2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024

ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTAPÇIĞI

www.ucd2024.org

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Ürolojik Cerrahi Derneği olarak bu yıl **yedincisini** düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremiz, **16–20 Ekim 2024** tarihleri arasında **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Elexus Hotel Convention Center**'da gerçekleştirilecektir. Derneğimizin kurulduğu 2010 yılından bu yana düzenlediğimiz Üroloji alanındaki gelenekselleşmiş buluşmaların devamı niteliğindeki bu kongremizde sizleri aramızda görmekten memnuniyet duyacağız. Derneğimiz, kurulduğu günden itibaren bilimsel ve etik ilkeler ışığında, ürolojik hastalıkların tanı ve tedavisi, yeni araştırmaların desteklenmesi, üroloji asistan eğitiminin standardizasyonu ve meslektaşlarımızın mezuniyet sonrası eğitimlerinin sürekliliği için, bu ilkelerden ödün vermeden sürekli yenilenerek ve büyüyerek yolculuğuna devam etmektedir. Yeni gelişen teknoloji ağırlıklı tedaviler konusunda da benzer ilkeler çerçevesinde kurslar, eğitimler düzenlemekte, bilimsel etkinlikler yürütmektedir.

Bu yıl düzenleyeceğimiz Kongre programını, üroloji ve diğer disiplinlerden, konusunda uzman ulusal ve uluslararası konuşmacıların sunumları, yarı canlı cerrahi kursları ve pratik eğitim kursları ile zenginleştirmekteyiz. Ülkemizin her bir köşesinden gönderilen bilimsel çalışmaların, birbirinden değerli genç meslektaşlarımız tarafından sunulması, ve çok değerli uzmanlar eşliğinde tartışılabilmesi için gerekli olan platformların oluşturulması kongrenin ana amaçlarından birini oluşturmaktadır. Bugüne kadar yapılmış tüm ulusal kongrelerimizde olduğu gibi **7. Ulusal Ürolojik Cerrahi Kongresi**'nin de bilimsel açıdan zengin, yenilikçi, modern ve yüksek bilimsel kalitede bir kongre olacağından hiç kuşkunuz olmasın. Özellikle genç meslektaşlarımızın aklın ve bilimin ışığında ilerlemeleri için, konusunda uzman eğitmenler ile yakın temasta olabileceği ve bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlanabileceği etkin bir kongre olması için çok yoğun bir çalışma içinde olduğumuzu bilmenizi isterim.

Sizleri aramızda görmek ve kongrenin bilimsel başarısının siz katılımcılar sayesinde artacağının bilinci içinde, **'Ürolojinin Kalbinin Attığı Yerde'**, bir bilim şölenine dönüşecek olan **7. Ulusal Ürolojik Cerrahi Kongresi**'nde buluşmak dileğiyle.

En derin sevgi ve saygılarımla,

Dr. Bülent Önal
Ürolojik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

BİLİMSEL KURUL

Bülent Önal	Başkan
Levent Sağnak	2. Başkan
Hayrettin Şahin	Bilimsel Araştırma Faaliyetleri Sorumlusu
Ali Tekin	Dış İlişkiler Sorumlusu
İlteriş Tekin	Sayman
Murat Baykam	Dergi ve Periyodik Yayınlar Sorumlusu
Sedat Öner	Üroloji Okulu ve Eğit. Kom. Bşk.
Mehmet Yariş	Şube ve Üye Sorumlusu
Cenk Yazıcı	Genel Sekreter
Adnan Şimşir	Web Bazlı Eğitim Faaliyetleri Sorumlusu
Tahsin Turunç	İnternet ve Bülten Sorumlusu

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

BİLDİRİLERİ DEĞERLENDİREN HAKEMLERİMİZ

İlker Akarken

Nebil Akdoğan

Hacı Murat Akgül

Serkan Akıncı

Çağrı Akpınar

Cabir Alan

Elif Altınay Kırlı

Cemil Aydın

Dursun Baba

Cem Başataç

Ali Cansu Bozacı

Emre Bülbül

Oğuz Özden Cebeci

Erman Ceyhan

Burak Çıtamak

Sertaç Çimen

Mutlu Değer

Engin Denizhan Demirkıran

Çağrı Doğan

Tünkut Doğanca

İrfan Dönmez

Mesut Berkan Duran

Birgi Erçili

Abdullah Erdoğan

Hüseyin Eren

Fatih Gökalp

Hamza Gültekin

Ahmet Gürbüz

Oğuzhan Kahraman

Önder Kara

Nihat Karakoyunlu

Onur Kaygısız

Naşide Mangır

Şakir Ongün

Ata Özen

Tayyar Alp Özkan

Oktay Özman

Berin Selçuk

Mehmet Fatih Şahin

Çağrı Akın Şekerci

Yusuf Şenoğlu

Fatih Şimşekoğlu

Kerem Teke

*İsimler soyadı alfabetik sıralanmıştır.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024

ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

BİLİMSEL PROGRAM

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON A

18:15-18:55 AÇILIŞ SEREMONİSİ

18:15-18:40 Branş Dernek Başkanları Konuşmaları

Türk Üroonkoloji Derneği Başkanı - *Dr. Cenk Yücel Bilen*

Minimal İnvaziv Üroloji Derneği Başkanı - *Dr. Ömer Demir*

Kontinans Derneği Başkanı - *Dr. İlker Şen*

Türk Çocuk Ürolojisi Derneği Başkanı - *Dr. Berk Burgu*

ÜCD Androloji Çalışma Grubu Başkanı - *Dr. Hasan Deliktaş*

18:40-18:55 Ürolojik Cerrahi Derneği Başkanı - *Dr. Bülent Önal*

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON B

TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ KONUŞMASI

Dr. Cenk Yücel Bilen

13:30-15:40 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Levent Türkeri, Dr. Sümer Baltacı

13:30-14:00 Ürolojik Kanserlerde Aktif İzlem

Prostat - *Dr. Serhat Çetin*

Mesane - *Dr. Hacı Murat Akgül*

Böbrek - *Dr. İlker Akarken*

14:00-14:15 Prostat Kanseri Tanısında MR Füzyon Biyopsi Şart mı?
Dr. Bahadır Şahin

14:15-14:30 Radikal Prostatektomi Sonrası PSA Nüksünde Ne Yapıyorum?
Dr. Serdar Çelik

14:30-14:45 KİOMK İntravezikal Tedavilerde Son Durum
Dr. Deniz Bolat

14:45-15:00 Testis Kitlesi ile Başvuran Hastayı Değerlendirirken Ne Yapıyorum? Neleri Kaçırıyorum?
Dr. İlker Çelen

15:00-15:15 Testis Kanserinde RPLND: Kime? Ne Zaman?
Dr. Oktay Üçer

15:15-15:30 Ürolojik Kanserlerde PET: Kime? Ne Zaman?
Dr. Nihat Karakoyunlu

15:30-15:40 Tartışma

15:40-16:00 KAHVE ARASI

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON B

TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ - MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEĞİ ORTAK TOPLANTISI

16:00-18:10 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Cenk Yücel Bilen, Dr. Ömer Demir

16:00-16:15 Üst Üriner Sistem Üretelyal Karsinom Tedavisinde Minimal İnvaziv Yaklaşımlar
Dr. Volkan İzol
Provakatör: Dr. Güven Aslan

16:15-16:30 Adrenal Kitlelere Minimal İnvaziv Yaklaşımlar
Dr. Bora Özveren
Provakatör: Dr. Süleyman Ataus

16:30-16:45 Laparoskopik Radikal Nefrektomi
Dr. Önder Kara
Provakatör: Dr. Saadettin Eskiçorapçı

16:45-17:00 Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi (Küçük Kitlelerde)
Dr. Tayyar Alp Özkan
Provakatör: Dr. Ender Özden

17:00-17:15 Robotik Parsiyel Nefrektomi (Küçük Kitlelerde)
Dr. İlker Tinay
Provakatör: Dr. Sinan Sözen

17:15-18:00 Komplikasyonlar ve Adli Durumlar
Dr. Evren Süer
Provakatörler: Dr. Haydar Kamil Çam, Dr. Kamil Fehmi Narter

18:00-18:10 Tartışma

18:10-18:15 KAPANIŞ

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON C

MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ KONUŞMASI
Dr. Ömer Demir

13:30-15:40 OTURUM - I
Oturum Başkanları: Dr. İbrahim Atilla Arıdoğan, Dr. Haluk Akpınar

13:30-13:40 Taş Hastalarında Tedavi Sonrası Takip: EAU Taş Paneli Algoritmasının Getirdiği Yenilikler
Dr. Murat Gülşen

13:40-13:50 RIRS'da Vakum Yardımlı Sistemler ve Potansiyel Avantajları
Dr. Volkan Şen

13:50-14:00 RIRS'da Böbreğin Isınması ve Böbrek İçi Basınç Artışının Klinik Önemi
Dr. Yakup Bostancı

14:00-14:10 A, B'den A,B,C'ye: 3. Boyutun Taş Hastalığı Tedavisindeki Yeri
Dr. Yılören Tanıdır

14:10-14:20 BPH'da Gerçek Minimal İnvaziv Yöntemlerin Karşılaştırılması
Dr. Nejdet Karşıyakalı

14:20-14:30 **Çapraz Ateş:** Endoskopik Enükleasyonda Holmium
Dr. Mehmet İlker Gökçe

14:30-14:45 **Çapraz Ateş:** Endoskopik Enükleasyonda Thulium
Dr. Ender Cem Bulut

14:45-14:55 ChatGPT ve Yapay Zeka Teknolojisi
Sn. Özgür Yılmaz

14:55-15:05 3 Boyutlu Modeller ve Ürolojideki Uygulamaları
Dr. Ahmet Güdeloğlu

15:05-15:30 Gerçek Olgular Temelinde Komplikasyonlar
Dr. Barbaros Başeskioğlu

15:30-15:40 Tartışma

15:40-15:45 KAPANIŞ

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON D

KONTİNANS DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ KONUŞMASI

Dr. İlker Şen

13:30-14:40 OTURUM - I

AAM ve Nörojenik DAA Hastasının Yolculuğu: Yenilikler Nelerdir?

