperatif hidronefroz varlığı	54 (63.5)	20 (64.5)	0.922
Preoperatif kateterizasyon, n (%)	11 (12.9)	9 (29.03)	0.848
DJ	10	6	
Nefrostomi	1	3	
Operasyon, n (%)			**0.045**
URS	48 (56.5)	11 (35.5)	
RIRC	37 (43.5)	20 (64.5)	
Postoperatif rezidüel taş, n (%)	20 (23.5)	4 (12.9)	0.194
DJ stent bulunma süresi, ort. (aralık), gün	30.12 ± 20.34 (12-150)	44.06 ± 33.22 (13-172)	**0.034**
Taşlaşmış DJ stent, n (%)	2 (2.4)	1 (3.2)	0.798
Postoperatif enfeksiyon, n (%)	3 (3.5)	4 (12.9)	0.079

Preoperatif ve Postoperatif Özellikler

Tablo 2.



DJ stent Kültüründe Üreyen Mikroorganizmaların Dağılımı

SS-097

Clear Cell Renal Cell Carcinoma with Osseous Metaplasia: Two Extremely Rare Cases and Review of the Literature

Mehmet Caglar Cakici[1], Gözde Kır[2], Mustafa Kaan Akalın[1], Asıf Yıldırım[1], Gökhan Atış[1]

[1]*Department of Urology, İstanbul Medeniyet University, Göztepe Training and Research Hospital*
[2]*Department of Pathology, İstanbul Medeniyet University, Göztepe Training and Research Hospital*

INTRODUCTION: Osseous metaplasia is a unusual histologic characteristic not often associated with renal cell carcinoma. We report two cases of a 82-year-old female and a 68-year-old man with clear cell renal cell carcinoma with osseous metaplasia.

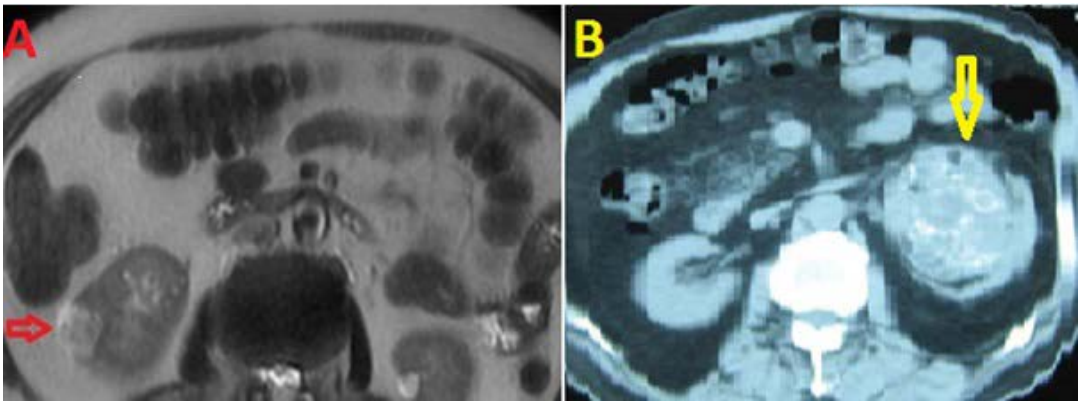
CASE REPORTS: Case1: We criticized the oldest case of woman who underwent a laparoscopic partial nephrectomy. Abdomen MR imaging revealed a 32x31 mm irregular enhancing exophytic mass with calcifications in the patient admitting with an incidental renal mass (Fig.1a). The patient subsequently underwent laparoscopic partial nephrectomy (Fig.2a). The histopathological assessment was reported as clear cell carcinoma with metaplastic bone formation (Fig.3a, Fig.4).

Case 2: A 68-year-old man was received with left lumbar pain. Abdominal computerized tomography imaging revealed a round, sharply delineated, and diffusely calcified mass of 90mm in diameter in the center of the left kidney (Fig.1b). Open left radical nephrectomy was performed (Fig.2b). The histological examination was interpreted as renal cell clear cell carcinoma with osseous metaplasia containing bone marrow (Fig.3b).

CONCLUSION: Renal cell carcinoma is constantly associated with calcification, but ossification is extremely scarce. Although there are no definitive data on prognosis and follow-up due to the low number of cases; RCC with osseous metaplasia usually occur with early stage disease and a favorable prognosis as in our cases. While the prognostic importance of osseous metaplasia existence in renal cell carcinoma is controversial, such that can safely be managed with nephron sparing surgery in appropriate cases. As the number of cases and follow-up periods increased; more definitive information will be obtained.

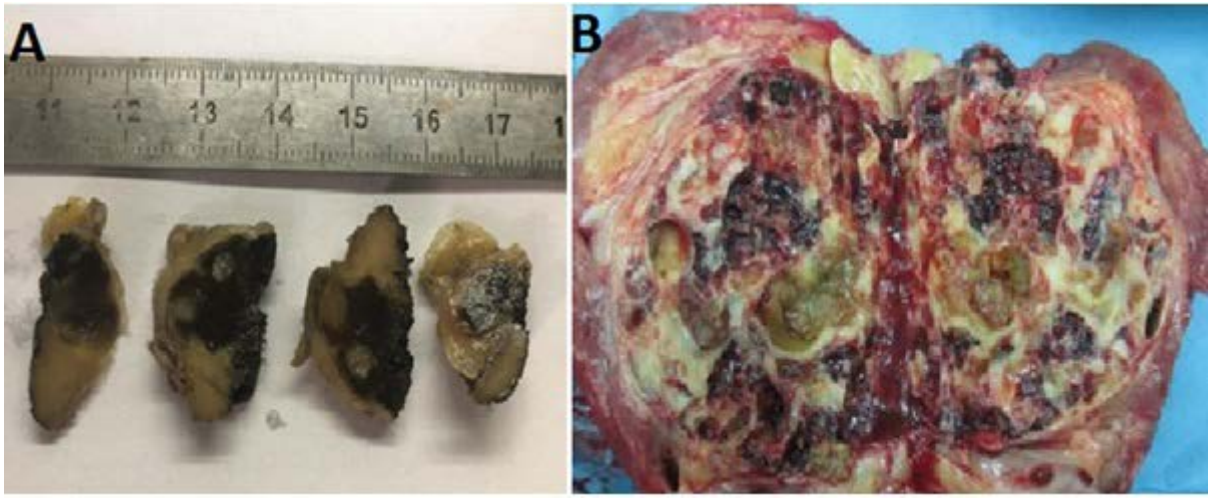
Keywords: Case, Clear Cell, Rare, Osseous Metaplasia, Renal Cell Carcinoma, Review

Figure 1.



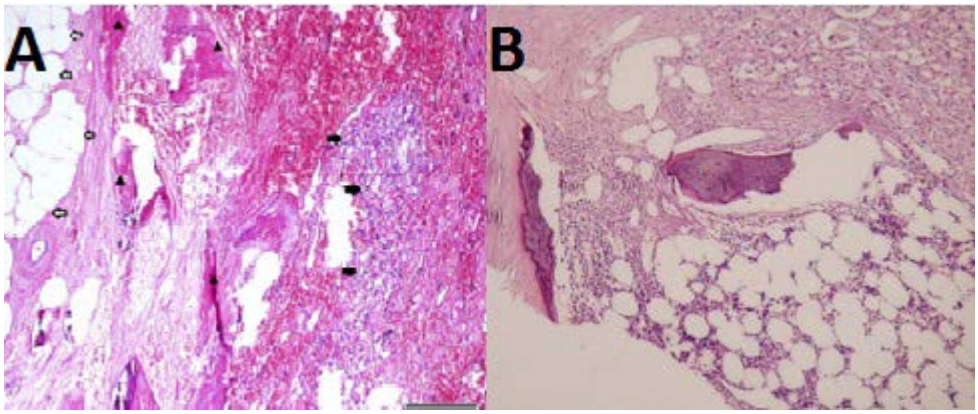
(a) The image of the mass that is largely endophytic in the lower pole of the right kidney, (b) Unenhanced CT scan of left kidney, showing areas of calcifications corresponding to metaplastic bone with heterogenous enhancement.

Figure 2.



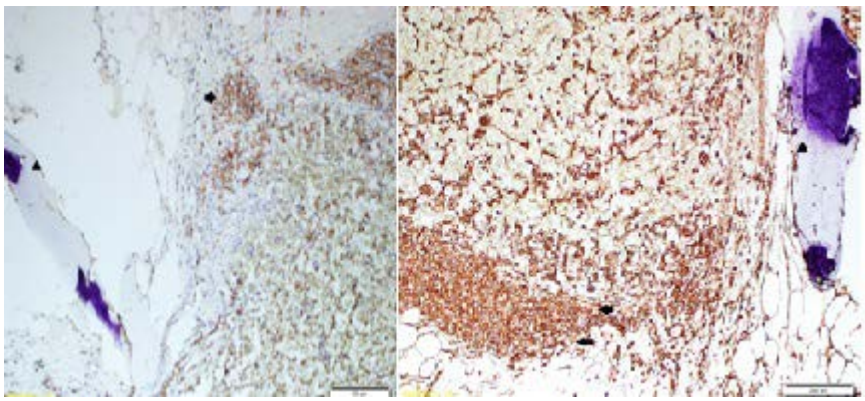
(a) Macroscopic image of partial nephrectomy specimen, (b) Longitudinal section of specimen shows cystic lesions throughout the kidney.

Figure 3.



(a) Heterotopic bone formation and adipose tissue in the focal area of clear cell renal cell carcinoma (H&E, x100), (b) Lamellar bone forming a trabecula, adipose tissue, hemopoietic cells, and renal cell carcinoma (H&E x20).

Figure 4.



Diffuse strong expression was observed in tumor cells with carbonic anhydrase IX and Vimentin (IHC x100).

SS-098

Laparoskopik Pyeloplasti, Bursa Uludağ Üniversitesi deneyimi

Mehmet Çağatay Çiçek, Kadir Ömür Günseren, Zeki Burak Yanaşma, Onur Kaygısız, Hakan Vuruşkan

Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Laparoskopik Pyeloplasti deneyimimizin paylaşılması

GEREÇ-YÖNTEM: Eylül 2005-Aralık 2018 yılları arasında laparoskopik pyeloplasti (LP) yapılan 341 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 213 erişkin (117 erkek, 96 kadın, ortalama yaş: 35,3±13,6), 128 çocuk (63 erkek, 65 kız, ortlama yaş 11,2±4,5) hastanın 153' üne sağ, 188' ine sol LP uygulandı. En sık başvuru şikâyeti yan ağrısı olarak tespit edildi (%80). DJ stent 337 hastaya yerleştirilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 140 dakika(85-330). Ortalama kan kaybı 45ml(25-200). Hiçbir hastada açık cerrahiye geçişe ihtiyaç olmamıştır. Postoperatif hastanede kalış süresi 4,3±1.8 gün olarak tespit edilmiştir. Postoperatif 26 hastada uzamış üriner drenaj (> 5 gün), 5 hastada pyelonefrit, izlenmiş olup bu komplikasyonlar konservatif olarak tedavi edilmiştir. Ortalama 42 aylık takipte semptomlarda düzelme %93 hastada, hidronefrozda düzelme %92 hastada gözlendi. Rekürrens 24 hastada izlendi.

SONUÇ: LP yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile erişkin ve çocuk hasta popülasyonunda güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, pyeloplasti, U-P bileşke darlığı

SS-099

Anestezi Açısından Yüksek Riskli Hastalarda İnternal Üretrotomi Sırasında Lokal Anestezi Tercih Edilebilir mi?

Mehmet Demir[1], İsmail Yağmur[1], Hüseyin Eren[2]

[1]Harran üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji A.D Şanlıurfa
[2]Sağlık Bakanlığı Muş Bulanık Devlet Hastanesi

AMAÇ: Üretra darlığı nedeniyle internal üretratomi yapılan yüksek riskli hastalarda lokal anestezinin yeterliliğinin değerlendirilmesi.

Gereç YÖNTEM: 2 cm den kısa tek üretra darlığı nedeniyle internal üretrotomi yapılan 120 hastanın dosyaları incelendi. Üretratomi dışında eş zamanlı ürolojik girişim yapılanlar ile ASA skoru I ve II olanlar çalışmaya dahil edilmedi. 50 hastaya lokal anestezi altında(grup1), 70 hastaya spinal anestezi veya genel anestezi altında internal üretrotomi yapıldı(grup2). Lokal anestezi için lidokainli jel kullanıldı. Lidokainli jelin üretral instilasyonu sonrası penis klenpe edilerek 10 dakika beklendi. İşlem sırasında ağrı kontrolü için VAS (Visuel Analog Skala) skoru kullanıldı. Tüm hastalara post op 18 fr foley sonda takıldı ve ortalama bir hafta sondalı kaldı.

BULGULAR: Grup 1'in yaş ortalaması 69,8 iken grup 2'nin yaş ortalaması 66,4 idi. Grup 1 de hastaların %85' i ilk 6 saat içinde taburcu edildi. %15'i oluşan komplikasyonlar nedeniyle 1 ila 2 gün arası hastanede yatırılarak takip edildi. Grup 2 de hastaların yatış süresinin ortalama 1,5 gün olduğu görüldü. Grup 1 deki hiçbir hastaya intraoperatif ek anestezi ihtiyacı duyulmadı. Grup 2 de post op yoğun bakım istenen hastalardan 12'si yoğun bakımlarda yer olmadığı için randevu verilen tarihte opere edilemedi. Grup 2 de opere edilen 8 hasta post op yoğun bakım şartlarında anestezi tarafından takip edildi. Post op 1. hafta kontrol işeme eğrilerinde her iki grupta anlamlı artış görüldü.

SONUÇ: Erken mobilizasyon, hastanede kalış süresinin kısa olması ve anestezi hazırlığı için ek tetkik gerektirmemesi lokal anestezinin avantajları olarak görülmektedir. Özellikle yüksek riskli hastalarda internal üretratomi sırasında lokal anestezi güvenle tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: internal üretratomi,lokal anestezi,yüksek riskli hastalar

SS-100

Bilateral duplike üreter anomalisi: Aynı anda üç toplayıcı sistemin taşla obstrüksiyonu, olgu sunumu

Mehmet Erhan Aydın, İbrahim Halil Bozkurt, Ertuğrul Şefik, İsmail Basmacı, Serdar Çelik, Serkan Yarımoğlu, Yusuf Kadir Topçu, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

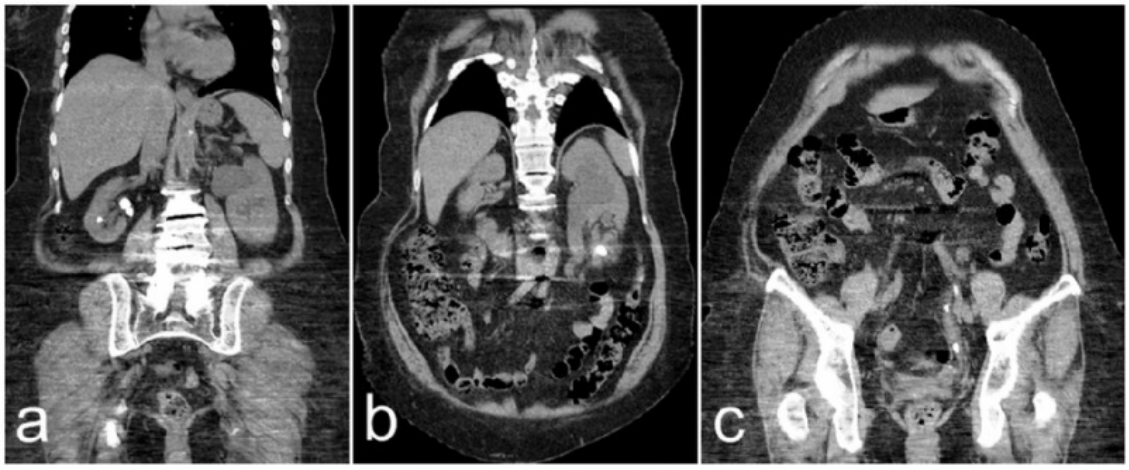
GİRİŞ: Duplike üreter, üreterin en sık görülen anomalisidir ve toplumda 0,6-0,7% oranında görülmektedir. Kadınlarda daha sıktır. Duplike üreter parsiyel veya komplet olabilir. Parsiyel duplikasyonda iki proksimal üreter birleştikten sonra mesaneye açılır. Komplet duplikasyonda ise iki üreter mesaneye ayrı ayrı olarak açılmaktadır.Bu yazıda sol komplet duplike üreter, sağ inkomplet üreter anomalisi olan ve multipl taşı olan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 61 yaşında kadın hasta sol yan ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu.Hipertansiyon ve diyabetes mellitus olduğu öğrenildi. FM'de bilateral KVAH mevcuttu. Laboratuar değerlerinde kreatinin 1 mg/dl, lökosit 9,79/mm3 idi ve TİT'te mikroskopik hematüri ve piyüri mevcuttu. Hastadan idrar kültürü alınarak antibiyoterapi başlandı. Yapılan üriner USG'de sol böbrekte grade 2 HN tespit edildi. Daha sonra kontrastsız tüm batın BT yapılarak sağda inkomplet duplike üreter, solda komplet duplike üreter olduğu görüldü. Sağ böbrek alt polde 8 mm, alt polün pelvisinde 24 mm, sol böbrek üst polü drene eden üreterin distalinde 8 mm ve 9,5 mm, alt pol pelvisinde 15 mm, alt polü drene eden üreterin distalinde 9 mm taşlar izlendi (Resim-1). İdrar kültüründe üreme olmadı ve hastaya operasyon planlandı. Sistoskopide iki adet sol orifis tanımlandı.Her iki sol üretere, sağ üretere URS-L; her iki böbrek alt toplayıcı sistemine de RIRS uygulandı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.1 ay sonraki kontrolünde sağ böbrek alt polde 1 cm rezidü taş izlenen hasta SWL gönderildi ve takibe alındı.

SONUÇ: Bilateral duplike üreter çok nadir görülen bir anomalidir.Çoğunlukla asemptomatik seyreder ve üriner sistem taşları ile birliktelik gösterebilir. Üretere uygulanacak herhangi bir girişim öncesinde duplike üreteri tanımlamak girişim açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: duplike üreter, üreter taşı, RIRS

Resim 1



Resim 1: a-Sağ böbrek alt pol pelvis ve alt kalikisteki taşlar, b-Sol böbrek çift toplayıcı sistem ve alt pol pelvisteki taş, c-Sol komplet çift üreter ve üreterlerdeki taşlar

SS-101

Bazal Böbrek Fonksiyon Rezervine Göre Perkütan Nefrolitotominin Böbrek Fonksiyonlarına Erken ve Geç Etkileri

Serkan Yarımoğlu, İbrahim Halil Bozkurt, Serdar Çelik, İsmail Basmacı, Ertuğrul Şefik, Mehmet Erhan Aydın, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Erişkin böbrek taş hastalığı insidansı zamanla artmaktadır ve böbrek taşı olan hastalarda perkütan nefrolitotomi (PNL) etkili ve güvenli minimal invaziv bir cerrahi seçenektir. Bu çalışmada, PNL'nin preoperatif glomerüler filtrasyon hızı (GFR) düzeylerine göre renal fonksiyon üzerindeki erken ve geç etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve YÖNTEMLER: Ocak 2012 ile Kasım 2016 arasında PNL uygulanan 351 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların GFR değerleri Cockcroft–Gault formülüne göre hesaplandı. Preoperatif GFR'ye göre hastalar; 90 ml/dk'dan yüksek olanlar grup 1; 60-90 ml/dk arasında olanlar grup 2; 60 ml/dk'düşük olanlar grup 3 olmak üzere üç gruba ayrıldı. GFR ölçümleri preoperatif, postoperatif 1. gün ve 3. ayda yapıldı.

BULGULAR: Grup 1, grup 2 ve grup 3'te preoperatif ortalama GFR değerleri sırasıyla 134,5±34 ml/dk, 78,6±7,8 ml/dk ve 42,5±15,1 ml/dk idi (p <0.001). Hastaların demografik verileri tablo-1'de verilmiştir. Postoperatif 1. günde, grup 1 ve grup 2'de ortalama GFR anlamlı olarak azalırken grup 3'te de azalma görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo-2). Üçüncü aydaki ortalama GFR'de, grup 1 ve grup 2'deki preoperatif seviyelere göre anlamlı farklılık görülmedi. Bununla birlikte, grup 3'ün GFR ortalaması preoperatif seviyelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görüldü (Resim-1) (Tablo-3).

SONUÇ: Renal fonksiyonun iyi bir göstergesi olan tahmini GFR, PNL prosedüründen önemli ölçüde etkilenir. PNL'den hemen sonra GFR'de bir azalma saptanmasına rağmen, 3. aydan sonra böbrek fonksiyonu olumsuz yönde etkilenmemektedir. Ayrıca, PNL preoperatif GFR <60 olan hastalarda böbrek fonksiyonlarını anlamlı olarak iyileştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan nefrolitotomi, böbrek taşı, Glomerüler filtrasyon hızı, Kreatinin klirensi.

Tablo 3

	Preoperatif GFR (ml/dk)	Postoperatif 3. Ay GFR (ml/dk)	p
Grup-1	134.5±34	134.1±34.5	0.838
Grup-2	78.6±7.8	82±18.6	0.143
Grup-3	42.5±15.1	62.2±26.7	0.005

Tablo-3: Preoperatif ve postoperatif 3. Ay GFR değerlerinin karşılaştırılması

Tablo 1

	Grup-1 (N:275)	Grup-2 (N:61)	Grup-3 (N:15)	p
Cinsiyet Kadın Erkek	 116 159	 19 42	 4 11	0.162
Yaş (yıl) (ort±ss)	46.4±11.8	46.4±11.8	55.4±12.7	<0.001
VKİ (kg/m2) (ort±ss)	27±4.6	25.7±4.2	24.6±3.2	0.026
Metabolik sendrom (n, %)	33 (12)	5 (8,19)	1 (6,66)	0.539
Operasyon tarafı (n) Sol Sağ	 132 143	 27 34	 9 6	0.548
Taş lokalizasyonu (n) Tek kaliks ya da pelvis Parsiyel Staghorn Staghorn Çok sayıda	 100 41 46 88	 22 8 13 18	 1 2 7 5	0.093
Giriş sayısı Bir İki Üç	 247 27 1	 54 7 0	 14 1 0	0.961
Taş yükü (mm2) (ort±ss)	555.7±538.1	529.8±498	965.9±776.8	0.057
Taş dansitesi (HU) (ort±ss)	1054.3±314.7	1019.3±333.7	1195.4±703.4	0.851
Operasyon süresi (dk) (ort±ss)	104.7±42	102.9±41.9	121.3±52.1	0.434
Yatış süresi (gün) (ort±ss)	4.1±3.4	3.7±1.7	5.7±4.4	0.090
Hemoglobin düşüşü (mg/dL) (ort±ss)	1.6±1.2	1.5±1.4	1.5±1.7	0.539
Komplikasyon (n, %) Clavian 1 Clavian 2 Clavian 3A Clavian 3B	 27 (9,81) 22 (8) 21 (7,63) 5 (1,81)	 5 (8,9) 3 (4,91) 2 (3,27) -	 1 (6,66) 1 (6,66) - 1 (6,66)	0.498

Tablo-1: Hastaların demografik ve peroperatif verilerinin karşılaştırılması

Tablo 2

	Preoperatif GFR (ml/dk)	Postoperatif 1. gün GFR (ml/dk)	p
Grup-1	134.5±34	120.2±35	<0.001
Grup-2	78.6±7.8	68.3±13.6	<0.001
Grup-3	42.5±15.1	38.4±15.8	0.087

Tablo-2: Preoperatif ve postoperatif 1. Gün GFR değerlerinin karşılaştırılması

SS-102

Preoperatif Glomerüler Filtrasyon Hızının Perkütan Nefrolitotomi Sonuçları Üzerine Etkisi

Serkan Yarımoğlu, İbrahim Halil Bozkurt, Mehmet Erhan Aydın, Anıl Eker, Serdar Çelik, İsmail Basmacı, Ertuğrul Şefik, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada böbrek taşları sebebiyle perkutan nefrolitotomi (PNL) yapılan hastaların preoperatif glomerüler filtrasyon hızlarına (GFR) göre PNL'nin başarı ve komplikasyon oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Ocak 2012-Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Üroloji Kliniğinde değişik lokalizasyonlardaki böbrek taşları nedeniyle PNL yapılan 794 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların preoperatif GFR değerleri Cockcroft–Gault formülüne göre hesaplandı. Preoperatif GFR değerleri >90 ml/dk olanlar grup-1, 60-90 ml/dk arasında olanlar grup-2 ve <60 ml/dk olanlar grup-3 olarak tanımlandı. Gruplar arasında perioperatif değerler, taşsızlık oranları ve komplikasyon oranları karşılaştırıldı. Taşsızlık ve ≤4 mm taş kalması durumunda operasyon

başarılı olarak tanımlandı. Operasyon sonrası >4 mm taş saptanması rezidu olarak tanımlandı.

BULGULAR: Grup-1'de 466, grup-2'de 259 ve grup-3'te 67 hasta mevcut idi. Hastaların ortalama preoperatif GFR değerleri grup-1, grup-2 ve grup-3 de sırasıyla 118,537 ml/dk, 77,76 ml/dk ve 48,52 ml/dk idi (p<0,001). Gruplar arasında yaş, vücut kitle indeksi, soliter böbrek oranı, taş yükü açısından anlamlı farklılık saptandı. Gruplar arasında rezidü taş saptanan hasta sayısı grup-1, grup-2 ve grup-3 de sırasıyla 111 (23,8%), 62 (23,9%) ve 17 (25,4%) idi (p=0,542) (Tablo-1). Komplikasyon gelişmeyen hasta sayısı ise grup-1, grup-2 ve grup-3 de sırasıyla 352 (%75,6), 202 (%78) ve 56(%83,6) idi (p=0,310). Komplikasyonlar Clavien skorlama sistemine göre değerlendirildi ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo-2).

SONUÇ: Preoperatif GFR değerleri PNL sonrası başarı ve komplikasyonları öngörmede tek başına yeterli bir faktör değildir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan nefrolitotomi, glomerüler filtrasyon hızı, rezidü taş, komplikasyon

Tablo 1

	Grup-1 (n:466	Grup-2 (n:259)	Grup-3 (n:67)	p
Yaş (yıl)	43,48±11,47	51,86±11,10	60,31±12,7	<0,001
Cinsiyet (erkek/kadın) (n/n)	319/147	169/90	37/30	0,092
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	27,35±4,54	25,35±4,26	25,39±4,29	<0,001
Metabolik sendrom (n/%)	40 (%8,58)	21 (%7,8)	4 (%5,97)	0,797
Taraf (sağ/sol) (n/n)	251/215	122/137	32/35	0,420
Soliter Böbrek (n/%)	6 (%1,28)	10 (%3,71)	6 (%8,9)	0,001
Taş lokalizasyonu (n/%) Tek Parsiyel Staghorn Staghorn Çok sayıda	 192 (%41,2) 60 (%12,9) 58 (%12,4) 156 (%33,4)	 96 (%37,0) 41 (%15,8) 40 (%15,4) 82 (%31,7)	 17 (%25,4) 17 (%25,4) 13 (%19,4) 30 (%44,7)	0,408
Taş yükü (mm2)	497,34±518,60	517,6±493,8	711,06±679,07	0,013
Taş dansitesi (HU)	1031,5±315,2	1047,4±323,5	993,67±446,6	0,518
Giriş sayısı (n/%) Bir İki Üç	 420 (%90,1) 45 (%9,6) 1 (%0,2)	 251 (%93,3) 17 (%6,3) 1 (%0,39)	 61 (%91,0) 6 (%8,9) 0 (%0,0)	0,110
Operasyon süresi (dk)	100,64±38,8	103,4±40,74	109,40±45,9	0,214
Skopi süresi (sn)	85,56±65,5	76,46±56,2	84,6±70,2	0,171
Yatış süresi (gün)	3,76±2,77	3,9±2,08	4,36±3,13	0,134
Aynı taraftan operasyon öyküsü	128 (%27,5)	79 (%30,5)	23 (%34,3)	0,420
Aynı taraftan SWL öyküsü	82 (17,59%)	46 (17,76%)	12 (17,91%)	0,997
Ölçülen kan kaybı (>250 cc)	183 (39,3%)	92 (35,5%)	22 (32,8%)	0,348
Rezidü taş	111 (23,8%)	62 (23,9%)	17 (25,4%)	0,542
Preoperatif GFR (mL/min)	118,537	77,76	48,52	<0,001

Tablo-1: Gruplar arasında demografik, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif verilerin karşılaştırılması

Tablo 2

Evre	Komplikasyonlar	Grup-1 (n) (%)	Grup-2 (n) (%)	Grup-3 (n) (%)	p
0	Toplam: 610	352 (%75,6)	202 (%78)	56(%83,6)	0,310
1	Opioid ile tedavi edilebilen postoperatif ağrı Müdahale gerektirmeyen geçici renal fonksiyon bozukluğu Nefrostomi klemplenerek kontrol edilebilen kanama Kan transfüzyonu uygulanmasını gerektirmeyen kanama Toplam: 86	28 5 4 20 57(%12,2)	14 2 1 5 22 (%8,5)	5 1 - 1 7(%10,4)	0,299
2	Kan transfüzyonu uygulanmasını gerektiren kanama Antibiyotik ile tedavi edilebilen postoperatif ateş (>38.0 C) Toplam: 43	35 63 24(%5,2)	17 29 17(%6,6)	7 7 2(%3)	0,473
3A	Organ yetmezliği olmadan tedavi ve izlem gerektiren ateşli İYE veya sepsis şüphesi Lokal anestezi ile interkostal drene edilebilen hidrotoraks Uzun dönem nefrostomiyle tedavi edilebilen renal pelvis perforasyonu Genel anestezi olmadan üreteral kataterle tedavi edilebilen idrar kaçağı Toplam: 40	11 2 5 8 26(%5,6)	6 2 1 4 13(%5)	1 - - - 1(%1,5)	0,361
3B	Anjiyoembolizasyon gerektiren kanama Kolostomi ile tedavi edilen kolon perforasyonu Balon dilatasyon ile tedavi edilebilen üreter darlığı Eksplorasyon ile tedavi edilen perirenal apse Toplam: 13	1 1 4 1 7(%1,5)	1 - 3 1 5(%1,9)	1 - - - 1(%1,5)	0,906
4A					
4B					
5					

Tablo 2: Gruplar arasında komplikasyonların Clavien skoruna göre karşılaştırılması

SS-103

Transplant Böbrekte PNL Operasyonu: Olgu Sunumu

İbrahim Halil Bozkurt, İsmail Basmacı, Mehmet Erhan Aydın, Ertuğrul Şefik, Serdar Çelik, Serkan Yarımoğlu, Yusuf Kadir Topçu, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

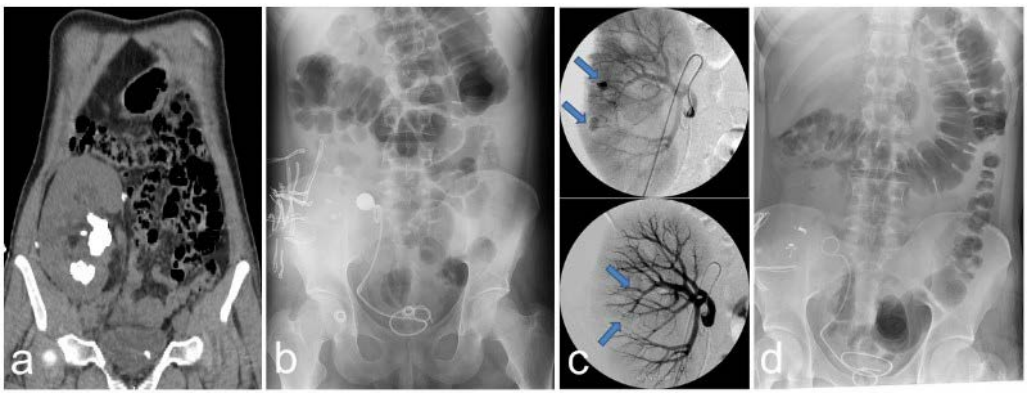
GİRİŞ: Böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tedavisinde tercih edilen bir yöntemdir. Renal transplantasyon sonrası taş %0,2-6,3 sıklığında görülmektedir. Özellikle 1,5 cm üstündeki taşların tedavisinde PNL tercih edilen bir yöntemdir. Nakil böbrekte PNL, supin pozisyonda ve anterior kaliks girişimli tercih edilmektedir.

OLGU: SDBY sonrası kadavradan böbrek transplantı yapılan 22 yaşında erkek hastanın takiplerinde nakil böbreğin pelvisinde 38 mm, alt kaliksinde 22 mm parsiyel staghorn taş tespit edildi (Resim 1-a). Hastaya böbrek taşları için PNL operasyonu planlandı. Supin pozisyonunda nakil böbreğe orta kaliks girişi yapılarak PNL operasyonu uygulandı. Operasyon sonrasında orta ve alt kalikste rezidü taşlar izlendi (Resim 1-b). Postoperatif 5. günde nefrostomiden ve sondadan hematürisi olan hastanın takiplerinde nefrostomi traktından ara ara hematüri gelişti. Nakil sonrası 1,9 mg/dl olan hastanın kreatinin değerleri postoperatif dönemde 9 mg/dl'ye kadar yükseldi. Kan transfüzyonu uygulanmasına rağmen hematürinin devam etmesi üzerine hastaya renal anjiyografi planlandı. Üç farklı alanda psödoanevrizma ve AV fistül görülerek anjiyoembolizasyon işlemi uygulandı (Resim 1-c). Sonrasında herhangi bir sorunu olmayan hasta nefrostomi kateteriyle taburcu edildi. 2 ay sonra hastaya second-look PNL planlandı ve nefrostomi traktından giriş yapılarak hastada taşsızlık sağlandı (Resim 1-d). Postoperatif 2. günde nefrostomisi alınarak hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. 6. ay kontrolünde kreatinin değeri 1,3 mg/dl idi. Hasta halen takip edilmektedir.

SONUÇ: Renal transplantasyon sonrası ürolitiyazis nadir görülmektedir. PNL işlemi nakil böbreğe anterior girişim ile yapıldığından AV fistül ve psödoanevrizma gelişme riski yüksektir. Nakil böbreğe uygulanan PNL ve anjiyoembolizasyon gibi işlemler renal fonksiyon açısından güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: renal transplantasyon, böbrek taşı, PNL, komplikasyon

Resim 1



Resim 1: a-Transplant böbrekte pelvis ve alt kalikslerdeki taşlar, b-PNL sonrası rezidü kalan taşlar, c-Renal anjiyoembolizasyon sırasında tespit edilen renal arteryel psödoanevrizmalar, d-Second-look PNL sonrası taşsızlık

SS-104

RETUR-MT Yapılan Hastalarda Monopolar ve Bipolar Transüretral Rezeksiyonun Peroperatif Komplikasyonlar ve Erken Postoperatif Sonuçlarının Karşılaştırılması: Prospektif, Randomize Çalışmanın Erken Dönem Sonuçları

Mehmet Erhan Aydın, Serkan Yarımoğlu, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada kas invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) ve Re-TUR endikasyonu olan mesane tümörlü hastalarda,monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyon ile Re-TUR sonrası karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Şubat 2015-Ocak 2019 tarihleri arasında komplet TUR-MT yapılıp patoloji sonucu KİOMK gelen ve Re-TUR endikasyonu olan (T1, yüksek dereceli tümör, kas doku izlenmemesi) 72 hasta çalışmaya dâhil edildi. Re-TUR işlemi monopolar (M-ReTUR-M) ve bipolar (B-ReTUR-M) rezektoskopla yapılanlar olmak üzere hastalar iki gruba randomize edildi. Her iki grubun peroperatif komplikasyonları ve erken postoperatif sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: İnkomplet rezeksiyon yapılan hastalar dışlandıktan sonra M-ReTUR-M grubunda n=42 hasta ve B-ReTUR-M grubunda n=30 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri ve peroperatif verileri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo-1). Her iki grup arasında önceki komplet TUR-MT patoloji sonuçları açısından farklılık saptanmadı (Tablo-2). Peroperatif komplikasyonlardan obturator atım M-ReTUR-M grubunda 1 hastada, B-ReTUR-M grubunda 2 hastada görüldü (p=0,567). Mesane perforasyonu ve postoperatif re-koagülasyon her iki grupta da izlenmedi. Erken postoperatif sonuçlar (transfüzyonu gerektiren hematüri, koter artefaktı, operasyon ve yatış süreleri) açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo-3).

SONUÇ: Monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyon ile Re-TUR yapılan hastalarda peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif sonuçlar açısından farklılık saptanmamıştır. Operatörün tercihi ve tecrübesine göre iki teknik de güvenle kullanılabilir. Çalışmamız halen devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: mesane tümörü, Re-TUR, monopolar, bipolar, komplikasyon

Tablo 1

	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
Cinsiyet (n/%) Kadın Erkek	 5 (11,9) 37 (88,1)	 4 (13,3) 26 (86,7)	0.857*
Yaş (yıl) (ort±ss)	65.4±7.81	66.4±10,09	0.639**
VKİ (kg/m2) (ort±ss)	26.94±5,01	27,11±4.08	0.881**
ASA skoru (n,%) 1 2 3	 1 (2,4) 33 (78,6) 8 (19)	 1 (3,3) 21 (70) 8 (26,7)	0.710*
Re-TUR'a kadar geçen süre (gün) (ort±ss)	39.55±13.24	40.27±12.8	0.818**

*Tablo-1: Hastaların demografik ve peroperatif verilerin karşılaştırılması (VKİ: Vücut kitle indeksi, *Ki kare, **Student-t testi)*

Tablo 2

	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
Önceki tümör boyutu (cm) (ort±ss)	3.75±2.72	4.67±2.94	0.164*
Önceki tümör sayısı (n) (ort±ss)	2.5±3.1	2.17±1.72	0.956*
Önceki tümör evresi (n,%) Ta T1	 6 (14,3) 36 (85,7)	 2 (6,7) 28 (93,3)	0.455**
Önceki tümör derecesi (n,%) Düşük Yüksek	 24 (57,2) 18 (42,9)	 9 (30) 21 (70)	0.023***
Önceki erken postoperatif intravezikal kemoterapi (n, %)	18 (42,9)	13 (43,3)	0.968***
Adjuvan intravezikal kemo/immünoterapi (n, %)	25 (59,5)	15 (50)	0.423***
Kas doku örnekleme (n,%)	27 (64,3)	21 (70)	0.612***

*Tablo-2: Gruplar arasında tümör özellikleri ve histopatolojik sınıflamaların karşılaştırılması (*Mann Whitney U, **Fisher's Exact Test, *** Pearson Ki-Kare)*

Tablo 3

	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
Obturator atım (n,%)	1 (2,4)	2 (6,7)	0,567*
Mesane perforasyonu (n,%)	0 (0)	0 (0)	-
Hemoglobin seviyesinde değişiklik (g/dL) (ort±ss)	-0,61±0,76	-0,64±1,08	0,525**
Re-koagülasyon oranı (n,%)	0 (0)	0 (0)	-
Kan transfüzyon oranı (n,%)	0 (0)	1 (3,3)	0,417*
Ciddi koter artefaktı (n,%)	1 (2,4)	3 (10)	0,192*
Kataterizasyon süresi (gün) (ort±ss)	3,1±2,11	2,37±1,58	0,126**
Yatış süresi (gün) (ort±ss)	1,86±1,16	1,37±0,765	0,056**
Operasyon süresi (dk) (ort±ss)	21,19±14,80	19,33±6,26	0,943**

*Tablo-3: Gruplar arasında peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif sonuçlarının karşılaştırılması (*Fisher's Exact Test, **Mann Whitney U)*

SS-105

Monopolar ve Bipolar Rezeksiyon ile Yapılan Re-TUR Sonrası Gelişen Komplikasyonların Clavien-Dindo Sınıflamasına Göre Karşılaştırılması

Deniz Bolat, Serkan Yarımoğlu, Mehmet Erhan Aydın, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada kas invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) ve Re-TUR endikasyonu olan mesane tümörlü hastalarda, monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyon ile Re-TUR sonrası gelişen postoperatif 30 gün içerisinde gelişen komplikasyonların Clavien-Dindo sınıflamasına göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Şubat 2015-Ocak 2019 tarihleri arasında komplet TUR-MT yapılıp patoloji sonucu KİOMK gelen ve Re-TUR endikasyonu olan (T1, yüksek dereceli tümör, kas doku izlenmemesi) 72 hasta çalışmaya dâhil edildi. Re-TUR işlemi monopolar (M-ReTUR-M) ve bipolar (B-ReTUR-M) rezektoskopla yapılanlar olmak üzere hastalar iki gruba randomize edildi. Her iki grup arasındaki postoperatif 30. güne kadar gelişen komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre karşılaştırıldı.

BULGULAR: İnkomplet rezeksiyon yapılan hastalar dışlandıktan sonra M-ReTUR-M grubunda n=42 hasta ve B-ReTUR-M grubunda n=30 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri ve peroperatif verileri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo-1). Re-TUR'a kadar geçen süre M-ReTUR-M grubunda 39.55±13.24 gün iken B-ReTUR-M grubunda 40.27±12.8 gündü (p=0.818). Her iki grup arasında tümör karakteristikleri açısından tümör derecesi haricinde farklılık saptanmadı (Tablo-2). Postoperatif 30. güne kadar toplam 15 hastada komplikasyon gelişti. Gelişen komplikasyon oranlarının her iki grupta benzer olduğu bulundu (Tablo-3). Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildiğinde evre 1 komplikasyon oranları M-ReTUR-M grubunda %4,8 iken, B-ReTUR-M grubunda %10 (p=0,342); evre 2 komplikasyon oranları ise sırasıyla %14,3 ve %13,3 oranında tespit edildi (p=0,596). Her iki grupta Evre 3-5 komplikasyon izlenmedi. (Tablo-3).

SONUÇ: Monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyon ile Re-TUR yapılan hastalarda Clavien-Dindo sınıflamasına göre postoperatif 30. güne kadar olan komplikasyonlar açısından farklılık yoktur. Re-TUR komplikasyonlarını derecelendirmek için Clavien-Dindo sınıflandırması kolay uygulanabilir bir sistemdir.

Anahtar Kelimeler: Re-TUR, monopolar, bipolar, komplikasyon, Clavien-Dindo

Tablo 1

	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
Cinsiyet (n,%) Kadın Erkek	 5 (11,9) 37 (88,1)	 4 (13,3) 26 (86,7)	0.857*
Yaş (yıl) (ort±ss)	65.4±7.81	66.4±10,09	0.639**
VKİ (kg/m2) (ort±ss)	26.94±5,01	27,11±4.08	0.881**
ASA skoru (n,%) 1 2 3	 1 (2,4) 33 (78,6) 8 (19)	 1 (3,3) 21 (70) 8 (26,7)	0.710*
Re-TUR'a kadar geçen süre (gün) (ort±ss)	39.55±13.24	40.27±12.8	0.818**

*Tablo-1: Hastaların demografik ve peroperatif verilerin karşılaştırılması (VKİ: Vücut kitle indeksi, *Ki kare, **Student-t testi)*

Tablo 2

	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
Önceki tümör boyutu (cm) (ort±ss)	3.75±2.72	4.67±2.94	0.164*
Önceki tümör sayısı (n) (ort±ss)	2.5±3.1	2.17±1.72	0.956*
Önceki tümör evresi (n,%) Ta T1	 6 (14,3) 36 (85,7)	 2 (6,7) 28 (93,3)	0.455**
Önceki tümör derecesi (n,%) Düşük Yüksek	 24 (57,2) 18 (42,9)	 9 (30) 21 (70)	0.023***
Önceki erken postoperatif intravezikal kemoterapi (n,%)	18 (42,9)	13 (43,3)	0.968***
Adjuvan intravezikal kemo/immünoterapi (n,%)	25 (59,5)	15 (50)	0.423***

*Tablo-2: Gruplar arasında tümör özellikleri ve histopatolojik sınıflamaların karşılaştırılması (*Mann Whitney U, **Fisher's Exact Test, ***Ki-Kare)*

Tablo 3

Evre	Komplikasyonlar (n,%)	M-ReTUR-M (N:42)	B-ReTUR-M (N:30)	p
0	Toplam: 57 (%79,2)	34 (%81)	23 (%76,7)	0,659*
1	Geçici Hematüri Geçici kreatinin yüksekliği Koagulum veya bayt ile sondanın tıkanması Toplam: 5 (%6,9)	- 1 (%2,4) 1 (%2,4) 2 (%4,8)	1 (%3,3) 2 (%6,7) - 3 (%10)	0,342**
2	Antibiyotik değişimi yapılan ateşli idrar yolu enfeksiyonu Kan transfüzyonu gerektiren hematüri Toplam: 10 (%13,9)	6 (%14,3) - 6 (%14,3)	3 (%10) 1 (%13,3) 4 (%13,3)	0,596**
3a		-	-	-
3b		-	-	-
4a		-	-	-
4b		-	-	-
5		-	-	-

*Tablo 3: Gruplar arasında TUR komplikasyonlarının Clavien-Dindo sınıflamasına göre karşılaştırılması (*Ki kare, **Fisher's Exact Test)*

SS-106

Mesane Tümörü Nedeniyle Transüretral Rezeksiyon Yapılan Hastalarda Kas Örnekleme Açısından Monopolar ve Bipolar Rezeksiyonun Karşılaştırılması

Mehmet Erhan Aydın, Deniz Bolat, Serkan Yarımoğlu, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada mesane tümörü nedeniyle monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyon (TUR) yapılan hastaların patoloji incelemesinde muscularis propria tabakasının varlığının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Şubat 2015-Kasım 2018 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle komplet TUR-MT yapılan 435 hasta çalışmaya alındı. TUR işlemi monopolar (M-TUR-M) ve bipolar (B-TUR-M) rezektoskopla yapılanlar olmak üzere hastalar iki gruba randomize edildi. Gruplar tümör boyutu, tümör sayısı, operasyon süresi, tümör evresi, tümör derecesi, koter artefaktı varlığı ve kas doku örnekleme açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: İnkomplet rezeksiyon yapılan hastalar dışlandıktan sonra M-TUR-M grubunda n=219 hasta ve B-TUR-M grubunda n=216 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri ve peroperatif verileri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo-1). B-TUR-M grubunda M-TUR-M grubuna kıyasla tümör boyutunun daha büyük ve daha ileri evreli olduğu bulundu (sırasıyla p=0,001 ve p=0,006). B-TUR-M grubunda operasyon süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğu gözlendi (28,92±17,48 ve 35,18±18,24; p<0,001). Her iki grup arasında koter artefaktı (%8.7 ve %5.6; p=0,206) ve kas doku örnekleme (%61,4 ve %61,6; p=0,506) açısından anlamlı fark görülmedi (Tablo-2).

SONUÇ: Mesane tümörü nedeniyle komplet rezeksiyon yapılan hastalarda koter artefaktı varlığı ve kas doku örnekleme açısından monopolar ve bipolar rezeksiyonun birbirine üstünlüğü yoktur. Operatörün tercihi ve tecrübesine göre iki teknik de kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: mesane tümörü, komplet, rezeksiyon, monopolar, bipolar, kas örnekleme

Tablo 1

	M-TUR-M (N:219)	B-TUR-M (N:216)	p
Cinsiyet (n,%) Erkek Kadın	 186 (%84,9) 33 (%15,1)	 182 (%84,3) 34 (%15,7)	0,846*
Yaş (yıl) (ort±ss)	67,21±9,9	68,19±9,9	0,408**
VKİ (kg/m2) (ort±ss)	26,35±4,72	26,26±4,13	0,987**
ASA skoru (n,%) 1 2 3 4	 13 (%5,9) 137 (%62,6) 67 (%30,6) 2 (%0,9)	 9 (%4,2) 143 (%66,2) 62 (%28,7) 2 (%0,9)	0,794*

*Tablo-1: Hastaların demografik ve peroperatif verilerin karşılaştırılması (VKİ: Vücut kitle indeksi, *Ki Kare, **Mann Whitney U)*

Tablo 2

	M-TUR-M (N:219)	B-TUR-M (N:216)	p
Tümör boyutu (cm) (ort±ss)	2,89±2,28	4,06±3,33	0,001*
Tümör sayısı (n) (ort±ss)	2,43±2,32	2,87±3,22	0,131*
Operasyon süresi(dk) (ort±ss)	28,92±17,48	35,18±18,24	<0,001*
Tümör evresi (n,%) Ta T1 T2 T3	 129 (58,9) 73 (33,3) 14 (6,4) 3 (1,4)	 104 (48,1) 81 (37,5) 31 (14,4) -	0,006**
Tümör derecesi (n,%) DMPÜN Düşük Yüksek	 10 (4,6) 156 (71,2) 53 (24,2)	 10 (4,6) 133 (61,6) 73 (33,8)	0,083**
Ciddi koter artefaktı (n,%)	19 (8,7)	12 (5,6)	0,206**
Kas doku örnekleme (n,%)	134 (61,2)	133 (61,6)	0,506**

*Tablo-2: Gruplar arasında tümör özellikleri ve histopatolojik sınıflamaların karşılaştırılması (DMPÜN: düşük malignite potansiyelli ürotelyal neoplazi, *Mann Whitney U, **Ki Kare)*

SS-107

Obturator Sinir Bloğu Altında Monopolar ve Bipolar TUR-MT Tekniklerinin Peroperatif Komplikasyonlar ve Erken Postoperatif Parametreler Üzerine Etkisi: Prospektif, Randomize Çalışmanın Erken Dönem Sonuçları

Serkan Yarımoğlu, Deniz Bolat, Mehmet Erhan Aydın, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada mesane kanseri nedeniyle, obturator sinir bloğu altında monopolar ve bipolar TUR-MT yapılan hastalarda peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif parametrelerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Şubat 2015-Ocak 2019 tarihleri arasında obturator sinir bloğu yapıldıktan sonra komplet TUR-MT yapılan 73 hasta çalışmaya alındı. Hastalar, TUR işlemi monopolar rezeksiyon (M-TURMT) ile yapılanlar ve bipolar rezeksiyon ile yapılanlar (B-TURMT) olmak üzere iki gruba randomize edilerek ayrıldılar. Gruplar patoloji verileri, kas örnekleme, peroperatif ve erken postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırılarak değerlendirildi.

BULGULAR: M-TURMT yapılan n=36 hasta ve B-TURMT yapılan n=37 hasta çalışmaya alındı. Demografik özellikler ve peroperatif veriler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo-1). Tümör boyutunun B-TURMT grubunda, M-TURMT grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlendi (sırasıyla 5,24±3,1 cm ve 3,81±2,33 cm; p=0,037).Diğer patolojik veriler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo-2). Peroperatif komplikasyonlardan obturator atım M-TURMT'de 2 (%5,6) hastada görülürken, B-TURMT'deki hastalarda izlenmedi.Mesane perforasyonu her iki grupta da görülmedi. Operasyon süresi B-TURMT'de M-TURMT'ye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla 38,51±15,08 dk ve 34,31±23,12 dk; p=0,045). Kateterizasyon süresi ve yatış süresi de B-TURMT'de daha yüksek bulunsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla p=0,061 ve p=0,111). Diğer peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif sonuçlar açısından gruplar arasında anlamlı derecede farklılık saptanmadı (Tablo-3).

SONUÇ: Obturator sinir bloğu altında monopolar ve bipolar komplet TUR-MT yapılan hastalarda rezektoskop tipine göre peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif parametreler açısından farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda B-TURBT grubunda operasyon süresinin daha uzun olduğu bulunmuş olup bunun o gruptaki tümör yükünün daha yüksek olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamız hala devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: mesane tümörü, TUR-MT, monopolar, bipolar, obturator sinir bloğu

Tablo 1

	M-TURMT (N:36)	B-TURMT (N:37)	p
Cinsiyet (n,%) Kadın Erkek	4 (%11,1) 32 (%88,9)	4 (%10,8) 33 (%89,2)	0,629*
Yaş (yıl) (ort±ss)	68,11±10,4	68,11±10,18	0,410***
VKİ (kg/m2) (ort±ss)	26,53±4,62	26,65±4,87	0,921**
ASA skoru (n,%) 1 2 3 4	2 (%5,6) 24 (%66,7) 10 (%27,8) -	2 (%5,4) 25 (%67,6) 9 (%24,3) 1 (%2,7)	0,787*

*Tablo-1: Hastaların demografik ve peroperatif verilerin karşılaştırılması (VKİ: Vücut kitle indeksi, *Fisher's Exact Test, **Ki Kare, ***Student-t testi, ****Mann Whitney U)*

Tablo 2

	M-TURMT (N:36)	B-TURMT (N:37)	p
Tümör boyutu (cm) (ort±ss)	3,81±2,33	5,24±3,1	0,037*
Tümör sayısı (n) (ort±ss)	1,78±1,17	2,38±2,33	0,505*
Tümör evresi (n,%) Ta T1 T2 T3	15 (41,7) 17 (47,2) 3 (8,3) 1 (2,8)	14 (37,8) 17 (45,9) 6 (16,2) -	0,568**
Tümör derecesi (n,%) DMPÜN Düşük Yüksek	- 25 (69,4) 11 (30,6)	1 (2,7) 20 (54,1) 16 (43,2)	0,291**
Kas doku örnekleme (n,%)	24 (66,7)	23 (62,2)	0,688**

*Tablo-2: Gruplar arasında tümör özellikleri ve histopatolojik sınıflamaların karşılaştırılması (DMPÜN: Düşük Maling Potansiyelli Ürotelyal Neoplazi, *Mann Whitney U, **Ki kare)*

Tablo 3

	M-TURMT (N:36)	B-TURMT (N:37)	p
Obturator atım (n,%)	2 (5,6)	-	0,240*
Mesane perforasyonu (n,%)	-	-	-
Hemoglobin seviyesinde değişiklik (n,%)	-0,631±0,62	-0,562±1,06	0,550**
Re-koagülasyon oranı (n,%)	1 (2,8)	-	0,493*
Kan transfüzyon oranı (n,%)	1 (2,8)	-	0,493*
Ciddi koter artefaktı (n,%)	5 (13,9)	1 (2,7)	0,093*
Kataterizasyon süresi (gün) (ort±ss)	3,19±2,28	5,05±5,85	0,061**
Yatış süresi (gün) (ort±ss)	1,94±1,09	3,08±4,73	0,111**
Operasyon süresi(dk) (ort±ss)	34,31±23,12	38,51±15,08	0,045**

*Tablo-3: Gruplar arasında peroperatif komplikasyonlar ve erken postoperatif parametrelerin karşılaştırılması (*Fisher's Exact Test, **Mann Whitney U)*

SS-108

Laparoskopik Radikal Prostatektomi Kişisel Öğrenme Eğrisine Vaka Sayılarının Etkisi Nedir?

Hakan Akdere, Mehmet Gürkan Arıkan, Ozan Ataçer, Tevfik Aktoz

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D.

Ardışık olarak 2014 Ağustos-2018 Ekim arasında asendan Laparoskopik Radikal Prostatektomi (LRP) (Heilbronn Tekniği) ile tedavi edilmiş olgularımızın operasyon verileri ilk 10, 11-20 ve 21-53. vakaların öğrenme eğrisine olan etkileri; hastanede kalış süresi, kanama miktarı, operasyon süresi, onkolojik nüks, ereksiyon kalitesi, kateterizasyon süresi, majör komplikasyonlar ve inkontinans değerleri göz önüne alınarak değerlendirildi. Klinik olarak organa sınırlı prostat kanseri belirlenen 53 hastaya (ortalama yaş 62 yıl) asendan LRP uygulandı. Ameliyat öncesi hastanın vücut kitle indeksi, PSA değeri, transrektal ultrasonografi ile elde edilen prostat volümü, Gleason Skoru ve ameliyat öncesi hemoglobin değerleri değerlendirildi. Tüm ameliyatlar aynı ekip ve cerrah tarafından yapıldı. Hastaların %...'ine pelvik lenfadenektomi, % 10'sine sinir koruyucu yaklaşım uygulandı. Tüm vakaların ortalama değerleri; kan kaybı 570,2 ml, 6 gün hastanede kalış süresi,% 30 onkolojik nüks, 10 gün kateterizasyon süresi, % 85 kontinans, % 16 major komplikasyon ve sinir koruyucu cerrahi başarısı % 60 bulundu.

Sonuç olarak ilk 10 vakada onkolojij nüks hariç tüm değerler ortalamanın üzerinde yüksek ve majör komplikasyonlar bulunurken, 10-20 arasında tüm değerler ortalama değerlere yaklaşmış ama istenilen değerlere gelmemiştir, sinir koruyucu cerrahi yapılmamış, 20. Vakadan sonra sinir koruyucu cerrahi başarı ile uygulanmış ve diğer tüm cerrahi ve postop değerler ortalamaların altında kalmıştır. Açık radikal prostatektomi ve laparoskopik böbrek cerrahisi deneyimleri olan bir cerrahın ilk 10 vakadan sonra komplikasyonlar ve postop hasta konforu belirgin olarak artmakta, 20. Vakadan sonrada tüm değerler kabul edilebilir standartlara gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Radikal Prostatektomi, Prostat Kanseri

Table-1

Değişkenler	1-10. vaka	1-53. vaka	p değeri
Hastanede kalış süresi	16	6	<0.05
Kateter süresi	16	10	<0.05
Kan transfüzyonu %	20	11	<0.5
Onkolojik nüks %	45	33	>0.5
Major Komp. %	30	16	<0.5
Kontinans %	65	85	<0.5
E.D. %	64	40	<0.05

İlk 10 vaka ve Tüm Vakaların karşılaştırılması

Table-2

Değişkenler	11-20. vaka	1-53. vaka	p değeri
Hastanede kalış süresi	12	6	<0.5
Kateterizasyon süresi	16	10	<0.5
Kan transfüzyonu%	30	11	<0.5
Onkolojik nüks %	40	33	>0.5
Major komplikasyonlar %	20	16	>0.5
Kontinans %	81	85	<0.5
E.D. %	45	40	<0.5

11-20. vakalar ile toplam vakaların karşılaştırılması

Table-3

Değişkenler	21-53. vaka	1-53. vaka	p değeri
Hastanede kalış süresi	7	6	>0.5
Kateter süresi	7	10	>0.5
Kan transfüzyonu %	10	11	>0.5
Onkolojik nüks %	30	33	>0.5
Major komplikasyonlar %	16	16	>0.5
Kontinans %	90	85	>0.5
ED %	34	40	>0.05

21-53. vakalar ile toplam vakaların karşılaştırılması

SS-109

Distal Üreter Taşlarının Medikal Expulsif Tedavisinde Tadalafil ile Tamsulosinin Karşılaştırılması

Mehmet Solakhan

Bahçeşehir Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Distal üreter taşlarının medikal expulsif tedavisinde fosfodiesteraz-5 inhibitorü ve α-1 blokerin etkinliğini ve her iki ilaç arasında etkinlik yönünden fark olup olmadığını göstermektir.

MATERYAL-METOD: Toplam 117 (79 erkek, 38 kadın) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar üç grubaba ayrıldı. Grup-1 (n:41) hastalara günlük 0,4 mg tamsulosin, grup-2 (n:31) hastalara 5 mg/gün tadalafil, grup-3 (n:45) hastalarada sadece semptomatik tedavi (diklofenak 25 mg) verildi. Taş boyutu 10 mm ve altı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Üç grup arasında, taş düşürme oranı, taş düşürme zamanı, ağrı atakları, ilaçların yan etkileri, narkotik analjezik kullanım ihtiyacı değerlendirildi.

BULGULAR: Her üç grup arasında yaş, cinsiyet, kilo bakımından anlamlı fark saptanmadı. Taş düşürme oranı bakımından grup-1 (79%) ve grup-2 (81%) arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (0.744). Her iki grup kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, gruplar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı (p=0.032, p=0.025 sırasıyla). Taş expulsiyon zamanları açısından her üç grup arasında fark saptanmadı (p=0.785). Renal kolik atak sayısı açısından gruplar kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Grup-1 ve grup-2 arasında anlamlı fark saptanmaz iken (p=0.895), gruplar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı (p=0.012, p=0.02 sırasıyla). Narkotik analjezik ihtiyacı her üç grup arasında grup-2' de anlamlı derecede düşük saptandı (p=0.045). Her üç grupta da önemli bir yan etki kaydedilmedi.

SONUÇ: Tadalafil ve tamsulosin, distal üreter taşlarının expulsiyon tedavisinde benzer etkiye sahip, güvenilir, iyi tolere edilen ve düşük yan etki profiline sahip ilaçlardır. Taş düşürme oranı, taş expulsiyon zamanı, renal kolik atak sayısını bakımından tadalafil ve tamsulosin grubu arasında anlamlı fark saptanmaz iken narkotik analjezik ihtiyacı tadalafil grubunda düşük saptandı

Anahtar Kelimeler: medikal expulsif tedavi,tadalafil, tamsulosin, üreter taşı.

SS-112

Staghorn Böbrek Taşlarına Laparoskopik Yaklaşım: Klinik Deneyimimiz

Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Mustafa Karaaslan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

GİRİŞ: Son yıllarda laparoskopinin daha yaygın kullanımı ve laparoskopik deneyimin artmasıyla özellikle renal pelvisteki böbrek taşlarının laparoskopik cerrahisi perkütan nefrolitotomiye bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada staghorn böbrek taşlarına yönelik uyguladığımız laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

MATERYAL METOD: Kliniğimizde 2013-2018 yılları arasında tek cerrah tarafından gerçekleştirilen laparoskopik pyelolitotomi yapılan 25 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.Çalışmaya staghorn böbrek taşı olan 12 hasta dahil edildi.

BULGULAR: Laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi uyguladığımız 12 hastanın 8'i erkek 4 'ü kadındı.Hastaların ortalama yaşı 52,5 (30-69) idi ve 7 hastada sol, 5 hastada sağ böbrek taşına operasyon yapıldı.Hastaların 4 'ü (%33) atnalı böbrekti.Tüm vakalarda 3 port kullanıldı. Ortalama taş boyutu 4,45 cm(2,6 -8,0) olup ortalama operasyon süresi 207 dk (120-290) olarak bulundu.Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 9 gün (4-21) idi. 2 hastada (%16,6) intraoperatif kanama meydana geldi ve bu hastalarda açık prosedüre geçildi.Postoperatif dönemde ise 3 hastada(%25) idrar yolları enfeksiyonu,bu hastalardan birinde (%8,3) aynı zamanda yara yeri enfeksiyonu gelişti.1 hastada sadece yara yeri enfeksiyonu meydana geldi.1 hastada (%8,3) perirenal hematom,akciğer komplikasyonları ve üriner kaçak meydana geldi.Ayrıca 1 hastada da (%8,3) üriner kaçak tespit edildi.Postoperatif dönemde 3 hastaya (%25) kan transfüzyonu yapıldı.10 hastaya (%83,3) double-J kateter yerleştirildi.Postoperatif dönemde yapılan kontrol görüntülemelerde 9 hastanın (%75) Stone-free olduğu görüldü.Rezidü taşı kalan hastalar ESWL'ye yönlendirildi ya da fleksible üreterorenoskopi ile re-opere edildi.

SONUÇ: Laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi staghorn taşların tedavisinde deneyimli cerrahlar tarafından perkütan nefrolitotomiye alternatif olarak gerçekleştirilebilecek minimal invaziv cerrahi seçeneklerden biridir.

Anahtar Kelimeler: staghorn,laparoskopi,böbrek taşı

Resim 1

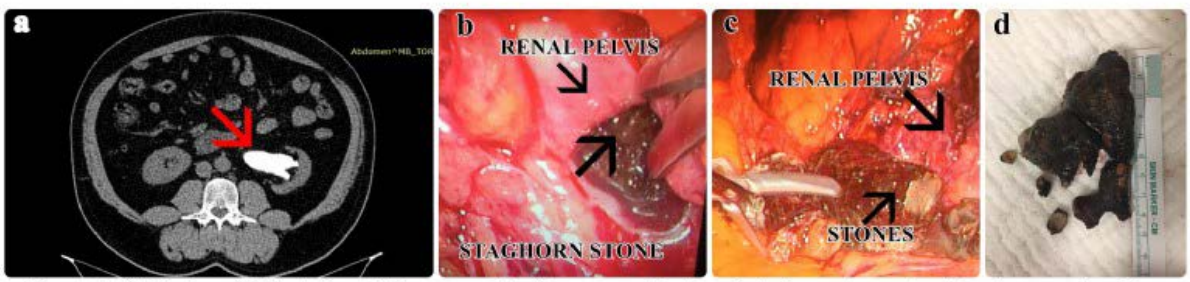


Figure 1: a) CT view of left staghorn kidney stone b-c)Laparoscopic view of staghorn stone extraction from renal pelvis d)Extracted staghorn stone pieces

Tablo 1

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	Taş boyutu (cm)	Taraf	Operasyon süresi(dk)	Yatış Süresi (gün)	Komplikasyon
1	57	E	3.85	SOL	150	7	-
2	69	K	4.5	SOL	240	4	-
3	48	E	5.36	SOL	210	6	-
4	47	K	2.63	SOL	210	7	-
5	67	K	3.7	SAĞ	240	4	-
6	32	E	2.6	SAĞ	120	21	Üriner sistem enfeksiyonu
7	68	E	4.83	SAĞ	240	15	Üriner sistem enfeksiyonu
8	30	K	4.8	SOL	120	20	Üriner sistem enfeksiyonu,üriner kaçak
9	61	E	2.95	SAĞ	260	16	Üriner sistem enfeksiyonu,yara yeri enfeksiyonu
10	45	E	5.53	SOL	260	13	Yara yeri enfeksiyonu
11	55	E	8.02	SOL	290	14	Perirenal hematom,akciğer komplikasyonları,üriner kaçak
12	52	E	3.25	SAĞ	150	6	-

Hastaların demografik ve operatif verileri

SS-113

Laparoskopik Üreterolitotomi: Tek Cerrah Deneyimi

Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Mustafa Karaaslan, Emre Uzun, Şenol Tonyalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

GİRİŞ: Üreter taşlarının tedavisinde ESWL(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)rijit üreterorenoskopi(URS),açık ve laparoskopik üreterolitotomi yer almaktadır.Ancak komplike ve büyük taşlarda ESWL ve URS'nin başarı oranı düşüktür. Laparoskopi, deneyimin artmasıyla açık üreterolitotomiye alternatif hale gelmiştir.Bu çalışmada üreter taşlarına yönelik uyguladığımız laparoskopik transperitoneal üreterolitotomi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

MATERYAL METOD: Kliniğimizde 2010-2016 yılları arasında tek cerrah tarafından gerçekleştirilen laparoskopik üreterolitotomi yapılan 22 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi ve bu hastalar çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: 22 hastanın 14'ü erkek 8 'i kadındı.Hastaların ortalama yaşı 51,2 (27-84)idi;14 (%63,6)hastada sol,8 (%36,4)hastada sağ üreter taşına operasyon yapıldı.Tüm vakalar transperitonealdi ve 3 port kullanıldı.Ortalama taş boyutu 2,32 cm(1,0 -4,8)olup taşların 19'u(%86,4) proksimal,2'si(%9,1) orta, 1'i(%4,5) distal üreter yerleşimliydi.3 hastada taşlar multiple idi.Ortalama operasyon süresi 105 dk (60-200)idi.4 (%18,2) hastaya DJ stent yerleştirildi.Ortalama tahmini kan kaybı 80 (60-150)ml'ydi.Hiçbir hastada açık prosedüre dönülmedi.Hastanede yatış süreleri ortalama 5,2 gün (3-11) idi.Preoperatif hemoglobin ve preoperatif kreatinin değerleri sırasıyla ortalama 14,4 (10,9-16,7) g/dl ve 1,04 (0,64-2,32) mg/dl olarak bulundu.Postoperatif hemoglobin ve postoperatif kreatinin değerleri ise sırasıyla 13,2 (10,1-16,1) g/dl ve 0,98 (0,66-1,4)mg/dl idi ve hemoglobindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu(p <0,005). Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmezken,postoperatif dönemde 2 (%9,1) hastada komplikasyon gelişti.Bu 2 hastada drenden ürin vasfında içerik gelmesi nedeniyle bu hastalara DJ stent yerleştirildi.1 (%4,5) hastada postoperatif kan transfüzyonu yapıldı.Stone-free oranı %95 (21/22) olarak literatürle uyumlu bulundu.

SONUÇ: Üreter taşlarının tedavisinde ilk seçenek URS veya ESWL olsa da,deneyimli cerrahlar tarafından yapılacak laparoskopik üreterolitotomi güvenli ve uygun bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: üreterolitotomi,laparoskopi,taş,üreter

Resim 1



Hastaların demografik ve operatif verileri

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	Taş boyutu (mm)	Taş Lokalizasyonu	Operasyon süresi(dk)	Yatış süresi(gün)	Komplikasyon
1	84	K	22	Sağ-prox	60	3	-
2	46	K	15	Sol-orta	75	10	Üriner kaçak
3	57	K	25	Sağ-prox	90	4	-
4	46	E	25	Sol-prox	90	8	-
5	43	E	23	Sol-prox	120	4	-
6	50	E	48	Sol-prox	150	4	-
7	54	E	40	Sağ-prox	200	8	-
8	34	E	33	Sağ-prox	110	4	-
9	65	E	34	Sol-prox	100	4	-
10	75	E	34	Sol-prox	90	4	-
11	52	K	20	Sol-prox	150	11	-
12	45	E	12	Sağ-prox	110	4	-
13	45	E	17	Sol-orta	170	6	-
14	60	E	12	Sol-prox	110	3	-
15	46	E	22	Sağ-prox	75	4	-
16	63	K	10	Sol-prox	90	4	-
17	27	E	20	Sol-distal	80	4	-
18	48	K	16	Sağ-prox	75	4	-
19	40	K	22	Sol-prox	110	5	-
20	55	E	33	Sağ-prox	110	9	Üriner kaçak
21	44	E	12	Sol-prox	75	4	-
22	49	E	16	Sol-prox	80	4	-

SS-114

Laparoskopik Nefrektomi Sonrası Perioperatif Morbiditenin Değerlendirilmesi

Bülent Çelik[1], Mehmet Yılmaz[2], Sedat Taştemur[2], Adnan Şahin[3]

[1]Erbaa Devlet Hastanesi,Üroloji Kliniği,Tokat
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara
[3]Eskişehir Şehir Hastanesi,Üroloji Kliniği,Eskişehir

GİRİŞ: Çalışmamızda transperitoneal laparoskopik nefrektomi sonrası postoperatif ağrı ve hayat kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek istedik.

MATERYAL METOD: Çalışmaya 52 hasta(33 erkek,19 kadın)dahil edildi(13 donör nefektomi,16 malignite ve 23 diğer sebepler).Preop hastaların yaş,cinsiyet,vücut kitle indeksi(VKİ),cerrahi özgeçmiş,mevcut kronik hastalıkları,nefrektomi sebebleri kaydedildi.Postop cerrahi süresi,cerrahi kanama miktarı,spesimenin çıkarılma yeri,insizyon boyutu,spesmen çıkarılma süresi,kullanılan CO2 miktarı belirlendi.Spesmen,port yeri insizyonu genişletme,gibson ya da pfannenstiel kesileri ile dışarı alındı.Postop 3.,9.,24.,72.saatte vizüel ağrı skalası(VAS) kullanılarak ağrı takip edildi.Postoperatif yatış süreleri,komplikasyonlar kaydedildi.Analjezik olarak diklofenak sodyum kullanıldı.Takip süresi ortalama 16±4.7 aydı.34 vaka sol,18 tanesi sağ idi.26 vakada port yeri genişletilerek,10 vakada gibson ve 16 vakada pfannenstiel insizyonları açılarak spesmen çıkarıldı.

BULGULAR: Ortalama yaş 51.5±16.2,VKİ 27.4±5.1,cerrahi kanama miktarı 80.1±64.8 cc,insizyon boyutu port yeri genişletilerek çıkarılanlarda 3.2±1.72 cm,gibson insizyonlarda 7.3±2.49 cm,pfannenstiel insizyonlarda ise 7.78±1.26cm;cerrahi süresi 104.9±35.6 dk;spesmenin çıkarılma süresi ise;port yeri genişletilerek uygulananlarda 10.1±7.56 dk,gibson insizyonda 8.5±2.75 dk,pfannenstiel insizyonda 9.75±5.86 dk idi.Ortalama yatış süresi port yeri genişletilerek uygulananlarda 4.0 ±2.26 gün,gibson insizyonu uygulananlarda 6.2±4.34 gün,pfannenstiel insizyonu uygulananlarda 4.12±1.62 gündü.Kullanılan CO2 gaz miktarı;port yeri genişletilerek yapılanlarda 145.5±84.7lt,gibson insizyonu uygulananlarda 124.3±47.6lt,pfannenstiel insizyonu uygulananlarda 135,7±75.2lt idi.Ortalama 201.44±196.75 mg diklofenak sodyum oral olarak uygulandı.31 vaka primerdi,21 hastanın geçirilmiş abdominal cerrahisi vardı.Cerrahi özgeçmişin,VKİ,insizyon boyutunun,insizyon yerinin,spesmen çıkarma süresinin,kullanılan gaz miktarının,kullanılan analjezik dozunun VAS skorunun zaman içindeki değişimine etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulundu(p>0.05).Cerrahi sürenin VAS skorunun zaman içindeki değişimi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.039).

SONUÇ: Postoperatif dönemde ağrıyı etkileyen en önemli faktörün uzayan cerrahi süresi olduğu görüldü.Laparoskopi,minimal invaziv,postop konforlu bir cerrahi teknik olmakla birlikte,hastalar laparoskopik cerrahi hakkında yeterli derecede bilgilendirilmeli,hasta beklentisi olması gerekenden yüksek tutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi,ağrı,nefrektomi,VAS,ağrı

Resim 1

İnsizyon yeri	VAS 3. Saat	VAS 9. Saat	VAS 24.Saat	VAS 72.Saat
Port yeri genişletilerek	2.46±2.06	2.53±2.06	1.46±1.94	0.53±0.76
Gibson	4.7±2.9	2.8±2.97	2.8±2.29	1.6±1.95
Pfannenstiel	2.5±2.47	2.5±2.12	2.18±2.25	1.18±1.51
Total	2.9±2.4	2.57±2.23	1.94±2.13	0.94±1.34

İnsizyon verlerine göre ortalama VAS skorları.

Tablo 1

İnsizyon yeri	VKİ	Cerrahi Süre(dk)	İnsizyon Boyutu(cm)	Spesmen çıkarma Süresi(dk)	Kullanılan gaz miktarı(lt)
Port yeri genişletilerek	26.6±5.3	102.5±36.6	3.2±1.72	10.1±7.56	145.5±84.7
Gibson İnsizyon	28.08±4.49	101.0±35.9	7.3±2.49	8.5±2.75	124.3±47.6
Pfannenstiel İnsizyon	28.5±5.28	111±35	7.78±1.26	9.75±3.99	135.7±75.4
Total	27.4±5.15 (p>0.05)	104±35.6 (p=0039)	5.4±2.81 (p>0.05)	9.69±5.86 (p>0.05)	138.4±75.2 (p>0.05)

Spesimen çıkarma yerinin cerrahi parametreler ile ilişkisi

SS-115

Böbrek Taşı Cerrahi Tedavisinde Retrograd İntrarenal Cerrahi ve Perkütan Nefrolitotomi Maliyetlerinin Karşılaştırılması

Şenol Tonyalı, Mehmet Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

AMAÇ: Böbrek taşlarında retrograde intrarenal cerrahi (RIRC) ve perkütan nefrolitomi (PNL) tedavilerinin maliyetlerini karşılaştırmak.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 1.5 cm üzerindeki böbrek taşı nedeniyle RIRC veya PNL operasyonu geçiren hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. İncelenen parametreler hastaların demografik bilgileri, taş özellikleri, operasyon tipi ve adedi, post-operatif komplikasyon, transfüzyon gereksinimi ve antibiyotik kullanımı, hastanede yatış süresi ve tedavi maliyetini içeriyor idi.

BULGULAR: Çalışmaya 54 RIRC ve 54 PNL hastası olmak üzere toplam 108 hasta dahil edildi. Hastaların 71'i erkek iken 37'si kadın idi. RIRC hastaların ortalama taş boyutu 1.9±0.4 cm idi. Ortalama hastanede yatış süresi RIRC hastalarında 1.4 gün, PNL hastalarında 4.4 gün olmakla beraber PNL hastalarında anlamlı yüksek idi ($p<0.001$). Post-operatif transfüzyon gereksinimi PNL hastalarında anlamlı olarak yüksek iken ($p=0.027$), post-operatif antibiyotik kullanımı her iki hasta grubunda benzer idi ($p=0.113$). RIRC hastalarının stone-free olması için gereken ortalama operasyon sayısı 1.24±0.43 idi. Ekipman maliyeti hariç tutulduğunda bir RIRC hastasının stone free olma maliyeti ortalama 1896±980 TL iken PNL hastasınınki 2759±169 TL idi ($p<0.001$). Ekipman maliyeti eklendiğinde RIRC hastası maliyeti ortalama 2896±980 TL iken PNL hastasının maliyeti ise 3409±169 TL idi.

SONUÇ: RIRC ve PNL böbrek taşı tedavisinde güncel yöntemlerdir. RIRC, PNL'ye göre daha minimal invazif olması ile ön plana çıkmaktadır. Fakat RIRC'de taş boyutu büyüdükçe taşşsızlık elde etmek için gereken operasyon sayısı da artmaktadır. Fleksible sistoskop maliyetleri eklendiğinde dahi RIRC PNL'den daha ucuz bir tedavi maliyetine sahiptir.

Anahtar Kelimeler: PNL,RIRS,maliyet,taş,endoskopi

Tablo 1

	RIRC	PNL	P değeri
Yaş (yıl)	48.6±12.3	50.8±11.9	0.336
Ortalama Hastanede Kalış (gün)	1.4	4.4	<0.001
Postoperatif Tranfüzyon İhtiyacı (n=)	0	6 (%11.1)	<0.001
Postoperatif Antibiyotik İhtiyacı (n=)	1	6	0.113
Tedavi maliyeti (TL)	2896±980	3409±169	<0.001

RIRC ve PNL hastalarının karşılaştırılması

SS-116

Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sonrası Cinsel Yaşamın Seksüel Yaşam Kalitesi Ölçeği (SQoL) ile Değerlendirilmesi

Sedat Taştemur, Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Yusuf Kasap

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

Bu çalışmada benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle yapılan TUR-P operasyonunun cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkilerini Seksüel Yaşam Kalitesi Ölçeği(SQoL-M) ile değerlendirmeyi amaçladık.

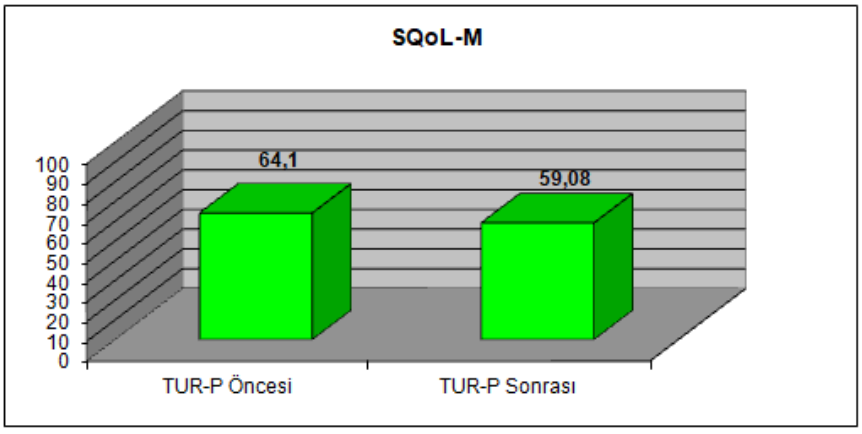
Üroloji kliniğimizde BPH tanısıyla TUR-P operasyonu yapılmak üzere yatırılan 56 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastaların operasyon öncesi IIEF-5 skoru ortalaması 15,2±7,4 iken,operasyon sonrası ise IIEF-5 skoru ortalaması 14,1±8,4 olarak saptandı.Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı(p>0,05) bulunmadı.TUR-P yapılan hastaların operasyon öncesi SQoL-M skoru ortalaması 64,1 ± 31,operasyon sonrası ise SQoL-M(Erkek)skoru ortalaması 59,08 ± 31,9 olarak saptandı(Resim 1).Bu fark istatistiksel olarak anlamlı (p>0,05) bulunmadı(Tablo 1).Hastaların operasyon öncesi IPSS skoru ortalaması 22±7,3,operasyon sonrası ise 4,6 ± 4,3 olarak saptandı.Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001) bulundu. Operasyon öncesinde transabdominal ultrasonografi ile ölçülen PVR değerleri ortalaması 110,2 ± 106,2 cc iken,operasyon sonrası PVR değerleri ortalaması 34,4 ± 36 cc idi.Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001) bulundu.Operasyon öncesi yapılan üroflowmetri tekiklerinde Qmax ortalaması 9,4 ± 3,5 ml/sn olarak saptandı. Operasyon sonrası yapılan üroflowmetri tekiklerinde ise Qmax ortalaması 19,1 ± 6,2 ml/sn idi.Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001) bulundu.

Çalışmamız geniş bir hasta grubunu içermemekle birlikte TUR-P sonrasında IIEF-5 ve SQoL-M skorlarında azalma olmasına rağmen,istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı görüldü.Daha fazla sayıda hasta içeren ve daha fazla merkezde yapılacak çalışmalar ile TUR-P operasyonun cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkileri üzerinde daha net veriler elde edilebilir. Buna bağlı olarak da hastalar operasyonun sonuçları hakkında daha iyi bilgilendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: seksüel disfonksiyon,transuretral prostat rezeksiyonu,IIEF,seksüel hayat kalitesi

Resim 1



Tablo 1

Değerlendirilen parametreler	TUR-P öncesi (Ortalama±Standart Sapma)	TUR-P sonrası (Ortalama±Standart Sapma)	p değeri
IIEF-5 skoru	15,232±7,463	14,196±8,428	p=0,242
SQoL-M skoru	64,107±31,931	59,089±31,970	p=0,150
IPSS skoru	22,017±7,302	4,625±4,379	p<0,001
PVR (ml)	110,214±106,232	34,418±36,008	p<0,001
Q max (ml/sn)	9,428±3,536	19,160±6,271	p<0,001
Q ort (ml/sn)	4,482±1,716	9,821±3,804	p<0,001

SS-117

Mesane Tümörlerinde Transüretral Rezeksiyon (TUR-t) Patoloji Sonucu ile Biyokimyasal Parametreler Arasındaki İlişki

Mehmet Yilmaz, Yusuf Şahin, Abdulkadir Zengin, Serhat Süzan, Gökhan Çil, Aykut Çolakerol, Emrah Yürük, İsmail Ulus

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar SUAM, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Mesane tümörleri ürogenital sistemin en sık görülen kanseri olup büyük çoğunluğu endoürolojik yaklaşımla tanı ve tedavi imkanına sahiptir. Kompleks tanı ve tedavi parametrelerinin yanısıra preop her hastanın basit hematolojik ve biyokimyasal parametreleri elde edilmektedir. Bunlardan AST/ALT oranı (De Ritis ratio) ile birçok malignitenin yakın ilişkisi literatürde tartışılmıştır. Bizde çalışmamızda mesane tümör patolojisi ile De Ritis ratio arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde Ocak 2013-Aralık 2018 yılları arasında primer mesane tümörü tanısı ile TUR-t işlemi yapılan 209 hastanın patoloji sonuçları ile preoperatif kan değerlerini (De Ritis Ratio) retrospektif olarak inceledik. Aynı dönemde tarama amaçli hastanemize başvuran sağlıklı bireylerin kan değerleri de kontrol grubu olarak alındı. Bu parametrelere yaş, meslek, statin kullanımı, sigara bağımlılığı gibi diğer faktörler de eklenerek istatistiki analiz yapıldı.

SONUÇ: Hastalar Kontrol grubu ve patoloji sonucuna göre Ta, T1 ve T2 olarak 4 gruba ayrıldı. Tümör varlığı ile yaş ve deRitis ratio arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla P<0,001 ve P: 0,07). De Ritis ratio ile Tümör grade ve CIS varlığı açısından istatistiksel anlamlılık saptandı. Alt grup analizinde De Ritis ratio ile t1 ve t2 grupları arasında anlamlı fark saptanmazen, ta-t1; ta-t2 arasında istatistiki anlamlılık saptandı(sırasıyla P:0,07 ve P<0,001).

Regresyon analizi ile de De ritis ratio nun tümör grade ni belirlemede bağımsız prediktif değeri olduğunu saptadık (P <0,05, OR: 17,533226).

Primer mesane tümörlü hastalarda DeRitis ratio ile patoloji sonucu arasında ilişki olduğu ve bu parametre ile yüksek risli hastayı tahmin etme ve ek tedavi gerekliliğini belirlemede kullanılabilirliğini ortaya koyduk.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, AST, ALT, De Ritis ratio, CIS

Tablo

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TümörVarYok * Cinsiyet: E:1, K:2	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * Pato; ta:0 t1:1 t2:2 tm yok:3 Pr CIS:4	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * Pato: DMPUN:0 Low grade:1 High grade:2 hiçbiri:3	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * Histoloji: Yok:0 var:1 hiçbiri2	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * CIS: yok 0 var 1 hiçbiri2	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * ASA	333	42,5%	450	57,5%	783	100,0%
TümörVarYok * sigara(1: var 0:yok)	6	0,8%	777	99,2%	783	100,0%
TümörVarYok * alkol(0: yok 1: var)	5	0,6%	778	99,4%	783	100,0%
TümörVarYok * statin(0: yok 1:var)	6	0,8%	777	99,2%	783	100,0%
TümörVarYok * Kan Grubu; A:1 B:2 AB:3 0:0	3	0,4%	780	99,6%	783	100,0%
TümörVarYok * Komorbidite; DM:1 HT:2 KAH:3 KOAH:4 SVO:5	5	0,6%	778	99,4%	783	100,0%

SS-118

Robotik Yardımlı Radikal Prostatektomi (RARP) Sonrası Hem-o-lok® Klipsinin(HOLCs) Mesaneye Göçü

Mehmet Yilmaz, Atilla Semercioöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar SUAM, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Robotik yardımlı radikal prostatektomi (RARP) sonrası Hem-o-lok® klipsinin(HOLCs) mesaneye göçü nadir görülen bir olgudur, klinikte mesanede yabancı cisim, taş oluşumu, hematüri ve ya sadece AÜSS şeklinde görülebilir. Hastaların işeme alışkanlığındaki radikal değişimin ve RT gibi prosedürlerin bulguları perdeleyebileceği akılda tutulmalıdır.

AMAÇ: RARP yapılan olguda gelişen mesane boynu darlığı ve Hem-o-lok klips göçünün sunulması.

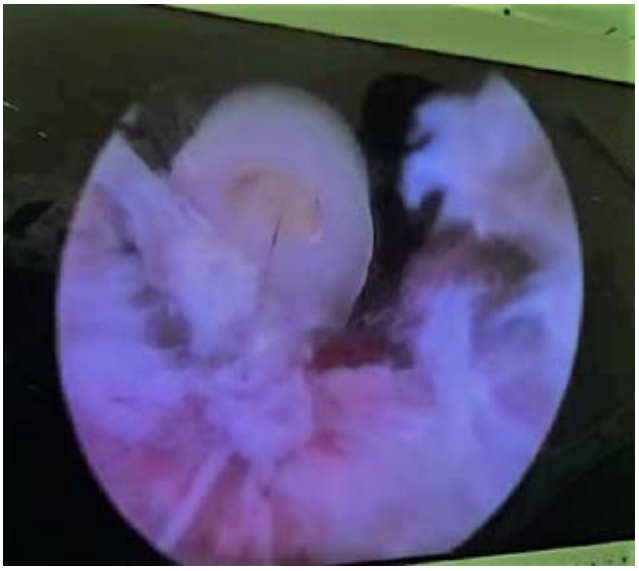
OLGU: 72 yaşında erkek hastaya PSA yüksekliği (9 ng/ml) nedenli yapılan biyopsi 2 odak Gl 4+4 Adeno Ca saptandı. Ağustos 2018 tarihinde RARP yapıldı. İşlem esnasında kanama kontrolü için çeşitli sütürler ve metal klipsler yanısıra HOLCs kullanıldı. Prosedür sorunsuz olarak tamamlanana hastanın cerrahi patolojisi pT3a, Gl 4+3 olarak geldi. 1 ay sonra başlayan RT işlemi ile prostat lojuna 64.8 Gy/ 36 fr yapıldı. Tüm prosedürler sonrası PSA 0,02 ng/ml ve hasta kontinan olup herhangi bir işeme disfonksiyonu saptanmadı.

Son 1 aydır gelişen dizüri, pollaküri ve noktüri şikayetleri nedenli yapılan idrar kültürü negatif olup FM de rölatif mea darlığı ile üroflowmetrisinde darlık trasesi saptandı. Hastanın postoperatif 3. ay kesitsel görüntülemelerinde mesane boynunda patoloji saptanmadı. Hastaya GAA üretroskopi planlandı. Mea dilatasyonu ve mesane boynu kontraktürü için rezeksiyonu takiben veziko-üretral anastomoz bölgesinde saptanan Hem-o-lok klips yabancı cisim forcepsi ile dışarı alındı. Postoperatif 15. gün kontrollerinde hastanın işeme disfonksiyonu düzelmiş saptandı.

SONUÇ: Robotik ve laparoskopik prostat cerrahisinde kullanılan HOLCs mesaneye göçü postoperatif erken veya geç dönemde ve de vezikoüretral anastomoza olan mesafeden bağımsız olarak gerçekleşebilmektedir. Klinik yansıması mesane taşı, mesane boynu kontraktüri, hematüri şeklinde olabileceği gibi özellikle radyoterapi sonrası gelişebilecek alt üriner sistem semptomları ile de hastanın bize başvurabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Robot yardımlı radikal prostatektomi, Hem-o-lok® klips(HOLCs), mesane boynu kontraktürü

Hem-o-lok® klips



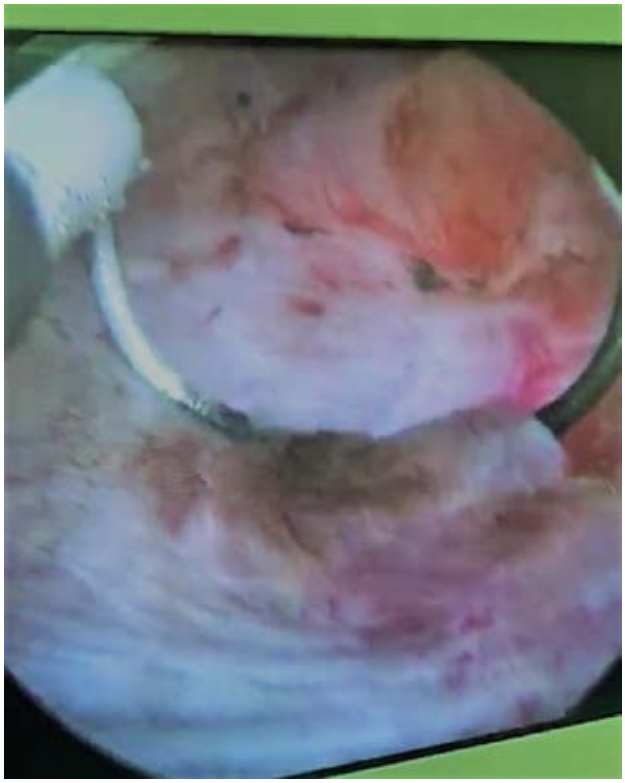
Mesane üretra anastomoz bölgesine göç etmiş Hem-o-lok® klips(HOLCs)

Hem-o-lok® klips(HOLCs)



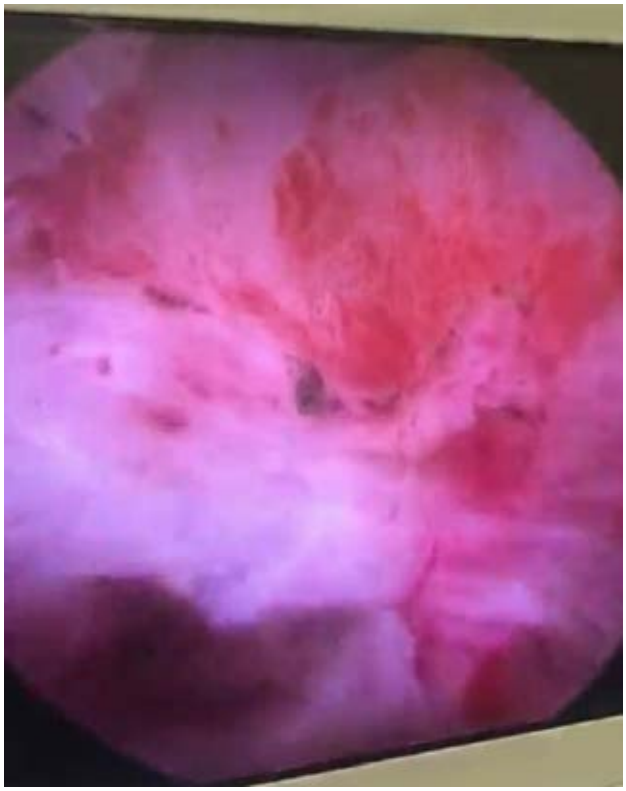
Çıkarılan Hem-o-lok® klips(HOLCs)

Mesane boynu rezeksiyonu



Rezeke edilen mesane boynu

Rezeke edilen mesane boynu



Çıkarılan klips sonrası mesane boynu

SS-119

Daha Önce Açık Taş Cerrahisi Geçiren Hastalarda Perkütan Nefrolitotomi: Başarı azalıyor mu?