Oturum Başkanları: Dr. Adnan Şimşir, Dr. Gökhan Temeltaş

13:30-13:45 İlaçların Rolü
Dr. Burcu Hancı Sevinç

13:45-14:00 Botulinum Toksin A Enjeksiyonları: Ne Zamana Kadar Enjeksiyon Yapmalıyız?
Dr. Kasım Ertaş

14:00-14:15 AAM'de Ne Zaman ve Ne İçin Nöromodülasyon Yaparım?
Dr. Fatih Tarhan

14:15-14:30 Nörojenik DAA'da Nöromodülasyonun Herhangi Bir Rolü Var mı?
Dr. Naşide Mangır

14:30-14:40 Tartışma

14:40-15:30 OTURUM - II

Pelvik Organ Prolapsusu

Oturum Başkanları: Dr. Oktay Demirkesen, Dr. Cüneyd Özkürkçügil

14:40-14:55 Anterior Vajinal Duvar Prolapsusunda Meş Kullanılır mı?
Dr. Fatih Kılınç

14:55-15:10 Apikal Prolapsusta Hangi Yaklaşım? Abdominal / Vajinal
Dr. Alkan Çubuk

15:10-15:25 Apikal Prolapsus Cerrahisi Esnasında Stres Tipi Üriner İnkontinans. Kimlere Cerrahi Yapalım?
Dr. Levent Emir

15:25-15:30 Tartışma

15:30-16:00 KAHVE ARASI

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON D

16:00-17:05 OTURUM - III

Kadın Üretra Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Zafer Aybek, Dr. Mesut Gürdal

16:00-16:15 Kadın Üretral ve Periüretral Anatomi ve Klinik Önemi
Dr. Murat Uçar

16:15-16:30 Kadın Üretra Divertikülleri
Dr. Gürkan Arıkan

16:30-16:45 Kadın Üretral ve Periüretral Hastalıkları
Dr. Aykut Başer

16:45-17:00 Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların AÜSS Üzerine Etkisi
Dr. Murat Yavuz Koparal

17:00-17:05 Tartışma

17:05-18:00 OTURUM - IV

Kadında Stres Tipte İdrar Kaçırma (STİK)

Oturum Başkanları: Dr. Ceyhun Özyurt, Dr. Tarık Yonguç

17:05-17:20 STİK Cerrahisinin Başarısını Öngörmek Mümkün mü?
Dr. Ahmet Özgür Güçtaş

17:20-17:35 Sentetik Meşlere Malzeme Bilimleri Açısından Bakış
Dr. Ersin Köseoğlu

17:35-17:50 STİK Cerrahisinde Meşlerin Güncel Kullanımı ve Geleceği
Dr. Ali Furkan Batur

17:50-18:00 Tartışma

18:00-18:05 KAPANIŞ

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON E

ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:00-13:05 AÇILIŞ KONUŞMASI

Dr. Hasan Deliktaş

13:05-14:15 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Dr. Hasan Deliktaş

13:05-13:20 Erektil Disfonksiyon, EAU-AUA Kılavuz Güncellemeleri
Dr. Umut Gönülalan

13:20-13:35 Günlük PDE5 İnhibitörleri. Kime? Ne Zaman?
Dr. Hakan Anıl

13:35-13:50 PDE5 İnhibitörlerine Yanıtsızlık Durumunda Yapılması Gerekenler
Dr. Mehmet Hamza Gültekin

13:50-14:05 ED Tedavisinden Li-SWT. Hangi Hasta Grubuna? Ne Zaman?
Dr. Gökhan Çeker

14:05-14:15 Tartışma

14:15-15:25 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Şakir Ongün, Dr. Eray Hasırcı

14:15-14:30 Kılavuzlar Eşliğinde Prematür Ejakülasyon Tedavisi
Dr. Önder Çinar

14:30-14:45 Prematür Ejakülasyon Tedavisinde Botox, Transkütanöz Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon ve Selektif Dorsal Sinir Rezeksiyonu
Dr. Abdülmecit Yavuz

14:45-15:00 Gecikmiş Ejakülasyon, Anorgazmi, POİS Güncellemeler
Dr. Mesut Berkan Duran

15:00-15:15 Prematür Ejakülasyonda Cinsel Terapi
Dr. Mustafa Çağlar

15:15-15:25 Tartışma

15:25-15:40 KAHVE ARASI

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON E

15:40-16:50 OTURUM - III

Oturum Başkanları: Dr. Önder Çinar, Dr. Berk Hazır

15:40-15:55 A'dan Z'ye Semen Analizinin Yorumlanması
Dr. Burak Sivaslıoğlu

15:55-16:10 Erkek İnfertilitesi, EAU-AUA Kılavuz Güncellemeleri
Dr. Murat Demir

16:10-16:25 İdiyopatik Erkek İnfertilitesinde Ampirik Tedaviler ve Antioksidanlar
Dr. Burak Elmaağaç

16:25-16:40 Nonobstrüktif Azospermik Erkeklerde MikroTESE Öncesi Medikal Tedavi ve Varikosel Operasyonu Yapılmalı mı?

Çapraz Ateş:

Yapılmalı? - *Dr. Tufan Çiçek*

Yapılmamalı? - *Dr. Tansu Güdelci*

16:40-16:50 Tartışma

16:50-18:00 OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Aykut Başer

16:50-17:05 Kronik Skrotal Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Dr. İyimser Üre

17:05-17:20 Üretral Akıntı Nedenleri ve Tedavisi
Dr. Uğur Akgün

17:20-17:35 Yaşlanan Erkekte Geç Başlayan Hipogonadizmin Tanı ve Tedavisi
Dr. Oğuzhan Kahraman

17:35-17:50 Peyronie Hastalığında Cerrahi Dışı Güncel Tedaviler
Dr. Fesih Ok

17:50-18:00 Tartışma

18:00-18:05 KAPANIŞ

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON F

TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:00-13:05 AÇILIŞ KONUŞMASI

Dr. Berk Burgu

13:05-14:00 OTURUM - I

Hipospadias

Oturum Başkanları: Dr. Berk Burgu, Dr. Ahmet Rüknettin Aslan

13:05-13:20 How Do I Manage Distal Hypospadias Complications?
Dr. Yazan F. Rawashdeh

13:20-13:35 Proksimal Hipospadiasta Cerrahi Seçenekler
Dr. Orhan Ziylan

13:35-13:50 How Do I Manage Secondary Hypospadias and Recurrent Cordee Cases?
Dr. Erik Van Laecke

13:50-14:00 Tartışma

14:00-15:00 OTURUM - II

Adölesan Dönem Patolojileri

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Tekgül, Dr. Şaban Sarıkaya

14:00-14:15 Geç Dönemde Saptanan İnmemiş Testise Yaklaşım
Dr. M. İrfan Dönmez

14:15-14:30 Adölesan Varikoselektomi: Kime? Ne Zaman? Hangi Yöntemle?
Dr. Çağrı Akın Şekerci

14:30-14:45 Adölesanlarda Kriyoprezervasyon: Güncel Durum
Dr. Elif Altınay Kırlı

14:45-15:00 Tartışma

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON F

15:00-15:50 OTURUM - III

15:00-15:45 Yandal Paneli: Nörojen Mesaneye Yaklaşım

Moderatör: Dr. Hasan Serkan Doğan

Panelistler: Dr. Onur Can Özkan, Dr. Kamranbay Gasimov, Dr. Burak Özçift

15:45-15:50 Tartışma

15:50-16:05 KAHVE ARASI

16:05-17:00 OTURUM - IV

Çocuk Ürolojisinde Yenilikler

Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Serhat Gürocak

16:05-16:20 İYE Önlenmesinde Aşı ve İlaç Dışı Moleküller
Dr. İlker Akyol

16:20-16:35 Çocukluk Çağı Taş Hastalığında Destek Tedavileri
Dr. Onur Kaygısız

16:35-16:50 Artificial Intelligence in Pediatric Urology
Dr. Bernhard Haid

16:50-17:00 Tartışma

16 EKİM 2024, ÇARŞAMBA SALON F

17:00-17:50 OTURUM - V

Çocuk Ürolojisinde Az Bilinenler

Oturum Başkanları: Dr. Yüksel Cem Aygün, Dr. Cem Akbal

17:00-17:10 Testiküler Mikrolitiyazis Nasıl Yönetilmeli?
Dr. Mehmet Mesut Pişkin

17:10-17:20 Çocukluk Çağında Akut Üriner Retansiyon Yönetimi
Dr. Ünsal Özkuvancı

17:20-17:30 Pediatrik Priapizme Yaklaşım
Dr. Bilal Çetin

17:30-17:40 Çocukluk Çağı Testis Tümörleri
Dr. Tayfun Oktar

17:40-17:50 Tartışma

17:50-17:55 KAPANIŞ

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON A

08:00-08:10 AÇILIŞ KONUŞMASI

Dr. Bülent Önal

08:10-09:00 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Önal, Dr. Cenk Yücel Bilen

08:10-08:25 **Türk Üroonkoloji Derneği Adına Lecture:** Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Tedavisinde Son 20 Yılda Neler Değişti?
Dr. Sümer Baltacı

08:25-08:35 **AUA Lecture:** Prostate Cancer: Can Ideal Candidate Be Defined for Active Surveillance Today?
Dr. Christian Pavlovich

08:35-08:45 Radikal Prostatektomide PLND: Güncel Durum; MRI, PSMA PET CT Neler Değiştirdi?
Dr. Levent Türkeri

08:45-08:55 Biochemical Recurrence After Prostatectomy: What if Both PSMA PET CT and MRI are Negative?
Dr. Christian Pavlovich

08:55-09:00 Tartışma

09:00-09:50 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Oktay Demirkesen, Dr. Adnan Şimşir

09:00-09:15 **Kontinans Derneği Adına Lecture:** Noktüri
Dr. İlker Şen

Vezikovajinal Fistül Tedavisi

09:15-09:25 Abdominal Yaklaşım
Dr. Eyüp Burak Sancak

09:25-09:35 Vajinal Yaklaşım
Dr. Lokman Irkılata

09:35-09:45 Robot Yardımlı Laparoskopik Yaklaşım
Dr. Ömer Gülpınar

09:45-09:50 Tartışma

09:50-10:10 KAHVE ARASI

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON A

10:10-10:55 OTURUM - III

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Tekgül, Dr. Hasan Serkan Doğan

10:10-10:25 **Türk Çocuk Ürolojisi Derneği Adına Lecture:** Vezikoüreteral Reflüde Bilinmesi Gerekenler
Dr. Berk Burgu

10:25-10:40 The Innovations in The Management of Neurogenic Bladder at Pediatric Patients. From Antenatal Period to Adulthood
Dr. Erik Van Laecke

10:40-10:50 Pediatric Urology Guidelines Up-to-Date and New Sections
Dr. Yazan F. Rawashdeh

10:50-10:55 Tartışma

10:55-11:35 UYDU SEMPOZYUMU

RECORDATI

Prostat Kanserinin Tedavi Yolculuğunda Eligard® Tecrübesi: Sorular ve Çözüm Önerileri

Konuşmacılar: Dr. Can Öbek, Dr. Gökhan Özyiğit, Dr. Nuri Karadurmuş

11:35-12:10 OTURUM - IV

MicroPort®
Koşulsuz Desteğiyle..

Oturum Başkanları: Dr. Ali Rıza Kural, Dr. Hayrettin Şahin

Videolar Eşliğinde Robotik Ürolojik Cerrahiler

11:35-11:41 Robotik Radikal Prostatektomi
Dr. Ömer Burak Argun

11:41-11:48 Robotik Parsiyel Nefrektomi
Dr. Ali Tekin

11:48-11:55 Robotik Pyeloplasti
Dr. Bülent Önal

11:55-12:10 **BPH Lecture:** Should We Abandon TURP in 2024?
Dr. Mattia Sibona

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON A

12:10-12:50 UYDU SEMPOZYUMU

Rigicon® Innovative Urological Solutions

Penil Protezin Dünden Bugüne Yolculuğu

Konuşmacı: Dr. Emre Akkuş

12:50-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:15 OTURUM - V

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Dr. Tahsin Turunç

13:30-13:50 Post Prostatektomi Penil Rehabilitasyon
Dr. Mehmet Bülent Alıcı

13:50-14:10 Tekrarlayan IVF Başarısızlıklarında Sperm Tercih Stratejileri
Dr. Hasan Deliktaş

14:10-14:15 Tartışma - Sorular

14:15-15:00 UYDU SEMPOZYUMU

astellas

Metastatik Hormona Duyarlı Prostat Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşım

Konuşmacılar: Dr. Levent Türkeri, Dr. Yüksel Ürün

15:00-15:20 KAHVE ARASI

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON A

15:20-16:25 ONKOLOJİ - "BEST of AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Ali Tekin, Dr. Hayrettin Şahin

15:20-15:50 **Second Opinion Cases**: GG1 With Sacral Abnormality On Bone Scan and PSMA PET Started On ADT By Dx Urologist; Referred for Treatment of M1b

Moderatör: Dr. Çetin Volkan Öztekin

Panelistler: Dr. Hüseyin Eren, Dr. Hacı Murat Akgül, Dr. Serkan Akan

Crossfire: Controversies in Urology: Ileal Conduit vs Neobladder: 68-Year-Old Man Who Wants a Neobladder But is Unsure About Catheterizing

Moderatör: Dr. Alper Özorak

Panelistler: Dr. Hasan Hüseyin Tavukçu, Dr. Burhan Baylan, Dr. Çağrı Akpınar, Dr. Ata Özen

16:20-16:25 Tartışma

16:25-17:25 ENDOÜROLOJİ - "BEST of AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Namık Yılmaz, Dr. Serhan Çimen

16:25-16:50 **Second Opinion Cases:** Unable to Access Tight Ureter (1) Intramural Ureter and (2) UPJ

Moderatör: Dr. Bora Özveren

Panelistler: Dr. Muhammed Fatih Şimşekoğlu, Dr. Volkan Şen

16:50-16:55 Tartışma

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON A

16:55-17:25 **Panel Discussion:** Post-URS Stents

Moderatörler: Dr. Necmettin Atsü

Can We Avoid Them?
Dr. Mehmet Fatih Şahin

Can We Predict Who Won't Tolerate Them?
Dr. Özgür Ekici

Do Some Stents Fit Some Patients Better Than Others?
Dr. Hakan Çakır

What Can We Do to Mitigate Stent Symptoms?
Dr. Sinan Avcı

17:20-17:25 Tartışma

17:25-17:45 OTURUM - VI

Oturum Başkanları: Dr. Sinan Zeren, Dr. Mehmet İlteriş Tekin

17:25-17:40 Taş Cerrahisinde RIRS. Nereye Kadar Zorlanabilir?
Dr. Haluk Akpınar

17:40-17:45 Tartışma

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON B

15:30-17:05 INTERACTIVE COURSE - I, EUROPEAN SCHOOL of UROLOGY COURSE (ESU)

15:30-15:35 European School of Urology: A Unique Possibility for Urological Education
Dr. Zafer Tandoğdu

15:35-15:40 EAU Guidelines Recommendations on Infections
Dr. Zafer Tandoğdu

15:40-15:55 Comparison of TP vs TRUS: Pros and Cons from a Cancer Detection Standpoint
Dr. Fabio Zattoni

15:55-16:10 Comparison of TP vs TRUS: Pros and Cons from an Infection Standpoint
Dr. Zafer Tandoğdu

16:10-16:20 How to Do a TP and TRUS Biopsy
Dr. Fabio Zattoni

16:20-16:30 Antibiotic Prophylaxis in Both Methods
Dr. Zafer Tandoğdu, Dr. Fabio Zattoni

16:30-17:05 Interactive Case Discussions ESU & Local Faculty

16:30-16:45 How Do We Do TP Biopsies? Challenges and Advantages
Dr. Talha Müezzinoğlu

16:45-17:00 Nightmare Cases in Prostate Biopsies and What Did We Learn? (Oncological Missed Diagnosis and Infective Complications)
Dr. Yunus Emre Genç

17:00-17:05 Concluding Remarks
Dr. Zafer Tandoğdu, Dr. Fabio Zattoni

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - I (SS 1-12)

Oturum Başkanları: Dr. Çağrı Akın Şekerci, Dr. Cemil Aydın

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON C

15:30-17:30 İNTERAKTİF KURS - II, REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU

Üretroplasti

Oturum Başkanları: Dr. Zafer Aybek, Dr. Oktay Demirkesen

15:30-15:40 Üretroplasti Öncesi Değerlendirme ve Hazırlık
Dr. Oğuz Özden Cebeci

15:40-16:00 Adım Adım Anastomotik Üretroplasti
Dr. Mutlu Değer

16:00-16:20 Adım Adım Bukkal Greft Üretroplasti
Dr. Ali Ersin Zümrütbaş

16:20-16:35 Tartışma

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Bülent Alıcı, Dr. Fatih Yalçınkaya

16:35-16:55 Anterior Üretra Darlıkları
Dr. Ozan Bozkurt

16:55-17:15 Posterior Üretra Darlıkları
Dr. Mesut Gürdal

17:15-17:30 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - II (SS 13-24)

Oturum Başkanları: Dr. Hüseyin Eren, Dr. Elif Altınay Kırlı

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON D

15:30-17:40 İNTERAKTİF KURS - III, ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU

Oturum Başkanları: Dr. Sezgin Güvel, Dr. Bahadır Şahin

15:30-15:50 Kök Hücre Tedavilerinin Andrologik Hastalıklardaki Yeri (Erektil Disfonksiyon, Peyronie Hastalığı)
Dr. Şakir Ongün

15:50-16:10 Priapizmli Hastalara Güncel Yaklaşımlar
Dr. Şükrü Kumsar

16:10-16:30 Erektil Disfonksiyon Tedavisi. Nereden Nereye?
Dr. Ömer Onur Çakır

16:30-16:50 Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Yönetiminde Ürolog Neleri Bilmelidir?
Dr. Selcen Bahadır

16:50-17:10 Transgender Cerrahiler ve Bilinmesi Gerekenler
Dr. Ersan Arda

17:10-17:30 Erkekte Genital HPV ve HSV Enfeksiyonları. Ürologların Bilmesi Gerekenler
Dr. Mehmet Vehbi Kayra

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - III (VS 1-12)

Oturum Başkanları: Dr. Volkan Şen, Dr. Mehmet Hamza Gültekin

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON E

15:30-17:40 İNTERAKTİF KURS - IV, ÇOCUK ÜROLOJİSİ (Videolarla)

Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Erim Erdem

Genital Patolojiler

15:30-15:50 Penil Kurvatura Yaklaşım
Dr. Ünsal Özkuvancı

15:50-16:10 Gömük Penis Onarımı
Dr. Fatih Çanaklı

16:10-16:30 Pediatrik Akut Skrotuma Yaklaşım
Dr. Varol Nalçacıoğlu

Obstrüktif Patolojiler

16:30-16:50 Üreterosel Yönetimi
Dr. Orhan Ziylan

16:50-17:10 Obstrüktif Megaüreterde Cerrahi
Dr. Serhat Gürocak

17:10-17:30 PUV: Tanıdan Tedaviye
Dr. Cem Akbal

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - IV (VS 13-24)

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Günlüsoy, Dr. İlker Akarken

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON F

15:30- 16:10 İNTERAKTİF KURS - V, ENDOÜROLOJİ KURSU

Oturum Başkanları: Dr. Çağatay Göğüş, Dr. Adnan Gücük

15:30-15:40 Üriner Sistem Taş Hastalığında Taş Analizinin Önemi ve Kimlere Yapılmalı?
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

15:40-15:50 Üriner Sistem Taş Hastalığında Metabolik Değerlendirme Nasıl Yapılır?
Dr. Ahmet Güdeloğlu

15:50-16:05 Üriner Sistem Taş Hastalığında Medikal Tedavi
Dr. Yakup Bostancı

16:05-16:10 Tartışma

16:20-17:10 İNTERAKTİF KURS - VI, ÜROONKOLOJİ KURSU

16:20-17:10 ÜÜST/ADRENAL

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Altuğ, Dr. Özdal Dillioğlugil

16:20-16:30 Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Konservatif Yaklaşım
Dr. Yakup Kordan

16:30-16:40 Nefroüreterektomi + LND
Dr. Cemil Aydın

16:40-16:50 Adrenal Kitlelerde Endokrin Değerlendirme
Dr. Özlem Çelik

16:50-17:00 Adrenal Kitlelerde Cerrahi
Dr. Ömer Demir

17:00-17:10 Tartışma

17:15-18:00 OLAĞANÜSTÜ GENEL KURUL TOPLANTISI

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - V (SB 1-20)

Oturum Başkanları: Dr. Hüseyin Tarhan, Dr. Cem Başataç

17 EKİM 2024, PERŞEMBE SALON G

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - VI (SB 21-40)

Oturum Başkanları: Dr. Umut Gönülalan, Dr. Mehmet Eflatun Deniz

18 EKİM 2024, CUMA SALON A

08:00-08:55 OTURUM - VII

Oturum Başkanları: Dr. Sedat Öner, Dr. Yakup Kordan

08:00-08:15 **Minimal İnvaziv Üroloji Derneği Adına Lecture:** Limitleri Zorlamak
Dr. Ender Özden

2 cm Böbrek Taşı Cerrahisinde İlk Tercihim;

08:15-08:25 Mini-Perc
Dr. Thomas Knoll

08:25-08:35 PCNL
Dr. Sinan Zeren

08:35-08:45 RIRS
Dr. Barbaros Başeskioğlu

08:45-08:55 Böbrek Taşı Tedavisinde SWL'nin Güncel Yeri
Dr. Mehmet İlteriş Tekin

08:55-09:30 OTURUM - VIII

Oturum Başkanları: Dr. Süleyman Ataus, Dr. Levent Sağnak

08:55-09:05 Sık Tekrarlayan Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanserine Yaklaşım
Dr. Cavit Can

09:05-09:15 İntravezikal Tedavilerin Komplikasyonları ve Yönetimi
Dr. N. Aydın Mungan

09:15-09:25 Mesane Koruyucu Protokoller: Alternatif mi? Hangi Hastaya?
Dr. Fulya Ağaoğlu

09:25-09:30 Tartışma

09:30-09:45 KAHVE ARASI

18 EKİM 2024, CUMA SALON A

09:45-10:25 OTURUM - IX

Aşırı Aktif Mesanenin Oral Medikal Tedavisinde Monoterapiden Kombinasyonlara Yenilikler