Mehmet Zeynel Keskin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Açık taş cerrahisi öyküsünün, perkütan taş cerrahisinin başarısına etkisinin araştırılması.

Gereç ve Yöntemler: 2010-2019 yılları arasında kliniğimizde perkütan nefrolitotomi (PCNL) yapılan hastalarda retrospektif olarak veri incelemesi yapıldı. PCNL yapılan ve aynı taraftan daha önce açık nefrolitotomi/pyelolitotomi operasyon öyküsü olmayan 128 hasta grup 1 ve açık taş cerrahisi öyküsü olan 128 hasta ise grup 2 olarak belirlendi. Post-operatif birinci ay bilgisayarlı tomografide klinik anlamsız rezidü (<4mm rezidü çapı) kalan hastalar başarılı grup, ≥4mm rezidüsü olan hastalar ise başarısız grup olarak değerlendirildi. Gruplar arasındaki 2x2 istatistiksel ilişki ki-kare testi analiz edildi. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Kontrol grubundaki ortalama rezidü boyutu ve başarı yüzdesi sırasıyla 2.36 ± 1.85 mm ve %80.4, açık cerrahi grubunda ise aynı parametrelerin değerleri sırasıyla 2.44 ± 1.75 mm ve %75.7 idi. Cerrahi ve başarı gruplarının 2x2 ki-kare testi ile analizinde ise açık cerrahi öyküsünün başarıyı etkilemediği saptandı (p=0.450) (Tablo1).

Tartışma ve Sonuç: Her ne kadar literatüre göre açık taş cerrahisi öyküsünün PCNL başarısını olumsuz yönde etkilediğini belirten çalışmalar olsa da, bizim çalışmamızda açık taş cerrahisinin; sonrasında yapılacak PCNL başarısını etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Perkütan Nefrolitotomi, Açık Taş Cerrahisi, Başarı Oranı

Tablo 1. Cerrahi Gruplarına Göre Rezidü Taş Hacminin Değerlendirilmesi ve İstatistik Sonuçları

		Açık Taş Cerrahisi Öyküsü Grup (kişi sayısı)		Toplam
		Grup 1 (Açık Cerrahi Öyküsü Olmayan) (Kontrol) (Ort. Rezidü: 2.36 ± 1.85 mm) (Başarı Oranı: %80.4)	Grup 2 (Açık Cerrahi Öyküsü Olan) (Ort. Rezidü: 2.44 ± 1.75 mm) (Başarı Oranı: %75.7)	
Başarı (kişi sayısı)	Klinik Anlamlı Rezidü (Başarısız) (≥4mm)	25	31	56
	Klinik Anlamsız Rezidü (Başarılı) (<4mm)	103	97	200
Toplam		128	128	256

Ki-kare p=0.450

SS-120

Frequency of Haemostatic Agents Used During Partial Nephrectomy

Erdem Kisa, Mehmet Zeynel Keskin, Yusuf Özlem İlbey

Department of Urology, Tepecik Training and Research Hospital, Izmir, Turkey

INTRODUCTION: Partial nephrectomy (PN) surgery is favored for management of T1 renal masses when technically feasible. Bleeding is a major concern after PN. In recent years, hemostatic agents (HAs) are used more commonly as an adjuvant to suturing during PN. In this study, we investigated the frequency and distribution of HAs used during PN.

MATERIAL-METHODS: The records of 89 patients who had undergone PN operation in our clinic due to renal mass between January 2013 and December 2018 were retrospectively reviewed. The use of HAs; the tumor cavity was filled with either cellulose-based agent (Surgicel®), gelatin-based sponge (Spongostan®), fibrin sealant (Tachosil®) or autologous perirenal fat, based on the surgeon's choice and the size of the cavity. The polytetrafluoroethylene (PTFE) (PLEDGETS®) was used during the renal parenchymal approximation to prevent sutures from tearing the parenchyma. In addition, Weck Hem-O-lock clips were used during the suturing and parenchymal approximation in the LPN. Either hemostatic powder (Bloodcare powder®) or adhesive (Bioglue®) was used on the renography area.

RESULTS: Our study included 80 (89.8%) patients who were administered one or more HAs during the PN operation. The demographic characteristics and operative data of the patients are summarized in Table 1. The type and distribution of HAs used during the PN operation of the patients are summarized in Table 2. Surgicel® is the most commonly used HA during the PN operation.

CONCLUSION: The most important stage of PN is the hemostasis, and HAs are frequently used worldwide and in our clinic to achieve hemostasis.

Keywords: partial nephrectomy, hemostatic agents, renal cell carcinom

Table 1

Number of patients	80
Medyan age, years (min-max.)	61 (26-79)
Mean ± SD	58.8 ± 13.2
Sex	
Male/ Female	44/36
Operation side	
Right/ Left	34/46
Renal tumor location	
Upper pole	17 (21.2%)
Mid pole	30 (37.5%)
Lower pole	33 (41.2%)
Median preoperative renal tumor size, cm (min-max.)	3.5 (1-15)
Mean ± SD	4.2 ± 2.2
Operation type	
Open/Laparoscopic	72/8
Median operative time, min. (min-max)	110 (70-320)
Mean ± SD	125.1 ± 46.8
Median ischemia time, min. (min-max)	12 (0-45)
Mean ± SD	12.5 ± 11.3
Median hospitalization time, day, (min-max)	3 (2-14)
Mean ± SD	3.8 ± 2
Pathology	
Bening	16 (20%)
- Onkositom	7 (8.7%)
- Anjiomyelipom	3 (3.7%)
- Simple Cyst	1 (1.2%)
- Chronic Pyelonephrit	3 (3.7%)
- Cyst hydatic	2 (2.5%)
Malignant	64 (80%)
- Clear cell type	39 (48.7%)
- Papillary type1	8 (10%)
- Papillary type2	2 (2.5%)
- Chromophobe type	11 (13.7%)
- Multiokuler cystic type	3 (3.7%)
- Undefined	1 (1.2%)

Patients characteristics

Table 2

Hemostatic agents	N, (%)
- Fibrin sealant (Tachosil®)	3 (3.7 %)
- Cellulose based agents (Surgicel®)	59 (73.7%)
- Gelatin based sponge (Spongostan®)	11 (13.7%)
- Adhesives (Bioglue®)	16 (20%)
- Hemostatic powder (Bloodcare powder®)	17 (21.2%)
- Autologous perirenal fat	17 (21.2%)
- Hemo clips	7 (8.7%)
- Metalic clip	8 (10%)
- PTFE pledgets (PLEDGETS®)	26 (32.5%)

Patients and hemostatic agents used

SS-122

Tekrarlayan ESWL Tedavisinde Ağrının Değerlendirilmesi

Muhammet Fuat Özcan[1], Murat Keske[2], Ayşe Nur Özcan[3], Davut Kamacı[1], Kemal Ener[4], Serkan Altınova[5], Ziya Akbulut[6]

[1]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri,Türkiye
[3]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[4]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[5]Liv Hospital, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[6]Medipol Üniversite Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Ürolitiazis nedeniyle 3 kez beden dışından şok dalgaları ile taş kırma (ESWL) uygulanan hastaların işlem esnasında hissettikleri ağrının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ürolitiazis nedeniyle 3 kez ESWL uygulanan 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Renal ve üst üreter taşları için ESWL uygulandı. Analjezik kullanım öyküsü, Diabetes mellitus, peptik ülseri, üreteral kateteri, taş distalinde anatomik obstrüksiyon olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların ağrı değerlendirmesi ESWL sonrası vizüel analog ağrı skalası (VAS) ile yapıldı. VAS ile değerlendirme 0-10 arası puan verilerek yapıldı.

BULGULAR: ESWL uygulanan hastaların ortalama yaşı 45,3±13,2 (19-69) idi. BMI 26,3±4,3 (17,6-36,9) kg/m^2. Birinci, ikinci ve üçüncü seans ESWL sonrası hastaların ortalama VAS skorlarının sırasıyla; VAS1: 3.4±2, VAS2: 3.8±1.8, VAS3: 4.2±2 olduğu bulundu. VAS1, VAS2, VAS3 karşılaştırıldığında; VAS skorları arasında fark olmadığı saptandı (p>0.35). VAS skorunun erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0.43). Renal taşlarına uygulanan ESWL de VAS skorları üreter taşı olanlardan daha yüksek bulundu (p=0.12).

SONUÇ: Tekrarlayan ESWL de hissedilen ağrı benzerdir. Bununla birlikte cinsiyet ve taş lokalizasyonu hissedilen ağrıyı etkilemesi nedeniyle erkek hastalarda ve renal taşlarda tekrarlayan ESWL seanslarında analjezik önerilmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ESWL, Ürolitiazis, VAS.

SS-123

Klinik Evre T1 Böbrek Tümörler İçin Robotik Parsiyel Nefrektomi: 177 Hastada Hiler Klemp Uygulayarak ve Uygulamadan Edindiğimiz Tecrübemiz

Mert Kılıç[1], Ersin Köseoğlu[2], Murat Can Kiremit[2], Ömer Acar[3], Yakup Kordan[3], Abdullah Erdem Canda[3], Mevlana Derya Balbay[3], Tarık Esen[3]

[1]VKV Amerikan Hastanesi
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Robotik parsiyel nefrektomi (RAPN) sonuçlarımızı değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM: Toplam 4 cerrah tarafından yapılan 177 RAPN ameliyat verileri değerlendirildi. R.E.N.A.L. nefrometri ve PADUA skorları kesitsel görüntülemeler değerlendirilerek yapıldı. Perioperatif (0-30 gün) komplikasyonların derecelendirmesi modifiye Clavien sınıflamasına göre yapıldı. Sonuçlar retrospektif değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların 137'si erkek kalan 40 hasta ise kadındı. Renal kitlelerin 87 tanesi sol, 90 tanesi sağ böbrekte yerleşmişti. Hastaların ortalama yaşı 52, ortalama radyolojik ve patolojik kitle boyutları 30.3(10-66) mm ve 29.4(9-62) mm idi. R.E.N.A.L. nefrometri ve PADUA skorları sırası ile 5.9 ve 7.2 idi.Ortalama konsol süresi 149.5 dakika ve tahmini kanama miktarı 183.3 cc idi (Sıfır iskemi grubu 190 cc vs. Hiler klemp grubu 170 cc).Ortalama sıcak iskemi süresi 11.4(0-40) dakika idi. İntraoperatif hiçbir hastada komplikasyon saptanmadı. Perioperatif 5 hastada transfüzyon gerektiren hemoglobin düşüşü saptandı.Ortalama hastanede kalış süresi 3.5(2-7) gün idi. 84(%47) hastada hilus klemplendi. 93 (%53) hastada sıfır iskemi ile RAPN gerçekleştirildi. Sıfır iskemi RAPN yapılan hastaların ortalama radyolojik ve patolojik kitle boyutları 24.8(10-66) mm ve 24.1(9-62) mm idi. Yetmişbir böbrek hücreli karsinom(BHK) (45 berrak hücreli(BH),8 kromofob hücreli(KH),16 papiller tip(PT),2 sınıflandırılamayan tip(ST)), 22 hastada ise benign bulgular bildirildi. Hilus klemplenerek RAPN yapılan hastaların 5(5.3%)'inde cerrahi sınır pozitifliği(CSP) saptandı. Hilus klemplenerek RAPN yapılan hastaların 6(%7.1)'sında CSP mevcuttu. Ortalama 35 aylık takipte lokal nüks/uzak metastaz saptanmadı.

SONUÇ: RAPN, klinik evre T1 hastalık için cerrahi ve onkolojik sonuçlara göre güvenilir bir minimal invaziv cerrahidir. Sıfır iskemi yöntemi de seçilmiş kitlelerde tüm böbrekteki iskeminin önüne geçme avantajı nedeni ile güvenilirdir.

Anahtar Kelimeler: sıfır iskemi, renal kitle, robotik parsiyel nefrektomi

SS-124

Kistik Komponente Sahip Renal Kitlesi Olan Hastalarda Robot Yardımlı Parsiyel Nefrektomi (RAPN) Deneyimlerimiz

Murat Can Kiremit[1], Mert Kılıç[2], Ersin Köseoğlu[1], Ömer Acar[3], Kayhan Tarım[3], Abdullah Erdem Canda[3], Yakup Kordan[3], Mevlana Derya Balbay[3], Tarık Esen[3]

[1]Koç Üniversitesi Hastanesi
[2]VKV Amerikan Hastanesi
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Kistik komponente sahip renal kitlesi olan hastalarda robotik yardımlı parsiyel nefrektomi (RAPN) sonuçlarımızı bildirmek

GEREÇ-YÖNTEM: 2014-2019 arasında kistik komponent içeren renal kitlesi olan 9 hastaya 4 cerrah tarafından RAPN yapıldı. Hastaların R.E.N.A.L. nefrometri ve PADUA skorları preoperatif kesitsel inceleme ile hesaplandı. Perioperatif (0-30 gün) komplikasyonlar Clavien sınıflandırması ile derecelendirildi.

BULGULAR: Hastaların 4'ü kadın, diğer 5 tanesi erkek ve çalışma grubunun ortalama yaşı 50(36-68) idi. Renal kitlerinin 2'si sağ, 7'si sol böbreğe lokalizeydi. Ortalama radyolojik ve patolojik tümör boyutları sırası ile 46.6(32-72) mm ve 41.6(20-70) mm idi. R.E.N.A.L. nefrometri ve PADUA skorları sırası ile 7.2 ve 7.7 olarak saptandı. Ortalama konsol süresi 186.6(90-300) dakika, ortalama kanama miktarı 127.7(50-300) ml olarak belirlendi. Ortalama sıcak iskemi süresi 23.3 (0-35) dakika idi. Hiçbir hastada perioperatif süreçte komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 4.5(3-6) gün idi. 9 kitlenin 2'sinde(%22) dört robotik kol kullanılırken, 7'sinde(%78) ameliyat üç robotik kol ile tamamlandı. Tüm kitleler, kistik içeriğin bütünlüğü korunarak eksize edildi. 9 hastadan 7'sinin (%78) kitlesi histopatolojik değerlendirme sonucu böbrek hücreli kanser (BHK) olarak bildirildi. Yedi hastadan 3'ünün alt tipi berrak hücreli BHK, 2'sininki kistik hücreli BHK, 1'ininki translokasyon tipi BHK, 1'ininki de papiller tip BHK idi. 2 hastanın sonuçları benign olarak raporlanmıştı. Hiçbir hastada cerrahi sınır pozitifliği saptanmadı. Ortalama 14.5 aylık takip sürecinde lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı.

SONUÇ: RAPN, kistik komponenti bulunan renal kitleler için cerrahi ve onkolojik sonuçları göz önüne alındığında güvenilir bir minimal invaziv cerrahi yaklaşımdır

Anahtar Kelimeler: kistik renal kitle, robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi,

SS-125

Robotic Radical Prostatectomy in High-Risk Prostate Cancer: Experience in 126 Patients

Ersin Köseoğlu[1], Murat Can Kiremit[1], Mert Kılıç[2], Ömer Acar[3], Abdullah Erdem Canda[3], Yakup Kordan[3], Mevlana Derya Balbay[3], Tarık Esen[3]

[1]Koç Üniversitesi Hastanesi
[2]VKV Amerikan Hastanesi
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

INTRODUCTION: Outcomes of robotic radical prostatectomy(RARP) in high-risk prostate cancer(HRPC) classified due to D'Amico risk group.

METHODS: 126 patients who had at least one HRPC feature underwent RARP were included.Surgeries were performed by 4 surgeons. Mean patient age and serum PSA were 64.8(47-78) years;13,1(2,1-50) ng/ml. 1(0.7%),5(3.9%),15(11.9%),43(34.1%),6(4.7%),4(3.1%),52 (41.6%) patients had prostate biopsy Gleason scores 5+5, 5+4, 4+5, 4+4, 4+3, 3+5 and <8.Bilateral neurovascular bundle sparing(NVBS),unilateral NVBS,non-NVBS surgery were performed in 74 (58.7%), 29 (23%) and 23(18.3%) patients.

RESULTS: Mean console time, intraoperative blood loss,duration of hospital stay and urethral catheter removal time were 168.4(70-380) minutes,166(10-750) cc,4.3(2-11) days and 9.4(6-23)days.During perioperative period(0-30 days),10(7.9%) minor(Clavien<3) and 7(5.5%) major (Clavien 3a and 3b)complications occurred.Postoperative pathologic stages included pT2a, pT2b,pT2c,pT3a, pT3b and pT4a disease in 11 (8.7%), 5 (3.9%), 25 (19.8%), 48 (38%), 35 (27.7%) and 2 (1.9%) patients. Positive surgical margin rate was 35.7%(n=45) that include patients with pT4(n=2) and pT3(n=39) and pT2 (n=4) diseases.All patients underwent pelvic LN dissection. Mean lymph node (LN) yield was 13.1(4-53).Mean follow-up was 25.3 months. Follow-up was available for 81 patients and biochemical recurrence was detected in 25(30.8%) patients. Of those, 6 received pelvic radiotherapy, 10 received maximal androgen blockage (MAB) and 9 received both.Of the patients with follow up (n=81);at the end of the 1st-year, 62(76.5%) were fully continent(0 pad/day),11(13.5%) wore a safety pad/day, 8(9.8%) wore 2 and more pads/day.

CONCLUSION: Based on our experience, RARP in HRPC is a safe minimally invasive procedure with acceptable morbidity, excellent operative, pathological and oncological outcomes and satisfactory functional results.

Keywords: high risk prostate cancer, robotic surgery, radical prostatectomy

SS-126

Mesane Boynu Koruyucu Yaklaşım Robotik Radikal Prostatektomi Sonuçlarını Nasıl Etkiler?

Fevzi Bedir[1], Murat Keske[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzurum
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Bu çalışmada robotik radikal prostatektomi(RYRP) yapılan ve mesane boynu koruyucu teknik uygulanabilen ve uygulanamayan hastalardaki sonuçları sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Nisan 2016- Nisan 2018 tarihleri arasında tek cerrah(FB) tarafından yapılan toplam 93 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar RYRP sırasında mesane boynu koruyucu teknik uygulanıp uygulanamamasına göre 2 gruba ayrıldı. Grup 1 mesane boynu koruyucu cerrahi teknik uygulananlar (n=33), Grup 2 mesane boynu koruyucu teknik uygulanamayanlar (n=60). Hastaların preoperatif özellikleri tablo 1 de özetlendi.

BULGULAR: Sırasıyla grup 1 ve 2'de ortalama hasta yaşı 61.52 (46-79) ve 64.78 (49-76) yıl p=0.04; ortalama konsol süresi 152 (120-240) ve 180.66 (130-360) dakika, p=0.00; ortalama transüretral kateter kalış süresi 6.57(5-7) ve 7.85(5-27) gün, p=0.01 saptanmıştır. Pozitif cerrahi sınır oranı, grup 1'de %12.1, grup 2'de %10, p=0.75 olarak bulunmuştur.Hastaların peroperatif ve postoperatif sonuçları tablo 2 de özetlendi.

Erken dönemde(1. hafta) kontinans oranları grup 1 ve grup 2 de sırasıyla %51.5 ve %30 olarak bulunmuştur (p=0.04). Postoperatif 1. ay kontinans oranları grup 1 ve grup 2 de sırasıyla %75.8 ve %68.3 olarak bulunmuştur (p=0.45). 3. ay sonunda kontinans oranları açısından iki grupta %84.8 ve %75 olarak sonuçlar elde edilmiştir (p=0.47). Erektil fonksiyon oranları (IIEF≥22) postoperatif 12. ay grup 1'de %45.8, grup 2'de %43.8 (p=0.89) olarak saptanmıştır. Hastaların postoperatif fonksiyonel sonuçları tablo 3 de özetlendi.

SONUÇ: Mesane boynu koruyucu teknikle uygulanan RYRP ameliyatı tatmin edici operatif ve onkolojik sonuçları olan, mesane boynu korunamayan hastalara göre, postoperatif erken kontinans kazanılması oranları daha iyi olan bir ameliyattır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri,Robotik prostatektomi, Mesane boynu koruma

Preoperatif, peropertif ve postoperatif hasta karakteristikleri

	Tüm hastalar (n=93)	Grup 1 (n=33)	Grup 2 (n=60)	P
Hasta yaşı ortalama (yıl)	63.6± 7.0	61.5± 8.1	64.7±6.1	0.04
Serum PSA (ng/mL)	8.3±4.9	7.4±3.3	8.8±5.6	0.15
Prostat volümü (cc)	85.3±47.5	49.4±22.2	105.0±46.3	0.00
Biyopsi Gleason skoru: n (%) 3 +3 3 +4 4 +3		28 (%84.8) 5 (%15.1) 0 (%.0)	54 (%90) 2 (%3.3) 4 (%6.6)	
Preoperatif IIEF skoru: ED yok (22–25): n (%)		24 (%72.7)	16 (%26.7)	
Cerrahi (konsol) süresi (dakika)		152±24.9	180±38.0	0.00
Kan kaybı (cc)		20±14.8	49.8±38.5	0.00
NVD-koruyucu teknik: n (%) Uygulanmadı Tek taraflı Çift taraflı		17 (%51.5) 5 (%15.2) 11 (%33.3)	42 (%70) 8 (%13.3) 10 (%16.7)	0.14
Median lob		2 (%6.1)	42 (%.70)	0.00
Posterior rekonstrüksiyon (Rocco) sütürü, n(%)		16 (%48.5)	44 (%73.3)	0.01
Hastanede yatış süresi, gün		6.5±0.8	7.0±2.7	0.19
Sonda çekilme süresi, gün		6.5±0.8	7.8±3.7	0.01
Perioperatif komplikasyon(0-30 gün) (Clavien-Dindo sınıflaması), n (%) Grade 1 Grade 2 Grade 3a Grade 3b Grade 4 Grade 5		0 (%0) 0 (%0) 0 (%0) 2 (%0) 0 (%0) 0 (%0)	5 (38.4%) 0 (0%) 0 (0%) 7 (53.8%) 1 (7.6%) 0 (0%)	
Postoperatif komplikasyonlar (30-90 gün), n(%)		0 (%0)	0 (%0)	
Erken kontinans (1. hafta), n(%)		17 (%51.5)	18 (%30)	0.04
1.ay, n(%)		25 (%75.8)	41 (%68.3)	0.45
3. ay, n(%)		28 (%84.8)	45 (%75)	0.47
Potens (IIEF≥22), 12 ay, n(%) Preoperatif potent hastalar		11 (%45.8)	7 (%43.8)	0.89

PSA:Prostat spesifik antijen, ED: Erektil Disfonksiyon, NVD:Nörovasküler demet, ADT:Androjen Deprivasyon Tedavisi

SS-127

Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası En Az 5 Yıl Takibi Olan Hastalarımızın Sonuçları

Murat Keske[1], Bahri Gök[2], Abdullah Erdem Canda[3], Ali Fuat Atmaca[2], Özer Ural Çakıcı[4], Halil Uzundal[2], Mevlana Derya Balbay[3], Arslan Ardıçoğlu[2]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[4]Yenimahalle Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

AMAÇ: Robotik radikal prostatektomi sonrası en az 5 yıl takibi olan hastalarımızın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal –METOD: Toplam 100 hasta incelendi. Ortalama hasta yaşı ve serum PSA seviyeleri sırasıyla 61.8 yıl ve 9.0 ng/ml idi. 87 (%87) hastada bilateral nörovasküler demet (NVD), 7 (%7) hastada tek taraflı NVD korundu ve 6 (%6) hastada NVD korunmadı.

SONUÇLAR: Ortalama prostat ağırlığı 53.3 gr idi.17 (%17) hastada median lob mevcut idi.3 (%3) hastaya mesane boynu rekonstrüksiyonu uygulandı.Posterior rabdosfikter rekonstrüksiyonu 39 (%39) hastaya uygulandı. Ortalama konsol süresi,intraoperatif kan kaybı,hastanede yatış süresi ve üretral kateter çekim süresi sırasıyla 163.8 dakika, 157.2 cc, 3.6 gün ve 10.1 gün olarak saptandı. Modifiye clavien sınıflamasına göre perioperatif süre içinde (0-30 gün) 2 minor, 2 major komplikasyon meydana geldi, postoperatif 31-90 gün içinde komplikasyon görülmedi.Pozitif cerrahi sınır oranı %18 (n=18) olarak saptandı.35 hastaya pelvik LN diseksiyonu uygulandı.Ortalama çıkarılan LN sayısı 11.7 idi.Ortalama takip süreleri 70.3 ay olan hastaların 31'inde biyokimyasal rekürrens görüldü. Bu hastaların 14'ü maksimal androjen blokajı (MAB), 14'ü pelvik radyoterapi(RT), 3'ü de her iki tedaviyi birden (MAB+RT) aldı.En az 5 yıllık takip süresi olan hastalardan (n=100), 91'i (%91) total kontinan(0 ped/gün), 6'sı (%6) güvenlik pedi kullanıyor, 3(%3) hasta günlük 1 ped kullanıyordu. Preoperatif erektildisfonksiyonu (ED) bulunmayan (IIEF=22-25) ve en az 5 yıllık takibiolan 73 hastanın 40 (%54.7) ında PDE tip 5 inhibitörlerini de içeren herhangi bir medikal tedavi kullanımına bakılmaksızın ED saptanmamıştır.5 yıllık takipte trifecta ve pentfecta oranları sırasıyla %50.6 ve %45.2, bulunmuştur.

TARTIŞMA:RARP kabul edilebilir morbidite, mükemmeloperatif patolojik ve onkolojik sonuçlar ve tatmin edici fonksiyonel sonuçlarla güvenilir minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Prostate cancer, Robotic Prostatektomi, Robotik cerrahi, Takip

SS-128

pT3 Prostat Kanserinde Robotik Radikal Prostatektomi Sonuçları: 261 Hastalık Deneyim

Abdullah Erdem Canda[1], Ali Fuat Atmaca[2], Murat Keske[3], Bahri Gök[2], Davut Kamacı[4], Arslaan Ardıçoğlu[2], Mevlana Derya Balbay[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
[4]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

AMAÇ: pT3 prostat kanseri olan hastalarda Robotik Radikal Prostatektomi(RARP) sonuçlarımız değerlendirilmiştir.

Materyal –METOD: RARP sonrası patoloji raporu pT3 olan toplam 261 hasta incelendi.Ortalama hasta yaşı ve serum PSA seviyeleri sırasıyla 63.6 yıl ve 15.7 ng/ml olarak saptandı.161 (%61.6) hastada bilateral nörovasküler demet(NVD) korundu, 47 (%18) hastada tek taraflı NVD korundu ve 53 (%20.3) hastada NVD korunmadı.

SONUÇLAR: Ortalama konsol süresi, intraoperatif kan kaybı, hastanede yatış süresi ve üretral kateter çekim süresi sırasıyla 158.7 dakika, 121.8 cc, 4.4 gün and 9.2 gün olarak saptandı.Postoperatif pT3a ve pT3b hastalığı içeren patolojik evreler sırasıyla 188 (%72) ve 73 (%27.9) hastada saptandı.Pozitif cerrahi sınır oranı %45.2 (n=118) olarak saptandı.150 (%57.4) hastaya pelvik lenf nodu(LN) diseksiyonu uygulandı. Preoperatid D'Amico sınıflamasına göre düşük risk grubunda saptanan 111 hastaya pelvik LN diseksiyonu yapılmadı.Ortalama çıkarılan LN sayısı 13.8 (4-47) olarak saptandı.Ortalama takip süreleri 28.7 ay idi.Takiplere devam eden 216 hastanın 53'ünde (%24.5) biyokimyasal rekürrens görüldü.Bu hastaların 25'i pelvik radyoterapi (RT), 19'u maksimal androjen blokajı (MAB) ve 9'u her iki tedaviyi(MAB+RT) birden gördü. En az 1 yıllık takip süresi olan hastalardan (n=186), 134'ü (%72) total kontinan(0 ped/gün), 31'i (%16.6) güvenlikpedi, 9'u (%6.7) günde 1 ped, 6'sı (%3.2) günde 2 ped ve 4'ü (%2.1) >2 pedin üstünde kullanıyordu.Preoperatif erektil disfonksiyonu(ED) bulunmayan (IIEF=22-25) ve en az 1 yıllık takibi olan 145 hastanın 82'sinde (%56.5) PDE tip 5 inhibitörlerini de içeren herhangi bir medikal tedavi kullanımına bakılmaksızın ED saptanmamıştır.1 yıllık takipte trifecta ve pentafecta oranları%44.8 ve %35.8 bulunmuştur.

TARTIŞMA:Deneyimlerimize göre pT3 prostatk anserinde RARP tatmin edici operatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarla güvenli bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: Evre, Prostate cancer, Radikal Prostatektomi, Robotik Cerrahi

SS-129

Prostat Ağırlığı ≥ 150 Gram Olan Hastalarda Robotik Radikal Prostatektomi Sonuçları

Abdullah Erdem Canda[1], Erem Asil[2], Murat Keske[3], Mustafa Aldemir[2], Ali Fuat Atmaca[4], Mevlana Derya Balbay[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
[4]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

AMAÇ: Robotik radikal prostatektomi(RARP) yapılan ve prostat ağırlığı ≥ 150 gram olan hastaların sonuçlarını incelemek.

Materyal –METOD: Toplam 16 hasta incelendi. Prostat ağırlıkları RARP operasyonları sonrası operasyon odasında ölçüldü.Ortalama hasta yaşı ve serum PSA seviyeleri sırasıyla 68.8 yıl ve 12.3 ng/ml idi.10 (%62.5) hastada bilateral nörovasküler demet(NVD), 4 (%25) hastada tek taraflı NVD korundu ve 2 (%12.5) hastada NVD korunmadı.

SONUÇLAR: Ortalama prostat ağırlığı 184.2 gr idi.11 hastada (%68.7) median lob mevcutidi. 3 hastaya (%18.7) mesane boynu rekonstrüksiyonu uygulandı.Posterior rabdosfikter rekonstrüksiyonu 5 (%31.2) hastaya uygulandı. Ortalama konsol süresi, intraoperatif kan kaybı, hastanede yatış süresi ve üretral kateter çekim süresi sırasıyla 152.8 dakika, 312.5 cc, 4.4 gün ve 9.8 gün olarak saptandı. Postoperatif pT0, pT2a, pT2b, pT2c ve pT3a hastalığı içeren patolojik evreler sırasıyla 1 (%6.2), 2 (%12.5), 1 (%6.2), 11 (%68.7) ve 1 (%6.2) idi.Pozitif cerrahi sınır oranı 0% (n=0) idi.5 hastaya pelvik lenf nodu(LN) diseksiyonu uygulandı.Ortalama çıkarılan LN sayısı 11 idi.Ortalama takip süreleri 23.4 ay olan hastaların hiçbirinde biyokimyasal rekürrens görülmedi ve hastalara ek tedavi verilmedi. En az 1 yıllık takip süresi olan hastalardan (n=14), 13 hasta (%92.8) total kontinan(0 ped/gün), 1'i (%7.1) güvenlik pedi kullanıyordu.Preoperatif erektil disfonksiyonu(ED) bulunmayan (IIEF=22-25) ve en az 1 yıllık takibi olan 6 hastanın 4'ünde (%66.6) PDE tip 5 inhibitörlerini de içeren herhangi bir medikal tedavi kullanımına bakılmaksızın ED saptanmamıştır.1 yıllık takipte trifecta vepentfecta oranları %50 ve %50 bulunmuştur.

TARTIŞMA: Deneyimlerimize göre prostat ağırlığı ≥ 150 gram olan hastalarda RARP tatmin edici operatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlara sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Prostat ağırlığı, Prostat kanseri, radikal prostatektomi, robotik cerrahi

SS-130

Retrograde Intrarenal Surgery: Calculi Displacement

Murat Kuru, Orhan Koca, Faruk Yencilek

Urology Department, Yeditepe University, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Due to advances in technology and increased surgical experience, flexible ureterorenoscopy has an important place in treatment of lower pole calyces stones

In this prospective study, we aimed to compare the efficacy of in situ disintegration with disintegration after displacement of the calculi (< 2 cm) into an upper calix or renal pelvis.

MATERIAL-METHODS: From 2015 to 2017, a total of 74 patients with a lower calix stone (< 2 cm) were treated with retrograde flexible ureterorenoscopy and holmium laser lithotripsy. The patients were divided into two groups randomly. While the patients in group 1 were treated in situ, patients in group 2 were treated after displacement of the calculi.

While stone free status after disintegration has been defined as the complete removal of the stone fragments, the presence of small fragments (<3 mm) after disintegration was accepted as partial success.

RESULTS: While 35 patients were treated in group 1, 39 patients were treated in group 2. After the follow-up period longer than 3 months complete success was achieved in 30/35 (85,7 %) of patients in group 1 versus 38/39 (92,3 %) of patients in group 2. When the patients in the partial success group were included; complete success was achieved in 33/35 (94,2 %) of patients in group 1 versus 39/39 (100 %) group 2.

CONCLUSIONS: Experienced endourologists may achieve to complete success in cases with favourable anatomy (infundibulo-pelvic angle > 90, infundibular length < 3 cm and infundibular

Keywords: renal calculi, displacement, flexible ureterolithotripsy

SS-131

İskemisiz Robotik Parsiyel Nefrektomi: Pre-Operatif ve Operatif Parametreler

Mustafa Bilal Tuna[1], Tünkut Salim Doğanca[2], İlter Tüfek[3], Ömer Burak Argun[3], Can Öbek[3], Ali Rıza Kural[3]

[1]*Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü*
[2]*Acıbadem Taksim Hastanesi,Üroloji Bölümü*
[3]*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı*

GİRİŞ: İskemisiz nefron koruyucu cerrahi; teknik olarak uygun böbrek tümörlü hastaların tedavisinde artan oranda kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; tek merkezli serimizdeki iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarımızın pre-operatif ve operatif parametrelerini bildirmektir.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmada Nisan 2008-Şubat 2019 arasında iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastaların verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Pre-operatif ve operatif veriler değerlendirilmiştir. Komplikasyonlar Clavien-Dindo derecelendirme sistemine göre tanımlanmıştır.

BULGULAR: Merkezimizde toplam 243 hastaya robotik parsiyel nefrektomi operasyonu uygulanmıştır. İskemisiz robotik parsiyel nefrektomi operasyonu ise bunlardan 46 tanesinde gerçekleştirilmiştir. Ortalama hasta yaşı 58±13 VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ise 27.4±4.4 kg/m2 idi. Ortalama tümör boyutu 29.1±12.7 mm. olarak saptandı. Ortalama operasyon süresi 81±40 dakika, ortalama kan kaybı 287.4±285.2 ml. olarak hesaplandı. Ortalama Padua ve Nefrometri skorları sırasıyla 7.6±1.5 ve 6.2±1.6 idi. Çalışmamızda soliter böbrekli 1 hasta bulunmaktadır. Fokal pozitif cerrahi sınır 1 hastada saptandı. İki hastada (1 hastada Clavien I, 1 hastada Clavien IIIB) komplikasyon gelişti. Ortalama hastanede kalış süresi 3.82±1.04 gün olarak hesaplandı.

SONUÇ: İskemisiz robot yardımlı parsiyel nefrektomi operasyonu deneyimli ellerde ve teknik olarak uygun vakalarda güvenli bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi, iskemisiz

SS-132

Retrograd İntrarenal Cerrahide Üreteral Akses Kılıfı Kullanımının Postoperatif Enfeksiyon Üzerine Etkisi

Mustafa Karaaslan, Şenol Tonyalı, Mehmet Yılmaz, Sedat Yahşi, Sedat Taştemur, Erkan Ölçücüoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Flexible üreterorenoskopi(fURS) 2 cm'den büyük böbrek taşları için ilk tedavi seçeneği olan PNL'den sonra ikinci tedavi seçeneği olarak önerilir. Bununla beraber 1.5 cm'den büyük alt pol taşları için şok dalga litotripsi(SWL)'nin etkinliği sınırla olacağından fURS ilk tedavi seçeneği olarak önerilir. Flexible URS'de üreteral akses kılıfı(UAK) kullanımının üst üriner sisteme tekrarlanabilir girişlere izin verme, daha iyi görüş sağlama, ufak taş fragmanlarının üreteri zedelemeden çıkarılabilmesi ve renal pelvik basıncı düşürerek piyelolenfatik ve piyelovenöz geri akışı azaltma gibi avantajları vardır. Bunun yanında UAK yerleştirilmesi sırasında ciddi üreter duvar hasarı görülmesinin nadir olmadığı bildirilmiştir.

Biz de UAS kullanımının ameliyat sonrası enfeksiyon üzerine etkisini araştırdık.

Ocak 2016 - Ekim 2018 tarihleri arasında kurumumuzda retrograd intrarenal cerrahi(RIRS) yapılan tüm hastaların tıbbi kayıtlarını retrospektif olarak inceledik. Çalışma kriterlerine uyan 129 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 48,8 ± 12,1 idi. 94 hasta erkek, 35 hasta kadındı. Ortalama taş boyutu (en büyük çap), taş HU ve taş hacmi sırasıyla 15.3 ± 5.8 mm, 1038 ± 368 HU ve 1098 ± 1031 mm^3 idi. Toplam 129 hastadan 81'i UAK kullanılan hasta idi (Grup 1), 48'i UAK kullanılmayan hasta idi (Grup 2). Ameliyat sonrası enfeksiyon açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p:0,608). Ancak ameliyat sonrası enfeksiyon olan hastaların operasyon süresi diğer hastalara göre istatistiksel anlamlı yüksek bulundu; 88,75±22,5 dk'ye karşın 59,37±22,1 dk (p:0,017).

Sonuç olarak UAK'nin RIRS sırasında kullanılmasının intrarenal basıncı azaltacağı açık olmasına rağmen, manuel bir pompa kullanmamak ve çalışma süresini çok fazla uzatmamak postoperatif enfeksiyonu önlemek için yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: nefrolitiazis, sepsis, üreteral akses kılıfı, intrarenal basınç

Tablo-1. UAK kullanılan ve kullanılmayan grupların karşılaştırılması

Gruplar	UAK kullanılan	UAS kullanılmayan	P değeri
Ortalama taş boyutu (mm)	14.9±5.7	15.8±6	0,341
Ortalama taş hacmi (mm3)	1022±1026	1226±1038	0,261
Taş atenuasyonu (HU)	1067±383	988±340	0,149
Ortalama operasyon süresi (dk)	61,75±22,3	57,79±23,5	0,327
Taş lokalizasyonu	Alt pol:50(%62) Diğer:31(%38)	Alt pol:16(%33) Diğer:32(%66.7)	0,002
Post-operatif enfeksiyon • Sepsis • İdrar yolu enfeksiyon	3(%2.7) 2 1	1(%2.1) 1 0	0,608

HU: Hounsfield Unit UAK: Üreteral akses kılıfı

SS-135

Floroskopik ve Ultrasonografik Akses Yapılan Supin Perkütan Nefrolitotomi Vakalarımızın Erken Dönem Sonuçları

Mustafa Soytaş[1], Yavuz Onur Danacıoğlu[1], Feyzi Arda Atar[1], Kamil Gökhan Şeker[1], Fatma Aysun Erbahçeci Salık[2], Selçuk Şahin[1], Ali İhsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Supin perkütan nefrolitotomi(PNL), son yıllarda operasyon süresinin kısalığı, hasta pozisyonunun özellikle anestezi açısından fizyolojik olması gibi gerekçelerle kullanımı artmış bir tekniktir. Supin pozisyonun yanında gerek supin gerekse prone pozisyonda uygun vakalarda floroskopi süresinin azaltılması amacıyla yakın dönemde ultrasonografik(USG) akses de kullanıma giriştir. Biz bu çalışmamızda supin PNL ve USG akses uyguladığımız ilk 12 vakanın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında 6'sı USG akses olmak üzere supin PNL yaptığımız ilk 12 vakanın sonuçları prospektif olarak analiz edildi.

BULGULAR: Ortalama yaşı 52,2 (32-62 arası) olan 11 erkek ve 1 kadın toplam 12 hastaya supin PNL ameliyatı yapıldı. Hastaların hepsine genel anestezi uygulandı. Ultrasonik akses yapılan ilk 4 hastaya girişimsel radyolog tarafından sonraki 2 hastaya ürolog tarafından akses yapıldı. Hastaların demografik, preoperatif, peroperatif ve postoperatif verileri tablo 1'de belirtildi. Hastaların hepsine nefrostomi tüpü ve D-J kateter yerleştirildi. Postoperatif rezidü değerlendirmesi 2. haftada DÜSG ile yapıldı. Alt kaliks girişi yapılan 2 hastada üst kalikste sırasıyla 13 ve 20 mm, diğer 2 hastada ise alt kalikste sırasıyla 4 ve 5 mm olmak üzere toplamda 4 hastada rezidü taş gözlendi. Taşsızlık oranı % 64 olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Supin PNL, operasyon süresinin kısalığı, daha az anestezik ajan kullanılması, obez-kardiyovasküler riskli hastalarda daha güvenli olması, solunum yoluna daha hızlı girişim yapılması, cerrahın oturur pozisyonda ameliyat yapması, eş zamanlı retrograd girişime imkân vermesi açısından prone pozisyona göre daha güvenlidir. Akseste USG kullanımı; daha az skopi kullanımı ve radyasyona maruziyeti azaltması ve ürologların USG kullanımlarını artırarak bu alanda eğitim düzeylerini artırmaları açısından önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, perkütan nefrolitotomi, supin, ultrasonografik akses

Tablo 1. Supin PNL yapılan hastaların demografik, preoperatif, peroperatif ve postoperatif verileri

Hasta sayısı (n)	12
Ortalama yaşı (Yıl)	52,2 (32-62)
Cinsiyet	
Erkek (n)	11
Kadın (n)	1
Akses	
Ultrasonik (n)	6
Floroskopik(n)	6
Ortalama vücut kitle indeksi (kg/m^2)	30,2 (25,4-35,1)
ASA	
1 (n)	2
2 (n)	8
3 (n)	2
Taş boyutu (mm)	37 (20-60)
Taş hacmi (mm^3)	7781 (1150-17987)
Taş yoğunluğu (HU)	1169 (910-1403)
Akses kalınlığı (Fr)	
16,5 (n)	3
30 (n	9
Akses lokalizasyonu	
Üst kaliks (n)	2
Orta kaliks (n)	2
Alt kaliks (n)	8
Operasyon süresi (dk)	96 (60-125)
Floroskopi süresi (sn)	133 (75-280)
Taburculuk süresi (gün)	4,3 (3-8)
GFR düşüşü (ml/dk)	12,9 (2-38)
Hemoglobin düşüşü (g/dl)	1,4 (0,1-2,9)
Komplikasyon	
Kanama (n)	1
Sepsis (n)	1

SS-136

Supin Perkütan Nefrolitotomide Pozisyon ve Manipülasyon İçin Hızlı ve Ucuz Bir Seçenek: ´U Yastık`

Mustafa Soytaş, Yavuz Onur Danacıoğlu, Feyzi Arda Atar, Mustafa Gürkan Yenice, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Supin perkütan nefrolitotomi (PNL), anestezi fizyolojisine uygunluğu ve operasyon süresini kısaltması gibi birçok avantajı beraberinde getirmiştir. Biz bu çalışmamızda ameliyathane şartlarında havuz makarnası ve kullanılmış akses kılıflar yardımıyla tasarladığımız supin PNL yastığını (´U Yastık`) sunmayı amaçladık.

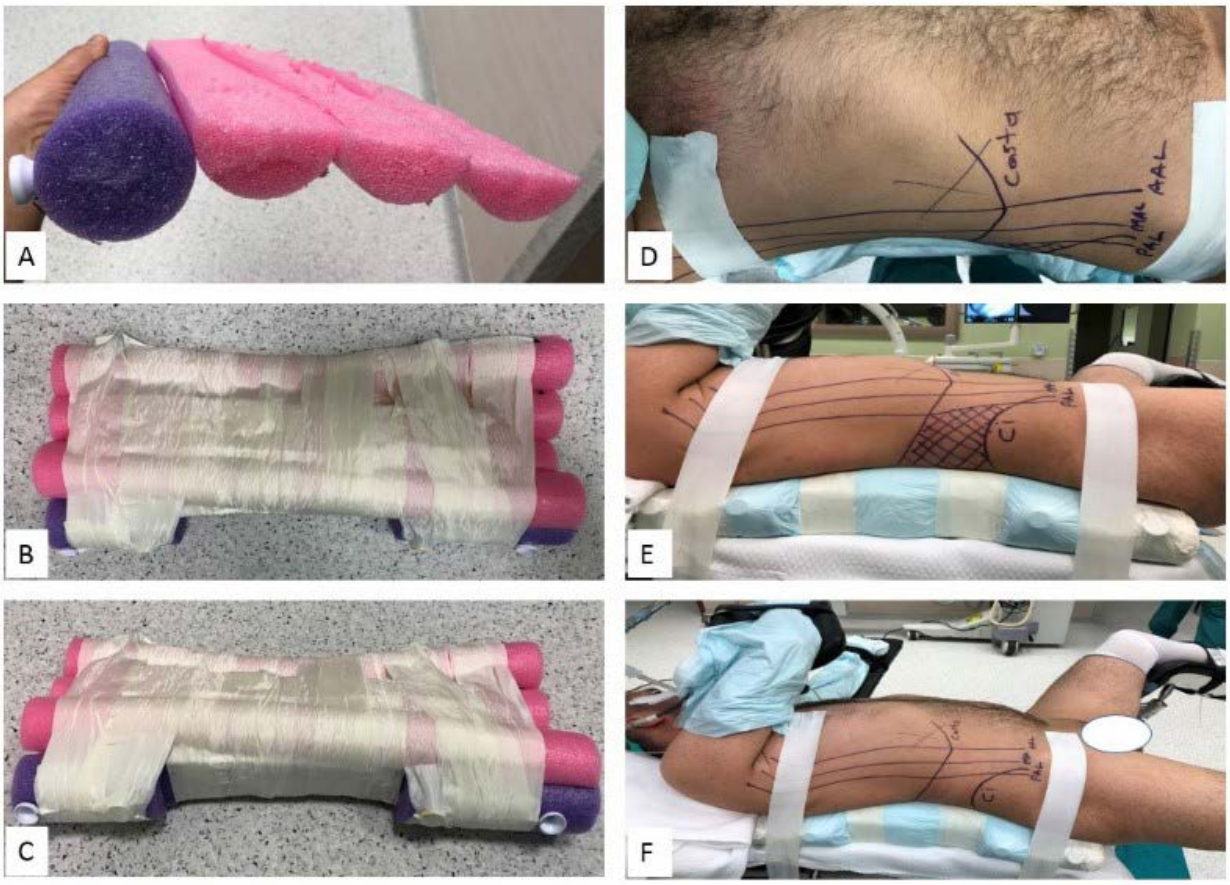
MATERYAL-METOD: Kliniğimizde yapılan ilk supin PNL operasyonlarında hastanın omuz ve gluteal bölgesi tek taraflı olarak jel yastıklarla desteklenmekte, bu sayede hastaya 10-15 derece eğim verilmekte ve flank bölgesi girişim-manüplasyon açısından açıkta bırakılmaktaydı. Buna rağmen ultrasonografik (USG) yapılan akseslerde probunun hareket alanının kısıtlandığı, operasyonların ilerleyen süreçlerinde iğne ve nefroskop gibi ekipmanların manevralarının engellendiği ve hastaların jel yastık üzerinden karşı tarafa kaydığı gözlendi. Bütün bu problemlerin önüne geçmek amacıyla ´U Yastığı`tasarladık. (Resim 1.)

´U Yastık` ameliyathane şartlarında yaklaşık 15 dk'lık bir süreçte hazırlandı. Havuz makarnası, bistüri yardımıyla 4 eşit parçaya bölündükten sonra eğimli olacak şekilde vertikal eksende kesildi ve kademeli şekilde inceltildi, birarada tutulması amacıyla akses kılıf üzerine geçirildi, flasterle sabitlendi. (Resim 1A.) Daha sonra orta kısmından yaklaşık 30x6 cm'lik bir segment çıkarıldı, amaçlanan manüplasyon boşluğu elde edildi. (Resim 1B, 1C.) Operasyon başlangıcında 10 sn'lik bir süreçte tek bir hamle ile hastanın altına yerleştirildi, bu sayede omuz ve gluteal alan desteklenerek istenilen eğim ve manüplasyon boşluğu elde edilmiş oldu. (Resim1D, 1E, 1F.)

SONUÇ: Supin pozisyon, anestezi risklerini minimalize etmesi, operasyon süresini kısaltması ve eş zamanlı kombine girişimlere (ECIRS, SBES vb.) imkân vermesi açısından prone pozisyondan daha avantajlıdır. Buna karşın manüplasyon alanının dar olması dezavantajlarının başında gelmektedir. ´U Yastık`, bu dezavantajın ortadan kaldırılması, hastaya daha rahat pozisyon verilmesi ve operasyon süresini kısaltması açısından faydalı görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, perkütan nefrolitotomi, supin, U Yastık

Resim 1. ´U Yastık`



SS-137

Üreteroskopik Lazer Litotripsi sırasında İmpakte Taş varlığı ve Üreter Duvar Kalınlığındaki Artış Üreter Yaralanması Riskini Artırıyor

Mustafa Yücel Boz[1], Selçuk Güven[1], Gökhan Çalık[1], Mustafa Soytaş[2], Selami Albayrak[1]

[1]*İstanbul Medipol Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bakırköy*

AMAÇ: Bu çalışmada, üreter taşı tanısı ile üreteroskopi yapılan hastalarda, hasta ve taş ile ilişkili özelliklerle birlikte, üreter duvar kalınlığı ve üreter hasarı ile taşsızlık arasındaki ilişkiyi değerlendirdik.

METOD: Çalışmaya Ekim 2014 - Kasım 2015 tarihleri arasında üreteroskopik lazer litotripsi yapılan 120 olgu (% 71,7 erkek) alındı. Hastaların hepsinin ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası özellikleri, impakte taş mevcudiyeti dahil olmak üzere yapıldı.

Üretral duvar kalınlığı taşın lokalizasyonunda Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüsü ile ölçüldü. Üreteral lezyonlar Post-Üreteroskopik Lezyon Skalasına (PULS) göre derecelendirildi. Hastanede yatış süresi, taş yükü, taşsızlık ve komplikasyonlar Clavien sınıflandırma sistemine göre kaydedildi.

SONUÇLAR: 120 hastanın 38'inde impakte üreter taşı mevcuttu. Taşların büyük çoğunluğu alt üreterde lokalize idi (% 75.8). Ortalama üreter duvar kalınlığı 2.75 ± 0.97 mm idi. PULS derecelendirmesine göre hastaların 64'ünde (% 53.3) grade 1, 2'sinde grade 2 (% 1,7) lezyon görüldü. Taş boyutu ile üreter duvar kalınlığı arasında zayıf bir ilişki varken ($p = 0.011$), taşın lokalizasyonu ve hidronefroz derecesi ile üreter duvar kalınlığı arasında ilişki gösterilemedi. Üreter lezyonlar üreter duvar kalınlaşması ile artmıştı ($p = 0.044$). İmpakte taşı olan hastalarda, üreter duvar kalınlığı daha fazlaydı ve PULS derecesi de daha yüksekti.

TARTIŞMA: Üreteroskopik taş tedavisi sırasında üreter duvar yaralanmaları meydana gelebilir ve bu yaralanmalar PULS ile standardize edilmiş ve sınıflandırılmıştır. Çalışmamızda taşa ve hastaya bağlı faktörler arasında üreter duvar kalınlığı ve impakte taş varlığı üreter yaralanması ile anlamlı ilişki gösterdi. Ameliyat öncesi planlamada bu faktörlerin göz önüne alınması üreteroskopi sürecinin güvenliğini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Üreteroskopi, İmpakte taş, Üreter yaralanması

SS-138

Fleksibl Üreterorenoskopi Sonrası Postoperatif Şiddetli Ağrıyı Öngören Parametrelerin Araştırılması: Tek Belirleyici Parametre Taş boyutu

Mustafa Zafer Temiz, Emrah Yürük

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul.

Son yıllarda teknolojik ilerlemeler sayesinde fleksibl üreteroskopi (F-URS) endikasyonları genişlemiştir ve ≥ 2cm böbrek taşlarında F-URS uygulanabileceği güncel Avrupa Üroloji Kılavuzunda belirtilmektedir. Bu çalışmamızda büyük böbrek taşı nedenli uygulanan prosedürlerin daha fazla ağrıya neden olabileceğini düşünerek taş boyutu ve diğer bazı parametreleri F-URS sonrası şiddetli ağrının öngörülmesi açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Eylül 2017-Ocak 2019 arasında böbrek taşı nedeniyle kliniğimizde F-URS uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Pediatrik olgular, üriner sistem anomalisi olan olgular, visual analogue scales (VAS) ağrı skorunu doldurmada uyum bozukluğu yaşayan hastalar incelemeye dahil edilmedi. Tüm hastalara ait yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), taş boyutu, taş dansitesi (HU), preoperatif hidronefroz varlığı, preoperatif stent varlığı, taş lokalizasyonu, peroperatif akses kılıf kullanımı, peroperatif komplikasyonlar, işlem sonrası rest taş varlığı, operasyon ve skopi süreleri, ve işlem esnasında toplam lazer enerji pulse miktarı parametreleri kaydedildi. Tüm parametreler VAS skoru şiddetli ağrıyı işaret eden >5 olan ve daha az ağrıyı işaret eden ≤ 5 olan olgular arasında istatiksel olarak karşılaştırıldı.

Dahil edilme kriterlerini taşıyan toplam 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Hiçbir hastada peroperatif komplikasyon izlenmedi. Taş boyutu haricinde diğer tüm parametreler her iki grupta da benzer saptandı (Tablo-1). Postoperatif şiddetli ağrısı olan olgularda taş boyutu ağrı skoru düşük olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı (20.3±10 mm vs. 13.19±4.6 mm, p=0.04).

F-URS sonrası postoperatif şiddetli ağrının hasta özellikleri, preoperatif hidronefroz varlığı, preoperatif stent varlığı, taş lokalizasyonu ve peroperatif akses kılıf kullanımı gibi parametrelerle ilişkisi yoktur. En önemli belirleyici taş boyutu olarak göze çarpmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üreteroskopi, Fleksibl, Postoperatif Ağrı

Fleksibl Üreteroskopi Sonrası Postoperatif Ağrı Sınıflandırmasına Göre Çeşitli Parametrelerin Dağılımı.

Parametre	VAS skoru ≤ 5 olan hastalar	VAS skoru >5 olan hastalar	P
Yaş (yıl, ortalama±std sapma)	47.9±15	53±15.4	0.54
Cinsiyet (n, %) Kadın Erkek	8, (%72.7) 14, (%93.3)	3, (%27.3) 1, (%6.7)	0.15
Vücut kitle indeksi (Median±IQR)	26.22±5.4	28.08±11.37	0.74
Taş boyutu (mm, ortalama±std sapma)	13.19±4.6	20.3±10	0.04
Taş dansitesi (HU)	860±260	980±120	0.30
Taş lokalizasyonu (n, %) Alt pol Diğer	5, (%71.4) 16, (%94.1)	2, (%28.6) 1, (%5.9)	0.13
Preoperatif hidronefroz (n, %) Yok Var	7, (%12.5) 14, (%12.5)	1, (%87.5) 2, (%87.5)	0.72
Preoperatif stent (n, %) Yok Var	14 (%87.5) 7, (%87.5)	2, (%12.5) 1, (%12.5)	0.75
Aksess kılıf kullanımı (n, %) Yok Var	1, (%100) 19, (%82.6)	0, (%0) 4, (%17.4)	0.43
Postoperatif rest (n, %) Yok Var	16, (%88.9) 5, (%83.3)	2, (%11.1) 1, (%16.7)	0.72
Toplam lazer enerji pulse sayısı (n, ortalama±std sapma)	6621±3942	13501±12148	0.34

SS-139

Retrograde Renal Surgery or Percutaneous Nephrolithotomy? Efficacy and Safety of Retrograde Renal Surgery for Larger Solitary Kidney Stones

Mustafa Zafer Temiz, Emrah Yürük

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul.

The first-line treatment algorithm for kidney stones >20mm has been recommended as percutaneous nephrolithotomy (PNL) in European Association of Urology guideliness. Because of the decreased stone free rate and possible further-stage-procedures with retrograde renal surgery (RRS), it was not recommended as first-line treatment for kidney stones >20mm. However, there is a lack of data with RRS for larger kidney stones. Herein, we aimed to investigate the efficacy and safety of RRS for larger solitary kidney stones, by comparing it with PNL.

Between September 2016-January 2019, patients underwent RRS and PNL for kidney stones in our clinic were retrospectively investigated. Pediatric cases, cases with urinary anomalous, patients with solitary kidney stones ≤20mm and >40mm or with multiple kidney stones were excluded. Age, gender, body mass index, stone size, density and localization, complications, rest stone, operative and fluoroscopy time were noted. The parameters were compared between the patients treated with RRS and PNL.

A total of 101 patients were included and 23 were treated with RRS whereas 78 were with PNL. All parameters were similar between the groups, but stone localization and fluoroscopy time (Table-1). The incidence of lower pole stone was higher in PNL patients (30.8% vs. 69.2%, p=0.04). The median fluoroscopy time was also significantly higher in PNL compared to RRS (4.0±3.4 min vs. 1.55±41.9 min, p=0.001).

Our findings revealed that RRS is a safe and effective procedure in the treatment of larger solitary kidney stones. Moreover, by virtue of shorter fluoroscoy time, it had the advantage of PNL.

Keywords: Kidney stones, Retrograde renal surgery, Percutaneous Nephrolithotomy, Safety, Efficacy.

Characteristics of the parameters between patients treated with RRS and PNL.

Parameters	RRS group (n=23)	PNL group (n=79)	P
Age (years, median±IQR)	52±14	48±21	0.62
Gender (n, %) Female Male	 9, (26.5%) 14, (20.9%)	 25, (73.5%) 53, (79.1%)	0.52
BMI (mean±SE)	26.5±5.5	26.32±4.5	0.85
Stone size (mm, median±IQR)	22±11	25±10	0.36
Stone density (HU, median±IQR)	1020±445	1099±233	0.46
Stone localization (n, %) Lower pole Other kidney pole	 16, (30.8%) 7, (14.3%)	 36, (69.2) 42, (85.7%)	0.04
Operative time (min,median±IQR)	70±40	80±45	0.66
Fluoroscopy time (min,median±IQR)	1.55±1.9	4.0±3.4	0.001
Perioperative complications (n, %) No Yes	 23, (24.7%) 0, (0%)	 70, (75.3%) 8, (100%)	0.10
Postoperative rest stone (n, %) No Yes	 8, (16.3%) 15 (28.8%)	 41, (83.7%) 37, (71.2%)	0.13

RRS: Retrograde renal surgery, PNL: Percutaneous nephrolithotomy, SE: Standard error, IQR: Interquantile range, BMI: Body mass index, HU: Hounsfield unit.

SS-140

Galdako- Modifiye Valdivia Supin Pozisyonu ile Yapılan Perkütan Nefrolitotomi: Ardışık 148 Hastanın Sonuçları

Nurullah Hamidi, Erdem Öztürk, Taha Numan Yıkılmaz, Halil Başar

SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Bu çalışmada kliniğimizde Galdako- modifiye Valdivia supin pozisyonu ile Perkütan Nefrolitotomi (PNL) yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

YÖNTEM: Kasım 2016-Ocak 2019 tarihleri arasında ESWL ve/veya retrograd intrarenal cerrahiye uygun olmayan 1.5cm'den büyük taş nedeniyle supin PNL yapılan ardışık 148 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara operasyondan sonra 4 hafta içerisinde rezidü taş açısından görüntüleme yöntemleri ile değerlendirildi. >2mm boyutunda taş fragmanı varlığı rezidü olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 48±12(26-69), ortalama Vücut-Kitle-İndeksi 28.6±5 kg/m2, ortalama taş boyutu 25±4 mm (16-36), ortalama operasyon süresi 59±24 dk(34-90), ortalama fluroskopi süresi 4±1.2(1.9-11) dk ve ortalama hastanede yatış süresi 2.6±1.9(2-6) gün olarak hesaplandı. Hastalarımızda taşsızlık oranı %84.4 (n=125) olarak saptandı. Operasyon sonrası dönemde hastaların 22'sinde (%14.8) grade 1, 16'sında (%10.8) ise grade 2 komplikasyon izlendi. Major komplikasyon (Grade 3 ve üzeri) izlenmedi. Tüm veriler tablo 1'de ayrıntılı olarak verildi.

SONUÇ: Böbrek taşı tedavisinde supin PNL yüksek taşsızlık ve kabul edilebilir komplikasyon oranları ile etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Clavien, Nefrolitotomi, Perkütan, Supin

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, taş özellikleri ve postoperatif sonuçları

Parametreler	n=148
Yaş (yıl), ortalama±SS (min-maks)	48±12(26-69)
Cinsiyet (Kadın), n (%)	62 (41.9)
VKI (kg/m2), ortalama±SS(min-maks)	28.6±5 (21-35)
Lateralizasyon (Sol), n (%)	71 (47.9)
Taş lokalizasyonu, n (%)	
Üst kaliks	3(2)
Orta kaliks	14(9.4)
Alt kaliks	55(37.2)
Renal pelvis	76 (51.4)
En uzun taş boyutu (mm), ortalama±SS(min-maks)	25±4 (16-36)
Taş dansitesi (HU), ortalama±SS(min-maks)	1094±326 (430- 2230)
Toplam cerrahi süresi (dk), ortalama±SS(min-maks)	59±24 (34-90)
Fluroskopi süresi (dk), ortalama±SS(min-maks)	4±1.2(1.9-7)
Nefrostomi takılma oranı, n (%)	96 (64.8)
Double J stent takılma oranı, n (%)	16 (10.8)
Kanama miktarı (Hb düşüşü, mg/dL), ortalama±SS(min-maks)	2,2±0,6 (1,6-4,5)
Eritrosit transfüzyon varlığı, n (%)	6 (4)
Taşsızlık oranı, n (%)	125 (84.4)
Perioperatif komplikasyon, n (%)	
Komplikasyon izlenmedi	110 (74.3)
Clavien Grade I	22 (14.8)
-Yüksek ateş (>38.3 °C)	8 (5.4)
-Geçici kreatinin yüksekliği	14 (9.4)
Clavien Grade II	16(10.8)
-Eritrosit transfüzyonu gerektiren kanama	6(4)
-Tedavi gerektiren İYE	9(6)
-İdrar ekstravazasyonu (<12 saat)	1 (0.8)
Hastanede yatış süresi (gün), ortalama±SS(min-maks)	2.8±1.2(2-6)

Hb, Hemoglobin; İYE, İdrar yolu enfeksiyonu; SS, Standart sapma; VKI, Vücut Kitle İndeksi

SS-141

Endoürologun Tecrübesinin Supin Pozisyon ile Yapılan Perkütan Nefrolitotomi Sonuçlarını Üzerine Etkisi

Nurullah Hamidi, Erdem Öztürk, Halil Başar

SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Bu çalışmada tek endoürolog tarafından yapılan supin Perkütan Nefrolitotomi (PNL) hastalarının sonuçları incelenmiştir.

YÖNTEM: Kasım 2016-Aralık 2018 tarihleri arasında ESWL ve/veya retrograd intrarenal cerrahiye uygun olmayan 1.5cm'den büyük taş nedeniyle tek endoürolog tarafından Galdako- modifiye Valdivia supin PNL yapılan 120 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar; ilk 40, ikinci 40 ve son 40 hasta olmak üzere 3 gruba ayrılıp karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların genel verileri tablo 1'de ayrıntılı olarak verildi. Tüm gruplar karşılaştırıldığında; hastaların demografik özellikleri, taş özellikleri, hastanede yatış süresi, kanam miktarı, Hemoglobin düşüşü açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Ancak, Grup 2 ve 3 ile karşılaştırıldığında Grup 1'de; toplam cerrahi($p=0.001$) ve fluroskopi süresinin($p=0.03$) daha uzun, nefrostomi ($p=0.02$) ve double J stent takılma($p=0.03$) oranlarının daha yüksek, taşsızlık oranının daha düşük ($p=0.01$) ve komplikasyon oranlarının daha yüksek($p=0.03$) olduğu saptandı (Tablo 1).

SONUÇ: Supin PNL'de öğrenim eğrisinin ilk 40 hastalık tecrübede büyük oranda tamamlandığı, bu tecrübeden sonra taşsızlık ve komplikasyon oranlarının kabul edilebilir seviyede olduğu ayrıca vaka sayısı artıkça sonuçların daha da iyileştiği sonucu çıkarılabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek, Cerrah tecrübesi, Nefrolitotomi, Supin, Perkütan,

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, taş özellikleri ve postoperatif sonuçlarının karşılaştırılması

Parametreler	n=120	0-40	41-80	81-120	p
Yaş (yıl), ortalama±SS	48±12	49.5±11	48.5±11	47±10	0.2
Cinsiyet (Kadın), n (%)	52 (43.3)	18 (45)	16 (40)	18(45)	0.3
VKI (kg/m2), ortalama±SS	28.6±5	29±6	27±8	28±4	0.32
Lateralizasyon (Sol), n (%)	59 (49.2)	20 (50)	21 (52.5)	18 (45)	0.07
Taş lokalizasyonu, n (%)					0.63
Üst kaliks	3(2.6)	-	1 (2.5)	2 (5)	
Orta kaliks	11(9.2)	3 (7.5)	4 (0)	4 (10)	
Alt kaliks	44(36.6)	14 (35)	15 (37.5)	15 (37.5)	
Renal pelvis	62 (51.6)	23 (57.5)	20 (50)	19 (47.5)	
En uzun taş boyutu (mm), ortalama±SS	25±4	23±3	24±5	28±4	*0.03
Taş dansitesi (HU), ortalama±SS	1094±326	1210±432	1013±320	1059±449	0.5
Toplam cerrahi süresi (dk), ortalama±SS	59±24	78±22	53±24	46±20	*0.001
Fluroskopi süresi (dk), ortalama±SS	4±1.2	4.8±1	3.9±1.2	3.3±1.3	*0.03
Nefrostomi takılma oranı, n (%)	78 (65)	35 (87.5)	25 (62.5)	18 (45)	*0.02
Double J stent takılma oranı, n (%)	13 (10.8)	8 (20)	3 (7.5)	2 (5)	*0.03
Kanama miktarı (Hb düşüşü, mg/dL), ortalama±SS	2.2±0.6	2.4±0.8	2.0±0.8	2.2±0.9	0.08
Eritrosit transfüzyon varlığı, n (%)	5 (4.1)	2(5)	1(2.5)	2(5)	0.9
Taşsızlık oranı, n (%)	92 (76.6)	27 (67.5)	32(80)	33 (82.5)	*0.01
Perioperatif komplikasyon, n (%)					*0.03
Komplikasyon izlenmedi					
Clavien Grade I	89 (74.2)	24 (60)	31 (77.5)	34 (87.5)	
-Yüksek ateş (>38.3 °C)	18 (15)	9 (22.5)	5 (12.5)	4 (10)	
-Geçici kreatinin yüksekliği	7 ()	4 (10)	1 (2.5)	2 (5)	
Clavien Grade II	11 ()	5 (12.5)	4 (10)	2 (5)	
-Eritrosit transfüzyonu gerektiren kanama	13(10)	7 (17.5)	4 (10)	2 (2.5)	
-Tedavi gerektiren İYE	5()	2 (5)	2 (5)	1 (2.5)	
-İdrar ekstravazasyonu (<12 saat)	7()	4 (10)	2 (5)	1 (2.5)	
	1 ()	1 (2.5)	-	-	
Hastanede yatış süresi (gün), ortalama±SS	2.8±1.2	3±1.9	2.7±1.3	2.7±1.2	0.06

Hb, Hemoglobin; İYE, İdrar yolu enfeksiyonu; SS, Standart sapma; VKI, Vücut Kitle İndeksi

SS-142

Spinal Anesthesia-Assisted TUR-B in Bladder Tumors May Improve the Comfort and Efficacy of Intravesical Chemotherapy

Nusret Can Çilesiz, Arif Özkan, Arif Kalkanlı, Gökhan Yazıcı

GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

PURPOSE: Intravesical chemotherapy significantly reduces recurrence rates. EAU guidelines recommend urethral clamping for at least 1 hour after intravesical chemotherapy. In this study, we aimed to present that intravesical chemotherapy instillation and clamping tolerance may vary according to the type of anesthesia.

METHOD: Between November 2016-January 2018,152 patients who underwent TUR-B(transurethral-resection-for-bladder-cancer) operation were included in the prospective study.Ten patients (7 bladder perforation,3 bleeding) were excluded from the study. According to type of anesthesia,patients were divided into two groups;spinal(n=65),general(n=77). Intravesical mitomycin-C 40mg was given after operation.Optimum clamping time is planned to be 2 hours.Patients who couldn't tolerate to mytomicin-C were removed clamping and the time of opening was recorded.Patients' pain ratings were recorded using a visual analogue scale(VAS) for every 30 minutes.It was noted whether the patients had recurrence on the first control cystoscopy.

RESULTS: There was no significant difference between sociodemographic characteristics of both groups. There were no significant differences in terms of postoperative intravesical chemotherapy initiation times, tumor numbers,size,grade (low,moderate,high)(p>0.05) (Table-1).The mean VAS value of spinal group was found to be statistically lower than general group.The recurrence rate of the spinal group was significantly lower than general group in the low-middle risk patients (p=0.017)(p=0.029).There was no significant difference in recurrence rates of high risk patients for both groups (p> 0.05)(Table-2).

CONCLUSION: In our study, we found less pain after catheter clamping in spinal anesthesia.Due to the better tolerability of the clampage, the duration of intravesical chemotherapy was prolonged.We have found that longer practice can also reduce recurrence rates.

Keywords: bladder cancer, intrevesical chemotherapy, TUR-Bladder, recurrence

Table-1:Sociodemographic characteristics of general anesteshia and spinal anesthesia groups

	Spinal Anesteshia	General Anesteshia	p
Age(years)	64,4±2,3	66±3,1	>0.05
Gender(F/M)	0,23	0,28	>0.05
Add. disease (%)	45,5	51,3	>0.05
T(Ta/T1)	2,82	2,5	>0.05
Tm diameter(cm)	3,21±0,3	2,99±0,2	>0.05
Tm number	2,1±0,2	2,3±0,2	>0.05
Rate of contraindication for intravesical mitomycin (perforation, bleeding)	0,071	0,061	>0.05
Grade(L/H)	3,5	3,7	>0.05

Table-2:Comparison of spinal&general anesthesia groups for comfort and efficacy after intravesical chemotherapy injection

	Spinal Anesthesia	General Anesthesia	p
Operation-injection time	45,2±3,2	55,3±2,4	>0.05
Mean clamping time (sc)	98,3±4,6	45,4±3,2	0.009
Early removing clamp(%)	%13	%34	0.014
Mean VAS score	3,4±0,4	6,8±1,3	0.007
Recurrence rates of low risk (EORTC) patients	%8 (3/40)	%15 (7/44)	0.017
Recurrence rates of moderate risk(EORTC) patients	%15 (2/15)	%28 (5/18)	0.029
Recurrence rates of high risk(EORTC) patients	%30 (3/10)	%33 (5/15)	>0.05

SS-143

Use of Acoustic Radiation Force Impulse Elastography to Discrim- ination Benign and Malignant Masses for Bladder

Onur Dede[1], Memik Teke[2], Mansur Dağgulli[1], Necmettin Penbegül[1]

[1]Department of Urology, Dicle University School of Medicine, Dıyarbakır, Turkey
[2]Department of Radiology, Dicle University School of Medicine, Dıyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: This study was aimed that the evaluation of tissue elasticity for determination of the characterization of bladder masses.

MATERIAL-METHODS: The prospective study was performed between May and September 2014. This study included 39 patients who presented with microscopic or gross hematuria and had primary bladder mass and according to ultrasound or computed tomography results. ARFI elastography was performed by one experienced radiologist then, the shear wave velocity was measured. Two measurements were performed on each bladder mass and average values were evaluated.

RESULTS: The mean age of patients was 63.9 ± 15.2 and there were 32 male, 7 female patients. The mean diameters of benign and malignant lesions were 1.2 and 4.4 cm, respectively. The mean diameter of bladder mass lesions was 4.87 ± 2.23 cm. Transurethral resection of the tumors and histopathologic examination revealed 26 malignant lesions, whereas 13 patients had benign lesions. The mean shear wave velocity (SWV) value of the malign lesions (3.28 ± 0.74 m/ sn) was significantly different from benign lesions 1.7 ± 0.82 ($p < 0.01$).

CONCLUSION: Our prospective study shows that Acoustic radiation force impulse (ARFI) imaging may be useful for differentiating between benign bladder lesions and malignant bladder tumours. Because ARFI imaging is a non-invasive and low-cost imaging modality, we propose that adding it to conventional sonography may improve accuracy and aid in the differential diagnosis of bladder tumours.

Keywords: elastograpghy, bladder mass, haematuria, Acoustic radiation force impulse

SS-144

Bilateral Obstructive Uropathy Due to spontaneously a Large Rectus Sheath Hematoma in a Patient on Anticoagulant Treatment

Onur Dede

Department of Urology, Dicle University School of Medicine, Dıyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: Rectus sheath hematoma (RSH) is a relatively rare clinical condition, generally associated anticoagulant treatment. The patients may presents with local or diffuse abdominal wall mass. Various complications have been reported depending on extent of the hematoma. We reported a case of large rectus sheath hematoma causing obstructive anuria and hydronephrosis.

CASE REPORT: A 54 year old female patient, her medical history included hypertension and had cardiac valve replacement. She was using coumadin for ten years. The most common signs and symptoms of patient consist of abdominal pain, palpable abdominal wall mass, tenderness, nausea. Ultrasound (US) and Computed tomography (CT) abdomen with contrast showed right rectus abdominis haematoma below the level of the umbilicus with active arterial bleeding in the extraperitoneal pelvis causing mass compression (Fig. 1). On the following day, she had moderate elevated serum creatinine (sCrea; 4,5 mg/dl) and the Hb level was down from 14.2 to 8.5 mg/dl. She was admitted to the intensive care unit and found to be anuric and bilateral hydronephrosis were detected on US. Once her INR was adequately reduced to 1.5, a left and a right retrograde uretric double J stents were placed (Fig. 2). Normal urine out put restored following the 6th hours.

CONCLUSION: Management of this condition involves correcting any haemodynamic instability, followed by reversal of anticoagulation or treatment of bleeding diatheses. A conservative approach to management of RSH is highly effective in combination with double J stenting to relieve hydronephrosis.

Keywords: Bilateral Obstructive Uropathy, Large Rectus Sheath Hematoma, DJ

Figure 1. Computed tomography (CT) scan shows blood in the left rectus sheath and bilateral hydronephrosis

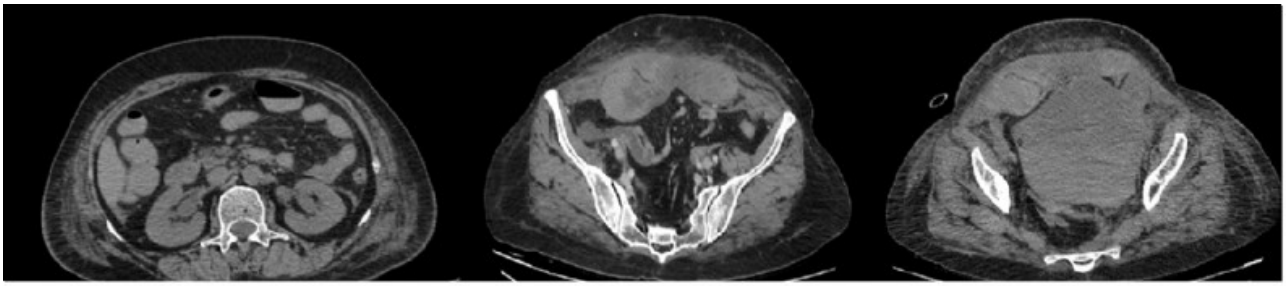
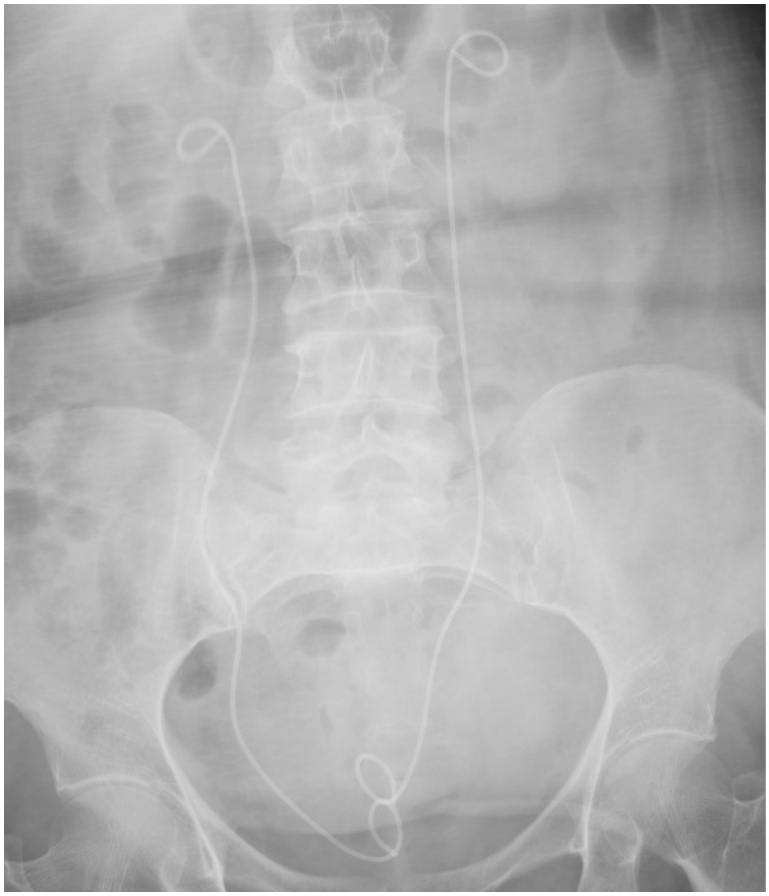


Figure 2: X-ray scan after DJ placement



SS-145

Changes in Acute Kidney Injury Markers Caused by ESWL Therapy in Children

Onur Dede

Department of Urology, Dicle University School of Medicine, Dıyarbakır, Turkey

OBJECTIVE: To determine the effect of ESWL on kidney damage in children and use potential AKI biomarker levels as diagnostic indicators.

METHODS: We enrolled thirty consecutive child patients who underwent ESWL with small renal calculi. Patient demographic data was collected as age, sex, and stone size. Patient urine creatinine levels and AKI levels were measured three times: before the first session of ESWL, two hours after the first session, and 24 hours after the first session.

RESULT: The mean age of patients was 7.9±4.3 and 7.5±2.4 years. The mean stone size was 88.1±65.2 mm2 in. Mean levels of KIM 1/Cr were recorded at three times: before ESWL, 2 hours after ESWL, and 24 hours after ESWL. Twenty four hours after surgery, KIM-1/Cr levels increased significantly in urine compared to pre-operative levels (p=0.04). The mean levels of the NAG/Cr from before ESWL, 2 hours after ESWL and 24 hours after ESWL were 0.11 ± 0.08, 0.19 ± 0.13, 0.56 ± 0.57, respectively. The NAG/Cr levels were increase significantly after the operation. NGAL/Cr, and LFABP /Cr mean levels were not elevated after ESWL.

CONCLUSION: ESWL is safe and curative for urolithiasis in children, but there is no doubt that ESWL can lead to acute kidney injury. Our data suggests that increased KIM 1/Cr and NAG/Cr levels can help in assessing the amount of damage done to the kidney after ESWL in children.

Keywords: aki, KIM 1, NAG, ESWL

Table 1: The mean levels of KIM-1/Cr, NGAL/Cr, NAG/Cr, and LFABP/Cr

Table 1: The mean levels of KIM-1/Cr, NGAL/Cr, NAG/Cr, and LFABP/Cr

	Before ESWL (n=30)	After 2h ESWL (n=30)	After 24h ESWL (n=30)
Kim 1 /Cr	2.87 ± 2.43	2.94 ± 6.14	8.07 ± 8.91
NGAL / Cr	1034 ± 1022	1582 ± 1238	3720 ± 3268
NAG / Cr	0.11 ± 0.08	0.19 ± 0.13	0.56 ± 0.57
LFABP / Cr	0.47 ± 0.30	0.50 ± 0.59	1.36 ± 1.49

SS-146

18 Yaşından Küçük Pediatrik Hastalarda Uygulanan Farklı Perkütan Nefrolitotomi Prosedürlerinin Değerlendirilmesi

Cem Alan, Onur Dede

Department of Urology, Dicle University School of Medicine, Dıyarbakır, Turkey

AMAÇ: Bu çalışmada kliniğimizde standart perkütan nefrolitotomi (PNL), mini perkütan nefrolitotomi (mini-PNL) (miniperk), ultra-mini perkütan nefrolitotomi (UMP) ve mikro perkütan nefrolitotripsi (mikro-PNL) (mikroperk) prosedürleri uygulanan 18 yaş altı pediatrik verilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Hastaların demografik özellikleri, perioperatif ve postoperatif verileri kaydedildi. Hastalar operasyonda uygulanan dilatasyon çapına göre standart PNL (30 Fr-24 Fr) (Grup 1), mini-PNL (20 Fr-16 Fr) (Grup 2), UMP (14 Fr-12 Fr) (Grup 3) ve mikro-PNL (4.8 Fr) (Grup 4) şeklinde dört gruba ayrıldı. Belirlenen bu 4 grup sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Ortalama operasyon süresi Grup 1'de 56,3±21,6 dakika (dk), Grup 2'de 49,9±15,3 dk, Grup 3'te 57,3±16,2 dk, Grup 4'te 61,7±22,6 dk şeklinde olup istatistiksel anlamlı fark izlendi (p=0,006). Skopi süresi ortalaması Grup 1'de 1,7±1,1 dk, Grup 2'de 1,5±0,9 dk, Grup 3'te 2,3±1,3 dk, Grup 4'te 1,6±1,2 dk saptandı ve istatistiksel anlamlı fark olduğu görüldü (p<0,001). Hemoglobin (Hb) miktarındaki azalma ortalama olarak Grup 1'de 1,4±1,5 gr/dL, Grup 2'de 1,1±1,2 gr/dL, Grup 3'te 0,8±0,9 gr/dL, Grup 4'te 0,5±0,9 gr/dL saptandı ve istatistiksel anlamlı fark izlendi (p<0,001). Dilatasyon çapı düştükçe Hb düşüşü de orantılı olarak azaldığı, özellikle 20 Fr ve üstündeki çaplarda hemoglobinin istatistiksel olarak anlamlı daha fazla düşüş olduğu görüldü (p=0,003). Gruplar arasında genel komplikasyon oranları açısından istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p=0,374). Grup

SONUÇ: Çalışmamızda 18 yaş altı pediatrik hasta grubunda farklı PNL prosedürlerinin benzer başarı ve komplikasyon oranları görülmesine rağmen; kanama miktarının UMP ve mikro-PNL'de istatistiksel anlamlı daha düşük olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Perkütan nefrolitotomi, Mini-PNL, Ultra-mini PNL, Mikro-PNL, Pediatrik, Nefrolitiazis

SS-147

10-20 mm Arası Böbrek Taşlarının Tedavisinde Mikroperkutan Nefrolitotomi ile Retrograd İntrarenal Cerrahinin Karşılaştırılması

Osman Barut, Faruk Küçükdurmaz, Mehmet Kutlu Demirkol, Bekir Türkay Demir, Tayfun Şahinkanat, Sefa Resim

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ: Bu çalışmada, 10-20 mm arası böbrek taşlarının tedavisinde mikroperkütan nefrolitotomi(mikroperk) ile retrograd intrarenal cerrahiyi (RIRS) etkinlik ve güvenlik açısından karşılaştırmayı amaçladık.

ARAÇ VE YÖNTEMLER: Şubat 2015-Nisan 2017 tarihleri arasında mikroperk (Grup 1) uygulanan 28 hasta ve RIRS (Grup 2) yapılan 30 hasta retrospektif olarak incelendi. Böbrek içinde tek bir bölgede 10-20 mm arası büyüklükte taşı bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların taş ve üriner sistem özellikleri, operasyon parametreleri ve ameliyat sonrası bulguları kaydedildi. Klinik olarak önemsiz rezidüel fragmanlar (CIRF), BT'de 4 mm'den küçük asemptomatik, non-obstrüktif rezidüel fragmanlar olarak tanımlandı. Postoperatif komplikasyonlar için Clavien-Dindo sınıflandırması kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde Mann Whitney U ve Ki kare testleri kullanıldı.

BULGULAR: İki grup arasında yaş, cinsiyet, taş büyüklüğü, lateralizasyonu ve yerleşim yeri gibi demografik ve taş özellikleri benzerdi. Başarı oranları, hastanede kalış süreleri ve JJ stent gereksinimi her iki grupta benzerdi. Clavien I ve II postoperatif komplikasyonlar açısından anlamlı farklılık saptanmadı: Grup 1(% 28.5), Grup 2(% 16.6) (p = 0.277). Ortalama floroskopi süreleri mikroperk grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (P = 0.00) yine benzer şekilde hemoglobin düşüşü de (Grup 1 = 1.47 ± 0.61, Grup 2 = 0.76 ± 0.31g / dL, P= 0.00) istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastanede kalış süresi açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi (microperc için 50.21 ± 9.62, RIRS için 27.46 ± 7.23saat, p = 0.00).

SONUÇ: Mikroperk, 2 cm'den küçük böbrek taşlarının tedavisinde oldukça etkili ve güvenli minimal invaziv bir tekniktir. Bu boyuttaki taşlar için retrograd intrarenal cerrahiye iyi bir alternatif yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mikroperkutan Nefrolitotomi, Retrograd İntrarenal Cerrahi, Böbrek Taşı

SS-148

Perkutan Nefrolitotomi Yapılan Hastalarda Farklı Anestezi Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Osman Barut, Sefa Resim

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı,Kahramanmaraş

AMAÇ: Günümüzde, Perkütan nefrolitotomi (PNL) büyük ve kompleks böbrek taşları için ilk tercih edilen minimal invazif bir tedavi şeklidir. PNL operasyonu spinal ve genel anestezi altında yapılabilmektedir. Biz bu retrospektif çalışmada spinal ve genel anestezi altında yapılan PNL ameliyatlarının etkinlik ve güvenirliliğini karşılaştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya kliniğimizde Ekim 2016 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında PNL operasyonu yapılan toplam 82 hasta dahil edildi. Genel anestezi grubunda (grup 1) 34 ve spinal anestezi grubunda (grup 2) 48 hasta mevcuttu. Bütün hastaların taş ve üriner sistem özellikleri, operasyon parametreleri ve postoperatif bulguları kaydedildi. Karşılaştırmalarda Independent Samples t Test, Mann WhitneyU ve Ki-Kare testleri kullanıldı. P<0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Sırasıyla; ortalama yaş, cinsiyet ve taş boyutu açısından iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmadı(p=0.20, p=0.83, p=0.24). Ortalama operasyon süresi grup 1'de anlamlı olarak daha düşüktü (57,91±10,18 dk vs. 53,56±9,33 dk; p:0,04). Grup 1'de ortalama floroskopi süresi 4,43±1,54 dk iken grup 2'de 3,56±1,25 dk idi ve anlamlı farklılık izlendi (p=0,008). Grup 1'de taşsızlık oranı % 84,2 iken grup2'de bu oran % 85,5 olarak kaydedildi ve anlamlı farklılık saptanmadı (p =0,31). Ortalama hastanede kalış süreleri grup 1'de 51,08±11,27 saat, grup 2'de 50,12±11,18 saat idi (p=0,70). Grup 1'de postoperatif başağrısı olmazken, grup 2'de 4 hastada postoperatifbaş ağrısı oldu ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,13).

SONUÇ: PNL operasyonu planlanan hastalarda spinal anestezi hızlı ve güvenilir bir anestezi yöntemidir. Spinal anestezinin operasyon ve skopi sürelerinin kısa olması gibi avantajları olması nedeni ile artan sıklıkta kullanılacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perkutan nefrolitotomi, Spinal anestezi, Genel anestezi

SS-149

Perkütan Nefrolitotomi Sonrası Kan Transfüzyonunu Etkileyen Faktörler

Sait Özbir, Osman Can

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Büyük böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi (PCNL) önerilmektedir. PCNL, büyük böbrek taşları için etkin bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, komplikasyon riski yüksektir. Kan transfüzyonu gerektiren kanama bu komplikasyonlardan biridir. Çalışmamızda transfüzyon oranlarını etkileyen faktörleri inceledik.

YÖNTEM: Yaş, cinsiyet, BMI, trakt uzunluğu (mm), taş boyutu (mm), taş yoğunluğu (HU), taşlı kaliks sayısı, akses sayısı, taş kompleksitesi (Guy taş skoru I –II 'ye karşı III-IV) dahil olmak üzere transfüzyon için risk faktörlerini değerlendirdik.

BULGULAR: Toplamda 141 (92 erkek ve 49 kadın) hasta çalışmaya dahil edildi. PCNL monoterapisi için transfüzyon oranı %14.8 idi. Multipl akses yapılan, büyük ve kompleks taşları olan, BMI değeri yüksek olan ve düşük yoğunlukta (HU) taşları olan hastalarda daha yüksek transfüzyon oranları gözlenmiştir.