Oturum Başkanları: Dr. Ceyhun Özyurt, Dr. Tufan Tarcan

09:45-10:00 Monoterapötikler
Dr. Kürşat Zengin

10:00-10:15 Kombine Tedaviler
Dr. Emrah Coğupligil

10:15-10:25 Tartışma

10:25-11:00 OTURUM - X

Oturum Başkanları: Dr. Şaban Sarıkaya, Dr. Cem Akbal

10:25-10:40 Prenatal Bulgular Nasıl Değerlendirilmeli?
Dr. Berk Burgu

10:40-10:55 Long Term Sexual Functions after Hypospadias Surgery
Dr. Erik Van Laecke

10:55-11:00 Tartışma

11:00-11:30 OTURUM - XI

Oturum Başkanları: Dr. Ferruh Zorlu, Dr. Hakan Özkardeş

11:00-11:15 "Journal of Urological Surgery" Size Ne İfade Ediyor?
Dr. Kamil Fehmi Narter

11:15-11:30 Post Truth Döneminde Kurumları Korumak
Dr. Serdar Tekgül

11:30-12:10 UYDU SEMPOZYUMU

RECORDATI

Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Karma Etkili Ajanların Etki Mekanizması ve Propiverin Doz Seçenekleri

Moderatör: Dr. İlker Şen
Konuşmacı: Dr. Gökhan Temeltaş

18 EKİM 2024, CUMA SALON A

12:10-12:45 OTURUM- XII

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

12:10-12:40 Surgical Treatment Options in Peyronie's Disease
Dr. Asif Muneer

12:40-12:45 Tartışma

12:45-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30- 14:15 OTURUM - XIII

Oturum Başkanları: Dr. Demokan Erol, Dr. Reşit Tokuç

13:30-13:50 Undescended Testis Management: Fertility and Oncological Results
Dr. Yazan F. Rawashdeh

13:50-14:10 Obstrüktif Megaüreterde Endoskopik Tedavinin Yeri Var mı?
Dr. Hasan Serkan Doğan

14:10-14:15 Tartışma

14:15-15:00 UYDU SEMPOZYUMU

Kontinans Destek Ürünleri
Kime? Hangisi? Ne Kadar?
Kanıta Dayalı Tıp Işığında Değerlendirme
Konuşmacılar: Dr. Oktay Demirkesen, Dr. Lokman İrkılata, Dr. Mutlu Değer

15:00-15:20 KAHVE ARASI

18 EKİM 2024, CUMA SALON A

15:20-17:30 ANDROLOJİ ve ONKOLOJİ - "BEST of AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Göktaş, Dr. Mehmet Salih Alar

15:20-15:45 **Panel:** 49 Year-Old Woman With Symptomatic Large-Volume Upper Tract Urothelial Carcinoma

Moderatör: Dr. Yakup Kordan
Panelistler: Dr. Alpaslan Yüksel, Dr. Ömür Memik, Dr. Emre Bülbül

15:45-16:00 **AUA Guideline:** Salvage Treatment at Prostate Cancer
Dr. Barış Kuzgunbay

16:00-16:05 Tartışma

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Bülent Alıcı, Dr. Emre Akkuş

16:05-16:35 **Crossfire:** Controversies in Urology: Testosterone Therapy May Be Reasonably Offered to Men On Active Surveillance
Moderatör: Dr. Enis Rauf Coşkuner
Panelistler: Dr. Yalçın Kızılkan, Dr. Mesut Altan, Dr. Mehmet Hamza Gültekin, Dr. Eray Hasırcı

16:35-17:00 **Crossfire:** Controversies in Urology: Adolescent Varicocele
Moderatör: Dr. Aykut Başer
Panelistler: Dr. Erman Ceyhan, Dr. Fatih Çolak, Dr. Fatih Gökalp, Dr. Sedat Eğriboyun

17:00-17:15 Sexual Dysfunction Key Takeaways
Dr. Çağrı Doğan

17:15-17:25 Infertility/Andrology Take Home Message
Dr. Nebil Akdoğan

17:25-17:30 Tartışma

18 EKİM 2024, CUMA SALON A

17:30-18:00 OTURUM- XIV

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Talha Müezzinoğlu

17:30-17:40 Küçük Böbrek Tümörleri
Dr. Cenk Yücel Bilen

17:40-17:55 **Panel:** İleri Evre Böbrek Tümörü: Sitoredüktif Cerrahi, Neoadjuvan
Moderatör: Dr. Bülent Akdoğan
Panelistler: Dr. Özgür Yaycıoğlu, Dr. Ali Arıcan

17:55-18:00 Tartışma

18 EKİM 2024, CUMA SALON B

07:00-07:55 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Ali Ferruh Akay, Dr. İlke Onur Kazaz

07:00-07:15 Multiparametrik Prostat MR; Nasıl Değerlendiriyorum?
Dr. Banu Alıcıoğlu

07:15-07:30 Transrektal Füzyon Biyopsiyi Nasıl Yapıyorum?
Dr. Talha Müezzinoğlu

07:30-07:45 Transperineal Füzyon Biyopsiyi Nasıl Yapıyorum?
Dr. Özgür Çakmak

07:45-07:55 Tartışma

HEMŞİRELİK OTURUMU

09:15-10:20 OTURUM - I

canped
Koşulsuz Desteğiyle..

Ürolojide Kanıta Dayalı Hasta Bakım Uygulamaları

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Önal, Dr. Gizem Açıkgöz

09:15-09:45 Ürolojide ERAS Protokolü Uygulamaları
Dr. Nuray Akyüz

09:45-10:15 Majör Üroonkoloji Hastasının Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar
Dr. Pınar Ongün

10:15-10:20 Tartışma

10:20-10:40 KAHVE ARASI

18 EKİM 2024, CUMA SALON B

10:40-11:30 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Fatma Vural, Hemşire Samet Kuntay

10:40-10:55 Çocuk Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı
Hemşire Gözde Sezer

10:55-11:10 Üriner Kateteri Olan Hastanın Bakımı ve Eğitimi
Hemşire Nurşen Acar

11:10-11:25 Ürostomi Bakımı ve Hasta Eğitimi
Hemşire Seda Bedriye Ulusoy

11:25-11:30 Tartışma

11:30-11:40 KAHVE ARASI

11:40-12:30 OTURUM - III

Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahide Hemşirelik Yaklaşımları

Oturum Başkanları: Dr.Nuray Akyüz, Hemşire Önder Kılıç

11:40-11:55 Minimal İnvaziv Ürolojik Ameliyatlardan Önce Hasta Bakımı ve Hazırlığı
Hemşire Mehmet Uslu

11:55-12:10 Minimal İnvaziv Ürolojik Ameliyatlarda Hemşirenin Rolü
Hemşire Filiz Şabahat

12:10-12:25 Minimal İnvaziv Ürolojik Ameliyatlardan Sonra Hasta Bakımı
Hemşire Sevil Kaya

12:25-12:30 Tartışma

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

18 EKİM 2024, CUMA SALON B

13:30-14:55 OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Dr. Pınar Ongün, Uzman Hemşire Nilüfer Çetin

13:30-13:45 Çocuk Hastalarda Augmentasyon Cerrahisi Öncesi Hazırlık ve Ameliyat Sonrası Bakım
Hemşire İmran Akkaynak

13:45-14:00 Kadın İnkontinans Hastasının Ameliyat Öncesi Hazırlığı ve Ameliyat Sonrası Bakım
Hemşire Hilal Koç

14:00-14:15 Üroloji Hemşireliğinde Teknoloji ve Dijital Sağlık
Dr. Şeyma Yurtseven

14:15-14:30 Ürolojide Radyasyon Güvenliği
Hemşire Demet Deniz

14:30-14:45 Üroloji Ameliyathanesi Sorumlu Hemşiresi Olmak
Hemşire Nuray Kızılkaya

14:45-14:50 Tartışma

14:50-14:55 KAPANIŞ

18 EKİM 2024, CUMA SALON B

İNTERAKTİF KURS - VII, ÜROONKOLOJİ

15:30-17:40 PROSTAT KANSERİ

Oturum Başkanları: Dr. Levent Türkeri, Dr. Ali Tekin

15:30-16:10 **Lokalize (Düşük ve Orta Riskli)**
Moderatör: Dr. Bülent Akdoğan
Panelistler: Dr. Fazilet Dinçbaş, Dr. Mustafa Bilal Tuna, Dr. Oğuz Özden Cebeci, Dr. Levent Kabasakal

16:10-16:50 **Yüksek Riskli**
Moderatör: Dr. Can Öbek
Panelistler: Dr. Önder Kara, Dr. Nihat Karakoyunlu, Dr. Fulya Ağaoğlu, Dr. Meltem Çağlar

16:50-17:30 **Metastatik**
Moderatör: Dr. Levent Türkeri
Panelistler: Dr. Haydar Kamil Çam, Dr. Ali Arıcan, Dr. Serdar Özkök, Dr. Levent Kabasakal

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - VII (SS 25-36)

Oturum Başkanları: Dr. Murat Koşan, Dr. Çağrı Doğan

18 EKİM 2024, CUMA SALON C

07:00-07:40 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Feridün Şengör, Dr. Ömer Demir

07:00-07:15 Cerrahi - 1 (Lazer Enükleasyon (Ho-LEP/Tu-LEP)
Dr. Yılören Tanıdır

07:15-07:30 Cerrahi - 2 (Bipo-LEP)
Dr. Cenk Acar

07:30-07:40 Tartışma

15:30-17:30 İNTERAKTİF KURS - VIII, GENEL ÜROLOJİ

15:30-17:30 ÜROLOJİDE YAPAY ZEKA VE ChatGPT

Oturum Başkanları: Dr. N. Aydın Mungan, Dr. Levent Sağnak

15:30-15:50 AI ve Üroonkoloji
Dr. N. Aydın Mungan

15:50-16:00 AI ve Sınavlarda Ölçme Değerlendirme
Dr. Serdar Tekgül

16:00-16:20 AI Kullanılarak Yapılmış Bilimsel Çalışmalar
Dr. Çağrı Akın Şekerci

16:20-16:40 Sağlık Alanında Pratik ChatGPT Kullanımı
ChatGPT

16:40-17:00 Yapay Zeka Algoritmaları Nasıl Yazılıyor?
Dr. Özgür Yılmaz

17:00-17:20 Yapay Zeka Modelleri Oluşturularak Bilimsel Araştırma Projeleri Nasıl Yazılır?
Dr. İsmail Önder Yılmaz

17:20-17:30 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - VIII (SS 37-48)

Oturum Başkanları: Dr. Sertaç Çimen, Dr. Yusuf Şenoğlu

18 EKİM 2024, CUMA SALON D

07:00-07:55 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Aydın Yenilmez, Dr. Ayhan Karabulut

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Orta Üretra Askı Cerrahisi
Dr. Kürşad Zengin

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Botilinum Toksin Enjeksiyonu
Dr. Eda Tokat

07:30-07:45 Cerrahi - 3 Kadın Üretroplasti
Dr. Ali Ersin Zümrütbaş

07:45-07:55 Tartışma

15:30-17:20 İNTERAKTİF KURS - IX, ENDOÜROLOJİ

15:30-17:20 ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIKLARI TEDAVİSİ

medikasis
Koşulsuz Desteğiyle..

15:30-16:20 RIRS

Oturum Başkanları: Dr. Bora Küpeli, Dr. Tarık Emre Şener

15:30-15:40 RIRS'da Donanım ve Kullanılan Ekipmanlar
Dr. Cem Başataç

15:40-15:50 RIRS'da Radyasyon ve Korunma Yöntemleri
Dr. Oktay Özman

15:50-16:00 RIRS Tekniği, "Tips and Tricks"
Dr. Bora Küpeli

16:00-16:10 RIRS Komplikasyonları ve Nasıl Kaçınırım?
Dr. İlker Akarken

16:10-16:20 Tartışma

16:20-16:30 KAHVE ARASI

18 EKİM 2024, CUMA SALON D

16:30-17:20 PCNL

Oturum Başkanları: Dr. Sedat Öner, Dr. Yakup Bostancı

16:30-16:40 PCNL'de Donanım ve Kullanılan Ekipmanlar
Dr. Musa Ekici

16:40-16:50 PCNL'de Akses Yöntemleri
Dr. Volkan Şen

16:50-17:00 PCNL Tekniği: "Tips and Tricks"
Dr. İbrahim Atilla Arıdoğan

17:00-17:10 PCNL Komplikasyonları ve Nasıl Kaçınırım?
Dr. Volkan Çağlayan

17:10-17:20 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - IX (VS 25-36)

Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Nevzat Can Şener

18 EKİM 2024, CUMA SALON E

07:00-07:40 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Önder Kayıgil, Dr. Abdülmecit Yavuz

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Penis Uzatma Cerrahileri
Dr. Necati Arici

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Penis Kalınlaştırma Cerrahileri
Dr. Özer Ural Çakıcı

07:30-07:40 Tartışma

15:30-16:10 İNTERAKTİF KURS - X, İŞLEVSEL ÜROLOJİ

15:30-16:10 ÜRODİNAMİK ÇALIŞMALAR

Oturum Başkanları: Dr. Tufan Tarcan, Dr. Gökhan Temeltaş

15:30-15:40 Üroflowmetri
Dr. Ersin Köseoğlu

15:40-15:50 Dolum Sistometrisi
Dr. Ali Furkan Batur

15:50-16:00 Pressure-Flow Studies
Dr. Salvador Arlandis

16:00-16:10 Tartışma

16:30-17:20 İNTERAKTİF KURS - XI, ANDROLOJİ

16:30-17:20 PENİL REKONSTRÜKSİYON

Oturum Başkanları: Dr. Tahsin Turunç, Dr. Melih Beysel

16:30-16:50 Penis Uzatma ve Kalınlaştırma Cerrahileri: Artıları ve Eksileri
Dr. Özer Ural Çakıcı

16:50-17:10 Prematür Ejakülasyon Tedavisinde Penis Başı Dolgusu: Artıları ve Eksileri
Dr. Murat Gül

17:10-17:20 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - X (VS 37-48)

Oturum Başkanları: Dr. Oktay Özman, Dr. Mutlu Değer

18 EKİM 2024, CUMA SALON F

07:00-07:55 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Rasin Özyavuz, Dr. Tayfun Oktar

07:00-07:10 Cerrahi - 1 Skrotal Orşiopeksi
Dr. M. İrfan Dönmez

07:10-07:25 Cerrahi - 2 İnguinal Orşiopeksi
Dr. Hasan Cem Irkılata

07:25-07:45 Surgery - 3 Laparoscopic Orchiopexy
Dr. Yazan F. Rawashdeh

07:45-07:55 Tartışma

15:30-16:20 İNTERAKTİF KURS - XII, ÇOCUK ÜROLOJİSİ

15:30-16:20 VEZİKO-ÜRETERAL REFLÜ

Oturum Başkanları: Dr. Mustafa Özgür Tan, Dr. Hasan Cem Irkılata

15:30-15:45 İdrar Yolu Enfeksiyonu Olan Çocuk Hastaya Yaklaşım
Dr. Hüseyin Tarhan

15:45-16:00 VUR-AÜSS İlişkisi Ne Kadar Önemli?
Dr. Aykut Akıncı

16:00-16:10 VUR'da Erişkin Dönemde Ne Oluyor? Gebelik ve İYE Perspektifinden Bakış
Dr. Bilal Çetin

16:10-16:20 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XI (SB 41-60)

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Oğuz Özden Cebeci

18 EKİM 2024, CUMA — SALON G

07:00-07:40 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Ömer Gülpınar

07:00-07:15 Bukkal Greft ile Üretroplasti
Dr. Serdar Geyik

07:15-07:30 Fournier Gangren Cerrahisi
Dr. Yunus Emre Göğer

07:30-07:40 Tartışma

15:30-16:00 Robotik Cerrahide Güncel Teknolojiler

Sn. Zeki Olca

Medtronic
Koşulsuz Desteğiyle..

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XII (SB 61-80)

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Üyetürk, Dr. Mehmet Fatih Şahin

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON A

08:00-08:50 OTURUM - XV

Prostatektomi Sonrası Gelişen Mesane Boynu Darlığına Yaklaşım

Oturum Başkanları: Dr. Bedreddin Seçkin, Dr. Adnan Şimşir

08:00-08:20 BPH Cerrahisi Sonrası
Dr. Alkan Çubuk

08:20-08:40 After Radical Prostatectomy
Dr. Salvador Arlandis

08:40-08:50 Tartışma

08:50-09:25 OTURUM - XVI

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Soyupak, Dr. Mehmet Yariş

08:50-09:00 100 gram Prostat Cerrahisinde Tercihim TURP Çünkü;
Dr. Selçuk Keskin

09:00-09:10 For the Treatment of 100 Gram BPH Treatment; My Preference is HoLEP
Dr. Thomas Knoll

09:10-09:20 100 gram BPH Cerrahisinde Tercihim TuLEP Çünkü;
Dr. Yılören Tanıdır

09:20-09:25 Tartışma

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON A

09:25-10:25 GENÇ AKADEMİSYENLER SUNUMU - "ERKEN KAYBETTİKLERİMİZ ANISINA"

Oturum Başkanları: Dr. İbrahim Cüreklibatır, Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Yavuz Akman

09:25-09:31 Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Retrograd İntrarenal Cerrahi Avantajları ve Dezavantajları Nelerdir?
Dr. Hakan Şığva

09:31-09:37 Lazer Enükleasyon Cerrahisi: Enerji Kaynakları, Teknikler ve Enstrümantasyon
Dr. Eralp Kubilay

09:37-09:43 Laboratuvar ve Hayvan Deneylerinin Ötesinde: In Silico Bir Devrim mi?
Dr. Tunahan Ateş

09:43-09:49 Kavernöz Sinir Haritalama Teknikleri
Dr. Selman Ünal

09:49-09:55 Kronik Üriner Retansiyonlu Hastalarda Sakral Nöromodülasyon Etkili Bir Tedavi midir? Ülkemizde Yaygınlaşması Bekleniyor mu?
Dr. İbrahim Halil Şükür

09:55-10:01 Ürologlar için Yurt Dışı Staj Fırsatları, Burs İmkanları, Nasıl Kabul Alırım?
Dr. İbrahim Halil Baloğlu

10:01-10:07 Ürolojik Cerrahinin Geleceği: Ürologlar Tarafından Yapay Zeka Yardımlı & Ürologların Denetiminde Robotik & Otonom Robotik?
Dr. İsmail Önder Yılmaz

10:07-10:13 Genç Hastalar İçin Ürolojik Yolculuk: Pediatrik Ürolojiden Erişkin Ürolojiye Geçiş
Dr. Aykut Akıncı

10:13-10:19 Klinik Anlamlı Prostat Kanseri Tanısında Belirsiz Bir Öneri Sunan PI-RADS 3 "Gri Zon" Lezyonlarda Biyopsi Kararı, Stratejimiz Ne Olmalı?
Dr. Çağrı Akpınar

10:19-10:45 KAHVE ARASI

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON A

10:45-11:25 OTURUM - XVII

Oturum Başkanı: Dr. Tahsin Turunç

10:45-11:15 Polikistik Böbrek Hastalığı ve Güncel Tedavi Yaklaşımları
Dr. Tevfik Ecder

11:15-11:25 Tartışma

11:25-12:05 UYDU SEMPOZYUMU

Boston Scientific — Advancing science for life™ | ERDOĞU

Doğru Stent Kullanımı ve Stentlerde Kabuklaşma
Moderatör: Dr. Mehmet İlteriş Tekin
Konuşmacı: Dr. Cenk Murat Yazıcı

12:05-12:30 OTURUM - XVIII

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Erözenci, Dr. Hakan Vuruşkan

12:05-12:15 **EAU Lecture:** Stage II Seminoma Treatment
Dr. Peter Albers

12:15-12:25 **EAU Lecture:** Testis Tumor Surveliance According to Tumor Stage
Dr. Peter Albers

12:25-12:30 Tartışma

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:15 OTURUM - XIX

Oturum Başkanları: Dr. Hamdi Özkara, Dr. Mehmet Murat Baykam

13:30-13:50 Penil Prosthesis Implantation: Which Implant for Which Patient?
Dr. Koenraad van Renterghem

13:50-14:10 How to Set up a Penile Implant Centre?
Dr. Koenraad van Renterghem

14:10-14:15 Tartışma

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON A

14:15-15:00 UYDU SEMPOZYUMU

Üretra Darlığında Optilume Tedavisi

Konuşmacılar: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Feras Al Jaafari

15:00-15:20 KAHVE ARASI

15:20-16:25 İŞLEVSEL ÜROLOJİ - "BEST of AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Cüneyd Özkürkçügil, Dr. Sinharib Çitgez

15:20-15:40 **Panel:** İnterstisyel Sistit

Panel Discussion: Interstitial Cystitis/Systemic Therapy for Painful Bladder Syndrome: Which Patient and Which Therapy?
Moderatör: Dr. Abdullah Gedik
Panelistler: Dr. Kasım Emre Ergün, Dr. İbrahim Erkut Avcı, Dr. Burcu Hancı Sevinç

15:40-15:55 Overactive Bladder Clinical Guidelines
Panelistler: Dr. Ahmet Gürbüz, Dr. Serdar Geyik

15:55-16:20 **Crossfire:** Controversies in Urology: MUS vs. Bulking in a 55-year-old Woman SUI
Moderatör: Dr. Lokman İrkılata
Panelistler: Dr. Tarık Yonguç, Dr. Berin Selçuk, Dr. Mete Özkıdık, Dr. Eda Tokat

16:20-16:25 Tartışma

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON A

16:25-17:30 GENEL ÜROLOJİ - "BEST of AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Murat Baykam, Dr. Mehmet Yariş

16:25-16:50 **Panel Discussion:** Management of High-Grade Renal Trauma
Moderatör: Dr. Mustafa Karalar
Panelistler: Dr. Reha Girgin, Dr. Sertaç Çimen, Dr. Birgi Ercili

16:50-17:25 **Second Opinion Cases:** 57 Year-old Man s/p Radiation Therapy for Prostate Cancer with Radiation-Induced Severe Posterior Urethral Stenosis
Moderatör: Dr. Ozan Bozkurt
Panelistler: Dr. Hilmi Sarı, Dr. Erdem Kısa, Dr. Türker Soydaş

17:25-17:30 Tartışma

17:30-18:05 OTURUM - XX

Oturum Başkanları: Dr. Veli Yalçın, Dr. Cenk Murat Yazıcı

Endoürolojik Cerrahilerde Komplikasyonlardan Nasıl Korunurum?