SONUÇ: Transfüzyon oranları daha büyük ve kompleks taşlar ile ve multipl akses yapılan hastalarda artmaktadır. Daha yüksek BMI ve düşük taş yoğunlukta (HU) taşları olan hastalar, transfüzyon için artmış risk altında olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kan transfüzyonu, Kanama, Komplikasyon, Perkütan nefrolitotomi

Tablo

	Patients with Transfusion Mean±S.D. (n%)	Patients without Transfusion Mean±S.D. (n%)	p value
Age	46.2±15.9	44.5±13.4	0.596
Sex			
Male	13 (61.9%)	79 (65.8%)	$0.727_{\chi 2}$
Female	8 (38.1%)	41(34.2%)	
Side			
Right	6 (28.6%)	51 (42.5%)	$0.230_{\chi 2}$
Left	15 (71.4%)	69 (57.5%)	
BMI	27.8±4.2	26.0±3.3	***0.026***
Tract length (mm)	81.8±21.9	86.9±29.1	0.360
Calyx no.with stone	3.3±1.0	3.8±1.6	0.075
Stone size (mm)	43.7±12.3	36.8±11.5	***0.014***
Stone density (HU)	878.2±322.9	1118±338.1	***0.003***
Stone complexity			
GSS			
1-2	11(52.3%)	104(86.7%)	$\mathbf{0.000}_{\chi 2}$
3-4	10(47.7%)	16(13.3%)	
Access no.			
Single tract	12 (57.1%)	99 (82.5%)	$\mathbf{0.009}_{\chi 2}$
Multipl tract	9 (42.9%)	21 (17.5%)	
Operation time (min.)	127.0±40.1	83.8±23.9	***0.000***
Access time (min.)	17.7±8.5	18.0±10.0	0.904
Scopy time (sec.)	134.5±82.9	127.0±75.3	0.676

SS-150

Factors Affecting Fluoroscopy Time During Percutaneous Nephrolithotomy: Impact of Stone Volume Distribution in Renal Collecting System

Sait Özbir, Hasan Anıl Atalay, Halil Lütfi Canat, Mehmet Gökhan Çulha, Süleyman Sami Çakır, Osman Can, Alper Ötünçtemur

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

INTODUCTION & OBJECTIVES: To identify the factors increased fluoroscopy time during percutaneous nephrolithotomy and investigate the relationship between the 3D segmentation volume ratio of a stone to renal collecting system and fluoroscopy time.

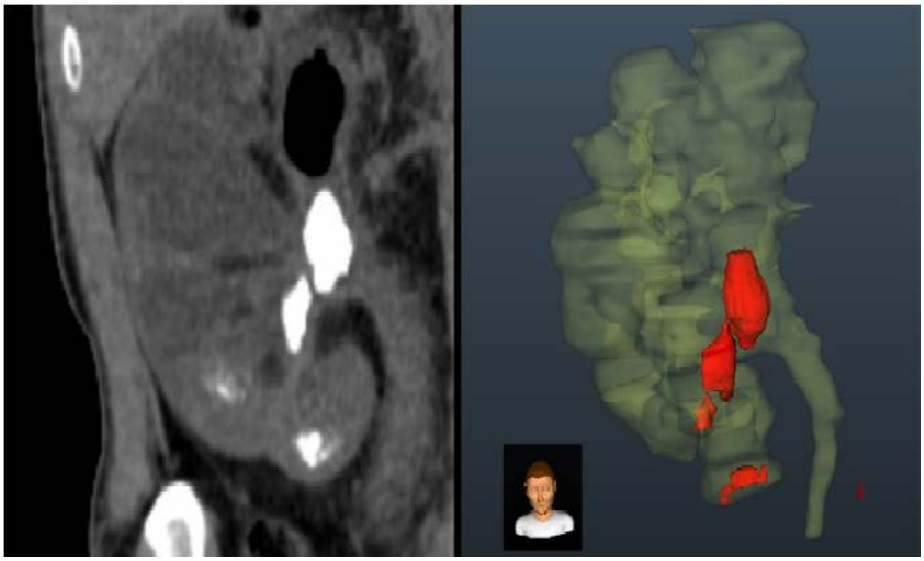
MATERIALS& METHODS: Data from102 patients who underwent percutaneous nephrolithotomy were analyzed retrospectively. Volume segmentation of both the renal collecting system and stones were obtained from 3D segmentation software with the images on CT data (Fig. 1). Analyzed stone volume (ASV), renal collecting system volume (RCSV) measured and the ASV-to-RCSV ratio was calculated. Several parameters were evaluated for their predictive ability with regard to fluoroscopy time.

RESULTS: Stone-free rate was 55.9% after the percutaneous nephrolithotomy. Complications were occurred in 31 (30.4%) of the cases. Mean fluoroscopy time was 199.4±151.1seconds. fluoroscopy time was significantly associated with ASV-to-RCSV ratio ($p<0.001$, $r=0.614$). Single tract was used in 77 (75.5%) cases while multipl tract was used in 25 (24.5%) cases. Fluoroscopy time was significantly associated with multipl access ($p<0.001$, $r=0.689$). On univariate linear regression analysis, longer fluoroscopy time was related with increased stone size, increased stone volume, increased number of access, increased calyx number with stone, increased ASV-toRCSV, increased operative time and decreased stone essence. On multivariate linear regression analysis, number of access and ASV-to-RCSV were independent predictors of fluoroscopy time during percutaneous nephrolithotomy.

CONCLUSION: The distribution of stone burden volume in pelvicalyceal system is a significant predictor for prolonged fluoroscopy time during percutaneous nephrolithotomy. ASV-toRCSV ratio can be help urologist before surgery for preoperative planning.

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy, 3D volume segmantation, Fluoroscopy time, Three dimensional

Fig.1



NCCT and 3D volume segmentation images of pelvicalyceal system and stones. Volumetric measurements are: ASV = 4732 mm³, RCSV = 67260 mm³, ASV/RCSV ratio (%) = 4.8%

SS-151

Fleksible Üreterorenoskopların Kullanım Ömrü ve Bozulma Nedenleri

Osman Özdemir, Mustafa Soytaş, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Böbrek ve proksimal üreter taşlarının endoskopik cerrahisinde kullanılan fleksible üreterorenoskopların(F-URS) kullanım ömrünü değerlendirmek.

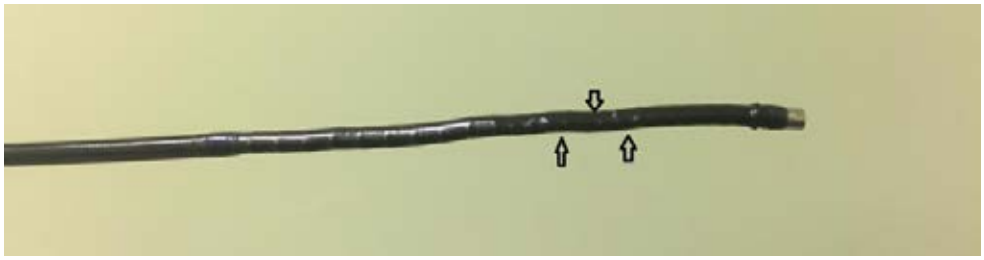
MATERYAL&METOD: Ocak 2017 ve Ocak 2019 arasında toplam 4 farklı fleksible-URS ile yapılmış olan böbrek ve üreter taşı cerrahileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm vakalar Karl Storz Flex-X2S marka F-URS ile yapıldı ve bu F-URS'ler URS1, URS2, URS3 ve URS4 olmak üzere adlandırıldı. Kullanılan F-URS'lerin dayanıklılıkları ve bozulma nedenleri incelendi.

BULGULAR: Ocak 2017 ve Ocak 2019 tarihleri arasında 543 adet retrograd intrarenal cerrahi uygulandı. Bunların 233 tanesi F-URS ile gerçekleştirildi. Tüm vakalar dört cerrah tarafından gerçekleştirildi. 233 vakanın 91 tanesinin alt kaliks, 78'inin renal pelvis, 64'ünün ise üst ve orta kaliks taşları olduğu saptandı. URS1, URS2, URS3 ve URS4 olarak adlandırılan üreterorenoskapların, tamire gidene kadar kullanıldıkları toplam vaka sayıları sırasıyla 64, 41, 72 ve 56 vaka olarak bulundu. Bu üreterorenoskopların bozulma nedenlerinin URS1'de üreterorenoskop şaftında eğrilme ve kinkleşme, URS2'de URS şaft kılıfında çentik oluşması, URS3 ve URS4'te ise defleksiyon kusuru olduğu saptandı(Resim 1,2,3). Üreteroskopların optik özellikleri ve görüntü kaliteleri ile ilgili tamir sebebi olacak herhangi bir sorun izlenmedi. Tüm URS'lerde tamir nedeni olarak URS gövdesi ya da hareket sistemleri ile ilgili problemler ön plana çıktı.

TARTIŞMA&SONUÇ: Fleksible üreterorenoskoplar, özellikle taş cerrahisi olmak üzere önemli bir yere sahiptir. F-URS'lerin kullanım ömrü ile ilgili literatürde 3 vakadan 159 vakaya kadar çeşitli sonuçlar bulunmaktadır. Böyle geniş yelpazede sonuçlar olmasında cerrah tecrübesi, vaka zorluğu, taş konumu ve boyutu gibi etkenler rol almaktadır. F-URS'lerin bozulma nedenlerini daha detaylı anlamak ve buradan yola çıkarak dayanıklılığını artırmak için çok değişkenli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fleksible, üreterorenoskop, RIRS

Resim 1.



Resim 1: URS şaftında eğrilme

Resim 2



Resim 2: URS şaft kılıfında oluşan çentik

Resim 3



Resim 3: URS'de izlenen fleksiyon/defleksiyon kusuru

SS-152

Robotik Radikal Prostatektomide 360 Derece Mesane Boynu Koruyucu Cerrahi Teknik Uygulanması Gerekli mi?

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]Üroloji bölümü, İstanbul Florence Nightinagale Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Üroloji Anabilim dalı, Demiroğlı Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Robotik radikal prostatektomide 360 ve 270 derece mesane boynu koruyucu cerrahi teknik uygulanan hastaların idrar kontinanslarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2015-Haziran 2017 tarihleri arasında robotik radikal prostatektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Robotik radikal prostatektomide 360 derece mesane boynu koruyucu cerrahi teknik uygulanan 20 hasta (grup 1) ile 270 derece mesane boynu koruyucu cerrahi teknik uygulanan 40 hasta (grup 2) çalışmaya dahil edildi..

Hastalar kontinans durumlarına göre;tam kontinan;foley sonda çıkartılması ardından idrar kaçırmama ve koruyucu günlük ped kullanımı olmak üzere 2 grupta değerlendirildi. Hastaların operasyon sonrası 10.gün,1.ay,3.ay ve 6.ay idrar kontinans durumları ICIQ-SF(İnternational Consultation on Incontinence Questionnaire Short From) formu ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaş,PSA düzey ve prostat boyutları grup 1'de sırasıyla 61.5, 9.2 ng/dl ve 37,6 cc,grup 2 de sırası ile 63.3, 9.4 ng/dl ve 39,6 cc saptandı.Hastaların idrar kontinans oranları; 10.gün,1. ay,3.ay ve 6.ay sonucları sırası ile grup 1 de sırası ile %40,%60, % 90 ve %95 iken grup 2 de %47.5, %90,%95 ve %100 olarak saptandı.Her iki grup arasında kontinans oranları açısından istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmedi.Hastaların 10.gün, 1.ay, 3. ay ve 6.ay ortalama ICIQ-SF skorları grup 1'de sırası ile 3.8, 1.3, 0.7 ve 0.4, grup 2'de 5.8, 1.3, 0.2 ve 0 olarak saptandı.Grup 1'de 2 hastada, grup 2'de 4 hastada cerrahi sınır pozitif saptanırken,sadece grup 1'de 1 hastada mesane boynu cerrahi sınırın fokal pozitif olduğu gözlendi.

SONUÇ: Robotik radikal prostatektomi de idrar kontinansının erken dönemde kazanılmasında, 360 derece mesane boynu koruyucu cerrahi tekniğinin 270 derece mesane boynu koruyucu cerrahi tekniğine üstün olmadığı gözlenmiştir.

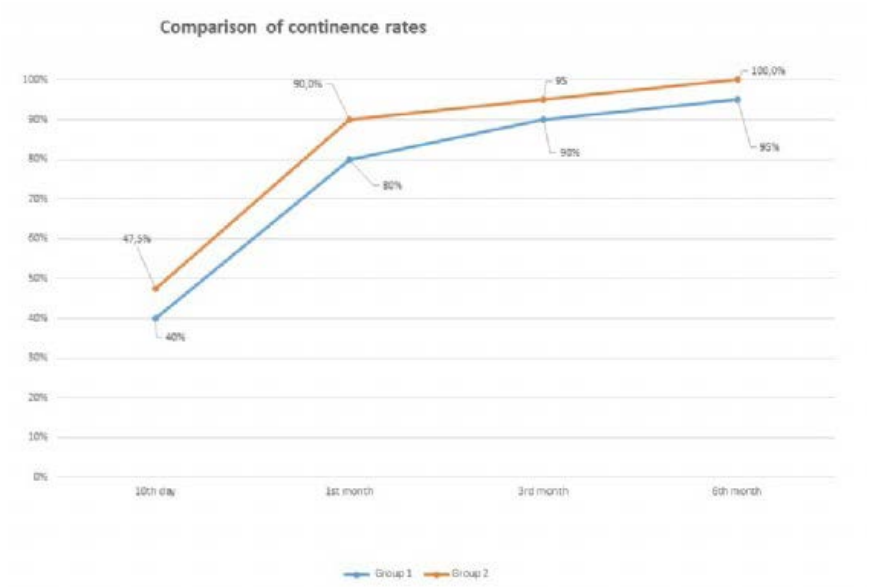
Anahtar Kelimeler: prostat kanser, robotik, mesane boynu koruma, cerrahi teknik

Clinical and pathological characteristics of the two groups

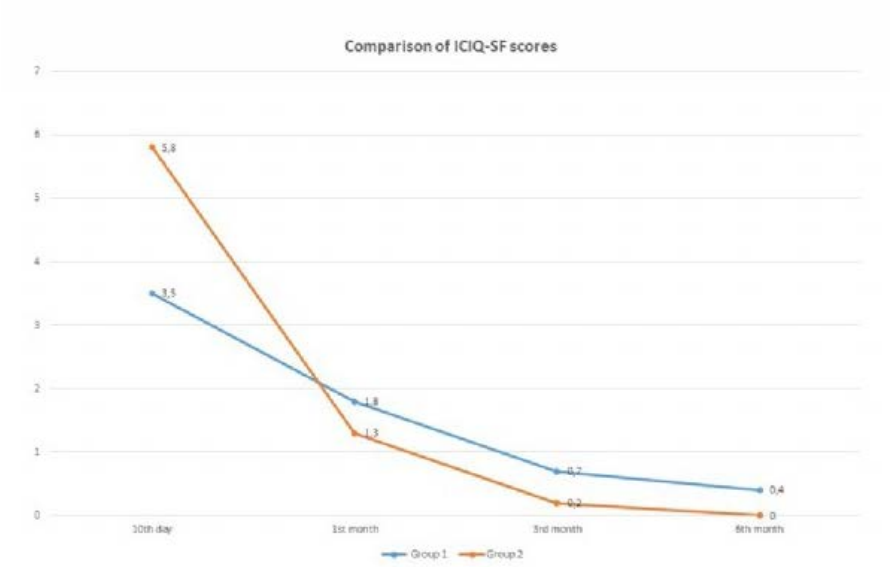
Clinical and pathological characteristics of the two groups

		Group 1	Group 2	P-value
n		20	40	
Age		61.5±8	61,75±7	0.91
PSA (ng/dl)		9.3±5,8	9.95±9	0.96
Prostate volume (cc)		37.6±11,6	39,6±15,3	0.64
Gleason score				0.55
	6	5 (%25)	10 (%25)	
	7	14 (%70)	22 (%55)	
	8	1 (%5)	5 (%12.5)	
	9	-	3 (%7.5)	
Pathoiojical stage				0.51
pT2		15	34	
	pT3	5	6	
Positive surgical margin		3 (%15)	5 (%12,5)	
	Apex	1	1	
	Posterolateral	-	4	
	Bladder neck	2	-	
Nerve sparing surgery				0,.90
	Unilateral	7	15	
	Bilateral	12	22	
Non-nerve sparing surgery		1	3	
Continence rates				
10th day	No ped	8 (%40)	19 (%47,5)	0.58
	Safety pad	12 (%60)	21 (%52,5)	
1st month	No ped	16 (%80)	36 (%90)	0.42
	Safety pad	4 (%20)	4 (%10)	
3rd month	No ped	18(%90)	38(%95)	0.59
	Safety pad	2 (%10)	2(%5)	
6th month	No ped	19 (%95)	40 (%100)	0.33
	Safety pad	1 (%5)	0 (%0)	
ICIQ-UI SF score				
	10th day	3.8	5.8	0,02
	1st month	1.3	1.3	0.62
	3rd month	0.7	0.2	0.44
	6th month	0.4	0	0.15

Graphic



Graphic



SS-155

Pediatrik Üreteral Taşlarda Ultra İnce Semi-Rigid Üreteroskopun Etkinliği: Tek Merkez Deneyimi

Ramazan Topaktaş[1], Cemil Aydın[2]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul,Türkiye
[2]Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum,Türkiye

AMAÇ: Çalışmamızın amacı üreter taşı olan çocuk hastalarımızda 4.5 Fr semirigid ureterorenoskop ile tedavinin uygulanabilirliği ve olası komplikasyonlarıyla ilgili sonuçlarımızı sunmaktır.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2013 ve Haziran 2017 tarihleri arasında semptomatik ve 5 mm den büyük üreter taşı nedeniyle üreterorenoskopi (URS) operasyonu yapılan 4 ile 16 yaş arası toplam 33 hastanın (20 erkek, 13 kız) dosyaları ve bilgisayar kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bütün hastalarda URS operasyonu için 4.5 Fr semi-rigid ureteroscope kullanılırken, taş fragmantasyonu için ise a Holmium:YAG lazer kullanıldı. Operasyon süresi, peroperatif veya postoperatif komplikasyon varlığı, üreteral stent kullanımı değerlendirildi. Taşsızlık oranlarının değerlendirilmesi için işlemden 1 hafta sonra abdomino pelvik ultrason veya direk üriner sistem grafisi kullanılırken birinci ay kontrolünde düşük doz kontrassız bilgisayarlı tomografi kullanıldı.

BULGULAR: Ortalama hasta yaşı ve üreter taşı boyutu sırasıyla 9.8 ± 2.8 (range, 4-16 years) ve 8.9 ± 1.4 mm (range, 6-13mm) olarak hesaplandı. Operasyon sonunda 14 hastada hiç üreteral kateter koyulmazken, 12 (36.3%) hastada geçici üreter kateteri, 7 (21.2%) hastada da Double-J kateter yerleştirildi. Hiçbir hastaya aktif üreteral dilatasyon uygulanmadı. Ortalama operasyon ve hastanede kalış süreleri sırasıyla, 45±21.2 (30-75 dakika) ve 1.2 gün (1-4 gün) olarak hesaplandı. Proksimal üreterde impakte taşı olan 2 hastaya ikinci seans URS uygulandı. Toplam 5 (15.1%) hastada minör komplikasyon görülürken, hiçbir hastada majör komplikasyon izlenmedi. Birinci hafta ve birinci ay başarı oranları sırasıyla, 90.9% ve 96.9% olarak hesaplandı.

SONUÇ: Çocuklarda kalibrasyonu 4.5 Fr olan üreterorenoskopi ile uygulanan endoskopik üreter taşı tedavisi, yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile güvenli ve uygulanabilir bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üreteral taş, üreteroskopi, lazer litotripsi

SS-156

Proksimal Üreter Taşı Tedavisinde Spinal Anestezinin Güvenilirliği Ve Etkinliği

Ramazan Topaktaş[1], Ali Akkoç[2]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul,Türkiye
[2]Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Antalya, Türkiye

AMAÇ: Proksimal üreter taşı nedeniyle spinal ve genel anestezi altında ureterorenoskopi (URS) uyguladığımız olguların klinik ve operasyonel parametrelerini retrospektif inceleyerek karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2014 ve Mayıs 2017 arasında proksimal üreter taşı nedeniyle URS uygulanan 72 hastayı retrospektif olarak inceledik. Anestezi tipine göre spinal anestezi grubu (SA grup) ve genel anestezi grubu (GA grup) olarak iki gruba ayrıldı. Perioperatif değişkenler (yaş, cinsiyet, taş büyüklüğü, taşın tarafı) ve operasyon sonuçları (operasyon ve hastanede yatış süresi, postoperatif ağrı, komplikasyon oranı ve başarı) değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Komplikasyonlar Clavien derecelendirme sistemine göre sınıflandırıldı. Başarı postoperatif birinci ayda yapılan düşük doz kontrassız bilgisayarlı tomografide tamamen taşsızlık olarak belirlendi.

BULGULAR: Spinal ve GA gruplarında sırasıyla 40 ve 32 hasta vardı. İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p:0.593 ve p:0.910). İki grup arasında ortalama taş boyutu, tarafı ve dansitesi anlamlı farklılık yoktu (p:0.056, p:0.958 ve p:0.337). İki grubun operasyon ve hastanede kalış süreleri benzerdi ve istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p:0.875 ve p:0.603). Clavien sınıflandırma sistemine göre, iki grup arasında komplikasyon oranları benzerdi. Ameliyat sonrası SA grubunda visual ağrı skalası istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($p<0.05$) Tamamen taşsız durum olarak kabul edilen URS'nin başarı oranı SA ve GA grubunda sırasıyla 90% (36/40) ve 93.7% (30/32) olarak hesaplandı ve anlamlı bir farklılık yoktu (p:0.819).

SONUÇ: Erişkin hastalarda proksimal üreter taşı tedavisi için uygulanan URS, hem spinal hemde genel anestezi altında uygulanabilir ve güvenli bir cerrahi yöntemdir. Spinal anestezi, genel anesteziye göre postoperatif ağrı açısından daha az ağrılı bir yöntem gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: proksimal üreter taşı, üreteroskopi, spinal anestezi, genel anestezi

SS-157

Erişkin Hastalarda Mini Perkütan Nefrolitotomi Deneyimlerimiz

Ramazan Topaktaş[1], Selçuk Altın[2]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği,İstanbul,Turkiye
[2]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

AMAÇ: Böbrek taşı nedeniyle kliniğimizde Mini-PCNL operasyonu uyguladığımız erişkin hastaların postoperatif erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2013 ile Ocak 2017 tarihleri arasında kliğimizde Mini-PCNL yaptığımız toplam 82 erişkin hastanın dosyaları ve bilgisayar kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, ateş, üriner kaçak, üreteral stent takılması, transfüzyon ve anjioembolizasyon gereksinimleri, akciğer veya ek organ yaralanması ve taşsızlık durumları açısından bilgileri toplandı. Semptomsuz ve 4mm den küçük taşlar klinik önemsiz rezidüel fragman olarak değerlendirildi. Postoperatif komplikasyonlar Clavien komplikasyon sistemine göre sınıflandırıldı. Postoperatif 1.ayda tomografide taşsızlık saptanan ya da klinik olarak önemsiz rezidüel taşı olan hastalar başarılı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı ve vücut kitle indeksi sırasıyla 39.4±10.3 yıl ve 26,1±2.5 kg/m2 olarak hesaplandı. Toplam 2 (%2,4) soliter böbrekli hasta bulunmaktaydı. Taşların büyük kısmı (%52,8) multipl kaliks yerleşimli ve ortalama taş boyutu 19,6±2,5 mm idi. Ortalama operasyon ve skopi süreleri sırasıyla 104,3±18.1 dk ve 5,3±2.8 dk olarak hesaplandı. Hastalarda 16-20 Fr giriş kılıfı tercih edildi. Perkütan giriş %87 hastada alt kaliksten yapılırken, %93,6 hastada tek giriş yapıldı. Operasyon sonunda toplam 15 (%18,2) hastaya üreteral Double J kateter takıldı. Ortalama hemoglobin düşüşü ve hastanede kalış süresi sırasıyla 1,1±0.4 g/dl ve 2,4±1.1 (2-5) gün olarak hesaplandı. Hiçbir hastaya kan transfüzyonu ve anjioembolizasyon yapılmadı. Dört hastada postoperatif ateş (Clavien grade 1) saptanırken, bir hastada postoperatif dördüncü gün üretere düşen rezidü taş nedeniyle üreterorenoskopi yapıldı (Clavien grade 3b). Başarı oranı %88.4 olarak hesaplandı.

SONUÇ: Mini-PCNL operasyonu seçilmiş erişkin hastalarda standart PCNL ye alternatif olabilecek güvenli ve etkili bir teknik gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, mini perkütan, nefrolitotomi

SS-158

Çocukluk Çağında Böbrek Taşı Nedeniyle Uyguladığımız Perkütan Nefrolitotomi: Tek Merkez 10 Yıllık Deneyimlerimiz

Ramazan Topaktaş, Ahmet Ürkmez

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği,İstanbul,Turkiye

AMAÇ: Kliniğimizde böbrek taşları nedeniyle perkütan nefrolitotomi (PCNL) yapılan çocuk hastaların sonuçları ve on yıllık deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde Mart 2007–Şubat 2017 tarihleri arasında PCNL ameliyatı yapılan 95 pediatrik hasta değerlendirildi. Operasyon öncesinde ultrasonografi, intravenöz pyelografi ve kontrassız spiral bilgisayarlı tomografi yapıldı. Cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, önceki taş öyküsü, taraf, taş lokalizasyonu, boyut, kanama, enfeksiyon, ateş, nefrostomili kalma, skopi ve hastanede yatış süreleri ve başarı oranları retrospektif olarak değerlendirildi. Semptomsuz ve 4mm den küçük taşlar klinik önemsiz rezidüel fragman olarak değerlendirildi. Postoperatif 1.ayda tomografide taşsızlık saptanan ya da klinik olarak önemsiz rezidüel taşı olan hastalar başarılı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 9,54±4.9 (4-16) yıl olup, 58'i erkek, 37'si kızdı. Toplam 8 (%7,3) hastada ameliyat öncesi herhangi bir zamanda taş düşürme öyküsü mevcuttu. Ortalama taş boyutu 2,2±0.9 cm olarak hesaplandı. PCNL hastaların 52'sinde (%54,7) sağ tarafa, 43'ünde (%45,2) sol tarafa uygulandı. Böbrek taşları vakaların 26'sında (%27.3) orta polde, 32'sinde (%33.6) alt polde, 31'inda (%32.6) renal pelviste, 4'ünde (%4.2) multipl yerleşimli ve 2'sinde (%2,1) staghorn taş mevcuttu. Hastaların 2'sinde (%2,1) kan transfüzyonu gerektirecek kanama oldu. Toplam 3 (%3.1) hastada double J stent takılmasını gerektirecek uzamış idrar ekstravazasyonu saptandı. Toplam 3 (%3.1) hastada ateş olurken, 2 (%2.1) hastada idrar yolu enfeksiyonu gelişti ve uygun antibiyotkle tedavi edildi. Ortalama hastanede kalış ve nefrostomili kalma süreleri sırasıyla 3.2±1.9 (1-7) ve 2.1±1.1 (1-5) idi. Başarı postoperatif birinci ayda %92.6 (n:88) olarak hesaplandı.

SONUÇ: Perkütan nefrolitotominin çocukluk yaş grubunda deneyimli klinikler tarafından etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemi olarak uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Pediatri, Perkütan nefrolitotomi

SS-159

Mini PNL Hastalarında Pnömotik Litotriptör ve Holmiyum Yag Lazerin Karşılaştırılması

Recep Eryılmaz[1], Rahmi Aslan[1], Kerem Taken[1], Veli Avcı[2]

[1]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Bilim Dalı*

GİRİŞ: Bu sunumda mini PNL de kulanılan pnömatik litotriptör ile holmiyum yag lazerin rezidü taş ve perioperatif –postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda pediatrik üreterorenoskopi ile 4fr üreter kateteri üretere yerleştirildikten sonra hastalar mini pnl işlemi için prone pozisyonuna alındı. Prone pozisyonda 14fr kadar perkutan dilatatörle dilatasyon yapıldı ve 14 fr dilatasyon üzerinden ablantz yerleştirildi. Daha sonra mini perkutan nefroskopla böbreğe giriş yapıldı.Taş kırma için lazer ve pnömatik litotriptör kulanıldı.

BULGULAR: Son 1 yılda kliniğimizde 30 hastaya mini pnl yapıldı. Hastaların demografik özellikleri,böbrek taşının tedavisi için kulanılan litotriptöre göre oluşan komplikasyonlar ve rezidü taş oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

SONUÇ: Mini PNL hastalarında holmiyum yag lazer; rezidü taşın daha az olması, dj kateter takılmaması, nefrostominin daha erken çekilmesi ve postop komplikasyonların daha az olması açısından pnömatik litotriptöre tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mini pnl,holmiyum lazer,pnömotik litotriptör,komplikasyon

Tablo1

	Pnömatik litotriptör (n:20)	Holmiyum yag lazer (n:10)
Yaş	11	6
Rezidü taş	%20 hastada	%10 hastada
DJ kateter	%50	%20
Ortalanma taş yükü	19,6x8,5±0,73	17,14x9,3±0,65
Operasyon süresi	115±21 dk	130±32
Nefrostomi çekilmesi	3,5 ±1	2,5±0,5
Postop komplikasyon	%15	%10
ES replasmanı	%15	-

Hastaların demografik özellikleri,böbrek taşının tedavisi için kulanılan litotriptöre göre oluşan komplikasyonlar ve rezidü taş oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

SS-160

Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) Sonrası Enfektif Komplikasyonlar ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Cüneyt Özden[1], Çetin Volkan Öztekin[2], Cevdet Serkan Gökkaya[1], Şahin Paşalı[1], Samet Şenel[1], Süleyman Bulut[1], Binhan Kağan Aktaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara
[2]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Girne, KKTC

AMAÇ: Bu çalışmada RİRC sonrası enfektif komplikasyonlar sepsis ve septik şokun güncel tanımlamasına (üçüncü uluslararası fikir birliği toplantısı, 2016) uygun olarak düzenlendi ve ilişkili faktörler değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: 617 hastaya yapılan 706 RİRC prosedürü retrospektif değerlendirildi. Enfektif komplikasyonlar ateş, üriner enfeksiyon (idrar ve/veya kan kültürü pozitifliği), sepsis (üriner enfeksiyon ve ≥2 SOFA(Sepsis-Related Organ Failure Assessment) skorunun varlığı) ve septik şok (ortalama arteryel basıncının 65 mmHg'nın üzerinde olması için vazopressör ihtiyacı ile serum laktat düzeyinin 2 mmol/L'un üzerinde olması) şeklinde tanımlandı.

BULGULAR: Hastaların %7.1'inde (n=50) enfektif komplikasyonlar tespit edildi. Hastaların %3.8'inde (n=27) sadece ateş, %2.5'inde (n=18) üriner enfeksiyon, %0.3'ünde (n=2) sepsis ve %0.4'ünde (n=3) septik şok mevcuttu. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde enfektif komplikasyonlar ile ilişkili faktörler; soliter böbrek varlığı (RR:3.4; %95 CI: 1.2-9.3; p:0.02) ve yaşa göre düzenlenmiş charlson komorbidite indeks (ACCI) skoru≥3 olması (RR:2.2; %95 CI:1.2-4.1; p:0.01) idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise enfektif komplikasyonlar ile ilişkili tek bağımsız risk faktörü yaşa göre düzenlenmiş ACCI skoru≥3 olması idi (RR:2.7; %95 CI:1.3-5.4; p:0.007). Hasta yaşı (p=0.9), kümülatif taş yükü (p=0.5), böbrek taş cerrahi öyküsü (p=0.4), üriner sistem enfeksiyon öyküsü (p=0.7), konjenital böbrek anomalilerinin varlığı (p=0.4), soliter böbrek varlığı (p=0.2), taş dansitesi (p=0.3), operasyon süresi (p=0.8), satava intraoperatif kompikasyon düzeyi (p=0.9) ve rezidüel taş varlığı (p=0.9) enfektif komplikasyonlar ile ilişkili değildi.

SONUÇ: Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular; hastalarda ACCI skorunun≥3 olmasının RİRC sonrası enfektif komplikasyonlar ile ilişkili tek bağımsız risk faktörü olduğunu gösterdi.Bu risk faktörü bulunan hastaların RİRC sonrası sıkı takibi enfektif komplikasyonların erken tanı ve tedavisi için faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Enfeksiyon, Retrograd intrarenal cerrahi

SS-161

Retrograd İntrarenal Cerrahide (RİRC) İntraoperatif ve Postoperatif Komplikasyonlar ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Cüneyt Özden[1], Çetin Volkan Öztekin[2], Şahin Paşalı[1], Samet Şenel[1], Doruk Demirel[1], Süleyman Bulut[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara
[2]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Girne, KKTC

AMAÇ: Bu çalışmada RİRC'de intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar ile ilişkili faktörler değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Toplam 617 hastaya yapılan 706 RİRC prosedürü retrospektif değerlendirildi. İntraoperatif komplikasyonlar modifiye satava ve postoperatif komplikasyonlar modifiye clavien sistemine göre sınıflandırıldı. Hasta yaşı, kümülatif taş yükü, taş sayısı, taşın böbrekteki lokalizasyonu, taş dansitesi, böbrek taş cerrahi öyküsü, üriner sistem enfeksiyon öyküsü, konjenital böbrek anomalilerinin varlığı, yaşa göre düzenlenmiş charlson komorbidite indeks skoru, soliter böbrek varlığı, operasyon süresi ve rezidüel taş varlığının komplikasyonlar ile ilişkisi lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların %30.5'inde (n=215) intraoperatif komplikasyon (%16.1 derece 1, % 8.1 derece 2a ve %6.2 derece 2b) görüldü. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde intraoperatif komplikasyonlar ile ilişkili faktörler; kümülatif taş yükü, taş dansitesi, üriner sistem enfeksiyon öyküsü, operasyon süresi ve rezidüel taş varlığı idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde intraoperatif kompikasyonlar ile ilişkili ilişkili tek bağımsız risk faktörü rezidü taş varlığı idi (OR:2.9; %95 CI:1.9-4.4; p:0.0001).Hastaların %26.9'inde (n=190) postoperatif komplikasyon (%20.1 derece 1, % 2.4 derece 2, %0.3 derece 3a, %3.3 derece 3b ve %0.7 derece 4b) görüldü. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde postoperatif komlikasyonlar ile ilişkili bağımsız risk faktörleri; kümülatif taş yükü, soliter böbrek varlığı, operasyon süresi ve rezidü taş varlığı idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde postoperatif komplikasyonlar ile ilişkili bağımsız risk faktörleri rezidü taş (OR:1.7; %95 CI:1.1-2.7; p:0.014) ve soliter böbrek varlığı (OR:3.1; %95 CI:1.2-8.6; p:0.02) idi.

SONUÇ: Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular; RİRC'de rezidü taş varlığının hem intraoperatif hemde postoperatif komplikasyonlar ile, soliter böbrek varlığının ise sadece postoperatif komplikasyonlar ile ilişkili olduğunu gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, komplikasyonlar, retrograd intrarenal cerrahi

SS-162

Soliter Böbrekli (SB) Hastalarda Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) Sonuçlarımız

Çetin Volkan Öztekin[1], Cüneyt Özden[2], Şahin Paşalı[2], Samet Şenel[2], Doruk Demirel[2], Binhan Kağan Aktaş[2]

[1]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Girne, KKTC
[2]SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: SB olan ve olmayan hastalarda uygulanan RİRC başarı ve komplikasyonlarının karşılaştırılması.

Hastalar ve METOD: Toplam 706 RİRC prosedürü retrospektif olarak değerlendirildi. RİRC başarısı postoperatif 1.ay direk karın grafisinde taş veya >3mm fragman bulunmaması olarak tanımlandı. Perioperatif (Hematüri, mukozal laserasyon, taşa ulaşamama, avülsiyon, retroperitoneal abse, DJ katetere bağlı parenkimal hasar, subkapsüler hematom) ve postoperatif (ateş, geçici kreatinin yükselmesi, hematuri, enfeksiyon, renal kolik, perirenal abse, taş yolu, sepsis-septik şok, stent migrasyonu) komplikasyonlar kaydedildi. SB olan (Grup 1, n=26) ve olmayan (Grup 2, n=680) hastalara ait tanımlayıcı veriler bağımsız örneklerde T-testi kullanılarak, RİRC başarı oranları, perioperatif ve postoperatif komplikasyon sıklığı ise ki-kare ve fisher's exact testi kullanılarak karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Grup1 pre ve postoperatif kre değerleri grup2'den yüksek, preoperatif GFR değeri ise anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla p=0.003, p=0.011 ve p=0.023). Gruplar taş tarafı, taş cerrahi öyküsü (ESWL, Endoskopik, PCNL, Açık) dağılımı açısından benzerdi. Grup1 ve grup2'nin RİRC başarısı (sırasıyla %80.8 vs %74.6, p=0.47) ve perioperatif komplikasyon sıklığı (sırasıyla %38.5 vs %30, p=0.36) benzer iken Grup1 de postoperatif komplikasyonların sıklığı anlamlı derecede yüksek bulundu (%53.8 vs %25.9, OR:3.34 %95 CI:1.52-7.36, p=0.002). İleri analizde bu komplikasyonlardan sadece antipiretik gerektiren yüksek ateş sıklığının Grup1de daha yüksek olduğu görüldü (%23 vs %8, OR:3.4, %95 CI:1.31-84, p=0.008).

YORUM: SB'li hastalarda RİRC standart hasta grubuna benzer başarısı, perioperatif ve postoperatif komplikasyon oranları ile etkili ve güvenli bir yöntemdir. "Postoperatif antipiretik ile düzelen yüksek ateş" sıklığı SB'li hastalarda daha sık izlenmek ile birlikte Clavien-1 olarak sınıflanan bu komplikasyon ek morbiditeye neden olmamakta ve spesifik tedavi gerektirmemektedir.

Anahtar Kelimeler: RİRC, Soliter böbrek, komplikasyon

SS-163

Preoperatif Bilgisayarlı Tomografide Ölçülen Taş Dansitesi (TD) Değerinin 1250 Hounsfield Ünitesinin (HÜ) Üzerinde Olması RİRC Başarısını Bağımsız Olarak Etkileyen Bir Faktördür

Çetin Volkan Öztekin[1], Cüneyt Özden[2], Şahin Paşalı[2], Samet Şenel[2], Doruk Demirel[2], Cevdet Serkan Gökkaya[2]

[1]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Girne, KKTC
[2]SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Preoperatif TD'nin ESWL ve PCNL sonuçlarını etkilediği bilinmesine ragmen RİRC başarısına etkisi ile ilgili yeterli veri yoktur. Bu çalışmada TD ile RİRC başarısı arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Hastalar ve METOD: 706 RİRC işlemi retrospektif olarak değerlendirildi. RİRC başarısı postoperatif 1. ayda batın grafisi ya da btde taş veya > 3mm fragman bulunmaması olarak tanımlandı. RİRC başarısı ile ilişkili olabilecek değişkenler sürekli ve kategorik veriler olarak kaydedildi. Bu verilerin RİRC başarısı ile ilişkileri tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Anlamlı ilişki tespit edilen değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi. Değişkenler için p değerleri, odds oranları ve %95 güven aralığı hesaplandı.

SONUÇLAR: RİRC başarı oranı %74.8 (528/706) idi. Tek değişkenli analizde başarı ile ilişkili faktörler: >1 taş sayısı, taş yükü, taş yükü grupları (<150, 150-200, >200mm2), taş lokalizasyonu (üst, orta, alt, pelvis, kompleks), açık taş cerrahi öyküsü, operasyon süresi (<60, 60-90, >90 dakika), TD, TD grupları (<1250, ≥1250HU), perioperatif komplikasyon varlığı ve postoperatif komplikasyon varlığı idi. Çok değişkenli analizde >1 taş sayısı (OR:0.62, %95 CI:0.39-0.99, p=0.047), alt pol lokalizasyonu (OR:0.33, %95 CI:0.14-0.8, p=0.012), >90dakika operasyon süresi (OR:0.25, %95 CI: 0.13-0.5, p<0.001), 150-200mm2 taş yükü (OR:0.3, %95 CI: 0.17-0.52, p<0.001), >200mm2 taş yükü (OR:0.14, %95 CI: 0.08-0.24, p<0.001), perioperatif komplikasyon varlığı (OR:0.51, %95 CI: 0.34- 0.77, p=0.001) ve TD'nin >1250HU olmasının (OR:0.47, %95 CI:0.28-0.77, p=0.003) RİRC başarısını bağımsız olarak etkileyen faktörler olduğu görüldü.

YORUM: TD'nin >1250HU olması RİRC başarısını azaltmaktadır. Artan TD'nin PCNL başarısını ise arttırdığı düşünüldüğünde TD'nin RİRC-PCNL tercihinde bir parametre olarak kullanımının karşılaştırmalı serilerde araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Retrograd intrarenal cerrahi, Dansite, Hounsfield Ünitesi

SS-164

10-20 Mm Böbrek Alt Pol Taşlarında Retrograd İntrarenal Cerrahi (Rırc) Ve Taş Kırma (Swl) Etkinliğinin Karşılaştırılması

Selahattin Bedir, Engin Kaya, Murat Zor, Serdar Yalçın, Selçuk Sarıkaya, Senan Asgarlı, Turgay Ebiloğlu, Sercan Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Retrospektif olarak 10-20 mm boyutunda böbrek alt pol taşlarında retrograd intrarenal cerrahinin (RIRC) ve taş kırma (SWL) etkinliğini karşılatırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ekim 2016- Aralık 2018 tarihleri arasında kontrastsız bilgisayarlı tomografide 10-20 mm arasında alt pol taşı bulunan 86 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Grup A(n:42) RIRC yapılanlar ve Grup B (n:44) SWL yapılanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Hastalar postoperatif 1. ayda direkt üriner sistem grafisi ve ultrasonografi ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Ortalama hasta yaşı gruplar arasında sırasıyla 33,11 ve 35,21 idi. Ortalama taş hacmi gruplar arasında sırasıyla 12,64 mm ve 11,65 mm olarak değerlendirildi. Prosedürler sonrası 4 mm ve altındaki taş varlığında hastalar taşsız olarak değerlendirildi. Toplam taşsızlık oranları gruplar arasında sırasıyla %69 ve %50 olarak tespit edildi. Tek seansta taşsızlık oranları ise %59 ve %13 olarak değerlendirildi. RIRC grubunda taşsız olarak değerlendirilen hastalarda prosedür sayısı 33 iken, bu oran SWL grubunda 45 olarak tespit edildi. İki grupta da Clavien Dindo skor 1 ve 2 komplikasyon gözlenirken, Grup A'da % 7 Grup B'de %6 olarak tespit edildi.

TARTIŞMA: RIRC ve SWL 10-20 mm alt pol taşlarında güvenle kullanılabilen tedavi seçenekleridir. RIRC alt pol taşlarında, daha az prosedür sayısı ile daha yüksek oranda taşsızlık sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Retrograd intrarenal cerrahi, SWL, taş, alt pol

Tablo 1

	Grup A	Grup B
Yaş	33,11	35,21
Taş boyut (mm)	12,64	11,65
Taşın bulunduğu taraf		
Sağ	14	25
Sol	28	19
Seans sayısı	52	109
Toplam taşsızlık n(%)	29(69)	22(50)
Tek seansta taşsızlık n(%)	25(59)	6(44)
Komplikasyon oranı n(%)	3(7)	3(6)

Hasta özellikleri ve sonuçların gruplar arasında karşılaştırılması

SS-165

Elektif Laparoskopik Parsiyel Nefrektomide Uzamış Sıcak İskemi Süresi'nin Renal Fonksiyonlara Etkisi Kalıcı mıdır? Sınırlı, Uzamış ve Aşırı Uzamış İskemi Süreleri ile Yapılan Karşılaştırmalı Bir Analiz

Selçuk Erdem, Samed Verep, Öner Şanlı, Faruk Özcan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Sıcak iskemi süreleri(SİS)ne göre gruplandırılan (sınırlı,uzamış,aşırı uzamış) elektif laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) vakalarının renal fonksiyon değişiminin karşılaştırılması.

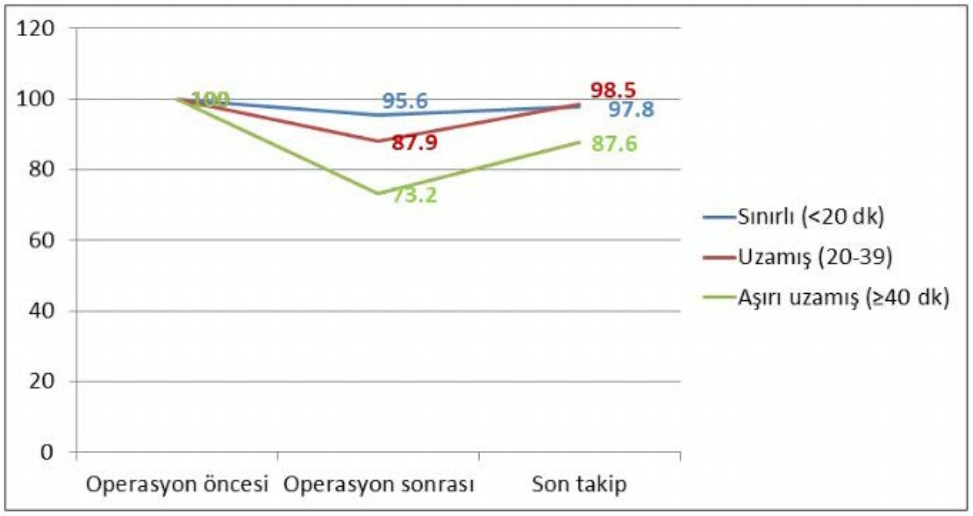
YÖNTEM: Anabilimdalımızda Mart 2008-Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılan 275 LPN vakasından kontralateral fonksiyonel böbreği olan ve sıcak iskemi uygulanmış toplam 242 hasta çalışmaya alınmış ve SİS'e göre üç gruba ayrılmıştır:Sınırlı iskemi(n=55,SİS<20 dk),Uzamış iskemi(n=132,20 dk≤SİS<40 dk) ve Aşırı Uzamış İskemi(n=55,40 dk≤SİS). Demografik,klinik,histopatolojik ve renal fonksiyonel parametreler üç grup arasında karşılaştırılmıştır.Ki-kare,Kruskal-Wallis (gereğinde post hoc z test ile) ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Üç grup arasında tüm demografik ve ko-morbidite parametreleri benzerdi.Operasyon öncesi tümör boyutu(3.0,3.6,3.6 cm,p=0.002),PADUA(8,8,9,p=0.008) ve R.E.N.A.L. Nefrometri(6,7,8,p=0.001) skorları sınırlı grupta anlamlı derecede düşüktü.Operasyon süresi üç grup arasında birbirinden farklı iken(110,127.5,170 dk.,p<0.001),tahmini kan kaybı(50,100,150 ml,p<0.001) ve patolojik tümör çapı(3.0,3.5,4.0 cm,p=0.002) sınırlı grupta anlamlı derecede düşüktü.Operasyon öncesi eGFR düzeyi üç grup arasında benzerken (90.6,91.2,93.8 mL/min/1.73 m2,p=0.463) operasyon sonrası eGFR (90.6,80.9,65.9 mL/min/1.73 m2,p<0.001) ve korunan eGFR yüzdesi (95.6,87.9,73.2 %,p<0.001) üç grup arasında birbirinden farklı bulundu.Operasyon sonrası renal fonksiyon parametrelerinin tümü sınırlı iskemide en yüksek iken aşırı uzamiş iskemide en düşüktü.Aşırı uzamış iskemi grubumda daha kısa olan takip süresinde (36,34.5,18 ay,p=0.002) güncel eGFR (88.95,89.72,80.88 mL/min/1.73 m2,p=0.609) düzeyi ve korunan eGFR yüzdesi (97.77,98.47,87.58 %,p=0.09) üç grup arasında benzer bulundu.Spearman korelasyon analizi;SİS'in operasyon sonrası korunan eGFR yüzdesi ile negatif yönlü anlamlı bir korelasyonu (r=-0.368,p<0.001) olduğunu,son takipte korunan eGFR yüzdesi ile korelasyonu olmadığını (r=-0.102,p=0.130) göstermiştir.

SONUÇ: Elektif laparoskopik parsiyel nefrektomide SİS uzadıkça operasyon sonrası renal fonksiyon kaybı artmaktadır.Bununla birlikte;bu fonksiyon kaybı,aşırı uzamış SİS grubunda daha kısa takip süresinde bile sınırlı ve uzamış SİS grubunun fonksiyonlarıyla benzer düzeylerde olacak şekilde geri kazanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik parsiyel nefrektomi, sıcak iskemi süresi, renal fonksiyonlar

Şekil. Sınırlı, Uzamış ve Aşırı Uzamış Sıcak İskemi Gruplarının Renal Fonksiyon Değişim Grafiği



Tablo. Sınırlı, Uzamış ve Aşırı Uzamış Sıcak iskemi gruplarının karşılaştırmalı analizi

	Sınırlı İskemi (SİS<20 dk.)	Uzamış İskemi (20 dk.≤ SİS <40 dk.)	Aşırı Uzamış İskemi (SİS≥ 40 dk.)	p
n	55	132	55	
Yaş (yıl)	59 (24-79)	56.5 (20-80)	56 (26-75)	0.379
Cinsiyet-Erkek (n, %)	33, 60.0	83, 62.9	43, 61.8	0.934
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	26.83 (20.20-37.53)	27.85 (17.99-41.62)	27.49 (17.58-45.20)	0.234
Diabetes Mellitus (n, %)	12, 21.8	36, 27.3	11, 20.0	0.505
Hipertansiyon (n, %)	28, 50.9	63, 47.7	31, 56.4	0.558
ASA skoru	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	0.421
Semptomatik (n, %)	20, 36.4	35, 26.5	22, 40.0	0.140
Operasyon Tarafı-Sağ (n, %)	28, 50.9	62, 47.0	30, 54.5	0.625
Operasyon öncesi tümör boyutu (cm)	**3.0 (1.0-9.0)[a,b]**	**3.6 (1.5-7.0)[a]**	**3.6 (2.0-10.7)[b]**	**0.002**
PADUA skoru	**8 (6-11)[a,b]**	**8 (6-12)[a]**	**9 (6-13)[b]**	**0.008**
R.E.N.A.L. Nefrometri skor	**6 (4-9)[a,b]**	**7 (4-11)[a]**	**8 (4-10)[b]**	**0.001**
Operasyon süresi (dk)	**110 (60-220)[a,b]**	**127.5 (60-320)[a,c]**	**170 (80-510)[b,c]**	**<0.001**
Sıcak iskemi süresi (dk)	**15 (5-19)[a,b]**	**28 (20-39)[a,c]**	**52 (40-120)[b,c]**	**<0.001**
Tahmini kan kaybı (ml)	**50 (10-300)[a,b]**	**100 (10-900)[a]**	**150 (10-1000)[b]**	**<0.001**
Dren alınma süresi (gün)	**2 (1-4)[a]**	**3 (1-15)[a,c]**	**3 (2-15)[c]**	**0.004**
Hastane kalış süresi (gün)	**3 (2-9)[b]**	**3 (1-15)**	**4 (2-20)[b]**	**0.019**
Komplikasyon (n, %)	**9, 16.4**	**28, 21.2**	**22, 40.0**	**0.007**
Patolojik tümör boyutu (cm)	**3.0 (1.0-9.0)[a,b]**	**3.5 (1.4-9.0)[a]**	**4.0 (1.2-10.5)[b]**	**0.002**
RCC/Benign (n, %)	41, 74.5	105, 79.5	46, 83.6	0.498
Pozitif cerrahi sınır (n, %)	1, 1.8	2, 1,5	3, 5.5	0.270
Operasyon öncesi Kreatinin (mg/dl)	0.8 (0.5-1.4)	0.9 (0.4-1.9)	0.8 (0.5-1.3)	0.481
Operasyon öncesi eGFR (mL/min/1.73 m2)	90.58 (49.38-146.57)	91.18 (37.02-166.03)	93.82 (57.84-147.73)	0.643
Operasyon öncesi eGFR > 60 mL/min/1.73 m2 (n, %)	52, 94.5	124, 93.9	54, 98.2	0.468
Operasyon sonrası Kreatinin (mg/dl)	**0.8 (0.6-2.1)[a,b]**	**1.0 (0.5-2.3)[b,c]**	**1.1 (0.5-1.9)[a,c]**	**<0.001**
Operasyon sonrası eGFR (mL/min/1.73 m2)	**90.58 (33.16-130.54)[a,b]**	**80.88 (29.69-142.46)[b,c]**	**65.87 (35. 31-143.12)[a,c]**	**<0.001**
Operasyon sonrası korunan eGFR (%)	**95.60 (49.68-147.32)[a,b]**	**87.88 (34.74-148.17)[b,c]**	**73.19 (47.50-116.66)[a,c]**	**<0.001**
Operasyon sonrası korunan eGFR > % 80 (n, %)	**51, 92.7**	**81, 61.4**	**20, 36.4**	**<0.001**
Operasyon sonrası eGFR > 60 mL/min/1.73 m2 (n, %)	**51, 92.7**	**105, 79.5**	**40, 72.7**	**0.023**
Takip süresi (ay)	**36 (2-102)[a]**	**34.5 (1-115)[c]**	18 (1-89)[a,c]	**0.002**
Güncel Kreatinin (mg/dl)	0.89 (0.53-1.75)	0.9 (0.5-2.3)	0.9 (0.5-1.6)	0.518
Güncel eGFR (mL/min/1.73 m2)	88. 95 (40.20-134.47)	89.72 (29.67-138.53)	80.88 (45.47-150.95)	0.609
Güncel korunan eGFR (%)	97.77 (65.74-150.54)	98.47 (46.43-167.49)	87.58 (38.48-143.65)	0.09
Güncel korunan eGFR > % 80 (n, %)	43, 78.2	97, 82.2	34, 69.4	0.187
Güncel eGFR > 60 mL/min/1.73 m2 (n, %)	49, 89.1	101, 85.6	46, 93.9	0.310

SS-166

Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomide Erken Dönem Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçlar: İlk 22 Vaka

Faruk Özcan, Selçuk Erdem, Öner Şanlı, Barış Aydın

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi(RYLRP)'de ilk 22 vaka üzerinden erken dönem sonuçların paylaşılması.

Hastalar ve YÖNTEM: Mayıs 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında anabilimdalımızda 22 RYLRP yapılmıştır.Vakaların tümü tek bir cerrah tarafından (FÖ) yapılmış ve/veya süpervize edilmiştir. Prospektif toplanan demografik, klinik, perioperatif, histopatolojik ve fonksiyonel parametreler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.Cerrahi sınır negatifliği, major komplikasyon görülmemesi ve birinci hafta üriner kontinans durumu birincil çıktılar olarak belirlenmiştir.Bulgular için tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Ortanca yaş ve vücut kitle indeksi sırasıyla 60 yıl ve 26.83 kg/m2 idi. Operasyon öncesi PSA ve prostat hacmine ait ortanca değerler sırasıyla 6.3 ng/ml ve 40 ml idi. Operasyon öncesi ortanca IPSS ve IIEF-EF değerleri sırasıyla 9/2 ve 23 idi. Ortanca değerler; operasyon süresi için 270 dk., kan kaybı için 100 ml, hastanede kalış süresi için 3 gün ve kateterizasyon süresi için 7 gündü.Hiçbir hastada Clavien 3 veya üstünde major komplikasyon görülmedi.Cerrahi sınır negatifliği % 95.4 idi.Lenf nodu dissekisyonu 19 (% 86.4) hastada uygulanırken, toplanan ortanca lenf nodu sayısı 8 (3-26) idi.Hiçbir hastada lenf nodu pozitifliği saptanmadı.İlk haftada tam üriner kontinans oranı % 81.8 idi.Katater çıkarılması ile tam kontinansın sağlanması arasındaki ortanca süre 3 (0-15) gün idi.Ameliyat sonrası 3. ayda ereksiyon durumu değerlendirilen 16 hasta vardı.Bunlardan sırasıyla 1 (%4.6)'inde PDE5 inhibitörsüz tatmin edici cinsel ilişki,2 (%9.1)'sinde PDE5 inhibitörü ile cinsel ilişki olduğu;5 (%22.7)inde ise PDE5 inhibitörü ile ereksiyon olduğu ancak tatmin edici cinsel ilişki olmadığı saptandı.

SONUÇ: Anabilimdalımızda başlangıç RYLRP vakalarındaki erken dönem onkolojik(cerrahi sınır negatifliği) ve fonksiyonel(major komplikasyon olmaması, birinci hafta tam üriner kontinans) sonuçları yüz güldürücüdür.

Anahtar Kelimeler: Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi, erken sonuçlar, onkolojik, fonksiyonel

Tablo. Hastaların demografik, klinik, perioperatif, histopatolojik ve erken fonksiyonel sonuçları

n	22
Demografik ve klinik parametreler	
Yaş (yıl)	60 (49-77)
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	26.83 (20.06-36.72)
ASA skoru	2 (1-4)
PSA (ng/ml)	6.30 (2.41-19.0)
Klinik T Evresi (n, %)	
T1c	8, 36.4
T2	14, 63.6
TRUS biopsi	
Toplam kor sayısı (n)	12 (2-21)
Kanserli kor sayısı (n)	4 (1-12)
Gleason Grade Grup (n, %)	
Grup 1 (3+3=6)	8, 36.4
Grup 2 (3+4=7)	8, 36.4
Grup 3 (4+3=7)	4, 18.2
Grup 4 (4+4=8)	2, 9.1
Prostat hacmi (ml)	40 (20-75)
IPSS	9/2 (0-22/0-6)
Perioperatif parametreler	
Operasyon süresi (dk)	270 (165-420)
Tahmini kan kaybı (ml)	100 (50-150)
Dren alınma süresi (gün)	3 (2-9)
Hastanede kalış süresi (gün)	3 (2-9)
Kataterizasyon süresi (gün)	7 (7-21)
Major Komplikasyon (n, %)	**0, 0**

n	22
Histopatolojik parametreler	
Prostat ağırlığı (gr)	44 (29-98)
Gleason Grade Grup (n, %)	
Grup 1 (Gleason 6)	2, 9.1
Grup 2 (Gleason 3+4=7)	8, 36.4
Grup 3 (Gleason 4+3=7)	8, 36.4
Grup 4 (Gleason 8)	3, 13.6
Grup 5 (Gleason 9, 10)	1, 4.6
Tümör çapı (cm)	1.8 (0.2-3.5)
Ekstrakapsüler yayılım (n, %)	7, 31.8
Cerrahi sınır negatifliği (n, %)	**21, 95.4**
Lenf nodu yapılan hasta sayısı (n, %)	19, 86.4
Toplanan lenf nodu (n)	8 (3-26)
Pozitif lenf nodu (n)	0
Patolojik Evre (n, %)	
T2bN0M0	4, 18.2
T2cN0M0	8, 36.4
T3aN0M0	10, 45.4
Fonksiyonel sonuçlar	
Birinci hafta kontinan hasta sayısı (n, %)	**18, 81.8**
Kateter alınma-Tam kontinans süresi (gün)	3 (0-15)
3. ay ereksiyon değerlendirmesi (n, %)	16, 72.7
PDE5-i olmadan ereksiyonla tatmin edici cinsel ilişki	1, 4.6
PDE5-i ile cinsel ilişki var	2, 9.1
PDE5-i ile ereksiyon var tatmin edici cinsel ilişki yok	4, 18.2
PDE5-i ile ereksiyon yok	5, 22.7
Tedavi istemeyen	4, 18.2

SS-167

Açık ve Minimal İnvaziv Parsiyel Nefrektomi Tekniklerinin Trifekta Analizi: Türk Üroloji Akademisi Üroonkoloji Çalışma Grubu Çok Merkezli Parsiyel Nefrektomi Veritabanı Sonuçları

Selçuk Erdem[1], Özgür Efiloğlu[2], Öner Şanlı[1], Abdullah Erdem Canda[3], Ali Fuat Atmaca[3], Yaşar Bozkurt[4], Burak Turna[5], Bülent Semerci[5], Sedat Çakmak[6], Cemil Kutsal[6], Fatih Akbulut[7], Volkan Tuğcu[8], Uğur Boylu[9], Sakıp Erturhan[10], Orhan Koca[11], Ferhat Ateş[12], Fikret Halis[13], Sedat Soyupek[14], Turhan Çaşkurlu[2], Faruk Özcan[1], Asıf Yıldırım[2]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[10]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep
[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[12]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[13]Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya
[14]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta

AMAÇ: Çok merkezli parsiyel nefrektomi(PN) veritabanının kullanıldığı bu çalışmada,trifekta başarısının açık ve minimal invaziv (laparoskopik ve robot-yardımlı laparoskopik) teknikler arasında karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve YÖNTEM: Türkiye'deki 6 tıp fakültesi üroloji anabilim dalı ve 8 eğitim-araştırma hastanesi üroloji kliniği tarafından 1526 PN vakası web tabanlı veritabanına retrospektif olarak kaydedilmiştir.Bu çalışmaya trifekta kayıtlarına ulaşılan 1381 vaka dahil edilmiştir.Şu 3 kriterin birden sağlanması Trifekta olarak tanımlanmıştır;1) Cerrahi sınır negatifliği 2) Operasyon sonrası tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) en az %80 korunması 3) Clavien 3 ve üstünde komplikasyon görülmemesi.Vakalar,operasyon tekniğine göre iki gruba ayrılmıştır;Grup 1 (n=702,Açık) ve Grup 2 (n=679,Laparoskopik veya Robot-Yardımlı Laparoskopik) Demografik,klinik,histopatolojik ve renal fonksiyonel parametreler iki grup arasında karşılaştırılmıştır.İstatistik analizde ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

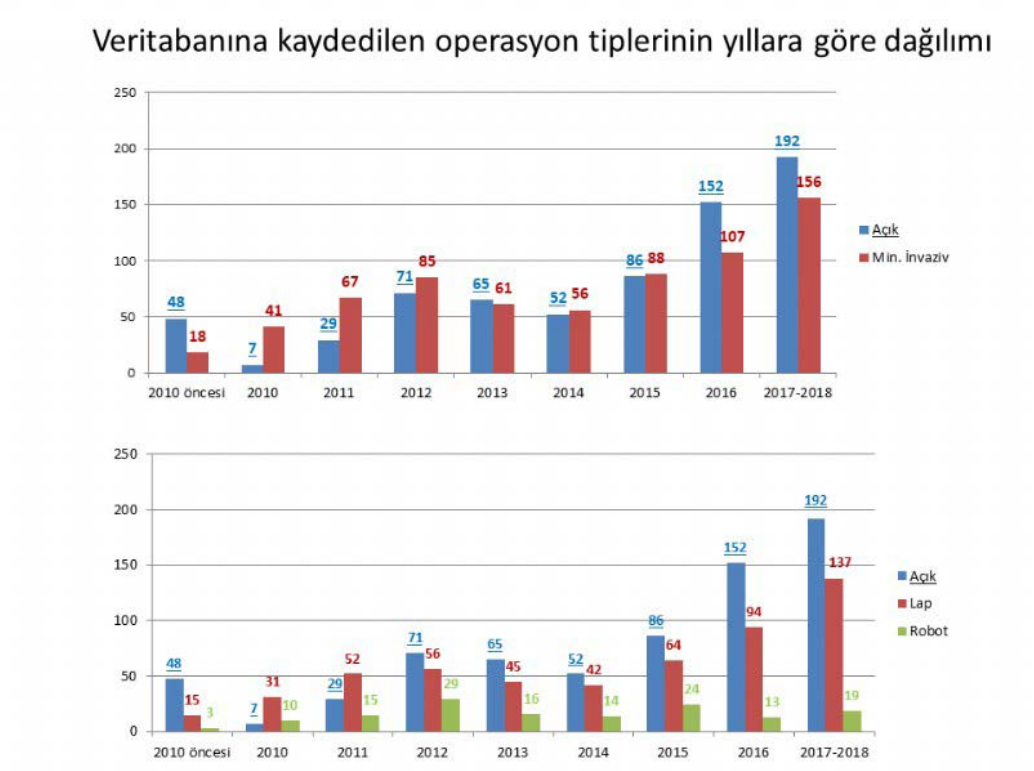
BULGULAR: Trifekta başarısı toplam kohortta %59,9 saptandı.Açık gruptaki %56,8'lik ve minimal invaziv gruptaki %63,0'lık trifekta başarısı istatistiksel olarak farklı bulundu(p= 0,019).Cerrahi sınır negatifliği (%93,2'e karşı %94,3,p=0,403) ve Clavien 3'ten düşük komplikasyon (%96,9'a karşı %98,2,p= 0,101) oranı iki grup için benzerken;postoperatif en az %80 korunan eGFR oranı minimal invaziv grupta istatistiksel olarak daha fazlaydı(%61,7'e karşı %66,9,p=0,045).Ko-morbidite (p=0,033), diabetes mellitus (p=0,022) ve hipertansiyon (p=0,049) oranları minimal invaziv grupta artmış iken;operasyon öncesi tümör çapı (3,6'a karşı 3,1 cm, p<0,001),klinik T evresi

(p<0,001), patolojik tümör çapı (3,5'e karşı 3,0 cm, p<0,001) ve patolojik T evresi (p= 0,004) açık grupta istatistiksel olarak artmış idi.

SONUÇ: Bu çok merkezli ulusal PN veritabanında;trifekta başarısının minimal invaziv teknikte açık tekniğe kıyasla daha iyi olduğu gözlenmiştir.Büyük tümör çapı ve artmış T evresi nedeniyle açık grupta daha az renal fonksiyon korunmasının trifekta başarısını belirleyen ana komponent olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Parsiyel Nefrektomi, açık, minimal invaziv, trifekta

Şekil. Veritabanına kaydedilen operasyon tiplerinin yıllara göre dağılımı



Tablo 1. Açık ve minimal invaziv grupların demografik, klinik, histopatolojik ve renal fonksiyonel bulgularının karşılaştırılması

	Open	Minimally invasive	p
n	702	679	
Trifekta (n, %)	**399, 56.8**	**428, 63.0**	**0.019**
Cerrahi Sınır negatifliği (n, %)	654, 93.2	640, 94.3	0.403
Clavien 3'ten düşük komplikasyon(n, %)	680, 96.9	667, 98.2	0.101
Postoperatif eGFR kaybı < %20 (n, %)	433, 61.7	454, 66.9	0.045
Yaş (yıl)	57 (9-88)	56 (17-87)	0.563
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	27.31 (17.72-66.41)	27.46 (17.30-52.03)	0.068
Erkek/Kadın (n, %)	413/289, (58.8/41.2)	423/256, (62.3/37.7)	0.188
Semptomatik/İnsidental (n, %)	218/469 (31.7/68.3)	183/493, (27.1/72.9)	0.059
Ko-morbidite (n, %)	**303, 46.5**	**348, 52.4**	**0.033**
Diabetes Mellitus (n, %)	**102, 14.5**	**130, 19.1**	**0.022**
Hipertansiyon (n, %)	**132, 18.8**	**157, 23.1**	**0.049**
ASA Skoru	2 (1-4)	2 (1-4)	0.224
Risk faktörü (n, %)	**272, 45.3**	**190, 29.6**	**<0.001**
Soliter böbrek (n, %)	21, 3.2	20, 3.0	0.816
Operasyon öncesi tümör çapı (mm)	**36.0 (10.0-145.0)**	**31.0 (10.0-120.0)**	**<0.001**
Tümör egzofitik yüzdesi (n, %)			0.182
< % 25	96, 13.7	73, 10.8	
% 25 - % 50	196, 27.9	220, 32.4	
% 51 - % 75	282, 40.2	267, 39.3	
> % 75	128, 18.2	119, 17.5	
Tümör lokalizasyonu (n, %)			**0.011**
Üst pol	**205, 30.1**	**189, 28.0**	
Alt pol	**264, 38.8**	**245, 36.4**	
Orta zon	**197, 28.9**	**236, 35.0**	
Hiler	**15, 2.2**	**4, 0.6**	
R.E.N.A.L. Nephrometri Skoru	6 (4-11)	6 (4-11)	0.611
Klinik T Evresi (n, %)			**<0.001**
T1a	**449, 64.0**	**517, 76.1**	
T1b	**218, 31.1**	**151, 22.2**	
T2a	**31, 4.4**	**7, 1.0**	
T2b	**4, 0.6**	**4, 0.6**	

	Open	Minimally invasive	p
n	702	679	
Operasyon Süresi (dk)	**130.0 (40.0-295.0)**	**138.0 (40.0-510.0)**	**0.003**
Rezeksiyon tipi (n, %)			**<0.001**
Enükleorezeksiyon	**386, 60.2**	**485, 72.4**	
Wegde rezeksiyon	**199, 31.0**	**101, 15.1**	
Enükleasyon	**56, 8.7**	**84, 12.5**	
İskemi Tipi			**<0.001**
Sıcak iskemi	**394, 61.5**	**531, 80.8**	
Soğuk iskemi	**56, 8.7**	**2, 0.4**	
Renal kompresyon	**15, 2.3**	**0, 0.0**	
Sıfır iskemi	**176, 27.5**	**124, 18.9**	
Tahmini kan kaybı (ml)	**200 (10-3300)**	**150 (10-2100)**	**<0.001**
İntraoperatif frozen analizi (n, %)	**106, 15.1**	**53, 7.8**	**<0.001**
Toplayıcı sistem onarımı (n, %)	**131, 21.1**	**73, 10.9**	**<0.001**
Double-J Stent kullanımı (n, %)	**71, 10.1**	**17, 2.5**	**<0.001**
Perioperatif kan transfüzyonu (n, %)	**48, 7.8**	**9, 1.3**	**<0.001**
Hemostatik ajan kullanımı (n, %)	**398, 64.8**	**284, 42.5**	**<0.001**
Hastanede kalış süresi (gün)	**5.0 (2.0-35.0)**	**4.0 (1.0-60.0)**	**<0.001**
Patolojik tümör çapı (mm)	**35.0 (10.0-180.0)**	**30.0 (8.0-120.0)**	**<0.001**
Cerrahi sınır pozitifliği (n, %)	48, 6.8	39, 5.7	0.403
Patolojik T Evresi (n, %)			**0.004**
T1a	**372, 64.2**	**399, 72.5**	
T1b	**171, 29.5**	**130, 23.6**	
T2a	**19, 3.3**	**4, 0.7**	
T2b	**3, 0.5**	**3, 0.5**	
T3a	**14, 2.4**	**14, 2.5**	
Komplikasyon (n, %)	**221, 31.5**	**171, 25.2**	**0.009**
Operasyon öncesi kreatinin (mg/dl)	0.85 (0.38-5.72)	0.81 (0.33-3.24)	0.401
Operasyon öncesi eGFR (mL/min/1.73 m²)	**88.93 (11.20-232.44)**	**92.34 (15.94-302.17)**	**0.049**
Operasyon sonrası kreatinin (mg/dl)	**1.0 (0.2-6.2)**	**0.93 (0.4-4.09)**	**0.022**
Operasyon sonrası eGFR	**76.12 (7.51-406.43)**	**81.55 (15.07-208.95)**	**0.001**
Operasyon sonrası korunan renal fonksiyon (%)	**86.34 (9.04-488.06)**	**88.08 (23.02-187.90)**	**0.013**

Tablo 2. Veritabanındaki vaka dağılımına göre merkezlerin sıralaması

Merkez Kodu	İsim	Vaka sayısı	Katkı (%)
1	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	276	18.2
2	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	228	15.0
3	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	222	14.6
4	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	125	8.2
5	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	123	8.1
6	S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	107	7.1
7	S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	93	6.1
8	S.B.Ü. Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	88	5.8
9	S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	70	4.6
10	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	69	4.5
11	S.B.Ü. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	3.0
12	S.B.Ü. İstanbul Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	2.0
13	Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	22	1.5
14	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	20	1.3
	Toplam	1526	100

SS-168

Sıfır İskemik Elektif Parsiyel Nefrektomide Renal Fonksiyonların Açık ve Minimal Teknikler Arasında Karşılaştırılması: Türk Üroloji Akademisi Üroonkoloji Çalışma Grubu Çok Merkezli Parsiyel Nefrektomi Veritabanı Sonuçları

Selçuk Erdem[1], Turgay Turan[2], Öner Şanlı[1], Abdullah Erdem Canda[3], Ali Fuat Atmaca[3], Yaşar Bozkurt[4], Burak Turna[5], Bülent Semerci[5], Sedat Çakmak[6], Cemil Kutsal[6], Fatih Akbulut[7], Selçuk Şahin[8], Uğur Boylu[9], Sakıp Erturhan[10], Orhan Koca[11], Ferhat Ateş[12], Fikret Halis[13], Sedat Soyupek[14], Turhan Çaşkurlu[2], Faruk Özcan[1], Asıf Yıldırım[2]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[10]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep
[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[12]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[13]Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya
[14]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta

AMAÇ: Bu çalışma,çok merkezli bir parsiyel nefrektomi(PN) veritabanı kullanılarak sıfır iskemi uygulanmış,elektif PN'de açık ve minimal invaziv tekniklerin uzun dönem renal fonksiyonlar bakımından karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

Hastalar ve YÖNTEM: Türkiye'deki 6 tıp fakültesi üroloji anabilim dalı ve 8 eğitim-araştırma hastanesi üroloji kliniği tarafından 1526 PN vakası web tabanlı veritabanına retrospektif olarak kaydedilmiştir.Kontralateral fonksiyonel böbreği olan,operasyon öncesi,sonrası ve takiplerde renal fonksiyon değerleri bulunan 203 sıfır iskemi vakası bu çalışmada değerlendirilmiştir.Vakalar,operasyon tekniğine göre iki gruba ayrılmıştır;Grup 1(n=117,Açık) ve Grup 2(n=86,Laparoskopik veya Robot-Yardımlı Laparoskopik).Demografik,klinik,histopatolojik ve renal fonksiyonel parametreler iki grup arasında karşılaştırılmıştır.Kategorik ve sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için sırasıyla ki-kare ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Açık grupta; ortanca yaş (59'a karşı 56 yıl,p=0,035),hipertansiyon oranı (p=0,02),antikoagülan kullanımı (p=0,032) ve böbrek tümörü risk faktörü (p=0,017) istatistiksel olarak artmış idi.Böbrek tümörüne ait operasyon öncesi parametrelerin (tümör çapı [p= 0,196],ekzofitik yerleşim yüzdesi [p=0,523],R.E.N.A.L. Nefrometri skoru [p=0,306],klinik T evresi [p=0,163]) iki grupta benzer olduğu bulundu.Minimal invaziv grupta

enükleasyon oranının (%12,7'e karşı %29,1, p=0,003),açık grupta ise toplayıcı sistem onarımının (%14,4'e karşı %1,2, p=0,001) ve double-j stent kullanımının (%8,5'e karşı %0, p=0,005) daha fazla olduğu saptandı.Operasyon öncesi (90,74'e karşı 91,26 mL/min/1,73 m2, p=0,982),sonrası (87,67'e karşı 87,09 mL/min/1,73 m2, p=0,614) ve son takipte (86,68'e karşı 88,82 mL/min/1,73 m2, p=0,521) ortanca eGFR değerleri her iki grupta benzer idi. Korunan renal fonksiyon yüzdesi hem operasyon sonrası (%94.95'e karşı %98.22, p=0,421) hem de takiplerde (%92,38'e karşı %96,25, p=0,401) her iki grup arasında benzer bulundu.

SONUÇ: Kontralateral fonksiyonel böbrekli hastalarda, renal fonksiyonlar hem operasyon sonrasında hem de ortanca 1 yıllık takipte sıfır iskemili açık ve minimal invaziv tekniklerde benzer düzeylerde korunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parsiyel Nefrektomi, Sıfır İskemi, Açık, Laparoskopik, Robotik

Tablo. Açık ve minimal invaziv grupların demografik, klinik, histopatolojik ve renal fonksiyonel bulgularının karşılaştırılması

	Açık	Minimalinvaziv	p
n	117	86	
Yaş (yıl)	**59 (15-79)**	**56 (17-87)**	**0.035**
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	26.50 (17.72-66.41)	26.95 (20.68-52.03)	0.413
Erkek/Kadın (n, %)	62/55, (53/47)	49/37, (57/43)	0.573
Semptomatik/İnsidental (n, %)	30/86, (25.9/74.1)	14/72, (16.3/83.7)	0.103
Diabetes Mellitus (n, %)	15, 12.8	9, 10.5	0.608
Hipertansiyon (n, %)	**39, 33.3**	**16, 18.6**	**0.02**
ASA Skoru	2 (1-3)	2 (1-3)	0.047
Antikoagülan kullanımı (n, %)	**22, 20.6**	**7, 9.0**	**0.032**
Risk faktörü (n, %)	**54, 48.6**	**24, 31.2**	**0.017**
Operasyon öncesi tümör çapı (mm)	30 (14-100)	27 (10-67)	0.196
Tümör egzofitik yüzdesi (n, %)			0.523
< % 25	15, 12.8	9, 10.5	
% 25 - % 50	32, 27.4	22, 25.6	
% 51 - % 75	50, 42.7	33, 38.4	
> % 75	20, 17.1	22, 25.6	
R.E.N.A.L. Nefrometri Skoru	5 (4-10)	5 (4-9)	0.306
Klinik T Evresi (n, %)			0.163
T1a	90, 76.9	73, 84.9	
T1b	20, 17.1	12, 14.0	
T2a	7, 6.0	1, 1.2	
Operasyon Süresi (dk)	120 (60-230)	110 (40-300)	0.325
Rezeksiyon tipi (n, %)			**0.003**
Enükleorezeksiyon	**75, 68.2**	**55, 64.0**	
Wegde rezeksiyon	**21, 19.1**	**6, 7.0**	
Enükleasyon	**14, 12.7**	**25, 29.1**	
Tahmini kan kaybı (ml)	200 (20-800)	200 (10-800)	0.313
Toplayıcı sistem onarımı (n, %)	**16, 14.4**	**1, 1.2**	**0.001**
Double-J Stent kullanımı (n, %)	**10, 8.5**	**0, 0**	**0.005**
Hastanede kalış süresi (gün)	**4 (2-23)**	**3 (2-12)**	**<0.001**

	Açık	Minimalinvaziv	p
n	117	86	
Patoloji (n, %)			0.221
Benign	18, 15.4	19, 22.1	
RCC	99, 84.6	67, 77.9	
Patolojik tümör çapı (mm)	30 (2.5-150)	25 (8-70)	0.111
Cerrahi sınır pozitifliği (n, %)	13, 13.1	6, 9.0	0.343
Patolojik T Evresi (n, %)			0.425
T1a	77, 77.8	56, 83.6	
T1b	19, 19.2	9, 13.4	
T2a	2, 2.0	0, 0	
T2b	0, 0	1, 1.5	
T3a	1, 1.0	1, 1.5	
Komplikasyon (n, %)	**42, 35.9**	**17, 19.8**	**0.012**
Operasyon öncesi kreatinin (mg/dl)	0.83 (0.4-1.82)	0.80 (0.33-2.3)	0.702
Operasyon öncesi eGFR (mL/min/1.73 m²)	90.74 (40.73-193.54)	91.26 (30.78-302.18)	0.982
Operasyon sonrası kreatinin (mg/dl)	0.84 (0.2-2.25)	0.85 (0.54-2.6)	0.782
Operasyon sonrası eGFR (mL/min/1.73 m²)	87.67 (31.31-406.43)	87.09 (26.72-152.31)	0.614
Operasyon sonrası korunan renal fonksiyon (%)	94.95 (40.93-389.69)	98.22 (27.82-135.36)	0.421
Takip süresi (ay)	**18 (3-96)**	**12 (3-87)**	**0.030**
Son takipteki kreatinin (mg/dl)	0.85 (0.5-5.89)	0.84 (0.4-4.0)	0.919
Son takipteki eGFR (mL/min/1.73 m²)	86.68 (10.27-182.85)	88.82 (16.05-196.61)	0.521
Son takipte korunan renal fonksiyon (%)	92.38 (22.81-165.14)	96.25 (33.88-150.54)	0.401

SS-169

Prostat Kanseri Şüphesi ile Manyetik Rezonans Görüntüleme Kılavuzluğunda Transrektal Prostat Biyopsisi Uygulanan 292 Hastada Sonuçlarımız

Sercan Yılmaz[1], Hakan Özdemir[2], Eymen Gazel[3], Serdar Yalçın[1], Engin Kaya[1], Ali Yusuf Önel[4], Mehmet Yörübulut[5], Lütfi Tunç[6]

[1]S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
[2]Diason Ultrasonografi Görüntüleme Merkezi, Ankara
[3]Acıbadem Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[5]Acıbadem Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara
[6]Gazi Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Günümüzde yeni gelişen tekniklerden birisi olan manyetik rezonans görüntüleme kılavuzluğunda transrektal prostat biyopsisi (MRG/TRUS Füzyon) git gide önemli bir yer almaktadır. Biz bu çalışmamızda MRG/TRUS Füzyon uygulanan hastalarımızın sonuçlarını paylaşmayı amaçlıyoruz.

MATERYAL-METOD: Mart 2016 ile ocak 2019 yılları arasında MRG/TRUS Füzyon uygulanmasına karar verilmiş olan 292 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara transrektal yolla Tru-Cut® 18 guage iğne yardımıyla 12 kor konvansiyonel biyopsiyi takiben GE Logiq® E9 marka cihazla transrektal yolla her lezyondan 3 kor füzyon biyopsi uygulandı ve sonuçlar değerlendirildi.

SONUÇ: Hastaların yaş ortalaması 61,9(42-84) idi. Ortalama tPSA değeri 14,2 ng/mL (0,75-46,68) ve ortalama prostat boyutu 69,1 gr (18-331) olarak bulundu. Toplamda 332 adet MRG'de şüpheli gözlenen lezyondan füzyon biyopsi uygulandı. Hastaların lezyonlarının lokalizasyonu ve şüpheli lezyonların dereceleri Tablo.1'de verilmiştir. Biyopsi uygulanan hastaların 107(%36.6)'sinde patoloji sonucu malignite olarak raporlandı. Patolojisi malignite ile sonuçlanan hastaların 13 (%4.4)'ü küçük atipik asiner proliferasyon (ASAP), 5 (%1.7)'i düşük dereceli prostatik intraepitelyal neoplazi (LPIN), 7'si (%2.3) yüksek dereceli prostatik intraepitelyal neoplazi (HPIN), 59'u (%20 .2) gleason 6 adenokarsinom, 13'ü (%4.4) Gleason 7 adenokarsinom, 7'si (%2.3) Gleason 8 adenokarsinom ve 3'ü (%1) Gleason 9 adenokarsinom olarak raporlandı (Tablo.2).

TARTIŞMA: Çalışmamızda izole olarak füzyon biyopsi de pozitiflik elde edilen hasta sayısı 21'dir. Bu sayı toplam hasta sayısının %7.1'i ve malignite pozitifliği belirlenen hastaların %19.6'sını oluşturmaktadır. Bu oranlar MRG/TRUS füzyonun önemini ortaya koymada çok büyük önem taşımaktadır.

SONSÖZ: Manyetik rezonans görüntüleme eşliğinde transrektal biyopsi günümüzde prostat biyopsisi için vazgeçilmez bir teknik haline gelmektedir. Ancak füzyon biyopsinin konvansiyonel tekniklerle birlikte yapılması tanıda doğruluğu arttıcı önemli bir hususdur.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Manyetik rezonans görüntüleme, Füzyon biyopsi

Tablo.1

Tablo.1: *Biyopsi uygulanan hastaların lezyon lokalizasyonu ve Biyopsi Sonuçları*

	Sayı (%)
Füzyon uygulanan Lezyon sayısı	332
Periferal zon	236 (69.8)
Santral zon	22 (6.6)
Transizyonel zon	72 (21.6)
AFMS	2 (0.6)
Füzyon uygulanan PIRADS 3 Lezyon	170
Benign	*129 (75.7)*
Malignite	*41 (12.3)*
Füzyon uygulanan PIRADS 4 Lezyon	127
Benign	*82 (64.6)*
Malignite	*45 (35.4)*
Füzyon uygulanan PIRADS 5 Lezyon	35
Benign	*14 (40)*
Malignite	*21 (60)*
Biyopside Patolojisi pozitif sonuçlanan hasta	107
TRUS-Bx pozitifliği	86
MRG/TRUS Füzyon Pozitifliği	74
MRG/TRUS Füzyon (+), TRUS Bx (-)	21
MRG/TRUS Füzyon (-), TRUS Bx (+)	33
MRG/TRUS Füzyon (+), TRUS Bx (+)	53

Tablo.2

Tablo.2: *MRG/TRUS Füzyon uygulanıp malignite tespit edilen lezyonların karakteristiği*

	PI-RADS 3	PI-RADS 4	PI-RADS 5	Toplam
ASAP	*9*	*3*	*1*	*13*
LPIN	*5*	*-*	*-*	*5*
HPIN	*4*	*2*	*1*	*7*
Gleason 3+3	*21*	*29*	*9*	*59*
Gleason 3+4 veya 4+3	*2*	*7*	*4*	*13*
Gleason 4+4 veya 3+5	*-*	*3*	*4*	*7*
Gleason 4+5	*-*	*1*	*2*	*3*
Toplam	*41*	*45*	*21*	

ASAP: Küşük atipik asiner proliferasyon, LPIN: Düşük riskli prostatik intraepitelyal neoplazi, HPIN: Yüksek riskli prostatik intraepitelyal neoplazi

SS-170

HoLEP Sonrası Güvenli Morselasyon İçin İpuçları

Serdar Yalçın[1], Sercan Yılmaz[1], Eymen Gazel[2], Engin Kaya[1], Lütfi Tunç[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Acıbadem Üniversitesi, Ankara Acıbadem Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Gazi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Prostatın Holmium-lazer enükleasyonu (HoLEP), kanıta-dayalı sonuçlarla kılavuzlardaki yerini almıştır. Ancak; HoLEP sonrası prostatik-adenomun morselasyonuna sekonder mesane yaralanması endişesi, ürologların bu prosedürden uzak durmalarına ve öğrenme eğrilerinin yavaşlamasına neden olmaktadır. Güvenli morselasyon yapmak için bazı ipuçları-püf noktaları önermeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Lumenis-Pulse®120 Holmium-lazer kullanılarak yapılan son 250 HoLEP-prosedürü retrospektif olarak gözden geçirildi. HoLEP sonrası mesaneye gönderilen prostat dokuları, Lumenis-Vercacut® morselatör sistemi ile morsele edildi. Veriler morselasyon süresi, çıkarılan numune ağırlığı ve morselasyon yaralanmalarını içerecek şekilde kaydedildi.

SONUÇLAR: 2017-2019 yılları arasında merkezimizde yapılan son 250 HoLEP prosedürü incelendi. Ortanca hasta yaşı 62 idi (dağılım 55-87). Morselasyon için gerekli medyan süre 9.2 dakika idi (aralık 5-90). Bu hastalarda ortanca örnek ağırlığı 65 g (dağılım 20–120) idi. 52 (% 20.8) olguda kalan prostat adenomunun grasper kullanarak alınması gerekti. Vakaların hiçbirinde mesane mukozası hasarı görülmedi.

TARTIŞMA: Lumenis Versacut® doku morselatörü kullanan olgu serimiz, morselasyonun hızlı ve güvenli bir şekilde yapılabileceğini göstermektedir. Tecrübelerimiz sonrası ortaya koyabileceğimiz bazı ipuçları ve püf noktalar aşağıdaki gibidir;

(1) enükleasyon sonrası lazer kullanılarak iyi bir hemostaz yapılmalıdır,
(2) enükleasyon sonrası, morselasyona geçiş intravezikal basıncı düşürmeyecek şekilde olmalıdır, düşük basınçlı ortamda oluşacak kanamalar görüntüyü bozabilir,
(3) mesaneyi uygun basınçta dolu tutmak, glob oluşturmak ve bu sayede mukozal hasarı önlemek için iki irrigasyon kanalı kullanılmalıdır,
(4) devamlı sistemin tahliye çıkışı kapalı olmalıdır,
(5) adenom morselasyon sırasında morselatör üzerinde sabit duruyorsa, adenom tekrar pozisyonlandırılmalıdır,
(6) aspirasyon sistemi tıkanırsa, kanal içinde kalmış olan dokuların çıkarılması için sistem basınçlı bir şekilde yıkanmalıdır,
(7) morsele edilemeyen küçük parçalar grasper ile alınmalıdır,
(8) morselasyon sonunda, prostatik loja kaçmış-gizlenmiş doku parçaları için prostatik loj mutlaka kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HoLEP, Morselayon, Lazer Enükleasyon, Prostat, BPH

SS-171

Mikroperkütan Nefrolitotripsi: İlk Deneyimlerimiz

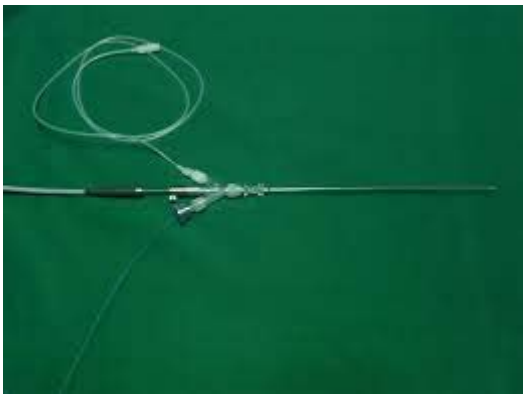
Serkan Doğan

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

GİRİŞ: Küçük böbrek taşları (<2 cm) tedavisinde günümüzde en sık ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi (ESWL), retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) ve standart ya da mini peruktan nefrolitotomi (PNL) kullanılmaktadır. Bununla birlikte daha küçük girişim kanalı ile daha ince enstrümanların kullanıldığı mikroperkütan nefrolitotripsi yöntemi geliştirilmiş ve gittikçe artan sıklıkta yapılmaya başlanmıştır. AMAÇ: Küçük böbrek taşı cerrahi tedavisinde uyguladığımız mikroperkütan nefrolitotripsi klinik deneyimlerimizi sunmak. GEREÇ-YÖNTEM: Şubat 2016 – Mart 2017 tarihleri arasında mikroperkütan nefrolitotoripsi yapılan hastaların verileri kayıt altına alınarak istatiksel olarak değerlendirildi. Perkütan böbrek erişimi sağlamak için yüzüstü pozisyonda C-kol floroskopi kılavuzluğunda 4.8 Fr'lik "her şeyi gören iğne" kullanıldı. Taş kırılması için Holmium; YAG lazer 272 µm fiber kullanıldı (resim 1). BULGULAR: Toplam 40 hastaya mikroperkütan prosedür uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 46.5 ± 13.8 yıldı. Ortalama taş boyutu 13 ± 3 mm idi. Taşsızlık oranı (SFR-stone free ratio) %90 (36/40) idi. İki hastada klinik olarak önemli rezidüel fragmanlar mevcuttu (≥ 4 mm). Ortalama ameliyat ve floroskopi süreleri sırasıyla 107.5 ± 37 dk ve 45 ± 40 saniyeydi. Hemoglobindeki ortalama postoperatif düşüş 1.2 ± 0.9 g / dl idi ve 1 hastada kan transfüzyonu ihtiyacı gelişti. Hastalar ortalama 1,4 ± 0,8 gün hastanede kaldıktan sonra taburcu edildi. Ameliyat sonrası iki hastada Clavien 2.derece komplikasyon olarak, idrar yolu enfeksiyonu ve kan transfüzyonu gerektiren kan kaybı gözlendi (tablo 1). SONUÇ: Mikroperkütan nefrolitotripsi küçük taşların tedavisinde ESWL, RIRS ve PNL'ye güvenli ve etkili bir alternatif oluşturmaktadır. Benzer düzeylerde taş temizleme ve komplikasyon oranlarına sahiptir.