17:30-17:40 PCNL
Dr. Mehmet İlker Gökçe

17:40-17:50 RIRS
Dr. Ahmet Güdeloğlu

17:50-18:00 Laser Enucleation
Dr. Fernando Gomez Sancha

18:00-18:05 Tartışma

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON B

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

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

07:00-07:10 Açık Sistektomiyi Nasıl Yapıyorum?
Dr. Güven Aslan

07:10-07:20 Robotik Sistektomiyi Nasıl Yapıyorum?
Dr. Ömer Burak Argun

07:20-07:30 Diversiyon Seçimi
Dr. İlker Tinay

07:30-07:45 Tartışma

15:30-17:40 İNTERAKTİF KURS - XIII, ÜROONKOLOJİ

15:30-17:40 MESANE KANSERİ

Oturum Başkanları: Dr. Yaşar Bedük, Dr. Hakan Özkardeş

15:30-16:15 Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri
Moderatör: Dr. Can Öbek
Panelistler: Dr. Deniz Bolat, Dr. Emre Karabay, Dr. İbrahim Güven Kartal

16:15-17:00 Kasa İnvaze Mesane Kanseri
Moderatör: Dr. N. Aydın Mungan
Panelistler: Dr. Sezgin Güvel, Dr. Ali Arıcan, Dr. Serdar Özkök

17:00-17:30 Metastatik Mesane Kanseri
Moderatör: Dr. Mustafa Özgüroğlu
Panelistler: Dr. Cavit Can, Dr. Oktay Üçer, Dr. Ali Arıcan

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIII (VS 49-60)

Oturum Başkanları: Dr. Metin Onaran, Dr. Fatih Gökalp

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON C

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. İbrahim Atilla Arıdoğan, Dr. Ali Güneş

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Staghorn Taş Tedavisinde Çoklu Akses PCNL
Dr. Sedat Öner

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Staghorn Taş Tedavisinde ECIRS
Dr. Tarık Emre Şener

07:30-07:45 Tartışma

15:30-17:20 İNTERAKTİF KURS - XIV, ENDOÜROLOJİ

15:30-16:20 Prostat Lazer Enükleasyonu

Oturum Başkanları: Dr. Haluk Akpınar, Dr. Volkan İzol

15:30-15:40 Prostat Laser Enükleasyonunda Donanım ve Kullanılan Ekipmanlar
Dr. Enis Kervancıoğlu

15:40-15:50 Prostat Laser Enükleasyonunda Enerji Kaynakları ve Farkları
Dr. Mehmet Necmettin Mercimek

15:50-16:00 Prostat Laser Enükleasyon Tekniği: "Tips and Tricks"
Dr. Yunus Emre Göğer

16:00-16:10 Prostat Laser Enükleasyonunda Komplikasyonlar ve Nasıl Kaçınırım?
Dr. Mehmet İlker Gökçe

16:10-16:20 Tartışma

16:20-16:30 KAHVE ARASI

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON C

16:30-17:20 Temel Laparoskopi

Oturum Başkanları: Dr. Ali Ulvi Önder, Dr. Yıldırım Bayazıt

16:30-16:40 Laparoskopinin Temel Prensipleri
Dr. İlke Onur Kazaz

16:40-16:50 Laparoskopik Ekipman ve Trokar Yerleşimi
Dr. Hüseyin Eren

16:50-17:00 Ürolojide Laparoskopi Endikasyonları
Dr. Nebil Akdoğan

17:00-17:10 Laparoskopik Komplikasyonların Yönetimi
Dr. Mustafa Bilal Tuna

17:10-17:20 Tartışma

18:00-19:15 BİLDİRİ OTURUMU - XIV (VS 61-75)

Oturum Başkanları: Dr. Metin Hasçiçek, Dr. Muhammed Fatih Şimşekoğlu

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON D

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Abdullah Gedik, Dr. Şahin Kabay

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Erkek Sling
Dr. Ömer Gülpınar

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Sfinkter Cerrahisi
Dr. Murat Yavuz Koparal

07:30-07:45 Tartışma

15:30-17:40 İNTERAKTİF KURS - XV, ÇOCUK ÜROLOJİSİ

Oturum Başkanları: Dr. Şaban Sarıkaya, Dr. Mustafa Özgür Tan

Komplikasyonlar ve Yönetimi

15:30-15:50 Laparoskopik/Robotik Cerrahiler
Dr. Bülent Önal

15:50-16:10 Endoskopik Taş Cerrahisi
PNL - *Dr. Mehmet Mesut Pişkin*
RIRS - *Dr. Onur Kaygısız*

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON D

Pediatrik Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu

16:10-16:20 Kabızlık Yönetimi
Dr. Elif Altınay Kırlı

16:20-16:40 Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu
Dr. Çağrı Akın Şekerci

16:40-17:00 Augmentasyon Sistoplasti & Mitrofanoff
Dr. Ali Cansu Bozacı

17:00-17:20 Zorlu/Atipik Üriner İnkontinansa Yaklaşım
Dr. Berk Burgu

17:20-17:30 Dirençli Enürezise Yaklaşım
Dr. Kamranbay Gasimov

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XV (SB 81-100)

Oturum Başkanları: Dr. Cabir Alan, Dr. Yalçın Kızılkan

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON E

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Önder Kayıgil, Dr. Çağrı Doğan

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Yeni Başlayanlar için Adım Adım Penil Protez Cerrahisi
Dr. Murat Gül

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Peyronie Cerrahisi
Dr. Alkan Çubuk

07:30-07:45 Tartışma

15:30-17:40 İNTERAKTİF KURS - XVI, ANDROLOJİ

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Murat Gül

15:30-15:50 Varikosel ve Güncel Tedavi Metodları
Dr. Abdullah Çırakoğlu

15:50-16:10 Varikoselektomi Sonrası Gelişen Sorunlar (Nüks, Hidrosel, Ağrı, Sperm Paramartelerinde Bozulma, Atrofi) ve Çözümleri
Dr. Erman Ceyhan

16:10-16:30 Yurt Dışında Klinik Eğitim ve Androloji
Dr. Ömer Onur Çakır

16:30-16:50 Nonobstrüktif Azospermik Hastalardaki MikroTESE Başarısızlığında Re-TESE. Kime? Ne Zaman? Artıları? Eksileri?
Dr. Tufan Çiçek, Dr. Tansu Güdelci

16:50-17:30 Sperm Counts in Decline: Evidence Implicating Lifestyle and Environmental Triggers
Dr. Ashok Agarwal

17:30-17:40 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XVI (SB 101-120)

Oturum Başkanları: Dr. Süleyman Bulut, Dr. Burak Çıtamak

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON F

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Hasan Serkan Doğan, Dr. Elif Altınay Kırlı

07:00-07:15 Cerrahi - 1 Distal Hipospadias (TIP, GAP)
Dr. Tayfun Oktar

07:15-07:30 Cerrahi - 2 Distal Hipospadias (MAGPI, Matthieu)
Dr. Ahmet Rüknettin Aslan

07:30-07:45 Tartışma

15:30-16:20 İNTERAKTİF KURS - XVII, TRANSPLANTASYON

Oturum Başkanları: Dr. Murat Demirbaş, Dr. Yarkın Kamil Yakupoğlu

15:30-15:40 Donör Nefrektomide Minimal İnvaziv Cerrahi Teknikler
Dr. Necmi Bayraktar

15:40-15:50 Renal Transplantasyonda Damar Rekonstrüksiyonları
Dr. Serkan Akıncı

15:50-16:00 Robotik Renal Transplantasyon
Dr. Ali Cansu Bozacı

16:00:16:10 Renal Transplantasyonda Ürolojik Komplikasyonlar
Dr. Cabir Alan

16:10-16:20 Tartışma

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON F

16:30-17:10 İNTERAKTİF KURS - XVIII, İŞLEVSEL ÜROLOJİ

Stres Tip İdrar Kaçırma

Oturum Başkanları: Dr. Levent Emir, Dr. Adnan Şimşir

16:30-16:40 Cerrahi Dışı Seçenekler
Dr. Muhammed Yaytokgil

16:40-16:50 Mid Urethral Slings
Dr. Salvador Arlandis

16:50-17:00 Otolog Greftler
Dr. Naşide Mangır

17:00-17:10 Tartışma

18:00-19:00 BİLDİRİ OTURUMU - XVII (SB 121-140)

Oturum Başkanları: Dr. Volkan Çağlayan, Dr. Serdar Kalemci

19 EKİM 2024, CUMARTESİ SALON G

07:00-07:45 UZMANIYLA BULUŞMA: NASIL YAPIYORUM?