Anahtar Kelimeler: mikroperkütan, küçük taş, böbrek

Mikroperkütan Seti



Preoperatif ve postoperatif veriler

özellikler	ortalama değer ± SD veya n (%)
Operasyon süresi (dk)	111 ±37
Floroskopi süresi (sn)	45 ±40
Hasta yatış süresi (gün)	1.4 ±0.8
Hemoglobin düşüş miktarı (g/dl)	1.2 ±0.9
Taşsızlık oranı (30.gün)	36/40 (%90)
Komplikasyon (Clavien 2)	2/40 (%5)
DJ katater ihtiyacı	6/40 (%15)

SS-172

Tanısal Sistoskopide Antibiyotik Profilaksisi: İki Farklı Antibiyotik Uygulamasının Karşılaştırılması

Serkan Özler, Sadık Görür

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Hatay

GİRİŞ: Antibiyotik profilaksisi ile tanısal sistoskopi sonrası enfeksiyon riski azaltılabilmektedir. Bu çalışmamızda tanısal sistoskopi sonrası üriner enfeksiyonun önlenmesinde kullanılan iki farklı antibiyotik uygulamasının etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Üroloji polikliniğine hematüri, alt üriner sistem semptomları ile başvuran 70 hastaya tanısal sistoskopi yapıldı. Tanısal sistoskopi yapılan bu hastalar 2 gruba ayrıldı. 35 hastaya profilaksi amaçlı tetkikle aynı gün sabahı tek doz siproflaksasin 750 mg 1x1 verildi (Grup 1). 35 hastaya aynı şekilde fosfomisin trometamol 1x1 verildi (Grup 2). Hastalara tetkik sonrası idrarda yanma, üşüme,titreme ve yüksek ateş gibi şikayetlerinin olması durumunda acilen kliniğimize başvurmaları söylendi. Bu semptomlarla gelen hastalara tedavi başlandı.

BULGULAR: Grup 1 de 25'i erkek (%72) 10'u kadın (%28) olan 35 hastanın yaş ortalaması 50,00±10,07 idi. Grup 2 de 25'i erkek (%72) 10'u kadın (%28) olan 35 hastanın yaş ortalaması 49,25±8,92 idi. Grup 1 de 35 hastanın ikisi (%5,7); grup 2 de 35 hastanın biri (%2,8) dizüri ve ateş nedeniyle kliniğimize başvurdu(p=0,562). 2 hastanın idrar kültüründe E.coli ve 1 hastanın idrar kültüründe Klebsiella üredi. 3 hasta hospitalize edilerek intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. Sonrasında hastalar oral antibiyotikle taburcu edildi. Hastalar tedavi sonrasında kontrole çağrıldı.

SONUÇ: Sistoskopi öncesi antibiyotik profilaksisi üriner enfeksiyon gelişme riskini azaltmaktadır. Elde ettiğimiz bulgular ışığında siproflaksasin 750 mg 1x1 rejimi ile fosfomisin trometamol 1x1 rejimi karşılaştırıldığında, enfeksiyon oluşma riski açısından anlamlı bir fark saptanmasa da tablet kullanmakta zorlanan hastalarda saşe kullanımı hasta uyumu açısından tercih sebebi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistoskopi, üriner enfeksiyon, antibiyotik profilaksisi

Şekil 1

	Grup 1	Grup 2	p değeri
Hasta sayısı	35	35	
Cinsiyet Erkek Kadın	 25 10	 25 10	 p=0,392 p=0,394
Yaş	50±10,07	49,25±8,92	p=0,745
Sistoskopi sonrası enfeksiyon gelişen hasta sayısı	2	1	p=0,562

SS-173

Laparoskopik Radikal Prostatektomi, 15 Yıllık Deneyim

Sezgin Yeni, Kadir Ömür günseren, Mehmet Çağatay Çiçek, Ismet Yavaşcaoğlu, Hakan Vuruşkan

Uludağ Üniversitesi, Üroloji, Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) deneyimimizin peroperatif verilerini, morbidite, fonksiyonel ve onkolojik sonuçlarını paylaşmak.

GEREÇ-YÖNTEM: 2004- 2019 tarihleri arasında ekstraperitoneal LRP uygulanan toplam 849 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Onkolojik sonuçlar; patolojik inceleme ve postoperatif PSA düzeyleri değerlendirildi. Kontinans ve potensi içeren fonksiyonel veriler hasta anketleri ile ortaya konuldu.

BULGULAR: Ortalama operasyon süresi 118 dakika (45-570dk), ortalama kateterizasyon süresi 8 gün(7-20 gün), ortalama hastanede kalış süresi 2.9 gün (1-21 gün) olarak belirlenmiştir. Kan kaybı miktarı ortalama 117mlt (30-450) olarak belirlenmiştir. 441 hastada patolojik evre pT2 ve 348 hastada pT3 olarak raporlandı. Patolojik evresi pT2 olan 441 hastanın 29'unda (%6,8), pT3 olan 348 hastanın 62'sinde (%18,2) cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle adjuvan radyoterapi uygulandı. Ortalama 34 aylık takipte 56 hastada biyokimyasal rekürrens saptandı. 12. ay kontrolünde hastaların %91'unun kontinan ve %6'sinin minimal stres inkontinans ve %3 hastada da artifisyel genitoüriner sfinkter implantasyonu ihtiyacı olduğu belirlendi.

SONUÇ: LRP prostat ca cerrahi tedavisinde başarılı onkolojik ve fonksiyonel sonuçları olan minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, radikal prostatektomi, rekürrens

SS-174

Cigarette Smoking Factor Effecting Recurrence and Progression Of Non İnvasive Bladder Cancer Treated by TUR-M

Sinan Çelen

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Each puff of each cigarette contains a mixture of thousands of compounds, including more than 60 well-established carcinogens. In addition to these well-established carcinogens, others have been less thoroughly investigated. Previous studies indicate that the population attributable risk of bladder cancer for tobacco smoking is 50–65% in men and 20–30% in women and that current cigarette smoking triples bladder cancer risk relative to never smoking.

In our study, we evaluated the effect of cigarette on recurrence and progression in patients treated by TUR-M according to risk categorization. Sixty nine patients (Group A) who smoked and 109 patients (Group B) who did not smoke were evaluated. Statistical analysis was not performed because the number of patients was lower among the subgroups. The smoking factor has shortened the duration of recurrence, especially in the low risk group, but the recurrence times in the medium risk and high risk groups are similar.

Keywords: Bladder cancer, cigarette, TUR-M

Table 1: Recurrence and progression rates in smokers and non-smokers

Smokers GRoUP (69 PATIENTS)					
RISK CATEGORY	NUMBER OF PATIENTS	Recurrence NUMBER of PATIENTS	Mean TIME to recurrence	Progression NUMBER OF PATIENTS	Mean TIME to Progression (months)
1	11 (%15,9)	11	8,3	0	0
2	9 (%13)	8	29	1	6
3	44 (63,7)	64	6,5	4	4,25
Non-Smokers GRoUP (109 PATIENTS)					
RISK CATEGORY	NUMBER OF PATIENTS	Recurrence NUMBER of PATIENTS	Mean TIME to recurrence	Progression NUMBER OF PATIENTS	Mean TIME to Progression (months)
1	21 (%19,2)	21		0	0
2	16 (%14,6	15		1	3
3	72 (%66)	64		8	13,6

Recurrence and progression rates in smokers and non-smokers

SS-175

Böbrek Taşı Tedavisinde Dijital ve Konvansiyonel Flexible Üreteroskop'un Güvenilirlik ve Etkinliğinin Karşılaştırılması

Ali Erdem Yılmaz[1], İlker Seçkiner[2], Süleyman Sağır[2]

[1]Yüksekova Devlet Hastanesi, Hakkari
[2]Gaziantep Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Böbrek taşı tedavisinde minimal invaziv yöntemlerden olan retrograd intrarenal cerrahi kullanım sahası sürekli olarak artan ve yüksek kalitede görüntü sunan dijital sistemlerin de kullanılabildiği bir yöntemdir. Bu çalışmada amacımız literatürde az sayıda bulunması nedeniyle dijital ve konvansiyonel yöntemler ile yapılan retrograd intrarenal cerrahi ameliyatlarının etkinliğinin, güvenilirliğinin ve maliyetinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza 75 hasta dahil edildi. Bunlardan 47 tanesine dijital flexible üreteroskop ile 28 tanesine konvansiyonel flexible üreteroskop ile ameliyat yapıldı. Ameliyat öncesi demografik veriler ile taş boyutları, lokalizasyonları ve geçirilmiş cerrahiler kaydedildi. Ameliyat esnasında irrigasyon miktarı, floroskopi süresi, lazer cihazının gücü kaydedildi. Sonrasında bu hastalar postoperatif 1. gün ve 1. ayda tekrar değerlendirildi. Tam taşsızlık oranı, rezidü taşlar, komplikasyonlar değerlendirildi. İki grup arasında karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR: Hastaların dijital flexible üreteroskop grubunda olanların yaş ortalaması 42,15'di. Ortalama taş boyutları 18,89 mm ve taşların %44,7'si alt kaliks taşıydı. Konvansiyonel flexible üreteroskop grubunda yaş ortalaması 43,07 idi. Ortalama taş boyutu 17,64 mm ve taşların %46,4'ü alt kaliks taşıydı. Postoperatif yapılan analizlerde taşsızlık oranında dijital flexible üreteroskop yönünde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Diğer parametrelerde anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ: Literatürde operasyon süreleri açısından anlamlı farklılık varken bizim çalışmada böyle bir farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda taşsızlık oranlarında anlamlı farklılık yokken bizim çalışmamızda anlamlı farklılık saptandı.

Anahtar Kelimeler: Digital, Fleksible, Üreteroskop, Taşsızlık, Böbrek Taşı

SS-176

Infective Complications after Percutaneous Nephrolithotomy: Our Clinical Experience

Süleyman Sami Çakır, Samir Agalarov

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

PURPOSE: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is considered as a first line procedure for larger than 2 cm kidney stones; however, infective complications are potentially serious postoperative complications. The aim of this study was to evaluate the prevalence of infective complications after PCNL and identify risk factors.

METHODS: Baseline data were collected, and patients were questioned regarding postoperative infective complications following PCNL. The Fisher exact test, Student t test, Mann-Whitney U test, and multivariate regression analysis were used for data analysis.

RESULTS: A total of 206 patients were included. Antibiotic prophylaxis was administered prior to PCNL in 100 %. Infection complications were recorded in 21 patients (10.1 %), consisting of fever in 15 (7.2 %), SIRS in 5 (2.6 %), and sepsis in 1 (0.4 %). Univariate analysis revealed that coronary heart disease, chronic kidney disease, alteration of lipid metabolism, anticoagulant therapy, past surgery for renal stone, presence of residual fragments were predictors of infective complications. Multivariate analysis did not identify any patient subgroups at a significantly higher risk of infection. The low rate of complications may have limited the conclusions from our study.

CONCLUSION: Using a standardized method for the definition and classification of infective complication from a singlecenter prospective database, we find a prevalence of 10.1 % of infective complication among patients undergoing PCNL for renal stone. However, to predict which patients will develop infective complications still remains a clinical challenge.

Keywords: Infective complications, PCNL, Sepsis, Standardized method

SS-179

10-20 mm Taşlarda Şok Dalgası ve Fleksible Üreterorenoskopi Yöntemlerinin Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması

Meftun Çulpan[1], Ramazan Gökhan Atış[2], Furkan Şendoğan[2], Taha Uçar[2], Asıf Yıldırım[2], Turhan Çaşkurlu[2]

[1]Okan Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı
[2]Medeniyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Böbrek taşı tedavisinde kullanılan Şok dalgası litotripsi (ESWL) ile flexible üreterorenoskopi (RIRS)uygulamalarının, hasta gruplarında yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Ağustos 2016 ve Ağustos 2018 arasında toplamda 120, 10mm-20mm arası böbrek taşı olan hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalar prospektif olarak randomize edilerek ESWL ve RIRS gruplarına ayrıldı. Çalışmaya sadece taşları komplet fragmante edilmiş, başarılı hastalar dahil edildi. SF-36 yaşam kalitesi anketi ile hastalar operasyon öncesi, operasyondan 1 gün sonra ve 1 ay sonra değerlendirildi.

SONUÇLAR: 81 hasta final analize dahil edildi. 45(%52.5) hasta RIRS ve 36 hasta (%47.5) ESWL ile tedavi edilen hastalardı. Taşların ortalama boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p:0.089) Beden kitle endeksleri, yaş ve hidronefroz dereceleri açısından iki grup da benzerdi. Çalışmada 39 hasta başarısız fragmantasyon sebebiyle dışlandı. Operasyon öncesi analizlerde iki grup arasında yaşam kalitesi açısından farklılık saptanmazken, post operatif 1. gün değerlendirmesinde ESWL grubundaki hastalar rol güçlüğü(p:0.08), enerji/yorgunluk(p:0.01) sosyal güçlük(p:0.03) ve ağrı parametreleri (p:0.03) açısından daha olumlu saptandı. Post op 1. ayda ise ağrı ve duygusal iyilik hali ESWL grubundan istatistiksel olarak daha olumluydu.

SONUÇ: Bir aylık takip sonrasında yaşam kalitesi skorlarının ESWL grubunda anlamlı olarak daha olumlu olduğu gözlendi.

Anahtar Kelimeler: ESWL, RIRS, Yaşam, kalitesi

Tablo 1

	t-test for Equality of Means	
	Sig. (2-tailed)	Std. Error Difference
Stone size (mm)	,089	,459
Role functioning/physical (1st day)	,008	10,2788
Role functioning/emotional (1st day)	,047	10,0943
Energy/Fatigue (1st day)	,011	4,3430
Social functioning (1st day)	,003	5,5513
Pain (1st day)	,003	5,20599
Emotional well-being (30rd day)	,011	5,7489
Pain (30rd day)	,012	6,9354

SS-180

Endoskopik Böbrek ve Üreter Taşı Cerrahisi Sonrası Postoperatif İdrar Yolu Enfeksiyonları ve İlaç Direnç Paternleri

Muhammet Çiçek[1], Taha Uçar[1], Ramazan Gökhan Atış[1], Hülya Çaşkurlu[2], Asıf Yıldırım[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Endoskopik taş cerrahisi sonrası profilaksiye rağmen ateşli idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. Tedavide çeşitli antibakteriyel ajanlar seçilebilir. Son yıllarda ilaç direncinin artması, tedavi seçeneklerinin kısıtlanmasına da neden olmuştur. Bu çalışmada endoskopik taş tedavisinin ardından postoperatif ateşe neden olan etken spektrumunun belirlenmesi ve ilaç direnç paternlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2016- Aralık 2018 tarihleri arasında üreterorenoskopi (URS) ve retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) yapılan 1233 hastadan postoperatif febril idrar yolu enfeksiyonu (FİYE) olan hastalar retrospektif tarandı.. Hasta karakteristikleri, cinsiyet, yaş, taş boyutu, idrar kültürü, kan kültürü ve antibiyotik direnç paternleri not edildi. Numune olarak ilk 38,3 ° C'yi geçen ateş atağından sonra alınan idrar kültürü örnekleri çalışıldı.

BULGULAR: Toplam 73 (%6.4) hastanın postoperatif FİYE'si vardı ve 73 hastanın 54'ü anlamlı bakteriüriye sahipti (>100.000 cfu). Hastaların yaş ortalaması 51,7, 31 hasta erkek 42 hasta kadındı. On-üç hastada bakteri üremesi olmadı ve 6'sında idrar örneği kontamine sonuçlandı. Elli-dört enfeksiyöz ajanın 25'i E.Coli (% 46), 13'ü pseudomonas aeruginosa (% 24), 3'ü Klebsiella spp., (% 6), 9 tanesi Gram (+) ajan (% 17) ve 1 hastada Citrobakter koserii etken olarak saptandı. Üç hastada karışık bakteriyel üreme oldu. Toplam 54 ajanın 32'si multidrug-resisant (MDR) ajanlardı. Flourokinolon direnci 38 (%70), antipseudomonal sefalosporin direnci 29 (%53), aminopenisilin direnci 37 (%68), karbapenem direnci 7 (%13), trimetoprim-sülfometaksazol direnci 23 (%42) hastada bulundu.

SONUÇ: Gram (-) ajanlar daha sık olarak renal veya üreteral taş cerrahisi sonrası postoperatif FİYE'ye neden olur. Antimikrobiyal direnç, artan ve gelecekte zorlu bir sağlık problemi olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, üreter taşı, postoperatif enfeksiyon, antibiyotik direnci

Tablo 1.

Ortalama yaş	51,7
Ortalama VKİ* (kg/m²)	28,6
Ortalama taş boyutu –RIRC (mm)	18,3
Ortalama taş boyutu –URS (mm)	9,8
Postoperatif febril İYE/ operasyon sayısı (%)	73/1233 (%6,4)
Negatif idrar kültürü/Postop İYE	13/73
Bakteriüri saptanan/Postop İYE	54/73
E.coli (%)	25 (%46)
Pseudomonas aeruginosa (%)	13 (%24)
Gram (+) etken (%)	9 (%17)
Klebsiella spp. (%)	3 (%6)
Diğer (%)	4 (%7)
MDR (Multidrug-resistance) bakteri (%)**	%59
Flourokinolon direnci	%70
Aminopenisilin direnci	%68
Antipseudomonal sefalosporin direnci	%53
Karbapenem direnci	%13

**Vücut Kitle İndeksi **Çoklu ilaca dirençli*

SS-185

Üreteral Katater Kültürünün Klinik Önemi Nedir?

Tuncay Toprak

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Endoskopik üreter taşı tedavisi sonrası takılan üreteral kataterlerin üriner enfeksiyon ile ilişkisi ve üreteral kataterlerin kolonize olup olmadığını araştırmak.

MATERYEL VE METOD: Ocak 2016 ve ocak 2019 tarihleri arasında endoskopik üreter taşı tedavisi sonrası üreteral stent uygulanan toplam 90 hastanın 45' inin üreteral kataterleri işlemden 15 gün (grup 1), 45' inin işlemden 30 gün (grup 2) sonra alınarak mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Hastaların dosyaları prospektif olarak tarandı. Operasyon öncesi idrar kültüründe üreme olan hastalar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Hastaların demografik özellikleri tablo 1 de sunulmuştur. Katater takılmadan önce tüm hastaların idrar kültürü sterildi. Üreteral katater çekilmeden önce alınan idrar kültüründe grup 1 de 3 hastada, grup 2 de 12 hastada anlamlı üreme vardı. Üreteral katater çekilmesi öncesi idrar kültüründe üremesi olan hastalar uygun antibiyoterapi ile tedavi edildi. Grup 1 de katater çekilmeden önce idrar kültüründe üremesi olan 3 hastanın antibiyotik tedavisi sonrası alınan katater kültüründe üreme olmadı. Grup 2 de katater çekilmeden önce idrar kültüründe üremesi olan 12 hastanın antibiyotik tedavisi sonrası alınan katater kültüründe 2 hastada aynı mikroorganizmanın neden olduğu anlamlı üreme izlendi. Grup 1 de üreyen mikroorganizmaların 1 'i E.fecalis, 1 tanesi E.coli, Grup 2 de 2'si E.fecalis, 3'ü E.coli, 1'i MRSE idi. Katater kültüründe üremesi olan ve olmayan hastalar arasında katater çekilmesi öncesi alınan idrar tahlili sonuçları açısından anlamlı farklılık izlenmedi.

SONUÇ: Bu çalışma operasyon öncesi idrar kültürünün steril olmasının katater kolonizasyonunu dışlamayacağını, kataterin uzun süre kalmasının kolonizasyon ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Hastaların taş kültürünün eksik olması çalışmanın kısıtlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik üreter taşı tedavisi, üreteral katater kültürü, kolonizasyon

Gruplar arası demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Grup 1 (n=45)	Grup 2 (n=45)
E/K (%)	51.4/48.6	56.3/43.7
Yaş ortalaması (yıl)	45.6 (min 19, max 73)	41.7 (min 23, max 76)

Gruplar arası bakteri üremelerinin karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2
Üreteral katater çekilmeden önce alınan idrar kültürü	3 üreme	12 üreme
Antibiyotik tedavisi sonrası katater kültürü	Üreme yok	2 hastada aynı mikroorganizma
Katater kültürü	43 steril/2 üreme	39 steril/6 üreme

Katater kültüründe üreyen mikroorganizmalar

	Grup 1	Grup 2
E.Fecalis	1	2
MRSE	0	1
E.coli	1	3
Üreme yok	43	39
Toplam	45	45

Katater kültürü ve idrar tahlili değerlerinin karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 1	Grup 2	Grup 2
	Pozitif (n=2)	Negatif(n=43)	Pozitif(n=6)	Negatif(n=39)
Piyüri (>5 lökosit)	1 (%50)	18 (%41,8)	3 (%50)	21 (%53,84)
Lökosit esteraz pozitifliği	0 (%0)	4 (%9,3)	1 (%16,6)	3 (%7,6)
Nitrit pozitifliği	0 (%0)	3 (%6,9)	2 (%33,3)	5 (%12,8)

SS-186

Ratlarda Renal İskemi/Reperfüzyon Hasarında İntraperitoneal Butein Uygulamasının Etkileri

Mehmet Akif Ramazanoğlu[1], Tuncay Toprak[2], Hatice Küçük[3]

[1]Rize Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği,Rize
[2]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji ABD, İstanbul
[3]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji ABD, Trabzon

AMAÇ: Renal iskemi/reperfüzyon hasarı akut renal hasarın yaygın bir nedenidir. Bu çalışmanın amacı Buteinin renal iskemi/reperfüzyon hasarı üerine etkisini belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: 27 adet Wistar-albino cinsi erkek rat (8 hafta ve 200-250 gr ağırlıkta) rastgele olarak 3 gruba dağıtıldı (n=9). 1.Sham grubu (İskemi/reperfüzyon hasarı oluşturulmayan sadece cerrahi stress yapılan gup), 2.Kontrol grubu (İskemi/reperfüzyon hasarı oluşturulup tedavi verilmeyen grup), 3. Tedavi grubu (İskemi/reperfüzyon hasarı oluşturulup iskemi öncesi intraperitoneal yoldan butein verilen grup). Renal iskemi/reperfüzyon hasarı sol renal arterin 45 dakika süre ile klempe edilmesi ardından 24 saat reperfüzyonu ile oluşturuldu. Ratlar 24 saat sonrasında sakrifiye edilerek böbrek dokuları histopatolojik inceleme için alındı.

BULGULAR: Sham grubunda tüm renal dokular histopatolojik açıdan normal olarak değerlendirildi. Kontrol grubunda 2 (%22.2) dokuda küçük lokal hasarlı alan, 1(%11.1) dokuda < %10 kortikal hasar, 5 (%55.6) dokuda %10-25 arası kortikal hasar ve 1(%11.1) dokuda %25-75 kortikal hasar saptandı. Butein grubunda 1(%11.1) normal böbrek dokusu, 2 (%22.2) küçük lokal hasarlı alan, 4 (%44.4) <%10 kortikal hasar ve 2 (%22.2) %10-25 arası kortikal hasarı olan dokular mevcuttu. Sham grubundaki doku hasarı kontrol grubu ve butein

grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.01$). Kontrol ve butein grupları arasında histopatolojik açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p> 0.05$).

SONUÇ: Deneysel renal iskemi/reperfüzyon hasarı modelinde intraperitoneal olarak verilen buteinin renal doku hasarı üzerine istatistiksel olarak etkisinin olmadığı görüldü. Çalışmamız literatürde renal iskemi/reperfüzyon hasarı üzerinde buteinin etkisini araştıran ilk çalışma olması bakımından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Butein, Rat, İskemi/reperfüzyon, Renal

SS-187

Comparison of R-URS and SWL for Ureteral Stones Between 1 to 2 Centimeter

Turgay Ebiloğlu[1], Burak Köprü[2], Selahattin Bedir[1]

[1]*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi*
[2]*Yüksek İhtisas Üniversitesi, Koru hastanesi, Üroloji servisi*

OBJECTIVES: To compare the stone free status after rigid ureterorenoscopy (R-URS) and shock wave lithotripsy (SWL) for ureteral stones between 1 to 2 cm.

MATERIALS-METHODS: Between 2010 and 2017, 184 patients were treated for ureteral stone between 1 to 2 cm. Patients having SWL were defined as group 1, and patients having R-URS were defined as group 2. Patients were also classified as group a, b, and c if they had proximal, middle and distal ureteral stone, respectively. Stone free status was defined as: stone free if there was no residual stone, insignificant small residual stone if there was <4mm residue without symptoms, significant small residual stone if there was <4mm residue with symptoms, and residual stone if there was >4mm residue. Early results of techniques were evaluated by direct radiography of kidney, ureter and bladder (KUB) at first day after procedures, and late results were noted with computerized tomography (CT) at 1. month. We compared the stone free rates (SFR) between group 1 and 2.

RESULTS: There were 75 and 109 patients in group 1 and 2, respectively. There were 26, 21, 28 and 33, 19, 57 patients group 1a,1b,1c and 2a,2b,2c, respectively. Comparison of the techniques for SFR was expressed in table.

CONCLUSIONS: Although SWL seemed to be better in early results, R-URS was detected to be more effective in late results.

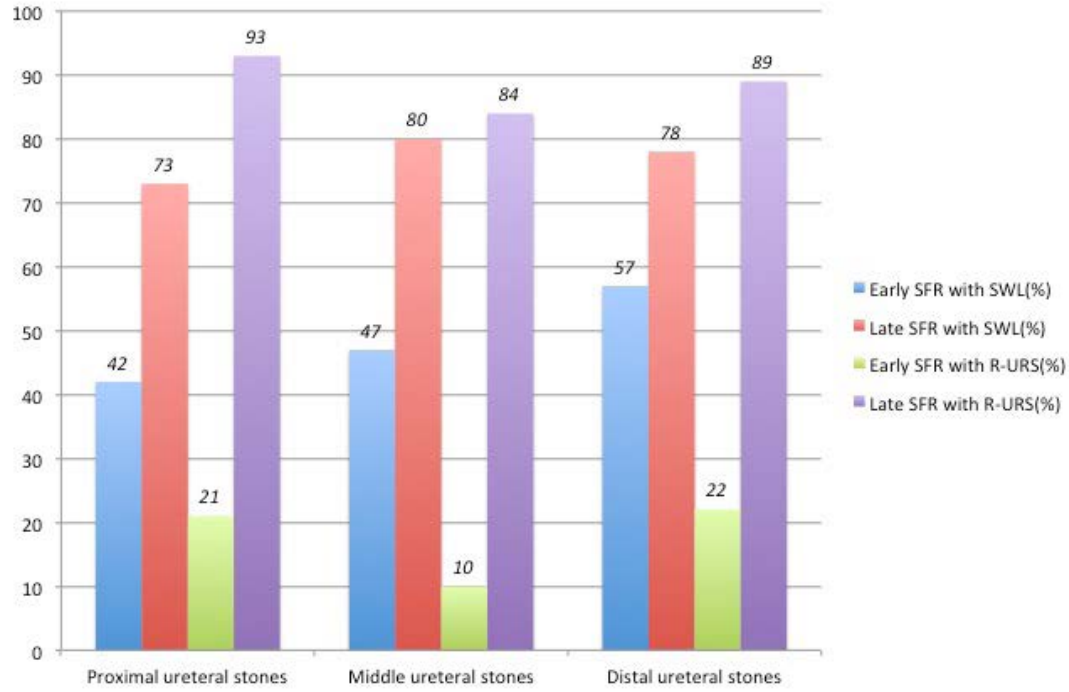
Anahtar Kelimeler: R-URS, SWL, Ureter stone

Figure 1

Table.

Stone location		Technique	Stone free	İnsignificant small residue	Significant small residue	Residual stone	P value of SFR
Proximal ureteral stone	Early results	SWL	11(%42)	8(%30)	4(%15)	3(%11)	0.001
		URS	7(%21)	14(%42)	11(%33)	1(%3)	
	Late results	SWL	19(%73)	2(%7)	2(%7)	3(%11)	0.001
		URS	31(%93)	0	2(%6)	0	
Middle ureteral stone	Early results	SWL	10(%47)	8(%38)	2(%9)	1(%4)	0.105
		URS	2(%10)	8(%42)	5(%26)	4(%21)	
	Late results	SWL	17(%80)	3(%14)	0	1(%4)	0.001
		URS	16(%84)	1(%5)	0	2(%10)	
Distal ureteral stone	Early results	SWL	16(%57)	9(%32)	0	3(%10)	0.005
		URS	13(%22)	26(%45)	15(%26)	3(%5)	
	Late results	SWL	22(%78)	3(%10)	0	3(%10)	0.001
		URS	51(%89)	1(%1)	2(%3)	3(%5)	

Figure 2



Stone free rates

SS-188

Does Preoperative Use of Silodosin Affect the Stages of F-URS Procedure?

Turgay Ebiloğlu[1], Engin Kaya[1], Murat Zor[1], Bahadır Topuz[1], Selçuk Sarıkaya[1], Giray Ergin[2], Serdar Yalçın[1], Selahattin Bedir[1]

[1]*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi*
[2]*Yüksek İhtisas Üniversitesi, Koru hastanesi, Üroloji servisi*

OBJECTIVES: To evaluate the effect of silodosin on stages of the flexible ureterorenoscopy (F-URS) procedures.

METHODS: Between November 2015 and August 2017, a total of 76 patients suffering from 10-30 mm kidney stone were enrolled in this randomized prospective study. Patients were randomly divided into 2 groups for treatment: Group 1 had F-URS with preoperative daily uptake of 8 mg silodosin for 10 days, and group 2 had F-URS without silodosin uptake. None of the patients had preoperative JJ stenting. Stages of the F-URS was defined as entrance to bladder time (ETBT) with a semirigid ureterorenoscope (R-URS), entrance to ureteric orifice time (ETUOT) with R-URS using a guide wire and proceeding 2 cm inside the ureter, application of access sheath time (AAST) using the guide wire advanced through R-URS, F-URS time (FURST) + lithotripsy with laser time (LT), and total operation time (OT). We compared the time of each stage between two groups.

RESULTS: There were 38 patients group1 and 2, respectively. There was one ureteral access sheath (UAS) application failure in group 1, and 3 failures in group 2 (p=0.307). The ETBT, ETUOT, and AAST were significantly short in group 1 than group 2 (p=0.001,0.007,0.002).

CONCLUSIONS: Although preoperative use of silodosin facilitated only an insignificant positive effect on UAS placement failure, it eased the F-URS procedure by reducing the ETBT, ETUOT, and AAST in seconds. More studies are needed to make an exact conclusion.

Keywords: Silodosin, F-URS, procedure stages

SS-189

Vezikostomi orifisi ileri derecede daralmış bir hastada cilt orifisinin dilatasyonu ve perkutan sistolitotripsi uygulanması

Turgay Ebiloğlu, Can Sicimli, Ömer Faruk Karataş

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi

GİRİŞ: Mesane taşı çeşitli nedenlere bağlı alt üriner sistem disfonksiyonunda oluşan bir durumdur. Bu bildirimizde çocukluğunda kloakal membrane defekti nedeni ile vezikostomi uygulanmış bir erişkin bayan hastada mesane taşının tedavi şeklini vurgulamak istedk.

OLGU: Yirmi üç yaşında bayan hasta. Servisimize komplike üriner enfeksiyon ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde çocukluğunda kloakal membran defekti nedeni ile bir ameliyat geçirme hikayesi mevcut idi. Yapılan fiziki muayanede kloakal membran defekti nedeni ile geçirdiği operasyonlara ait operasyon skarları gözlendi. Vezikostomi orifisinin ileri derecede skatrize ve daralmış olduğu gözlendi. Vezikostomiden ancak 4F nelaton kateter ilerletilebildi. Hastanın yapılan tahlillerinde mesane içerisinde 4*1.5cm boyutunda mesane taşı gözlendi (Figure 1,2,3). Hastanın üriner enfeksionu düzeldikten sonra hastaya perkutan vezikostomi orifisinin dilatasyonu ile sistolitotripsi operasyonu uygulanmasına karar verildi. Amplatz dilatatörler kullanılarak vezikostomi orifisi 30F'e kadar genişletildi (Figure 4,5). Ardından 26F Olympus nefroskop kullanılarak pnömatik litotriltör ile taşlar kırıldı ve dış ortama alındı. Hastanın taşsız olduğu gözlendikten sonra işleme son verildi.

SONUÇ: Çok skatrize ve dar gözlense de vezikostomi orifisi Amplatz Dilatatörler kullanlarak nefroskop kullanılabilecek genişliğe kadar genişletilebilmektedir. Ardından nefroskop ile taşlar kolaylıkla dış ortama alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vezikostomi, perkutan, sistolitotripsi

Figure 1



Figure 1. BT koronal görüntü

Figure 2



Figure 2. BT aksiyel görüntü

Figure 3



Figure 3. IVP görüntüsü(5.dk)

Figure 4

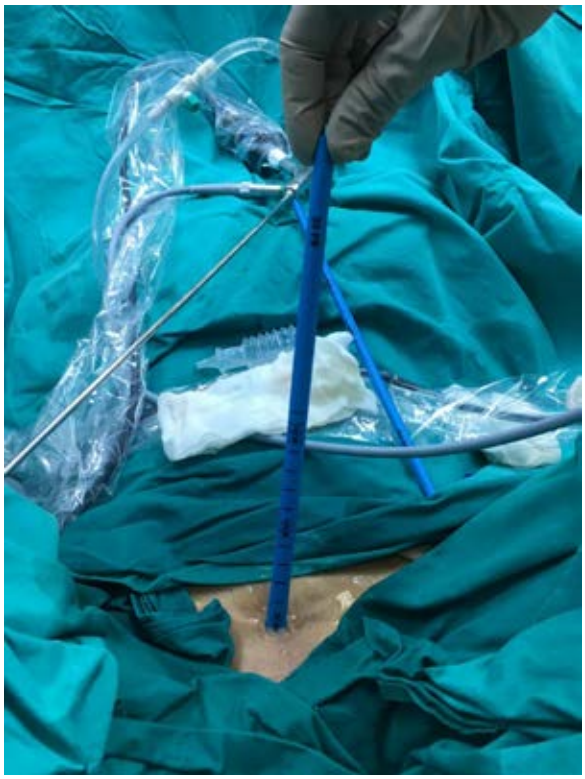


Figure 4

Figure 5

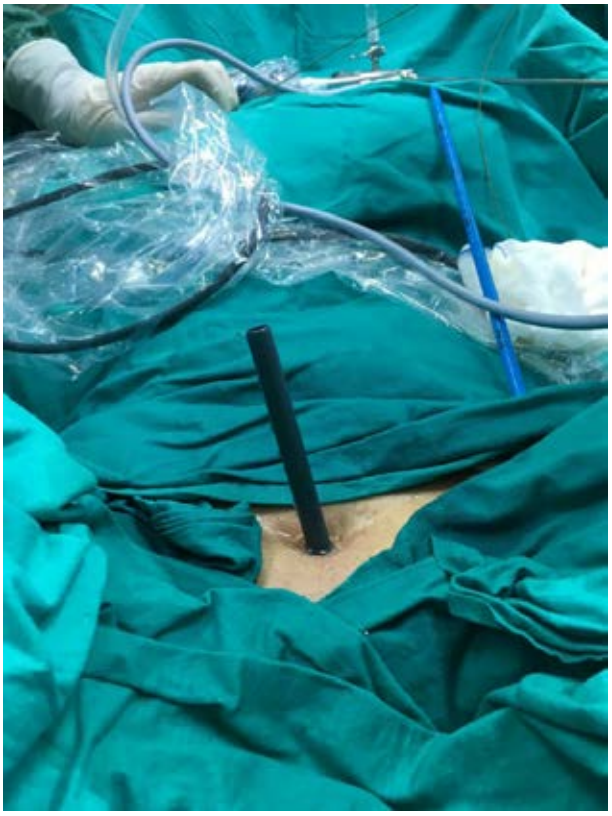


Figure 5

SS-190

MRG Kılavuzluğunda TRUS Füzyon Prostat Biyopsisi Sonuçlarımız

Tünkut Doğanca[1], Mustafa Bilal Tuna[2], Ömer Burak Argun[3], İlter Tüfek[3], Selçuk Keskin[3], Can Öbek[3], Ali Rıza Kural[3]

[1]Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul
[2]Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

GİRİŞ & AMAÇ: Prostat kanseri tanısında transrektal veya perineal yoldan yapılan biyopsi ile histopatolojik örnekleme halen altın standarttır.Son yıllarda gelişmekte olan Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) teknikleri ile prostat anatomisine ve prostat kanseri açısından şüpheli alanlara dair daha çok bilgi edinilebilmekte ve bu bilgiler ile çeşitli füzyon yöntemleri uygulanarak daha isabetli biyopsi uygulamalarına imkan sağlanmaktadır.Ayrıca bu yöntemlerin uygulanmasıyla, 'klinik anlamlı' kanserlerin daha sık, 'klinik anlamlı olmayan' kanserlerin daha az sıklıkta tespit edilmesi ikincil bir hedef olarak da belirlenmektedir.Bu bildiride MRG kılavuzluğunda TRUS füzyon prostat biyopsisi sonuçlarımızı sunmaktayız.

MATERYAL & METOD: Klinik olarak prostat kanseri şüphesi bulunan tüm hastalara multiparapetrik prostat MRG'si yapıldıktan sonra, elde edilen görüntüler füzyon sistemine yüklenerek MR-TRUS füzyon biyopsi işlemi uygulandı.Biyopsilerin tümü sedasyon altında gerçekleştirildi.Şüpheli alanlardan alınan biyopsilere ek olarak her hastada sistematik biyopsi şemasına uygun olarak da (12 alan) örnekler alındı.

SONUÇLAR: Çalışmamızda 634 ardışık hastanın MRG ile tespit edilmiş 1.116 şüpheli lezyonuna MRG-TRUS füzyon biyopsi işlemi uygulandı.Ortalama yaş 62,5 (±16,7) ve ortalama PSA düzeyi 7,97 (±0,9) olarak saptandı. Genel kanser tespit oranı %54,4 (345/634)'di. Saptanan kanserlerin %71,5'inde (247/634) Gleason Skoru (GS) ≥ 7olarak bulundu. PIRADS3, PIRADS4 ve PIRADS5 lezyonlar için kanser tespit oranları sırasıyla %10,8, %38,1 ve %77,6'di.Hedeflenmiş lezyonlarında kanser tespit edilmemiş ve sadece sistematik biyopsi ile kanser tespit edilebilmiş 51 hastanın 11'inde Gleason skoru ≥7 olarak saptandı.Standart ve hedeflenmiş biyopsiler ile saptanan kanserlerde Gleason ≥ 7 oranları sırasıyla %63,4 ve %73,7 olarak tespit edildi.Altı hastada (%1) işlem sonrası enfeksiyon gözlendi.

YORUM: Sistematik biyopsiler ile karşılaştırıldığında, hedefe yönelik biyopsi ile daha yüksek oranda klinik anlamlı kanser tespit edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, prostat biyopsisi, füzyon biyopsi

SS-191

Ga 68 PSMA PET BT'nin Prostat Kanseri Tanı ve Evrelemesindeki Rolü

Tünkut Doğanca[1], Ahmet Levent Güner[2], Mustafa Bilal Tuna[3], Ömer Burak Argun[4], İlter Tüfek[4], Mehmet Selçuk Keskin[4], Can Öbek[4], Levent Kabasakal[5], Ali Rıza Kural[4]

[1]Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Nükleer Tıp, İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul
[4]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Üroloji, İstanbul
[5]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmamızda prostat kanserinde postoperatif patoloji sonuçları ile karşılaştırılarak Ga 68 PSMA PET BT yönteminin preoperatif tanı ve evreleme başarası değerlendirilmektedir.

MATERYAL-METOD: Prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmış 32 hastanın PSMA PET sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.Nihai patoloji sonuçları ve PET görüntüleri; prostattaki tutulum, Gleason skoru, metastatik lenf nodu varlığı, patoloji piyesindeki lezyonun hacmi, en yüksek PSMA tutulum alanının hacmi ve tümör tespiti bakımından duyarlılık değerleri incelendi.

SONUÇLAR: Otuziki hastanın 26'sında (%81) PSMA, en yüksek Gleason skorlu lezyonu doğru şekilde gösterebildi.Bu lezyonlar için Gleason skorları sırasıyla 3+4 (13/26 (%50)), 4+3 (9/26 %(35)), 4+4 (1/26(%4)) ve 4+5 (3/26(%11)) şeklindeydi.Tespit edilen lezyonlarda ortalama SUV değeri 15,4±13,1 olarak hesaplandı.Bu değerler, prostat arkaplan değerine göre düzeltildiğinde 4,1±3,9, karaciğer arkaplan değerine göre düzeltildiğinde 1,7±1,8 olarak hesaplandı.Gleason 3+4, 4+3 ve 4+5 skorları için SUV farkları anlamlıydı.Ayrıca 4+3 ve 4+5 lezyonların SUV değerleri 3+4 lezyonlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.001$).Fakat 4+3 ve 4+5 lezyonlar arasında anlamlı fark saptanmadı.PSMA ile tespit edilebilen lezyonların ortalama hacmi 3,8, ± 4,8ml, tespit edilemeyenlerin ortalama hacmi 2,9 ± 1,5ml (6/32) olarak hesaplandı.Aralarında anlamlı fark saptanmadı. Hastaların %25'inde (8/32) lenf nodu metastazı mevcuttu.Patoloji piyeslerinde ortalama boyut 9,1±13mm olarak saptandı.PSMA bu hastaların %50'sinde (4/8) en az bir lenf nodunu doğrulukla tespit edebildi.Tespit edilen ve edilemeyen lenf nodları arasında boyutça anlamlı fark saptandı ($p=0.046$).

YORUM: PSMA PET hastaların çoğunluğunda prostat lezyonlarını doğru şekilde tespit edebilmektedir.Lenf nodu metastaz değerlendirmesinde PSMA PET duyarlılığı %50 olarak saptanmıştır.Tespit edilemeyen lenf nodları daha küçük boyuttadır ve bu durum PET tarayıcısının çözünürlük sınırları ile uyumlu gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, evreleme, Ga 68 PSMA PET BT

SS-192

Zor üreter darlığında koroner arter balon dilatasyon uygulaması

Tzevat Tefik[1], Imran Önür[2], Yasin Yitgin[1], Selçuk Erdem[1], Enes Değirmenci[1], Haluk Ander[1], Faruk Özcan[1], Ismet Nane[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Özel Memorial Bahçelievler Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: İleri derecede dar olan üreter striktür vakalarında mevcut endoürolojik kılavuz tellerle proksimale geçiş zaman zaman başarılı olmamaktadır.İnce ve kısa segment üreter darlıklarında koroner kılavuz tel ile koroner balon dilatasyon etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

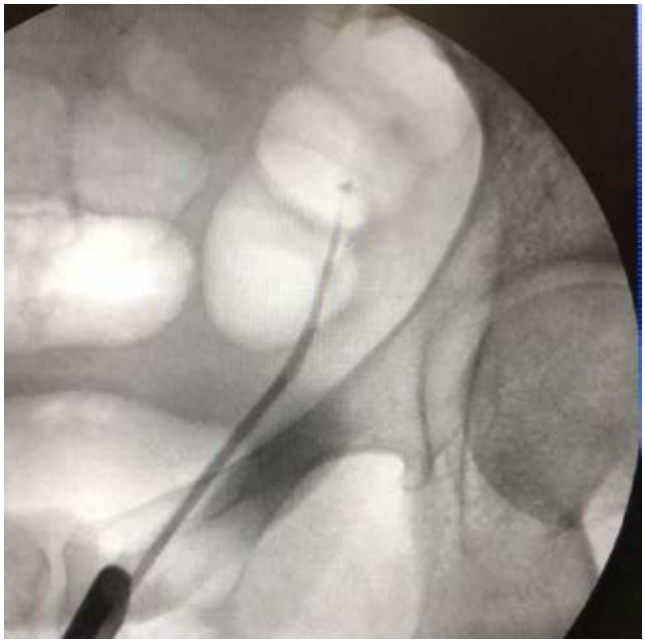
HASTA VE METOT: Uterus miyomu nedeniyle laparoskopik miyomektomi operasyonu sırasında distal üreter yaralanması gelişen 44 yaşında kadın hastaya DJ kateter üzerinden laparoskopik üreteroüreterostomi operasyonu yapılmış,kateter 6 hafta sonra alınmış ve 1 hafta sonra karın ağrısı şikayeti hasta acile başvurmuştur.Darlık seviyesinde ürinom ve sol hidronefroz saptanması üzerine sol nefrostomi kateter yerleştirilmiş ve üreteral balon dilatasyon planlanmıştır.

BULGULAR: Hastaya litotomi pozisyonunda üreteral kateter ile sol ofisten kontrast madde verildi,kontrast maddenin ilyak çapraz seviyesinden proksimal üretere geçmediği görüldü(Figür1). Nefrostomi kateterinden verilen kontrast maddenin de distale ilerlemediği anlaşıldı.Üreter 0.035inch kılavuz tel ilerletildi ancak darlık seviyesinde takıldı. Daha sonra koroner 0.014mm hidrofilik tel ilerletildi. Telin pelvis renalise gittiği görülerek üreter lümeninde olduğu konfirme edildikten sonra koroner balon bu tel üzerinden gönderilip dilatasyon yapıldı(Figür2a,b). Sonra nefrostomiden verilen opağın mesaneye ulaştığı görülmesi üzerine aynı tel üzerinden 15F,10cm uzunluğunda üreteral balon gönderildi ve aynı seviyeye 18atm basınç ile 1dk dilatasyon uygulandı. Ardından 6F DJ kateter yerleştirildi. Hastanın nefrostomi kateteri 1 gün sonra kapatıldı ve 3 gün sonra alındı. Sekiz hafta sonra DJ alınması ve asendan üreterografi planlandı.

SONUÇ: Zor olan kısa segment üreter darlıklarında kontrast maddenin geçmemesi tedavi seçeceği olarak genelde rekonstrüktif ürolojik yaklaşımı gerektirir. Bu vakalarda, ürolojik kılavuz tellerden daha ince olan koroner kılavuz tel kullanılması endoürolojik tedavi seçeneklerini arttıracak gibi görülmektedir.Ancak sağlıklı yorum yapılabilmesi için bu uygulamanın daha fazla hastada kullanılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: üreter darlığı, balon dilatasyon, kılavuz tel

Figür1



Kontrast maddenin ilyak çapraz seviyesinden proksimal üretere geçmediği, aynı zamanda darlık seviyesinde minimal ekstravazasyon olduğu görülmekte

Figür2a



Üreter darlık seviyesine koroner balon uygulaması (Kum saati görünümü)

Figür2b



Üreter darlığına koroner balon uygulanması (Balonun 18atm ile şişirilmiş hali)

SS-193

Üriner Diversiyon Sonrası Üreteroileal Anastomoz Seviyesindeki Taşlara Tedavi Yaklaşımı

Tzevat Tefik, Enes Değirmenci, Selçuk Erdem, Taner Koçak, Faruk Özcan

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Üreteroileal anastomoz mesane tümörü hastalarında üriner diversiyon olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu işlem sonrası darlıklar ve darlık proksimalinde oluşan taşlara müdahale etmek oldukça zordur. Bu bildiride üreteroileal anastomoz seviyesinde oluşan taşlara endoürolojik tedavi yaklaşımı verilmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE METOT: Mesane tümörü tanısı almış ve radikal sistektomi ile üriner diversiyon yapılan iki hastada üreteroileal anastomoz seviyesinde taş saptanmıştır. Her iki hastanın da üreter taşları sol tarafta görülmüş ve hidroüreteronefroz olması nedeniyle sol nefrostomi yerleştirilmiştir. İlk hastada taş boyutu 10.4mm (Resim 1), ikinci hastada ise 20mm (Resim 2) ölçülmüştür. Her iki hastaya da, nefrostomi traktından girilerek antegrad erişim kılıfı yerleştirilmiş, bükülebilir üreteroskopi yapılarak taş görüldükten sonra Ho-YAG lazer (0.6 J, 10 Hz) kullanılarak fragmente edilmiştir (Resim 3). Taş fragmanları ise basket kateter ile toplanmıştır.

BULGULAR: İlk hastada üreter tamamen taşsız hale getirildikten sonra 0.035 inch hidrofilik kılavuz tel ilerletilmiş ancak distale geçmediği görülmüştür. Bu durumda kontrast madde verilmiş, kontrast maddenin de üreteroileal darlık seviyesini geçmediği saptanmış (Resim 4) ve hastaya açık üreteroileal rekonstrüksiyon yapılması kararı verilmiştir. İkinci hastada ise üreter taşsız hale getirildikten sonra kılavuz tel anastomoz seviyesinden geçmiş ve anastomoz seviyesine üreteral balon dilatayon uygulanmış ve DJ kateter yerleştirilmiştir.

SONUÇ: Üreteroileal anastomoz seviyesindeki darlık proksimalindeki taşlar antegrad girilerek bükülebilir üreteroskop yarıdımı ile endoürolojik olarak tedavi edilebilir. Ancak anastomoz darlığının endokopik tedavisi, distale kılavuz tel geçtikten sonra balon ile gerçekleştirilebilir. Dilatasyonun mümkün olmadığı durumlarda açık rekonstrüksiyon kaçınılmazdır.

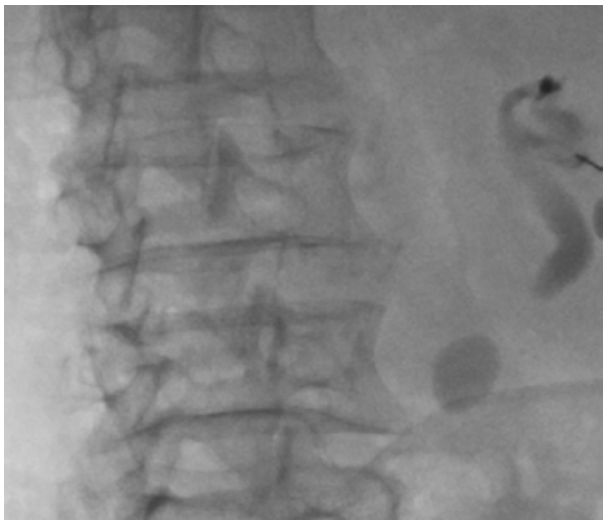
Anahtar Kelimeler: üriner diversiyon, üreteroileal anastomoz darlığı, üreter taşı

Resim 1



İlk hastada sol üreter taşının bilgisayarlı tomografide aksiyel kesitlerdeki görüntüsü

Resim 2



İkinci hastada sol üreter taşının nefrostomi yerleştirilmesi sırasındaki konvansiyonel grafi görüntüsü

Resim 3



Erişim kılıfı yerleştirilmiş ve bükülebilir üreteroskop ile taşa müdahale sırasında konvansiyonel grafik görüntüsü

Resim 4



Taş temizliği sonrası çekilen nefrostografide darlığa bağlı komplet üreteral obstrüksiyon

SS-194

İkili Antitrombotik Tedavi Altında Staghorn Kalkule 2 Seans Multitrakt Mini PNL

Tzevat Tefik, Selçuk Erdem, Serdar Turan, Tayfun Oktar, Öner Şanlı, Faruk Özcan, Taner Koçak, İsmet Nane

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

GİRİŞ&AMAÇ: Son yıllarda antitrombotik ve antikoagülan tedavi alan hasta sayısında artış görülmektedir. Operasyona gerek duyulan bu hastalar için de girişimler antitrombotik/antikoagulan tedavi altında gerçekleştirilebilmektedir. Kanama riski yüksek olan operasyonlar için ise tedavinin bırakılıp bırakılmayacağı cerrah/kardiyog/anestezi uzmanı tarafından değerlendirilerek karar verilmektedir. Bu bildiride ikili antitrombotik tedavi alan hastada mini perkütan nefrolitotripsi operasyonu bildirmektir.

HASTA&METOD: Koroner anjioplasti ve ilaçlı stent yerleştirilen 52 yaşında erkek hasta semptomatik üriner sistem infeksiyonu ile başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde sol böbrekte 4.5cm staghorn kalkül saptanmış(-Resim1).Klopidogrel 75mg&asetilsalisilik-asit 100mg kullanan hastada operasyon öncesi antitrombotik tedavi kesilmesi için kardiyoloji ile konsulte edildi.Anjioplasti/stent işleminden 6 ay geçmemesi nedeniyle ikili tedaviye işlem sırasında da devam edilmesi önerildi.Antibiyoterapiye rağmen üriner infeksiyonunun sebat etmesi nedeniyle ikili antitrombotik tedavi altında işleme karar verildi.Hastanın VKİ'si 44.1 idi.

BULGULAR: Perkütan giriş prone pozisyonda gerçekleştirildi.Alt pole giriş yapılan Chiba iğnesi üzerinden kılavuz tel ilerletildi ve "single- shot" 15.5-16.5F metal dilatatör ile fasya ve renal parankim dilate edildi.Ardından pelvise ikinci güvenlik teli ilerletildi ve dilatatör üzerinden metal kılıf yerleştirildi(Resim2).Kılıf obturatoru dışarı alınarak nefroskop ile pelvikaliseal sisteme girildi. Ho-YAG lazer 1.5J,12Hz kullanılarak fragmentasyon sağlandı. Anestezi saturasyon sorunu yaşanması üzerine hastanın operasyon 90dk içinde sonlandırılmak zorunda kalındı ve re-entry nefrostomi kateteri yerleştirildi(Resim2). Tahmini kan kaybı 150cc hesaplandı.İki hafta sonra supine pozisyonda miniPNL işlemine başlandı ve 15.5-16.5F yanında 16.5-17.5F dilatatör kullanılarak ikinci trakt açıldı(Resim3). Operasyon süresi 180dk, tahmini kan kaybı250cc hesaplandı.Postoperati dönemde transfüzyona ihtiyaç duyulmadı ve anlamlı hemoglobin düşüşü olmadı. Kontrol DÜSG'de alt polde rest kalkül görüldü(Resim4).

SONUÇ: İkili antitrombotik tedavi kullanan hastalarda miniPNL bu vakada komplikasyonsuz uygulanabilmiştir. Doğru yorum yapılabilmesi için daha fazla seriye ihtiyaç vardır.

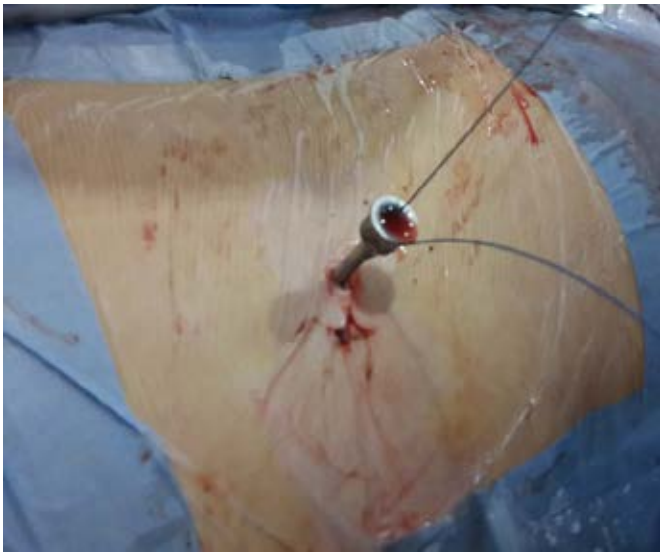
Anahtar Kelimeler: antitrombotik tedavi, mini PNL, staghorn böbrek taşı

Resim 1



Direkt Üriner Sistem Grafisi

Resim 2



Prone pozisyonda 15.5-16.5F metal amplatz

SS-195

İkili Antitrombotik Tedavi Altında Staghorn Kalkule 2 Seans Multitrakt Mini PNL

Tzevat Tefik, Selçuk Erdem, Serdar Turan, Tayfun Oktar, Öner Şanlı, Faruk Özcan, Taner Koçak, İsmet Nane

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

GİRİŞ&AMAÇ: Son yıllarda antitrombotik ve antikoagülan tedavi alan hasta sayısında artış görülmektedir. Operasyona gerek duyulan bu hastalar için de girişimler antitrombotik/antikoagulan tedavi altında gerçekleştirilebilmektedir. Kanama riski yüksek olan operasyonlar için ise tedavinin bırakılıp bırakılmayacağı cerrah/kardiyog/anestezi uzmanı tarafından değerlendirilerek karar verilmektedir. Bu bildiride ikili antitrombotik tedavi alan hastada mini perkütan nefrolitotripsi operasyonu bildirmektir.

HASTA&METOD: Koroner anjioplasti ve ilaçlı stent yerleştirilen 52 yaşında erkek hasta semptomatik üriner sistem infeksiyonu ile başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde sol böbrekte 4.5cm staghorn kalkül saptanmış(-Resim1).Klopidogrel 75mg&asetilsalisilik-asit 100mg kullanan hastada operasyon öncesi antitrombotik tedavi kesilmesi için kardiyoloji ile konsulte edildi.Anjioplasti/stent işleminden 6 ay geçmemesi nedeniyle ikili tedaviye işlem sırasında da devam edilmesi önerildi.Antibiyoterapiye rağmen üriner infeksiyonunun sebat etmesi nedeniyle ikili antitrombotik tedavi altında işleme karar verildi.Hastanın VKİ'si 44.1 idi.

BULGULAR: Perkütan giriş prone pozisyonda gerçekleştirildi.Alt pole giriş yapılan Chiba iğnesi üzerinden kılavuz tel ilerletildi ve "single- shot" 15.5-16.5F metal dilatatör ile fasya ve renal parankim dilate edildi.Ardından pelvise ikinci güvenlik teli ilerletildi ve dilatatör üzerinden metal kılıf yerleştirildi(Resim2).Kılıf obturatoru dışarı alınarak nefroskop ile pelvikaliseal sisteme girildi. Ho-YAG lazer 1.5J,12Hz kullanılarak fragmentasyon sağlandı. Anestezi saturasyon sorunu yaşanması üzerine hastanın operasyon 90dk içinde sonlandırılmak zorunda kalındı ve re-entry nefrostomi kateteri yerleştirildi(Resim3). Tahmini kan kaybı 150cc hesaplandı.İki hafta sonra supine pozisyonda miniPNL işlemine başlandı ve 15.5-16.5F yanında 16.5-17.5F dilatatör kullanılarak ikinci trakt açıldı(Resim4). Operasyon süresi 180dk, tahmini kan kaybı250cc hesaplandı.Postoperati dönemde transfüzyona ihtiyaç duyulmadı ve anlamlı hemoglobin düşüşü olmadı. Kontrol DÜSG'de alt polde rest kalkül görüldü(Resim5).

SONUÇ: İkili antitrombotik tedavi kullanan hastalarda miniPNL bu vakada komplikasyonsuz uygulanabilmiştir. Doğru yorum yapılabilmesi için daha fazla seriye ihtiyaç vardır.

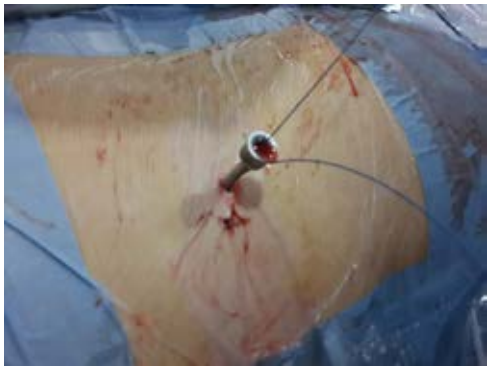
Anahtar Kelimeler: antitrombotik tedavi, mini PNL, staghorn böbrek taşı

Resim 1



Direkt Üriner Sistem Grafisi

Resim 2



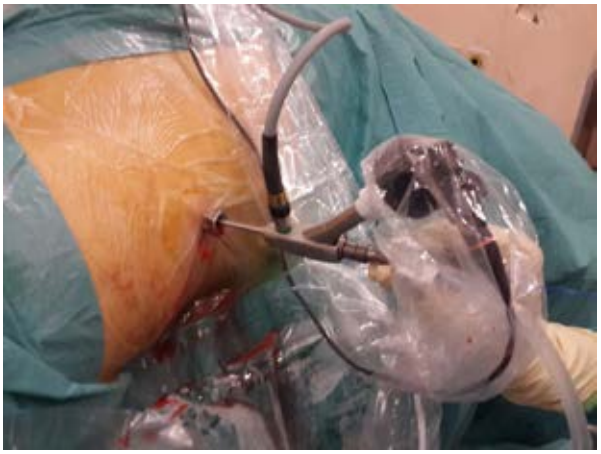
Prone pozisyonda 15.5-16.5F metal amplatz

Resim 3



İlk seans sonrası yerleştirilen re-entry nefrostomi kateterin DÜSG'de görüntüsü

Resim 4



İkinci seansta supine pozisyonda 15.5-16.5F metal amplazt içinde nefroskop görüntüsü

Resim 5



İkinci miniPNL işlemi sonrası DÜSG'de iki nefrostomi ve alt polde rest kalkül izlenmekte

SS-196

Mini Perkütan Nefrolitotripside "Cross-Table Bullseye" Giriş Tekniğinin Değerlendirilmesi

Tzevat Tefik, Samed Verep, Selçuk Erdem, Tayfun Oktar, Öner Şanlı, Faruk Özcan, İsmet Nane

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Öküzgözü tekniği prone perkütan nefrolitotripsi girişinde sık kullanılan bir yöntemdir. Supine pozisyon için özel olarak oluşturulan "Cross-table Bullseye" tekniği ile giriş başarısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER: Teknik 3 adımdan oluşmaktadır: 10 derece supine pozisyonda olan hastaya önce retrograd piyelografi çekilmekte ve 10 derece AP görüntü alınarak toplayıcı sistem görüntülenmektedir. Sonra C-kolu 90 derece döndürülmekte (Resim 1), antero-posterior planda kaliksler görüntülenmektedir (Resim 2) ve giriş noktası belirlenmektedir (Resim 3). Sonra tekrar C-kolu 10 derece AP görüntüye geçilmekte (Resim 4) ve giriş iğnesi yere paralel olarak yalnızca kranial ve kaudal planda hareket ederek giriş sağlanmaktadır (Resim 5). Bu teknikle 5 hastada giriş başarısı değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Toplam 5 hastadan ilk hastada 4. denemede giriş başarılı olmuş, ikinci hastada 8. denemede giriş başarılı olurken üçüncü hastada 20. denemede başarıya ulaşılmıştır. Dördüncü hastada 3. denemede başarı sağlanırken, beşinci hastada 2. denemede başarılı kaliseal giriş yapılmıştır.

SONUÇLAR: Tecrübe ile "Cross-table Bullseye" tekniği ile başarılı giriş deneme sayısı azalmıştır. Prone pozisyonda bilinen öküzgözü yönteminin supine pozisyona uyarlaması ile perkütan girişin mümkün olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Cross-table Bullseye, mini perkütan nefrolitotripsi, supine pozisyon

Resim 1



C- kolu 90 derece döndürülmektedir

Resim 2



Supin pozisyonda 90 derece ile asendan piyelografi

Resim 3



C-kolu 90 derecede giriş alanının belirlenmesi

Resim 4



C-kolu 10 derece AP görüntüde

Resim 5



Yere paralel olarak giriş iğnesinin ilerletilmesi

SS-197

Comparison of Supine and Prone Miniaturized Percutaneous Nephrolithotomy in the Treatment of Kidney Stones: A Matched Pair Analysis

Harun Ozdemir, Akif Erbin, Murat Sahan, Metin Savun, Ufuk Çaglar, Alkan Çubuk, Ozgur Yazici, Mehmet Fatih Akbulut, Omer Sarilar

Haseki Training and Research Hospital, Department of Urology, Istanbul, Turkey

PURPOSE: We aimed to compare the outcomes of supine and prone miniaturized percutaneous nephrolithotomy (m-PNL) using 1:2 match pair analysis.

MATERIALS-METHODS: 54 patients who performed supine m-PNL between January 2017 and March 2018 and 498 patients who performed prone m-PNL between April 2015 and January 2018 were included in the study. Of the 498 patients, 108 matching 1;2 in terms of age, gender, body mass index, American Association of Anesthesiology score, stone size, stone localization and hydronephrosis according to the supine m-PNL group were selected as prone m-PNL group. Both groups were compared in terms of demographic data, stone characteristics, operative and postoperative data.

RESULTS: The mean age was 43.4±11.9 years in supine m-PNL group and 44.0±13.4 years in prone m-PNL group. The operation time and fluoroscopy time in supine m-PNL was significantly shorter than prone m-PNL group (58.1±45.9 vs 80.1±40.0 min and 3.0 ± 1.7 min vs 4.9 ± 4.5 min, p:0.025 and p:0.01, respectively). When post-operative complications were compared according to the modified Clavien-Dindo classification, overall and subgroup complication rates were comparable between groups. The hospitalizasyon time were similar and there was no significant difference between the groups in terms of the success rates (supine m-PNL; 72.2%, prone m-PNL; 71.3%, p:0.902).

CONCLUSIONS: Both supine and prone m-PNL techniques are safe and effective procedures. However, supine PNL is more advantageous in terms of operation time and fluoroscopy time.

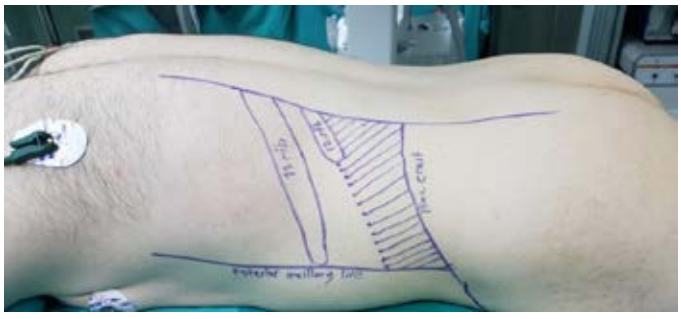
Keywords: miniaturized, percutaneous nephrolithotomy, prone, supine

Figure-1



Galdakao-Modified Valdivia position in supine m-PNL. The shaded area between lower rib, posterior axillary line and iliac crest shows the subcostal access location.

Figure-2



Prone position. The shaded area between lower rib, posterior axillary line and iliac crest shows the subcostal access location in prone m-PNL.

Table-1: Demographic data and stone characteristics

	Supine m-PNL (n=54)	Supine m-PNL (n=54)	p
Sex (female/male) *	15/39	38/70	0.343
Age (years)*	43.4±11.9	44.0±13.4	0.813
BMI (kg/m2)*	27.3±3.9	26.9±4.1	0.609
ASA score*	1.2±0.5	1.1±0.4	0.645
Previous ESWL / surgery eswl urs pnl open surgery	 9 (16.7%) 2 (3.7%) 6 (11.1%) 3 (5.6%)	 27 (25.0%) 6 (5.6%) 16 (14.8%) 6 (5.6%)	0.553
Stone opacity (opaque / non-opaque)	50/4	94/14	0.289
Stone localization* lower calyx middle calyx upper calyx pelvis multiple calyx	 8 (14.8%) 0 2 (3.7%) 23 (42.6%) 21 (38.9%)	 19 (17.6%) 0 4 (3.7%) 51 (47.2%) 34 (31.5%)	0.821
Stone size (mm)*	25.8±7.9	24.8±5.6	0.886
Hydronephrosis (mild/severe)*	43/11	85/23	0.891

** Matching parameters (1:2 scenario)*

Table-2: Operative data

	Supine m-PNL (n=54)	Prone m-PNL (n=108)	p
Operation side (right / left)	27/27	51/57	0.739
Operation time (min)	58.1+45.9	80.1+40.0	0.025
Fluoroscopy time (min)	3.0±1.7	4.9±4.5	0.013
Amplatz sheath size 15 Fr 16,5 Fr 21 Fr	 19 (35.2%) 20 (37.0%) 15 (27.8%)	 21 (19.4%) 55 (50.9%) 32 (29.6%)	0.076
Access lower pole middle pole multiple access	 48 (88.9%) 6 (11.1%) 0	 85 (78.7%) 13 (12.0%) 10 (9.3%)	0.065
Tubuless procedure	20 (37.0%)	19 (17.6%)	0.006
Intraoperative complication Stava grade 1a Satava grade 2a	 2 (3.7%) 1 (1.9%)	 4 (3.7%) 5 (4.6%)	0.677

Table-3: Postoperative complications and outcomes

	Supine m-PNL (n=54)	Prone m-PNL (n=108)	p
Clavien - Dindo classification			
-- grade 0	38 (70.4%)	76 (70.4%)	
-- grade 1	5 (9.3%)	17 (15.7%)	
-- grade 2	1 (1.9%)	5 (4.6%)	0.452
-- grade 3a	2 (3.7%)	3 (2.8%)	
-- grade 3b	5 (9.3%)	4 (3.7%)	
-- grade 4	3 (5.6%)	3 (2.8%)	
Double-J stent placement	1 (1.9%)	4 (3.7%)	0.521
Fever	3 (5.6%)	7 (6.5%)	0.817
Hematocrit drop (gr/dL)	3.9±3.3	3.2±3.0	0.376
Transfusion	4 (7.4%)	6 (5.6%)	0.644
Angioembolization	2 (3.7%)	1 (0.9%)	0.216
Urosepsis	1 (1.9%)	2 (1.8%)	0.214
Hospitalization time (hour)	56.3±62.5	66.0±37.2	0.401
Overall success	39 (72.2%)	77 (71.3%)	0.902
success in isolated calyx stones	22 (66.7%)	53 (71.6%)	0.605
success in multiple calyx stones	17 (81.0%)	24 (70.6%)	0.391

SS-198

Comparison of 11/13F and 12/14F Ureteral Access Sheath During Flexible Ureteroscopy

Faruk Özgör, Ufuk Çağlar, Fatih Yanaral, Ali Ayrancı, Nazım Furkan Günay, Çağlar Dizdaroğlu, Mehmet Fatih Akbulut, Ömer Sarılar

Haseki Training and Research Hospital, Department of Urology, Istanbul, Turkey

PURPOSE: To compare the 11-13 F and 12-14 F ureteral access sheath (UAS) during flexible ureterorenoscopy (f-URS), in terms of perioperative parameter, stone free rate and complications.

METHODS: Preoperative and postoperative data of 164 patients who underwent f-URS between january 2016 and january 2018, were retrospectively analyzed. Patients were divided into 2 groups according to the used size of the UAS: 11/13 F UAS (group 1) and 12/14 F (group 2). Preoperative characteristics, operation time, hospitalization time, per-operative and post-operative complications and stone free status were compared.

RESULTS: In total, 164 patients who underwent f-URS were enrolled into the study (86 (52%) patients in group 1 and 78 (48%) patients in group 2). There was no statistically significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics including gender, age, body mass index (p=0.964, p=0.518, p=0.317 respectively). Characteristics of stones were similar (p=0.456 and p=0.994). The patients in group 2 had significantly shorter operation time (46.5min vs 53.7min; P = 0.031). Otherside, scopy time (2.4 min vs 2.1 min, p= 0.031) and hospitalization time (20.7 hours vs 26.1hours p = 0.097) were similar. No significant difference was found between the groups in terms of peroperative (p=0.363) and postoperative complications (p=0.362). The stone-free rate was achieved in 68 patients in group 1 (79.1%) and in 65 patients in group 2 (83.3%) (p=0.489).

CONCLUSIONS: The use of a 12/14 F UAS provides for similar stone-free rate and reduced operative time without increasing complications when compared to the 11/13 F UAS.

Keywords: Flexible ureteroscopic lithotripsy, Nephrolithiasis, Surgical instruments, Ureteral access sheath

Table 1: Comparison of preoperative demographics of patients

	Groups		
	11-13	**12-14**	***p value***
Number	86	78	
Gender (Male/Female)	40/46	36/42	*0.964*
Age (years)*	46.5±15.5	47.9±14.2	*0.518*
BMI (kg/m²)*	27.1±5.4	31.0±6.0	*0.317*
The ASA Score*	1.4±0.6	1.4±0.6	*0.781*
Hydronephroz Grade (mild/severe)	56/30	60/18	*0.688*
Stone size (mm)*	162.6±53.3	169.0±55.6	*0.456*
Stone Location			*0.994*
-Upper Pole	9	9	
-Middle Pole	9	11	
-Lower Pole	42	30	
-Pelvise	26	28	
Operation side (R/L)	42/33	36/39	*0.544*
Stone opacity (opaque/nonopaque)	81/5	73/5	*0.874*
Pre op Cre	1.0±0.3	0.9±0.3	*0.116*

*: Mean
ASA score : American Society of Anaesthesiologists Score

Table 2: Comparison of perioperative and postoperative parameters and outcomes

	Groups		
	11-13 f	**12-14 f**	***p value***
Number	86	78	
Access Sheat Failer	7	8	
Operation time (minutes)*	53.7±24.3	46.5±18.5	*0.031*
Scopy time (minutes)*	2.4±1.5	2.1±2.0	*0.301*
Hospitalization time (hours)*	20.7 ±16.5	26.1±24.4	*0.097*
Per op jj stent	83 (96.5%)	76 (97.4%)	*0.733*
Per-op complications			*0.363*
-Hemorrhage	2 (2.3%)	1 (1.3%)	
-Termal injury	1 (1.2%)	0	
Stone free status	68 (79.1%)	65 (83.3%)	*0.489*
Post-op complications			*0.362*
-Grade 1	10 (11.6%)	9 (11.5%)	
-Grade 2	3 (3.5%)	5 (6.4%)	
-Grade 3a	0	0	
-Grade 3b	0	0	

* : Mean

SS-199

Pediatrik Vücut Dışı Şok Dalga Taş Kırma Tedavisinin Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Metin Savun, Fatih Yanaral, Ufuk Çağlar, Mehmet Fatih Akbulut, Ömer Sarılar, Faruk Özgör

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Üriner sistem taş hastalığına bağlı olarak pediatrik vücut dışı şok dalga taş kırma tedavisi (SWL) uygulanan hastalarda bu prosedürün yaşam kalitesi üzerine olan etkisini (bedensel, duygusal, toplumsal, okuldaki işlevselliğini) araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Mart 2018 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında üriner sistem taş hastalığı nedeniyle SWL uygulanan 36 çocuk hasta çalışmaya alındı. SWL prosedürü, deneyimli tek ürolog tarafından elektromagnetik jeneratörlü Dornier Compact Sigma model cihaz (Dornier MedTech, Wessling, Germany) kullanılarak uygulandı. Tüm hastalara; işlem öncesi, işlem sonrası 3. gün ve 2. haftada ebeveynleri aracılığıyla yaşlarına uygun ''Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'' doldurduldu.

BULGULAR: 15'i kız 21'i erkek toplam 36 çocuk hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 70.1 ay, taş boyutu ortalaması 10.2 mm idi. İlk SWL seansı sonrası taşsızlık oranı %63.9 (23 hasta) idi (Tablo 1). Post op 3. gün yaşam kalitesi ölçeği değerlerinin SWL öncesine göre anlamlı olarak düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Post op 2. hafta; SWL öncesine göre toplam ve tüm alt yaşam kalitesi ölçeği değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 2).

SONUÇ: Pediatrik SWL ilk birkaç gün içerisinde muhtemelen düşürülen taş fragmanları nedeniyle yaşam kalitesini kötü etkilerken; SWL sonrası 2. haftada çocuğun yaşam kalitesini iyi yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesini iyi yönde etkileyen parametreler; 2-7 yaş, alt kaliks taşı, 1cm'den küçük taş boyutu ve işlem sonrası taşsızlığın sağlanmasıdır. Bununla birlikte yaşam kalitesini kötü etkileyen tek etken taş boyutudur.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Çocuk, Pediatrik, SWL, Vücut dışı şok dalga taş kırma tedavisi, Yaşam kalitesi

Tablo-1: Demografik Veriler

Hasta Sayısı	36
Cinsiyet	
Kız	15 (%41.7)
Erkek	21 (%58.3)
Yaş (ay)*	70.1±48.1
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)	18.1±4.1
Taraf	
Sağ	20 (%55.6)
Sol	16 (%44.4)
Taş Lokalizasyonu	
Üst Kaliks	3 (%8.3)
Orta Kaliks	8 (%22.2)
Alt Kaliks	11 (%30.6)
Pelvis	9 (%25.0)
Proksimal Üreter	5 (%13.9)
Taş Boyutu (mm)	10.2±3.9
Tassızlık	23 (%63.9)

Tablo-2: SWL öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği değerleri

Tablo 2: SWL öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği değerleri

	Öncesi	**Post op 3.gün**	**p**	**Post op 2.hafta**	***p***
Bedensel	85.5±15.1	80.3±15.8	0.001	92.0±10.4	*0.003*
Duygusal	84.4±21.0	83.6±21.1	1.000	92.0±13.0	*0.007*
Toplumsal	92.8±14.7	93.1±14.7	0.317	97.3±8.2	*0.012*
Bilişsel/Okul	84.3±15.2	84.1±15.8	0.833	89.4±13.8	*0.015*
Psikososyal	87.3±14.2	87.0±14.2	0.674	93.0±9.4	*0.001*
Toplam	85.2±13.7	83.9±13.5	0.031	91.9±9.7	*0.001*

SS-200

Üreteroüreterostomili Renal Transplantlardaki Üreter Taşlarının Tedavisinde Fleksibl Üreteroskopi ve Lazer Litotripsi

Volkan Ülker, Orçun Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

AMAÇ: Renal transplantasyon sonrası üriner sistem taşı oluşumu oldukça nadirdir ve insidansı % 0.17-1.8 arasında bildirilmiştir. Renal allograftlardaki taşların %33'ü üreterde görülmektedir. Hastanın nativ üreterinin kullanıldığı, üreteroüreterostomi şeklinde anastomoz yapılmış vakalarda üreteroskopi üreterin aşırı elonge olmasından dolayı özellik taşımaktadır. Çalışmada renal allograftta üreter taşı olan üç vakanın fleksible üreteroskopi (f-URS) ve holmiyum:YAG lazer litotripsi ile tedavi sonuçlarını sunmaktayız.

HASTALAR VE METOD: 2016-2018 yılları arasında merkezimizde üreter taşı nedeniyle f-URS ile taş tedavisi yapılan ve üreteroüreterostomik anastomozu bulunan renal allograft vakaları taşın boyutu, taş dansitesi, taş lokalizasyonu, operasyon süresi, postoperatif kalış süresi, komplikasyon ve taşsızlık oranı açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 47.6 yıl, renal transplantasyon sonrası geçen süre ortalama 5.2 yıl idi. Ortalama taş boyunu 8.8 mm, ortalama taş dansitesi 700 Hounsfield ünitesi olarak saptandı. Hastalarda taş lokalizasyonu iki hastada orta üreter, bir hastada ise proksimal üreter idi. Bir hastada preoperatif olarak perkutan nefrostomi takılmıştı. Hastaların ikisinde kılavuz tel üzerinden retrograd olarak f-URS ile taşa ulaşılıp holmiyum lazer litotripsi uygulanırken, bir hastada retrograd olarak taşa ulaşılamadı ve antegrad akses ile f-URS uygulanarak taş lazer ile kırıldı. Hiçbir hastada komplikasyon görülmedi. Ortalama operasyon süresi 66.6 dakika olarak bulundu. Operasyon sonrası ortalama 1.6 gün yatan hastaların postoperatif 1.aydaki BT tetkiklerinde taşsızlık oranı %100 olarak saptandı.

SONUÇ: Üreteroüreterostomi şeklinde üreteral anastomoz yapılmış renal allograftlardaki üreter taşlarının tedavisinde f-URS ve holmiyum lazer litotripsi etkili bir yöntemdir. Retrograd olarak taşa ulaşılamadığında perkütan akses ile toplayıcı sisteme girilerek antegrad fleksibl üreteroskopi ile taşın kırılması tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: holmiyum lazer, renal transplant, üreter taşı, üreteroskopi

SS-201

Böbrek Alt Pol Taşlarında RIRS'da Taş Boyutunun Başarı Oranına Etkisi

Yavuz Bastug, Serdar Aykan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Böbrek alt pol taşlarında retrograt intrarenal cerrahi (RIRS) önemli bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmamızda RIRS uyguladığımız alt kaliks taşlarında taş boyutunun başarı oranına etkisi değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Kliniğimizde 2017- 2018 yıllarında RIRS uygulanan 178 hastadan sadece tek alt kaliks taşı olan 42 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. RIRS sırasında 7.5F Flexibl üreterorenoskop ve Holmium laserle taşlar kırıldı. Büyük parçalar yabancı cisim forsepsi/ basket kataterle dışarıya alındı. İşlem sonrası 9 hastaya üretere 26 cm 4.8F doubleJ katater bırakıldı. Bu katater 3-4 hafta sonra çekildi. Değerlendirmede taş boyutu ve postoperatif taşsızlık durumları bakıldı. İşlemden 4-5 hafta sonra hastaların Kontrastsız BT incelemesiyle taşsızlık durumu değerlendirildi. Taş fragmanı kalmaması başarı kabul edildi.

BULGULAR: Sadece alt kaliks taşı nedeniyle RIRS uygulanan hastaların ortalama yaşı 51.5 yıl (18-79 arası). Bu hastaların RIRS hastalarına oranı %23.6. Taşların ortalama büyüklüğü 12.4 mm (6-25 mm arası). 9 hastanın taşının büyüklüğü 10 mm'nin altındaydı (%21.4), diğer 33 hastanın taş boyutu 10 mm ve üzerindeydi (%78.6). Bu 33 hastanın 4 tanesinin taş boyutu 20 mm ve üzerindeydi. İşlem sonrası komplikasyon olarak 4 hastada enfeksiyon gelişti. İşlem sonrası taşsızlık oranı %69 idi. 10 mm altındaki taşlarda başarı oranı %77.7, 10 mm üzerindeki taşlarda başarı oranı %66.6 bulundu ($p>0.05$). 20 mm üzeri taşı olan 4 hastanın sadece 1'inde taşsızlık sağlandı (%25) ($p<0.05$).

SONUÇ: Alt kaliks taşlarında RIRS kararı verilirken diğer faktörlerin yanında taş boyutu da işlem sonrası taşsızlık oranını doğrudan etkilemektedir. Özellikle 20 mm üzerindeki alt kaliks taşlarında RIRS kararı verirken rezidü fragmanların kalabilme oranının yüksek olduğunun akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek alt pol taşı, RIRS, Taş boyutu

SS-202

Laparoskopik üreterolitotomi: Bursa Uludağ Üniversitesi deneyimi

Yavuz Mert Aydın, Mehmet Çağatay Çiçek, Melih Yetemen, Burhan Coşkun, Hakan Kılıçarslan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilimdalı, Bursa

AMAÇ: Kliniğimizde uygulanan laparoskopik üreterolitotomi (LÜ) deneyimlerimizin sunulması

GEREÇ-YÖNTEM: Ekim 2008-Ocak 2019 tarihleri arasında LÜ, uygulanan 34 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 20'si erkek, 14'ü kadındı. Hastaların ortalama yaşı ise 49,1 (6–75) iken taşların ortalama boyutu 21,96 (10-30) mm idi. Altı hastanın daha önce ürolitiyazis nedeniyle operasyon öyküsü mevcut idi. (bir hasta açık nefrolitotomi, bir hasta perkütan nefrolitotomi, bir hasta ureterorenoskopii bir hastada üreterolitotomi, iki hastada da aynı tarafa DJ stent takılması) Bir hastanın ise preop ESWL öyküsü mevcut idi. Ortalama ameliyat süresi 144,8 (45–330) dakika olup laparoskopik üreterolitotomiye ek olarak 7 hastaya aynı seansta fleksibl URS ile çalışma portundan girilip ekstra taşlara müdahale edilmiştir. Bir hastada perop (taşın böbreğe push back olması) ve yine bir hastada da postop komplikasyon (idrar ekstralümunasyonu) gelişti. İdrar ekstralümünasyonu olan hasta peruktan nefrostomi takılarak tedavi edildi. Hiçbir hastada rezidü kalmadığı görüldü.

SONUÇ: LÜ 2 cm ve üstü mukozaya impakte olan üreter taşlarının tedavisinde güvenle uygulanabilecek minimal invazif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, üreterolitotomi, ürolitiyazis

SS-203

Böbrek ve Üst Üreter Taşlarında Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi (ESWL) Sonrası Hastaların Tekrar Başvuru Nedenleri Ve Sonuçları

Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Soytaş, Yusuf Arıkan, Fevzi Arda Atar, Abdulmuttalip Şimşek, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) sonrası çeşitli durumlarda ek girişimler tercih edilmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde ESWL yapılan ve erken dönemde tekrar başvuran hastaların ek tedavi girişimlerini ve başarı sonuçlarını sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Ocak 2018–Aralık 2018 tarihleri arasında böbrek ve üst üreter taşı nedeniyle kliniğimizde elektromagnetik litotriptör(PiezoLith 3000) ile ESWL uygulanan 174 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar taş dansitelerine göre iki gruba ayrıldı; Grup 1 <1000 HU(n:74), Grup 2 >1000(n:100). Hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), tekrar başvuru sebepleri, taşların özellikleri, lokalizasyonları, komplikasyon oranları, ek tedavi gereksinimleri ve başarı oranları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların demografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların ortalama taş boyutu grup 1'de 8,5±2,5 mm, grup 2`de 10,3±3,2 mm olarak değerlendirildi (p=0,005). ESWL sonrası komplikasyon tüm hastaların 70(%40,2)'de gözlendi. Her iki grup komplikasyon oranları açısından benzerdi (%29,7 vs %48, p=0,086). Komplikasyonlar açısından en sık renal kolik ve enfeksiyon gözlendi. En sık Clavien grade I komplikasyon görülürken, grade IV ve V komplikasyon gözlenmedi. Komplikasyon çeşitleri ve gradeleri açısından her iki grup benzerdi (p=0,490, p=0,088). ESWL başarısı grup 1'de grup 2'e göre daha yüksekti (%67,5 vs 28, p<0,001). Grup 1'de hastaların 28(%37,8)'e, grup 2'de 74(%74)'e ek tedavi yapıldı(p=0,001). En sık yapılan ek tedavi yüksek ateş nedeniyle antibiyoterapi ve renal kolik veya taş yoluna bağlı üreteroskopiydi. Ek girişimler sonrası elde edilen başarı oranları grup 1'de (%83,7) grup 2'e (%54) göre daha yüksekti (p=0,004)(Tablo 2).

SONUÇ: Yüksek dansiteli taşlara sahip hastalarda tedavi başarısızlığı ve ek girişim gereksinimi sıklıkla gözlenebilmektedir. Bu durum dikkate alınmalı ve hastalar ek tedavi gereksinimi konusunda bilgilendirilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: ESWL, Böbrek Taşı, Üreteroskopi

Tablo 1: Hastaların ve taşların karakteristik özellikleri

	Toplam	Grup 1 <1000 HU (n:74)	Grup 2 >1000 HU (n:100)	P
Yaş (yıl), ort. ± SS	43,2 ± 13,7	43,7 ± 15,4	42,8 ± 12,5	0,782*
Cinsiyet, n(%) E K	122 (70,1) 54 (29.9)	46 (62,1) 28 (37,8)	76 (76) 24 (24)	0,163¥
BMI (kg/m2),ort. + SS	28,5 ± 3,3	27,9 ± 3,4	29,0 ± 3,2	0,159*
Taraf n(%) Sağ Sol	88 (50,6) 86 (49,4)	36 (48,6) 38 (51,3)	52 (52) 48 (48)	0,757¥
Taş lokalizasyonu n(%) Renal pelvis Üst Pol Orta zon Alt pol	124 (71,3) 12 (6,9) 16 (9,2) 22 (12,6)	58 (78,3) 2 (2,7) 8 (10,8) 6 (8,1)	66 (66) 10 (10) 8 (8) 16 (16)	0,350Π
Taş sayısı 1 >2	66 (75,9) 21 (24,1)	56 (75,6) 18 (24,3)	76 (76) 24 (24)	0,972¥
Taş boyutu (mm), ort. + SS	9,5 ± 3,0	8,5 ± 2,5	10,3 ± 3,2	0,005**
Taş yükü (mm), ort. + SS	11,0 ± 4,4	9,9 ± 3,8	11,8 ± 4,6	0,039**
Total enerji [U]		92.2 ±24.4	89.97 ±33.4	0.496
Hidronefroz grade 1 2 3	46 (26,4) 68(39,1) 46 (26,4) 14 (8,0)	14 (18,9) 40 (54) 18 (24,3) 2 (2,7)	32 (32) 28 (28) 28 (28) 2 (2)	0,054Π
Taş-Cilt mesafesi (cm), ort. + SS	11,3 ± 2,3	11,0 ± 2,5	11,5 ± 2,1	0,247*
Taş dansitesi (HU), ort. + SS	1093,3 ± 305,1			

Tablo 2: ESWL ve ek tedavi sonuçları

	Toplam	Grup 1 <1000 HU (n:74)	Grup 2 >1000 HU (n:100)	P
Seans sayısı 1 2 >3	54 (31,0) 30 (17,2) 90 (51,8)	32 (43,2) 10 (13,5) 32 (43,2)	2 (2) 20 (20) 58 (58)	0,105¥
ESWL sonrası komplikasyon n(%) Yok Var	104 (59,8) 70 (40,2)	52 (70,2) 22 (29,7)	52 (52) 48 (48)	0,086¥
ESWL sonrası komplikasyon (n,%) Enfeksiyon Sepsis Hematüri Renal kolik Taş yolu	24 (13,8) 4 (2,3) 12 (6,9) 20 (11,5) 10 (5,7)	8 (10,8) 2 (2,7) 6 (8,1) 6 (8,1) 0 (0)	16 (16) 2 (2) 6 (6) 14 (14) 10 (10)	0,490∏
ESWL sonrası komplikasyon (Clavian grade) n(%) 0 I II IIIa IIIb IV V	104 (59,7) 18 (10,3) 40 (23) 10 (5,7) 2 (1,1) 0 0	52 (70,2) 10 (13,5) 8 (10,8) 6 (8,1) 0 (0) 0 0	52 (52) 8 (8) 32 (32) 4 (4) 2 (2) 0 0	0,088∏
ESWL sonuç, n(%) Taşsızlık Rezidü	78 (44,8) 96 (55,2)	50 (67,5) 24 (32,4)	28 (28) 72 (72)	<0,001¥
Ek tedavi ihtiyacı n(%) Yok Var	72 (41,4) 102 (58,6)	46 (62,1) 28 (37,8)	26 (26) 74 (74)	0,001¥
Ek tedavi, n(%) URS DJ stent RIRS Multiple girişim Antibiyotik ile takip	20 (11,5) 14 (8,0) 22 (12,6) 14 (8,0) 32 (18,4)	4 (5,4) 4 (5,4) 10 (13,5) 2 (2,7) 8 (10,8)	16 (16) 10 (10) 12 (12) 12 (12) 24 (24)	0,636∏
ESWL- Op süre (gün), ort. + SS	55,3 ± 22,3	53,3 ± 24,7	56,1 ± 21,7	0,743*
Ek tedavi sonuç, n(%) Taşsızlık Rezidü	106 (66,7) 58 (33,3)	62 (83,7) 12 (16,2)	54 (54) 46 (46)	0,004¥

SS-204

Guy Taş Skoru'nun Perkutan Nefrolitotomi Sonuçlarını Öngörmedeki Başarısı

Yavuz Onur Danacıoğlu[1], Mustafa Soytaş[1], Salih Polat[2], Osman Özdemir[1], Feyzi Arda Atar[1], Selçuk Şahin[1], Ali İhsan Taşçı[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*
[2]*Amasya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Amasya*

AMAÇ: Bu çalışmada böbrek taşı nedeniyle başvuran ve perkutan nefrolitotomi (PNL) ile tedavi edilen hastalarda bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularına göre değerlendirilen Guy skorunun, cerrahi başarıyı ve komplikasyon oranlarını öngörmedeki etkinliğini belirlemeyi amaçladık.

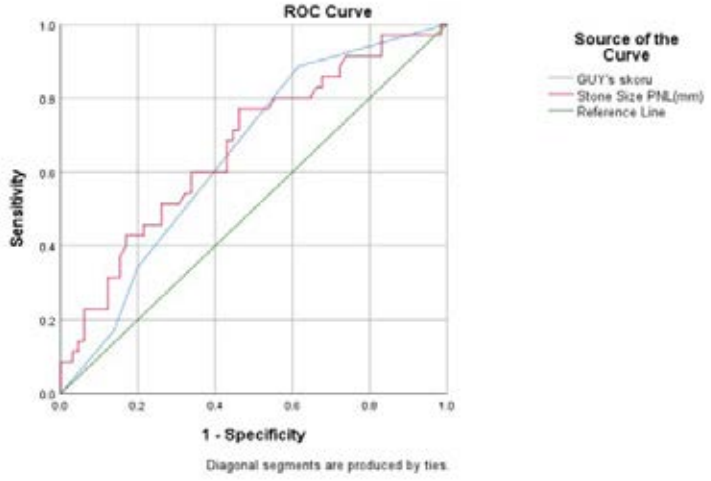
MATERYAL VE METOD: Ocak 2018 ve Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde prone pozisyonda PNL yapılan 100 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. Hastaların demografik özellikleri, taş yükü, operasyon süreleri ve başarı oranları analiz edildi. Operasyon öncesi çekilen kontrastsız BT değerlendirmesi ile hastalar Guy skoruna (Grade 1,2,3,4) göre sınıflandırıldı. Hastalar postoperatif 1. aydaki kontrollerinde direkt üriner sistem grafisi (DÜSG) veya üriner USG (ultrasonografi) ile değerlendirildi ve < 4 mm taşı olan hastalarda taşsızlık sağlandığı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların demografik ve perioperatif bulguları tablo 1'de özetlenmiştir. Ortalama Guy skoru 2,1±0,9 idi. Operasyon sonrası taşsızlık oranı %76 ve komplikasyon oranı %23 idi. Taşsızlık sağlanan hastalar daha düşük Guy skoruna, daha kısa taburculuk ve floroskopi kullanım süresine sahiptiler. Guy skorlama sistemi ile taşsızlık arasında negatif yönde, taş yükü, skopi süresi ve rezidü taş boyutu arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon saptandı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda Guy skoru ve taş yükü taşsızlığı ön görmede bağımsız birer belirteç olarak bulunmuştur. Yapılan ROC analizine göre taşsızlığı göstermede Guy skorlama sistemi AUC'nin 0,645, taş yükü AUC'nin ise 0,667 olduğu belirlendi.

SONUÇ: Guy skorlama sistemi böbrek taşlarını ve yapılacak cerrahinin başarısını risk grupları oluşturarak değerlendiren hızlı, başarılı ve etkin bir yöntemdir. Cerrahlar operasyon öncesi taşsızlık ve komplikasyon oranlarını öngörebilmek için taş yükü ve Guy skoru değerlerini kullanabilirler.

Anahtar Kelimeler: PNL, Guy skorlama sistemi, Taş yükü

Şekil 1: Roc (Receiver operating characteristic curves) analizine göre Guy skorlama sisteminin taşsızlığı göstermedeki eğrisi



AUC= Area under the curve; Guy skoru AUC=0,645 Taş yükü AUC: 0,667

Tablo 1. Hastaların demografik ve perioperatif özellikleri

	n/n	%/%
Cinsiyet (erkek/kadın)	69/31	69/31
	Ortalama ± SS	Aralık
Yaş(yıl)	44.4±13,6	22-72
VKİ (kg/m2)	27,3±3,2	20,3-35,3
Taş boyutu (mm2)	631,7±521,7	99-2840
Taş dansitesi, (HU)	1025,1±347,6	246-1570
Taş cilt mesafesi (mm)	81,9±22,3	34-136
Preop. Kreatinin (mg/dL)	0,95±0,47	0,31-4,51
Postop Kreatinin (mg/dL)	0,99±0,41	0,37-3,60
Preop. Hb (g/dL)	14,1±1,5	9,3-18,2
Postop Hb (g/dL)	12,3±1,8	6,5-16,2
Operasyon süresi (dk)	80,3±11,0	62-110
Floroskopi süresi (saniye)	65,9±10,3	45-90
Taburculuk süresi (gün)	3,3±1,3	1-8
Guy skoru	2,1±0,9	1-4
	n	%
Guy skoru 1 2 3 4	 29 46 10 15	 29 46 10 15
Kan transfüzyon ihtiyacı Yok Var	 94 6	 94 6
ASA skoru 1 2 3	 31 63 6	 31 63 6
Postop. JJ stent Takılanlar	16	16
Taşsızlık oranı	76	76
Komplikasyon oranı	23	23

Tablo 2: PNL sonrası taşsızlık ve komplikasyon ile ilişkili parametreler

	Taşsızlık sağlanan hastalar	Rezidü taşı olan hastalar	p	Komplikasyon (-)	Komplikasyon (+)	p
Hasta sayısı (n)(%)	76 (%76)	24 (%24)		77 (%77)	23(%23)	
Ort. Yaş(yıl)	43,4±13,2	46,3±14,4	0,324*	42,6±13,8	46,9±13,2	0,115*
Ort. VKİ (kg/m2)	27,7±3,2	26,6±3,1	0,103**	27,5±3,5	27,1±2,7	0,465**
ASA skoru	1,75±0,6	1,74±0,4	0,902*	1,68±0,6	1,84±0,4	0,108*
Ort. Taş boyutu (mm2)	528±387	823±671	0,006*	602±502	670±549	0,248*
Ort. Taş dansitesi, (HU)	1033±338	1010±368	0,775*	1055±321	985±379	0,419*
Ort. Taş cilt mesafesi (mm)	85.0±22.7	76,2±20,8	0,061**	82,8±24,8	80,79±18,8	0,640**
Ort. Preop. Kreatinin (mg/dL)	0,90±0,3	1,04±0,6	0,145*	0,89±0,27	1,02±0,65	0,484*
Ort. Postop. Kreatinin (mg/dL)	0,93±0,3	1,10±0,5	0,150*	0,92±0,27	1,08±0,54	0,128*
Ort. Operasyon süresi (dk)	79,5±11,3	81,8±10,4	0,145*	78,8±11,1	82,3±10,7	0,086*
Ort. Floroskopi süresi (saniye)	64,5±10,5	68,5±9,6	0,037*	64,4±10,0	67,9±10,5	0,065*
Ort. Taburculuk süresi (gün)	3,05±1,0	3,8±1,6	0,015*	2,61±0,7	4,26±1,3	<0,001*
Ort. Guy's skoru	1,95±1,0	2,40±0,9	0,011*	2,05±1,02	2,19±0,95	0,388*
Kan transfüzyon ihtiyacı Yok Var	 72 4	 22 2	1,000∏	 77 0	 17 6	0,005∏
Postop.JJ stent Yok Var	 65 11	 19 5	0,954***	 67 10	 17 6	0,834***
Guy's skoru 1 2 3 4	 25 35 6 10	 4 11 4 5	0,017∏	 20 42 7 8	 9 4 3 7	<0,266∏

** Bağımsız t-test **Mann-Whitney U test ¥Pearson Ki-kare test ∏Fisher Exact test*

Tablo 3: Guy skorlama sistemi ile ilişkili parametrelerin korelasyon tablosu

Spearman rh0	Guy Skoru	
	Correlation Coefficient	P değeri
Taşsızlık	-0,257	0,010**
Komplikasyon	-0,087	0,390
Taş yükü	0,687	<0,001**
Operasyon süresi	0,154	0,125
Skopi süresi	0,213	0,034*
Kan Transfüzyonu	-0,096	0.342
JJ stent kullanımı	0,098	0,332
Taburculuk süresi	0,034	0.740
Rezidü taş boyutu	0,258	0,010**

*** anlamlılık seviyesi 0.01 * anlamlılık seviyesi 0.05*

SS-205

SWL Başarısını Tahmin Etmede Hematolojik ve Biyokimyasal Markerların Yeri

Yusuf Şahin, Mehmet Yılmaz, Filip Paslanmaz, İsmail Ulus, Gökhan Çil, Aykut Çolakerol, Serhat Süzan, Abdulkadir Zengin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar SUAM, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Literatürde ekstrakorporeal şok dalgası litotripsisinin (ESWL) başarısını gösteren parametreler iyi tanımlanmıştır. Bizde bilinen parametrelerin yanı sıra ucuz ve erişimi kolay hematolojik ve biyokimyasal markerların ESWL başarısını tahmin ettirici gücünü ölçmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 2014-2018 yılları arasında böbrek pelvis ile üreteropelvik lokalizasyonda ya da üst, orta ve distal üreter taşlarına yapılan SWL işlemlerinden 150 hastanın verilerini geriye dönük olarak inceledik. İşlemin başarılı olup olmamasına göre gruplar arası kategorik değişkenler ile Hounsfield Ünitesi(HU), taş lokalizasyonu, taş boyutu gibi parametreler ve hematolojik/ biyokimyasal parametreler karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Gruplar arasındaki farkın değerlendirilmesinde kategorik değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark sadece taş lokalizasyonu ile saptandı. Böbrek ve proksimal üreter taşlarının SWL başarısı daha fazla saptandı (Fisher's Exact Test P<0,05).

Sürekli değişkenlerin analizinde HU, de Ritis ratio (AST/ALT oranı) ve taşın boyutu SWL başarısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı değerler içeriyordu (sırasıyla P=0.02, P=0.020, P=0.08), çok yönlü analiz de ise sadece HU bağımsız belirleyici faktör olarak saptandı (Tablo).

SONUÇ: Bulgular ESWL başarısı ile HU, deRitis ratio, taş boyutu ve lokalizasyonun ilişkisini göstermektedir. Ancak bağımsız tanımlayıcı değer sadece HU de saptanmıştır (OR: 0,998 CI%95: 0,997-1,000). Ucuz ve kolay ulaşılabilir laboratuvar parametrelerinin daha geniş hasta popülasyonunda değerlendirilmesi bizlere yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: ESWL, NLR, de Ritis ratio, Hounsfield unit

VİDEO BİLDİRİLER

VS-001

Santral Yerleşimli Renal Kitlede Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Olgu Sunumu

Sinan Çelen

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli olmasına rağmen teknik olarak zor bir cerrahidir. Biz santral yerleşimli tümörü olan bir hastaya uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunduk. 80 yaşında erkek hasta, insidental olarak renal kitle daptanan ve çekilen bilgisayarlı tomografide sol böbrek santral kesiminde 22x21 mm solid kitle olması nedeni ile laparoskopik parsiyel nefrektomi kararı alındı.

- R.E.N.A.L Nefrometri skorlama sistemine göre: 10 puan
- PADUA skorlama sistemine göre 11 puan

olarak belirlendi. Parsiyel nefrektomi sonrası kanama: 75 cc, sıcak iskemi: 14 dk, ameliyat süresi: 120 dk olarak belirlendi. peroperatif ve postoperatif komplikasyon olmayan hasta postop 2. gününde dren çekilerek eksterne edildi. Son bir yıllık parsiyel nefrektomi deneyimlerimiz değerlendirildiğinde 18 hastaya parsiyel nefrektomi uygulamış olup ortalama hastanede kalış süresi 3,2 (2-6) gün, dren çekilme süresi 2 (1-3) gün, ortalama anestezi süresi 145 (90-277) dakika, 2 hasta klempsiz uygulanmış olup ortalama sıcak iskemi süresi 14,3 (0-27) dakika, ortalama kanama miktarı 121,6 (50-200) cc olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, parsiyel nefrektomi, renal kitle

VS-002

Büyük Renal Kitlelerde Laparoskopik Devamlı Sutur Tekniği ile İskemi Kısaltılabilirmi ?

Sinan Çelen

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Standart laparoskopik parsiyel nefrektomi de büyük renal kitle eksizyonu sonrası uygulanan sutur tekniği ile iskemi süresi uzamakta ve cerrahide temel ilkelerden biri olan fonksiyonel durumu korumayı güçleştirmektedir.

Standart sutur tekniğinde, eksizyon sonrası öncelikle 3,0 vicryl sutur ile açılmış olan kaliksiyel sistem suture edilir, ardından damar bölgesi 3,0 prolen ile suture edilir ardından tissell doku yapıştırıcısı sıkılarak surgecell yerleştirilir ve 2,0 vicryl ile böbrek kenarları birbirine yaklaştırılır ve renal arter tekrar dolaşıma açılır.

Laparoskopik devamlı sutur tekniği ile kitle eksizyonu sonrası 3,0 monocryl ile tüm böbrek damar ve kaliksiyel yapıları blok halinde suture edilerek v-lok yardımı ile sıkıştırılır ve ardından tissel sıkılarak renal arter dolaşıma açılır. Bu teknikte sıcak iskemi süresi istatiksel ve nümerik olarak azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: parsiyel nefrektomi, laparoskopi, renal kitle

VS-003

Zero İskemili Laparoskopik Sağ Parsiyel Nefrektomi Esnasında İatrojenik Diyafram Yaralanması ve Primer Tamiri

Şenol Adanur, Mehmet Sefa Altay, Fatih Özkaya, Feyzullah Çelik, Bakytbek Kozubaev, Özkan Polat

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu videoda sağ böbrek orta polde 3 cm lik kitlesi olan hastaya iskemisiz Laparoskopik parsiyel nefrektomi esnasında oluşan iatrojenik diyafram yaralanması ve tedavisini sunmayı amaçladık.

VAKA: 33 yaşında öz ve soy geçmişinde özellik olmayan erkek hastanın insidental olarak sağ böbrek orta polde egzofitik yaklaşık 30 mm ebatlı kitle tespit edildi.Hastaya transperitoneal Laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. Operasyon lateral dekübit pozisyonda 4 trokar ile gerçekleştirildi. Üreter bulunarak klavuzluğunda böbrek alt pol ve orta pol gerota fasyası serbestleştirildi. Böbrek orta pol lateral duvardan serbestleştirilip kitle açığa çıkarılmaya çalışılırken diyaframda açıklık oluştuğu tespit edildi. Diyaframdaki açıklık içerisine feeding tüp itilerek derin inspiryum esnasında açıklık 0 ipek ile kapatıldı. Kitle iskemisiz olarak eksize edilerek parankim onarımı 2/0 V-Lock sutur ile yapıldı. İşlem süresi 150 dk idi.Yaklaşık kanama miktarı 200 cc idi. Post operatif 3. gün hastanın dreni alınarak 4. gün taburcu edildi. Hastanın patoloji raporu berrak hücreli karsinom ve cerrahi sınırlar negatif olarak rapor edildi.

SONUÇ: Küçük renal kitlelerde Laparoskopik iskemisiz parsiyel nefrektomi güvenle yapılabilir. İşlem esnasında oluşabilecek diyafram yaralanması da deneyimli cerrahlar tarafından laparoskopik olarak güvenli ve etkin bir şekilde primer tamir edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Renal Kitle, Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Diyafram Tamiri

VS-004

Sol Üretero-Vesikal Bileşke Darlığına Sekonder Sol Üreter Taşları olan Hastada Laparoskopik Sol Üreterolitotomi ve Sol Lich Gregoir Tekniği ile Üreteroneosistostomi

Şenol Adanur, Feyzullah Çelik, Mehmet Sefa Altay, Bakytbek Kozubaev, Özkan Polat

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu videoda sağ üreteropelvik taş, sol üreter alt uç taşları ve sol üreterovezikal darlık tanısı olan hastaya aynı seansda sağ flexibl üreterorenoskopi ile endoskopik taş tedavisi ve Laparoskopik sol üreterolitotomi ile birlikte sol Lich Gregoir usulü üreteroneosistostomi operasyonu yaptığımız hastamızı sunmayı amaçladık.

VAKA: 44 yaşında öz ve soy geçmişinde özellik olmayan erkek hasta her iki yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde, radyolojik olarak İVP de obstrüksiyona sebep olan sağ U-P taşı ve sol üreterovezikal bileşke darlığına sekonder sol üreter alt uçta multipl sayıda taş tespit edildi. Hastaya önce litotomi pozisyonunda sağ renal pelvis taşına flexibl URS ile endoskopik üreter taşı tedavisi yapıldı. Aynı seansta hastaya supin pozisyonda göbekten veres iğnesi ile kapalı giriş yapılarak pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben sağ ve sol göbeğin spina iliaka anterior süperior ile kesiştiği hattaın 1/3 proksimalinden 2 port daha girildi. Sol üreter alt uç prepare edilerek darlık ortaya çıkarıldı. Darlığın distali klemplenerek proksimalden kesildi. Önceden yapılan endoskopik işlem esnasında konulan D-J stent dışarı alındı. Üreter proksimal uçuna fish-mouth yapıldı. Üreter içerisindeki taşlar dışarı alındı. Mesane antero-posteriorunda anostomoz yapılacak yer belirlenerek mukoza açığa çıkarıldı. Daha sonra Lich gregoir tekniğine uygun üreteroneosistostomi yapıldı. Opersasyon lojuna hemovak dren ve mesaneye transüretral sonda konularak işlem sonlandırıldı.

SONUÇ: Üretero-vezikal darlığa sekonder gelişen üreter taşlarının ve darlığın eş zamanlı tedavisi, Laparoskopik cerrahi yöntemle etkin ve güvenli bir şekilde yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Üretero-vezikal darlık, Laparoskopik Üreteroneosistostomi, Üreter taşları

VS-006

Laparoskopik Radikal Prostatektomi + İndosiyanin Yeşili ile Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu

Şevket Tolga Tombul[1], Gökhan Sönmez[2], Türev Demirtaş[3], Abdullah Demirtaş[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Bölümü
[3]Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

72 yaşında erkek hastanın işeme şikayetleri ile yapılan tetkiklerinde PSA: 5,49ng/ml tespit edilmiş. Yapılan transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisinde 12/12 korda Gleason 4+5 prostat adenokarsinomu tespit edildi. Yapılan evrelendirme çalışmalarında PSMA PET BT'de prostat dışında tuutlum saptanmadı. Multiparametrik prostat MR' ı ile yapılan lokal evrelendirmede kapsül invazyonu veya kapsül dışı tutulum saptanmadı. Hastaya radyoterapi ve cerrahi seçenekleri anlatıldı. Operasyon yönünde tercih bildiren hastaya laparoskopik girişim planlandı. Gleason 4+5 olması nedeni ile sinir koruyucu olmadan bilateral lenf nodu diseksiyonu ile birlikte operasyon planlandı. Yapılan transperitoneal laparoskopik radikal prostatektomi öncesinde hastaya sistoskop ile her iki prostat lobuna 2ml indosiyanin yeşili (ICG) enjekte edildi. Takiben göbek altı verez ile girilip pnömoperiton sağlandı. Sağ ve soldan 2'şer adet çalışma trokarı girildi. ICG özel florasan ışık altında önce sol sonra sağ lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Takiben retrovezikal alanda bileteral vaz deferensler ve seminal veziküller diseke edildi. Denonviller fasyası açıldı. Bilateral endoplevik fasya açıldı. Puboprostatik ligamanlar kesildi. Dorsel ven kompleksi dönüldü. Mesane boynu düşüldü. Prostat mesane arka duvarından ayrıldı. Seminal veziküller ortaya kondu. Bİlateral prostatik pedikül-ler eksize edildi. Dorsal ven eksize edildi. Üretra prostattan ayrıldı ve apikal diseksiyon yapılıp prostat eksizyonu tamamlandı. Üretrovezikal anastomoz 2,0 çentikli PDS sütür ile yapıldı. Üretraya 20Fr foley kondu. Loja sump dren kondu. Postop 5. gün hasta taburcu edildi. Uzamış drenaj nedeni ile sonda ve dren 10. gün sistogram sonrası çekildi. Patoloji Glason5+4, bilateral lenf nodları reaktif olarak rapor edildi. Cerrahi sınırlar salim. Seminal vezikül invazyonu izlenmedi. Postop 1. ayında hasta kontinan nadiren stres inkontinanası oluyor. Ereksiyon yok. PSA takibine alındı.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, ICG, laparaskopi, lenf nodu diseksiyonu

VS-007

Bipolar Transüretral Mesane Tümörü Enükleasyonu

Taylan Oksay, Sefa Alperen Öztürk, Murat Demir

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Isparta

AMAÇ: Yeni bir yöntem olan bipolar transüretral mesane enükleasyonu hakkında ilk deneyimlerimizden olan bir hastanın operasyon videosunu sunmak istedik.

VAKA: 70 yaşında son 2 aydır ara ara hematüri şikayeti nedeniyle tarafımıza başvuran hastanın yapılan üriner sistem ultrasonografisinde mesane sağ yan duvarda yaklaşık 23x28 mm boyutlarında, lümene protrüde kitlesel lezyon saptandı. Ilımlı hipertansiyon dışında belirgin komorbiditesi olamayan hastanın böbrek fonksiyonları normal, idrar kültürü negatifti. Hastaya bipolar transüretral mesane tümörü enükleasyonu planlandı.

OPERASYON: Hastaya litotomi pozisyonu verildi. Operasyonda Olympus marka 26 F sürekli akımlı kılıf içinde dönebilen bipolar sistemi kullanıldı. Operasyona sistoskopi yapılarak başlandı. Sistoskopide mesane sağ üreter orifisi proksimalinde, orifisi içine almayan yaklaşık 25x30 mm boyutunda polipoid kitle lezyonu gözlendi. Rezeksiyonun başlangıç noktası ve lezyonun sınırlarını işaretlemek için plasma button-loop ile tümörün sınırları yaklaşık 1 cm mesafeden koagüle edildi. Takiben kas tabakasına kadar derinleşildi, tümör dokusu unblok çıkarılarak tümör tabanı ve kenarları klasik loop yardımı ile koagüle edildi. Patolojik spesimen dışarı alındı. Hastaya 20 F üç yollu üretral sonda takılarak işleme son verildi.

SONUÇ: Bipolar mesane enükleasyonu diğer endoskopik mesane tümörü cerrahi tedavileri gibi güvenli minimal invaziv bir cerrahidir. Bu teknikte klasik bipolar yöntemde görülen kesme ve saçılma gibi dezavantajlar gözlenmemektedir. Ayrıca klasik yöntemden farklı olarak tümör dokusu unblok çıkarılır ve patoloji materyali kenarlarından daha nitelikli histopatolojik inceleme yapılabilir. Mesane tümörü enükleasyonunda reimplantasyon riski önemli derece azalmaktadır. İlk deneyimlerimize göre unblok rezeksiyon için bipolar mesane tümörü enükleasyon yönteminin kasa invaze olmayan mesane tümörlerinde etkili bir prosedür olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Mesane, TUR, enükleasyon, bipolar

VS-008

Vezikovajinal Fistülün Omental Flep ile Laparoskopik Onarımı

Taylan Oksay[1], Serhan Can İşcan[2], Candost Hanedan[2], Murat Demir[1], Evrim Erdemoğlu[2]

[1]süleyman Demirel Üniveristesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta
[2]süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ: Vezikovajinal fistül(VVF) jinekolojik cerrahinin nadir görülen bir komplikasyonudur. Uterin prololapsus, menstürel düzensizlikler, myoma uteri gibi iyi huylu hastalıklar sonrası yapılan histerektomilerde VVF'ler daha sık görülür. Laparatomik yaklaşım, vajinal yaklaşımdan daha başarılı olmasına rağmen uzun hastanede kalış ve yüksek morbidite nedeni ile tercih edilmemektedir. Laparoskopi, karmaşık fistüllerde bile yüksek başarı oranları ile birlikte minimal invaziv cerrahinin avantajlarını sunabilir. Ek olarak, VVF tedavisinde omental flep kullanılan farklı tekniğin başarısı klasik yöntemlerden daha iyidir. Biz burada omental flep yöntemiyle onarılan VVF hastasının videosunu sunmaya çalıştık.

OLGU: 42 yaşında yaygın myomları ve rektoseli mevcut hastaya abdominal histerektomi ve posterior kolporafi yapıldı. Ameliyat sonrası 10.günde vajinadan sulu akıntı ile tarafımıza başvuran hastada VVF belirlendi ve bu durum bilgisayarlı tomografi ile doğrulandı. 6 mm çapındaki VVF traktıda arka ve sağ santralomedialdeki kontrast madde ile gösterilmiştir. Primer cerrahiden 3 ay sonra ameliyat yapıldı. Önce sistoskop ile mesaneye girildi. VVF gösterildi. Mesaneden fistül traktı içine 6 F kateter yerleştirildi. Ek olarak her iki üretere 4,8 F kateter yerleştirildi. Daha sonra fistül traktı mesane ve vajinal cuffdan çıkarıldı. Mesane ve vajen çok katmanlı olarak süture edildi. Daha sonra oluşturulan omental flep insizyon hattından mesane üzerine sabitlendi.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahi laparotomiye alternatif olabilir. Ek olarak, laparoskopik cerrahi daha az hastaneye yatış, hızla iyileşen daha iyi kozmetik sonuçlara sahiptir. Omental flep mükemmel lenfatik drenaj sağladığından ve esnekliğini koruduğu için iyi bir iyileşme sağlar. Omental fleple yapılan çalışmalarda başarı oranı %95'lerle ifade edildiğinden bizde hastamıza bu yöntemi uyguladık. Sonuç olarak, VVF'ün omental flep ile laparoskopik onarımı küratif başarı sağlar.

Anahtar Kelimeler: vezikovajinal fistül, laparoskopik cerrahi, omental flep

VS-009

Supin mini-Perkütan Nefrolitotomi

Akif Erbin, Ozgur Yazici, Ufuk Caglar, Murat Baykal, Mehmet Fatih Akbulut, Omer Sarilar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

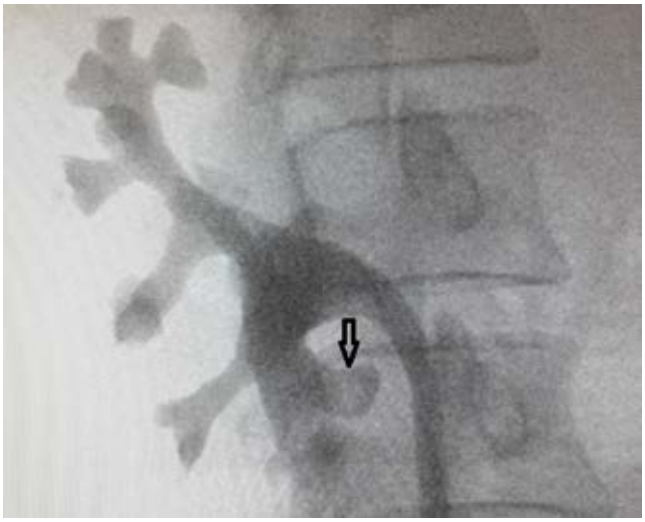
GİRİŞ: Perkütan nefrolitotomi(PNL) böbrek taşı cerrahisinde yaygın kullanılan cerrahi yöntemdir. İlk olarak prone pozisyonda tanımlanmış olan PNL operasyonu özellikle son iki dekatta yaygınlaşmakta olan supin pozisyonda da yapılmaktadır. Kronik obstriktif akciğer hastalığı, uyku apne sendromu gibi prone pozisyonu tolere etmesi zor hastalarda supin pozisyon çok daha konforludur. Aynı pozisyonda hem antegrad hem retrograd girişim olanağı sağlaması da supin PNL'yi ön plana çıkarmaktadır.

VAKA: Sağ yan ağrısı şikayetiyle başvuran 31 yaşında kadın hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde(BT) sağ böbrek alt kalikste 21 mm kalkül saptandı. Hastanın daha önce 2 kez sağ PNL ve 1 kez sağ urs öyküsü bulunmaktaydı. Eski operasyonlarında alınan taş örneği sonucu sistin taşı olan hasta medikal tedavi almaktaydı ve idrar pH:7 olduğu görüldü. BT'de taşın hounsfield ünitesi 650 olarak hesaplandı.Hastaya supin mini-PNL operasyonu uygulandı. 15f amplatz kullanıldı. Operasyon 50 dk sürdü. Hastaya dj katater takılırken nefrostomiye gerek duyulmadı. Postop hgb düşüşü 1.1 g/dl hesaplanan hasta postoperatif 2. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Postoperatif 3. haftada dj stenti çeklien hastanın 3.ay kontrol görüntülemelerinde rest kalküle rastlanmadı.

SONUÇ: PNL operasyonu için supin pozisyon tercihi son yıllarda giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle antegrad ve retrograd müdahale şansı olması, kısa operasyon süresi ve prone pozisyonu tolere edemeyen hastalarda uygun olması supin PNL'nin avantajlarıdır. PNL konusunda tecrübeli cerrahların öğrenme eğrisini tamamladıktan sonra supin PNL uygulamaları prone PNL ile benzer taşsızlık ve komplikasyon oranlarına sahiptir.

Anahtar Kelimeler: minyatürize, supin, perkütan nefrolitotomi

Resim-1:



Sağ böbrek alt polde 15 mm kalkül (siyah ok)

Resim-2



Supin PNL' de Galdakao-Modified Valdivia pozisyonu. Posterior aksiller çizgi, 12. kot, paraspinal kas ve iliak krest arasında kalan taralı alan subkostal giriş alanını göstermektedir.

VS-010

Asetilsalisilik Asit ve Tikagrelor Kullanan Hastada Laparoskopik Radikal Nefroüreterektomi

Mehmet Fatih Akbulut[1], Ufuk Çağlar[1], Serpil Seçir[2], Akif Erbin[1], Fatih Yanaral[1], Özgür Yazıcı[1], Faruk Özgör[1], Öznur Şen[2], Mehmet Mustafa Can[3], Murat Baykal[1], Ömer Sarılar[1]

[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

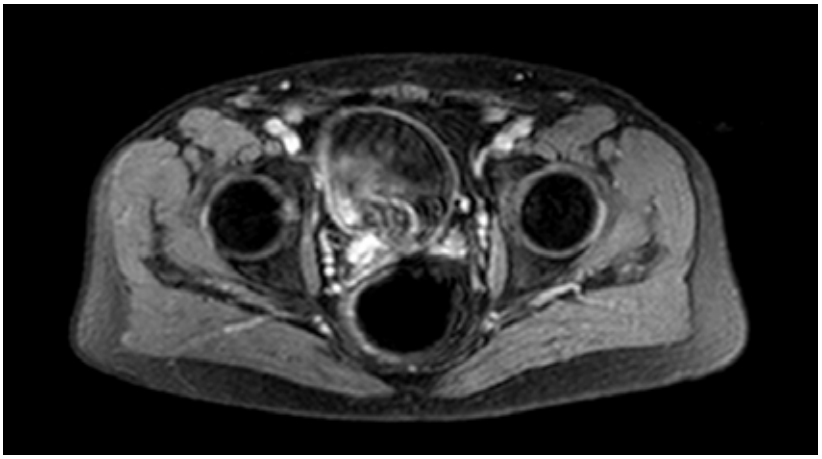
GİRİŞ: Cerrahi işlem uygulanacak hastalarda antikoagulan, antiagregan ve ya antitrombotik ilaç kullanımı sorun teşkil etmektedir. Kardiyoloji ve ilgili dahili birimlerce değerlendirilen hastalarda risk fayda analizi yapılarak cerrahi işlemler uygulanmaktadır. Biz de distal üreter tümörü bulunan ve antitrombotik kullanımı kesilemeyen hastada laparoskopik radikal nefroüreterektomi operasyonunu gerçekleştirdik.

MATERYAL-METOD: Makroskopik hematuri şikayetiyle başvuran 65 yaşında erkek hastanın çekilen batın manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sağ distal üreterde transizyonel hücreli tümör (TCC) görünümü ve grade 2 hidroüreteronefroz saptandı. Hastaya 1 ay önce koroner anjiyografi ve kardiyak stent tatbiki girişimi yapıldığı, hastanın asetilsalisilik asit (ASA) ve tikagrelor kullandığı öğrenildi. Hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) metastaz açısından bulgu saptanmadı. Kardiyoloji bölümüne konsülte edilen hastanın mevcut antitrombotik tedavisinin kesilmesinin uygun olmadığı, operasyonun 6 ay ertelenmesi ya da mevcut tedavinin sadece preoperatif son gün kesilerek ve tirofiban infüzyonu yapılarak gerçekleştirilmesi önerildi. Hastaya antitrombotik tedavi altında laparoskopik radikal nefroüreterektomi operasyonu uygulandı. Operasyon 45 derece lumbotomi pozisyonunda 3 adet port kullanılarak gerçekleştirildi. 150 dakika süren ameliyatta tahmini 100 cc hemoraji oldu. Postoperatif hemoglobin düşüşü 1.1g/dl idi. Hasta postoperatif 1. gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Postoperatif 4. günde dreni alınan hasta 5. günde sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik radikal nefroüreterektomi; kardiyovaskuler hastalıklar nedeniyle antiagregan kullanımı kesilemeyen hastalarda dahi güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antitrombotik ilaçlar, Asetilsalisilik asit, Laparoskopi, Radikal Nefroüreterektomi, Transizyonel hücreli karsinom, Üreter tümörü

MR: Sağ distal üreter TCC ile uyumlu kitle



VS-011

Laparoskopik nefrektomi sonrası VUR saptanan hastada Laparoskopik Üreterektomi

Mehmet Fatih Akbulut, Ufuk Çağlar, Harun Özdemir, Akif Erbin, Fatih Yanaral, Faruk Özgör, Özgür Yazıcı, Murat Baykal, Ömer Sarılar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Vezikoüretral reflü(VUR); tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına neden olabilmekte ve böbrek fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. VUR'a bağlı non-fonksiyone böbreği olan hastalar semptomatik olabilir ve enfeksiyon ataklarına neden olabilir. Bu durumda uygulanması gereken tedavi nefroüreterektomidir. Biz de VUR'a bağlı nonfonksiyone böbreği olan ve basit nefrektomi uygulanmış ancak posoperatif dönemde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları olan hastaya laparoskopik üreterektomi operasyonunu gerçekleştirdik.

MATERYAL-METOD: Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve sağ nonfonksiyone böbrek tespit edilen 34 yaşında kadın hastaya 2014 yılında sağ laparoskopik basit nefrektomi operasyonu uygulanmış. Patoloji sonucu kronik pyelonefrit olarak sonuçlanmış. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine başvuran hastanın çekilen voiding sistoüretrografide sağ grade 1 VUR saptandı. Hastaya sağ laparoskopik üreterektomi uygulandı. Operasyon 45 derece lumbotomi pozisyonunda 3 adet port ile gerçekleştirildi. Operasyon süresi 120 dakika idi ve tahmini hemoraji 50 cc olarak hesaplandı. Postoperatif 1. günde dreni alınan hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Üreter patolojisi inflamasyon olarak sonuçlandı. Hastanın 2 yıllık takiplerinde idrar yolu enfeksiyonu saptanmadı.

SONUÇ: Basit nefrektomi sonrası tekrarlayan üriner sistem infeksiyonlarında VUR düşünülmelidir. Bu hastalarda, laparoskopik üreterektomi güvenli ve minimal invazif bir cerrahi olarak uygulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, İdrar yolu enfeksiyonu, Laparoskopi, Üreterektomi, Vezikoüretral reflü

VS-012

Laparoskopik Radikal Sistektomi ve Genişletilmiş Lenf Nodu Diseksiyonu Yapılan Hastada Mini İnsizyonla İleal Konduit

Mehmet Fatih Akbulut, Ufuk Çağlar, Akif Erbin, Fatih Yanaral, Özgür Yazıcı, Faruk Özgör, Metin Savun, Murat Baykal, Ömer Sarılar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Kas invaziv mesane kanserinde önerilen en uygun tedavi yöntemi radikal sistektomidir. Radikal sistektomi operasyonu açık, laparoskopik ve robotik olarak yapılabilmektedir. Biz bu videoda, kas invaziv mesane kanseri nedeni ile laparoskopik radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada mini insizyon ile ileal koduit gerçekleştirilen vakayı sunmayı amaçladık.

MATERYAL METOD : 62 yaşında erkek hasta, makroskopik ağrısız hematuri şikayeti ile başvurdu. Üriner sistem ultrasonografsinde mesanede 4 cm kitle saptanan hastaya TUR-T operasyonu uygulandı. Patoloji sonucu High Grade T1, CIS (+) ve LVI(+) gelen hastaya radikal sistektomi kararı alındı. Kontrastlı Toraks, Batın BT ve BT ürografi çekilidi. Hastada metastaz saptanmadı. Hastaya 5 port ile laparoskopik radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Mesane ve lenf nodları organ torbası ile ileal konduit yapılacak alandaki port genişletilerek çıkartıldı. Yaklaşık bu 5cm'lik alandan ekstrakorporeal olarak ileal koduit, fasya daraltılarak gerçekleştirildi. Operasyon 360 dakika sürdü. Tahmini kanama miktarı 200cc saptandı, transfüzyon ihtiyacı olmadı. Peroperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Postoperatif 24 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta postoperatif 3. gün dreni alınarak 5.gün taburcu edildi. Birinci yıl takibinde patoloji saptanmayan hastanın takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Radikal sistektomi morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir cerrahi yöntemdir. Laparoskopik olarak yapılan sistektomi operasyonu ile hastanede kalış süresi, kanama miktarı ve erken dönem komplikasyonların az görülmesi açısından açık cerrahiye göre iyi sonuçlar alınmaktadır. İleal loop yapılırken uygulanan insizyonun stoma torbası altında kalması kozmetik açıdan önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İleal konduit, Laparoskopi, Lenf nodu diseksiyonu, Mesane kanseri, Sistektomi

Resim 1 Postoperatif görünüm



Resim-2: Postoperatif 1.yıl görünüm



VS-013

Zorlu Bir Laparoskopik Seminal Vezikül Kitle Eksizyonu: SCHWANNOMA

Uygar Miçooğulları[1], Halil Uzundal[1], Bahri Gök[1], Asım Özayar[2], Ali Fuat Atmaca[1]

[1]Yildirim Beyazit University, School of Medicine, Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Department of Urology, Ankara, Turkey
[2]Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Department of Urology, Ankara, Turkey

AMAÇ: Primer seminal vezikül kitleleri klinikte oldukça nadir rastlanan tümörlerdir. En sık prostat olmak üzere mesane ve rektum gibi komşu organlardaki malignensilere sekonder kitlelere daha sık rastlanmaktadır. Seminal vezikül malignensileri adenokarsinomlar, mezenkimal tümörler ve mikst epitelyal tümörler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu video sunumunda biyopsi sonucu mezenkimal tümör olarak raporlanan hastaya uyguladığımız laparoskopik kitle eksizyonunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 58 yaşında erkek hasta sağ kasık ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Üriner ultrasonografide seminal vezikülde kitle saptanan, psa değeri 0.67 ölçülen ve rektal muayenede özellik saptanmayan hastaya çekilen multiparametrik prostat mrg de prostatta pırads-4 lezyon, internal iliak ta 12 mm lenf nodu ve sağ seminal vezikülde 6x6 cm boyutlarında solid ve kistik komponentler içeren ve heterojen kontrastlanma gösteren düzgün sınırlı kitle lezyonu izlendi. Hastaya 12 kadran prostat biyopsisi ile birlikte mevcut sağ seminal veziküldeki kitleden de ayrıca 4 adet biyopsi alındı. Prostat biyopsisi bph ve kitleden alınan biyopsi örnekleri mezenkimal tümör, kesin tanı için postoperatif materyalin değerlendirilmesi önerilir şeklinde raporlanan hastaya laparoskopik seminal vezikül kitle eksizyonu uygulandı. Operasyon başlangıcında hastaya litotomi pozisyonunda sistoskopi yapıldı ve üreterlere iatrojenik bir yaralanmayı önlemek amacıyla bilateral üreteral dj stent yerleştirildi. Ardından hasta ters trandelenburg pozisyonuna alındı ve operasyona 3 adet port girişi yapılarak devam edildi. Vaka esnasında ekartasyon amacıyla 4. port girildi. Kitlenin tek parça olarak eksizyonu sonrası vaka sonlandırıldı. Operasyon süresi yaklaşık 2 saat olarak hesaplandı ve kanama miktarı yaklaşık 80 cc ölçüldü. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon görülmeyen vakada nihai patoloji schwannoma olarak raporlandı.

SONUÇ: Seminal vezikül kitlelerinin tedavisinde laparoskopik kitle eksizyonu güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Schwannoma, laparoskopik, seminal vezikül

VS-014

Laparoskopik retroperitoneal parsiyel nefrektomi

Yasin Aktaş, Kaan Karamık, Kamil Saraç, Çağatay Özsoy, Mücahit Gelmiş, Özgür Arı, Mahmut Taha Ölçücü, Mutlu Ateş

SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Erken evrede saptanan böbrek tümörlerinin tedavisi için açık,laparoskopik ve robotik parsiyel nefrektomi uygulanmaktadır.İlk olarak 1994'te Gill tarafından böbrek tümörüne retroperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi yapılmıştır.Biz bu çalışmamızda sol böbrek üst arka pol kitlesi olan ve RLPN planlanan hastayı paylaşmayı amaçladık.Preoperatif radyolojik görüntüleme sonrası renal kitlenin boyutu,lokalizasyonu değerlendirildi.Renal nefrometri skoru 7 hesaplandı.Operasyon, lumbotomi pozisyonunda petit üçgeni sınırları içinden ilk trokarın girilmesi ve balon dilatasyonu sonrası 12. kotun altından ön aksiller çizgi ve arka aksiller çizgiye yerleştirilen trokarlardan gerçekleştirildi.Psoas kası izlenerek renal pediküle ulaşıldı.Renal arter ve ven bulunarak bulldog klemp yardımı ile böbrek kan akımı kesildi.Tümör dokusunun sınırları bipolar koter yardımı ile çizildikten sonra koter ve makas yardımı ile kitle rezeke edildi.Renorrafi sütürleri 3-0 v lock ve vikril yardımı ile atıldı.Sıcak iskemi süresi 30 dk olacak şekilde kitle eksize edildi.Klempler alınarak operasyon sahasında kanama olmadığı izlendi.Loja dren konarak spesmen dışarı alındı.Ameliyat süresi 180 dakika, kanama 150 cc ve sıcak iskemi süresi 30 dakika hesaplandı.Hastanın ameliyat öncesi kreatinin düzeyi 0,83 mg/dL, ameliyat sonrası 1,01 mg/dL olarak ölçüldü.Ameliyat sonrası 1. gün sonda, 2. gün dren çekildi.Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 3. gün önerilerle taburcu edildi. Patoloji sonucu clear cell renal hücreli karsinoma,T1a, cerrahi sınırlar salim olarak raporlandı.Hasta 2 aydır rutin poliklinik kontrollerine devam ediyor.Fonksiyonel böbrek varlığında,iki taraflı böbrek tümörü olanlarda ayrıca tek taraflı lokalize böbrek tümörü bulunanlarda parsiyel nefrektomi endikasyonu vardır.RLPN posterior,alt pol ve lateral tümörlerde tercih edilir.Büyük damarlara ve hiluma hızlı ve direk ulaşım imkanı avantajıdır.Morbid obez ve daha önceden transperitoneal operasyon geçirenlerde bu teknik tercih edilebilir.Anatomik sahanın dar olması ve oryantasyon güçlüğü dezavantajıdır.

Anahtar Kelimeler: retroperitoneal parsiyel nefrektomi, laparoskopi, böbrek tümörü

VS-015

Laparoskopik Üreterokalikostomi

Yasin Aktaş, Çağatay Özsoy, Kaan Karamık, İbrahim Erol, Kayhan Yılmaz, Mahmut Ekrem İslamoğlu

SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Üreterokalikostomi komplike upj darlığı ve alt pol kaliektazisi olan hastalarda uygulanan tedavi şeklidir.Genellikle başarısız piyeloplasti sonucunda ve intrarenal yerleşimli pelvis bulunanlarda uygulanır.İlk olarak Neuwirt tarafından 1932'de tariflenmiştir.Üreterokalikostomi, hidronefrotik böbrek alt pol parankim eksizyonu ile direk alt pole spatüle edilmiş üreter anastomuzu yapılmasıdır.Biz bu bildiride daha önce başarısız piyeloplasti operasyonu geçiren hastamıza yaptığımız üreterokalikostomi operasyonunu tarifledik.

GEREÇ-YÖNTEM: 37 yaşında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve sağ yan ağrısı şikayeti ile üroloji polikliniğine başvuran bayan hastanın öyküsünden 10 yıl önce açık piyeloplasti operasyonu geçirdiğini öğrendik.Hastadan istenen dtpa sintigrafisi sağ böbrekte split fonksiyonunun %42, Tmax'ın 28 dk olduğunu gösterdi.İleri derecede hidronefroz olan sağ böbreğe nefrostomi katateri konuldu ve çekilen antegrad piyelografide üretere geçiş izlenmedi.Bunun üzerine hastaya üreterokalikostomi planlandı.Operasyon lateral dekubit pozisyonunda 4 adet trokar girilerek laparoskopik yolla yapıldı.Üreter uzunluğunun yetersiz olması sebebiyle böbrek psoas kasına fikse edildi. Böbrek alt polune vaskülarizasyonun az olduğu kaliektazik alandan insizyon yapıldı.Üreterokaliksiyel anastomoz dj stent üzerinden 4-0 vikril sütürle yapıldı.Daha önceden nefrostomi tüpü bulunduğundan kaçak testi yapılarak anastomoz hattından kaçak olmadığı izlendi

BULGULAR: Operasyon süresi 150 dakikadır.İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon olmamıştır.Tahmini kan kaybı 350 mL'dir.Hospitalizasyon süresi 8 gündür.3. gün sonda,5. gün dren,7. gün nefrostomi çekilmiştir.Düzenli aralıklarla bakılan serum biyokimya testlerinde herhangi bir metabolik anormallik olmamıştır.Hastanın 2 ay dj stentli kalması planlamıştır.Stent çekimi sonrası yapılan diüretikli sintigrafide obstrüksiyonun giderildiği gözlenmiştir.

SONUÇ: Üreterokalikostomi, başarısız piyeloplasti sonucunda, intrarenal yerleşimli pelvis bulunanlarda ve endoskopik olarak tedavi edilemeyen hastalarda uygulanabilir cerrahi tekniktir.Operasyon sonrası en sık komplikasyon tekrarlayan obstrüksiyon ve anastomoz darlığıdır.Anastomoz esnasında üretranın kanlanmasına, anastomozun gergin olmamasına ve mukoza-mukoza anastomozuna ve dj stent konulmasına dikkat edilmelidir

Anahtar Kelimeler: Üreterokalikostomi, laparoskopi,upj darlığı

VS-016

Yeni Bir Bakış: Perineoskopik Üretroplasti

Abdulmuttalip Şimşek, Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Soytaş, Feyzi Arda Atar, Kamil Gökhan Şeker, Ramazan Uğur, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Universitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Tekrarlayan üretra darlıklarının tedavisinde darlığın uzunluğu, yapısı ve lokalizasyonuna göre değişen çok sayıda cerrahi teknik tanımlanmıştır. Bu çalışmamızda bulber üretra darlığı tanısı alan hastaya yapılan perineal yaklaşımda yeni bir teknik olan perineoskopik üretroplasti operasyonu ve tekniğini sunmayı amaçladık.

OLGU: Travmatik üretral kateterizasyon öyküsü olan 21 yaşındaki erkek hastaya iki kez endoskopik üretrotomi interna yapılması sonrası şikayetlerinin tekrarlaması nedeniyle yapılan retrograd üretrografide bulbar üretrada 2 cm'lik darlık tespit edildi. Hastaya uç uca anastomoz üretroplasti planlandı. Genel anestezi altında hastaya eksejere litotomi ve 15° trendelenburg pozisyonu verildi. Da Vinci Xi-Robotik sistem (IntuitiveSurgicalInc., Sunnyvale, CA, USA) hastanın sol tarafında ve 1.robotik kol hastanın sol tarafından getirilerek orta hatta konumlandırıldı. Operasyonun tüm aşamaları 30° up robotik skope kullanılarak ve cerrah koordineli bir şekilde ekrana bakarak yapıldı. Operasyon sırasında optik sistemin ileri geri, sağ sol ve aşağı yukarı manipülasyonları konsolda bulunan ikinci cerrah tarafından sağlandı. Bulbospongioz kas orta hattan insize edildi, ardından üretra çevresel olarak mobilize edildi ve darlık hattı tanımlandı. Darlık seviyesinde üretra diseke edilerek skarlı üretral alan eksize edildi. Üretranın her iki ucu karşı taraflardan spatule edildilten sonra geniş spatule edilen üretra, 18 fr silikon katater üzerinden anastomoz edildi. Anastomoz sonrası katlar usulüne uygun anterioposterior şekilde kapatıldı. Hastanın yapılan kontrol retrograd üretrografisi sonrasında suprapubik sistostomisi çekildi. Hastanın rutin kontrolleri kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ: Anastomotik üretroplastilerde üretranın transeksiyonu, skarlı dokunun tamamen çıkarılmasına olanak sağlar ancak bu durum üretra ve peniste nörovaskülar hasar gelişme ihtimalini artırır. Bu nedenle perineoskopik yaklaşımla operasyon başarısı arttırılırken gelişebilecek morbidite ihtimallerini de azaltılabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Üretroplasti, Robotik Cerrahi, Perineoskopi

VS-017

Mikroskopik Perineal Üretroplasti

Abdulmuttalip Şimşek, Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Gürkan Yenice, Kamil Gökhan Şeker, Emre Şam, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Universitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Travmatik komplet posterior üretra rüptürleri pelvis fraktürlerinden sonra sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmamızda posterior üretra darlığı tanısı alan hastaya yapılan perineal yaklaşımda yeni bir teknik olan mikroskopik üretroplasti operasyonu ve tekniğini sunmayı amaçladık.

OLGU: Trafik kazası sonrası pelvis kırığına bağlı posterior üretral yaralanma öyküsü olan 16 yaşındaki erkek hastaya dış merkezde abdominoperineal üretroplasti uç uca anostomoz işlemi yapılmış. Operasyon sonrası şikayetleri tekrarlayan hastaya yapılan retrograd üretrografide posterior üretrada 4 cm'lik darlık tespit edildi. Hastaya salvage üretroplasti planlandı. Genel anestezi altında hastaya eksejere litotomi ve 15° trendelenburg pozisyonu verildi. Zeiss-Pico ameliyat mikroskobu 10X ve 15X büyütme kullanılarak hastanın orta hattında konumlandırıldı. Operasyon sırasında optik sistemin ileri-geri, sağ-sol ve aşağı-yukarı manipülasyonları cerrah tarafından sağlandı. Bulbospongioz kas orta hattan insize edildi, ardından üretra çevresel olarak mobilize edildi. Suprapubik sistostomiden yerleştirilen fleksible sistoskop yardımıyla direk görüş altında darlık hattı tanımlandı. Pelvik tabandaki skarlı doku ve üretra diseke edilerek darlık alanı eksize edildi. Korporeal seperasyon yapıldıktan sonra gerilimsiz anastomoz sağlanması için dorsal ven bağlanıp kesildi ve inferior pubektomi işlemi uygulandı. Üretranın her iki ucu karşı taraflardan spatule edildikten sonra geniş spatule edilen üretra, 18 fr silikon katater üzerinden anastomoz edildi. Anastomoz sonrası katlar usulüne uygun anterioposterior şekilde kapatıldı. Hastanın yapılan kontrol retrograd üretrografisi sonrasında suprapubik sistostomisi çekildi. Hastanın rutin kontrolleri kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ: Posterior üretra travmaları tedavileri deneyimli bir ekip gerektirmektedir. Transperineal inferior pubik yaklaşım ile pelvise zarar verilmeden geniş bir görüş alanı sağlanabilinmektedir. Gerilimsiz bir anastomoz sağlanması için basamaklı olarak korporeal seperasyon ve inferior pubektomi işlemlerinin de eklenmesi cerrahi başarıyı artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üretroplasti, Mikroskopi, Travma

VS-018

Extraperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy and Simultaneously Inguinal Hernia Repair with 3 Trocars

Yiğit Akin[1], Rodrigo Leon Mar[2], Sakıp Erturhan[3], Osman Kose[1], Sacit Nuri Gorgel[1], Enis Mert Yorulmaz[1]

[1]Department of Uroloy, Izmir Katip Celebi University, Izmir, Turkey
[2]Department of Urology, Centro Medico Nacional Siglo XXI'da médico de base Urología, Mexico City, Mexico
[3]Department of Uroloy, Gaziantep University, Gaziantep, Turkey

OBJECTIVES: To evaluate our clinical data on extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy (eLRP) with 3 trocars.

MATERIALS-METHODS: All consecutive prostate cancer patients undergoing eLRP in similar surgical procedures by two different surgeons (Y.A.&R.L.M.) between 2017 and 2018 at two different centres were included. Various clinical data including patients' demographics, intraoperative and postoperative data, complications, and follow-up were recorded and analysed. We are presenting a video of one such case of eLRP with simultaneously right inguinal hernia repair with using 3 trocars. Surgeons in different clinics performed similar modified surgical technique (Heilbronn technique)(1) for eLRP with 3 trocars.

RESULTS: There were 54 cases in total (36 cases in Clinic 1 and 18 cases in Clinic 2). Mean follow-up was 11±0.4 months. Mean age was 69±1.2 years old. Mean prostate specific antigen was 8.5±1.1ng/dl. Mean operating time was 119±20.2 min. Mean estimated blood loss was 175 ± 6.5 ml. Mean hospitalization day was 2.8±1 days. Mean catheter removal day was 8.4±3.8 days. Surgical margin was negative for all cases with 3 complications (Clavien 2) without major complications.

CONCLUSIONS: The first advantage of this technique is using just one assistant holding laparoscopic optic. Second one is to have similar results with traditional eLRP with fewer trocars. Indirectly, more cosmesis is third one, as our approach seems more minimally invasive than traditional eLRP.

eLRP with simultaneously hernia repair is feasible, safe, and effective with using just 3 trocars in selected cases.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopy, prostate cancer, retroperitoneal area, surgical technique.

VS-019

Kliniğimizin Son Bir Yıldaki Laparoskopik Retroperitoneal Pyeloplasti Deneyimleri

Yiğit Akin, Osman Köse, Sacit Nuri Gorgel, Serkan Ozcan, Yüksel Yılmaz, Enis Mert Yorulmaz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Kliniğimizin son 1 yıldaki laparoskopik retroperitoneal pyeloplasti deneyimlerini sunmayı amaçladık.

METOD: Şubat 2018- Şubat 2019 arasında kliniğimizde üretropelvik (UP) bileşen darlığı nedeniyle laparoskopik retroperitoneal pyeloplasti yapılan erişkin hastalarımız çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, operasyon sırasındaki ve sonrasındaki verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların tümüne retroperitoneal laparoskopik Y-V pyeloplasti cerrahi tekniği uygulandı. İstatistik analizler uygulandı ve anlamlı p, $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Onbir hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 32,2±6,6 idi. Operasyon öncesinde dinamik böbrek sintigrafisinde (DTPA) opere edilen tarafta ortalama separe böbrek fonksiyonu %34,7±3,2, ortlama t1/2 süreleri ise 25,1±4,8dk idi. Tüm hastalarda operasyon yapılan böbreğin karşı tarafı normaldi. Tüm hastalara operasyon sırasında 6f dj stent konuldu ve operasyon sonrası 45 gün sonrasında stentler lokal anestezi altında alındı. Operasyon sonrası 90. Günde kontrol DTPA'da ortalama böbrek fonksiyonu %35,12±6 saptandı ve ortalama t1/2 13,1±6 dk olarak ölçüldü. Operasyon öncesi ve sonrası DTPA sintigrafi değerleri karşılaştırıldığında T1/2'nin anlamlı düştüğü saptandı ($p=0.01$).

SONUÇ: UP darlıkta laparoskopik Retroperitoneal Y-V pyeloplasti güvenli cerrahi seçenek adayıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Pyeloplasti, Retroperitoneaş alan, Üreteropelvik Bileşke Darlığı

VS-020

Evaluation of Laparoscopic Transperitoneal Adrenalectomy Cases in the Last Year

Yiğit Akin, Osman Kose, Sacit Nuri Gorgel, Serkan Ozcan, Yuksel Yilmaz, Enis Mert Yorulmaz

Department of Uroloy, Izmir Katip Celebi University, Izmir, Turkey

OBJECTIVE: Laparoscopic adrenalectomy is standard of surgical removal of adrenal. However, diameter of tumour has been still a debate for standard laparoscopic approach. We herein evaluated laparoscopic transperitoneal adrenalectomy cases of our clinic in last year.

MATERIAL-METHODS: Forty-seven cases were undergoing laparoscopic adrenalectomy between January 2018 and January 2019. Of the 43 of them were performed using the transperitoneal route. Of 4 cases underwent laparoscopic retroperitoneal adrenalectomy. Demographic, surgical, and follow-up data were recorded and evaluated. Complications were noted according to Clavien Dindo classification. We are presenting a video of one such case of laparoscopic transperitoneal adrenalectomy.

RESULTS: The mean age was 61.1 ± 6.5 years. Mean follow-up was 9.6 ± 5.2 months. Of the 4 cases were performed by using retroperitoneal laparoscopic route as the complementer of laparoscopic retroperitoneal radical nephrectomies. We performed 43 laparoscopic trans peritoneal adrenalectomies. Of 32 cases were on the left side and of 9 cases were on right side. The mean diameter of the masses were 7.2 ± 3.5. Of 9 cases wee hormone active tumour. There was no malignant pathology however we had 2 metastatic cases. Additionally, 8 cases had previous abdominal surgeries. We did not have any Major complications (Clavien 3, 4, and 5). Additionally, all cases were completed laparoscopic route without open conversion. Of the 3 Cushing patients had wound infections in tracer placement area (Clavien 2).

CONCLUSION: Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy is standard of surgical treatment in adrenal masses. Surgeons should be aware of glucose intolerance indirectly cause of wound infections.

Keywords: Adrenalectomy, complications, Laparoscopy, transperitoneal

VS-021

Robotik Radikal Prostatektomide; Klipsiz ve Atermal Sinir Koruyucu Teknik

Mustafa Bilal Tuna[1], Tünkut Salim Doğanca[2], Ömer Burak Argun[3], İlter Tüfek[3], Can Öbek[3], Ali Rıza Kural[3]

[1]Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü
[2]Acıbadem Taksim Hastanesi,Üroloji Bölümü
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Robot yardımlı radikal prostatektomi;kan kaybının ve post-operatif dönemde kan transfüzyonu oranının daha az olması,hastanede yatış süresinin daha kısa olmasının yanında; onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarının deneyimli ellerde açık serilere kıyasla en azından eşdeğer ya da daha iyi olması nedeniyle günümüzde giderek artan oranda uygulanmaktadır. Robot yardımlı radikal prostatektomide ender görülen komplikasyonlardan biri; hemostaz amacıyla kullanılan polimer kliplerin, anastomoz hattından mesaneye migrasyonudur. Bu duruma; muhtemelen literatürde rapor edildiğinden daha sık rastlanılmaktadır. Ayrıca; nörovasküler demet civarında enerji kullanılması, daha fazla nörovasküler doku kaybına yol açmaktadır. Bu videoda; klip migrasyonunu önlemek ve nörovasküler demette termal hasar oluşturmamak amacıyla uyguladığımız "Klipsiz, Atermal Sinir Koruyucu" teknik sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: robot yardımlı radikal prostatektomi, klipsiz, atermal

VS-022

Malleable penil protezli üretral darlığı bulunan hastada flexible sistoskop eşliğinde lazer üretrotomi

Mustafa Kaan Akalın, Muhammet Çiçek, Asıf Yıldırım, Bülent Erol, Hüseyin Özgür Kazan

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Üretral darlık, üretral mukozanın ve korpus spongiosumun etrafındaki süngerimsi dokuların skarlaşmasıdır. Etyolojide gonokoksik üretrit, üriner sistemin entrümentasyonu ve travma en çok suçlanan sebeplerdir.Posterior üretral yaralanma genellikle pelvik kırıklarla ilişkilidir. Pelvik kırılma ile sonuçlanan kayma mekanizmaları, bulomembranöz üretranın yırtılmasına ve üretral deformasyona ve reposizyona yol açabilir. Üretral darlık ve pelvik kırıklara sekonder üretral yaralanma literatürde erektil disfonksiyon ve ejakülatör disfonksiyonla ilişkilendirilmiştir.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta idrar yapmada güçlük şikayeti ile başvurdu. Başvuru anında globda olduğu saptanan hastaya üretral kateter yerleştirilememesi üzerine sistotomi yerleştirildi. 13 yıl önce yüksekten düşme sonrası pelvik fraktürü olan hastanın, travma sonrası 2. ayda perineal üretroplasti operasyonu yapılmış sonrasında 6 ay içerisinde 2 defa internal üretrotomi yapılmış. travmadan 1 yıl sonra penil protez implantasyonu yapılmış ve o tarihten sonra 8 defa üretrotomi interna, 2 defa penil protez değişimi ve 2 defa bulber üretraya sfinkter implantasyonu operasyonu yapılmış. daha sonra üretral sfinkter protezleri aşınma nedeniyle çıkarılmış. Kliniğimizde glob nedeniyle sistostomize edilmiş olan hastaya flexible sistoskop yardımıyla lazer üretrotomi yapıldı. postoperatif erken dönem komplikasyon gelişmeyen hastanın sondası 10 gün sonra alındı. Postop 1. Ayda hastanın darlık semptomu yok, inkontinans nedeniyle ped kullanmaya devam ediyor.

SONUÇ: Üretral darlıklar sık nüksler ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi nedeniyle hasta ve klinisyen için zorlu bir tedavi süreci gerektirir. Penil protez implantasyonu yapılmış hastada anatomik nedenlerle bu süreç daha da zorlaşmaktadır. Flexible sistoskop kullanılarak lazer yardımlı üretrotomi zorlu hastalarda elverişli bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: lazer, mallable, penil, protez, üretrotomi

VS-023

Böbreğin Tamamını Kaplayan Böbrek Tümörü Olgusunda Laparoskopik Nefrektomi

Selahattin Çalışkan[1], Mustafa Sungur[2]

[1]*Silivri Medikal Park Hastanesi*
[2]*Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

-77 yaş, bayan hasta
-Sol lomber ağrı şikayeti
-Özgeçmiş: ht, hipotroidi
-F.M: T.A: 150/95 mmHg,
- Pre op Ure:56, Cr:0,94
-Usg:Sağ böbrekte 32 mm çapında egzofitik ve 10 mm çapında kortikal anekoik kistler izlendi. Sol böbrek 160x86 mm ebatlarındadır. Normal morfolojik yapıda izlenmemektedir. Ekojen ağırlıklı heterojen eko yapıdadır.Kesitsel görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi uygundur.
-BT: Sol böbrek boyutlarını genişleterek ekspanse eden, kortikal-korteks medüller ayrımının tama yakın kaybolduğu içerisinde kistik ve nekrotik alanlar barındıran kitlesel görünüm öncelikle trasizyonel hücreli karsinom lehine değerlendirilmiştir. Sol renal ven komşuluğunda en büyüğü 33x17 mm. boyutlarında olmak üzere birkaç adet LAP izlenmiştir. Sol renal vende şüpheli trombüs görünümü dikkati çekmiştir.
-Hastaya Laparoskopik Transabdominal Nefrektomi uygulandı
-Süre:150 dk.
- Kan kaybı:210 cc
-PO5 taburcu edildi
Patoloji:
RENAL HÜCRELİ KARSİNOM,PAPİLLER TİP (TİP 2);
sol böbrek,nefrektomi
-Tümör çapı 12 cm dir.
-Tümör dokusu renal pelvis ve ekstrarenal invazyon yapmıştır.
-Tümör dokusunun yaklaşık %5-10 u nekrotiktir.
-Üreter ve damar cerrahi sınır sağlıklı değerlendirilemedi.
Hasta takiplerinde onkoloji ile değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: nefrektomi, laparoskopi, lokal ileri evre

Figür 1



VS-024

Çocuk Yaş Grubu Mesane Tümörlerinde Ho-YAG Lazer ile En Blok Rezeksiyon Tekniği

Numan Baydilli[1], Yaşar Başağa[1], Emre Can Akınsal[1], Nahit Topaloğlu[2], Deniz Demirci[1]

[1]Erciyes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

Mesane tümörleri sıklıkla orta ve ileri yaş hastalarda görülmekle birlikte, çocuk hasta gurubunda nadirdir. Tedavide sıklıkla transüretral endoskopik rezeksiyon (unipolar, bipolar) kullanılmaktadır. Hedef, kitleyi çıkarmanın yanında, tümör tabanında bulunan mesane kas tabakasının da örneklenmesi ve etkin bir evrelemenin yapılmasıdır. Bu videoda mesane tümörü tespit edilen 12 yaş erkek hastanın Ho-YAG laser yardımlı rezeksiyon ile mesane tümörünün en-blok çıkarılma tekniği sunulmuştur.

OLGU: 12 yaş erkek çocuk, aralıklı hematüri şikayeti ile başvurdu. Yapılan USG'de ve klinik evreleme için yapılan MR' de mesane sağ yan duvar taban birleşim yerinde, lümene protrüde taklaşık 2.5 cm çapında, kanlanan kitle tespit edildi. Diğer batın organlarında patoloji görülmedi. Hastaya genel anestezi altında yapılan sistoskopide mesane sağ yan duvar sağ orifis lateralinde saplı lümene protrüde papiller tümöral kitle lezyonu izlendi. Ho-YAG laser ile mesane kas tabakasını da içine alacak şekilde tümör ve kas tabakası en-blok rezeke edildi.Laser enükleasyon 1-2 J, 5-10 Hz enerji kullanılarak serum fizyolojik ile mesane distansiyonu sağlanarak yapıldı. Operasyon süresi 25 dk idi. Kanama olmadı. Post operatif takılan foley üretral kateter 12 saat sonra çıkarıldı ve hasta ertesi gün taburcu edildi. Patoloji raporu üretelyal papillom, tümör tabanında kas görüldü invazyon izlenmedi olarak rapor edildi.

SONUÇ: Çocuk yaş gurubunda hematüri ile başvuran hastalarda nadir görülse de mesane tümörleri mutlaka akılda tutulmalıdır. Üretelyal papillomlar invazyon göstermeyen fibrovasüler bir merkez etrafında papiller şekilde normal üretelyum döşeli kitlelerdir. Sıklıkla çocuk yaş gurbunda görülmekte ve takip gerektirmektedir. Çocuk hasta grubunda mesanede lümene protrüde, saplı kitlelerde minimal invaziv bir yöntem olan Ho-YAG rezeksiyon tekniği ile en-blok rezeksiyon uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hematüri, Mesane tümörü, Üretelyal papillom

VS-025

Düğümlenmiş Double-J Kataterin Endoskopik Çıkartılması

Osman Gerçek, Mustafa Karalar, Tevfik Çetin, Kutay Topal, Kürşad Zengin, Ibrahim Keleş, Haşmet Sarıcı

Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ: Üreter ve böbrek taşı endoskopik tedavisi yapılan hastalarda üreteral double j stent (DJS) konulması için ilk fikir 1967 de Zimskind ve arkadaşları tarafından ortaya atılmıştır. DJS'ler üretere antegrad, retrograd veya açık cerrahi girişimlerle yerleştirilebilir ve yapılarına göre farklı sürelerde üreterde kalabilirler.

Double-J kateterler üriner diversiyon, postoperatif drenaj, ağrı palyasyonu, obstrüksiyonun giderilmesi amacıyla kullanılabilmektedir. DJS'lerin yaygın kullanımıyla birlikte kateter komplikasyonlarıyla daha sık karşılaşmaktayız.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta DJS'li olarak tarafımıza başvurdu. Hastaya 1 ay öncesinde dış merkezde üreter taşı nedenli üreterorenoskopi (URS) ve DJS takılması işlemi yapıldığı öğrenildi. Çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi ve direkt üriner sistem grafisinde üreterde taş ve etrafında birkaç tur atmış ve renal pelvisten düşmüş DJS saptandı. Hastanın preoperatif kreatinin değeri 1,05 saptandı, taş ve DJS proksimalinde bariz hidronefroz görülmedi. Hastaya üreterorenoskopi ve DJS değişimi yapıldı. Üreterdeki taş ve taşın etrafındaki DJS, lazerle fragmante edildi ve yabancı cisim forsepsi ile dışarı alındı. Ayrıca DJS'nin düğümlendiği yerde bifurkasyon ve proksimalinde çift üreter olduğu görüldü. Postoperatif kreatinin 1,04 geldi. Postoperatif direk üriner sistem grafisinde üreterde rezidü kalmadığı ve DJS'in doğal pozisyonda olduğu görüldü.

TARTIŞMA: Endoskopik üreter taşı tedavisi sonrası DJS uygulamasında, stentin yapısına bağlı olarak uzun süreli kullanıma bağlı bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Enfeksiyon, hematüri, migrasyon ve taş oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Ayrıca bu konuda stentin yapısal özellikleri de etkilidir. DJS'ye bağlı majör komplikasyonlar enkrustasyon, taş oluşumu, kataterin migrasyonu, erozyon, vezikoüretreral reflü, üreter perforasyonu ve katater kopmasıdır. Major komplikasyonlar genelde 3. aydan sonra ortaya çıkmaktadır. DJS'nin takılması veya çekilmesi işlemleri dikkatlice ve gerektiğinde skopi kullanılarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: üreter, stent, lazer

VS-026

Robot-assisted Retroperitoneal Lymph Node Dissection in Post-chemotherapy Residual Mass Adherent to Left Kidney Vessels

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]*Istanbul Florence Nightingale Hospital*
[2]*Department of Urology, Istanbul Bilim University*

AIM: To report robot-assisted retroperitoneal lymph node dissection (RA-PLND) in 27-year-old man with mixed testicular germ cell carcinoma.

PATİENT AND METHOD: A 27-year-old man with left testicular mass presented to our hospital. Scrotal ultrasonography revealed a 3cm solid mass in the testicular parenchyma. Tumor markers were elevated (AFP =85mg/dl, b-HCG>10.000 mIU/ml). After first evaluation patient underwent radical orchiectomy. The pathology report showed mixed germ cell tumor with teratoma (%10), choriocarcinoma (%85) and yolc sac (%5) component. Due to paraaortic and lung metastatis he recieved 4 course BEP chemotherapy. After completion of medical treatment computed tomography revealed residuel mass in left paraaortic region near to the kidney vessels. Robot-assisted laparoscopic RPLND was planned.

RESULTS: After placing the patient in the right flank position robot docked from the right side of the patient. A total of 5 ports were used. Due to improved visualization of the robotic technology, mass was gently dissected from adherent aorta, VCI and ureter. Robot provided also slight and careful retraction and dissection of renal vein and artery. This allowed to complete operation without any vessel ingury. Total operation time and surgical console time were 250 and 190minutes. Blood loss was 100ml. Patient discharged after 3 days without any complication. The final pathology showed necrotic cells without any viable tumor.

CONCLUSION: In this case we showed safety and feasibility of robotic approach for surgical treatment of RPLND. Further studies will demonstrate advantages of da Vinci System for large retroperitonal masses.

Keywords: robot-assisted, retroperitoneal mass, lymph node dissection

VS-027

Robot-Assisted Partial Nephrectomy in Patient with Solitary Kidney and Multiple Renal Masses

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]*Üroloji bölümü, İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye*
[2]*Üroloji Anabilim dalı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye*

AIM: we aimed to share our experience of robot-assisted partial nephrectomy in patient with solitary kidney with 2 renal masses.

METHOD: 39-year-old male patient with left robotic radical nephrectomy operation history presented with newly developed right kidney mass.A computed tomography(CT)scan revealed a 2-cm solid mass near to renal hilum as well as 4cm mass in the posterior mid-pole with close relation to renal calyces.Before proceeding to robotic partial nephrectomy step,cystoscopy was performed to place ureteral catheter.After positioning in flank position two 8-mm robotic ports,12-mm periumbilical camera port, airseal port and 5-mm assistance ports were placed. After incising of Toldt white line the bowel and after that duodenum completely mobilized medially.After identification of ureter and gonadal vein dissection continued toward the renal hilum. According to CT arterial images hilar microdissection was performed to identify specific posterior renal artery branches supplying the tumor.A small tumor(2cm)was resected without arterial clamping. Posterior renal artery branch occlusion was used to devascularize the tumor.Pelvi-calyceal entry was repaired with absorbable suture in a watertight manner. Sliding-clip renorrhaphy was performed for renal parenchymal hemostasis.

RESULTS: There were not any peri- and postoperative complication.Estimated blood loss was 200ml.Operation time was 145mins.Warm ischemia time was 25 mins.Preoperative and postoperative 2nd day blood creatinine levels was 0,9mg/dl and 1mg/dl.Foley catheter was removed at 3rd days.Final pathology reported clear cell renal cell carcinoma with negative surgical margins.

CONCLUSION: Robot-assisted partial nephrectomy for multiple renal tumors in solitary kidney offers feasible and safe treatment option.Delicate hilar dissection may provide selective arterial clamping with minimally renal function loss.

Keywords: robotic, partial nephrectomy, solitery kidney,

VS-028

Retrograde Neurovacular Bundle Sparing in Robotic Radical Prostatectomy

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]Üroloji bölümü, İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Üroloji Anabilim dalı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

INTRODUCTION: Dissection of neurovascular bundle in robotic radical prostatectomy may be perform either antegrade or retrograde approach. It is not clearly identified which technique is the best yet.In this we present a case with retrograde bilateral nevre sparing in robotic radical prostatectomy.

METHODS: Sixty seven years old male patients had prostate biopsy with 6 ng/dl PSA level and pathology reported only one core Gleason 3+3 in sextant biopsy.Preoperatif IIEF-5 sum score was 23 so bilateral nerve sparing technique was planned.After dissection of adipose tissue on the anterior prostate and opening the endopelvic fascia, bladder neck and prostate was dissected on the left side.Opening the prostatic fascia from apex of the prostate to the prostatic capsule, neurovascular bundle tease to the laterally.Dissection route was carried out to the basis of the prostate from the apex.At the edge of the prostate basis, pedicules of the prostate was controlled with hemoloc clips and pedcule was dissected. The same technique and dissection was done on the other side.Total operation time was 110 min, total hemorrhage was 70 ml. No serious complication was seen on perioperative period.

RESULTS: The prostatectomy pathology was reported as Gleason 3+3 prostate adenocarcinoma with negative surgical margins.The total sum score of the IIEF-5 of patient on the first month was 20 points.

CONCLUSION: Although it is not well defined that which nerve sparing technique was better in either retrograde or antegrade,in our low population of patients we observed that retrograde technique has advantage of early potence recovery with an experienced surgeon in selected patients.

Keywords: robotic, radical prostatectomy, retrograde, nerve-vascular bandl sparing

VS-029

Simultaneous Robot-assisted Radical Cystectomy and Nephroureterectomy for Concomitant Bladder and Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma in Patient with Solitary Kidney

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]*Department of Urology,Istanbul Florence Nightingale Hospital Groups, Istanbul, Turkey*
[2]*Department of Urology, Istanbul Bilim University,Istanbul, Turkey*

AIM: Patients with multifocal unresectable bladder and concomitant upper urinary tract tumors are the candidates of the simultaneous cystectomy and nephroureterectomy. In thiis study we report our result of robot-assisted simultaneous cystectomy and nephoureterectomy.

MATERIAL-METHOD: A-62-year-old man with previous history of left laparoscopic nephroureterectomy (LNU) due to the renal pelvis urothelial carcinoma referred to our clinic with macroscopic haematuria. After LNU he recieved intravesical BCG treatment in sign of metastasis.Laparoscopic cystectomy was planned. After induction of anesthesia, pneumoperitoneum was achieved. One 10 mm and 2 5 mm trochars were placed.After dissection of the peritoneum,perivesical tissue was dissected.After ligation of the dorsal venous complex,prostatic urethra was dissected.Ligation of the bladder vessels was performed.Bilateral ureters were dissected and cut from the most distal segment.Specimen was placed into an organ retrieval bag.10 mm port was removed and appropriate ileal segment was pulled out.After seperation of the 15 cm ileal segment and ileoileal anastomosis,ureteroileal anastomosis was performed.Cutaneous placement of the distal portion of the ileal conduit was performed. Patient was ambulated and oral intake was initiated by liquids on first post-operative day.Drain was removed on 3rd post-operative day. Patient was discharged from the hospital on 5th post-operative day.On first month follow-up,no significant pathology was observed. Cystectomy operation has high morbidity and mortality rates. Laparoscopic technique has advantages in terms of peri-operative and post-operative complications,when compared with open surgery. Oncological results are also comparable with open surgery

Keywords: Laparoscopy, Cystectomy, Laparoscopic Cystectomy, Muscle Invaziv Bladder Cancer

VS-030

Robotik Radikal Prostetektomide Genişletilmiş Lenf Nodu Disseksiyonunda "Marcille-Triangle" Alanının Disseksiyonu

Ömer Aytaç[1], Asgar Garayev[2], Fatih Atuğ[2]

[1]Üroloji bölümü, İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Üroloji Anabilim Dalı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Bu videoda, Robotik radikal prostatektomi de genişletilmiş lenf nodu disseksiyonu uygulanan bir hastada, marcille–triangle alanda yapılan lenf nodu disseksiyonunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

Hasta ve YÖNTEM: 62 yaşında hasta, psa düzeyi 14.5 nl/dl olması üzerine yapılan MR-USG prostat füzyon biyopside 4+3= gleason 7 olarak saptandı. Hasta robotik radikal prostatektomi ve genişletilmiş pelvik lenf nodu disseksiyonu operasyonu planlandı.

Sağ pelvik alanda sırası ile external iliak, obturator, internal iliak, ve pararektal alanda lenf nodu disseksiyonu uygulanması ardından marcille triangle bölge lenf nodu disseksiyonuna geçildi. Sağ external iliak arter ve external iliak ven, Robotik monopolar makas ve bipolar dissektör ile yapılan künt ve keskin disseksiyonlar ile serbestleştirildi. Laparoskopik aspirator ile traksiyon uygulanılarak vasküler yapılar medialize edilerek obturotor alan ve marcille alanı vizüalize edildi. Retroiliak alan olarakta bilinen marcille triangle alanına gecilerek lenf nodu disseksiyonu uygulandı. Sol pelvik lenf disseksiyonunda aynı prosedür uygulandı.

SONUÇ: Robotik radikal prostatektomide prostat patolojisi: 4+3= 7 gleason skor adenokarsinom ve pT2cN0Mx olarak rapor edildi. Cerrahi sınır pozitifliği gözlenmedi. Toplam 37 adet lenf nodu disseksiyonu bildirildi. Sağ ve sol Marcille triangle alanlarında disseke edilen lenf nodu sayıları sırası 3 ve 4 adet olarak rapor edildi.

TARTIŞMA: Marcille triangle alanı lenf nodu disseksiyonu, orta ve yüksek risk prostat kanserli hastalarda robotik radikal prostatektomi ile birlikte uygulanılması önerilen genişletilmiş lenf nodu disseksiyonuna eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: robotik radikal prostatektomi, genişletilmiş lenf nodu disseksiyonu, marcille triangle

VS-031

At Nalı Böbrekte Laparoskopi Yardımlı Mini PCNL

Özcan Kılıç[1], Murat Akand[1], Emre Altıntaş[2], Ali Furkan Batur[1], Kadir Böcü[1], Mehmet Kaynar[1], Serdar Göktaş[1], Güner Yıldız[3]

[1]Selçuk Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Akçakale Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şanlıurfa
[3]SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Bu bildiride laparoskopi yardımıyla perkütan giriş yapılan ve sonrasında mini-pnl uygulanılan bir olgu sunulmuştur. Bu yöntemi uygulamakta ki amacımız atnalı böbreği olan hastada körlemesine yapılacak perkütan giriş esnasında gelişebilecek komplikasyonlardan sakınmaktır.

50 yaşında obez kadın hasta polikliniğimize sağ yan ağrısı nedeniyle başvurmuştur. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde alt polden füzyone atnalı böbreğinin olduğu ve sağ böbreğinde ekstrarenal pelvisle beraber büyüğü 12x7mm olmak üzere orta ve alt kalikse dağılmış vaziyette taşlarının olduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine hastaya Laparoskopik yardımlı Mini-Perkütan Nefrolitotomi(LYmPNL)planlanmıştır.

Genel anestezi altında dorsal sistolitotomi pozisyonunda sistoskopi eşliğinde kılavuz tel üzerinden sağ üretere 5F ucu açık üreter kateteri yerleştirildikten ve üretral kateterle beraber sabitlendikten sonra hastaya 70 derece eğimli sağ lateral dekübit pozisyonu verilmiştir. İki adet 10mm trokar ve bir adet 5mm trokar yerleştirildikten sonra Toldt hattından insizyon sonrası hastanın kolonu medialize edilerek sağ böbrek ortaya konmuştur. Sağ böbrek üzeri disseke edildikten sonra skopi altında böbrek taşına perkütan giriş sağlanacak yer belirlenmiştir. Daha sonra laparoskopi görüşü altında perkütan TLA iğnesi ile orta kalikse sorunsuzca girilmiştir. Dilatasyon Seldinger metodu ile 16F amplatz kılıfı girecek şekilde yapılmıştır ve mini nefroskop ile bu kılıf içerisinden böbreğe girilmiştir. İki adet taş lazer litotriptor ile fragmante edilmiştir. Fragmante edilen parçalar forseps yardımyla çıkarılmıştır. İşlem tamamlandıktan sonra böbreğe re-entry kateter ve batın içine de silikon dren yerleştirilmiştir.

Operasyon 135dk sürmüştür. Peroperatif ve postoperatif dönemlerde herhangi bir komplikasyon olmamıştır. Hastanın re-entry kateteri postoperatif 2.günde ve dreni de postoperatif 3.günde çekilmiştir. Hasta postoperatif 3.günde sorunsuz olarak taburcu edilmiştir. Hastanın operasyondan 1.5 ay sonra çekilen kontrol tomografisinde taşının olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: At Nalı Böbrek,Laparoskopi, Mini,PCNL

VS-032

Parsiyel Nefrektomide Pedikül Klemplenmeden Rezeksiyon 'Yeni Yöntem'

Özkan Onuk, Barış Nuhoğlu

Yeni Yüzyil Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi

Parsiyel nefrektomi uygulamalarının amacı kanser kontrolü ile renal fonksiyonu korumak ve genel sağ kalımı uzatmaktır. Bu amaca ulaşmak için operasyon sırasındaki iskemi süresini olası en kısa düzeyde tutmak çok önemlidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar bu sürenin maksimum 20 dakika olması gerektiğini bildirmektedir. Bu sürenin altında dahi olsa her bir iskemik dakikanın zararlı olduğu vurgulanmaktadır.

Cerrahın tecrübesine göre parsiyel nefrektomi; açık, laparoskopik ve robotik yapılabilmektedir. Fakat bu tariflenen yöntemlerde renal iskemiyi sağlamak için renal artere klem konması gerekmektedir. Pedikül diseksiyonu sırasında oluşabilecek komplikasyonlar nefrektomi ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle cerrahlar yeni yöntemler arayışındadır.

Olgumuz 65 yaşında erkek hasta. 2.2 cm boyutlarında sağ RCC tanısı almıştır. Hastamıza laparoskopik nefrektomi planladık ve işlem sırasında yeni bir teknik uygulamaya karar verdik. Böbrekte kortikal yerleşmiş 2.2 cm lik tümöre rezeksiyon öncesinde laparoskopik olarak kanma kontrol sütürlerini yerleştirdik. Pedikül diseke edilmedi ve klemplenmedi. Sonrasında laparoskopik hook ile rezeksiyon yapıldı ve kanama görülmedi. Operasyon portlar takıldıktan sonra 20 dk sürdü ve kanama izlenmedi. Hastanın post op. 1. Gün dreni alındı ve post op 2. Gün taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu renal cell hücreli karsinom geldi ve cerrahi sınırda tümör izlenmedi.

Böbrekte kortikal yerleşmiş küçük tümörlerde pedikül klemplenmeden sadece kanama kontrol sütürleri konarak güvenli şekilde laparoskopik parsiyel nefrektomi yapılabilir. Fakat hangi olgularda bu tekniğin yapılmasını önermek için randomize kontrollü çalışmalara gerek var.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik parsiyel nefrektomi, Renal hücreli kanser, Böbrek kanseri, Renal iskemi

VS-033

Kadın İnkontinansının Nadir Nedenlerinden Biri, Konjenital Çift-Böbrek ve Vajene Drene Olan Ektopik Üreter: Laparoskopik Heminefrektomi Ve Üreterektomi İle Tedavi

İlter Alkan, Osman Can, Samir Agalarov

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Çift böbrek ve vajene drene olan ektopik üreter konjenital bir malformasyondur ve kadınlarda üriner inkontinansın nadir görülen nedenlerinden biridir. Çocukluk çağında da saptanabilecek bu durum, çoğu zaman üst pol atrofik-hipofonksiyone böbreğin rutin görüntüleme yöntemleri ile saptanamaması nedeniyle hekimlerin gözünden kaçmaktadır. Hastalığın teşhisinde iki önemli nokta vardır. Anamnezde üriner inkontiansın yaşam-boyu olması, diğeri ise şüphenilen olgularda kesin tanı için görüntüleme yöntemi olarak MR-Ürografi'nin kullanılmasıdır.

24 yaşında kadın hasta devamlı idrar kaçırma-sızdırma nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezde bu durumun çocukluğundan itibaren olduğu saptandı. Klinik şüphe üzerine yapılan MR-Ürografi'de; sağ böbrek üst pol ve posterioruna doğru uzanan atrofik-hipofonksiyone böbrek ve 14 x 7 cm dilate sistem, sağda çift üreter, üst polü drene eden üreterin aşırı dilate ve tortüöz olarak vajene açıldığı saptandı. BT anjiyoda; dilate sistemi alt polde çaprazlayan aberan arter ve ven, ayrıca atrofik-hipofonksiyone üst pol parankimini besleyen ayrı bir pedikül olduğu saptandı.

Hastaya 4 port giriş ile, 3D görüntüleme yöntemi ile laparoskopik transperitoneal heminefrektomi ve üreterektomi yapıldı. Postoperatif sorunu olmayan hastanın, ilk gün üretral kateteri, 3. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Hastanın inkontinansı tamamen düzeldi.

Anahtar Kelimeler: Dupleks-böbrek, ektopik üreter, inkontinans, laparoskopi, heminefrektomi

VS-034

Laparoscopıc Transperıtoneal Approach in Treatment of Renal Hydatıd Cyst

Serdar Aykan[1], Serkan Gonultas[2]

[1]Saglik Bilimleri Universitesi, Haydarpasa Numune Egitim ve Arastirma Hastanesi, Uroloji Klinigi, Istanbul,Turkiye
[2]Saglik Bilimleri Universitesi, Taksim Egitim ve Arastirma Hastanesi, Uroloji Klinigi, Istanbul,Turkiye

PURPOSE: Although echinococcosis is a common parasitosis, isolated renal hydatid cyst is rarely seen. Renal hydatid cyst is usually solitary and localised to the renal cortex.

Main treatment option of the renal hydatid cyst is surgical intervention and medical treatment is used in patients who are not eligible for surgery or prophylaxis. Retroperitoneal laparoscopic method is the preferred method due to intraabdominal contamination concerns. In this report, a 32-year-old female patient is presented with a video presentation of the transperitoneal laparoscopic procedure of the hydatid cyst with a right kidney upper pole localization and major duodenal adhesion.

CASE: The renal hydatid cyst was diagnosed with clinical, radiological and serological tests. It was verified by postoperative pathological evaluation. Routine surgical procedure time was 70 minutes and blood loss amount was 40ml. A “cyst suction set” which is modified by our clinic was used during the surgery. No complications was seen peroperatively or postoperatively. Oral nutrition started at 6th hour and mobilization started at 24th hour postoperatively. The drain catheter was removed at the 2nd day and the patient was discharged at the 3rd day postoperatively. Albendazol treatment, which started 4 weeks prior to surgery, continued for 12 weeks more after the surgery. No recurrence was seen during the follow-up with evaluations.

CONCLUSION: Transperitoneal laparoscopic approach is a powerful alternative in terms of less blood loss, short hospitalization, faster mobilization and good cosmetic results, while the classic procedure in isolated renal cyst hydatid patients is open surgery and retroperitoneal nephron sparing surgery.

Keywords: Renal hydatid cyst, laparoscopic transperitoneal surgery, cyst suction set

VS-035

Laparoscopic Transperitoneal Repair of Retrocaval Ureter

Serdar Aykan[1], Ismail Ulus[2], Mustafa Zafer Temiz[2]

[1]Saglik Bilimleri Universitesi, Haydarpasa Numune Egitim ve Arastirma Hastanesi, Uroloji Klinigi, Istanbul,Turkiye
[2]Saglik Bilimleri Universitesi, Bagcilar Egitim ve Arastirma Hastanesi, Uroloji Klinigi, Istanbul,Turkiye

INTRODUCTION: Retrocaval ureter is an uncommon clinical entity which generally causes upper urinary tract obstruction in the right side. Actually, the disease is a vascular phenomenon as the right ureter courses circumferentially posterior to inferior vena cava. The main therapeutic approach for this disease is surgical repair. With this report, we aimed to describe our operative technique for laparoscopic repair of retrocaval ureter with a video presentation.

CASE PRESENTATİON: The video presentation shows the technique for laparoscopic transperitoneal uretero-ureterostomy that we used for the treatment of retrocaval ureter in a 28 years old, female. Double-J stent was placed preoperatively and the surgery was performed within 160

minutes. No intraoperative and postoperative complications were seen. Estimated blood loss was 60 ml. Oral intake and mobilization of the patient were started 6 and 24 hours respectively after the surgery. The drain was removed after 48 hours and the patient was discharged at postoperative third day. Double-J stent was removed after 6 weeks postoperatively. The patient follow-up was uneventful during 6 months period.

CONCLUSION: The classical treatment for retrocaval ureter is replacing the ureter in its natural anatomic position with an open ureteroureterostomy technique. Laparoscopic approach for retrocaval ureter is an strong alternative to the open surgery with several benefits such as reduced blood loss and pain, shorter hospital stay and better cosmetic results.

Keywords: Retrocaval Ureter, Uretero-Ureterostomy, Laparoscopic Transperitoneal Surgery

VS-036

Adım Adım Laparoskopik Radikal Sistektomi

Serdar Aykan, Ahmet Ürkmez, Yavuz Baştug, Ramazan Topaktaş, Emrah Özsoy, Metin İshak Öztürk

Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Organa sınırlı, invazif veya yüksek riskli rekürren yüzeyel mesane tümörünün standart tedavisi radikal sistektomidir. Son on yılda laparoskopideki gelişmelerden ve deneyimden dolayı tüm ürolojik cerrahilerde olduğu gibi radikal sistektomide de daha az kan kaybı, daha az analjezi ihtiyacı, daha kısa süreli hastane de kalış avantajlarıyla laparoskopik olarak gerçekleştirme eğilimi artmıştır. Biz bu video sunumunda laparoskopik radikal sistektomi (LRS) operasyon tekniğini adım adım sunmayı amaçladık

VAKA: 78 yaşında erkek hasta, organa sınırlı invazif mesane tümörü nedeni ile LRS gerçekleştirdik. Hastanın iki kolu tam addüksiyonda ve masa trendelenburg pozisyonunda operasyon gerçekleştirildi. 2 adet 10 mm lik, 4 adet 5 mm trokar yerleştirildi. Lateralde iliac arter seviyesinde periton insize edilerek üreter mobilizasyonu ve transeksiyonu ilk adımda yapıldı. Daha sonra superior vesical arter ve lateral pedikül kontrol altına alınıp cul-de-sac a doğru künt ve keskin diseksiyon yapıldı. Aynı işlemler sol tarafa da uygulandıktan sonra anterior diseksiyona geçildi, endopelvik facia açıldıktan sonra derin dorsal ven kontrolü sağlandı ve üretra kesildi, spesmen torbaya alınarak laparoskopik radikal sistektomi gerçekleştirildi (115 dakika). Ardından laparoskopik extended lenfadenektomi ve ekstrakorporeal ileal loop yapıldı. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Yaklaşık kan kaybı 100 cc. Postoperatif 1. Gün mobilize edildi ve rejim 1 başlandı. Postoperatif 4. Gün dreni çekildi. Postoperatif 7. Gün taburcu edildi. Hastanın 6 aylık takipinde herhangi bir sıkıntısı olmadı.