Oturum Başkanları: Dr. Sezgin Güvel, Dr. Mutlu Değer

07:00-07:15 Üreter Darlıklarında Rekonstrüksiyon
Dr. Fatih Gökalp

07:15-07:30 Penil Fraktür Cerrahisi
Dr. Hilmi Sarı

07:30-07:45 Tartışma

15:30-16:10 İNTERAKTİF KURS - XIX, AKADEMİK KARİYERE ADIM

Oturum Başkanı: Dr. Kamil Fehmi Narter

15:30-15:40 İyi Hakemlik Süreçleri
Dr. Onur Kaygısız

15:40-15:50 İyi Yazarlık Süreçleri
Dr. Ali Furkan Batur

15:50-16:00 İyi Editörlük Süreçleri
Dr. Hüseyin Tarhan

16:00-16:10 Tartışma

18:00-19:03 BİLDİRİ OTURUMU - XVIII (SB 141-161)

Oturum Başkanları: Dr. Şükrü Kumsar, Dr. Musa Ekici

20 EKİM 2024, PAZAR SALON A

08:00-09:25 OTURUM - XXI

Eve Dönüş Mesajları

Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Ali Tekin

08:00-08:30 Akılcı İlaç Sunumu
Dr. Uğur Aferin

08:30-08:45 Çocuk Ürolojisi: VUR, Pyeloplasti
Dr. Serkan Özkent

08:45-08:55 Çocuk Ürolojisi: Laparoskopi, Robot, Endoüroloji
Dr. Ege Sarıkaya

08:55-09:05 Minimal İnvaziv: Taş
Dr. Hüseyin Koçan

09:05-09:15 Minimal İnvaziv: Laparoskopi, Robot
Dr. Abdullah Akkurt

09:15-09:25 BPH
Dr. Burak Çıtamak

09:25-09:35 KAHVE ARASI

20 EKİM 2024, PAZAR SALON A

09:35-11:30 OTURUM - XXII

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Önal, Dr. Cenk Murat Yazıcı

09:35-09:45 Prostat Kanseri
Dr. Tünkut Doğanca

09:45-09:55 Böbrek Kanseri
Dr. Yusuf Şenoğlu

09:55-10:05 Mesane Kanseri
Dr. Müslüm Doğan Değer

10:05-10:15 Testis, Adrenal Tümörleri
Dr. Mehmet Özen

10:15-10:30 Cinsel Disfonksiyon
Dr. Ömer Yıldırım

10:30-10:45 İnfertilite
Dr. Nart Görgü

10:45-11:05 İdrar Kaçırma ve Prolapsus
Dr. Mete Özkıdık

11:05-11:15 Rekonstrüktif Üroloji
Dr. Kasım Emre Ergün

11:15-11:25 Genel Üroloji
Dr. Çağrı Akpınar

11:25-11:30 Kapanış

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024
ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

SÖZLÜ SUNUMLAR

SÖZLÜ SUNUMLAR (SS-1 / SS-48)

SS-1) MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNA TEDAVİSİNİN BAŞARISININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE YENİ BİR ARAÇ: NOKTURNAL ENÜREZİS SEMPTOM SKORU (NESS)

ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) YUNUS EMRE GENÇ(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) FARUK ARSLAN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) RAZİYE ERGÜN(2) SELÇUK YÜCEL(1) TUFAN TARCAN(1) KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Çocuk ürolojisi pratiğinde sık karşılaşılan problemlerden biri olan monosemptomatik enürezis nokturna (MEN) tanısı dikkatli ve detaylı bir sorgulama ile koyulmaktadır. International Children Continence Society (ICCS) tedavi başarısının, semptomların azalma oranına göre tamamen cevaplı, parsiyel cevaplı (%50 üzeri düzelme) ve cevapsız (%50'den az düzelme) olarak sınıflandırılmasını önermektedir. Günümüze kadar tanımlanmamış bir enürezis nokturna semptom skoru bulunmamaktadır. MEN tedavisinin izleminde semptomların şiddeti ile ilişkili bir ölçeğin, tedavi aşamasında objektif bir araç olarak kullanılabilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya yeni tanı alan, konservatif tedaviye dirençli ve desmopressin başlanması planlanan MEN'li çocuklar dahil edilmiştir. Oluşturulacak Nokturnal Enürezis Semptom Skoru'nun (NESS) sorularının belirlenmesi için literatürdeki çocuklar için mevcut alt üriner sistem semptom skorları incelenmiştir. Ardından dört çocuk ürolojisi uzmanı ve bir üroloji uzmanından soru önerileri toplanmıştır. Son olarak da 20 MEN'li çocuk ailesi ile hayat kalitelerine etkisi üzerine açık uçlu görüşmeler yapılmış ve kaydedilen olası sorular ile bir sorgulama formu hazırlanmıştır. Ardından farklı 20 MEN'li çocuğun ebeveynine doldurularak yapılan pilot çalışma sonrası toplam 9 soruluk NESS formu oluşturulmuştur (Şekil 1). Formların doldurulması sonrası dokuz soruya güvenilirlik analizi yapılmıştır (Cronbach's alfa). Tedavi öncesi ve sonrası skorlar karşılaştırılmıştır. Son olarak tedavi öncesi ve sonrası 15 günlük sürede kaçırma sayılarına bakılarak ICCS tarafından önerilen tedaviye cevap sınıflamasına göre hastalar üç gruba ayrılarak gruplar arası skorlar karşılaştırılmış ve tedavi öncesi ve sonrası toplam NESS skorlarında değişim oranıyla korelasyon yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya yaşı 9 (5-17) yıl olan 59 (35 (%59,3) erkek, 24 (%40,7) kız) çocuk dahil edildi. Toplam NESS skoru tedavi öncesi 16 (7-25), tedavi sonrası 11'di (0-25) ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Dokuz sorunun da tedavi sonrası anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (her bir soru için $p<0,001$). Tedavi sonrası dokuz soru için Cronbach's alfa değeri 0.860 hesaplanmıştır ve her sorunun birbiriyle pozitif korelasyon gösterdiği saplanmıştır (Tablo 1). On beş günlük izlemlerde tedavi sonrası 11 (%18,6) çocukta tam yanıt, 28 (%47,5) çocukta parsiyel yanıt ve 20 (%33,9) çocukta yanıtsızlık izlenmiştir. NESS skorları ise sırasıyla 0 (0-3, 10 (3-7) ve 14 (9-35) saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların idrar kaçırma gün sayılarında düşüş ile NESS skorlarındaki düşüş arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (correlation coefficient=0,690, $p<0,001$).

SONUÇ

Çalışmamızda tanımladığımız NESS skorunun tedavi sonrası MEN semptomlarının şiddetiyle korele olduğu gösterilmiştir. Hastaların takibinde objektif bir takip aracı olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

-	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Q1	1	0.815	0.715	0.660	0.365	0.810	0.302	0.616	0.408
Q2	0.815	1	0.750	0.622	0.394	0.687	0.313	0.513	0.307
Q3	0.715	0.750	1	0.675	0.313	0.657	0.218	0.402	0.347
Q4	0.660	0.622	0.675	1	0.273	0.540	0.211	.432	0.288
Q5	0.365	0.394	0.313	0.273	1	0.428	0.296	0.210	0.363
Q6	0.810	0.687	0.657	0.540	0.428	1	0.211	0.580	0.292
Q7	0.302	0.313	0.218	0.211	0.296	0.211	1	0.177	0.179
Q8	0.616	0.513	0.402	0.432	0.210	0.580	0.177	1	0.409
Q9	0.408	0.307	0.347	0.288	0.363	0.292	0.179	0.409	1

İnter-item korelasyon matriksi

Şekil 1. Nokturnal Enürezis Semptom Skoru (NESS)

1)	Çocuğunuz haftada kaç gece altını ıslatıyor?	Islatmıyor (0 puan)	1 veya 2 (1 puan)	3 veya 6 (2 puan)	Her Gün (3 puan)
2)	Çocuğunuz bir gecede kaç kere altını ıslatıyor?	Islatmıyor (0 puan)	1 kere (1 puan)	2 Kere (2 puan)	3 ve Daha Fazla (3 puan)
3)	Çocuğunuzun tek seferdeki kaçırma miktarı ne kadar?	Islatmıyor (0 puan)	Sadece İç Çamaşırı Islanır (1 puan)	Pijaması Islanır (2 puan)	Yatağı Islatır (3 puan)
4)	Geceleri olan ilk idrar kaçırması, uykusunun hangi dönemine denk geliyor?	Islatmıyor (0 puan)	Sabah Uyanmaya Yakın (1 puan)	Uyku Vaktinin Ortasında (2 puan)	Yattıktan Hemen Sonra (3 puan)
5)	Geceleri bez bağlamak veya yatak koruyucu önlem almak zorunda kalıyor musunuz?	Hiçbir Zaman (0 puan)	Kimi Zaman (1 puan)	Çoğu Zaman (2 puan)	Her Zaman (3 puan)
6)	Yatmadan önce idrarını yapmasına, sıvı, meyve, meşrubat alımını kısıtlamasına veya gece uyandırılmasına rağmen kaçırıyor mu?	Hiçbir Zaman (0 puan)	Kimi Zaman (1 puan)	Çoğu Zaman (2 puan)	Her Zaman (3 puan)
7)	Kaçırma sonucunda gece uykudan uyanıyor mu?	Hiçbir Zaman (0 puan)	Kimi Zaman (1 puan)	Çoğu Zaman (2 puan)	Her Zaman (3 puan)
8)	Gece altını ıslatması nedeniyle çocuğunuzun sosyal hayatında veya eğitim hayatında aksaklık oluyor mu? (Akran zorbalığı, dışlanma, alay konusu olma, derslerinde başarısızlık, gün içerisinde uyuklama gibi)	Hiçbir Zaman (0 puan)	Kimi Zaman (1 puan)	Çoğu Zaman (2 puan)	Her Zaman (3 puan)
9)	Şu anki geceleri idrar kaçırma durumu çocuğunuzu nasıl etkiliyor?	Hiçbir Zaman (0 puan)	Kimi Zaman (1 puan)	Çoğu Zaman (2 puan)	Her Zaman (3 puan)

SS-2) ARI POLEN EKSTRESİNİN, İNTERTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU OLUŞTURULMUŞ SIÇANLARDA ANTİNFLAMATUAR ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

HARUN BAL(1) HÜSEYİN TARHAN(1) İLKER AKARKEN(1) GÜRKAN YİĞİTTÜRK(1) HÜLYA ELBE(1) MEHMET ÖZTÜRK(2) FERAL ÖZTÜRK(1) HAYRETTİN ŞAHİN(1) OSMAN BULUT(2)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

AMAÇ

İnterstisyel sistit/ağrılı mesane sendromu (İS/AMS) etiyolojisinde immün mekanizmaların ağır bastığı bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavisinde kür sağlayacak standardize edilmiş bir yöntem tanımlanmamıştır. Erkeklerdeki kronik prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu (KP/KPAS) kullanılan arı polen ekstrelerinin kullanıldığı klinik çalışmalardan yola çıkarak, projemizde İS/AMS'unda arı polen ekstresinin etkisi araştırıldı. Bu çalışma ile İS/AMS'unda arı polen ekstrelerinin histolojik ve immünolojik etkisi sıçan modellerinde araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Projemizde dört farklı tür polen seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Polenlerin seçimi, ülkemizde ticari olarak üretilen polen türleri göz önüne alınarak belirlenmiştir. Polenlerin ekstrelerinin kimyasal içerikleri validasyonu yapılmış metotlar ile HPLC-DAD-RI cihazı kullanılarak belirlenecektir. Bu çalışmada ortalama canlı ağırlığı 200–250 gr 32 adet dişi Wistar albino sıçan kullanılacaktır. İS/AMS modeli 80 mg/kg siklofosfamid ile %0,9 NaCl solüsyonunun karıştırılarak 7 gün boyunca 4 enjeksiyon şeklinde intraperitoneal uygulanması ile(0. gün, 2. gün, 4. gün ve 6. gün) oluşturulacaktır. Siklofosfamid kronik mesane inflamasyonuna neden olan bir preparattır. Deneysel modelimizde 4 ayrı grup yer alacaktır. Sham grubu hiçbir işlem yapılamayacak olan Grup-1, kontrol grubu yalnız siklofosfamid uygulanacak Grup-2, Grup-3 siklofosfamid verilerek İS/AMS oluşturulan sıçanlara polen ekstresinden 500mg/kg doz peroral olarak 14 gün boyunca verilen grup olacaktır. Grup-4'da ise siklofosfamid verilerek İS/AMS oluşturulan sıçanlara polen ekstresinden 1000 mg/kg doz peroral olarak 14 gün boyunca verilecektir. Yirmi ikinci gün denekler sakrifiye edilecektir. Deney sonunda sıçanların mesaneleri çıkarıldı. Mesanedeki inflamasyon hematoksilen eozin boyamasıyla gösterilirken, inflamasyon derecesi Hopkins'in uyguladığı yönteme göre semikantitatif olarak belirlenecektir. Ayrıca İmmünohistokimyasal boyama ile makrofaj invazyonu gösterildi.