SONUÇ: LRS orta dönem onkolojik sonuçları benzer bulunmuştur. Bununla birlikte daha az kan kaybı, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış avantajları vardır ve deneyimli merkezlerde açık operasyona teknik olarak uygulanabilir güçlü bir alternatif olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Radikal Sistektomi, Minimal İnvasiv Cerrahi, Laparoskopi

VS-037

Laparoskopik Genişletilmiş Lenf Nodu Diseksiyonu

Serdar Aykan, Ahmet Ürkmez, Yavuz Baştug, Ramazan Topaktaş, Emrah Özsoy, Metin İshak Öztürk

Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Organa sınırlı mesane tümörünün standart tedavisi radikal sistektomidir. Bununla birlikte genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunun (GLND) daha doğru evreleme ve potansiyel olarak daha iyi sağkalım oranları sağladığı bildirilmektedir. Son on yılda laparoskopideki gelişmelerden ve deneyimden dolayı tüm ürolojik cerrahilerde olduğu gibi radikal sistektomiyle beraber GLND da da laparoskopik olarak gerçekleştirme eğilimi artmıştır. Gerekli deneyim ve ekipman olduğu takdirde GLND güvenli ve etkin bir şekilde yapılabilmektedir. Biz bu video sunumunda laparoskopik radikal sistektomi operasyon tekniğini sunmayı amaçladık.

VAKA: 78 yaşında erkek hasta, organa sınırlı invazif mesane tümörü nedeni ile laparoskopik radikal sistektomi(LRS) sonrası GLND gerçekleştirdik. Hastanın pozisyonunda ve trokar girişlerinde LRS den farklı bir değişiklik yapılmadı. Diseksiyonun lateral sınırı genitofemoral sinir, medial sınırı obturator sinir, distal sınırı inguinal ligaman, proksimal sınırı ise aortik bifurkuasyon oluşturmaktadır. GLND laparoskopik olarakda teknik olarak açık cerrahide uygulanandan farkı yoktu. Öncelikle sag lenfadenektomi yapıldı. Genitofemoral sinir bölgesindeki fibroareolar bölge diseke edildi. Ve iliopsoas kası ortaya kondu. Eksternal iliac arterden obturataor sinire kadar lenf pakesi diseke edildi. LRS sonrası olmasından dolayı üreter olmadığı için aort bifurkuasyonuna kadar diseksiyon yapılarak lenf nodu çıkartıldı. Spesmen ayrı ayrı endocathe- içine konuldu. GLND süresi 65 dakika sürdü. LRS ek olarak minimal kanama izlendi. Ardından ekstrakorporeal ileal loop yapıldı. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Laparoskopik radikal sistektomi ile beraber GLND da laparoskopik yapılması hasta morbiditesini oldukça azaltmaktadır. Onkolojik sonuçları benzer bulunmuştur. Bununla birlikte daha az kan kaybı, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış avantajları vardır ve deneyimli merkezlerde açık operasyona teknik olarak uygulanabilir güçlü bir alternatif olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu, mınımal ınvaziv cerrahi, laparoskopi, mesene tümörü

VS-038

Atnalı Böbrekte Laparoskopik Nefrektomi

Serdar Aykan[1], Murat Tüken[2], Metin Ishak Öztürk[1]

[1]Saglik Bilimleri Universitesi, Haydarpasa Numune Egitim ve Arastirma Hastanesi, Uroloji Klinigi, Istanbul,Turkiye
[2]Saglik Bilimleri Universitesi, Bakırköy Egitim ve Arastirma Hastanesi, Patoloji Klinigi, Istanbul,Turkiye

AMAÇ: Bu videomuzda atnalı böbrek anomalisi olan hastamızda sol hidronefrotik nonfonksiyone böbrek saptanması üzerine gerçekleştirdiğimiz sol laparoskopik nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

MATERYAL – METOD: 50 yaşında bayan hasta, kliniğimize aralıklı sol lomber ağrı ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle başvurdu. Hastanın tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde sol böbreğinin hidronefrotik görünümde olduğu, böbrek parankiminin incelmiş olduğu, ayrıca füzyon anomalisi (atnalı böbrek) olduğu saptandı. Hastanın renal sintigrafisinde sol böbrek fonksiyonu % 2, sağ böbrek fonksiyonu %98 olarak saptandı. Hastaya laparoskopik sol nefrektomi operasyonu planlandı. Operasyon 2 adet 10 mm'lik ve 1 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon medialize edilip üreter bulunduktan sonra takip edilerek sol renal pedikül yapıları (arter, ven ve pelvis) ortaya konuldu. İlk olarak renal arter, sonra renal ven kilitli ligasyon klipsi yardımıyla bağlanarak kesildi. Son olarakta üreter bağlanarak kesildi. Böbrek etraf dokulardan serbestlendi ve alt pol düzeyinde sağ böbrek ile füzyon oluşturan fibrotik bant (isthmus) izlendi. Fibrotik bant sağ böbrek parankimine kadar disseke edildi ve parankime zarar vermeksizin en yakın noktadan ligasure cihazı ile kesildi. Defektif böbrek parankimi suturuze edildi. Nefrektomi materyail organ torbasıyla dışarı alındıktan sonra loja silikon dren yerleştirilerek işleme son verildi.

BULGULAR: Operasyon süresi 60 dakika ve toplam kanama 40 cc idi. Hastanın postoperatif birinci günde üretral kateteri alındı. Postoperatif ikinci gün ise dreni alınan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Renal füzyon anomalilerinin en sık karşılaşılan tipi olan atnalı böbrekde renal cerrahi, anomalisiz hastalara göre daha güç olmaktadır. Ancak deneyimli ellerde atnalı böbrek anomalisi olan hastalarda laparoskopik cerrahi etkin ve güvenilir bir şekilde uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: atnalı böbrek, anomalili böbrekte laparoskopik nefrektomi, minimal invaziv cerrahi.

VS-039

Küçük Renal Kitlelerde Laparoskopik Radyofrekans Ablasyon Tedavisi

Serdar Yalçın, Turgay Ebiloğlu, Engin Kaya, Can Sicimli, Murat Zor, Selahattin Bedir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Radyofrekans ablasyon (RFA) tedavisi günümüzde popülerliği gün geçtikçe artmakta olan ve geniş kullanım alanlarına sahip bir tedavi yöntemidir. Ürolojik cerrahide de renal kitlelerde radikal cerrahilerin uygun olmadığı durumlarda perkütan veya laparoskopik yaklaşımlar ile uygulanabilmektedir. Bu video sunumumuzda laparoskopik RFA tedavisi deneyimimiz paylaşılmıştır.

OLGU: 76 yaşında kadın ve 79 yaşında erkek hasta insidental saptanan sağ renal kitleleri ile başvurdu. Kadın hastada 16 mm alt pol ve erkek hastada 15 mm üst pol kitlesi saptandı. Her iki kitle de ekzofitik ve sağ böbrek yerleşimliydi. Bilgisayarlı-tomografide renal hücreli kanser ön-tanısı aldı. Her iki hasta da radyoloji konsültasyonu sonrası, perkütan giriş için uygun görülmedi ve tarafımıza refere edildi. Hastaların ileri yaşta olması, kitlelerin küçük boyutlu olması ve mevcut komorditeleri nedeniyle parsiyel nefrektominin getireceği riskler de düşünülerek laparoskopik RFA tedavisinin uygun olduğu düşünüldü.

Trokar yerleşimi, standart laparoskopik nefrektomi (3 port) prosedüründeki gibi yapıldı. Keskin ve künt diseksiyon ile kitlelere ulaşılmasını takiben, öncelikle kitlelerden doku tanısı amaçlı tru-cut biyopsi alındı. Ardından RFA propları kitle içerisine yerleştirildi. 5 dakika ablasyon sonrası işlem sonlandırıldı. intraoperatif kanama minimaldi.

Postoperatif dönem, her iki hastada da komplikasyonsuz geçti. Hastalar post-operatif 2. Günde taburcu edildi. Hastaların preop ve postop kreatinin değerlerinin normal sınırlar içinde olduğu gözlendi. Her iki hastanın patoloji sonucu da RCC olarak raporlandı. 5 aylık takiplerinde lokal rekürrens ve metastaz saptanmadı.

SONUÇ: Vakalarımızda olduğu gibi RFA tedavisi uygun hasta grubunda yüz güldürücü onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar göstermektedir. Radikal cerrahilerin getirdiği morbidite ve mortaliteler göz önünde bulundurulduğunda, küçük kitlesi bulunan seçilmiş vakalarda iyi bir alternatif tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: böbrek hücreli kanser, laparoskopi, radyofrekans ablasyon

VS-040

Büyük Distal Üreter Tümöründe Üreterorenoskopik Lazer Ablasyon Tedavisi

Onur Kaygısız, Ahmet Mert

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

Tek taraflı hidronefrotik atrofik böbreği olan hastada, karşı tarafta gelişen hidronefroza neden olan büyük (4.5 cm) distal üreter tümörünün minimal invaziv cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

64 yaşında erkek hastada 20 sene önce sağ pyelolitomi hikayesi olan hastanın 2008 yılında sağ grade 4 hidronefroz sağ UV'de 14mm taş tespit edilmiş. Dış merkezde sağ Üreterorenoskopik lazer litotripsi ve aynı seansta saptana mesane tümörüne TUR-M yapılmış. Patoloji sonucu Ta yüksek grade saptana hastaya 6 doz intravezikal BCG uygulanmış. Kontrol sistoskopilerinde 2018'e kadar mesanede tümör saptanmamış. Takipte sol böbrekte hidronefroz saptana hastaya Temmuz 2018'de kontrastlı bilgisaraylı tomografi çekilmiş; sol distal üreterde kontsrast ile dansitesi 44HU artan 45x16x16mm solid lezyon izlenmiş. 07/2018 MAG3 renal sintigrafi: sağ böbrek %18, eksresyon fazında diüretiğe yanıtsız pelvikalisiyel stazlanma izlendi. 08/2018 sol URS+TUR-M: sol orifis çevresi hiperemik alana TUR-M yapıldı. Sol üreter distal uçtaki 4.5 cmlik geniş tabanlı solid lezyona lazer ablasyon tedavisi uygulandı. Patoloji sonucuna göre ileri tedavi planlandığından ve üreter dışına invazyon şüphesi nedeniyle rezidü doku kaldı.Patoloji üreter: benign mukozal doku parçası ve mesane: epitelde atipinin izlendiği mukozal doku parçası olarak gelmesi üzerine 10/2018 'de yapılan sol üreteroskopik lazer ablasyon ile tümörsüzlük sağlandı. Üçüncü ayda yapılan tanısal URS'de her iki sistemde üreterde tümör saptanmadı.

Sonuç olarak seçilmiş hastalarda distal üreter tümörlerinde lazer ablasyonu tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Benign tümör, Lazer doku ablasyonu, Üreteral neoplazm

VS-042

Primer Adrenal Kist Hidatik: Laparoskopik Transperitoneal Sol Adrenalektomi

İlhan Geçit, Fatih Oğuz, Ahmet Yıldız, Ali Beytur, Ali Güneş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Büyük boyutlu Adrenal Kist Hidatik cerrahisinde laparoskopik yaklaşım uygulanan olgunun sunulması

YÖNTEM: 46 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile başvurdu. Batın tomografisinde sol adrenal bezde 8,5 cm boyutunda, düzgün sınırlı, kistik dansitede, duvarında 2,5 cm makrokalsifikasyon izlenen Kist Hidatik ile uyumlu lezyon izlenmesi ve endokrinolojik değerlendirmede aktivite saptanmaması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Cerrahi öncesi dört haftalık Albendazol tedavisi(400 mg, günde iki doz) verilen hasta işleme alındı. Genel anestezi altında, flank pozisyonda, midklavikular hat ile 11. kot birleşim yerinin 3 cm kaudalinden Veress iğnesi ile girilerek pnömoperitonum sağlandı ve 10 mm'lik bir trokar yerleştirildi. 10mmlik ikinci ve üçüncü trokarlar kot kavsine paralel olarak çizilen yay üzerinde kamera portunun medial ve lateraline dörder cm mesafe bırakılarak girildi. Trokar yerleşimini takiben desendan kolon düşüldü ve duedonum medialize edildi. Böbreği lateralize etme ihtiyacı üzerine ilave trokar arka aksiller çizgi üzerinden yerleştirildi. Psoas kası önünde Gonadal ven bulunarak takip edildi ve Renal Ven ortaya çıkarıldı. Adrenal ven diseke edildi ve Hem-O-Lok klipslerle bağlanarak kesildi. Arterler diseksiyon esnasında Ligasure yardımıyla geçildi. Kistik yapı rüptüre edilmeden dikkatlice diseke edilerek bez organ torbasına alındı, 20F Foley sonda dren olarak yerleştirilerek spesmen dışarı alındı.

BULGULAR: Ameliyat süresi 110 dakikaydı. 100cc kan kaybı oldu. Post-op hemoglobin düşüşü 0.3 g/dl olarak izlendi. Postoperatif 2. gün dren alındı ve 3. Gün hasta taburcu edildi. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇLAR: Laparospik adrenalektomi 25 yılı aşkın süredir yapılmakta ve 6 cm'den küçük kitlelerde altın standart tedavi olarak kabul edilmektedir. Uygun hastalarda daha büyük kitlelerde de minimal invaziv bir yöntem olarak güvenle tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: dev adrenal kitle, adrenal kist hidatik, laparoskopik adrenalektomi

VS-046

The Use of Vivostat® Fibrin Glue For High Degree Nerve-Sparing Robotic Radical Prostatectomy; Point of Technic

Asgar Garayev[1], Ömer Aytaç[2], Fatih Atuğ[1]

[1]*Üroloji Anabilim dalı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye*
[2]*Üroloji bölümü, İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

AIM: Robot-assisted radical prostatectomy(RARP)offers precise dissection and avoiding clip or suture incorporation on the neurovascular bundles(NVBs).In another hand, using of monopolar or bipolar energy for bleeding control after NVBs dissection have a potential risk of cavernosal injury.In this study we describe our technique of cautery free NVBs sparing using autologous fibrin glue (Vivostat®) to stop bleeding from NVBs

MATERIAL-METHOD: The fibrin glue was prepared with automated Vivostat® system(Vivostat A/S, Denmark) using own patients blood which was taken before the start of surgery. After dividing seminal vesicles and bladder neck from basis of the prostate, hem-o-lock clips were placed on the prostatic vascular pedicles. Both of the neurovascular bundles completely mobilized with intrafascial nerve-sparing technique. NVBs gently dissected and completely freed from the prostate. Surgical clip or sutures were not applied on NVBs. All steps proceeded with application of cold irrigation to reduce thermal injury. After removing entire pathology specimen Vivostat® fibrin glue is applied along the bilateral NVBs with airless spraying mode. After application of Vivostat® vascular pedicles and NVBs are covered by the rapid polymerisated fibrin glue.

RESULTS: Control of small bleeding areas on the NVBs are achieved using fibrin glue without electrocautery. Postoperative blood loss, delayed bleeding or prolonged drainage were not observed.

CONCLUSION: In order to control bothersome bleeding from neurovascular bundles we successfully applied fibrin glue to maintain hemostasis It is reliable method for sparing NVBs to avoid of electrocautery and surgical sutures to gain rapid return of sexual functions.Further studies with randomised setting are needed to confirm our results.

Keywords: robotic,radical prostatectomy, fibrin glue, nerve vascular sparing

VS-047

Distal Üreter Darlığında Robotik Transperitoneal Boari Flep ile Üreteroneosistostomi

Yusuf Kibar, Burak Köprü, Giray Ergin, Mustafa Kıraç, Hasan Biri

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koru Ankara Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Uzun segment üreter alt uç darlıklarında veya kayıplarında Boari flep tekniği yüz güldürücü sonuçları ile ilk tercih edilecek tedavi yöntemlerinden birisidir. Bu çalışmamızda uzun segment üreter alt uç darlığı olan hastaya Robotik Boari flep ile üreteroneosistostomi ameliyat tekniğini paylaşmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: 38 yaşında bayan hastada sol üreter taşı nedeni ile sol üreterorenoskopi ameliyat hikayesi mevcut olup uzun süren sol yan ağrısı nedeni ile yapılan tetkikler sonucu hastada uzun segment üreter alt uç darlığı tespit edildi. Sol böbrekte grade 2-3 hidronefroz mevcuttu. Hastaya batın CO2 insuflasyonu sonrası 1 adet 12 mm'lik kamera portu 2 adet robotik port ve 1 adet 10 mm'lik asistan portu yerleştirildi. Hastaya robotik transperitoneal Boari flep ile üreteroneosistostomi uygulandı. Hastaya double -j stent kondu. 28. gün double-j stenti çekildi.

SONUÇLAR: Toplam anestezi süresi süresi 151 dakika, cerrahi süre 112 dakika olarak belirlendi. Trasfüzyon gerektirecek bir kan kaybı tespit edilmedi. Hasta post operatif 2.gün batın içi dreni çekildi ve taburcu edildi. 3. ay kontrolünde hastada üreter darlığı ve vezikoüreteral reflü izlenmedi. Hastanın sol böbreğindeki hidronefrozun grade 1'e kadar gerilediği tespit edildi.

TARTIŞMA: Uzun segment üreter darlıklarının tedavisinde Boari flep ile üreteroneosistostomi tekniği etkin bir tedavi yöntemdir. Robotik cerrahi tekniği ile kısa hastanede kalış süresi, az kan kaybı ve kolay uygulanabilir olması nedeni ile tercih edilebilinir başarılı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Üreter darlığı, Boari flep, Robotik cerrahi

VS-048

Alt Üriner Sistem Semptomları Olan Ürogenital Sinüslü 46 XX Karyotipli Hastada Sistoskopi Bulguları

Muhammet Çiçek, Mustafa Kaan Akalın, Asıf Yıldırım, Hüseyin Özgür Kazan, Bülent Erol

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Gerçek Hermafroditizm, aynı bireyde hem testis hem over dokusunun bulunması ile karakterizedir. Cinsel gelişim bozuklukları arasında %4 sıklığa sahiptir. Bireyde over ve testis dokusu aynı gonad içinde yer alabileceği gibi farklı gonadlarda ayrı ayrı da bulunabilir. Dış genitalyanın görünümü testis dokusunun fonksiyonuna göre değişkenlik gösterir. Olguların çoğu 46, XX karyotipe sahiptir. Başvuruda kuşkulu genital yapı veya hipospadias ile başvurabilir.

OLGU: 45 yaş 46 XX karyotipli gerçek hermofrodit hasta 20 yıldır ıkınarak işeme ve son bir yıldır idrar akımında azalma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede klitoral hipertrofi (mikropenis), tek bir üregenital açıklık izlendi. Testisler palpe edilmedi. Bilateral mastektomili, önceki görüntülemelerinde uterus, bilateral overler, hipoplastik prostat görüntülenmiş. Tanısal sistoskopik incelemede fallus üzerinde bir üretral mea izlenmedi. Fallus inferiorunda perineye açılan dar görünen açıklıktan dilatatör ilerletildi, buradaki relatif darlık genişletildi ve buradan idrar akışı olduğu izlendi, ardından sistoskop ile 2 cm ilerledikten sonra ürogenital septum görüldü. Septum lümeni alt ve üst açıklık olarak ikiye ayrıldığı izlendi. Üstteki açıklık takip edildiğinde mesane ye ulaşıldı. Mesane içerisinde bilateral orifisler doğal gözlendi. Mesanede patolojik oluşum gözlenmedi.

SONUÇ: Bu vaka literatürde hermafrodit hastalarda ürogenital sinüs formasyonunda izlenen ürogenital septum ve dar ürogenital açıklık nedeni ile gelişen alt üriner sistem semptomları bulunan literatürdeki nadir görülen bir olgudur. Ürogenital septum varlığı ve diğer anatomik detayların iyi bilinmesi hastada gelişebilecek ürolojik semptomların aydınlatılmasında ve hastanın tedavisinde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: hermafroditizm, sistoskopi, ürogenital sinüs

VS-049

Hidronefrotik Atrofik Böbreği olan Situs İnversus Totalisli Olguda Laparoskopik Nefrektomi

Cemil Aydın, Mustafa Sungur, Aykut Buğra Şentürk, Aykut Başer

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilimdalı, Çorum

35 yaşında kadın hasta, sağ lomber ağrı ile başvurdu.

Özgeçmiş: 2 kez S/C, Situs İnversus Totalis(SIT)

Fizik Muayene: S/C insizyon skarı, TA: 135/85 mmHg

Laboratuar: Cr:0.9mg/dl, TİT: Normal

USG: Sağ böbrekte ileri derece hidronefroz ve parankimal incelme

Abdominal BT: Sağ böbrekte ciddi HUN, parankimal incelme ile beraber SIT

DMSA: Sağ böbrek fonksiyonu %6.4, sol böbrek fonksiyonu % 93.6

Hastaya sağ Laparoskopik Transabdominal nefrektomi uygulandı

Operasyon süresi:110 dk., Kanama: 70cc.

Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

Literatürde Situs İnversus Totalis ile birlikte laparoskopik nefrektomi yayını çok az.

Anahtar Kelimeler: Situs İnversus Totalis, Atrofik Böbrek, Laparoskopik Nefrektomi

VS-050

Pelvik Böbrek'te Donör Nefrektomi

Selçuk Şahin, İsmail Evren, Yunus Çolakoğlu, Mithat Ekşi, Fatih Akkaş, Emre Şam, Coşkun Hüseynov, Ramazan Uğur, Ali Ihsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Literatürde ilk ektopik böbrek transplantasyonu 1973'te bildirilmiştir. Son 3 dekatta çok az sayıda olgu sunumu olup, bunların çoğu kompleks anatomi sebebiyle açık cerrahi uygulanan vakalardır. Bir vakada laparoskopik sol ektopik donör nefrektomi bildirilmiştir.Bu videoda Laparoskopik Sağ Donör Nefrektomi ile elde edilen böbreğin başarılı bir şekilde transplante edildiği literatürdeki ilk olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 25 yaşında erkek dönörün incelemelerinde sağ böbreğin ektopik lokalizasyonda olduğu tespit edildi. Ektopik böbrek boyutu 98x63 mm, DMSA'da relatif fonksiyonu %45 olarak ölçüldü. Bilgisayarlı anjiografi'de sağ tarafta 2 adet renal arter,2 adet renal ven ve 1adet üreter görüldü. Renal arterler inferior mezenterik arter lokalizasyonunda aorttan orjin alıyordu.

CERRAHİ TEKNİK: Sağ anterior superior iliac spine'in 5cm medialinden inguinal ligamente paralel yaklaşık 5-6cm'lik sağ inguinal insizyonla intraperitoneal alana ulaşıldı. Hand port (GelPort Applied Medical,Rancho Santa Margarita,CA,USA) yerleştirildi. Pnömoperitoneum oluşturduktan sonra el kontrolünde kamera portu normalden farklı olarak böbreğin ektopik yerleşimi sebebiyle sağ umblikusun 2 cm inferiolateraline yerleştirildi. Daha sonra kamera portunun sağ tarafına midklaviküler hatta 10 mm port yerleştirildi. Hand port içinden 1 adet 10mm port yerleştirildi. Retraksiyon amacıyla ön aksiller hatta 5mm asistan portu yerleştirildi. Kolon Toldt hattından medialize edildi. Üreter ve sağ common iliak arter görüldü. Kraniale doğru diseksiyon ilerletilerek renal arterler ve venler disseke edildi. Böbrek sadece renal damarlar kalana kadar serbestleştirildi. Renal arterler Endo-TA stapler (Covidien, Mansfield, MA, USA) ile zımbalandı. Daha sonra renal venler Hem-o-Lok klips yardımıyla kliplenerek böbrek hand porttan çıkarıldı. Operasyon süresi 80dk, Sıcak iskemi zamanı 100 saniye ve kan kaybı 70ml olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 2.Gün taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Canlı donör, marjinal donör, ektopik böbrek, nefrektomi

VS-051

Robotik Radikal Sistektomi ve Bilateral Genişletilmiş Lenf Nodu Diseksiyonu ve İntrakorporeal Robotik Ortotopik Üriner Diversiyon

Yunus Çolakoğlu[1], Mithat Ekşi[1], Yusuf Arıkan[1], Osman Özdemir[1], Coşkun Hüseynov[1], Doğukan Sökmen[2], Volkan Tuğcu[2], Ali Ihsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Bahçelievler Memorial Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Mesane kanseri, dünya genelinde erkek nüfusta en sık rastlanan 7. kanserdir. Genel olarak kas invaziv ve kas invaziv olmayan kanserler olmak üzere iki grupta sınıflandılır. Kasa invaze tümörlerde radikal sistektomi ve üriner diversiyon altın standart olarak uygulanmaktadır. Bu videoda kasa invaze mesane kanseri sebebiyle robotik radikal sistektomi ve bilateral genişletilmiş lenf nodu disseksiyonu ve intrakorporeal ortotopik üriner diversiyon yapılan hastayı sunmayı planladık.

METHOD: 64 yaşındaki erkek hastanın mesane tümörü sebebiyle yapılan TUR-T patolojisi pT2 yüksek dereceli üretelyal karsinom geldi. Geçirilmiş herhangi bir cerrahisi olmayan, beden kitle indeksi 24, preoperatif böbrek fonksiyon testleri normal, anestezi riski ASA-2 olan hastaya Robotik radikal sistektomi ve extended lenf nodu disseksiyonu ve intrakorporeal üriner diversiyon uygulandı.

BULGULAR: Operasyon süresi 6 saat 40 dakika olarak hesaplandı. Peroperatif kanama miktarı 700 cc olarak ölçüldü. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon yaşanmadı. Postoperatif 4.günde hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu pT2a N0M0, cerrahi sınırlar negatif olarak geldi. Üçüncü ay takibinde hastanın kontinan olduğu ve işeme sonrası rezidü idrar kalmadığı görüldü. Böbrek fonksiyon testlerinin normal olduğu görüldü.

SONUÇ: Daha az kanama, daha kısa hastanede kalış süresi gibi sağladığı avantajlar; açık ve laparoskopik cerrahiler ile benzer onkolojik ve fonksiyonel sonuçların elde edilmesi sebebiyle Robotik radikal sistektomi ve intracorporeal ortotopik üriner diversiyon operasyonu uygulanabilir ve güvenilir bir cerrahidir.

Anahtar Kelimeler: Robotik radikal sistektomi, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu, intrakorporeal ortotopik üriner diversiyon

VS-052

Büyük Prostatlı ve Orta Loblu Hastada Perineal Yaklaşımla Robot Yardımlı Laporoskopik Prostatektomi

Yunus Çolakoğlu[1], Emre Şam[1], Yusuf Arıkan[1], Osman Özdemir[1], Coşkun Hüseynov[1], Selçuk Şahin[1], Abdulmuttalip Şimşek[1], Volkan Tuğcu[2], Ali Ihsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Bahçelievler Memorial Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu video sunumunda, perineal yaklaşımla robot yardımlı laporoskopik prostatektomi (RALP) uygulanan büyük prostatlı ve median loblu bir hastayı sunmayı amaçladık.

METOD: Altmış üç yaşında erkek hasta kliniğimize AÜSS ile başvurdu, PSA'sı 4,8ng/ml idi ve transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi yapıldı.Patoloji 12 odağın 4'ünde gleason 6 (3 + 3) adenokarsinom olarak rapor edildi. Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemesinde ekstraprostatik yayılım izlenmedi. Prostat hacmi 100 cc idi ve median lob vardı. Hastaya perineal yaklaşımla RALP uygulandı. Hasta supin pozisyonda litotomi pozisyonuna alındı. Alt ekstremiteler eksejere litotomi pozisyonuna alındı. Cilt ve cilt altı yağlar diseke edildikten sonra, rektum çevre yağlı dokulardan serbestlendi. Jel port perineal bölgeye yerleştirildikten sonra jel porta 3 adet robotik trokar ve 1 adet asistantrokarı yerleştirildi. Anterior prostatovesiküler bağlantının kesildikten ve mesane boynu açıldıktan sonra median lob için askı sütürü kullanıldı. Daha sonra sütür kavrandı, retrakte edildi ve perineal yaklaşımla RALP yapıldı.

BULGULAR: Operasyon süresi 160 dakika idi. Tahmini kan kaybı 130 cc olarak ölçüldü. Postoperatif komplikasyon görülmedi. Hasta postoperatif üçüncü günde taburcu edildi. Postoperatif patoloji raporunda gleason 6 (3 + 3) adenokarsinom ve negatif cerrahi sınır saptandı.

SONUÇ: Büyük prostatı ve median lobu olan hastalarda perineal yaklaşımla RALP deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilen minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Orta Lob, Perineal, Robotik, Prostatektomi

VS-053

Robotik Radikal Prostatektomi Uygulanan Hastada Sağ Obturator Sinir Hasarı Ve Onarımı

Çağatay Özsoy, Kamil Saraç, Kaan Karamık, Yasin Aktaş, Mahmut Ekrem İslamoğlu, Mahmut Taha Ölçücü, Kayhan Yılmaz, Mutlu Ateş

SBÜ Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Güncel üroloji pratiğinde pelvik lenfadenektomi gerektiren cerrahiler sırasında obturator sinir hasarlanması karşılaşılabilecek bir komplikasyondur. Açık, laparoskopik veya robotik cerrahide obturator lenf diseksiyonu sırasında obturator sinirde tam rüptür, parsiyel rüptür veya koterizasyona bağlı hasarlanma gelişebilir. Obturator sinirin motor fonksiyonları, temel olarak kalça ve uyluğun adduksiyonunu sağlar. Ayrıca, diz fleksiyonu, tibianın mediyal rotasyonu, kalça fleksiyonu ve uyluğun eksternal rotasyonunda yardımcıdır. Duyu dalı uyluk mediyalinin duyusunu sağlar. Dual addüktör kas innervasyonu, aksesuar obturator sinir varlığı ve hasarın tipi ve derecesine göre sadece uyluk medialinde duyu azalmasından total kalça addüksiyonu kaybına kadar sonuçları olabilir.

Bizim vakamız 56 yaşında yüksek riskli prostat ca hastası. Hastaya robotik radikal prostatektomi uygulandı. Sağ pelvik lenf nodu diseksiyonu sırasında external iliak lenf nodu diseksiyonundan sonra obturator lenf nodu diseksiyonuna geçildi. Diseksiyon sırasında obturator sinirde parsiyel rüptür oluştu. Rüptüre alan 5.0 propilen sütur ile tek tek anostomoz edildi. Hastada postoperatif herhangi bir motor veya duyu hasarı gözlenmedi.

Pelvik lenfadenektomi sırasında bölge anatomisine hakim olunmalı ve diseksiyon çok dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Tüm önlemlere rağmen gerçekleşen obturator sinir hasarlanmasında reanostomoz uygulanabilir bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: obturator, sinir, parsiyel, rüptür

VS-054

Laparaskopik Radikal Ektopik (Pelvik Böbrek) Nefroüreterektomi

İbrahim Erol, Kaan Karamık, Mahmut Ekrem İslamoğlu, Mahmut Taha Ölçücü, Çağtay Özsoy, Yasin Aktaş, Mutlu Ateş

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Böbrek fetal dönemde assendan bir yol ile pelvisten renal fossaya çıkar.Böbreğin migrasyon ve rotasyonu antenatal 8.haftada tamamlanır. Embriyogenez sırasında bu göçün tam olarak gerçekleştirilememesi ektopik böbrek patolojisine yol açar.En sık olarak pelvis girişi ya da pelviste görülür ve pelvik böbrek olarak adlandırılır.Sağ alt kadran ağrısı ile dış merkeze başvuran 75 yaşındaki erkek hasta, yapılan ileri tetkikler sonucu sağ pelvik böbrek ve pelvik böbreğin pelvikalisiyel sistem içerisine yerleşmiş yaklaşık 5.5x6 cm ölçülen içerisinde kistik komponenti de olan kitle saptanması üzerine, hastaya sağ laparaskopik radikal nefroüreterektomi kararı alındı. Sağ 45 derecelik flank pozisyonda veres iğnesi ile pnömoperitonyum oluşturuldu. Umblikustan ilk trokar ile batına girildi. Daha sonra kamera yardımı ile 12. kot hizasinda SİAS medialine 1 adet 10 luk trokar yerleştirildi.Kamera ile hedef organ belirlenerek eşkenar dörtgen oluşturcak şekilde rektus kası lateraline 1 adet 5 lik ve asistans için rektus kası lateralinde göbek seviyesi üzerinde 1 adet 5 lik 4. trokar yerleştirildi. Transperitoneal yolla böbrek deperitonize edildi. Üreter askıya alındı.Böbrek psoas kası ve iliak damarların üzerinden diseke edilerek renal pedikül ortaya çıkarıldı.Tek renal arter ve ven görülürken her ikisi de ayrı ayrı kliplenerek kesildi.Böbrek tamamen serbestlendiken sonra üreter de mesane girimine kadar diseke edildi.Mesane mukozası görülerek kaf rezeksiyonu yapıldı ve mesane onarıldı. Nefroüreterektomi materyali torba içerisine alınarak sağ inguinal kesi ile dışarı alındı.Toplam ameliyat süresi 190 dakika sürmüş olup, operasyon sırasında komplikasyon yaşanmadı.Hastanın 3. gün sondası ve dreni de çekilerek taburcu edildi. Nefroüreterektomi spesmeninin patolojisi 6x5 cm çapında olan berrak hücreli karsinom Furman grade 2 olarak raporlandı (pT1b).Hasta post op 2.ayında ve takibimiz altındadır.

Anahtar Kelimeler: Laparaskopik nefroüreterektomi, ektopik böbrek, böbrek kanseri

VS-055

Üreter Taşına Bağlı Non-Fonksiyone Atnalı Böbrekte Laparoskopik Sağ Heminefrektomi

Alper Bitkin, Mustafa Aydın, Lokman İrkılata, Ramazan İnan, Emrah Küçük, Hakan Yıldız, Reha Ordulu, Mustafa Kemal Atilla

SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu videoda üreter taşına bağlı non-fonksiyone atnalı böbrekli hastada laparoskopik sağ heminefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık. 72 yaşında bayan hasta sağ yan ağrısı şikayeti ile kliğimize başvurdu. Görüntülemelerde sağ atnalı hidronefrotik non-fonskiyone böbrek olduğu tespit edildi. Sağ üreter iliak çaprazda 10*16 mm'lik üreter taşı izlendi. DMSA'da sağ böbrek %10, sol böbrek %90 olarak izlendi. Hastaya sağ laparoskopik heminefrektomi planlandı. Operasyon transperitoneal olarak üç adet 10 mm'lik ve bir adet 5 mm'lik laparoskopik port yardımı ile gerçekleştirildi. Sağ kolon devrildi, üreter bulundu ve renal pelvise ulaşıldı. Önce böbrek üst polü serbestlendi. Sonra alt pole giden aksesuar damarlar klemplendi ve kesildi. Üreter iliak çapraza kadar diseke edildi. İliak çaprazdaki 16 mm'lik taşın distalinden üreter hem-o-lock klips ile klemplendi ve kesildi. Takiben renal arter ve renal ven kesildi ve disseke edildi. Sağ non-fonksiyone böbrek; isthmus'dan 60 mm'lik endo gia ile eksize edildi. Böbrek, umblikal port giriş yerinden laparoskopik organ torbasıyla dışarı alındı. Son olarak, cerrahi alana bir silikon dren yerleştirildi ve prosedür tamamlandı. Operasyon 105 dakika sürdü ve kanama 50 cc idi. Ameliyat sonrası ilk günde üretral kateter alındı ve postoperatif ikinci günde dren alındı. Hasta postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Patoloji sonucu kronik pyelonefrit geldi.

Anahtar Kelimeler: atrofik, Atnalı böbrek, heminefrektomi, laparoskopi, Endo GIA

VS-057

Laparoskopik RPLND Sırasında Klipse Bağlı Kanama

Ural Oğuz, Ercan Öğreden, Erhan Demirelli

Giresun Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Giresun

33 yaşında erkek hasta, sağ testiste kitle nedeniyle üroloji polikliniğine başvuran hastanın ultrasonografisi solid kitle saptandı. AFP değeri 25 iu/ml olduğu görülerek ivedilikle inguinal orşiektomi yapıldı. Patolojisi embriyonel karsinom olarak raporlandı. Postop 1. hafta AFP değeri 87 iu/ml ye yükseldi ve bilgisayarlı tomografide (BT) sol paraaortik bölgede renal ven ve renal arter komşuluğunda 50x40x40 mm ve 16x15x13 mm boyutlarında 2 adet metastatik lenf nodu izlendi. 3 kür BEP sonrası AFP normal seviyelere inerken kitle boyutunda değişiklik olmadı. Laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) uygun görüldü. Sol yan pozisyonda optik portu umblikustan ve 2 çalışma portu rektus lateralinden yerleştirilerek transperitoneal yaklaşımla batına girildi. Toldt hattından kolon düşülerek üreter bulundu ve renal pediküle doğru ilerlendi. Yaklaşık 5 cm ebatlı kitle bulundu ve hemen süperiorunda renal ven vizüalize edildi. Renal venin kitleye yaslandığı ve diseksiyon yaptıkça çok sayıda aberan damarın arada mesafe olmaksızın renal venden kitleye girdiği görüldü. Aberan venöz yapılar diseke edilip klipslenerek kesildi. Mesafenin yetersizliği nedeniyle venöz yapılar hasta tarafında tek klips bırakılarak kesildi. Renal venden tamamen diseke edildikten sonra aspiratör ile saha temizliği yapılırken klipslerden birinin damardan kayarak çıkması üzerine kanama başladı. Kanamanın laparoskopik olarak kontrolü sağlanamayınca açık cerrahiye geçildi. Kanama kontrolü sağlanarak RPLND işlemi tamamlandı.

Patoloji pür malign teratom olarak raporlandı. RPLND sonrası 1 yıl boyunca takiplerinde nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, RPLNL, kanama

VS-058

Multipl Böbrek ve Üreter Taşları Olan Üreterosigmoidostomili Hastada Antegrad Yaklaşım

Ertuğrul Şefik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

62 yaşında erkek hastayan ağrısı şikayetiyle poliklinimize başvurdu.3 yaşında ekstrofi vesika nedeniyle üreterosigmoidostomi (Coffey) operasyonu geçirdiği öğrenildi. Dış merkezde sağ hidronefroz nedeniyle nefrostomi takılmış. Çekilen kontrastsız batın BT'de sağ böbrek pelviste ve sağ üreterde milimetrelik multipl taş olduğu görüldü. Her iki üreterin sigmiod kolona anastomoze olduğu görüldü. Ayrıca pubik düzeyde cilt altına doğru prostat bezi ve çevresi yağ dokularının herniye olduğu izlendi.

Hastaya sağ PNL ve sağ antegrad fleksibl URS planlandı. Operasyon hazırlığının ardından sigmoid kolona rektal tüp takılarak idrar drenajı sağlandı.Hasta prone pozisyona alınarak standart PNL girişi yapıldı. Renal pelvisteki taşlar temizlendikten sonra fleksibl URS ile üretere girilerek taşlar tek tek temizlendi. Üreterosigmoidal anastomoz izlendi ve kontrast verilerek sigmoid kolona geçiş olduğu görüldü. İşlem sırasında sigmoid kolona girilmedi. Peroperatif skopi ile üriner sistemde rezidü taş izlenmedi. Giriş traktına nefrostomi takılarak işlem sonlandırıldı. Nefrostomi postoperatif 3.günde alınarak hasta taburcu edildi.

Hastanın 2 hafta sonraki kontrolünde herhangi bir şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: Üreterosigmoidostomi, Antegrad Üreter Taş tedavis, Flexible URS

VS-059

Kontralateral Renal Agenezili Retrokaval Üreter Anomalisi ve Laparoskopik Üreteroüreterostomi

Mehmet Demir, Eser Ördek, Eyyup Sabri Pelit, Ismail Yagmur, Bülent Katı, Halil Çiftçi

Harran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Sirkümkaval üreter olarak da bilinen retrokaval üreter anomalisi, vena kava inferioru (VCI) saran bir üreterin anormal seyrini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu terimlerin her ikisi de bazen yanıltıcı olabilmekle birlikte, bu konfigürasyon vena kava inferiorun gelişimsel bir anomalisi olarak kabul edilir. Ve ortalama olarak her 1000-1500 canlı doğumda bir görülebilen ve erkek kadın oranı 3:1 olan nadir bir konjenital anomalidir. Vena cava inferiorun (VCİ) infrarenal gelişimi sırasında posterior kardinal venin atrofiye uğramaması sonucu oluşur ve üst üriner sistemde basıya sebep olarak üreterde radyolojik olarak tespit edilen tipik "S" veya "balık oltası" ya da "ters J" deformitesini oluşturur. Ciddi semptom ve renal hasar varlığında cerrahi tedavi gerekir. Standart ideal cerrahi tedavideki amaç retrocaval seyreden ve basıya uğrayan üreter kısmının eksize edilerek üretere ya da renal pelvise reanastomoz edilmesidir. Biz bu olgu sunumumuzda kontralateral renal agenezili retrokaval üreter tanılı hastada laparoskopik transperitoneal üreteroüreterostomi vakasını sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: retrokaval üreter, sirkumkaval üreter, üreteroüreterostomi

VS-060

Supin Pozisyonda Mini Perkütan Nefrolitotomi'de Ultrasonografi ve Floroskopi Cross Table Öküz Gözü Tekniği ile Üst Kaliks Giriş Tekniği

Feyzi Arda Atar[1], Mustafa Soytaş[1], Yavuz Onur Danacıoğlu[1], Kamil Gökhan Şeker[1], Emre Şam[1], Fatma Aysun Erbahçeci Salık[2], Selçuk Şahin[1], Ali Ihsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Son yıllarda perkütan nefrolitotomi (PNL) ile böbrek taşlarının tedavisinde supin pozisyonu kullanıma girmiştir. Supin pozisyonda üst kaliks girişler zorluk oluşturabilmektedir. Ultrasonografi (USG) ve floroskopinin kombine kullanımı ile supin pozisyonda üst kalikse giriş yapılan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Sol böbrek üst polde 2 cm'lik ve 8 mm'lik opak iki adet kalkül ve üst kalikste grade II hidronefrozu olan hastaya sol mini-PNL yapılması kararı verildi. Genel anestezi altında hastaya Galdakao Modifiye Supin Valdivia pozisyonu verildi. Bu pozisyonda tanımlandığı gibi hastanın ipsilateral alt ekstremitesi ekstansiyona, kontralateral ekstremitesi abdüksiyon ve fleksiyona alındı. Üretroskopi+üreteral kateterizasyon+retrograd pyelografi yapıldıktan sonra USG ve floroskopi eşliğinde posterior aksiller çizginin önüne geçilmeksizin cross table öküz gözü tekniği kullanılarak üst kaliks girişi ile renal akses sağlandı. Metalik dilatatörler yardımı ile dilatasyon yapıldı ve mini-PNL amplatz kılıfı dilatatör üzerinden ilertletildi ve üreterorenoskop ile toplayıcı sisteme girildi. Taşlar holmium 272 µm lazer fiberi ile komplet fragmante edildi ve dışarı alındı. Hastaya 14 fr perkütanöz mallekot nefrostomi ve 4.7 fr 26 cm double JJ üreteral stent yerleştirilerek işleme son verildi. Operasyon süresi 75 dk ve floroskopi süresi 67 sn idi. Hasta operasyon sonrası 24. saatte nefrostomi tüpü ve sondası alındıktan sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Supin pozisyonda USG ve floroskopi görüntüleme avantajlarının birlikteliği ile daha emniyetli ve doğru akses sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Supin mini-PNL, cross-table öküz gözü tekniği, üst kaliks girişi, floroskopi, ultrasonografi

VS-061

İnvaziv Mesane Kanserinde Robotik İntrakorporeal İleal Kondüit

Doğukan Sökmen[1], Emre Şam[2], Volkan Tuğcu[1]

[1]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu videoda invaziv mesane tümörü nedeniyle robotik radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılmış olan hastaya robotik teknikle devam edilerek ileal kondüit yapımını göstermeyi amaçladık.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri nedeniyle başvurduğu dış merkezlerde mesanede kitle saptanması üzerine yapılan sisto-üretroskopide lümeni %85 kapatan üretra darlığı ve mesanede oldukça yaygın özellikte tümöral lezyon izlenmiş. Yapılan patolojik örnekleme sonucu pT2 HG gelmiş. Tarafımıza başvuran hastaya radyolojik tetkiklerle evrelendirilmesinin ardından robotik radikal sistektomi, bilateral genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunu takiben robotik intrakorporeal ileal kondüit yapıldı.

TARTIŞMA: Ürolojide robot yardımlı cerrahi son dekatta önemli gelişmeler kaydetmiştir. Prostat ve böbrek kanseri için robot yardımlı tekniklerin artan bir hızda gelişmesiyle robotik ileal loop ve neobladder yapımına olan ilgiyi arttırmaktadır. Bu ilginin artmasıyla sistektomi sonrası ileal kondüit oluşturulması işlemide robotik olarak minimal invaziv şekilde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca robotik sistemlerin 10-15 kat büyütülmüş üç boyutlu görüntü ve derinlik hissi vermeleri, ince ve açılı hareket imkânı gibi avantajları olmasının yanında ileal kondüit yapımının zor bir teknik olup, çok ciddi tecrübe gerektirmesi ve maliyeti bir nebze arttırması göz önüne alınması gereken noktalarıdır.

SONUÇ: Robotik cerrahide öğrenme eğrisini tamamlamış, tecrübeli, gelişmiş merkezlerde invaziv mesane tümörü tedavisinde sistektomi ve lenf nodu diseksiyonu sonrası ileal kondüit işleminin de robotik olarak intrakorporeal devam edilmesi son zamanlarda rağbet gören tedavi seçenekleri arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, robotik cerrahi, ileal kondüit, bricker, intrakorporeal ileal kondüit

VS-062

Dorsal Ven Sütürü Kullanmadan Dorsal Venöz Kompleks Diseksiyonu ve Selektif Sütür Ligasyonu İle Kontrolü

Selçuk Şahin, Ramazan Uğur, Emre Şam, Joshgun Huseynov, Mithat Ekşi, Abdülmuttalip Şimşek, Feyzi Arda Atar, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği,istanbul/Türkiye

AMAÇ: Robotik transperitoneal radikal prostatektomide prostatın apikal diseksiyonunda dorsal venöz kompleksin sütür koyulmadan diseksiyonu ve selektif sütürasyonu uygulanan olgunun operatif ve postoperatif verilerini paylaşmak.

MATERYAL-METOD: Alt üriner sistem semptomu nedeniyle tetkik edilen 63 yaşındaki erkek hastanın PSA değeri 8.3 ng/ml, prostat volümü 65cc ve rektal tuşede prostat ++ fibroadenom kıvamında saptandı. Transrektal biyopsi sonucunda 3/12 odakta gleason 6 (3+3) adenokarsinom tanısı konuldu. Komorbiditesi olmayan, D'amico risk sınflamasına göre düşük riskli ve IIEF 22 olan hastaya sinir koruyucu prosedür uygulandı. Rabdosfinkterin ve kontinansın korunmasını sağlama amaçlı dorsal venöz sütür koyulmadan dorsal venöz kompleks diseke edilerek, periüretral kaslar lateralize edilip uzun bir üretra bırakıldı ve keskin diseksiyonla dorsal ven, üretral kesi yapılarak apikal diseksiyon tamamlanmış oldu.Daha sonra ensüflatör basıncı <6 mm Hg'a düşürülüp selektif olarak sadece kesilen dorsal venler selektif olarak sütüre edildi.

BULGULAR: Konsol süresi 160 dakika, ortalama kan kaybı 200 cc olarak hesaplandı. Post-op 2. gün taburcu edildi ve 7. günde sondası alındı. Patoloji sonucu pT2, gleason 6 (3+3) adenokarsinom, cerrahi sınırlar (-) idi. 3. ayda PSA<0,008 ng/ml, tam kontinan ve PDE-5 inhibitörü ile potent idi. Peroperatif, postoperatif komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ: Dorsal ven sütürü kullanmadan dorsal venöz kompleksin diseksiyonu ve selektif sütürasyonu uygun hastada uygulanabilir, etkin ve güvenli bir tedavi modalitesidir.Ancak bu yöntemin geniş serili karşılaştırmalı çalışmalarla desteklenip geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Robotik radikal prostatektomi, Dorsal ven, Selektif sütür ligasyonu

VS-063

Vena Kava İnferior Trombüslü Böbrek Tümörü Olgusunda Robotik Radikal Nefrektomi

Doğukan Sökmen[1], Emre Şam[2], Volkan Tuğcu[1]

[1]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Renal hücreli karsinom (RHK), renal ven içinden sağ kalp odalarına kadar uzanım gösterebilen bir tümördür.RHK 'ların % 4-10'unda, renal ven veya İVC ye yayılan bir tümör trombüsü gözlenmektedir.Metastazı olmayan hastalar için, Radikal nefrektomi ve IVC 'ye uygulanan trombektomi hastalarda uzun dönem sağkalım oranları %50-70 oranında bildirilmiştir. Bu olguda VCİ'ye uzanan RCC nedeniyle Robotik Radikal Sağ Nefrektomi + IVC trombektomi + Lenf nodu diseksiyonu yapılan vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 63 yaşındaki erkek hasta,rutin kontroller sırasında yapılan tetkiklerde insidental olarak USG de sağ böbrek alt polde 62x37

mm boyutunda RCC ile uyumlu lezyon izlendi. Çekilen Kontrastlı Abdomen MR da sağ böbrek kitlesi dışında VCİ içerisinde trombüs gözlendi.Hastaya Robotik Radikal Sağ Nefrektomi +VCİ trombektomi +Lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 150 dakika, Kanama miktarı 300 cc gözlendi. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Patoloji sonucu Fuhrman Grade-3 Berrak Hücreli karsinom olarak gözlendi.

SONUÇ: Metastatik olmayan ve performans skoru iyi olan hastalar cerrahi tedavi için adaydır. Cerrahinin robot yardımlı gerçekleştirilmesi hastanın post operatif komplikasyon oranını anlamlı derecede azaltmaktadır. Bu, robotik cerrahinin kullanışlı ve güvenli bir cerrahi yöntem olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, vena kava trombüs, trombektomi, radikal nefrektomi, robotik cerrahi

VS-064

Üst Pol Böbrek Tümöründe Non-İskemik, Tümör Selektif Damar Klempli Robotik Parsiyel Nefrektomi

Doğukan Sökmen[1], Emre Şam[2], Volkan Tuğcu[1]

[1]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Robotik parsiyel nefrektomi (RPN), laparoskopik cerrahi ile ilişkili bu dezavantajları elemine etmek için iyi bir alternatif olarak görülmektedir. Fakat üm cerrahi yöntemlerde böbreğin iskemi süresi önem arz etmektedir. Bu vakamızda hiç iskemi yapılmadan sadece böbrek üst polde bulunan tümöral dokuyu besleyen arter ve venleri kapatarak gerçekleştirdiğimiz robotik parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 54 yaşındaki kadın hasta,rutin kontroller sırasında yapılan tetkiklerde insidental olarak USG de sol böbrek üst polde 52x47mm boyutunda RCC ile uyumlu lezyon izlendi. Çekilen Kontrastlı Abdomen MR da sol böbrek üst pol kitlesi olduğu doğrulandı. Hastaya tümöre spesifik damar selektif teknikle robotik sol parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 150 dakika, Kanama miktarı 300 cc gözlendi. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Robotik parsiyel nefrektomi, nefron koruyucu cerrahiye uygun böbrek tümörlerinin tedavisinde, geleneksel yöntemlere göre oldukça üstün şekilde bir cerrahi imkanı vermekle birlikte, seçilmiş bazı vakalarda tümöre spesifik damar selektif teknikle kalan böbrek dokusunun vialitesini etkilemeden operasyon imkanı sunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, RCC, Robotik parsiyel nefrektomi, selektif klemp yöntemi

VS-065

Lenf Nodu Tutulumu Olan Prostat Kanserinde Robotik Lenf Nodu Diseksiyonu

Doğukan Sökmen[1], Emre Şam[2], Volkan Tuğcu[1]

[1]Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu videoda yüksek riskli prostat kanseri tanısı almış, lenf nodu pozitifliği olan hastanın robotik lenadenektomisi gösterilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: 67 yaşında erkek hasta dış merkezde yapılan rutin kontroller sırasında PSA: 21 gelmesi üzerine yapılan multiparametrik prostat MR' da sağ posterolateralde PIRADS 5, sol apikolateral bölgede PIRADS 4 ile uyumlu lezyonlar saptanmış. MR füzyon biyopsi yapılan hastada en yüksek patoloji gleason 4+5:9 gelmiş. Sonrasında evrelendirme için yapılan PSMA PET' te sağ external iliak ve sağ obturator lenf bezlerinde konglomerasyon gösteren lenf nodu tutulumları raporlanmış. Uzak organ metastazı olmayan hasta tarafımıza başvurdu. Hastaya genişletilmiş robotik lenf nodu diseksiyonu ve radikal prostatektomi yapıldı. Sadece Lenf nodu diseksiyon süresi 100 dakika olarak kaydedildi.

TARTIŞMA: Radikal prostatektomi klinik olarak lokalize prostat kanserinde altın standart cerrahi tedavi olup, en sık uygulanan ürolojik girişimlerden biridir. Radikal prostatektomilere ek olarak hastanın risk grubuna göre çeşitli genişlikte pelvik lenf nodu diseksiyonunu ameliyata eklenmelidir. Prostat kanserinde pelvik lenf nod metastazını saptamada standart görüntüleme yöntemlerinin doğruluğu hala yetersiz olduğundan aslında en etkili yöntem lenf nodlarını çıkarmaktır. Bu bize doğru evrelemeyi sağlayarak, prognozu ve cerrahi sonrası adjuvan tedavi gereksinimini belirler. Endike ise az internal bölge ve buna ek olarak obturator ve eksternal alan ile birlikte genişletilmiş diseksiyon yapılmalıdır. Prosedürü robotik cerrahi avantajlarıyla ile yapmak komplikasyon oranını azaltmasının yanında ana damarları ve önemli sinir yapılarını korumaya ve detaylı lenf nodu diseksiyonu yapılmasına yardımcı olur.

SONUÇ: Robotik cerrahide tecrübeli, gelişmiş merkezlerde yapılan extended lenf nodu diseksiyonu uzamış hastane yatışlarını, daha detaylı örneklemeyi ve daha az komplikasyon oranlarıyla radikal prostatektomiyi tamamlayıcı ek cerrahi bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, robotik lenf nodu diseksiyonu, robotik lenfadenektomi

VS-066

Perineoskopik Radikal Prostatektomi

Ali İhsan Taşçı, Abdulmuttalip Şimşek, Emre Şam, Kamil Gökhan Şeker, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Bu video sunumun amacı, prostat kanseri cerrahi tedavisinde ilk defa uyguladığımız perineoskopik radikal prostatektominin (perineoskopik RP) teknik detaylarını tartışmaktır.

OLGU: 72 yaşında erkek hastaya PSA'sı 11 ng/ml saptanması üzerine gerçekleştirilen TRUS Bx'de 3/12 odakta Gleason 6 (3+3) adenokarsinom saptandı. MpMR'da sol periferik zonda PI-RADS IV lezyon saptandı. Prostat hacmi 25 cc idi. IIEF-5 skoru 9 idi. Hasta 15° Trendelenburg ile eksejere litotomi pozisyonuna getirildi. Rektuma steril bir eldiven yerleştirildi ve anüse çevresel olarak dikildi. Retraktör sistemi hasta yatağına monte edildi. 1.robotik kol hastanın sol tarafından getirilerek orta hatta konumlandırıldı. Her iki ischial tuberosities arasından yaklaşık 6 cm'lik açıklığı aşağıya bakacak şekilde yarımay cilt insizyonu yapıldı. Perineal body'nin santral tendonu diseke edildi. Belt yaklaşımı uygulanarak ilerlendi ve rektoüretral kaslar kesilerek prostat apeksine ulaşıldı. Bu aşamada daha iyi bir exposure sağlamak amacıyla retraktöre çevre perineal dokular sütürler vasıtasıyla asıldı. Prostatın her iki lateral alanı diseke edildi, daha sonra denonvillier fasyası açıldı, bilateral seminal veziküller ve duktuslar identifiye edildi. Posterolateral pediküller diseke edildi ve membranöz üretra kesildi. Mesane boynu diseke edilerek prostatektomi tamamlandı. Veziko-üretral anastomoz Van Velthoven yöntemiyle gerçekleştirildi. Operasyon süresi 148 dk ve tahmini kan kaybı 105 cc idi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon saptanmadı. Hasta postoperatif 2.gün taburcu edildi. Foley kateter postoperatif 9.günde çıkarıldı. Patoloji sonucu Gleason 7 (3+4) ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı.

SONUÇ: Perinoskopik yaklaşımla RP, açık perineal RP'ye göre optik büyütme avantajı sayesinde daha güvenli, robotik perineal RP'ye göre daha düşük maliyetli olarak gerçekleştirilebilir. Kesin kanılara varmak için uzun dönem sonuçları içeren karşılaştırmalı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Perineoskopik yaklaşım, radikal prostatektomi, optik büyütme

VS-067

Robot-Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi: Anterior Yaklaşım

Selçuk Şahin, Emre Şam, Kamil Gökhan Şeker, Mithat Ekşi, Yunus Çolakoğlu, Abdulmuttalip Şimşek, Feyzi Arda Atar, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Prostat kanseri tedavisinde evrensel olarak kabul görmüş robot-yardımlı laparoskopik RP (RALP) anterior veya posterior yaklaşımla uygulanabilmektedir. Bizim kliniğimizde RALP rutin olarak posterior yaklaşımla gerçekleştirilmektedir. Bu video sunumda, ileri derecede bağırsak yapışıklığı sebebiyle anterior yaklaşımla gerçekleştirdiğimiz RALP vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: 69 yaşında erkek hastaya PSA yüksekliği (7,8 ng/ml) sebebiyle TRUS Bx uygulandı. Patoloji sonucu 4/10 odakta Gleason 6 (3+3) olarak raporlandı. MpMR'da özellik saptanmadı. Prostat volümü 44 cc, IIEF skoru 8 idi. İleri derecede bağırsak yapışıklığı sebebiyle seminal veziküllere ulaşılamadı. Sağ ve sol oblitere umblikal arterden periton insize edilerek mesane serbesteştirildi. Bilateral endopelvik fasya ve puboprostatik ligament diseke edildikten sonra derin dorsal ven kompleksi (DVC) bağlandı. Anterior ve posterior prostatoveziküler bileşke diseke edildi ve seminal veziküllere ulaşıldı. Seminal veziküller minimal traksiyonla kaldırılarak diseke edildi ve denonvillier fasyası insize edildi. Vasküler pediküllerin kontrolü, DVC'nin transeksiyonu, rektoüretral kasın ve üretranın kesilmesiyle prostatektomi tamamlandı. Veziko-üretral anastomoz Van Velthoven tekniğiyle gerçekleştirildi. Konsol süresi 168 dk ve kan kaybı 220 cc idi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon saptanmadı. Hasta postoperatif 3.gün taburcu edildi. Patoloji sonucu Gleason 7 (3+4) ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Postoperatif 6.ay kontrolünde biyokimyasal rekürrens saptanmadı.

SONUÇ: RALP, her iki yaklaşımla minimal invaziv olarak başarıyla uygulanabilir fakat ileri derecede bağırsak yapışıklığı olan hastalarda anterior yaklaşım daha güvenli bir cerrahiye izin verir.

Anahtar Kelimeler: Robotik cerrahi, radikal prostatektomi, anterior yaklaşım

VS-068

Robotic Partial Nephrectomy and Paraaortic Lymph Node Dissection

Doğukan Sökmen[1], Emre Şam[2], Volkan Tuğcu[1]

[1]*Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*
[2]*T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

A 43 years old male was admitted to our urology department for routine control due to testiculary cancer. In his history, the patient underwent left inguinal orchiectomy 10 years ago. Histopathologic examination revealed a non-seminomateous testis carcinoma. Abdominal computerized tomography revealed paraaortic mass. Thereafter he received 4 cycles adjuvant BEP chemotherapy. Recen abdominal computerized tomography revealed 3 cm mass at the upper pole of the left kidney and a 6 cm mass at the paraaortic region. Robotic partial nephrectomy and paraaortic mass excision were planned. Operation time was 180 minutes, blood loss was 75 cc and no peroperative complication was occured. We aimed to present a case with a solid mass located in the left kidney and a lymphadenopathy in the paraaortic region treated with robotic surgery.

Keywords: Robotic partial nephrectomi, paraaortic lymph node dissection, renal cell cancer, testicle cancer

VS-069

A New Technique for HoLEP: 'Omega Sign'

Lütfi Tunç[1], Serdar Yalçın[2], Eymen Gazel[3], Engin Kaya[2], Sercan Yılmaz[2], Halil Çağrı Aybal[4]

[1]*Department of Urology, Gazi University*
[2]*Department of Urology, Gülhane Training and Research Hospital, University of Health Science*
[3]*Department of Urology, Ankara Acıbadem Hospital, University of Acıbadem*
[4]*Department of Urology, Ankara Oncology Training and Research Hospital, University of Health Science*

INTRODUCTION: Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) is a safe and effective procedure in the treatment of BPH. Incontinence following HoLEP can be encountered, although it is often temporary. To avoid incontinence, the external sphincter which is located in the urethra as an omega shape, must be protected. With this video presentation we would like to share a novel technique on HoLEP with respect to the external urethral sphincter and its omega shape configuration.

METHODS: Three-lobe technique was used. Power settings were 37.5 and 100 Watt in left and right pedals, respectively. After cystoscopic-evaluation, the median lobe was incised at 5 and 7 o'clock from both sides till verumontanum. This groove is deepened to the level of the surgical capsule and joined just proximal to the verumontanum. 12 o'clock incision was made, starting proximally from the bladder-neck and ending distally at the level of verumontanum, marked by rotating the resectoscope. 12 o'clock incision is then joined to the verumontanum on both lateral lobes. After this preparation, median, left and right prostate lobes are enucleated retrogradely off the capsule. End of enucleation, the imaginary ''Omega-Sign'' can be demonstrated.

RESULTS: More than 250 patients with BPH were treated by this tecnique. All procedures were performed using the same mucosal incisions as the procedure preparation and the landmarks. No incontinence and post-micturition dribbling was reported.

CONCLUSION: We demonstrate a novel omega-sign technique for preserving of the urethral sphincter during HoLEP procedure. This technique can reduce incontinence rate.

Keywords: Holmium laser, HoLEP, Omega Sign, laser enucleation

VS-070

Genitoüriner Sistem Tüberküloz Olgusu: Tanıdan Tedaviye

Mehmet Balasar[1], Ahmet Atıcı[1], Pembe Oltulu[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Konya, Türkiye
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı Konya, Türkiye

GİRİŞ: Genitoüriner tüberküloz, ekstrapulmoner tüberkülozun lenf nodu tutulumundan sonraki en sık formudur. En sık böbrek, daha sonra mesane ve epididimler etkilenir. Tüberküloz hastalarının %8-15 i genitoüriner tüberküloz geçirmektedir. (5-25 yıl içerisinde) En sık irritatif işeme semptomları ile başvururlar.(%50). Ateş, kilo kaybı, yan ağrısı ve karın ağrısı eşlik edebilir.

OLGU: 32 Yaşında kadın Hasta, dizüri, urgency ve pollaküri başvurdu, Sol böbrekte yetmezlik mevcut. Tekrarlayan antibiyotik kullanım hikayesi mevcut. İdrar Kültüründe üreme yok. Kronik Steril Piyürisi mevcut.

Abdomen CT: Sol böbrek hidronefrotik görünümdedir. Mesane sağ posterior ve sol lateral duvarında asimetrik kalınlaşmayı düşündürür görünüm izlenmektedir.

İVP: Sol böbrek nefrogram ve pyelogram fazlarına girmemektedir. Mesane duvar kalınlığı tabii olup lümen içi belirgin patoloji saptanmadı.

Kontrastlı Toraks BT İncelemesi:Mediastende büyüğü subkarinalde 17 mm ebadında olan bazılarında noktasal mikrokalsifikasyon izlenen birkaç adet LAP izlenmektedir (Tbc?).Sol akciğer parankim alanlarında büyüğü alt lobda 15x12 mm ebadında birkaç adet nodül izlenmektedir. Kesite giren sol böbrekte dilatasyon ile uyumlu görünüm izlendi. Sol renal hilus düzeyinde yumuşak doku görünümü izlenmektedir.

Bunun üzerine hastaya TUR-Mesane yapıldı. PATOLOJİ: kazeifiye granülomatöz iltihap olarak raporlandı.

Tüberküloz RNA pozitif Hasta göğüs hastalıkları bölümüyle konsulte edildi. 6 ay süreli, izoniazid 300 rifampisin 600 etambutol 1250 ve pirazinamid 1500 tedavisi aldı.

Tüberküloz tedavisi (dörtlü ilaç rejimi) sonrası sol nefrektomi operasyonuna karar verildi. sol nefroüreterektomi+-lenfadenektomi yapıldı. PATOLOJİ: granülomatöz pyelonefrit (tüberküloz ile uyumlu bulgular), granülomatöz lenfadenit (tüberküloz ile uyumlu bulgular)

SONUÇ: Özellikle irritatif işeme semptomları ile başvuran tedaviye dirençli piyüri olgularında üriner sistem tüberkülozu düşünülmeli, tanı ve tedavi süreci buna uygun şekilde yürütülmelidir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, üriner enfeksiyon, alt üriner sistem semptomları

VS-071

Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu: Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi

Mehmet Çağatay Çiçek

Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Uludağ Üniversitesi Üroloji Kliniğinde testis kanseri tedavisi nedeniyle uygulanan laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (LRPLND) deneyimini sunmak.

Materyal- Metodlar: Haziran 2010 ve Mart 2018 tarihleri arasında LRPLND uygulanan 20 hastaların datalarını retrospektif olarak değerlendirdik.

BULGULAR: Ortalama hasta yaşı 29,6 (20-42) idi. On üç hastaya sol, 7 hastaya sağ radikal orşiektomi uygulanmıştı. Orşiektomi patolojisi 17 hastada mikst germ hücreli tümör, bir hastada seminom, yine 1 hastada immatür teratom ve 1 embriyonal karsinom raporladı. On üç hasta neo-aduvan kemoterapi (KT) (3 kür sisplatin etoposid ve bleomisin). Tümör belirteçlerinin normalizasyonundan sonra hastalara retroperitoneal rezidüel kitleler için modifiye template LRPLND uygulandı. KT almayan hastalar için ortalama operasyon zamanı 135 (60-240) dakika ve KT alan hastalar için 159 (60-300) dakikaydı. Ortalama kan kaybı 54 (25-250) ml idi. Sadece bir hastada perop transfüzyon ihtiyacı oldu. Vakalarda açık cerrahiye geçiş olmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 4,45 (2-13) gündü. Uzamış lenfatik drenaj 3 hastada izlendi. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 13 (4-24) adetti. Patoloji sonucu 7 hastada benign, 6 teratom, 3 nekroz, 3 metastaik tümöral infiltrasyon ve bir mikst germ hücreli tümör olarak raporlandı. Ortalama takip süresi 26,1 (1-94) aydı ve rekürrens izlenmedi.

SONUÇ: Serimiz literatür ile uyumludur. LRPLND deneyimli merkezlerde laparoskopik olarak uygulanabilir minimal invazif ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Lenf Nodu Diseksiyonu, Testis kanseri

VS-074

Multiple Endokrin Neoplazi Tip 2a Sendromlu Bilateral Adrenal Kitlesi Olan Hastaya Aynı Seansta Uygulanan Sol Total Sağ Parsiyel Adrenalektomi

Altuğ Tuncel, Melih Balcı, Can Aykanat, Özer Güzel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune SUAM, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Bu videoda sizlere multiple endokrin neoplazi tip 2 a sendromu bulunan ve bilateral adrenal kitle sebebiyle aynı seansta sağ parsiyel ve sol total adrenalektomi operasyonu yapılan hasta sunulacaktır.

METHOD: 45 yaşında multiple endokrin neoplazi tip 2a sendromu olan erkek hastanın manyetik rezonans görüntülmesinde sol adrenal bezde 59x51 mm çapında ve sağ adrenal bezde 12x6 mm çapında adrenal kitle saptandı. Labaratuvar analizlerinde yüksek idrar metanefrin ve normetanefrin düzeyleri saptandı. İyot 123 metaiyodobenzilguanidin siztigrafisinde adrenal bezlerde bilateral tutulum artışı izlendi. Alfa reseptör blokajı ardından hastaya aynı seansta sol adrenalektomi ve sağ parsiyel adrenalektomi operasyonu yapıldı. Öncelikle sol adrenalektomi 3 port kullanılarak yapldı ardından hastanın pozisyonu değiştirildi ve 4 port kullanılarak sağ parsiyel adrenalektomi operasyonu gerçekleştirildi.

BULGULAR: Operasyon sonrasında komplikasyon gerçekleşmedi ve hasta 4 gün sonra taburcu edildi. Histopatolojik inceleme feokromasitoma ile uyumlu saptandı. 1 ay sonraki kontrolünde hastanın idrar katekolaminleri normal seviyeye gerilemiş olup hastada steroid replasman tedavisine gerek duyulmadı. Hasta operasyon sonrasında hipertansif atak geçirmedi.

SONUÇ: Laparoskopik adrenalektomi adrenal bezin iyi huylu tümörlerinin cerrahisinde altın standart yöntemdir. Bilateral feokromasitoma; multiple endokrin neoplazi ve von Hippel-Lindau sendromu gibi ailesel sendromlarda sık görülmektedir. Bilateral kitlesi olan hastalarda korteks koruyucu cerrahi postoperatif dönemde addison krizi ve hayat boyu steroid tedavi ihtiyacı sebebiyle önemlidir. Korteks koruyucu cerrahi yapılan hastaların rekürrens riski nedeniyle ömür boyu takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, adrenal, total, parsiyel

VS-075

Endofitik Yerleşimli Kitlede Robotik Parsiyel Nefrektomi

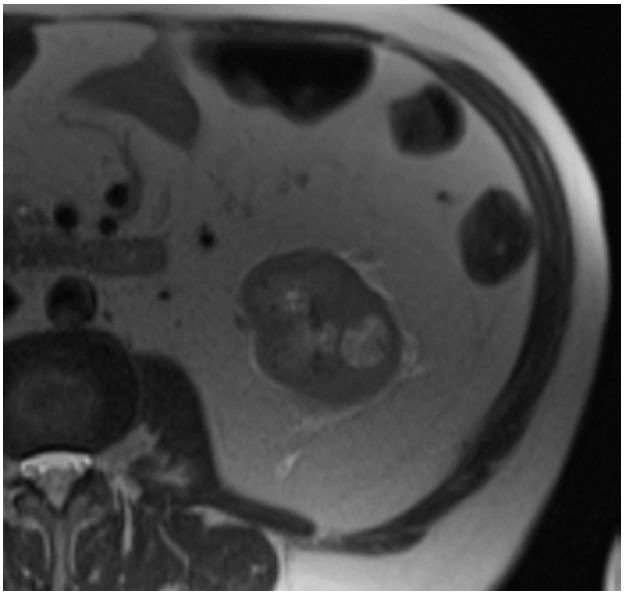
Mert Kılıç[1], Ersin Köseoğlu[2], Murat Can Kiremit[2], Kayhan Tarım[3], Ömer Acar[3], Abdullah Erdem Canda[3], Yakup Kordan[3], Mevlana Derya Balbay[3], Tarık Esen[3]

[1]VKV Amerikan Hastanesi
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üroloji Kliniği'ne alt üriner sistem yakınmaları nedeniyle başvuran 70 yaşındaki erkek hastanın rutin ultrasonografik değerlendirmesinde sol renal kitle saptandı. Bunun üzerine yapılan manyetik rezonans incelemede sol böbrek infrahiler düzlem lateral kesimde 2cm'lik tamamıyla endofitik yerleşimli kitle izlendi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında bulgusu yoktu. Hasta'da Vinci Xi robotik cerrahi sistemi ile 4 kol kullanıldı. Renal eksplorasyon ile kitle vizualize edilemeyince intraoperatif ultrasonografi ile kitle lokalize edildi. 25 dakikalık sıcak iskemi süresiyle robotik parsiyel nefrektomi yapıldı. Hastanın histopatolojik değerlendirme sonucu berrak hücreli böbrek hücreli karsinom olarak raporlandı. Patolojki tümör boyutu 1.7 cm, cerrahi sınır negatif idi. Altı aylık takibinde lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı.

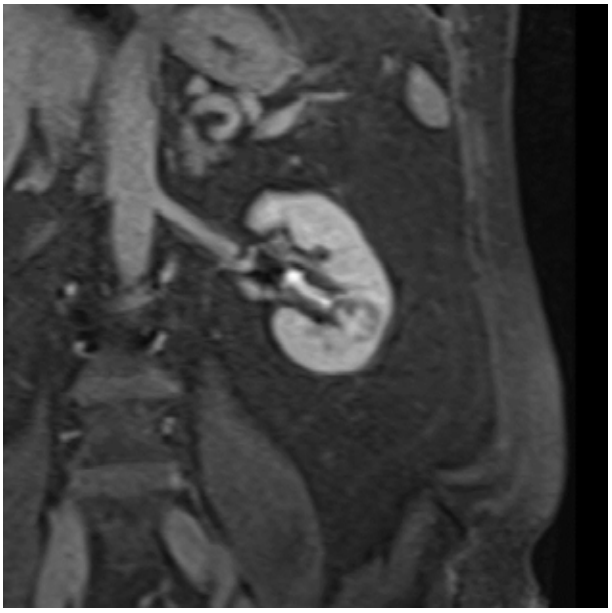
Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi, endofitik

mr axial



Endofitik Kitlenin MR tetkikinde axial kesitteki görüntüsü

mr coronal



endofitik kitlenin MR tetkikindeki koronal kesitte görünümü

VS-076

'Re-usable Tunneling Device' Yardımlı Laparoskopik Sakrokolpopeksi: İlk Deneyimlerimiz

İsmail Ulus[1], Alkan Çubuk[2], Murat Dinçer[1], Ahmet Yaser Müslümanoğlu[1]

[1]İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu video ile İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastenesi'nde, 2 hastada uygulanan 'Re-usable Tunneling Device' yardımlı laparoskopik sakrokopopeksi operasyonlarının sunumu amaçlanmıştır.

OLGU: Vajinal sarkma şikayeti ile başvuran ilk hasta, 62 yaşında olup bilinen hipotiroidi öyküsü mevcuttu. 6 yıl önce abdominal histerektomi öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde POP-Q grade 4 organ prolapsusu tespit edildi. Aynı şikayet ile başvuran ikinci hasta 69 yaşında olup, bilinen koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu mevcuttu. 7 yıl önce TOT operasyonu öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde POP-Q grade 4 organ prolapsusu tespit edildi. Her iki hastada da inkontinans bulunmamaktaydı. Operasyonlar Karl Storz SPIES görüntüleme sistemi kullanılarak yapıldı. İlk operasyon için 3 trokar port kullanılırken, supraservikal histerektomi de uygulanan ikinci operasyonda 3 trokar portu ve 'Re-usable Tunneling Device' için ek port açıldı. Ortalama operasyon süresi 95 dk olup, toplam kanama miktarı her iki operasyonda 50 ml nin altındaydı. Perop-postop komplikasyon görülmeyen hastaların dreni postoperatif 1. gün alınarak hastalar taburcu edildi. Postoperatif 1. hafta ve 1. ay kontrollerinde prolapsusun olmadığı ve tam hasta memnuniyetinin sağlandığı görüldü.

SONUÇ: 'Re-usable Tunneling Device' yardımlı laparoskopik sakrokolpopeksi ile operasyonun zorluk derecesi belirgin olarak azalmakta, kısmi olarak operasyon süresi kısalmakta ve erken dönemde yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Re-usable Tunneling Device, Laparoskopik sakrokolpopeksi, Pelvik organ prolapsusu

VS-077

Tek Taraflı Transüretral Prostat İnsizyonu

Faruk Yencilek, Murat Kuru, Orhan Koca

İstanbul Yeditepe Üniversitesi Hastanesi

GİRİŞ: Alt üriner sistem semptomları nedeniyle tedavi ihtiyacı duyan erkeklerin bir kısmında, farmakolojik yeni ajanların üretilmesine rağmen cerrahi tedavi gerekmektedir. Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P), altın standart cerrahi yöntem olarak uygulanırken yapılan çalışmalara göre prostat volümü özellikle 30 cc altındaki veya mesane boynu obstrüksiyonu olan bir grup hastada transüretral prostat insizyonu (TUIP) iyi bir alternatif yöntemdir. Bu grup genellikle 50 yaş altında ve retrograd ejakulasyon istemeyen erkeklerdir. Standart TUIP tekniklerinde, retrograd ejakulasyon yaklaşık %20-30 seviyesindedir.

Biz çalışmamızda; tek taraflı TUIP tekniğiyle retrograd ejakulasyon ihtimalini azaltmayı amaçladık.

MATERYAL – METOD: Çalışmamıza 2011-2019 tarihleri arasında mesane boynu obstrüksiyonu veya düşük hacimli prostat bezi olan ve medikal tedaviden fayda görmemiş tek taraflı TUIP operasyonu yapılan 34 erkek hasta alınmıştır. Prostat volümü > 50 cc olan veya daha önce endoskopik ürolojik girişim öyküsü olanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Hastaların operasyon öncesinde ve sonrasında uluslararası prostat semptom skorları (IPSS), idrar akım maksimum hızları kaydedilmiştir. Ayrıca tüm hastaların operasyon öncesinde ejakulasyonları ve potensleri normaldi.

SONUÇLAR: Hastaların yaş ortalaması 39,7 yıl ve prostat volüm ortalaması 24,8 cc olarak hesaplandı. Operasyon öncesinde ortalama IPSS 19,5 ve maksimum idrar akım hızları 8,4 ml/s olarak değerlendirildi. Operasyon sonrasında hastaların birinde aralıklı retrograd ejakulasyon gelişirken geri kalanlarda retrograd ejakulasyon gözlenmedi. Tüm hastalar potent olarak kaldı ve ortalama idrar akım maksimum hızı 19,2 ml/ s olarak hesaplandı. Bir hastada üretral darlık gelişmiş olup endoskopide mesane boynu normal olarak gözlenmiştir.

TARTIŞMA: Retrograd ejakulasyonu azalttığı ve yeterli idrar akım hızı elde ettiği için tek taraflı TUIP tekniğinin, standart TUIP tekniklerine alternatif olabileceği düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Prostat, transüretral prostat insizyonu, retrograd ejakulasyon

VS-078

Laparoskopik Adrenalektomi Deneyimimiz

Murat Kuru, Faruk Yencilek

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Anabilimdalı, İstanbul

Minimal invaziv adrenalektomi olarak laparoskopik yaklaşım kabul görmüş bir tekniktir. Adrenal kitlelerde boyut arttıkça malignite riski artmaktadır. Özellikle 6 cm' den büyük lezyonlarda malignite riski %25 civarındayken 4 cm' den küçük lezyonlarda malignite riski %2 dir. Genel yaklaşım özellikle 4 cm üzerindeki lezyonlarda adrenalektomi yapılması yönündedir.

Laparoskopik adrenalektomide; genellikle disseksiyon üreteri bulmakla distalden başlayıp proksimale ilerleme şeklindedir.

Alternatif olarak; disseksiyona proksimalden başlandığında triangüler ligamanı disseke ederek karaciğeri ekartasyonu ile inferior vena kavaya ve sürrenal vasküler yapılara daha kolay ulaşılabilmektedir.

Kliniğimizde 2010-2019 yılları arasında adrenal kitle nedeniyle; alternatif disseksiyon tekniği kullanılarak, toplam 54 hastaya laparoskopik adrenalektomi operasyonu yapılmıştır.

Hastalarımızın yaş ortalaması 49,4 yıl (43-64) iken ortalama kitle boyutları 5,1 cm (3,8-8,4) olarak hesaplanmıştır. Kitlelerin patolojik incelenmesi sonucunda; 43 kitle benign, 11 kitle malign olarak değerlendirilmiştir. Hastaların operasyon sonrasında hastanede kalış süreleri 1,4 gün olarak hesaplanmıştır.

Anahtar Kelimeler: adrenal kitle, laparoskopik adrenalektomi, malign

VS-079

Laparoskopik Retroperitonal Kitle Eksizyonu: Schwannom

Murat Kuru, Faruk Yencilek

Yeditepe Üniversitesi, Üroloji Anabilimdalı, İstanbul

Schwannomlar, periferik sinir kılıfı tümörlerinden birisidir. Sıklıkla intrakranial kitle ya da spinal kitle olarak görülürler. Daha nadir olarak da mediasten, retroperiton ve diafram gibi lokalizasyonlarda gözlenirler. Schwannomlar genelde benign tümörlerdir ve makroskopik olarak oldukça yumuşak kıvamlıdırlar. Malign Schwannom çok nadirdir.

Bizim vakamız; 41 yaşında bayan hasta ve ani gelişen sağ alt kadran ağrısı ile acile başvurmuştur. Yapılan tetkikler sonucu psoas kası anterolateralinde böbrek alt polünün yaklaşık 2 cm distalinde 9 cm kitle saptanmıştır. Hastamıza laparoskopik eksizyon planladık. Bu vakada ilgimizi çeken durum kitlenin oldukça mobil olmasıdır. Operasyon sırasında hastaya verilen lombotomi pozisyonuna bağlı olarak kitlenin mediale ve superiora hareket ettiğini gördük. Kitlenin patolojisi schwannom olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak retroperitondaki schwannom gibi benign karakterli sinir kılıfı tümörlerinin mobil olabileceği ve cerrahın bu duruma hazırlıklı olması gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopii, Periferik Sinir Kılıfı Tümörü, Retroperitoneal Kitle, Schwannoma

VS-080

Flexible Cystoscopy Assisted Laparoscopic Pyelolithotomy: Case Report

Fatih Sandıkçı, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Osman Raif Karabacak, Şerafettin Kaymak, Ibrahim Güven Kartal, Can Tuygun, Azmi Levent Sağnak, Hikmet Topaloğlu, Hamit Ersoy

Department of Urology, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Health Sciences University

INTRODUCTION: In recent years, many new methods and techniques for stone surgery was developed and have been developed. Percutaneous nephrolithotomy, retrograde intrarenal stone surgery, as well as laparoscopic renal stone surgery, are becoming increasingly important.In this case, we aimed to present case report of flexible cystoscopy assisted stone surgery with laparoscopic method.

CASE: A 57 year old female patient with right lateral pain for 2 months was seen to have a 40x35 mm renal pelvic stone which filled the right renal pelvic and a 15x15 mm stone in the lower pole. Laparoscopic pyelolithotomy operation with flexible cystoscopy assisted to renal Stones was performed. The patient was operated in the right flank position. Firstly,it was approached to renal pelvis from the posterolateral side. After renal pelvis insicion was carried out, stone was extracted. Afterwards, flexible cystoscopy was performed to view the renal pelvis. The stones in the lower pole of right kidney were removed from the renal pelvis with water pressure and taken out with the help of laparoscopic forceps. Following placement of the 4,7 f 26 cm double J stent, a drain was placed in the abdomen after renal pelvis suture. After the operation of the patient,Third day of post-operation, urinary catheter was removed. İn follow-up, drain liquid was not seen. Drain was removed. The patient was discharged at PO3.

RESULT: Kidney stone surgery is successfully performed with different operation methods today. Flexible cystoscopy assisted laparoscopic renal stone surgery is a very successful method for large and multiple renal stones.

Keywords: Flexible, Cystoscopy, Laparoscopic, Pyelolithotomy

VS-081

Tek Taraflı Dubleks Böbrekte Retroperitoneal Laparoskopik Üst Pol Nefroüreterektomi: Olgu Sunumu

Fatih Sandikçi, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Osman Raif Karabacak, Şerafettin Kaymak, Alihan Kokurcan, Tarık Küçük, Berk Yasin Ekenci, Hikmet Topaloğlu

Sağlık Bilimleri üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Böbrek ve üriner sistemin konjenital anomalileri konjenital organ malformasyonları içinde en sık görüler malformasyonlardandır. İnsidansı 0,3-1,6/1000 doğum şeklindedir. Dupleks böbrek anomalisi ise sık görülen bir diğer üriner sistem anomalisidir. Açık yada laparoskopik heminefrektomi, dubleks böbreklerdeki semptomatik veya fonksiyonsuz böbrek parçalarının tedavisinde oldukça sık kullanılan yöntemlerdir. Bu vakamızda sol taraf dubleks böbrekte retroperitoneal laparoskopik yöntemle nefroüreterektomi vakasının sunulması amaçlandı.

OLGU: 19 yaşında kadın hasta, sol yan ağrısı ve ateş şikayetiyle acile başvurdu. Ultrasonografik değerlendirmede sol böbrek üst polde grade 4 hidronefroz izlendiği, sol üreter proksimalde 20 mm olarak ölçüldüğü ve distale kadar dilate seyrettiği raporlandı. Sol böbrek üst pole nefrostomi takılan hasta, takib ve tedavi için servise yatırıldı. Bilgisayarlı tomografi ve ürografide dubleks böbrek anomalisi görülen hasta öncelikle tanısal sisto-üretero-renoskopi amacıyla genel anestezi altında değerlendirildi.Öncesinde nefrostomiden verilen metilen mavisi aracılığıyla üretrada sfinkterin hemen proksimaline üst böbrek polünü drene eden üreterin Weigert Meyer kuralı gereği alt polü drene eden üretere göre distale açıldığı görüldü. Distal üreterden guidewire eşliğinde üst pol böbrek lojuna kadar kalın renoskop ile çıkıldı, poşe böbrek loju izlendi. Hastaya retroperitoneal olarak laparoskopik üst pol nefroüreterektomi operasyonu planlandı. Operasyon sonrası post-operatif 3. günde loj dreni sıfır olarak görüldü. Öncesinde üretral sondası alınan hastanın loj dreninden geleninin olmaması üzerine post-operatif 5.günde loj dreni alındı. Hasta taburcu edildi. Post operatif 6.hafta da double J stenti çekildi.

TARTIŞMA-SONUÇ: Literatürde; laparoskopik heminefrektomi uygulanmış hasta serileri mevcuttur. Yapılan değerlendirmeler sonucu; retroperitoneal heminefrektomi yöntemi dubleks böbrek anomalileri ve fonksiyonsuz üst pol böbrek parçaları için güvenli, etkili, minimal invaziv ve birinci seçenek bir tedavi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: dubleks, duplikasyon, heminefrektomi, laparoskopik, retroperitoneal

VS-082

Aksesuar Dalak Koruyucu Laparoskopik Radikal Nefrektomi

Hasan Rıza Aydın[1], Fırat Akdeniz[1], Erdem Koç[2], Şenol Adanur[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Trabzon, Türkiye
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Ankara, Türkiye
[3]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Erzurum, Türkiye

AMAÇ: Laparoskopik radikal nefrektomi sırasında saptanan aksesuar dalak korunarak yapılan operasyonun videosunu sunmayı amaçladık.

VAKA: 57 yaşında erkek hastada dispepsi nedeniyle yapılan abdomen USG' de insidental olarak sol renal kitle saptanması üzerine çekilen abdomen MRG' de sol böbrek alt polde 42*42 mm ebatlı solit kitle görünümü raporlandı. Hastaya sol laparoskopik radikal nefrektomi planlandı. Operasyon sırasında sol böbrek üst polüne komşu yaklaşık 20*25 mm ebatlı aksesuar dalak gözlendi. Böbrek üst polü serbestlenirken aksesuar dalak korunarak Gerota fasyası üzerinde bırakıldı ve operasyon başarıyla sonlandırıldı. Hastanın preoperatif serum kreatinin ve hemoglobin seviyeleri sırasıyla 1,1 mg/dL ve 13,8 g/dL idi. Postoperatif 1. günde ise serum kreatinin ve hemoglobin seviyeleri sırasıyla 1,7 mg/dL ve 12,8 g/dL idi. Postoperatif 2. gün dreni alınan hasta 3. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 1. ay kontrolünde kreatinin seviyesi 1,3 idi. Nihai patoloji sonucu 4,5 cm çaplı, böbrekte sınırlı, fuhrman grade 2, berrak hücreli renal hücreli karsinom olarak raporlandı.

SONUÇ: Laparoskopik radikal nefrektomi sırasında böbreğe yakın komşuluğu olan aksesuar dalak korunarak operasyon başarıyla tamamlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Aksesuar dalak, laparoskopik radikal nefrektomi, böbrek kanseri

VS-083

Testis Tümöründe Kemoterapi Sonrası Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu

Uğur Yücetaş, Hikmet Köseoğlu, Hüseyin Aytaç Ateş, Mustafa Kadıhasanoğlu, Erkan Sönmezay, Erkan Erkan, Mahmut Gökhan Toktaş

SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ: Bu videoda kemoterapi sonrası rezidü kitle nedeniyle laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu uygulanan olgunun ameliyat görüntüsü sunulmuştur.

MATERYAL-METOD: Testis tümörü tanısıyla sağ orşiektomi operasyonu yapılmış ve daha sonra kemoterapi uygulanmış hastada gerçekleştirilen laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu operasyonuna ait görüntüler kullanılmıştır.

BULGULAR: Testis tümörü tanısıyla 1 yıl önce sağ orşiektomi (NSGCC/pT1N2M0) yapılan ve daha sonra abdominal seviyede lenf tutulumu nedeniyle 3 kür BEP uygulanan 29 yaşında erkek hasta tomografik görüntülemede en büyüğü 45*43 mm boyutunda olan çok sayıda retroperitoneal kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Serum tümör belirteçleri normal seviyedeydi. Supin poziyonda 3 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik trokar kullanılarak laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi. İlioçekal seviyede periton insize edilerek retroperitoneal bölgeye geçildi. Çıkan kolon sağ tarafta karaciğer seviyesine, sol tarafta paraaortik alana kadar medialize edildi ve vena cava ile aort ortaya kondu. Aort bifurkasyonu seviyesinde interaortokaval yerleşimli yaklaşık 5 cm boyutunda kitle görüldü, keskin ve künt diseksiyon ile kitle eksize edildi. Ardından kranialde renal arter seviyesine kadar, kaudalde sağ iliak arter seviyesine kadar diseke edildi. Rezidü spermatik kord ve gonadal vasküler yapılar eksize edildi. Operasyon süresi 300 dakikaydı. Peroperatif komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 2. günde dreni alınan hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu pür teratom olarak gelen hastanın operasyon sonrası 6. ay kontrolünde herhangi bir sorun saptanmadı.

SONUÇ: Testis tümöründe sıklıkla kemoterapi sonrası rezidü kitle varlığında uygulanan retroperitoneal lenf nodu diseksiyonunda laparoskopik cerrahi; daha küçük insizyon, daha az ağrı, daha kısa yatış süresi ve daha iyi görüntü avantajları ile uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Lenfadenektomi, Testis Tümörü

VS-086

Ankilozan Spondilitli Hastada PNL Operasyonu

İsmail Basmaci

Sağlıl Bilimleri Ünivversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

60 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 40 yıldır ankilozan spondilit tanısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hastanın ankilozan spondilite bağlı ante fleksiyon posturu olduğu görüldü. Sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Laboratuar değerlerinde anormallik görülmedi. Görüntülemelerinde sağ böbrekte grade 3 hidronefroz, pelvis, orta pol ve alt polde multipl 4-5 cmlik taşlar görüldü. Hastaya PNL operasyonu planlandı. Supin pozisyonda operasyon planlandı ancak ante fleksiyon postürden dolayı yapılamadı. Prone pozisyonu verilerek 30-35 cm destek yastıkları ile operasyon uygulandı. Postoperatif rezidü taş izlenmedi. Postoperatif 1. Gün nefrostomi, 2. Gün sondası alınarak hasta taburcu edildi. Kontrollerinde herhangi bir sorun olmadı.

Anahtar Kelimeler: PNL, Ankılozan Spondilit, Böbrek Taşı

VS-088

İskemisiz Robotik Sağ Parsiyel Nefrektomi

Selçuk Akkaş[1], Fatih Akkaş[1], Joshgun Huseynov[1], Emre Şam[1], Kamil Gökhan Şeker[1], Abdülmüttalip Şimşek[1], Feyzi Arda Atar[1], Volkan Tuğcu[2], Ali İhsan Taşçı[1]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Memorial Bahçelievler Hastanesi Üroloji Kliniği

GİRİŞ: Bu videoda sağ böbrek tümörü olan hastada iskemisiz robotik sağ parsiyel nefrektomi sunumu yapmayı amaçladık.

MATERYAL VE METHOD: 72 yaşında bayan hasta sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede özellik saptanmayan hastada ultrasonda sağ böbrek orta-üst polde 3x3 cm kitle saptandı. İntravenöz kontrastlı abdomen MRI incelemede sağ böbrek orta-üst polde 3,3x2,6 cm şüpheli kontrast tutulumu olan solid yumuşak doku lezyonu saptandı. Sağ lateral dekubitüs pozisyonunda iskemisiz robotik sağ parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldı. 4 kollu robotik cerrahi uygulandı.Kamera portu, robotik diseksiyon ve makas için 8 mmlik 4 adet port kullanıldı. Hemolog klip kullanımı ve aspiratör kullanımı için 12 mm lik bir adet port yerleştirildi.Operasyon sırasında karaciğer ekartasyonu için 5 mmlik port yerleştirildi.

SONUÇLAR: Ameliyat süresi 110 dakika,operasyon sırasındaki kan kaybı 350 cc saptandı. Ameliyat sonrası komplikasyon görülmedi. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası patoloji fuhrman grade 2 berrak hücreli karsinom saptandı. Cerrahi sınırlar negatif olarak görüldü.

TARTIŞMA: Parsiyel nefrektomi böbrek fonksiyonlarının korunması için önemli bir tekniktir. Robotik tekniğin kullanımı ile uygun vakalarda parsiyel nefrektomi iskemisiz protokol ile tecrübeli merkezlerde güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: robotik,parsiyel, nefrektomi

VS-084

Laparoskopik Nefrektomi Komplikasyonu: Plevral Yaralanma ve Laparoskopik Onarım

Uğur Yücetaş, Mustafa Kadıhasanoğlu, Hüseyin Aytaç Ateş, Hikmet Köseoğlu, Erkan Sönmezay, Erkan Erkan, Mahmut Gökhan Toktaş

SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ: Bu videoda sol laparoskopik basit nefrektomi sırasında meydana gelen plevral açılmanın laparoskopik onarımı görsel olarak sunulmaktadır.

MATERYAL-METOD: İki yıl önce PCNL ve 3 ay önce ateşli pyelonefrit geçiren 49 yaşındaki kadın hastaya uygulanan laparoskopik sol nefrektomi sırasında meydana gelen plevra yaralanmanın laparoskopik olarak onarımı değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Sol renal pelviste 2 cm kalkül, grade 3 hidronefrozu ve separe fonksiyonu %8 olan hastaya sol nefrektomi planlandı. 2 adet 10 mm'lik ve 1 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon deviye edilerek üreter bulundu ve takip edilerek renal pediküle ulaşıldı. Ardından renal arter ve renal ven bulundu ve diseke edildi. Renal artere polimer kilitli ligasyon klipsi konularak kesildi. Aynı işlem renal ven için de uygulandı. Böbrek künt diseksiyonlarla çevre dokulardan diseke edildi. Üst polün dalak ve çevre dokulara son derece yapışık olduğu görüldü. Diseksiyon sırasında sol üst pol lateral bölüme uyan lokalizasyonda pariyetal plevranın yaklaşık 1,5 cm açıldığı görüldü. Hastanın durumunun stabil olması ve solunum fonksiyonlarında herhangi bir bozulmanın olmaması üzerine laparoskopik olarak plevraya iki adet 3/0 poliglaktin ile separe sütür konularak onarımı yapıldı ve göğüs cerrahı tarafından da toraks tüpü yerleştirildi. Üretere polimer kilitli ligasyon klipsi konulup kesilerek nefrektomi tamamlandı. Postoperatif ikinci günde dreni alınan hastada pulmoner komplikasyon da olmayınca postop 3. günde toraks tüpü çıkartıldı ve postop 4. gün hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu "Ksantogranülomatöz pyelonefrit" olarak gelen hastanın takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Laparoskopik ürolojik cerrahide %0,6 oranında görülen bir komplikasyon olan plevral yaralanma, pulmoner fonksiyonların stabil seyrettiği durumlarda açık cerrahiye geçmeden laparoskopik olarak kolaylıkla onarılabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Nefrektomi, Plevral Yaralanma

VS-089

Böbrek ve Üreter Taşı Nedeni ile Eş zamanlı Uygulanan Supine mini-PNL ve Üreterorenoskopi

Mehmet Kaynar[1], Hakan Cebeci[2], Kadir Böcü[1], Serdar Göktaş[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: Böbrek ve üreter taşı nedeni ile eş zamanlı supine mini-PNL (perkütan nefrolitotomi) ve üreterorenoskopi (URS) uygulanan olgu sunulmuştur

CASE: Sağ yan ağrısı nedeni ile polikliniğimize başvuran 46 yaşında erkek hasta yapılan tetkiklerinde sağ böbrek üst polde 2 cm ve sağ distal üreterde 9 mm taş saptanması üzerine supine Valdivia pozisyonda sağ üreter taşına üreterorenoskopi yapıldı. Aynı pozisyonda böbrek taşına USG eşliğinde 11-12 interkostal giriş ile mini PNL uygulandı. Toplam operasyon süresi 130 dk, skopi süresi 20 saniye olarak ölçüldü. Per-op taşsızlık sağlandığı skopide gözlendi. Re-entry kateter yerleştirildi. Post op 1. gün sondası 3. gün re-entry kateteri alınıp taburcu edilmiştir

SONUÇ: Böbrek ve üreter taşı olan hastalarda supine poziyonda eş zamanlı supine mini- PNL ve URS etkin ve güvenli bir yöntemdir

Anahtar Kelimeler: supine mini-PNL, üreterorenoskopi,ürolithiasis

VS-090

Laparoskopik Donör Nefrektomi, Bursa Uludağ Üniversitesi Deneyimi

Kadir Ömür Günseren, Mehmet Çağatay Çiçek, Cevaşir Bakırov, Hakan Vuruşkan, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Kliniğimizde uygulanan laparoskopik donör nefrektomi (LDN) sonuçlarımızın sunulması

MATERYAL-METOD: 2008-2018 yılları arasında kliniğimizde LDN uygulanan 307 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama yaşları 51,5 olan 135 erkek ve 172 kadın hastaya LDN uygulandı. 74 hastada sağ LDN (%31,7) ve 233 hastada sol LDN (68,3) uygulandı. Ortalama operasyon süresi 138,9dk (60-270), ortalama sıcak iskemi süresi 136sn (60-475) saptandı. Hastanede kalış süresi ortalama 2,9 gün (1-8), preop ve erken postop kreatin değerleri ortalaması sırasıyla 0,82 mg/dl (0,6-1,3) ve 1,07 mg/dl (0,7-1,7) bulundu. 2 vakada açık cerrah,ye geçilirken (1 vakada lomber vendeki kanama ve 1 vakada da böbrek rotasyonu nedeniyle) 2 vakada major damar yaralanması nedeniyle laparoskopik onarım uygulandı. 1 vakada da pnömoperitonyum sırasında gelişen vazovagal refleks nedeniyle kardiyak arrest meydana geldi, CPR sonrası hasta düzeldi ve operasyon ertelendi.

SONUÇ: Minimal invaziv bir teknik olarak laparoskopik donör nefrektomi daha kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuçları ile canlı donör hastalarında güvenle tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: böbrek transplantasyonu, donör, laparoskopi, nefrektomi,

VS-091

Accomplished Mini-Percutaneous Nephrolithotomy in a Child with Arnold Chiari Malformation and Multiple Urogenital Anomaly: Right Solitary Kidney, Complete Duplicated Collecting System, Urogenital Septum and Bladder Septum

Mehmet Çağlar Çakıcı, Ferhat Keser, Ramazan Gökhan Atış, Asıf Yıldırım

Department of Urology, Medeniyet University, Istanbul, Turkey

PURPOSE: Percutaneous stone surgery can be challenging in Arnold Chiari malformation (AC) and concomitant urinary anomaly patients due to their body habitus, spinal cord anomalies and ventriculoperitoneal shunt location. In this difficult case, we aimed to present a successful procedure accompanied by images.

Case presentation: A three year-old female child with the diagnosis of AC type-2 malformation was consultated to our clinic because of multiple stones. Non-contrast computed tomography showed the left kidney was atrophic and right renal stones largest one measuring 24x18 mm and 1003 Hounsfield Units. Nine kidney stones with a total volume of 10743 mm3 were observed. The total of longest diameters of all stones were calculated as 11.4 cm. Under the general anesthesia, there was a urogenital septum which seperates bladder and vagina in the 1 cm proximal of urogenital opening. Bifid bladder was seen and there were two ureteral orifice on the right side of bladder and one ureteral orifice with a close ending ureter on the left side of bladder. We observed that two separate collecting systems drain independently into the right side of the bladder. In the collecting system that opened to the bladder with the lower positioned ureteral orifice, stones extending from the kidney to the ureter were observed. Afterwards, mini-PNL was performed successfully in the prone position by laser lithotripter.

CONCLUSION: It seems reasonable that the anatomic complexity of AC can affect success of PNL/mini-PNL. In addition, the presence of urinary system anomalies with AC has made this surgery more complicated.

Keywords: arnold chiari, mini percutaneous nephrolithotomy, duplicated collecting system, atrophic kidney, bifid bladder

VS-092

Caroli Tanısı olan Renal Transplante Böbrekli Hepatolitiazis Hastasına Ürologlar Tarafından Ürolojik Enstrümanlar Kullanılarak Yapılan Ultramini Perkütan Hepatolitotomi (UMPHL)

Mehmet Giray Sönmez[1], Ahmet Öztürk[1], Gökhan Ecer[1], Süleyman Baktık[2], Faruk Aksoy[3]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Girişimsel Radyoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

AMAÇ: Caroli Hastalığı İntrahepatik safra yollarının kistik dilatasyonudur. Hepatolitiazis ve kolanjit ataklarıyla karakterize bir hastalıktır. Tedavide geleneksel olarak kolanjit ataklarını önlemek için antibiyoterapi, oluşan taşlar içinse PTK (Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi) ve ERCP (Endoskopik Retrograd Perkütan Kolanjiyografi) kullanılır.Karaciğeri diffüz tutan büyük taşların neden olduğu hepatolitiaziste ise karaciğer transplantasyonu uygulanmaktadır

Bu vaka sunumunda Caroli Hastalığı erkek hastada ürologlar tarafından, ürolojik enstrümanlar kullanılarak yapılan Ultramini Perkütan Hepatolitotomi(UMPHL) deneyimimizi sunmayı amaçladık

OLGU: 38 yaş erkek hastanın intrahepatik safra yolları dilatasyonuna neden olan Caroli Hastalığı teşhisi ve bu nedenle rekurren kolanjit atakları mevcut. 2012 yılında meduller nefrokalsinozis nedeniyle böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine renal transplantasyon yapılmış. intrahepatik safra kanalı taşları nedeniyle mükerrer ERCP yapılma öyküsü mevcut.

Renal transplantlı olması, immunsupresan ilaçlar kullanması ve yaygın intrahepatik safra kanalı darlıkları olması nedeniyle genel cerrahi tarafından açık cerrahi yapılamayacağı değerlendirildi. Artan bilirubin seviyeleri ve rekurren kolanjit atakları nedeniyle Genel Cerrahi tarafından endoskopik tedavi için tarafımıza yönlendirildi.

Cerrahi Teknik: Tekniğe ait detaylar videosunumda ayrıntılı şekilde gösterilmiştir.

Gerekli preop hazırlıklar yapıldıktan sonra UMPHL yöntemiyle hastanın karaciğer taşları tamamen temizlendi. Postop skopi kontrollerinde rezidü taş izlenmedi. 3 gün antibiyotik tedavisi amacıyla yatan hasta şifa ile taburcu edildi. Perop veya postop komplikasyon izlenmedi. Taşlar temizlendikten sonra tedaviye direnen kolanjit düzeldi.

SONUÇ: Bu hastamızda olduğu gibi diğer yöntemlerle müdahale edilemeyip çaresiz kalınan durumlarda UMPHL karaciğer taşlarının tedavisinde uygulanabilecek en etkili minimal invaziv bir tedavi yöntemidir. Perkütan nefrolitotomi ve perkütan cerrahi konusunda uzun yıllara dayanan tecrübesi olan cerrahlar tarafından yapılan UM-PHL prosedürünün taşsızlık durumu ve morbidite oranlarını azaltacağını ve cerrahi başarıyı artıracağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer taşları, Perkütan Cerrahi, Minimal Invaziv Cerrahi, Ultramini Hepatolitotomi

VS-093

Multiple Hepatolitiazis Hastalarında Ürolojik Ekipmanlarla Uygulanan Yeni Cerrahi Teknik: Ultramini Perkütan Hepatolitotomi (İlk 6 vaka)

Mehmet Giray Sönmez[1], Faruk Aksoy[2], Süleyman Bakdık[3], Gökhan Ecer[1], Ahmet Öztürk[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: İntrahepatik kanal taşları, kronik karın ağrısı, kolestaz, kolanjit apse, postobstrüktif atrofi ve karaciğer sirozu tablosu oluşturabilir. Bu nedenle intrahepatik safra taşları olan hastaları tedavi etmek için biliyer dekompresyon, endoskopik, perkütan veya açık cerrahi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Tedavinin amacı, taşların temizlenmesi ve safra drenajını geri kazandırmaktır. Geçmişte bu taşlar için ilk tedavi seçeneği olarak karaciğer rezeksiyonu uygulanmış, fakat açık cerrahi yönetimlerde ki yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeniyle intrahepatik taşlarını ortadan kaldırmak için yeni yollar aranmaya başlanmıştır.

Bu nedenle daha az invaziv olan perkütan transhepatik kolanjioskopi(PTK), ESWL bu taşların tedavisinde kullanılmıştır. Fakat safra yollarının anatomisinin farklılık göstermesi ve intrahepatik taş yükünü belirgin olarak azaltmamaları nedeniyle bu tedaviler özellikle büyük taş yükü olan hepatolitiazis'li hastalarda bekleneni verememiştir. Bu tedaviler 1 cm'den küçük olan KC taşları için kullanılmaktadır.

Hepatolitiasisli hastalara literatürde daha önce perkütan olarak farklı tedaviler uygulamasına rağmen, Ultra-Mini Perkütan Hepatolitotomi(UM-PHL) operasyonu daha önce teknik olarak hiçbir hastaya uygulanmamış olup ilk defa bu olgu serilerinde kullanılmış ve kullanılan aletlerin küçüklüğü ve taşların ekstrakte edilmesi nedeniyle bu isim verilmiştir.

Olgu sunumları: Videosunumda ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

Cerrahi Teknik: Videosunumda ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

SONUÇ: Hepatolitiazisli olgu serimiz, minimal genişlikte access yardımıyla litotomi yapılarak bu kadar büyük boyutlu taşların dışarı çıkartıldığı ve tam taşsızlığın sağlandığı literatürdeki ilk seridir.

Hastalarımızın hepsinde tedavi sonrası kolanjit ataklarında belirgin düzelme, karaciğer enzimlerinde iyileşme ve semptomatik düzelme oldugu gözlenmiştir. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmemiştir.

UMPHL'nin büyük karaciğer taşlarının temizlenmesinde ideal tedavi yöntemi olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Taşı, Perkütan Cerrahi, Litotomi, Minimal İnvaziv

VS-094

Laparoskopi yardımlı perkürtan nefrolitotomi yapılan pelvik böbrekli hasta deneyimimiz

Mehmet Giray Sönmez, Gökhan Ecer, Harun Uçmak, Ahmet Öztürk

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Ektopik böbrek, bir veya her iki böbreğin pozisyonunda nispeten nadir görülen bir doğuştan anomalidir. Gerçek pelvisteki konumundan, üst karın bölgesinde normal anatomik pozisyonuna düzgün şekilde çıkamaması sonucu oluşur. Kliniğimize karın ağrısı ile başvuran 20 yaşında erkek hastanın yapılan tetkiklerinde sol pelvik ektopik böbrek olduğunu ve bu böbreğinde taşları olduğunu saptadık.Takiplerinde hastanın ağrısının devam etmesi üzerine hastaya cerrahi planlayarak laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi uyguladığımız hastamızı sizlerle paylaşıyoruz.

OLGU: 20 yaş Erkek

Karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu.

Özgeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenesinde laboratuar testlerinde patoloji saptanmadı.

Hastaya yapılan BT'de taşlı pelvik böbrek saptanması üzerine MR ürografi yapıldı.

Sol böbreğin fossa iliaka yerleşimli olduğu görüldü. Sol böbrek hilusuna her iki taraf internal iliak arterden dallar geldiği görüldü.Pelvikaliksiyel yapılarında grade 2 ektazi mevcuttu.Büyüğü renal pelviste 2 cm çapa ulaşan 3-4 adet taş olduğu izlendi.

Hastaya anestezi altında laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi yapılarak 4 fr 20 cm dj takıldı.

Hastanın postop 3. gün dreni ve sondası alınarak şifa ile taburcu edildi.

Cerrahi Teknik: Videosunumda ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

SONUÇ: Ektopik böbrek hidronefroz, idrar yolu enfeksiyonu ve taş ile komplike olabilen konjenital bir anomalidir.

Literatürde taşlı ektopik böbreklerin tedavisinde genelde endoskopik yöntemler ve açık cerrahi kullanılmış olup, laparoskopi yardımlı PNL tam taşsızlık ve kısa hospitalizasyon nedeniyle tercih edilebilecek etkin bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, perkütan nefrolitotomi, pelvik böbrek, böbrek taşı

VS-095

Laparoskopik Radikal Sistoprostatektomi

Hakan Akdere, Mehmet Gürkan Arıkan

Trakya Üniversitesi, Üroloji A.D.

Radikal Sistektomi ve üriner diversiyon kasa invaze lokalize mesane kanserlerinde altın standart tedavidir. Son yıllarda Laparoskopik Radikal Sistektomi'nin cerrahi teknik, komplikasyonlar ve onkolojik sonuçları bildirilmiştir. Açık Radikal sistektomi ile karşılaştırıldığında kanama miktarı, hastanede yatış süresi, bağırsak hareketlenmesi ve postoperatif analjezik ihtiyacı gibi parametreler daha olumlu olarak bulunmuştur. Biz de bu video sunumunda kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz bir Laparoskopik Radikal Sistektomi ameliyatını sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Sistektomi, Mesane

VS-096

Staghorn Böbrek Taşında Laparoskopik Pyelolitotomi

Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Mustafa Karaaslan, Yusuf Kasap

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

Böbrek taşlarının tedavisinde ESWL(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) fleksible ve rijit üreterorenoskopi,-perkütan nefrolitotomi ve açık cerrahi yer almaktadır.Son yıllarda laparoskopinin daha yaygın kullanımı ve laparoskopik deneyimin artmasıyla özellikle renal pelvisteki böbrek taşlarının laparoskopik cerrahisi perkütan nefrolitotomiye bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.Bu videoda 59 yaşında erkek bir hastada uyguladığımız laparoskopik transperitoneal sol pyelolitotomi görüntüleri yer almaktadır.

59 yaşındaki erkek hasta, sol yan ağrısıyla üroloji polikliniğimize başvurdu.Hastanın özgeçmişinde herhangi bir operasyon öyküsü yoktu.Gut hastalığından başka ek hastalığı yoktu ve antiagregan veya antikoagülan ilaç kullanım öyküsü yoktu.Çekilen kontrastsız CT'de sol böbrekte 8 cm lik staghorn böbrek taşı tespit edilmesi üzerine hastaya laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi yapıldı,taşsızlık sağlandı.Operasyon süresi 110 dk,tahmini kan kaybı yaklaşık 100 cc idi.

Laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi staghorn taşların tedavisinde deneyimli cerrahlar tarafından perkütan nefrolitotomiye alternatif olarak gerçekleştirilebilecek minimal invaziv endoürolojik cerrahi seçeneklerden biridir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi,pyelolitotomi,staghorn,böbrek,taş

VS-097

Laparoskopik Nüks Adrenal Kitle Eksizyonu

Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Sedat Taştemur, Yusuf Kasap

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

Laparoskopinin yaygın kullanılmasıyla birlikte adrenal kitlelere laparoskopik yaklaşım gündeme gelmiştir ve başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir.Videomuzda 70 yaşındaki kadın hastada rutin kontroller sırasında ortaya çıkan nüks sağ adrenal kitlelerin laparoskopik transperitoneal yaklaşımla eksizyonu yer almaktadır.

2015 'te sağ adrenal kitle nedeniyle laparoskopik transperitoneal sağ adrenalektomi yapılan 70 yaşındaki kadın hasta,rutin kontrollere geldiğinde çekilen kontrastlı CT'de sağ sürrenalin bez lojunda izlenmediği ancak Morrison poşunda 19x14 mm boyutlu, sağ sürrenal bez lojunda 18x15 mm kontrastlanma gösteren nüks lezyon oluşumu lehine değerlendirilen nodüler lezyon izlendiği görüldü.2015'teki patolojisi adrenokortikal neoplazm(Fuhrman nükleer grade IV) gelen hasta nüks olarak değerlendirilip laparoskopik transperitoneal nüks kitle eksizyonu gerçekleştirildi.Operasyona 3 trokarla başlandı ancak karaciğer ekartasyonu için 5 mm'lik 4.bir trokar operasyon esnasında yerleştirildi.Operasyonu süresi 130 dk,tahmini kan kaybı yaklaşık 90-100 cc'ydi.Kitlelerin histopatolojik değerlendirmesi yapıldığında adrenokortikal adenom(Fuhrman nükleer grade III/IV) olarak raporlandı.Hasta postoperatif 4.günde komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi.

Laparoskopik adrenalektomi,adrenal kitlelerin yönetiminde parsiyel veya total adrenalektomi olarak da yapılabilen,deneyimli cerrahlar tarafından başarıyla uygulanabilen minimal invaziv bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi,nüks,adrenal,kitle

VS-098

Staghorn Böbrek Taşına Laparoskopik Yaklaşım:Laparoskopik Pyelolitotomi

Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Mustafa Karaaslan, Yusuf Kasap

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

Böbrek taşlarının tedavisinde ESWL(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) fleksible ve rijit üreterorenoskopi,-perkütan nefrolitotomi ve açık cerrahi yer almaktadır.Son yıllarda laparoskopinin daha yaygın kullanımı ve laparoskopik deneyimin artmasıyla özellikle renal pelvisteki böbrek taşlarının laparoskopik cerrahisi perkütan nefrolitotomiye bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.Bu videoda 59 yaşında erkek bir hastada uyguladığımız laparoskopik transperitoneal sol pyelolitotomi görüntüleri yer almaktadır.

59 yaşındaki erkek hasta, sol yan ağrısıyla üroloji polikliniğimize başvurdu.Hastanın özgeçmişinde herhangi bir operasyon öyküsü yoktu.Gut hastalığından başka ek hastalığı yoktu ve antiagregan veya antikoagülan ilaç kullanım öyküsü yoktu.Çekilen kontrastsız CT'de sol böbrekte 8 cm lik staghorn böbrek taşı tespit edilmesi üzerine hastaya laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi yapıldı,taşsızlık sağlandı.Operasyon süresi 110 dk,tahmini kan kaybı yaklaşık 100 cc idi.

Laparoskopik transperitoneal pyelolitotomi staghorn taşların tedavisinde deneyimli cerrahlar tarafından perkütan nefrolitotomiye alternatif olarak gerçekleştirilebilecek minimal invaziv endoürolojik cerrahi seçeneklerden biridir

Anahtar Kelimeler: staghorn,laparoskopik,pyelolitotomi,taş

POSTERLER

PS-001

Nadir Bir BPH Komplikasyonu: Amfizematöz Sistit

Yunus Kayalı[1], Yıldız Kayalı[2]

[1]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul*

Amfizamatöz sistit nadir rastlanan görüntülemede mesane duvar ve lümeninde hava görüntüsü ile karakterize komplike üriner sistem enfeksiyonudur. Bu organizmalar laktat ve glukozu fermante ederek gaz oluşumuna sebebiyet vermektedir. Hastalık sıklıkla diyabetik popülasyonda görülmektedir.

Bu olgumuzda acile karın ağrısı şikayetiyle gelen amfizamatöz sistit vakası sunulmaktadır.

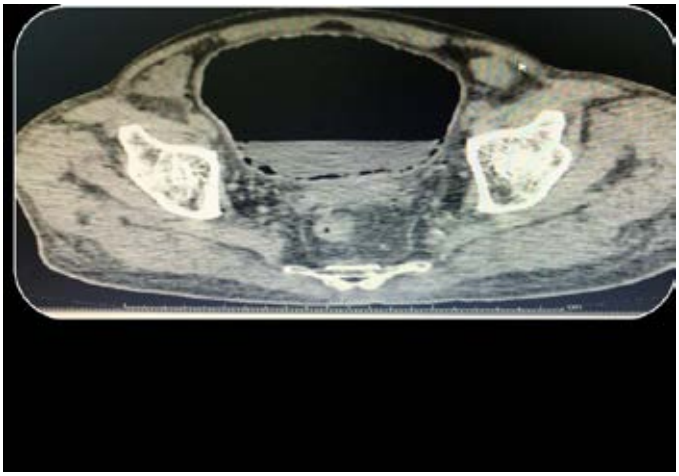
75 yaşında erkek hasta acil servisimize 38.5 üzeri ateş, idrar yapmakta zorlanma, damla damla işeme ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastaya daha önce başvurduğu çeşitli merkezlerde sonda girişimi olmuş fakat başarısızlıkla sonuçlanmış. Hastanın medikal geçmişinde sadece 8 sene önce bilinmeyen sebeple yoğun bakım öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik bölge hassas ve palpasyonda ağrılı glob vezikale hakimdi. Hastanın laboratuvar bulgularında 8.430/mm3 WBC, 15.86 mg/dl C Reaktif Protein (negatif <0,5) ve serum kreatinin düzeyi 3.07 mg/dl saptandı. Tam idrar sedimentinde 549 eritrosit, 2558 lökosit ve bol bakteri izlendi. Hastaya üriner sonda takılması denendi fakat başarısız oldu.

Sistostomi (suprapubik kataterizasyon) açılmasına karar verilen hastanın öncelikle malign mesane patolojilerinin ekartasyonu gerekliliğinden dolayı üriner ultrasonografi ile değerlendirildi. Üriner ultrasonografi raporu amfizematöz sistit şüphesi yönünde değerlendirilmiştir. Hastaya istenen BT'de ise mesane submukozal alanda hava boşlukları ve mesanenin büyük çoğunluğunda hava dansitesi izlendi. Görünüm amfizematöz sistit açısından anlamlı bulundu. Prostat boyutları 52x55x50 mm olup artmıştı ayrıca bilateral hidroüreteronefroz izlendi. Hastaya sistostomi açılarak idrar kültürü alındı. Hastanın alınan idrar kültüründe E. Coli 70.000 koloni üremesi oldu. Hastanın yatışının 7. gününde lökosit değeri normaldi. CRP normal değerlere geriledi.

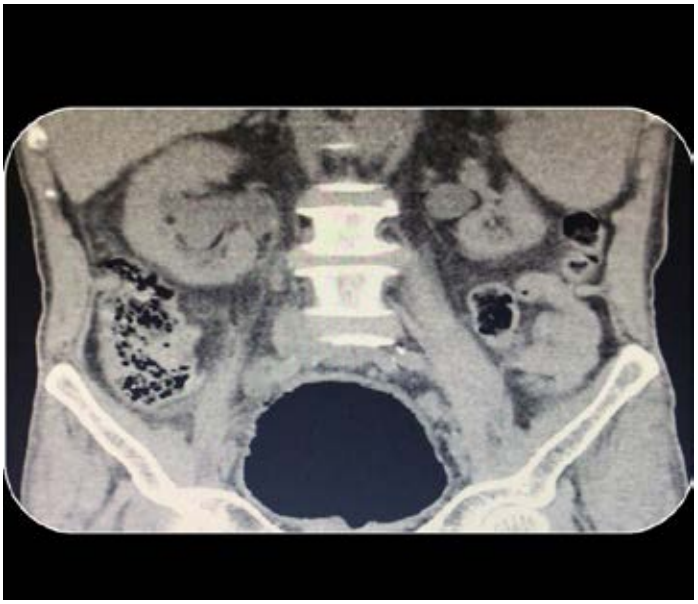
Amfizamatöz sistit hızlı ilerleyebilen bir hastalıktır. Buna sebep olan faktörler içerisinde diyabet mellitus, nörojenik mesane, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, obstrüktif üriner sistem patolojileri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Amfizematöz Sistit, Submukozal hava imajı, Komplike İYE

Resim 1



Resim 2



Resim 3



PS-002

Pediatrik Renal Taş Tedavisinde Ultra-Mini PNL Deneyimlerimiz

Şenol Adanur, Mehmet Sefa Altay, Fatih Özkaya, Özkan Polat, Azam Demirel

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Pediatrik renal taş hastalarında ultra-mini PNL deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2017 ve Eylül 2018 tarihleri arasında 15 hastayı çalışmamıza dahil ettik. PNL işlemi, genel anestezi altında prone pozisyonda floroskopi eşliğinde 18 G iğne ile kalisiyel sisteme giriş yapılarak başlandı. Renal dilatasyon için ve akses sheat olarak 11 F Peel Away veya 14 F Performer® İntroducer Set (Cook ®) kullanıldı. İşlem esnasında 11 F Olympus® marka nefroskop ve 7 F Olympus® sistoskop kullanıldı. Litotriptör olarak pnömotik ve/veya lazer litotriptör kullanıldı. Taşlar aspire edilerek veya yakalama forsepsi ile dışarı alındı. 3 mm den küçük klinik önemsiz fragman varlığı başarı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 6 yıl (2-12) olup 4'ü (% 26) kız, 11'i (% 74) erkekti. Taşlar 8 hastada sağ, 7 hastada sol böbrek yerleşimliydi. Taşların 3' ü pelvis, 8 tanesi pelvis ve/veya diğer pollerde, 4 tanesi de staghorn tipteydi. Ortalama ameliyat süresi 68,4(40-100) dk, ortalama skopi süresi 65 sn idi. Ortalama hastanede kalış süresi 2,8 gündü. Hastaların 14'ünde tam taşsızlık sağlandı. 1 hastada postoperatif renal kolik olması üzerine endoskopik üreter taş tedavisi uygulandı. 1 hastada 2. seans PNL ihtiyacı oldu. Bu hastada da 2. seans PNL ile tam taşsızlık sağlandı. Hiçbir hastada kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. 10 hastada tüpsüz, 1 hasta total tüpsüz ve 4 hastanında trakt yerinden 10 F nefrostomi kateteri konularak işlem sonlandırıldı.

SONUÇ: Pediatrik yaş grubunda üreteral ve renal ünitenin nispeten küçük olması nedeniyle, PNL işlemi esnasında komplikasyonları minumuma indirmek amacıyla ince kalibreli aksesler kullanılarak renal taşlar etkin ve güvenilir şekilde tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, renal taş, Ultra-mini PNL

PS-005

Rekürren Üreteral Fibroepitelyal Polip

Mehmet Yılmaz, Emre Uzun, Hamza Karaman, Öner Odabaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM,Üroloji Kliniği,Ankara

GİRİŞ: Fibroepitelyal polipler(FEP)üreterde nadir görülen,mezodermden köken alan benign oluşumlardır.Genellikle tek taraflı olarak görülen FEP,sol üreterde 2 kat sık görülür,üreterde görülen neoplazmların %20'sini oluşturur.Çalışmamızda rekürren üreteral fibroepitelyal polip olgusu sunulmaktadır.

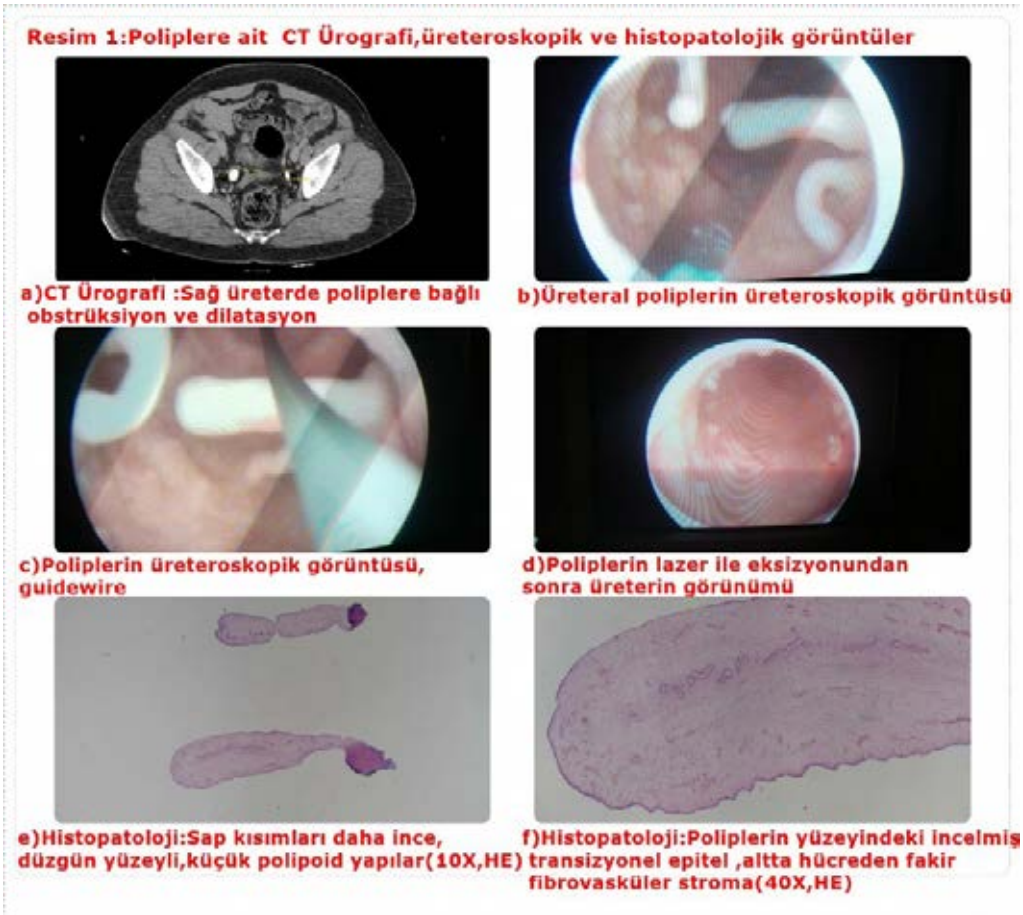
OLGU SUNUMU: 52 yaşında sağ yan ağrısıyla polikliniğimize başvuran hastanın,5 ay önce sağ renal kolik nedeniyle dış merkeze başvurduğu,tanısal üreterorenoskopide(URS)sağ üreter orifisinde polipoid oluşum tespit edilip,lazer ile komplet rezeke edildiği öğrenildi.Dış merkezde üreteral fibroepitelyal polip tanısı konulan hastanın CT ürografide sağ üreter distalde opak maddenin mesaneye geçişinin azaldığı izlendi.Tanısal URS planlandı.URS'de sağ üreter distalde 3-4 adet 5-6 mm lik polipler görüldü.Polipler holmium lazer ile komplet rezeke edildi,hastaya sağ DJ stent yerleştirildi.Histopatolojide bu dokular fibroepitelyal polip olarak raporlandı.Üreteral poliplerin nüks ettiği anlaşıldı.Kontrol URS'de nüks izlenmedi.

TARTIŞMA: FEP'lerin yaklaşık %85'i üreterde;bunların yaklaşık %60'ı proksimalde veya üreteropelvik bileşkede görülür.FEP obstrüktif,irritatif semptomlara yol açabilir.Hematüri ve intermitan flank ağrı en sık görülen semptomlardır.Suprapubik ağrı,dizüri gibi yakınmalarla karşılaşılabilir.Etyopatoloji net tanımlanamamıştır.Çocuklarda konjenital orijinliyken,erişkinlerde inflamasyon,kronik enfeksiyona maruziyet,ekzojen karsinojenler,obstrüktif ve travmatik ajanlar,ürolitiyazis,alerjik faktörler,hormonal etki suçlanan faktörlerdir.Pürüzsüz,düzgün yüzeyli;pedinküllü ve hareketli,intakt mukozal yüzeyli görünürler.Histolojide,benign tranzisyonel epitelyum üzerindeki mezodermden derive olan gevşek vasküler fibröz stroma ile karakterizedir.Tanıda histopatolojik değerlendirme zorunlu olup,intravenöz ürografi,kontrastlı MRI,CT kullanılabilir.URS,tanıda önemlidir.Eskiden FEP,açık nefroüreterektomi,açık rezeksiyon ve üreteroreterostomi ile tedavi edilirken,günümüzde holmium YAG lazer veya thulium lazer ile tedavi edilebilmektedir.Polip pyelokalisiyel sistemde,üreteropelvik bileşkede,proksimal üreterde ise perkütan yaklaşımlar gerçekleştirilebilir.Başarılı laparoskopik yaklaşımlar da tanımlanmıştır.Ayırıcı tanıda transizyonel hücreli karsinom,benign mezenkimal tümörler,kan pıhtısı,sloughed papilla,fungus ball,parazitik enfeksiyonlar vardır. Rekürrens nedeniyle,FEP'ler takip edilmelidir.Takip protokolüyle ilgili görüş birliği yoktur.

SONUÇ: FEP'in makroskopik hematüri ve renal kolik ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekir.Tanıda histopatolojik değerlendirme zorunludur,bu lezyonların takip edilmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: üreter,polip,fibroepitelyal,nüks

Resim 1


Resim 1:Poliplere ait CT Ürografi,üreteroskopik ve histopatolojik görüntüler
a)CT Ürografi :Sağ üreterde poliplere bağlı obstrüksiyon ve dilatasyon
b)Üreteral poliplerin üreteroskopik görüntüsü
c)Poliplerin üreteroskopik görüntüsü, guidewire
d)Poliplerin lazer ile eksizyonundan sonra üreterin görünümü
e)Histopatoloji:Sap kısımları daha ince, düzgün yüzeyli,küçük polipoid yapılar(10X,HE)
f)Histopatoloji:Poliplerin yüzeyindeki incelmiş transizyonel epitel ,altta hücreden fakir fibrovasküler stroma(40X,HE)

PS-006

Forgotten Ureteral Catheter for 10 Years

Mehmet Yılmaz, Mecit Çelik, Bilgi Işler, Öner Odabaş

Department of Urology,Health Sciences University,Yuksek Ihtisas Research and Training Hospital,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Ureteral stent is the frequently used devices in urological operations.If the time of removal of ureteral stents increases,the severity of the complications caused by the stent increases.These complications are occlusion,encrustation,breakage,stone formation,urosepsis,renal failure and even death.Herein,we report the approach of the our clinic to a patient with a 10-year indwelling ureteral stent.

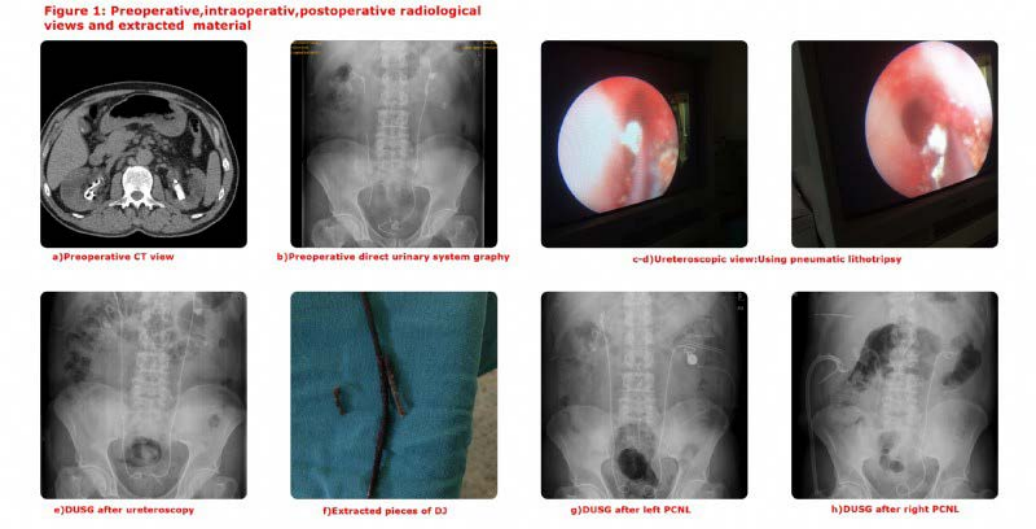
CASE REPORT: A 60-year-old male patient was admitted to our urology outpatient department with dysuria. It was learnt,he had undergone bilateral ureteral DJ stent for bilateral ureteral calculi at another hospital 10 years ago.In direct urinary system graphy,a broken proximal and distal part of right DJ was seen(Figure1b).CT revealed retained bilateral ureteral stents with associated heavy encrustations around them(Figure1a).Firstly,we had performed ureterorenoscopy for removing of impacted ureteral stents.To mobilization of encrusted stent,we have used pneumatic lithotripsy(Figure1c-d),broken distal part and middle part of right DJ were extracted with forceps(Figure1f).A new DJ stent replaced to right side(Figure1e).Then patient underwent left PCNL for encrusted proximal part of left side(Figure1g).In another session,patient underwent right PCNL(Figure1h).The patient was discharged after fourth days of operation.

DISCUSSION: Encrustation is the most commen complication of indwelling DJ stents.The mechanism is obscure.DJ fragmentation occurs in 0.3% to 10% of patients.Loss of renal function,pyonephrotic kidney causing nephrectomy have been declared.To evaluate encrustation,stone formation burden on the stents;non contrast CT can be used.There are some approach ways such as shockwave lithotripsy,ureteroscopy with or without laser,basket extraction,percutaneous nephrolithotomy,open,laparoscopic surgery.

CONCLUSION: To avoid complications,DJ stents should be registered in the hospital system properly and patients should be informed.

Keywords: ureter,DJ,undwelling,forgotten,catheter,stone

Figure 1



PS-007

Vesical Calculus Formation In A 34 Week Pregnant Patients Bladder; Due To Migrated Copper-T Intrauterine Contraseptive Device

Çağatay Özsoy[1], Kaan Karamık[1], Hakan Anıl[2], Selim Taş[1], Yasin Aktaş[1], Kamil Saraç[1], Mahmut Taha Ölçücü[1], Mahmut Ekrem İslamoğlu[1], Kayhan Yılmaz[1], Mutlu Ateş[1]

[1]*Department of Urology, Antalya Education And Research Hospital, Antalya, Turkey*
[2]*Department of Urology, Adana City Hospital, Adana, Turkey*

INTRODUCTION: The intrauterine contraceptive device (IUCD) is a well-known contraceptive method. It has been in use for many years. Insertion of IUCD has many complications. These complications include uterine perforation, pelvic abscess, septic abortion, ectopic pregnancy and migration into adjacent organs. Uterine perforation by an IUCD is not common. The overall incidence is about 0,87 per 1000 insertions. IUCD migration to bladder and stone formation around it are extremely rare complications. In this case, we report a 34-week pregnant woman who diagnosed bladder stone due to migrated İUCD and cured with an endoscopic procedure after giving birth.

CASE REPORT: The patient is a 35-year-old 34 weeks pregnant woman. She presented with urinary urgency, dysuria, and pollakiuria for last three months. She had been treated with antibiotics for urinary tract infections during the last three months in routine obstetric visits. No urinary tract imagining was performed during this time. After persistence of patient's complaints, she referred to us. Additional history revealed that she had an IUCD insertion about five years ago. But one year after insertion in a gynecologic examination, she was told that there was no IUCD in her uterus, and it might be dropped spontaneously from the vagina. There were no abnormalities on physical examination. Urinalysis identified 90 leukocytes p/hpf and 35 erythrocytes p/hpf. Urine culture showed 100 000 CFU/ML Enterococcus spp. An ultrasound of the bladder revealed an amorphous 35 mm intravesical lesion with distal acoustic shadowing compatible with calculus or foreign body (Figure 1). An X-ray of kidney-ureter-bladder (KUB) and cystoscopic examination planned for exact diagnosis. However, X-ray imagining and cystoscopic examination postponed after birth because of her pregnancy. She was followed by urinalysis and urine culture and treated with proper antibiotics until birth. In 39 weeks of pregnancy, she gave birth with a c section and there was no sign of IUCD in her uterus. One month after birth she was examined with X-ray of KUB. A copper-T İUCD and 35 mm bladder stone around it was seen (Figure 2). Rigid cystoscopy performed and it was seen that one part of IUCD wire was penetrating the mucosa on the posterior wall and the other part was surrounded with a large calculus. There was no bladder perforation. Calculus crushed complete endocorporeal with holmium laser and removed from the bladder. The mucosal portion incised with holmium laser, and IUCD has taken outside with endoscopic forceps (Figure 3). The patient discharged on the 1st postoperative day. The urethral catheter was removed 3rd postoperative day. By the end of the two weeks, all her symptoms had regressed.

DISCUSSION: Intravesical migration of IUCD is a very rare complication. The overall reported incidence of IUCD perforation is about 0.87 per 1000 insertion. This includes the pelvis, peritoneal cavity, and adjacent organs.

The experience of the practitioner is one of the most significant factor to predict the misplacement of IUCDs. IUCD placements should be performed by experienced practitioners or under supervision. Periodic follow-up must be done by a practitioner after insertion.

The exact mechanism of migration or when it occurs is not clear. There is a lot of mechanisms have been suggested

to explain the spontaneous migration of IUCDs. Overlook iatrogenic uterine perforation, peritoneal fluid movements, spontaneous uterine contractions, involuntary bladder contractions, and gut peristalsis are some of the suspected reasons. Perforations mostly diagnose at the time of insertion (86%) and indicated by pain and bleeding. However, some perforations remain undiagnosed for several years. The longest interval between insertion of an IUCD and diagnosis of its migration into the bladder is 25 years.

Bladder stones are unusual in women. A woman with a bladder stone should raise the suspicion of the presence of a foreign body. Foreign bodies can play a role as a nidus for calcium precipitation and stone formation in the bladder.

In detecting migrated IUCDs plain X-ray, USG and cystoscopy are usable methods. The plain film diagnoses a bladder stone with an attached IUCD. We believe that cystoscopy is a perfect tool for diagnosis of bladder migrated IUCDs, also gives the practitioner a chance to treat the patient. Although USG has also been reported to be an excellent tool for diagnosis of lost IUCDs. All migrated intravesical IUCDs should remove with cystoscopy. İf it's not possible to remove it endoscopically open or laparoscopic surgery should be considered.

In conclusion, IUCD placements should be performed by experienced practitioners or under supervision. Periodic follow-up must be done after insertion. Intravesical migration of an IUCD should be considered in any woman with bladder stone or recurrent urinary tract infection. Intravesical migrated IUCDs can treat with endoscopic, laparoscopic or open surgery.

Keywords: Bladder stone, Contraseptive device, Mİgrated İUCD

Figure 1. Amorphous 35 mm intravesical lesion with distal acoustic shadowing.



Figure 2. A copper-T İUCD and bladder stone around it.



Figure 3. Intrauterine device removed from the bladder



PS-008

Tansrektal Ultrason Eşliğinde Prostat Biyopsi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon; Mesaif Rektal Kanama

İbrahim Karabulut[1], Bülent Albayrak[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji ABD, Erzurum*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gastroentroloji Kliniği, Erzurum*

GİRİŞ: Transrektal ultrason eşliğinde yapılan prostat biyopsisi (TRUS-Bx) prostat kanseri tanısında yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir.

TRUS-Bx güvenli bir metod olarak kabul edilmesine rağmen invazif bir yöntemdir ve komplikasyonlar görülebilmektedir.Sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında ağrı, kanama ve enfeksiyon yer almakatadır.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta kliniğimize alt üriner sistem semptomları ve ailesinde prostat kanseri (Pca) tanısı bulunması nedeni ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede rektal muayende prostat grade I cesamette olup fibroadenom kıvamında idi. Labaratuvar tetiklerin de idrar tahlilinde özellik yok prostat specifik antijen değeri (PSA): 8.2 ng/dl gelmesi üzerine iki hafta sonra kontrol psa yollandı. Kontrol psa: 8 ng/dl gelmesi üzerine hastaya TRUS-Bx planlandı. Hasta onamı alındıktan sonra işlem öncesi antibiyotik proflaksisi oral olarak yapıldıktan sonra 12 kadran kognitif prostat biopsisi alındı. İşlem sonrası hipotansif problemleri olan ve aktif rektal kanama gözlenen hasta hospitalize edildi. Yatış hb: 15.8 mg/ dl olan hastanın kanamasının devam etmesi ve 60 dk sonra gönderilen kontrol hb değerinde 1 birimin üzerinde düşme görülmesi üzerine gastroentroloji kliniği görüşü alınarak intrarektol tampon uygulanması yapıldı. Tecridi olarak 4 saat içinde kanaması devam eden ve hb değeri 9,4 mg/dl olan düşen hastaya gastroentroloji kliniğince kolonoskopi ve gözlenen kanama odağına(Resim 1) ligasyon yapıldı. Kanaması olamayan ve hemodinamsi sttabil seyreden hasta 1 hafta sonra ligasyon yapılan klipsin düşeceği bilgisi ile taburcu edildi.Hastanın biyopsi sonucu adenom yorumlanması üzerine hasta MR füzyon biyopsisine yönlendirildi.

SONUÇ;İnvaziv bir girişim olması neden ile değişik oranlarda görülen komplikasyonlarla etkin mücadele işlem öncesi alınan tedbirler ve sonrası hasta bilgilendirmesi gereğinde yapılan müdahaleler sayesinde morbidite ve mortalilerin önününe geçilecektir.

Anahtar Kelimeler: Prostat biyopsi, Kanama, Komplikasyon

Resim 1



PS-009

Atypical Early Recurrence After Robot-Assisted Radical Cystectomy: Port Site Metastasis

Hakan Anıl[1], Ekrem İslamoğlu[2], Çağatay Özsoy[2], Mutlu Ateş[2]

[1]*Department of Urology, Adana City Training and Research Hospital, Adana, Turkey*
[2]*Department of Urology, University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey*

Port-site metastases (PSM) are an uncommon complication of minimal invasive surgery.Only thirteen cases with PSM after robot-assisted radical cystectomy(RARC) have been reported in the literature.In this study we report a male patient with PSM which occurred in the postoperative 8th week after RARC.A 68-year-old male patient was referred to our clinic because of muscle-invasive transitional cell carcinoma (TCC) of the bladder.Radical cystectomy with extended pelvic node dissection and intracorporeal orthotopic neobladder procedure was performed with the da Vinci® surgical system.Eight weeks after surgery, the patient had admitted to our clinic with a small, tender, well-circumscribed 3*2 cm mass at the assistant port site.A core needle biopsy was performed, and pathological examination reported high-grade TCC metastasis.Following consulting with medical oncology and radiation oncology departments, we decided to administer chemotherapy.After administration of 3 cycles of cisplatin and gemcitabine protocol, there was no decrease in the dimension of metastatic bulk(Figure1a-1b). An external-beam radiotherapy combined with cisplatin and paclitaxel was planned due to the lack of response to initial therapy. After the second stage treatment modality, partial response was observed on PET/CT imaging.So we decided to perform a wide surgical excision, after seven weeks of combination therapy. During the operation, the tumor had invaded the left rectus abdominis muscle but there was no peritoneal involvement.The removed specimen was 5*4 cm tumor in diameter and fascial defect was closed with dual mesh(Figure 2a-b).After histopathologic examination, the tumor was reported as a TCC metastasis,He follow-up was 12 months and there was no local recurrence or distant metastasis.

Keywords: port-site metastases, invasive bladder cancer, adjuvant therapy, metastasectomy

Figure (1a-1b)

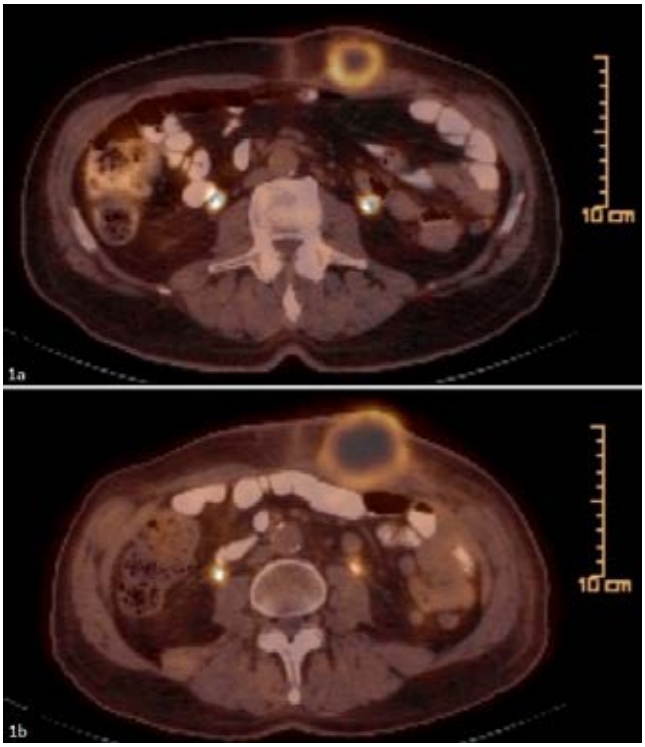


*Fig. 1. a. 18-FDG PET/CT scan of an axial image of showed that 18*15 mm a hypermetabolic lesion invaded left rectus abdominis muscle.b. Partial response after combination therapy.*

Figure 2a-2b



Fig. 2. a. Macroscopic appearance of port-site metastasis. b. Intraoperative view of the wide surgical excision

PS-010

Üretrada alışılmadık bir yabancı cisim: Tel toka

Engin Denizhan Demirkıran[1], Okan Yavuzalp[2], Cemal Ferhat Önal[1]

[1]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı Zonguldak
[2]Özel Batman Medikal Park Hastanesi Üroloji Kliniği

GİRİŞ:Üretrada yabancı cisim sıklıkla hastaların psikiyatrik bozukluk, otoerotizm, bunama gibi nedenler sonucunda, kendileri tarafından üretraya sokulmuş olarak karşımıza çıkmaktadır. Kliniğimize üretrasına kendi soktuğu tel toka nedeniyle başvuran 6 yaşındaki erkek hastaya endoskopik yabancı cisim çıkarılması işlemi uyguladık.

VAKA: Bilinen ek hastalığı bulunmayan 6 yaşında erkek hasta kliniğimize üretrasına kendi soktuğu tel toka nedeniyle başvurdu. Dizüri şikayeti mevcuttu ancak idrarını yapabiliyordu. Yapılan fizik muayenesinde sünnetli olduğu, genital gelişiminin yaşına göre uygun olduğu ve yabancı cismin palpe edilemediği görüldü. Floroskopi görüntüsünde yabancı cismin proksimal üretra seviyesinde olduğu görüldü.(Resim1)

Ardından 11F pediatrik sistoskop kullanılarak yapılan üretroskopide proksimal üretra hizasındaki tel toka, yabancı cisim forsepsi ile yakalanarak endoskopik görüntüleme ve skopi görüntüleri eşliğinde çıkarıldı. Hasta cerrahiden bir gün sonra komplikasyon izlenmeden taburcu edildi.

TARTIŞMA:Literatürde üretradan çıkarılmış kalem, elektrik teli, çatal, diş fırçası, pil gibi birçok yabancı cisim vakası bulunmaktadır. Tedavi yabancı cismin lokalizasyon, şekil ve boyutuna göre değişmekle beraber, distal üretradaki palpe edilebilen, küçük ve düzgün şekilli yabancı cisimler manuel manevralar ya da forseps kullanımıyla çıkarılabilmektedir.

Palpe edilemeyen, büyük ve şekil olarak uygun olmayan yabancı cisimlerdeyse endoskopik girişim çoğunlukla tedavide etkindir. Ancak bazen endoskopik girişimin yanında meatotomi ya da üretrotomi interna gerekebilir. Endoskopik olarak çıkarılması mümkün olmadığında yabancı cismin mesane içerisine itilip, perkütan girişim yoluyla da çıkarılabileceği akılda tutulmalıdır. Nadiren açık cerrahi gerekmektedir.

SONUÇ: Üretral yabancı cisimle gelen hastalarda tanıda anemnez, fizik muayene ve direk grafiler sıklıkla yeterli olmaktadır. Üretral yabancı cisimlerin büyük çoğunluğu endoskopik girişimle başarıyla tedavi edilebilmektedir. Son olarak üretrada yabancı cisimle başvuran hastalarda psikiyatri konsültasyonu, geniş kapsamlı tedavinin sağlanması amacıyla mutlaka istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Üretra, Yabancı cisim, Endoskopi

Floroskopi görüntüsü



Üretradaki tel tokanın floroskopi altındaki görüntüsü

PS-011

Mesanenin Granüler Hücreli Tümörü: Nadir Bir Olgu

İsmail Evren[1], Osman Özdemir[1], Yunus Çolakoğlu[1], Nurten Sever[2], Joshgun Huseynov[1], Ali İhsan Taşçı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Granüler hücreli tümörler(GCT) nadiren görülen ve genellikle benign karakterde olan tümörler olup ilk olarak 1926'da tanımlanmıştır ve schwann hücrelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. GCT'ler sıklıkla baş ve boyun bölgesinde saptanmakta olup mesane,GCT için son derece nadir bir lokalizasyondur.Literatürde mesanenin 26 tane granüler hücre tümörü bildirilmiş olup bunların sadece 3 tanesinin malign olduğu saptanmıştır.Bu bildiride mesanenin benign bir granüller hücreli tümörünü sunmayı amaçladık.

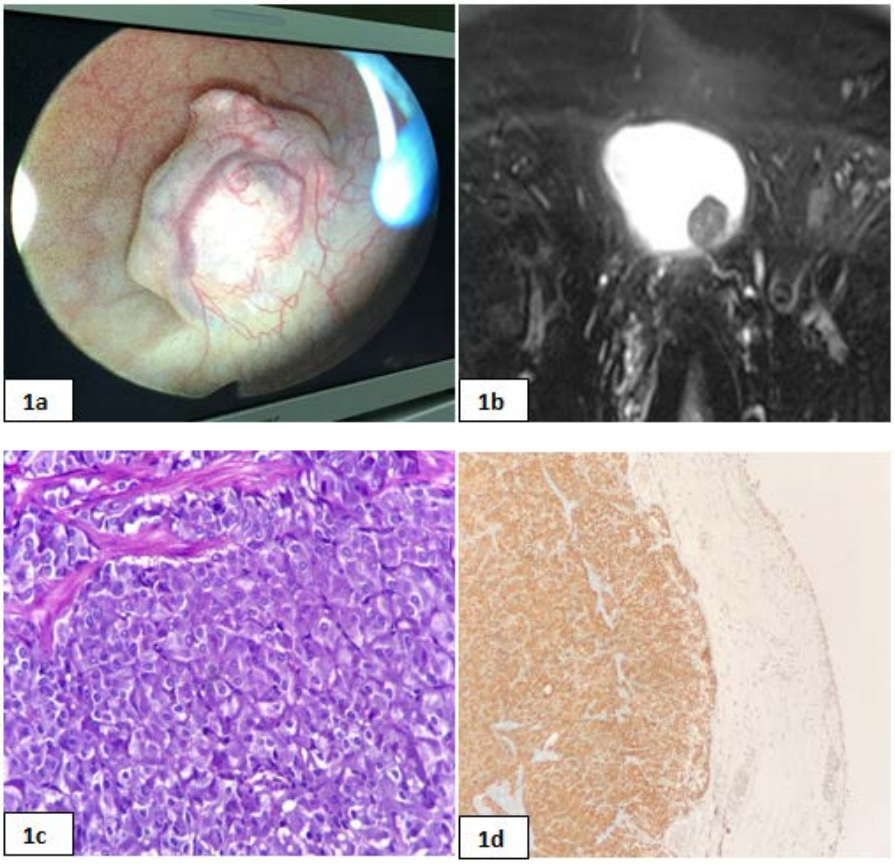
OLGU SUNUMU: 74 yaşında erkek hasta,insidental olarak mesanede yaklaşık 2 cm çapında kitle saptanması üzerine başvurdu.Hastanın herhangi bir semptomu mevcut olmayıp idrar tahlili ve kan tahlilleri normal olarak izlendi. Siktoskopik incelemede mesanenin sol tarafında, yaklaşık 2 cm çapında lümene protrüde,kitlesel lezyon saptandı. Sistoskopik görünümde,lezyonun üzerini saran mesane mukozası intakt olarak izlendi(Şekil 1a).MR görüntülerinde mesane duvarından kaynaklanan,düzgün kenarlı,kontrast tutan bir kitle lezyonu saptandı ve ekstravezikal invazyon bulgusu izlenmedi(Şekil 1b).

Tümör,transüretral rezeksiyon(TUR) ile çıkarıldı. Mikroskopik olarak,mesane duvarında yüzey epiteli ile ilişkili olmayan infiltratif solid büyüme paterninde bir tümör dokusu gözlendi.Tümör dokusunun,oval veya yuvarlak veziküler çekirdeğe ve geniş granüler eozinofilik sitoplazmaya sahip hücrelerden oluştuğu izlendi(Şekil 1c). Nekroz,-yüksek mitotik aktivite ve hücresel atipi gibi özellikler saptanmadı. İmmünohistokimyasal boyamada S-100 proteini ile yaygın,kuvvetli pozitiflik saptandı(Şekil 1d). Ek olarak sinaptofizin ve kromogranin boyaması da pozitifken pan-sitokeratin,p63 ve GATA-3 için boyama negatif olarak izlendi. Ki67 proliferatif indeksi %1 olarak saptandı. Tüm bu bulgular, mesanenin benign granüler hücreli tümörü olarak tanıyı destekledi.

SONUÇ: Mesanenin granüler hücreli tümörü oldukça nadir görülen bir durumdur.GCT'ler çoğunlukla benign tümörlerdir ve karsinomlar gibi diğer mesane neoplazmaları ile ayırt edilmesi çok önemlidir. Pratikte sık olarak rastlanmasa da, klinisyenler ve patologlar ayırıcı tanıda GCT'leri de akılda bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granüler Hücreli Tümör, Mesane tümörü, İmmünohistokimya

Resim 1a, 1b, 1c, 1d



Resim 1a: Mesane sol yan duvardaki kitlenin sistoskopik görüntüsü Resim 1b: Kitlesel lezyonun MR görüntüsü Resim 1c: Geniş granüler eozinofilik sitoplazma ve veziküler nükleuslu granüler hücreli tümör (HE x200) Resim 1d: S100 protein ile immünohistokimyasal boyamada kuvvetli pozitiflik.

PS-012

Bladder Cavernous Hemangioma In 52-Year Old Female Patient With Familial Adenomatous Polyposis Syndrome: Case Report

Fatih Sandıkçı, Alihan Kokurcan, İbrahim Güven Kartal, Görkem Özenç, Levent Sağnak, Hamit Ersoy

Department of Urology, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Health Sciences University

INTRODUCTION: Bladder hemangiomas are a rare vascular lesion of the bladder.Macroscopy hematuria is frequently the principal clinical manifestation. It is considered that it occurs on the angioblastic cells forming aberration blood vessels It is aimed to present cavernous bladder hemangioma with familial adenomatous polyposis syndrome as well as aspects about its diagnosis and the treatment methods.

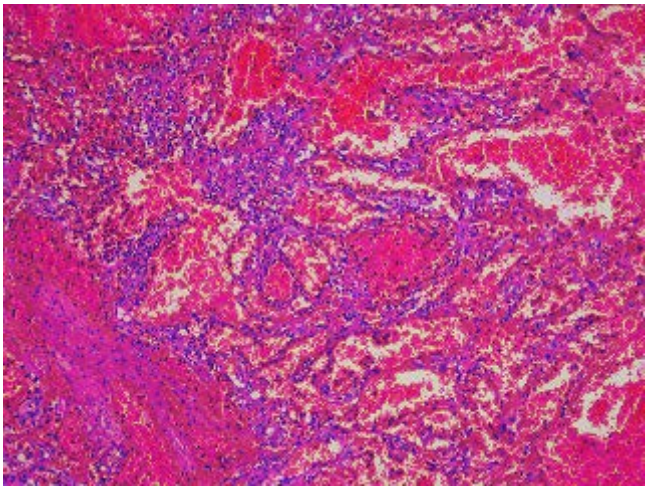
CASE: 52-year-old female patient applied with macroscopic hematuria. Seven months ago, total colectomy was performed by the general surgery team because of familial adenomatous polyposis (FAP). It was revealed about 2 cm mass like encrusted foreign body with blue color on between right wall and posterior wall on cystoscopy.Transurethral resection was applied. Pathology findings were reported as cavernous hemangioma.

RESULTS: Hemangiomas are rare primary bladder lesions.Patients may present with macroscopy painless hematuria which is the main symptom from the clinical point of view and by the literature consulted,irritative voiding symptoms, suprapubic-abdominal pain, obstructive symptoms, painful ejaculation. Hemangiomas can accompany with some syndromes which have abnormalities in TGF-β activity are often observed in disorders that exhibit anomalies in mesenchymal or connective tissue development or function.The case showed us that FAP, which has TGF-β abnormalities, can be together with hemangiomas.Thus, complete urological evaluation is recommended in these syndromes. Most important of all,it has never been reported in association with FAP in the literature reviews.

CONCLUSIONS: Bladder hemangiomas are a rare vascular lesion of the bladder and are an infrequent cause of hematuria. Small lesions can be treated using transurethral resection.It is a benign and curable lesion.

Keywords: Hemangioma, Bladder, Familial, Adenomatous, Polyposis, Hematuria

Image-1



Cavernous hemangioma. The blood vessels are dilated, congested, focally trombosed

PS-013

Mesanede Yer Tutan Nadir Kitlesel Oluşum Mesane Leiomyomu: Olgu Sunumu

Alihan Kokurcan, Burhan Baylan, Fatih Sandıkçı, Ömer Özkan, Sertaç Çimen, Ufuk Öztürk, M. Abdurrahim İmamoğlu

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Üroloji Kliniği, Ankara

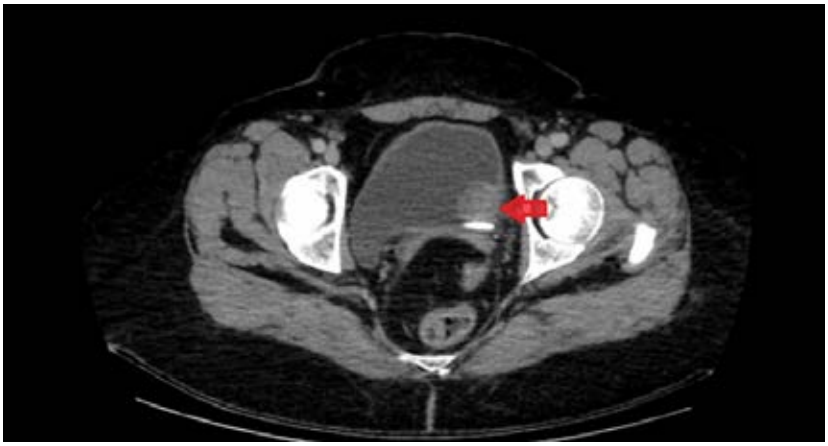
GİRİŞ: Mesane leiomyomu nadir olarak görülen bir tümördür; tüm mesane tümörlerinin %1-5'ine tekabül etmektedir. Nadiren makroskopik hematüri veya obstrüktif üropati nedeni olabilseler de çoğu zaman insidental olarak saptanırlar. Çalışmamızda semptomatik bir mesane leiomyomu olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: 56 yaşında kadın hasta bir dış merkezden sonra kliniğimize başvurması üzerine tarafımızca değerlendirildi. Öyküsünden sol yan ağrısı ve makroskopik hematüri yakınmalarıyla başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde sol hidronefroz ile birlikte mesane tümörü saptandığı, tümöre yapılan transüretral müdahale sırasında sol böbreğine JJ stent takıldığı anlaşıldı. Elinde çıkış özeti, ameliyat ve patoloji raporları bulunmayan hastanın makroskopik hematürisi yoktu ancak sol yan ağrısı sebat etmekteydi. Hastanın tam idrar tetkiki ve böbrek fonksiyon testlerinde özellik yoktu. Üriner sistem ultrasonografisinde sol grade 3 hidronefroz ve mesane sol yan duvarda lümene protrüde solid lezyon görülmesi üzerine abdominopelvik bilgisayarlı tomografi planlandı. JJ stent yerindeydi. Tomografide mesane sol yan duvarda 34x26mm boyutlarında kitlesel lezyon gözlendi(Figür.1). Tanısal sistoskopide sol üreter orifisi posteriorunda 2,5 cm çaplı, papiller olmayan, sapsız, solid tümöral oluşum görüldü(Figür.2). İşleme başlamadan önce JJ stenti çekildi ve rezeksiyon sırasında üreter orifisini korunması amacıyla yeniden takıldı. Hastaya transüretral rezeksiyon (TUR) yapıldı(Figür.3). Tümör komplet olarak rezeke edildi. Patoloji sonucunda tümör 'leiomyom' olarak raporlandı. Post-operatif 1. ayda ultrasonografide sol hidronefrozunun gerilediği anlaşılan hastanın DJ stenti çekildi. Hastanın yapılan 1 yıllık takibi süresince yakınmalarının tekrarlamadı ve ultrasonografik olarak tümör nüksü ve hidronefroz ile uyumlu görünüm saptanmadı.

SONUÇ: Mesane leiomyomu benign bir tümör olmakla birlikte malign mesane tümörlerine benzer semptomlar verebilir. Yerleşim yeri ve boyutu nedeniyle obstrüktif üropatiye neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidronefroz, Mesanede yer kaplayan oluşum, Mesane leiomyomu, Transüretral rezeksiyon

Figür.1



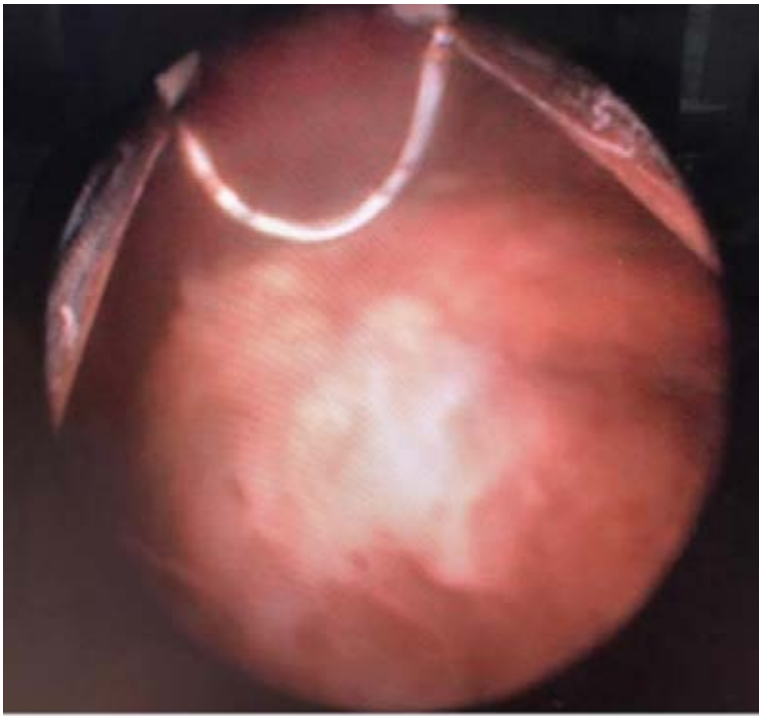
Mesanede Yer Kaplayan Oluşumun Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü(Kırmızı Ok:Mesanede Yer Kaplayan Oluşum)

Figür.2



Mesanede Yer Kaplayan Oluşumun Sistoskopik Görüntüsü

Figür.3



Mesanede Yer Kaplayan Oluşumun Transüretral Rezeksiyon Öncesi Görüntüsü

PS-014

Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sırasında İşlem Süresini Kısaltan Bir Yöntem Olarak Perkutan Sistostomi: Olgu Sunumu

Muhammet Yılmaz[1], Alihan Kokurcan[1], Burhan Baylan[1], Hasan Ali Durmaz[2], Sertaç Çimen[1], M. Abdurrahim İmamoğlu[1]

[1]SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM, Üroloji ve Transplantasyon Kliniği, Ankara
[2]SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM, Radyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) benign prostat hipertrofisine(BPH) bağlı infravezikal obstrüksiyonun cerrahi tedavisinde altın standarttır. İdeal olarak sürekli akımlı rezektoskoplarla yapılmakla birlikte ülkemizde pek çok merkezde sürekli drenaj sağlamayan (non-continuous) rezektoskoplar kullanılmaktadır. Bunlarla yapılan rezeksiyon –özellikle mesane kapasitesi düşük ve kanaması olan hastalarda- cerrahi konforu düşürebilir. Çalışmamızda mesane kapasitesi düşük olan bir hastaya, 'non-continuous' rezektoskopla uygulanan TUR-P ameliyatında cerrahi konforu arttırıcı bir teknik sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: 67 yaşındaki erkek hasta alt üriner sistem yakınmaları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Dış merkezde PSA düzeyinin 5,1 olarak gelmesi üzerine biyopsisi yapıldığını ve patoloji sonucunun 'BPH' olduğunu belirtti. Aynı merkezde akut üriner retansiyona girmesi üzerine üretral kateterizasyon yapılan hastanın fizik muayenesinde prostat grade 1 benign izlendi. Ultrasonografisinde prostat hacmi 39,5cc olarak ölçüldü. Hastaya silodosin tedavisi başlandı ve bir hafta sonra kateteri çekildi. Yeniden retansiyona girmesi üzerine kateterize edildi ve TUR-P planlandı.

Tanısal sistoskopi yapıldı. Prostat hipertrofikti; pasajı kapatıyordu. Mesane trabeküleydi; kapasitesi düşüktü. 'Non-continuous' rezektoskopla TUR-P'ye başlandı. Rezeksiyon sırasında –mesane kapasitesinin düşük olması ve kanama nedeniyle- mesanenin sık boşatılması gerekti. Rezeksiyona sık ara verilmesi TUR sendromu riskini arttırdığından, sürekli drenajın sağlanması amacıyla intra-operatif olarak 12F perkutan sistostomi kateteri takıldı. Sistostomi kateterinin takılmasıyla rezeksiyon hızında belirgin artış gözlendi ve rezeksiyon tamamlandıktan sonra sistostomi kateteri çekildi. Üretral kateter takılarak işleme son verildi.

Hastanın 3.günde kateteri çekildi; idrarını yapabildiği gözlendi. Urge inkontinans tarifleyen hastaya tolterodin başlandı. Tedaviden fayda gören hastaya tedavinin devamı önerildi.

SONUÇ: İntra-operatif olarak mesane kapasitesinin düşük olduğu kanamalı olgularda, 'non-continuous' rezektoskopla yapılan TUR-P ameliyatı sırasında perkutan sistostomi takılarak cerrahi konfor arttırılabilir ve TUR sendromu riski azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Non-continious Rezektoskop, Perkutan sistostomi, Prostat, Transüretral Rezeksiyon

PS-015

Uzun Süre Kalan Enkruste Çift JJ Üreter Stent Tedavisinde Kombine RIRC Ve Perkutan Sistolitotripsi: Olgu Sunumu

Görkem Özenç, Alihan Kokurcan, Burhan Baylan, Sertaç Çimen, Sanem Çimen, Mehmet Altan, Göksel Göktuğ, M.Abdurrahim İmamoğlu

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM, Üroloji ve Transplantasyon Kliniği, Ankara

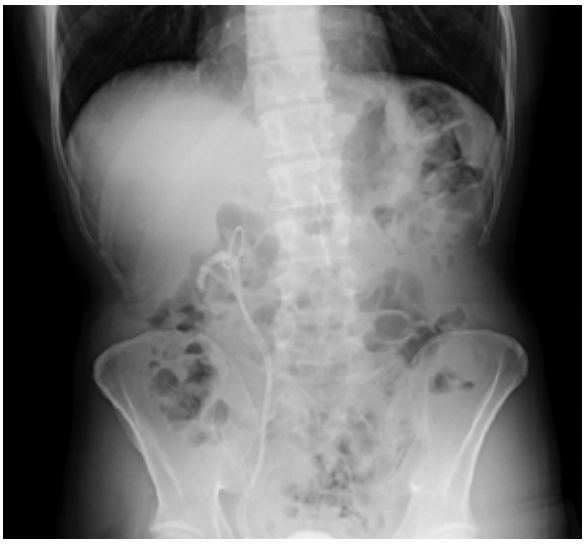
GİRİŞ: Üroloji pratiğinde JJ stentlerin kullanımının artmasıyla birlikte komplikasyonlarda artış gözlenmektedir. En sık stent komplikasyonlarından biri stentin uzun süreli kalmasına bağlı stent enkrustasyonudur. Stentlerin optimum vücutta kalma süresi etyolojiye bağlı değişmekle birlikte 2-4 aydır. Stentlerin literatürde 6 aydan uzun süre vücutta kalması "uzun süreli stentli kalma" olarak tanımlanmaktadır. Bu olguda dış merkezde 1 yıl önce böbrek taşı ve üreter darlığı nedeniyle çift JJ stent takılan ve stentlerini zamanında aldırmayan hastaya uygulanan kombine retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) ve perkutan sistolitotripsiyle tedavisi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: 30 yaşında erkek hasta 3 hafta önce başlayan sağ yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden geçmişte sol üreterolitotomi, sağ nefrolitotomi ve son olarak 1 yıl önce sağ RIRC operasyonları geçirdiği ve RIRC esnasında sağ böbreğine çift JJ stent konulduğu öğrenildi. Hasta stentlerini çektirmediğini ifade etti. Fizik muayene ve laboratuar bulgularında mikrohematüri dışında özellik yoktu. Direkt üriner sistem grafisinde (DÜSG) sağ böbrekten mesaneye kadar uzanım gösteren 2 adet JJ stentin böbrekten mesaneye kadar enkrustasyone olduğu izlendi(Figür.1). Yapılan kontrastsız abdominal tomografide mesanede enkrustasyonun oluşturduğu yaklaşık 45x55 mm taş izlendi (Figür.2). Hastaya ilk aşamada suprapubik perkutan sistolitotripsi uygulandı. Mesanede izlenen taş pnömotik litotripsiyle fragmente edildi. İkinci aşamada sağ RIRC uygulandı. Üreter kateterlerinin etrafındaki enkrustasyonlar Holmium lazerle fragmente edilerek JJ stentler çekildi. Üretere 4.7F JJ stent yerleştirildi. Postoperatif 1. günde DÜSG'de stentin yerinde gözlenmesi ve taş izlenmemesi üzerine hasta taburcu edildi(Figür.3). Postoperatif 3. haftada hastanın stenti sorunsuz çekildi.

SONUÇ: Uzun süre kalan enkruste JJ stentli olgularda stentlerin çekilmesi amacıyla kombine perkutan sistolitotripsi ve RIRC uygun bir tedavi olabilir.

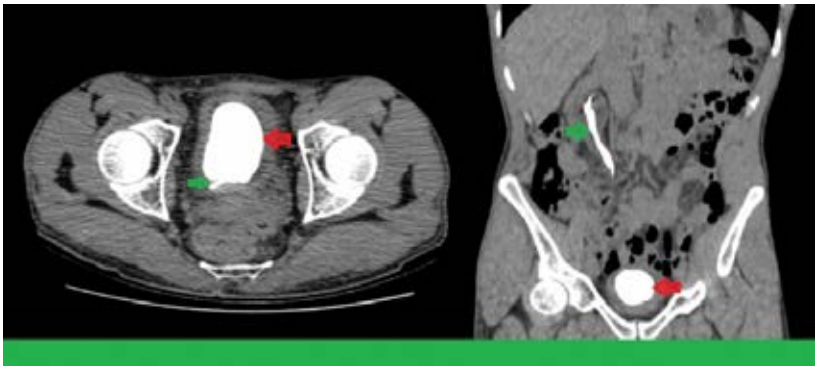
Anahtar Kelimeler: Çift JJ Stent, Enkrustasyone Stent, Perkutan Sistolitotripsi, RIRC

Figür.1



Enkrustasyone Stentlerin Direkt Üriner Sistem Grafisi Görüntüsü

Figür.2



Enkrustasyone Stentlerin Abdominal Tomografi Görüntüsü(Kırmızı Ok: Mesane Taşı, Yeşil Ok: Enkrustasyone Stentler)

Figür.3



Postoperatif Direkt Üriner Sistem Grafisi Görüntüsü

PS-016

Yetişkin Hastada Çift Toplayıcı Sistem ve İntravezikal Dev Üreterosel Olgusu

Fatih Demir, Gökhan Sönmez, Murat Keske, Mert Ali Karadağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

GİRİŞ: Üreterosel çocuklarda sık karşılaşılan bir problem olsada, yetişkinlerde nadiren bildirilmektedir. İntravezikal üreterosel mesane içerisinde sınırlıdır. Genellikle tek üreter vardır. Ekstravezikal üreterosel ise mesane boynu veya üretraya uzanım gösterir ve genellikle çift toplayıcı sistem birlikteliği vardır. Erişkinlerde genellikle asemptomatik seyreden üreterosel, ciddi boyutlara ulaştığında yan ağrısı, idrar yolu enfeksiyonları, mesane irritabilitesi gibi semptomlar görülebilir. Bu bildiride, yetişkin hastada intravezikal üreterosel ve çift toplayıcı sistem birlikteliği olgusu sunulmuştur.

OLGU: 40 yaşındaki erkek hasta sol yan ağrısı şikâyeti ile başvurdu. USG'de sol üreter dilate, mesane girim düzeyinde şüpheli kistik lezyon izlenmesi üzerine hasta pelvik MR ile değerlendirildi. Pelvik MR'da mesane içerisine uzanım gösteren kistik oluşum (üreterosel lehine) ve solda komplet çift toplayıcı sistem izleniyordu. Renal kortikal sintigrafide sol böbrek %46,3, sağ böbrek %53,7 olarak raporlanırken, sol böbreğin ayrı ayrı incelemesinde üst pol %26,4, alt pol ise %73,6 fonksiyon gösteriyordu. Hastaya sistoüretroskopi planlandı. Sol orifis yerleşiminde yaklaşık 4 cm çapında intravezikal üreterosel olduğu ve her iki toplayıcı sistemin bu üreterosel içine açıldığı görüldü. Üreterosel duvarı insize edildi ve rezektoskop yardımıyla duvar rezeke edildi. İşlemden 3 hafta sonra kontrolde hastanın semptomlarının gerilediği görüldü. 6. hafta kontrol USG'de üreteral dilatasyonun azalmıştı.

SONUÇ: Üreteroseller çoğu zaman invaziv girişimlere gerek kalmadan, endoskopik olarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Konu ile ilgili yapılacak geniş hasta serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

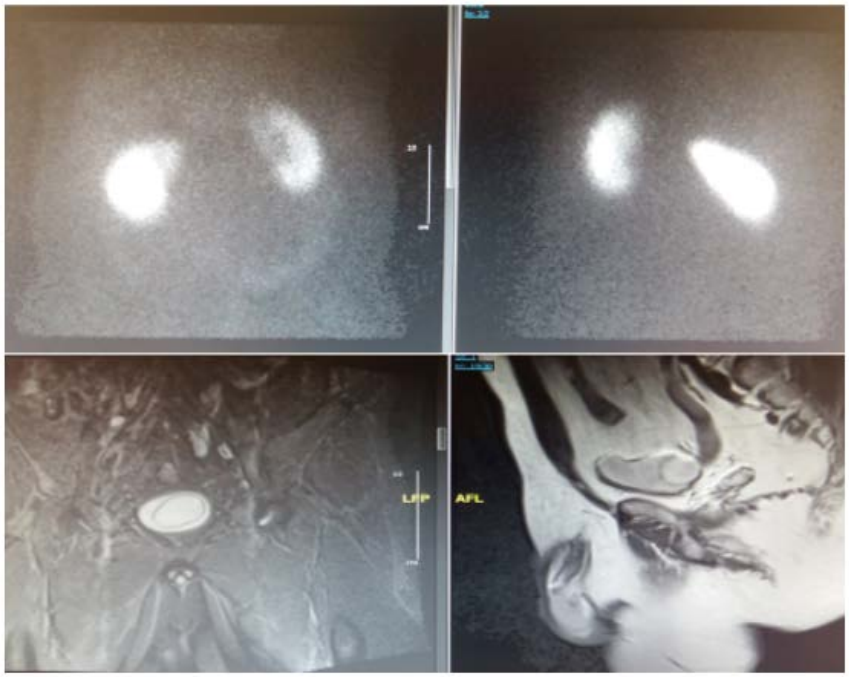
Anahtar Kelimeler: üreterosel, intravezikal, dublike

Figür-2



Sol orifis bölgesini tamamen kabartmış dev intravezikal üreterosel (solda) ve koter bıçağı ile rezeksiyon sonrası dilate üreter ağzının görülmesi (sağda).

Figür-1



Ameliyat öncesi renal kortikal sintigrafi ve MR görüntüleri. Üst sıra: Renal kortikal sintigrafide azalmış böbrek fonksiyonları; Alt sıra: MR'da mesane içinde 4 cm çaplı kistik oluşum

PS-017

İki Osmanlı Hekimi ve Endoüroloji

Ekrem Güner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: İmparatorluğun birçok kentinde dönemin hastaneleri olan darüşşifalar kurulmuş, birçok önemli hekim yetişmiştir.Bu yazıda Sultan Fatih döneminde özellikle endoürolojik uğraşlar içinde olmuş hekimler ve uygulamalarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Bu amaç için bilgisayar ortamında kütüphanelerde,Osmanlı arşivlerinde ve internette Osmanlı dönemi tıbbı ve hekimleri ile ilgili yazılmış kitap, makale ve diğer kaynaklar ürolojik açıdan araştırıldı ve incelendi.

BULGULAR: Yapılan araştırma sonucu Fatih Sultan Mehmet döneminde(1432-1481)endoürolojik uygulamalar gerçekleştirmiş iki Osmanlı Hekimi tespit edildi.

Sabuncuoğlu Şerafeddin(1385-1470), Amasya Darüşşifasında Sultan'a ithaf ettiği "Cerrahiyet'u¨l Haniyye" adlı eserinde tıkayıcı taşları mesaneye itmek için kasatir olarak bilinen bir kateter kullanmıştır. Sabuncuoğlu ülserli(tümör?) yada pıhtı ile dolu mesanelerde, pompa şeklinde bir aparat eklenmiş kateterle irrigation yapılmasını önermiştir.(Resim1a) Kateter kullanarak mesaneye bazı ilaçlar vermesi intravezikal tedavinin net bir örneği olmuştur. Bunun dışında Sabuncuoğlu'nun uretraya yerleştirdiği düz bir tüpten uretra içini gözle izlediği, bunun da ilk endoskopi uğraşlarından biri olduğu kabul edilmiştir.(Resim1b)

Altuncuzâde Şeyh Salih(1451-1481), İstanbul'da daha çok idrar yolu hastalıkları üzerine çalışmalar yapmıştır.Altuncuzâde, hastalığın özelliğine göre sonda yapmış ve uygulamıştır.Sondanın ucunu gittikçe kalınlaştırmak suretiyle hastadaki idrar tutulmasını ve idrar yollarındaki iltihabı tedavi etmiştir.

Taşköprüzâde(1495-1561), Şakâyık-ı Nu'mâniyye'sinde bu hususta şunları nakleder:"Hocalarımdan birisinin idrar yolunda bir et parçası meydana gelip idrarını yapamadığından çok ızdırab çekiyordu.Bu hususta müracaat ettiği hekimler, tenasül uzvunun kesilmesini söylediler. Bunun üzerine Altuncuzâde'ye gidip, durumu anlattı. Altuncuzâde birbirinden farklı özel yapılmış sondalar ile idrar yolunu açtı. Böylece o zâtın rahata kavuşmasına vesile oldu."

SONUÇLAR: İki hekim de mesane taşları veya diğer nedenlere (darlık,bph,tm?) bağlı gelişen üriner retansiyonda tedaviler veya girişimler uygulamıştır.Özellikle Sabuncuoğlu Şerafeddin hekimlere uzun süre başvuru kitabı olacak eserler bırakmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kasatir, Üriner Kateter, Osmanlı Tıbbı, Üroloji Tarihi

Resim 1



1a Özel aparat eklenmiş üriner kateter ile mesane irrigasyonu 1b Uretroskopi için uretranın düz bir tüp ile kateterizasyonu

PS-018

Nadir Görülen Bir Böbrek Tümörü: Müsinöz Tubuler ve İğsi Hücreli Karsinom Olgu Sunumu

Serkan Gönültaş[1], Ersin Gökmen[1], Oktay Özman[1], Gökhan Yazıcı[1], Buğra Çetin[1], Sibel Bektaş[2], Burak Arslan[1], Enver Özdemir[1]

[1]SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

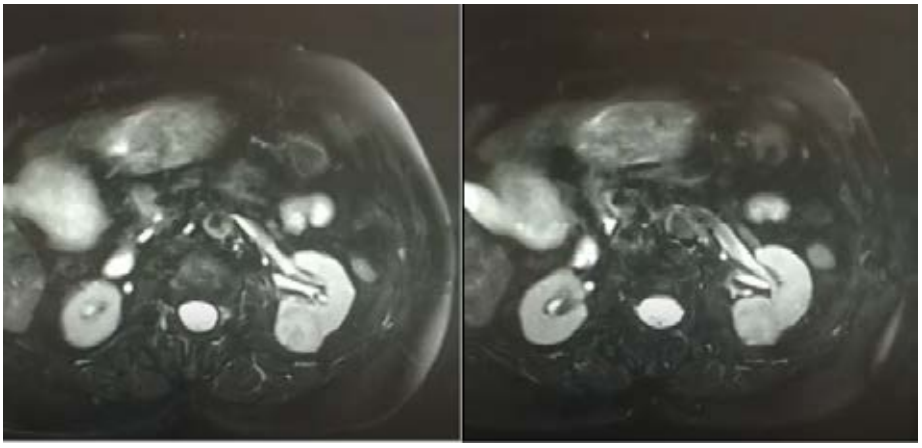
GİRİŞ: Müsinöz tübüler ve iğsi hücreli karsinom (MTİHK), küboidal hücrelerin müsinoz stroma içinde iğsi hücrelerle birlikte görüldüğü polimorfik bir renal epitelyal tümördür. İlk kez 2004 yılında WHO tarafından renal hücreli karsinom (RHK) sınıflandırılmasına dahil edilmiştir. RHK'ların %1'inden azını oluşturmaktadır ve bugüne kadar yaklaşık 100 vaka bildirilmiştir. Bu nadir görülen sıradışı antitenin başka bir vakasını klinokopatolojik özellikleriyle birlikte sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 75 yaşında, yaşlılık dışında komorbiditesi bulunmayan kadın hasta, nonspesifik yan ağrısı şikâyetiyle değerlendirildi. Fizik muayenede özellik izlenmedi. Yapılan rutin laboratuvar incelemelerinde kreatinin yüksekliği (1.23, eGFR: 43 ml/min/m^2, CKD 3) dışında patolojik bulgu saptanmadı. Office-based ultrasonografide sol böbrek alt polde iyi sınırlı solid hiperekojen kitle görüldü. Yapılan magnetik rezonans görüntülemede (MRG); sol böbrek alt pol posterior yerleşimli 35x30 mm boyutlarında zayıf heterojen kontrast tutulumu gösteren nodüler kitle (RCC ?) şeklinde raporlanması üzerine(Resim-1), RHK ön tanısı ile hastaya sol laparaskopik yaklaşımlı nefron koruyucu cerrahi uygulandı.

Spesmen makroskopik incelemede, 3.3x3x2.7 cm ölçülerinde, kanamalı krem-sarı renkli, iyi sınırlı kitle şeklinde görüldü. Mikroskopik incelemede, müsinöz stroma içerisinde, papilla benzeri ve tübüler yapılar oluşturmuş, iğsi veya küboidal şekilli, eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşan, düşük derecede nükleer özelliklere sahip tümöral lezyon izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede CD10, CD31, Sitokeratin ile tümör hücrelerinde fokal reaksiyon izlendi. Vimentin, AMACR, Pansitokeratin, Epitelyal membran antijeni ile tümör hücrelerinde reaksiyon izlendi. CD68 ile histiyositlerde reaksiyon izlendi. Periodik asit schiff alcian blue ile fokal reaksiyon izlendi (Resim-2). Renal parankim cerrahi sınırda tümör devamlılığı izlenmedi. Perinefritik yağlı dokuda ve renal kapsülde tümör invazyonu izlenmedi. Lenfovasküler invazyon izlenmedi. Altı aylık takip periyodunda lokal nüks ve metastaz saptanmadı.

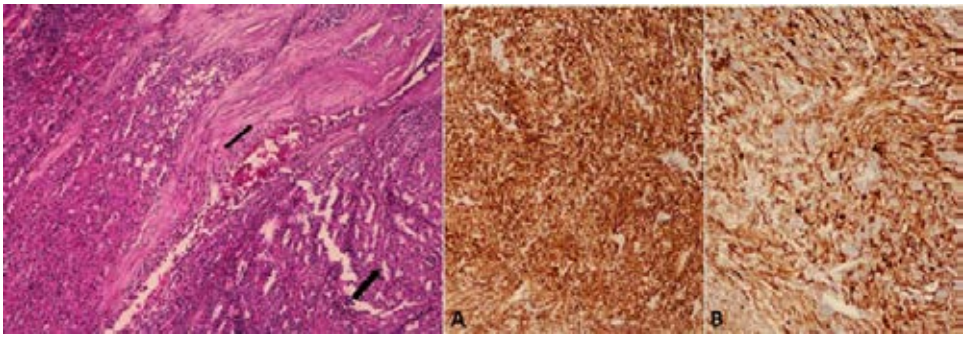
Anahtar Kelimeler: Müsinöz tübüler/iğsi hücreli karsinom, renal hücreli karsinom, nefron koruyucu cerrahi

Resim-1:



Sol böbrek alt pol posteriorda heterojen kontrastlanan solid kitle

Resim-2:



Müsinöz tübüler ve iğsi hücreli karsinomanın müsinöz alanı (İnce ok) ve tübül benzeri yapılar oluşturan alanı (Kalın ok) (Hematoksilen- eozin x10). Tümör dokusunda AMACR (A) ve pansitokeratin (B) ile immün reaksiyon (x20).

PS-019

Üreterde Yabancı Cisim: Basket Forcepsi

Cemal Ferhat Önal, Engin Denizhan Demirkıran, Reha Girgin, Bülent Akduman

Bülent Ecevit Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ: Üreterde yabancı cisim bulunması nadir görülen bir patolojidir. Üreterorenoskopi sırasında üreter lümenindeki darlık, ödem, cerrahi ve anjiografik girişimler bu duruma neden olabilir. Kliniğimizde üreterorenoskopi(urs) esnasında üreter lümeninde basket forceps kalan hastaya üreterolitotomi ve yabancı cisim ekstraksiyonu uyguladık.

VAKA: 32 yaşında erkek hasta dış merkezde uygulanan urs işlemi esnasında taş ekstrakte edilmeye çalışılırken basket kateteri distal üreterde kalması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın eksternal measından metal enstrüman uzanıyordu.

Hastaya tarafımızca urs uygulandı. İşlem esnasında 9,5 f ve 6,5 f urs ile taş ve basketin proksimaline ilerlenemedi, retrograd piyelografi'de opak madde geçişi olmadı. 1 hafta ardından hastaya uygulanan eksplorasyonda sağ distal üreterde 2 cm ve 1 cm iki adet kalkül ve basket palpe edildi. Üreter insize edilerek, kalküller ve basket bağlı olduğu 30 cm metalik enstrüman ile birlikte ekstrakte edildi. Üretere 4,8 f double j (dj) stent yerleştirildi. Hastaya takılan dj stent 6 hafta sonrasında ekstrakte edildi.

TARTIŞMA: Üreterde yabancı cisim kalması seyrek görülmekle beraber sonuçlarının olası ciddiyeti nedeniyle her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde üreterden daha önce çıkarılmış sütür materyali, dj stentler, anjiografi esnasında kullanılan coil, glue vb. maddeler, sting operasyonunda kullanılan teflon gibi yabancı cisim vakası bulunmaktadır. Tedavide endoskopik girişim ya da açık cerrahi tercih edilebilir. Üreterde yabancı cisim varlığı tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, sepsis, üreteral darlık-perforasyon-apse oluşumu, fistül gelişmesi gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir.

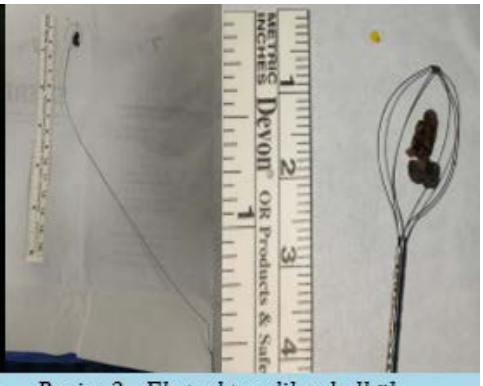
SONUÇ: Üreteral yabancı cisim saptanan hastalarda tedavinin uygun dönemde yapılması önem taşımaktadır. Üreteral yabancı cisimlerin büyük çoğunluğu endoskopik olarak başarıyla tedavi edilebilmektedir ancak bazı zor olgularda açık cerrahi girişim gereksinimi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: basket, üreter, üreterolitotomi, yabancı cisim

Floroskopi görüntüsü



Resim 1 – Üreter içerisinde sıkışan basket, floroskopi görüntüsü .



Resim 2 –Ekstrakte edilen kalkül-basket ve metal enstrüman

PS-020

Renal Pelvis'te İntestinal Metaplazi

Burak Yılmaz[1], İsmail Beşer[1], Pınar Atasoy[2], Devrim Tuğlu[1]

[1]*Kırıkkale Üniversitesi, Üroloji AnaBilim Dalı, Kırıkkale*

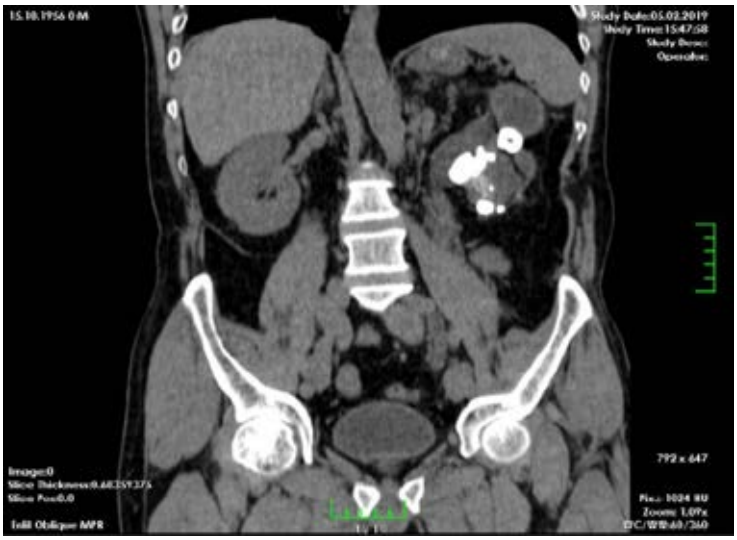
[2]*Kırıkkale Üniversitesi, Patoloji AnaBilim Dalı, Kırıkkale*

Renal pelvi-kalisiyel sistemi normalde transisyonel epitelle döşelidir. Skuamöz veya intestinal epitel normalde görülmez. Kronik irritasyonun metaplazik değişikliklere özellikle de skuamöz tip epitele yol açabileceği bilinmektedir. İntestinal metaplazi mesanede sıklıkla görülebilmesine karşın üst üriner sistemde son derece nadir vakalar bildirilmiştir.

62 yaşında erkek tekrarlayan sol yan ağrıları ile başvurdu. Hikayesinde rekürren taş düşürme ve taş operasyonu olduğu tesbit edildi. Fizik muayenede sol lomber bölgede flank insizyon skarı mevcuttu. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde Kreatinin:0.80mg/dl, Üre:20 mg/dl, Hgb:15.1 g/dl,WBC:9,0 10^3/dl, TİT: Leu+ p/hpf, Nitrit: - p/hbf, Bld: + p/hbf, Yapılan Üriner USG'de: Sol böbrek orta ve üst polde en büyüğü 3x1 cm çapında 3-4 adet taş ekosu, sol renal parankimde incelme ve ileri derecede hidronefroz izlendi. Yapılan Renal fonksiyonel incelemede sol böbreğin toplam fonksiyona katkısı % 10'un altında olduğu görüldü. Hastayla konuşularak sol nefrektomi yapılmasına karar verildi. Sol nefrektomi uygulanan hastanın patoloji raporunda Kr. Pyelonefrit, Atrofik böbrek ve renal pelviste intestinal metaplazi alanları tesbit edildi. Yapılan immünohistokimyasal incelemede intestinal metaplazi odaklarında CK7, CK20, CEA pozitifliği ve CK5-6 negatifliği saptandı. Ki67 ile diffüz pozitif ekspresyon saptandı. Literatürde şimdiye kadar herhangi bir malignite ile ilişkili olmayan pür intestinal metaplazili 13 vaka tesbit edilmiştir. Bu vakalarda ve bizim vakamızda üriner sistemin herhangi bir yerinde displazi yada invaziv maligniteye rastlanmasa da olgumuzun sistemik taramasında kolon'da İyi Differansiye Nöroendokrin tümöre rastlanması tesadüf, birliktelik veya metastaz gibi tümör hücrelerinin değişken davranışlı olduğunu akla getirmiştir. Bu vaka klinikte bu tür patolojiyle gelen hastalara sistemik tarama yapılıp yapılmaması gerekliliğini tartışmaya açmayı öngörmüştür.

Anahtar Kelimeler: Renal Pelvis, İntestinal Metaplazi, Nefrektomi

Sol Böbrek Taşları



PS-021

Pediatrik Yaş Grubunda Mini-PNL Deneyimlerimiz

Şenol Adanur, Mehmet Sefa Altay, Fatih Özkaya, Özkan Polat

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu çalışmamızda pediatrik yaş grubunda böbrek taşı tedavisinde mini PNL deneyimlerimizi paylaşmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza ocak 2016 ile ocak 2019 tarihleri arasında mini-PNL operasyonu uyguladığımız 33 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. PNL işlemi, genel anestezi altında litotomi pozisyonunda üreter kateteri yerleştirildikten sonra, prone pozisyonda floroskopi eşliğinde 18 G iğne ile kalisiyel sisteme giriş yapılarak başlandı. Renal dilatasyon için ve akses sheat olarak 11 F Peel Away veya 14 F Performer® İntroducer Set (Cook ®) kullanıldı. İşlem esnasında 11 F Olympus® marka nefroskop ve 7 F Olympus® sistoskop olarak kullanıldı. Litotriptör olarak pnömotik ve/veya lazer litotriptör kullanıldı. Taşlar aspire edilerek veya yakalama forsepsi ile dışarı alındı. 3 mm'den küçük klinik önemsiz fragman varlığı başarı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların demografik bulguları tablo1'de verilmiştir. Hastaların 24'ünde (%72,72) tam taşsızlık sağlandı. 1 hastada postoperatif renal kolik olması üzerine ek tedavi olarak endoskopik üreter taş tedavisi uygulanarak tedavi edildi. 33 hastanın 29'unde (% 87,8) tam taşsızlık sağlanırken, 1 hastada 2. seans PNL ihtiyacı oldu. Bu hastada da 2. Seans PNL ile tam taşsızlık sağlandı. 2 hasta rezidüel taş sebebi ile SWL uygulandı, ve 1 hastaya RIRS uygulanarak taşsızlık elde edildi. Hiçbir hastada kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. 17 hastanın operasyonu tüpsüz, 2 hastanın total tüpsüz ve 14 hastanında trakt yerinden 10 F nefrostomi kateteri konularak işlem sonlandırıldı.

SONUÇ: Pediatrik yaş grubunda renal taş tedavisinde az komplikasyon ve yüksek başarı oranları ile mini-PNL etkin ve güvenilir bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, Renal Taş, Mini Perkütan Nefrolitotomi

Tablo 1

	No	%	Ortalama	Aralık
Yaş(yıl)			6	2-13
Erkek/Kadın	23/10			
Taraf Sağ Sol	 10 23	 30,31 69,69		
Lokalizasyon Pelvis Pelvis ve diğer poller Staghorn	 10 16 7			
Taş boyutu(mm)			30,75	20-50
Operasyon süresi(dakika)			73,4	45-120
Skopi süresi(saniye)			55	15-70
Hospitalizasyon(gün)			3,27	2-9

Hastaların demografik bulguları

PS-022

T1a Renal Tümörlerde Sıfır İskemili Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarımız

Şenol Adanur, Mehmet Sefa Altay, Adem Utlu, Bakytbek Kozubaev, Özkan Polat

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: T1a renal kitlesi olan hastalarda, iskeminin sebep olduğu nefron hasarını engellemek için sıfır iskemi ile uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektominin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde 2016 ile 2019 yılları içinde laparoskopik parsiyel nefrektomi yaptığımız 14 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. Tüm vakalar 3 veya 4 trokarla transperitoneal iskemizis olarak gerçekleştirildi. Tümör soğuk makas ile eksize edildi. Tümör tabanına renorafi uygulanması sonrası 2/0 vikril ile parankim onarımı yapıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, taraf, lokalizasyon, tümörün büyüklüğü, öncesinde cerrah geçirip geçirmediği, hospitalizasyon süresi, komplikasyon varlığı, ek tedavi gerekip gerekmediği, operasyon süresi, takip süresi, hemoglobin düşüklüğü, eritrosit süspansiyon replasmanı, patolojisi, cerrahi sınır pozitifliği retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 14 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bulguları tablo 1'de özetlenmiştir. Önceden 1 hasta atrofik böbrek sebebi ile basit nefrektomi ve 1 hasta tümör sebebi ile radikal nefrektomi olmuş ve soliter böbrekli idi. Postoperatif dönemde 1 (%7,1) hastada ateş oluştu ve geniş spektrumlu antibiyoterapi ile tedavi edildi. 1 (%7,1) hastada intraoperatif sağ diafragmada rüptür gelişti ve intraoperatif tamir edildi. Sadece 2 hastada postoperatif dönemde eritrosit süspansiyonu verilme ihtiyacı oldu. Kısa ve uzun süreli takiplerinde hiçbir hastanın kreatinin klirensinde yükselme olmadı. 2 hastada cerrahi sınır pozitifliği rapor edilen hastalarımızın takibi devam etmektedir.

SONUÇ: T1a renal kitlesi olan hastalarda nefron hasarını engellemek için sıfır iskemili laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve başarıyla uygulanabilen bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Renal Kitle, Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Sıfır İskemi

Tablo 1

	No	%	Ortalama	Aralık
Yaş(yıl)			50	30-67
Erkek/Kadın	8/6			
Taraf Sağ Sol	 9 5	 64,2 35,8		
Lokalizasyon Üst pol Orta pol Alt pol	 5 3 6	 35,7 21,4 42,9		
Tümör büyüklüğü(mm)			22	15-40
Hospitalizasyon(gün)			4	2-10
Operasyon süresi(dakika)			87,14	60-130
Hemoglobin düşüklüğü(g/dl)			1,28	0,5-3
Patoloji Malign Bening Berrak hücreli karsinom Papiller tip karsinom Onkositom Anjiyomiyolipom	 12 2 9 3 1 1	 85,71 14,29 64,28 21,4 7,14 7,14		
Cerrahi sınır Negatif Pozitif	 12 2	 85,71 14,28		
Takip süresi(ay)			9,92	1-24

Hastaların demografik bulguları

PS-023

Adultlarda Üreteropelvik Bileşke Darlığı Sebebi İle Uygulanan Laparoskopik Transperitoneal Pyeloplasti Sonuçlarımız

Şenol Adanur, Mehmet Sefa Altay, Adem Utlu, Bakytbek Kozubaev, Özkan Polat

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Adult yaş grubunda üretero-pelvik bileşke (UPJ) darlığı olan hastalarda Laparoskopik Transperitoneal Pyeloplasti (LTP) cerrahi tedavisinin etkinliğini ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde 2013 ile 2019 yılları içinde LTP yapılan 24 hastayı retrospektif olarak değerlendirdi. Hastaların tümüne transperitoneal laparoskopik dismembred pyeloplasti uygulandı. Hastaların yaş, cinsiyet, taraf, hidronefroz derecesi, peroperatif DJ stent uygulanıp uygulanmadığı, takip süresi, aberran damar varlığı, operasyon süresi ve komplikasyonlar değerlendirildi. Hastalar post operatif radyolojik ve laboratuvar bulguları temelinde takip edildi. 1-3 aylar arasında üriner sistem ultrasonografisi ile 3-6 aylar arasında ise DTPA sintigrafisi ile takip intervallerine karar verildi.

BULGULAR: Toplamda 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bulguları tablo 1'de verilmiştir. Hastalardan 1 tanesi soliter böbrekli idi. Hastaların 10'unda (%42) ekstrensek faktör olarak aberan damar varlığı izlenirken, 14'ünde (% 58) intrensek faktörler tespit edildi. Tüm hastalarda intraoperatif D-J stent konuldu ve postoperatif 3 veya 4. hafta D-J stentleri alındı. Hastaların hiçbirinde intaroperatif ve peroperatif majör bir komplikasyon gelişmedi. Post-operatif 3 hastada uzamış idrar ekstravazasyonu izlendi. Post operatif takiplerde hiçbir hastada endopyelolitotomi veya re-operasyon ihtiyacı gözlenmedi.

SONUÇ: Adult yaş grubunda UPJ darlığı olan hastalarda, LTP düşük komplikasyon oranları ve yüksek başarı oranları ile güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Adult, Üreteropelvik bileşke darlıkları, Laparoskopik transperitoneal pyeloplasti

Tablo 1

	No	%	Ortalama	Aralık
Yaş(yıl)			27,36	13-47
Erkek/Kadın	15/10	60/40		
Taraf Sağ Sol	 10 15	 40 60		
Hidronefroz Grade 2 Grade 3 Grade 4	 7 10 7			
Ortalama Takip süresi(ay)			33	5-70
Ortalama Hastanede kalış süresi(gün)			3,7	2-13
Ortalama Operasyon süresi(dakika)			108,8	70-200

Hastaların demografik bulguları

PS-024

Mini-Mikro Perkutan Nefrolitotomi Sonuçlarımız

Kerem Taken, Recep Eryılmaz, Rahmi Aslan, Arif Mehmet Duran

Yüzüncü Yıl Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ: Böbrek taşı tanılı hastaların tedavisi için kliniğimizde uygulanan mini-mikroperkütan nefrolitotomi operasyonunun klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Şubat2014-Şubat2019 tarihleri arasında 28 hastaya uygulanan mini veya mikroPNL operasyonuna ait veriler retrospektif olarak incelendi.Böbrek taşları 15mm'den büyük veya ESWL'ye dirençli taşı olan, 1-16 yaş arası 28 çocuk hasta, uygun tetkikler ile değerlendirildikten sonra genel anestezi uygulanarak subkostal girişi yapılarak 21 hastaya mini-PNL, 7 hastaya mikro-PNL uygulandı. Mini-PNL yapılan hastalara önce litotomi pozisyonda sistoskopi eşliğinde üreter kateteri takıldı.Micro-PNL yapılan hastalara üreter katater takılmadı.Hasta prone pozisyonda 18fr veya 5.8fr nefroskopla giriş sağlandı. İşlem sonrası gerektiği düşünülen hastalara nefrostomi kateteri yerleştirildi.4 mm'den küçük taşlar, klinik önemsiz rezidü kabul edildi.

BULGULAR: Toplamda PNL operasyonu yapılan 28 hastanın yaş ortalaması 9.1±1,2 yıldı.Bu hastaların 11'ine sol, 17'sine sağ, 1 hastaya bilateral girişim yapıldı.Eş seanslı uygulama olmadı.11 hastanın (%13.7) daha önce ESWL hikayesi mevcuttu.Ortalama taş boyutu 35 ±40mm^2 'di.Taş lokalizasyonu açısından değerlendirildiğinde 16(%57,1) hastada pelvis, 6(%21,4) hastada pelvis ve kaliks taşı, 6(%21,4) hastada ise staghorn taş vardı Ortalama operasyon zamanı 130±50 dakikaydı.Operasyon sonrası taşsızlık sıklığı 24(%85.7) hastada mevcuttu. Post-op 3 (%10,7) hastada ateş ve idrar kültüründe üreme sonrası antibiyoterapi gereksinimi oldu.Post-op hemoglobin düşüşü 1,1±0,2 hematokrit düşüşü 7±0,8 birimdi.Post-op 3(%10.7) hastaya kan transfüzyonu yapıldı.İntra-op 16 (%57.1)hastaya JJ stent takıldı.Rezidü kalan 1 hastaya 2. Seans mini-PNL yapılarak taşsızlık sağlandı. Ortalama nefrostomi kalış zamanı 1,4±0,1 gündü.Hastanede kalış süresi 5,4±1,3 gündü.

SONUÇ: Mini veya Mikro PNL her yaşta olduğu gibi 2'cm den büyük böbrek taşları ve ESWL'ye dirençli taşların tedavisinde, Pediatrik yaş grubundaki hastalarda başarısı yüksek minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: perkütan nefrolitotomi, mikroperkütan, miniperkütan, böbrek taşı, endoüroloji

YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ

PS-026

İnfantlarda Böbrek Taşlarının Tedavisinde SWL: 130 olgu içeren tek merkezli bir çalışma

Şenol Adanur, Şaban Oğuz Demirdöğen, Fatih Özkaya, Yılmaz Aksoy, Özkan Polat, Azam Demirel

Atatürk Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: İnfantlarda böbrek taşlarının tedavisinde uygulanan Şok Dalga Litotripsi'nin (SWL) etkinliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2008 ile Nisan 2018 tarihleri arasında kliniğimizde Siemens Lithostar Modülaris cihazı kullanılarak SWL işlemi uygulanan 0-24 aylık olan 130 infant retrospektif olarak incelendi. Hastalara metabolik değerlendirme yapıldı. Opak ve non-opak taşlara sırasıyla floroskopi ve USG yardımıyla odaklanıldı. Daha sonra işlem, sedoanaljezi altında gerçekleştirildi.

Radyolojik değerlendirme esnasında tespit edilen taşsızlık veya klinik olarak anlamlı olmayan rezidüel taş parçalarının varlığında işlem başarılı olarak kabul edildi. 3 seans sonunda hala parçalanmaya dirençli olan taşların varlığı ise başarısızlık olarak kabul edildi. Başarı oranlarını ve komplikasyonları değerlendirmek için SWL seansından bir ay sonra son bir değerlendirme yapıldı.

BULGULAR: Çalışma popülasyonu, ortalama yaşın 18,1±5,2 ay olduğu 54 (% 41,6) kız bebeği ve 76 (% 58,4) erkek bebeği içermekteydi. Taşlar, sağ (n=67 hasta;%51,5) veya sol (n=63 hasta;%48,5) böbrekte idi. Ortalama taş büyüklüğü 7,3 ± 2,9 mm olarak hesaplandı.

Taşlar, üst polde(n=14 hasta;%10,7), pelviste veya orta polde(n=86;%66,1) veya alt polde(n=30;%23) lokalize idi. En sık görülen metabolik bozukluklar hiperkalsiüri ve hipositratüri idi. Taşsızlık oranları, sırasıyla 1. seans sonunda(%61,5), 2. seans sonunda(%80,7), 3.seans sonunda (%96,2) olarak saptandı. Komplikasyon olarak 4 hastada hastanede yatış gerektiren febril idrar yolu enfeksiyonu gelişti. 2 hastada ise endoskopik tedavi gerektiren taş yolu vardı.

SONUÇ: SWL, infantlarda böbrek taşı yönetimi için güvenli ve etkili bir yöntemdir. Erken postoperatif dönemde düşük komplikasyon oranlarına sahiptir, ancak bu infantların uzun süreli takibi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İnfant, renal taş,SWL

PS-027

Üretrada kıl yumağı ve multiple taşlar: Hipospadias onarımının uzun dönem komplikasyonu ve endoskopik olarak tedavisi

Nadir Kalfazade, Osman Özdemir, Necati Gürbüz, Ekrem Güner, Joshgun Huseynov, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hipospadias, pediatrik üroloji pratiğinde zorlu durumlardan biridir ve hipospadias onarımı sonrası üretrokutanöz fistül, üretra divertikülü gibi komplikasyonlar izlenebilmektedir. Üretral kıl gelişimi ve kıl yumakları oluşumu ise daha nadir görülen bir komplikasyondur. Bu yazıda geçirilmiş hipospadias cerrahisine bağlı gelişen üretral kıl ve üretra taşının endoskopik tedavisinin sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 23 yaşındaki erkek hasta idrar yaparken zorlanma şikayeti ile başvurdu. Hastanın tıbbi geçmişinde, birincisi 4 yaşındayken olmak üzere toplam 7 kez hipospadias onarımı mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde meada darlık ve geçirilmiş operasyonlara bağlı olarak penis ventralinde skar dokusu ve penoskrotal alanda kalkülle uyumlu sertlik palpe edildi(Resim 1). Mea darlığı geçilince yaklaşık 5-6 cm proksimalde, divertiküler bir alan ve içersinde kıl yumağından oluşan 2 adet kalküler yapı izlendi (Resim 2). Kalküller Holmium:YAG lazer ile fragmante edilerek dışarı alındı(Resim 3). Hastanın postoperatif 3. ay kontrollerinde Qmaks'ın 6.7'den 18,2 ml/sn'ye çıktığı izlendi.

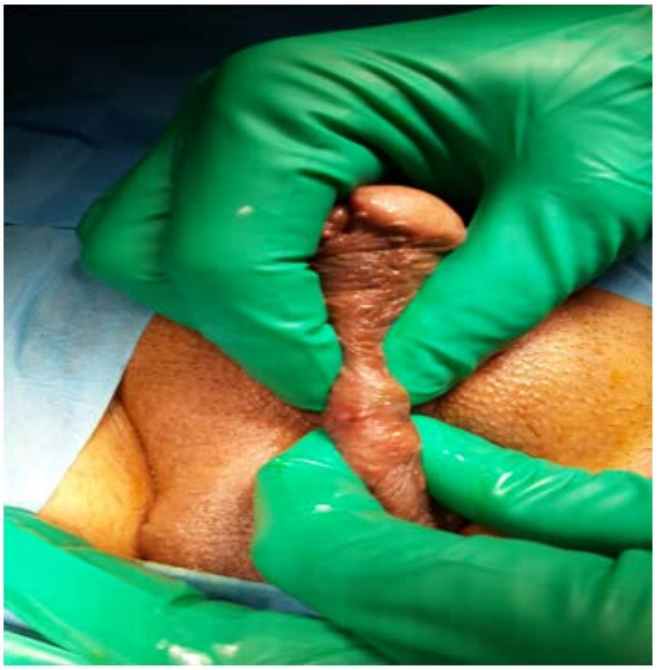
TARTIŞMA: Üretrokutanöz fistül, striktür ve üretral divertikül oluşumu hipospadias onarımı sonrası görülen başlıca komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Üretrada kıl gelişmesi, üretral kıl yumağı ve buna eşlik eden mikrolityazis oranı ise literatürde %5 - %15 arasında bildirilmiştir.

Hipospadias cerrahisi sonrası üretrada oluşan kıllar için karbondioksit (CO_2) lazer ile kurutma, YAG lazer ile fotokoagülasyon, grasper ile çıkarma, diod lazer kullanımı, elektrolizis veya açık cerrahi girişim gibi çeşitli tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir.

SONUÇ: Hipospadias onarımına bağlı üretral kıl ve üretra taşının tedavisinde, holmium:YAG lazer kullanımı, hem minimal invaziv olarak tedavi başarısı sağlaması, hem de endoürologların aşina olduğu ve kolaylıkla uygulayabildiği bir yöntem olması nedeniyle efektif ve güvenle kullanılabilir bir seçenektir.

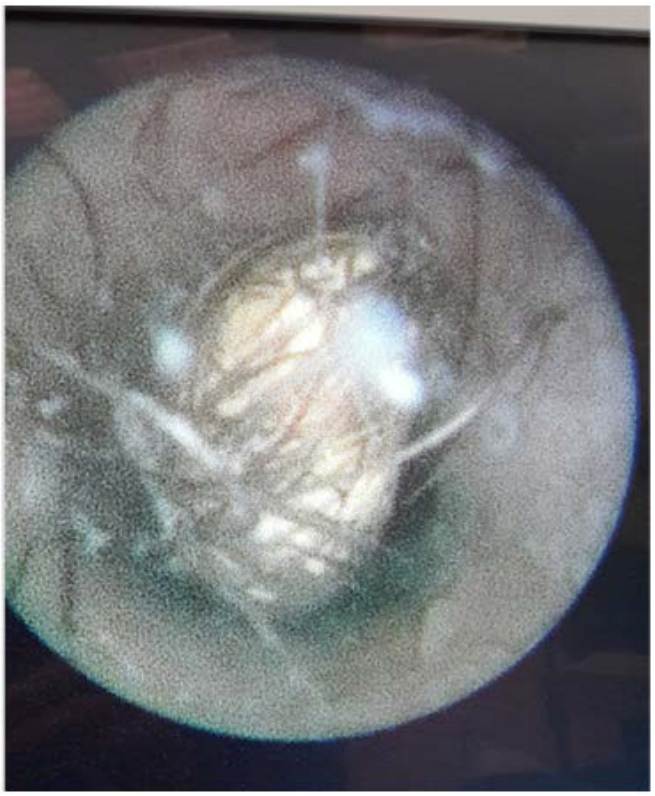
Anahtar Kelimeler: Hipospadias, Komplikasyon, Üretra taşı

Figür 1



Figür 1: Fizik muayenede penis ventralinde ele gelen taş ile uyumlu sertlik

Figür 2



Figür 2: Üretradaki kıl yumağı ve üretra taşının endoskopik görüntüsü

Figür 3



Figür 3: YAG lazer yardımı ile üretradan çıkarılmış kıl ve taş parçaları

PS-028

Süper-Mini Perkütan Nefrolitotomi'ye Alternatif Bir Yöntem: ClearPetra Emme-Tahliye Giriş Kılıfı

Feyzi Arda Atar, Mustafa Soytaş, Kamil Gökhan Şeker, Emre Şam, Yusuf Arıkan, Joshgun Huseynov, Selçuk Şahin, Ali Ihsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

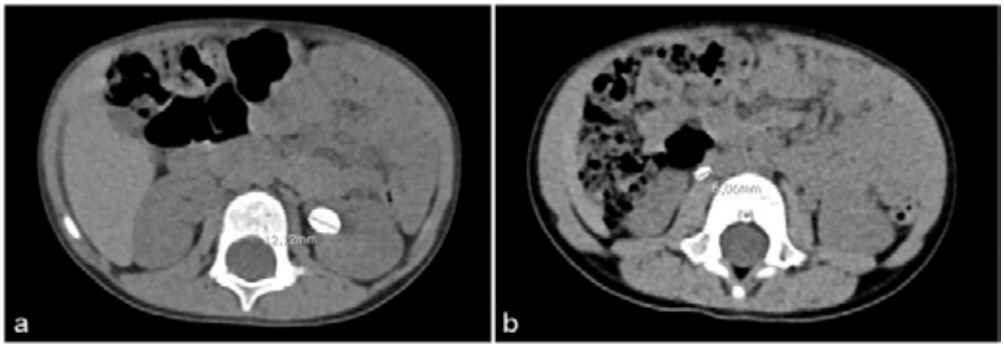
GİRİŞ: Geleneksel olarak Perkütan Nefrolitotomi (PNL)'de 30 Fr boyutunda giriş kılıfları kullanılmaktadır ve kanal boyutunun komplikasyon oranını etkileyen ana sebeplerden biri olduğu bildirilmiştir. Bu sebeple, standart PNL morbiditesini azaltmak için kullanılan aletler minyatürize edilmektedir. Günümüzde mini-PNL, ultra-mini PNL, mikro-PNL gibi yöntemler geliştirilmiştir. Fakat, kanal boyutunun küçültülmesi taş çıkarmada zorluk ve vizüel problemleri beraberinde getirir. Süper-mini PNL, daha gelişmiş irrigasyon kapasitesi ve devamlı negatif basınçlı irrigasyon özellikleriyle mini-PNL'nin mevcut yetersizliklerini gidermek amacıyla geliştirilmiştir. Biz, bu olgu sunumunda ClearPetra Suction-Evacuation Giriş Kılıfı ile gerçekleştirdiğimiz mini PNL olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 3 yaşında çocuk hastada nonkontrast BT'de sağ proksimal üreterde 6 mm, sol renal pelviste 12 mm kalkül saptandı. (Resim1) Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda sağ üreterorenoskopi gerçekleştirildi. Lazerle taş fragmante edildi ve D-J stent yerleştirildi. Sol böbreğe 5 Fr üreter kateteri yerleştirildi. Hasta daha sonra pron pozisyonuna getirildi ve alt kaliksiyel sisteme floroskopi yardımıyla giriş yapıldı. (Resim2) Trakt dilatasyonu 12 ve 15 Fr metalik dilatatörler yardımıyla gerçekleştirildi. (Resim3) Daha sonra 14 Fr ClearPetra giriş kılıfı yerleştirildi ve üreterorenoskop ile böbreğe girildi. (Resim4) Lazerle taş fragmante edildi ve ClearPetra giriş kılıfının emme-tahliye özelliği sayesinde fragmanlar dışarı alındı. D-J stent takıldı ve operasyon tüpsüz olarak sonlandırıldı. (Resim5) Operasyon süresi 55 dk idi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif 2.gün hasta taburcu edildi. Operasyondan 14 gün sonra bilateral D-J stentler çıkarıldı.

SONUÇ: ClearPetra giriş kılıfı ile mini-PNL uygulanabilir ve süper-mini PNL ile karşılaştırılabilir bir yöntemdir. Farklı boyutlarda ClearPetra giriş kılıfları ve üreterorenoskop ile süper-mini PNL'nin tüm özellikleri daha düşük maliyetle taklit edilebilir.

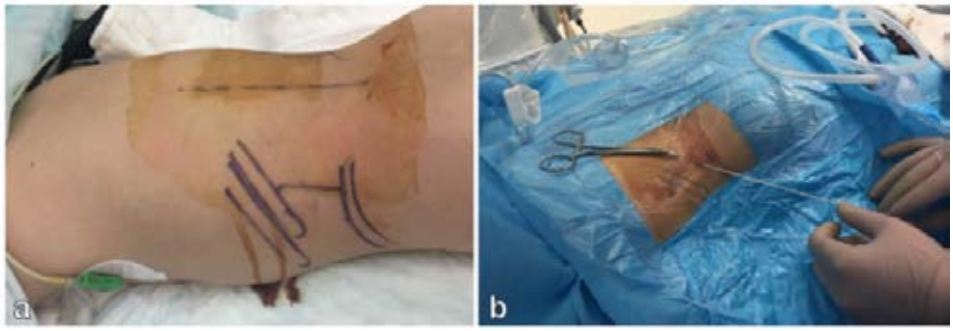
Anahtar Kelimeler: Mini perkütan nefrolitotomi, ClearPetra giriş kılıfı, süper-mini perkütan nefrolitotomi

Resim 1



Preoperatif BT a) Sol renal pelviste 12 mm kalkül b) Sağ proksimal üreterde 6 mm kalkül

Resim 2



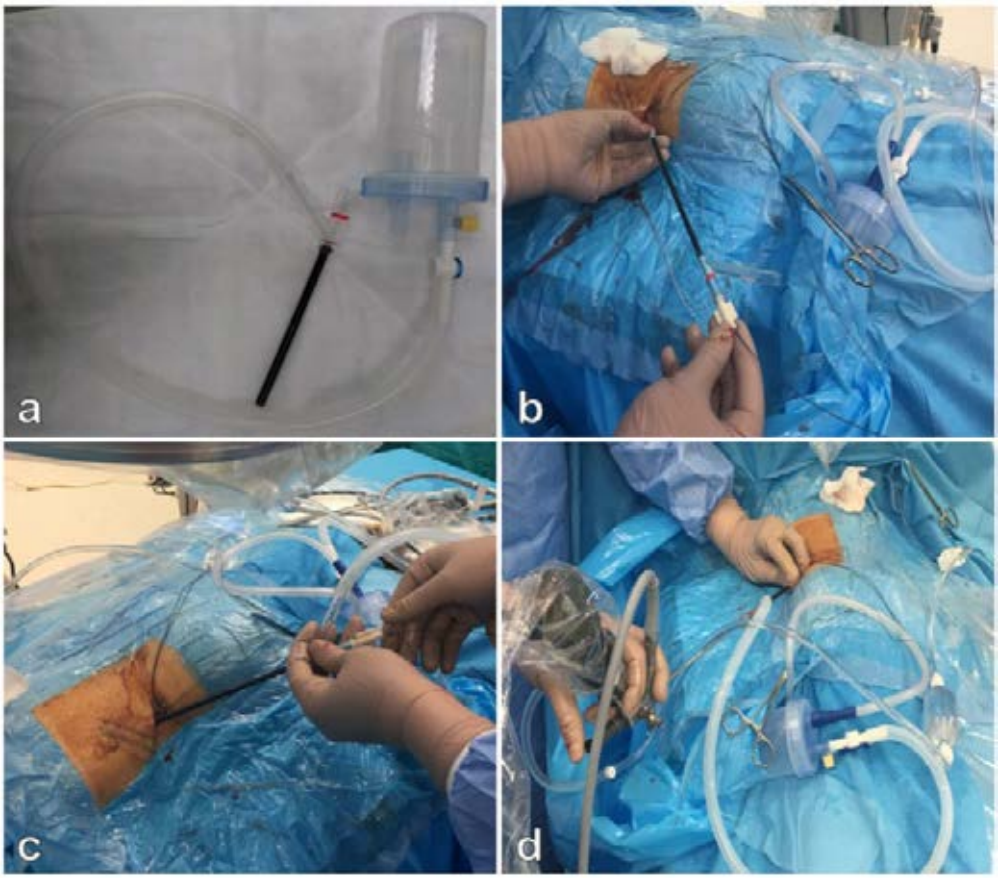
a) Pron pozisyon b) Hasta örtülmesi ve perkütan iğnesiyle giriş

Resim 3



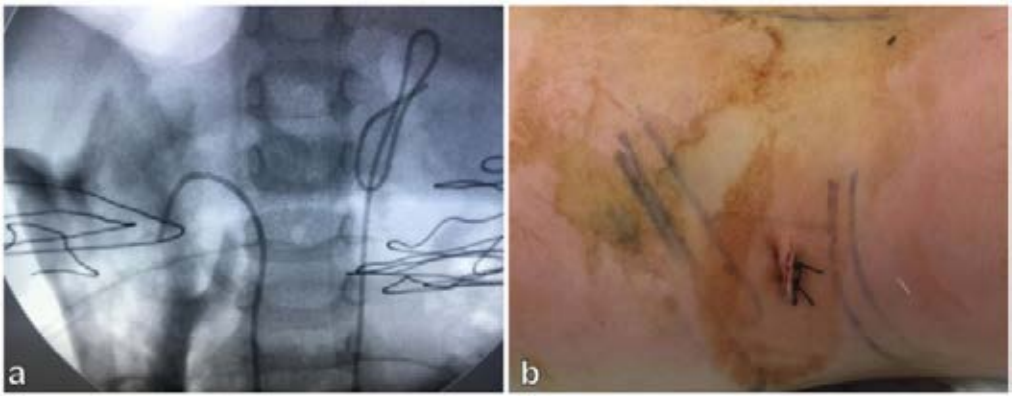
a) Metalik dilatatörle trakt dilatasyonu b) Trakt dilatasyonunun skopi görüntüsü

Resim 4



a) ClearPetra emme-tahliye giriş kılıfı ve sistemi b) ve c) ClearPetra giriş kılıfının yerleştirilmesi d) Üreterorenoskop ile ClearPetra giriş kılıfı içinden böbreğe giriş

Resim 5



a) Operasyon sonunda skopi görüntüsü b) Cerrahinin tüpsüz olarak sonlandırılması

PS-029

Unutulmuş, Enkrüste, Kalsifiye ve Fragmente D-J Stentin Endoskopik Kombine İntrarenal Cerrahi İle Çıkarılması

Emre Şam, Kamil Gökhan Şeker, Yusuf Arıkan, Joshgun Huseynov, Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Soytaş, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu poster sunumunda, tek seansta modifiye supin pozisyonda endoskopik kombine intrarenal cerrahi (ECIRS) ile unutulmuş, enkrüste, kalsifiye ve fragmente D-J stentin çıkarılması sunulmuştur.

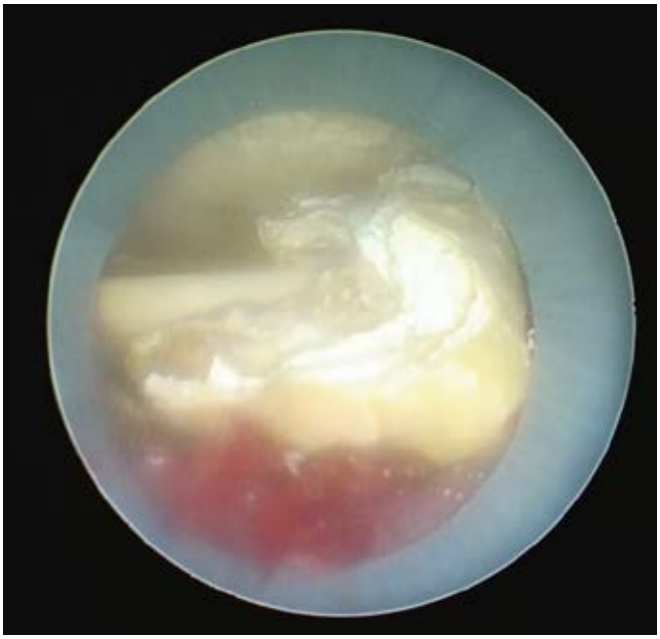
MATERYAL-METOD: 76 yaşındaki kadın hastaya Temmuz 2015 yılında bilateral böbrek taşları nedeniyle sağ RIRS ve bilateral D-J stent takılması operasyonu yapıldı. Sağ D-J stenti çıkarılan hastaya sol böbrek taşları nedeniyle RIRS planlandı. Kalça cerrahisi geçiren ve Sol RIRS için operasyona gelmeyen hasta Haziran 2018 tarihinde sol yan ağrısı ve hematüri şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Serum kreatinini 0.87 ng/dL, idrar kültüründe E.Coli saptandı. DÜSG ve BT'de sol D-J stent boyunca enkrüstrasyon proksimal ve distal kıvrımlarda belirgin kalsifikasyon izlendi. İlk seansta sistolitotripsi yapılan ve distal-orta üreterdeki enkrüstre taşları kırılan hastanın D-J stenti proksimal uçtan lazer ile kesilerek yeni D-J stent takıldı.

BULGULAR: GAA litotomide modifiye supin pozisyonu verildi. Sol yeni D-J stentin alt kıvrımı 7.5 f URS kullanılarak lazer litotriptör ile fragmente edildi, forceps yardımıyla D-J stent çekilmeye çalışıldı, dirençle karşılaşılması sonucu sol orta üreter seviyesinden D-J stent kesildi. Sol böbreğe 5f üreter kateteri gönderildi. Toplayıcı sistemin görüntülenmesi sonrası, floroskopi eşliğinde sol böbrek orta pole cross –table bull eyes tekniği ile giriş yapıldı. Balon dilatasyonla, 30f amplatz kılıf yerleştirildi. Unutulmuş, enkrüste, kalsifiye ve fragmente D-J stentin üst kıvrımı pnömotik litotriptor ile fragmente edildi. Yeni ve eski fragmente D-J stentler dışarı alındı. 14f nefrostomi kateteri konuldu. İntraoperatif ve postoperatif bir komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ: Supin pozisyonda ECIRS unutulmuş, enkrüste, kalsifiye ve fragmente D-J stentlerin çıkarılmasında, antegrad ve retrograd manüplasyonlar sağlayan tecrübeli merkezlerde uygulanabilecek güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik kombine intrarenal cerrahi,supin perkütan nefrolitotomi,taşlaşmış, unutulmuş D-J

İntraoperatif görünüm



Taşlaşmış D-J stentin nefroskopla görünümü

Postoperatif



Postoperatif tam olarak çıkarılmış unutulmuş, enkrüste, kalsifiye ve fragmente veD-J stent ve yeni enkrüste D-J stent

Preoperatif DÜSG



Unutulmuş, enkrüste, kalsifiye ve fragmente D-J stent ve yeni enkrüste D-J stent

PS-030

Tek Seansta Bilateral Pron Perkütan Nefrolitotomi

Yusuf Arıkan, Emre Şam, Kamil Gökhan Şeker, Joshgun Huseynov, Yavuz Onur Danacıoğlu, Mustafa Soytaş, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bilateral böbrek taşlarının tedavisinde birçok endoürolojik girişim tanımlanmıştır. Bu poster sunumunda tek seansta bilateral pron PCNL olgusunun sunulması amaçlandı.

OLGU: 49 yaşında kadın hasta, bilateral yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın geçirilmiş sol PCNL operasyonu öyküsü bulunmaktaydı. Yapılan tetkiklerinde serum kreatinin 0.87 ng/dL, hemoglobin 15.3 ng/dL, tam idrar analizinde patoloji saptanmadı. Radyolojik incelemelerde bilateral yaklaşık 2.4 ve 2.5 cm büyüklüklerinde böbrek taşları tespit edildi.

BULGULAR: GAA litotomi pozisyonunda, bilateral 5f düz üreter kateteri yerleştirildi. Pron pozisyonda sol üreter kateterinden kontrast madde verilerek sol toplayıcı sistem görüntülendi ve 18G perkütan iğne ile monoplanar floroskopi eşliğinde sol orta kaliksten toplayıcı sisteme girildi. Balon dilatator ile 30F'e kadar dilatasyon sağlanarak, 26F nefroskopla toplayıcı sisteme girildi, renal pelvisteki taş pnömotik litotriptörle kırılarak, dışarı alındı. 14f nefrostomi kateteri ve D-J katater yerleştirildi. Sol PCNL işleminde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi, anestezi değerlendirilmesinde asidoz ve elektrolit dengesizliğinin olmadığı, hastanın hemodinamik olarak stabil olduğunun gözlenmesi üzerine diğer tarafa da müdahale kararı alındı. Sağ alt kaliksiyel sistemden toplayıcı sisteme girildi ve taş pnömotik litotriptörle kırılarak dışarı alındı. Sağ D-J katater ve nefrostomi kateteri takıldı. Sağ PCNL 65 dakika ve toplam operasyon süresi 149 dakika olarak hesaplandı. Postoperatif kreatinin değeri 1.02 mg/dL, hemoglobin değeri ise 13.5 ng/dL'idi. Postoperatif 1.günde çekilen direkt üriner sistem grafisinde hastanın tamamen taşsız olduğu izlendi. Postoperatif erken ve geç dönemde komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Sonuç olarak, tek seansta bilateral PCNL operasyonu büyük ve kompleks böbrek taşına ait seçilmiş olgularda, peroperatif tam değerlendirme ile güvenilirlikle uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan nefrolitotomi,bilateral böbrek taşı,nefrolitotomi

Postoperatif DÜSG



Bilateral D-J ve nefrostomi kateteri

Preoperatif DÜSG



Bilateral böbrek taşları

Postoperatif görünüm



Bilateral nefrostomi kateteri

PS-031

Rezektoskop İrrigasyon Sisteminin Endoürolojik Kateterizasyon Girişimlerinde Kullanımı: Teknik Tarifi

Tzevat Tefik, Reşat Aydın, Selçuk Erdem, Faruk Özcan

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Sistoskopi üroloji pratiğinde sık kullanılan endoürolojik bir girişimdir. Başta mesane tümörü için yapılan kontrollerde, açıklanamayan hematüri teşhisinde, üreteral orifis kateterizasyonunda, ağrılı mesane sendromu teşhisinde gibi birçok durumda gerekmektedir. Şiddetli kanama durumlarında bazen mesane değerlendirilmesi için optimal görüntü sistoskoplarla sağlanamamaktadır. Bu bildiride görüntü kalitesinin optimize edilmesi için endoürolojik aletlerin kombine edilerek kullanımı ve teknik tarifi yapılmıştır.

TEKNİK: Konvansiyonel sistoskoplarla mesane içine giden irrigasyon sıvısı mesaneyi sürekli doldurmaktadır ve irrigasyon olmadığı için yeterli görüntü kalitesi sağlanamamaktadır. Görsel kaliteyi korumak için rezektoskopla sistoskopi yapılabilir. Ancak rezektoskoplar, endoürolojik kateter (örn. Üreteral kateterizasyon) yerleştirilmek için tasarlanmamış ve bu işlem için uygun değillerdir. Sistoskoplar ise endoürolojik kateterizasyon için uygun olmalarına rağmen, sürekli irrigasyon gerektiren durumlarda (örn. endoskopik alet manipülasyonu ile mesane boynu kanaması) iyi bir görsellik sağlamamaktadır. İrrigasyon ve kateterizasyonu aynı anda sağlamak için sistoskopun ara parçası (Resim 1a, 1b) rezektoskopa yerleştirilebilir. Bu şekilde sürekli irrigasyon sağlanarak mesane görselliği arttırılabilir ve endoürolojik kateterizasyon işlemleri gerçekleştirilebilir (Resim 2a, 2b). Gerektiği durumlarda koterizasyon ve rezeksiyon ile devam edilebilir.

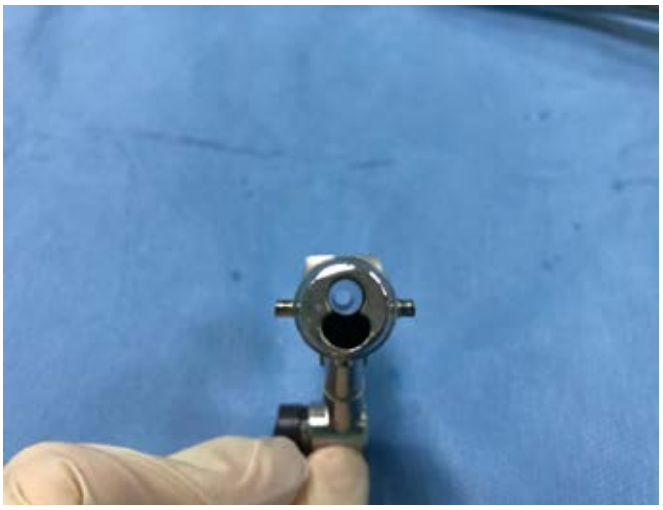
Anahtar Kelimeler: irrigasyon, kateterizasyon, görsellik

Resim 1a



Sistoskop ara parçası

Resim 1b



Sistoskop ara parçasıkarşıdan görünüm

Resim 2a



Sistoskop ara parçasının rezektoskopa yerleştirilmiş hali

Resim 2b



Sistoskop ara parçasının rezektoskopa yerleştirilmesi sonrası üreteral kateterizasyon uygulanması

Resim 3a



Üreteral katerizasyon için iki ucu açık kateterin ve kılavuz telin rezektoskop ucundaki optik ile beraber olan görüntüsü

Resim 3b



Rezektoskopla üreteral orifis kateterizasyonu endoskopik görünüm

PS-032

Kasa invaze olmayan mesane kanserinde hipertermik Mitomycin-C instilasyonu

Şebnem Saplar, Oğuz Acar, Miraç Turan

Memoria Şişlil Hastanesi, Üroloji kliniği, İstanbul

Yüksek dereceli kasa invaze olmayan mesane kanserinin (KİOMK) tedavisi ürolojide hala önemli bir sorun oluşturmaktadır. Literatürde hastalığın tedavi ve profilaksisinde intravezikal yoldan uygulanan Mitomycin-C'nin (MMC) etkinliğini artırmak amacıyla hipertermik uygulama önerilmektedir. Bu retrospektif çalışmada yüksek oranda nüks riskine sahip yüzeyel mesane tümörlü 20 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir. MMC hastalara ısı ile kombine edilerek intravezikal yoldan özel bir sonda aracılığı ile uygulanmıştır. Daha önce bu veya benzeri yöntemler ile yapılmış klinik çalışmalar ışığında sonuçlar gözlemlenmiş ve sınırlı sayıda hasta ile minimum 9, maksimum 50 günlük takip süresince elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Yan etki bakımından tolere edilebilir olması ve 20 hastanın 14'ünde (%60) ortalama takip süresi olan 32±8 ayda tümör görülmemiş olması nedeniyle bu yöntem uygulanabilir bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha yüksek hasta katılımı ve uzun takip sürelerine sahip çalışmalara ihtiyaç olsa da İntrakaviter Hipertermik MMC Tedavisi, doğrudan uygulanan MMC'ye göre daha etkin görülmektedir. BCG tedavisinin yan etkilerinden çekinildiği veya BCG tedavisinin başarısız olduğu hastalarda İntrakaviter Hipertermik MMC Tedavisi etkin tedavi seçeneklerinden biri olarak düşünülebilir.

Isıtma işlemi yapılmadan doğrudan uygulanan intravezikal MMC tedavisinin literatür sonuçları ile karşılaştırıldığında, hipertermik MMC tedavisinin daha düşük nüks olasılığı ile tedaviye katkı sağladığı görülmektedir. Ancak bu çalışmada tedavinin sınırlı sayıda hasta üzerinde uygulanmış olması çalışmanın etkinliğini azaltmaktadır. Bu sonuçların daha geniş katılımlı hasta gruplarında yapılacak çalışmalarla desteklenmesinde yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, hipertermik mitomycin-c, kasa invaze olmayan

Tablo 1

Toplam hasta sayısı	20
Yaş aralığı ve ortalaması	44-89 / ort.71
Cinsiyet	16 erkek / 4 kadın
Tedaviye devam edemeyen hasta	1*
Tümör sınıflaması	
Ta	17
T1	3
Düşük Dereceli	13
Yüksek Dereceli	7
Risk faktörleri	
Sigara	13
Aile anamnezi	0
Kimyasala maruz kalma	4
Eşlik eden hastalıklar	
Kalp hastalıkları	10
Diyabet	4
Sekonder malinite geçmişi	2

**Tablo 1 *Çalışmaya dahil edilen en yaşlı hastanın dermatit ve tedaviden bağımsız hipotansiyon şikayetleri sebebi ile tedavisi 4. hafta (4. uygulama) sonrasında yapılamamıştır*

Tablo 2

Tedavi Kür Sayıları	
6 hafta süresince haftada 1 kür	19
Profilaksi amaçlı +3 aylık ayda 1 kür	4
Profilaksi amaçlı +2 aylık ayda 1 kür	2
Profilaksi amaçlı +6 aylık ayda 1 kür	2
Profilaksi amaçlı +10 aylık ayda 1 kür	1
*Profilaksi amaçlı +9 aylık ayda 1 kür 2. defa 6 hafta süresince haftada 1 kür sonrası Profilaksi amaçlı +6 aylık ayda 1 kür	1

Aylık idame tedavisi uygulanan hastaların tabloda idame kür sayıları yer almaktadır.

YAZAR İNDEKSİ

ABAT, Deniz SS-035
ACAR, Ömer SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
ADANUR, Şenol PS-002, PS-021, PS-022, PS-023, PS-026, VS-003, VS-004, VS-082
AGALAROV, Samir SS-176, VS-033
AĞALAROV, Samir SS-073
AKALIN, Mustafa Kaan SS-096, SS-097, VS-022, VS-048
AKAND, Murat VS-031
AKBULUT, Fatih SS-167, SS-168
AKBULUT, Mehmet Fatih SS-197, SS-198, SS-199, VS-009, VS-010, VS-011, VS-012
AKBULUT, Ziya SS-122
AKÇA, Oktay SS-052
AKDENİZ, Fırat VS-082
AKDUMAN, Bülent PS-019
AKIN, Yiğit SS-046, SS-047
AKİN, Yiğit VS-018, VS-019, VS-020
AKINSAL, Emre Can SS-077, VS-024
AKKAŞ, Fatih SS-081, SS-082, VS-050, VS-088
AKKAŞ, Selçuk VS-088
AKKOÇ, Ali SS-011, SS-156
AKSOY, Faruk VS-092, VS-093
AKSOY, Yılmaz PS-026
AKSU, Mefail SS-091, SS-092
AKTAŞ, Binhan Kağan SS-160, SS-162
AKTAŞ, Yasin PS-007, SS-030, VS-014, VS-015, VS-053, VS-054
ALAN, Cem SS-146
ALBAYRAK, Bülent PS-008
ALBAYRAK, Selami SS-137
ALDEMİR, Mustafa SS-129
ALKAN, İlter VS-033
ALMA, Ergün SS-054
ALTAN, Mehmet PS-015
ALTAY, Mehmet Sefa PS-002, PS-021, PS-022, PS-023, VS-003, VS-004
ALTIN, Selçuk SS-157
ALTINOVA, Serkan SS-053, SS-122
ALTINTAŞ, Emre VS-031
ALTUN, Abdulsemet SS-001
ALTUNKOL, Adem SS-035
ANDER, Haluk SS-192
ANIL, Hakan PS-007, PS-009
ARDIÇOĞLU, Arslaan SS-128
ARDIÇOĞLU, Arslan SS-127
ARGUN, Ömer Burak SS-131, SS-190, SS-191, VS-021
ARI, Özgür SS-030, VS-014
ARIKAN, Yusuf PS-028, PS-029, PS-030, SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, SS-203, VS-051, VS-052
ARSLAN, Burak PS-018, SS-068
ASFUROĞLU, Ahmet SS-022
ASGARLI, Senan SS-164
ASİL, Erem SS-015, SS-049, SS-053, SS-129
ASLAN, Rahmi PS-024, SS-087
ASLAN, Rahmİ SS-159
ASLAN, Yılmaz SS-022
ATALAY, Hasan Anıl SS-073, SS-150
ATAR, Fevzi Arda SS-203
ATAR, Feyzi Arda PS-028, PS-029, PS-030, SS-080, SS-082, SS-135, SS-136, SS-151, SS-204, VS-016, VS-060, VS-062, VS-066, VS-067, VS-088
ATASOY, Pınar PS-020
ATEŞ, Erhan SS-055
ATEŞ, Ferhat SS-167, SS-168
ATEŞ, Hüseyin Aytaç SS-074, VS-083, VS-084
ATEŞ, Mutlu PS-007, PS-009, SS-030, VS-014, VS-053, VS-054
ATICI, Ahmet VS-070
ATİLLA, Mustafa Kemal VS-055
ATIŞ, Gökhan SS-093, SS-094, SS-095, SS-096, SS-097
ATIŞ, Ramazan Gökhan SS-063, SS-075, SS-179, SS-180, VS-091
ATMACA, Ali Fuat SS-015, SS-049, SS-053, SS-127, SS-128, SS-129, SS-167, SS-168, VS-013

ATUĞ, Fatih	SS-013, SS-152, VS-026, VS-027, VS-028, VS-029, VS-030, VS-046
AVCI, Veli	SS-159
AYBAL, Halil Çağrı	SS-044, VS-069
AYDEMİR, Hüseyin	SS-070, SS-071
AYDIN, Arif	SS-040, SS-090
AYDIN, Barış	SS-166
AYDIN, Cemil	SS-011, SS-155, VS-049
AYDIN, Hasan Rıza	VS-082
AYDIN, Mehmet Erhan	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103, SS-104, SS-105, SS-106, SS-107
AYDIN, Mustafa	VS-055
AYDIN, Reşat	PS-031
AYDIN, Yavuz Mert	SS-202
AYDOĞAN, Tahsin Batuhan	SS-044
AYKAN, Serdar	SS-041, SS-201, VS-034, VS-035, VS-036, VS-037, VS-038
AYKANAT, Can	SS-022, VS-074
AYRANCI, Ali	SS-198
AYTAÇ, Ömer	SS-013, SS-152, VS-026, VS-027, VS-028, VS-029, VS-030, VS-046
BAKDIK, Süleyman	VS-093
BAKIROV, Cevaşir	VS-090
BAKTIK, Süleyman	VS-092
BALASAR, Mehmet	SS-090, VS-070
BALBAY, Mevlana Derya	SS-053, SS-123, SS-124, SS-125, SS-127, SS-128, SS-129, VS-075
BALCI, Melih	SS-022, VS-074
BARUT, Osman	SS-147, SS-148
BAŞAĞA, Yaşar	VS-024
BAŞAR, Halil	SS-078, SS-079, SS-140, SS-141
BAŞER, Aykut	VS-049
BASMACI, İsmail	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103
BASMACİ, İsmail	VS-086
BASTUG, Yavuz	SS-201
BAŞTUG, Yavuz	VS-036, VS-037
BAŞTUĞ, Yavuz	SS-041
BATUR, Ali Furkan	VS-031
BAYAR, Goksel	SS-065
BAYDİLLİ, Numan	SS-077, SS-078, VS-024
BAYKAL, Murat	VS-009, VS-010, VS-011, VS-012
BAYLAN, Burhan	PS-013, PS-014, PS-015
BAYRAKTARLI, Recep	SS-073
BEDİR, Fevzi	SS-049
BEDİR, Fevzİ	SS-126
BEDİR, Selahattin	SS-045, SS-164, SS-187, SS-188, VS-039
BEKTAŞ, Sibel	PS-018
BEŞER, İsmail	PS-020
BEYTUR, Ali	VS-042
BİRİ, Hasan	SS-019, SS-020, VS-047
BİTKİN, Alper	VS-055
BÖCÜ, Kadir	VS-031, VS-089
BOLAT, Deniz	SS-104, SS-105, SS-106, SS-107
BÖREKOĞLU, Ali	SS-035
BOYLU, Uğur	SS-051, SS-167, SS-168
BOZ, Mustafa Yücel	SS-137
BOZKURT, Aliseydi	SS-012
BOZKURT, İbrahim Halil	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103
BOZKURT, Ömer Faruk	SS-060
BOZKURT, Yaşar	SS-167, SS-168
BUDAK, Salih	SS-071
BULUT, Süleyman	SS-160, SS-161
CAGLAR, Ufuk	VS-009
ÇAGLAR, Ufuk	SS-197
ÇAĞLAR, Ufuk	SS-198, SS-199, VS-010, VS-011, VS-012
CAKİCİ, Mehmet Caglar	SS-093, SS-094, SS-095, SS-096, SS-097
ÇAKICI, Mehmet Çağlar	SS-062, SS-075, VS-091
ÇAKICI, Özer Ural	SS-127
ÇAKIR, Süleyman Sami	SS-150, SS-176
ÇAKMAK, Sedat	SS-167, SS-168
ÇALIK, Gökhan	SS-137
ÇALIŞKAN, Selahattin	VS-023
ÇAMTOSUN, Ahmet	SS-002, SS-003, SS-004, SS-005, SS-006, SS-007

ÇAMTOSUN, Emine	SS-002, SS-005
CAN, Mehmet Mustafa	VS-010
CAN, Osman	SS-149, SS-150, VS-033
ÇANAKCI, Cengiz	SS-028
ÇANAKÇI, Cengiz	SS-009, SS-010
CANAT, Halil Lütfi	SS-150
CANDA, Abdullah Erdem	SS-053, SS-123, SS-124, SS-125, SS-127, SS-128, SS-129, SS-167, SS-168, VS-075
ÇAŞKURLU, Hülya	SS-180
ÇAŞKURLU, Turhan	SS-063, SS-075, SS-167, SS-168, SS-179
CEBECİ, Hakan	VS-089
ÇEKER, Gökhan	SS-026
ÇELEN, Sinan	SS-174, VS-001, VS-002
ÇELİK, Bülent	SS-114
ÇELİK, Feyzullah	VS-003, VS-004
ÇELİK, Mecit	PS-006
ÇELİK, Orçun	SS-200
ÇELİK, Serdar	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103
ÇETİN, Buğra	PS-018
ÇETİN, Tevfik	VS-025
ÇİÇEK, Mehmet Çağatay	SS-084, SS-085, SS-086, SS-098, SS-173, SS-202, VS-071, VS-090
ÇİÇEK, Muhammet	SS-095, SS-180, VS-022, VS-048
ÇİFTÇİ, Halil	VS-059
ÇİL, Gökhan	SS-117, SS-205
ÇİLESİZ, Nusret Can	SS-142
ÇİMEN, Hacı İbrahim	SS-069, SS-070, SS-071
ÇİMEN, Sanem	PS-015
ÇİMEN, Sertaç	PS-013, PS-014, PS-015, SS-094
ÇİNAR, Önder	SS-043
ÇOLAKEROL, Aykut	SS-041, SS-117, SS-205
ÇOLAKOĞLU, Yunus	PS-011, SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, VS-050, VS-051, VS-052, VS-067
COŞER, Şeref	SS-022
COŞKUN, Burhan	SS-202
ÇUBUK, Alkan	SS-009, SS-052, SS-197, VS-076
ÇULHA, Mehmet Gökhan	SS-150
ÇULPAN, Meftun	SS-179
DAĞGULLİ, Mansur	SS-143
DANACIOĞLU, Yavuz Onur	PS-029, PS-030, SS-082, SS-135, SS-136, SS-203, SS-204, VS-016, VS-017, VS-060
DEDE, Onur	SS-143, SS-144, SS-145, SS-146
DEĞİRMENCİ, Enes	SS-192, SS-193
DEĞİRMENCİ, Tansu	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103, SS-104, SS-105, SS-106, SS-107
DEMİR, Bekir Türkay	SS-147
DEMİR, Fatih	PS-016
DEMİR, Mehmet	SS-099, VS-059
DEMİR, Murat	VS-007
DEMİR, Murat	VS-008
DEMİRCİ, Deniz	SS-077, VS-024
DEMİRDÖĞEN, Şaban Oğuz	PS-026
DEMİREL, Azam	PS-002, PS-026
DEMİREL, Doruk	SS-161, SS-162, SS-163
DEMİRELLİ, Erhan	SS-091, SS-092, VS-057
DEMİRKIRAN, Engin Denizhan	PS-010, PS-019, SS-026, SS-042, SS-043
DEMİRKOL, Mehmet Kutlu	SS-147
DEMİRTAŞ, Abdullah	SS-066, SS-067, VS-006
DEMİRTAŞ, Türev	SS-067, VS-006
DİİNÇER, Erdinç	SS-052
DİNÇER, Erdinç	SS-018, SS-028
DİNÇER, Murat	VS-076
DİZDAROĞLU, Çağlar	SS-198
DOĞAN, Bayram	SS-029
DOĞAN, Serkan	SS-171
DOĞANCA, Tünkut	SS-190, SS-191
DOĞANCA, Tünkut Salim	SS-131, VS-021
DURAN, Arif Mehmet	PS-024
DURAN, Mehmet Arif	SS-087
DURMAZ, Hasan Ali	PS-014
DURMUŞ, Emrullah	SS-040

EBİLOĞLU, Turgay	SS-164, SS-187, SS-188, SS-189, VS-039
ECER, Gökhan	VS-092, VS-093, VS-094
EDİZ, Caner	SS-023, SS-058
EFİLOĞLU, Özgür	SS-167
EKENCİ, Berk Yasin	VS-081
EKER, Anıl	SS-102
EKSERT, Sami	SS-045
EKŞİ, Mithat	SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, VS-050, VS-051, VS-062, VS-067
ENER, Kemal	SS-053, SS-122
ERBAHÇECİ SALIK, Fatma Aysun	SS-135, VS-060
ERBİN, Akif	SS-197, VS-009, VS-010, VS-011, VS-012
ERDEM, Kamil	SS-026
ERDEM, Selçuk	PS-031, SS-165, SS-166, SS-167, SS-168, SS-192, SS-193, SS-194, SS-195, SS-196
ERDEMOĞLU, Evrim	VS-008
ERDOĞAN, Abdullah	SS-001
EREN, Hüseyin	SS-099
ERGİN, Giray	SS-019, SS-020, SS-188, VS-047
ERKAN, Erkan	SS-073, VS-083, VS-084
EROL, Bülent	VS-022, VS-048
EROL, İbrahim	VS-015, VS-054
ERSOY, Hamit	PS-012, SS-062, VS-080
ERSÖZ, Cevper	SS-029
ERTAŞ, Kasım	SS-009
ERTURHAN, Sakıp	SS-167, SS-168, VS-018
ERYILDIRIM, Bilal	SS-009, SS-010, SS-018, SS-028
ERYILMAZ, Recep	PS-024, SS-087, SS-159
ESEN, Tarık	SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
EVREN, İsmail	PS-011, SS-039, SS-081, VS-050
GARAYEV, Asgar	SS-010, SS-013, SS-152, VS-026, VS-027, VS-028, VS-029, VS-030, VS-046
GAZEL, Eymen	SS-044, SS-169, SS-170, VS-069
GEÇİT, İlhan	VS-042
GELMİŞ, Mücahit	SS-030, VS-014
GERÇEK, Osman	VS-025
GİRGİN, Reha	PS-019, SS-027, SS-042
GÖGER, Yunus Emre	SS-090
GÖK, Bahri	SS-015, SS-049, SS-053, SS-127, SS-128, VS-013
GÖKKAYA, Cevdet Serkan	SS-160, SS-163
GÖKMEN, Ersin	PS-018, SS-068
GÖKTAŞ, Serdar	VS-031, VS-089
GÖKTAŞ, Talip	SS-040
GÖKTUĞ, Göksel	PS-015
GONULTAS, Serkan	VS-034
GÖNÜLTAŞ, Serkan	PS-018, SS-041, SS-068
GORGEL, Sacit Nuri	VS-018, VS-019, VS-020
GÖRGEL, Sacit Nuri	SS-046, SS-047
GÖRÜR, Sadık	SS-172
GÖV, Taha	SS-068
GÜLLÜ, Özlem	SS-078
GÜNAY, Nazım Furkan	SS-198
GÜNER, Ahmet Levent	SS-191
GÜNER, Ekrem	PS-017, PS-027, SS-036
GÜNEŞ, Ali	VS-042
GÜNGÖR, Hasan	SS-003
GÜNLÜSOY, Bülent	SS-100
GÜNSEREN, Kadir Ömür	SS-008, SS-083, SS-084, SS-085, SS-086, SS-098, SS-173, VS-090
GÜRBÜZ, Necati	PS-027
GÜRBÜZ, Zafer Gökhan	SS-054
GÜVEN, Selçuk	SS-137
GÜZEL, Özer	SS-022, VS-074
HALİS, Fikret	SS-167, SS-168
HAMİDİ, Nurullah	SS-050, SS-140, SS-141
HANCI, Burcu	SS-018
HANEDAN, Candost	VS-008
HUSEYNOV, Joshgun	PS-011, PS-027, PS-028, PS-029, PS-030, SS-080, SS-081, SS-082, VS-062, VS-088
HÜSEYNOV, Coşkun	SS-031, SS-032, VS-050, VS-051, VS-052
İLBEY, Yusuf Özlem	SS-120

İLKTAÇ, Abdullah SS-029
İMAMOĞLU, M. Abdurrahim PS-013, PS-014
İMAMOĞLU, M.Abdurrahim PS-015
İNAN, Ramazan VS-055
İNCE, Mehmet Emin SS-045
İNKAYA, Abdurrahman SS-051
İPEK, Osman Murat SS-052
İPLİKÇİ, Ayberk SS-063, SS-093, SS-094, SS-095
İRKILATA, Lokman VS-055
İŞCAN, Serhan Can VS-008
İSLAMOĞLU, Ekrem PS-009
İSLAMOĞLU, Mahmut Ekrem PS-007, SS-030, SS-089, VS-015, VS-053, VS-054
IŞLER, Bilgi PS-006
JAFAROV, Orhan SS-084
KABASAKAL, Levent SS-191
KADIHASANOĞLU, Mustafa VS-083, VS-084
KALEMCİ, Serdar SS-064
KALFAZADE, Nadir PS-027
KALKANLI, Arif SS-142
KAMACI, Davut SS-015, SS-049, SS-053, SS-122, SS-128
KARAASLAN, Mustafa SS-112, SS-113, SS-132, VS-096, VS-098
KARABACAK, Osman Raif VS-080, VS-081
KARABULUT, İbrahim PS-008, SS-048, SS-076
KARACA, Yavuz SS-028
KARADAĞ, Mert Ali PS-016
KARAKAŞ, Hakan SS-006, SS-007
KARAKOYUNLU, Ahmet Nihat VS-080, VS-081
KARAKOYUNLU, Nihat SS-093, SS-094
KARALAR, Mustafa VS-025
KARAMAN, Hamza PS-005
KARAMIK, Kaan PS-007, SS-030, VS-014, VS-015, VS-053, VS-054
KARATAŞ, Ömer Faruk SS-189
KARLIDAĞ, İsmail SS-040
KARTAL, İbrahim SS-062
KARTAL, Ibrahim Güven VS-080
KARTAL, İbrahim Güven PS-012
KASAP, Yusuf SS-116, VS-096, VS-097, VS-098
KATI, Bülent SS-021, VS-059
KATİ, Bülent SS-059
KAYA, Engin SS-044, SS-045, SS-164, SS-169, SS-170, SS-188, VS-039, VS-069
KAYALI, Yıldız PS-001
KAYALI, Yunus PS-001, SS-029
KAYGISIZ, Onur SS-085, SS-098, VS-040
KAYMAK, Şerafettin VS-080, VS-081
KAYNAR, Mehmet VS-031, VS-089
KAZAN, Hüseyin Özgür SS-075, VS-022, VS-048
KAZAN, Özgür SS-095
KELEŞ, Ibrahim VS-025
KESER, Ferhat SS-063, SS-075, SS-096, VS-091
KESKE, Murat PS-016, SS-122, SS-126, SS-127, SS-128, SS-129
KESKİN, Ercüment SS-001, SS-048
KESKİN, Mehmet Selçuk SS-191
KESKİN, Mehmet Zeynel SS-119, SS-120
KESKİN, Selçuk SS-190
KİBAR, Yusuf SS-019, SS-020, VS-047
KILIÇ, Enes SS-041
KILIÇ, Mert SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
KILIÇ, Özcan VS-031
KILIÇARSLAN, Hakan SS-085, SS-202
KIR, Gözde SS-097
KIRAÇ, Mustafa SS-019, SS-020, VS-047
KİREMİT, Murat Can SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
KİSA, Erdem SS-120
KIZILAY, Fuat SS-064
KIZILKAN, Yunus Emre SS-058
KOÇ, Erdem SS-015, SS-049, VS-082
KOCA, Orhan SS-130, SS-167, SS-168, VS-077
KOÇAK, Taner SS-193, SS-194, SS-195
KOCATÜRK, Hüseyin SS-049
KOKURCAN, Alihan PS-012, PS-013, PS-014, PS-015, VS-081

KOL, Arif SS-055
KÖPRÜ, Burak SS-019, SS-020, SS-187, VS-047
KORDAN, Yakup SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
KOSE, Osman VS-018, VS-020
KÖSE, Ilgaz Çağatay SS-035
KÖSE, Osman SS-046, SS-047, VS-019
KÖSEOĞLU, Ersin SS-123, SS-124, SS-125, VS-075
KÖSEOĞLU, Hikmet VS-083, VS-084
KOZUBAEV, Bakytbek PS-022, PS-023, VS-003, VS-004
KÜÇÜK, Emrah VS-055
KÜÇÜK, Eyüp Veli SS-051
KÜÇÜK, Hatice SS-186
KÜÇÜK, Tarık VS-081
KÜÇÜKDURMAZ, Faruk SS-147
KURAL, Ali Rıza SS-131, SS-190, SS-191, VS-021
KURU, Murat SS-130, VS-077, VS-078, VS-079
KUTSAL, Cemil SS-167, SS-168
MAR, Rodrigo Leon VS-018
MERT, Ahmet SS-008, VS-040
MİÇOOĞULLARI, Uygar VS-013
MÜLDÜR, İhsan Barış SS-060
MURAT, Koza SS-078
MÜSLÜMANOĞLU, Ahmet Yaser SS-041, VS-076
NANE, Ismet SS-192
NANE, İsmet SS-194, SS-195, SS-196
NAZLI, Oktay SS-064
NUHOĞLU, Barış VS-032
ÖBEK, Can SS-131, SS-190, SS-191, VS-021
ODABAŞ, Öner PS-005, PS-006
OGREDEN, Ercan SS-092
ÖĞREDEN, Ercan SS-091, VS-057
OĞUZ, Fatih VS-042
OĞUZ, Ural SS-091, SS-092, VS-057
OKSAY, Taylan VS-007, VS-008
OKTAR, Tayfun SS-194, SS-195, SS-196
ÖLÇÜCÜ, Mahmut Taha PS-007, SS-030, VS-014, VS-053, VS-054
ÖLÇÜCÜOĞLU, Erkan SS-056, SS-057, SS-112, SS-113, SS-116, SS-132, VS-096, VS-097, VS-098
OLTULU, Pembe VS-070
ÖNAL, Cemal Ferhat PS-010, PS-019, SS-026, SS-027
ÖNCEL, Halil Ferat SS-040
ÖNEL, Ali Yusuf SS-169
ONUK, Özkan SS-068, VS-032
ÖNÜR, Imran SS-192
ÖRDEK, Eser VS-059
ORDULU, Reha VS-055
ÖTÜNÇTEMUR, Alper SS-150
ÖZAYAR, Asım VS-013
ÖZBAY, Engin SS-040
ÖZBEK, Rıdvan SS-060
ÖZBİR, Sait SS-073, SS-149, SS-150
OZCAN, Serkan VS-019, VS-020
ÖZCAN, Ayşe Nur SS-122
ÖZCAN, Faruk PS-031, SS-165, SS-166, SS-167, SS-168, SS-192, SS-193, SS-194, SS-195, SS-196
ÖZCAN, Muhammet Fuat SS-122
ÖZCAN, Serkan SS-046, SS-047
OZDEMİR, Harun SS-197
ÖZDEMİR, Enver PS-018, SS-068
ÖZDEMİR, Hakan SS-169
ÖZDEMİR, Harun SS-062, VS-011
ÖZDEMİR, Osman PS-011, PS-027, SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, SS-151, SS-204, VS-051, VS-052
ÖZDEN, Cüneyt SS-160, SS-161, SS-162, SS-163
ÖZENÇ, Görkem PS-012, PS-015
ÖZER, Eymen SS-058
ÖZER, Kutan SS-046
ÖZGÖR, Faruk SS-198, SS-199, VS-010, VS-011, VS-012
ÖZKAN, Arif SS-142
ÖZKAN, Ömer PS-013

ÖZKAPTAN, Orkunt	SS-052
ÖZKAYA, Fatih	PS-002, PS-021, PS-026, VS-003
ÖZKENT, Mehmet Serkan	SS-090
ÖZLER, Serkan	SS-172
ÖZLÜ, Deniz Noyan	SS-080, SS-081
ÖZMAN, Oktay	PS-018, SS-068
ÖZSOY, Çağatay	PS-007, PS-009, SS-030, VS-014, VS-015, VS-053
ÖZSOY, Çağtay	VS-054
ÖZSOY, Emrah	VS-036, VS-037
ÖZTEKİN, Çetin Volkan	SS-160, SS-161, SS-162, SS-163
ÖZTÜRK, Ahmet	SS-088, VS-092, VS-093, VS-094
ÖZTÜRK, Erdem	SS-050, SS-140, SS-141
ÖZTÜRK, Metin Ishak	VS-038
ÖZTÜRK, Metin İshak	VS-036, VS-037
ÖZTÜRK, Sefa Alperen	VS-007
ÖZTÜRK, Ufuk	PS-013
ÖZYUVALI, Ekrem	SS-040
PAŞALI, Şahin	SS-160, SS-161, SS-162, SS-163
PASLANMAZ, Filip	SS-205
PEHLİVANOĞLU, Mehmet	SS-058
PELİT, Eyyup Sabri	SS-059, VS-059
PELİT, Eyyüp Sabri	SS-021
PENBEGÜL, Necmettin	SS-143
PINARBAŞI, Ayşe Seda	SS-077
POLAT, Özkan	PS-002, PS-021, PS-022, PS-023, PS-026, VS-003, VS-004
POLAT, Salih	SS-204
POYRAZ, Necdet	SS-090
RAMAZANOĞLU, Mehmet Akif	SS-186
RESİM, Sefa	SS-147, SS-148
SABUNCU, Kenan	SS-073
SADİOĞLU, Fahri Erkan	SS-060
SAĞIR, Süleyman	SS-175
SAĞNAK, Azmi Levent	VS-080
SAĞNAK, Levent	PS-012, SS-093
SAHAN, Murat	SS-197
ŞAHAN, Ahmet	SS-009, SS-010, SS-028
ŞAHİN, Adnan	SS-114
ŞAHİN, Selçuk	PS-028, PS-029, PS-030, SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, SS-082, SS-135, SS-151, SS-168, SS-203, SS-204, VS-016, VS-017, VS-050, VS-052, VS-060, VS-062, VS-066, VS-067
ŞAHİN, Yusuf	SS-117, SS-205
ŞAHİNKANAT, Tayfun	SS-147
SALAR, Remzi	SS-040
SALMAN, Mehmet Yılmaz	SS-065
ŞAM, Emre	PS-028, PS-029, PS-030, SS-039, SS-080, SS-081, VS-017, VS-050, VS-052, VS-060, VS-061, VS-062, VS-063, VS-064, VS-065, VS-066, VS-067, VS-068, VS-088
SANCAKTAR, Fatih	SS-003
SANDIKÇI, Fatih	PS-012, PS-013, SS-062, SS-093, SS-094, VS-080
SANDİKÇİ, Fatih	VS-081
ŞANLI, Öner	SS-165, SS-166, SS-167, SS-168, SS-194, SS-195, SS-196
SARAÇ, Kamil	PS-007, SS-030, VS-014, VS-053
SARI, Sercan	SS-062
SARICA, Kemal	SS-018
SARICI, Haşmet	VS-025
SARIKAYA, Kubilay	SS-060
SARIKAYA, Selçuk	SS-164, SS-188
SARILAR, Ömer	SS-198, SS-199, VS-010, VS-011, VS-012
SARİLAR, Omer	SS-197, VS-009
SARIOĞULLARI, Umut	SS-023, SS-058
SAVUN, Metin	SS-197, SS-199, VS-012
SEÇİR, Serpil	VS-010
SEÇKİNER, İlker	SS-175
ŞEFİK, Ertuğrul	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103, VS-058
ŞEKER, Kamil Gökhan	PS-028, PS-029, PS-030, SS-135, VS-016, VS-017, VS-060, VS-066, VS-067, VS-088

SELMİ, Volkan	SS-062
SELVİ, İsmail	SS-077, SS-078, SS-079
SEMERCİ, Bülent	SS-167, SS-168
SEMERCİÖZ, Atilla	SS-041, SS-118
ŞEN, Öznur	VS-010
ŞENDOĞAN, Furkan	SS-063, SS-096, SS-179
ŞENEL, Samet	SS-160, SS-161, SS-162, SS-163
ŞENOCAK, Çağrı	SS-033, SS-034, SS-060
ŞENTÜRK, Aykut Buğra	VS-049
SEVER, Nurten	PS-011
SİCİMLİ, Can	SS-189, VS-039
ŞİMŞEK, Abdülmütalip	SS-080
ŞİMŞEK, Abdulmuttalip	SS-032, SS-203, VS-016, VS-017, VS-052, VS-066, VS-067
ŞİMŞEK, Abdülmuttalip	VS-062
ŞİMŞEK, Abdülmüttalip	SS-082, VS-088
ŞİMŞEK, Berkan	SS-009, SS-010, SS-018, SS-028
SİR, Ender	SS-045
SOBAY, Resul	SS-051
SÖKMEN, Doğukan	SS-031, VS-051, VS-061, VS-063, VS-064, VS-065, VS-068
SOLAKHAN, Mehmet	SS-109
SÖNMEZ, Gökhan	PS-016, SS-066, SS-067, VS-006
SÖNMEZ, Mehmet Giray	SS-040, SS-088, SS-090, VS-092, VS-093, VS-094
SÖNMEZAY, Erkan	SS-074, VS-083, VS-084
SOYDAŞ, Türker	SS-053
SOYTAŞ, Mustafa	PS-028, PS-029, PS-030, SS-082, SS-135, SS-136, SS-137, SS-151, SS-203, SS-204, VS-016, VS-060
SOYUPEK, Sedat	SS-167, SS-168
SUNGUR, Mustafa	VS-023, VS-049
SÜZAN, Serhat	SS-117, SS-205
TAHRA, Ahmet	SS-051
TAKEN, Kerem	PS-024, SS-087, SS-159
TANIDIR, Yılören	SS-010
TARHAN, Fatih	SS-009, SS-018
TARIM, Kayhan	SS-124, VS-075
TAŞ, Selim	PS-007
TAŞÇI, Ali Ihsan	PS-028, VS-050, VS-051, VS-052, VS-060
TAŞÇI, Ali İhsan	PS-011, PS-027, PS-029, PS-030, SS-080, SS-081, SS-082, SS-135, SS-136, SS-151, SS-203, SS-204, VS-016, VS-017, VS-062, VS-066, VS-067, VS-088
TAŞTEMUR, Sedat	SS-114, SS-116, SS-132, VS-097
TEFİK, Tzevat	PS-031, SS-192, SS-193, SS-194, SS-195, SS-196
TEKE, Memik	SS-143
TEMEL, Muhammed Cihan	SS-058
TEMİZ, Mustafa Zafer	SS-138, SS-139, VS-035
TOK, Doğan Sabri	SS-092
TOKAS, Theodoros	SS-044
TOKTAŞ, Mahmut Gökhan	VS-083, VS-084
TOMBUL, Şevket Tolga	SS-066, SS-067, VS-006
TONYALI, Şenol	SS-113, SS-115, SS-132
TOPAKTAŞ, Ramazan	SS-155, SS-156, SS-157, SS-158, VS-036, VS-037
TOPAL, Kutay	VS-025
TOPALOĞLU, Hikmet	SS-093, VS-080, VS-081
TOPALOĞLU, Nahit	VS-024
TOPÇU, Yusuf Kadir	SS-100, SS-103
TOPRAK, Tuncay	SS-185, SS-186
TOPUZ, Bahadır	SS-188
TÜFEK, İlter	SS-131, SS-190, SS-191, VS-021
TUĞCU, Volkan	SS-031, SS-032, SS-080, SS-081, SS-167, VS-051, VS-052, VS-061, VS-063, VS-064, VS-065, VS-068, VS-088
TUĞLU, Devrim	PS-020
TÜKEN, Murat	SS-039, SS-041, VS-038
TUNA, Mustafa Bilal	SS-131, SS-190, SS-191, VS-021
TUNÇ, Lütfi	SS-044, SS-169, SS-170, VS-069
TUNCEL, Altuğ	SS-022, VS-074
TURAN, Levent	SS-086

TURAN, Serdar	SS-194, SS-195
TURAN, Turgay	SS-096, SS-168
TURNA, Burak	SS-167, SS-168
TUYGUN, Can	VS-080
UÇAR, Taha	SS-063, SS-094, SS-179, SS-180
UÇMAK, Harun	VS-094
UĞUR, Ramazan	VS-016, VS-050, VS-062
ÜLKER, Volkan	SS-200
ULUS, Ismail	VS-035
ULUS, İsmail	SS-117, SS-205, VS-076
ÜNLÜ, Mahmud Zahid	SS-088
ÜRKMEZ, Ahmet	SS-158, VS-036, VS-037
UTLU, Adem	PS-022, PS-023
UZUN, Emre	PS-005, SS-113
UZUNDAL, Halil	SS-127, VS-013
VEREP, Samed	SS-165, SS-196
VURUŞKAN, Ediz	SS-054
VURUŞKAN, Hakan	SS-008, SS-084, SS-086, SS-098, SS-173, VS-090
YAGMUR, Ismail	VS-059
YAĞMUR, İsmail	SS-099
YAHŞİ, Sedat	SS-132
YAKUT, Emrah	SS-037
YALÇIN, Serdar	SS-044, SS-164, SS-169, SS-170, SS-188, VS-039, VS-069
YANARAL, Fatih	SS-198, SS-199, VS-010, VS-011, VS-012
YANAŞMA, Zeki Burak	SS-098
YARIMOĞLU, Serkan	SS-100, SS-101, SS-102, SS-103, SS-104, SS-105, SS-106, SS-107
YAVAŞCAOĞLU, Ismet	SS-173
YAVAŞCAOĞLU, İsmet	SS-008, SS-084, SS-086, VS-090
YAVUZALP, Okan	PS-010
YAYLACI, Selçuk	SS-035
YAZICI, Gökhan	PS-018, SS-068, SS-142
YAZICI, Özgür	VS-010, VS-011, VS-012
YAZİCİ, Ozgur	SS-197, VS-009
YENCİLEK, Faruk	SS-130, VS-077, VS-078, VS-079
YENİ, Sezgin	SS-008, SS-085, SS-173
YENİCE, Mustafa Gürkan	SS-082, SS-136, VS-017
YETEMEN, Melih	SS-202
YIKILMAZ, Taha Numan	SS-140
YILDIRIM, Asıf	SS-063, SS-075, SS-093, SS-094, SS-095, SS-096, SS-097, SS-167, SS-168, SS-179, SS-180, VS-022, VS-048, VS-091
YILDIZ, Ahmet	VS-042
YILDIZ, Güner	VS-031
YILDIZ, Hakan	VS-055
YILMAZ, Ali Erdem	SS-175
YILMAZ, Burak	PS-020
YILMAZ, Kayhan	PS-007, SS-030, VS-015, VS-053
YILMAZ, Mehmet	PS-005, PS-006, SS-112, SS-113, SS-114, SS-115, SS-116, SS-132, SS-205, VS-096, VS-097, VS-098
YILMAZ, Muhammet	PS-014
YILMAZ, Ömer	SS-058
YILMAZ, Sercan	SS-164, SS-169, SS-170, VS-069
YILMAZ, Yüksel	SS-046, SS-047, VS-019
YİLMAZ, Mehmet	SS-117, SS-118
YİLMAZ, Yuksel	VS-020
YİTGİN, Yasin	SS-192
YÖRÜBULUT, Mehmet	SS-169
YORULMAZ, Enis Mert	SS-046, SS-047, VS-018, VS-019, VS-020
YÜCEL, Cem	SS-071
YÜCETAŞ, Uğur	SS-074, VS-083, VS-084
YÜRÜK, Emrah	SS-117, SS-138, SS-139
ZENGİN, Abdulkadir	SS-117, SS-205
ZENGİN, Kürşad	VS-025
ZENGİN, Erdem	SS-051
ZOR, Murat	SS-045, SS-164, SS-188, VS-039

13. ULUSAL ENDOÜROLOJİ KONGRESİ

11-14 Nisan 2019 | Antalya

Ela Quality Resort Belek



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

BROS
Congress, Incentive and Events

info@endouroloji2019.org
Esentepe Mah. Sağlam Fikir Sok. No:2 Esen Palas Apt.2/A Blok K:3 D:9 Esentepe / Şişli / İstanbul
Tel.: +90 (212) 296 66 70 / **Fax:** +90 (212) 296 66 71 / www.brosgroup.net

endouroloji endourolojiDer

endouroloji2019.org