BULGULAR

Ratlar sakrifiye edildikten sonra Hematoksilen – eozin (H-E) ile boyanmış mesane preparatları incelendiğinde; Hopkins'in sınıflamasına göre her bir gruptaki ratlar tek tek ödem ve hemorajik alanlar skorlandı. İmmüno histokimyasal CD-163 ile boyama sonrası pozitif hücreler incelendi. Preparatlar hem pozitif hücre sayısı hem de boyama yoğunlukları üzerinden derecelendirildi. Grup-4'te skorlar açısından diğerlerine göre anlamlı farklılık saptanırken, Grup-3 ve Grup-1, Grup-2'ye anlamlı farklılık saptandı. Gruplara göre skorlama sonuçları Tablo-1'de ve boyama örnekleride Şekil-1'de verilmiştir.

IHC boyaması sonrası Grup-1'de beklenildiği gibi hiç boyanma gözlenmemiştir.

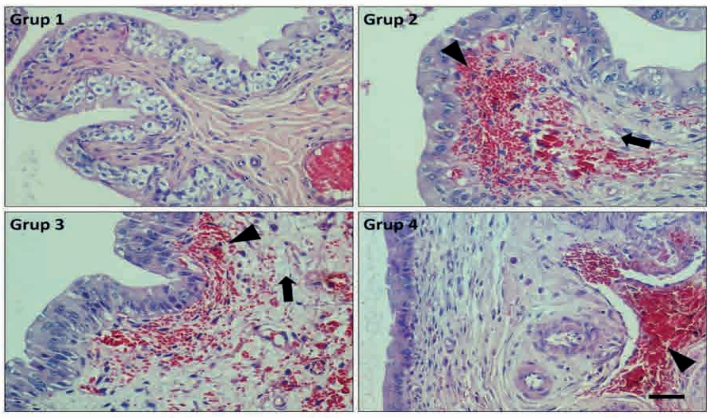
Grup-2'de tedavi uygulanmayan İS/AMS grubunda median değeri 3.00?0.408 olacak şekilde yoğun boyanma gözlenmiştir. 500 mg/kg polen ekstresi verilen Grup-3'te aynı hemoraji ve ödem de olduğu gibi İHC boyama skorun da Grup-2'ye göre anlamlı olarak düşük iken, 1000 mg/kg polen ekstresi verilen Grup-4'te ise hem Grup-2 hem de Grup-3'e göre anlamlı düzeyde düşük boyanma skoru saptandı (Şekil 2).

SONUÇ

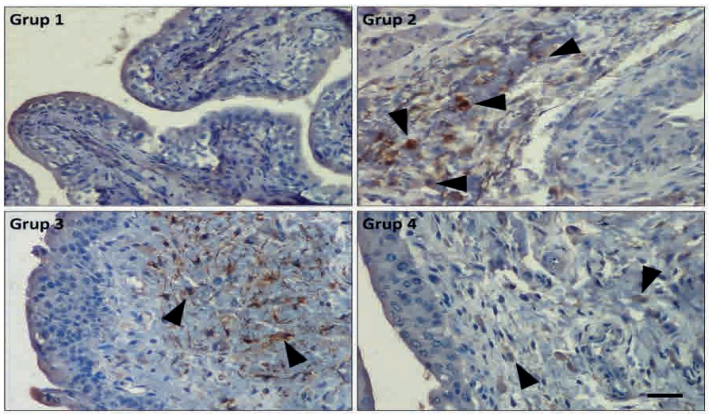
Deneysel çalışmamızda İS/AMS'de polen ekstresinin özellikle 1000 mg/kg dozlarda anlamlı düzeyde etkili olduğunu ortaya koyduk. Gelecekte yapılacak çalışmamalarla etkinliği ortaya konulduğunda noninvaziv bir tedavi seçeneğini olabilceği düşüncesindeyiz.

Gruplar	Ödem Skoru (median ± SD)	Hemoraji Skoru (median ± SD)	IHC Skoru (median ± SD)	p Değeri
Grup-1	0	0	0	-
Grup-2	5.00±0.516	5.00±0.516	3.00±0.408	-
Grup-3	3±0.535	3±0.535	2±0.535	-
Grup-4	1±0.488	1±0.488	1±0.378	<0.001

Mesane inflamasyon ve (IHC) CD-163 boyaması skorları



Şekil 1: Deney gruplarına ait mesane preparatlarının hematoksilen-eozin boyamaları. Ok başı hemorajik alanları, siyah ok ise ödemi göstermektedir. Büyütme 20X.



Şekil 2: Deney gruplarına ait mesane preparatlarının anti-CD-163 immünohistokimyasal boyaması. Ok başı CD-163 pozitif (kahverengi renkli) hücreleri göstermektedir. Pozitif hücreler lamina propria tabakasında izlenmektedir. Büyütme 20X.

SS-3) EKRAN MARUZİYETİ PRİMER MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNA TEDAVİSİNİ NASIL ETKİLER?

AYKUT AKINCI(1) MURAT CAN KARABURUN(2)

1. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ
2. ACIPAYAM DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Enürezis noktürna multifaktöryel bir durumdur. Mesane dolu olduğu halde hasta uyanma problemi yaşamaktadır. Ekran maruziyetinin uyku bozukluğuna yol açabileceği bilinmektedir. Bu çalışmada ekran maruziyetinin primer enürezis nokturna ve tedavisine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023 – Ocak 2024 arasında üroloji veya çocuk üroloji polikliniğine primer enürezis nokturna sebebiyle başvuran hastalar incelendi. En az 2 günlük işeme günlüğü ve idrar tetkiki sonucunda primer enürezis nokturna tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Nörolojik rahatsızlığı olan, diabetes mellitus tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Enürezis hafif (1-2 ıslak gece/hafta), orta (3-5 ıslak gece/hafta) ve şiddetli (6-7 ıslak gece/hafta) olarak sınıflandırıldı. Ekran maruziyeti aile beyanına göre günlük ortalama saat olarak belirlendi ve not edildi. Tedaviye yanıt 3. ayın sonunda ölçüldü. Hastalar ekran maruziyetine göre 0-1 saat, 1-2 saat, 2saatin üzeri olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Ekran maruziyetinin enürezis üzerine etkisi ve tedaviye yanıt durumu değerlendirildi.

BULGULAR

Toplamda 166 hasta çalışmaya dahil edildi. Ekran maruziyeti 0-1 saat olan 43 hasta, 1-2 saat olan 54 hasta ve 2 saat üzerinde olan 69 hasta vardı. Yaş ortalaması sırasıyla 7,8 ± 1,4; 7,4 ± 1,3; 7,5 ± 1,3 (p 0,25) benzer olarak bulundu. Gruplar arasında cinsiyet dağılımları benzerdi (p 0,41). Ortalama ıslak gece sayısı sırasıyla 5,1 ± 1,4; 6,0 ± 1,1 ; 6,4± 1,0 bulundu. 1 saatten az televizyon izleyen grupta ıslak gece sayısı anlamlı olarak daha düşük tespit edildi (p 0,01).

Bu hastalardan ekran maruziyeti 0-1 saat olan 32, 1-2 saat olan 40, 2'den fazla olan 54 hastaya 3 ay boyunca davranış tedavilerine ek olarak 120mcg desmopressin tedavisi verildi. Tedavi öncesi ve sonrası haftalık ıslak gece değişim sayıları değerlendirildi. Ekran maruziyeti 0-1 saat olan grupta haftalık ıslak gece düzelme sayısı 4,1 ±,1,7 gece, ekran maruziyeti 1-2 saat olan grupta 2,4 ± 2,8 gece, ekran maruziyeti iki saatten fazla olan grupta 2,3 ± 2,5 gece olarak tespit edildi. Ekran maruziyeti 1 saatten düşük olan grupta diğer gruplara göre daha fazla düzelme tespit edildi (p 0,002).

SONUÇ

Ekran maruziyeti primer enürezis nokturna semptom şiddetini artırmaktadır. Özellikle 1 saatten fazla ekran maruziyeti yaşayan çocuklarda hem enürezis semptomları daha şiddetlidir, hem de bu grup tedaviden daha az fayda görmektedir. Mevcut bulgulara göre enürezisli çocuklarda ekran maruziyetinin minimumda tutulmasını önermekteyiz.

SS-4) ÜRETERAL STENT TAKILAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ: SİSTEMATİK BİR İNCELEME VE METAANALİZ

FATMA VURAL(1) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(1) SEVGİ ÇOLAK(2)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, İZMİR
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, İZMİR

AMAÇ

Bu çalışma üreteral stent takılan hastaların yaşam kalitesine etkisi ile ilgili mevcut kanıtları sentezlemek ve analiz etmek amacıyla yapıldı. Çalışmada şu sorulara yanıt arandı;
1. Üretral stent takılan hastalarda yaşam kalitesi azalır mı?
2. Üretral stentli hastalarda yaşam kalitesini etkiyen faktörler nelerdir?

GEREÇ-YÖNTEM

Bu sistematik derleme ve meta-analiz için literatür taraması, PRISMA yönergeleri ve PICO çerçevesinde yürütülmüştür. Çalışmada; Medline/ PubMed, Cochrane, Web of Science, Proquest ve Scopus veri tabanlarında, 2012-2022 tarihleri arasında yayınlanmış ve "urethral stent" ve "quality of life" anahtar kelimeleri ile ulaşılabilen uluslararası çalışmalar incelenmiştir. Dahil edilen tüm makaleler, Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) Randomize Kontrollü Denemeler için Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi ile bağımsız iki yazar tarafından metodolojik olarak değerlendirildi. Sistematik incelemeye dahil edilen 20 makaleden 11 randomize kontrollü çalışma metanalize dahil edildi. Çalışma sonuçlarının meta-analizleri için rastgele etkiler modeli kullanıldı. Etki büyüklüklerinin heterojenliğini test etmek için Q ve I^2 testleri kullanıldı. Çalışma PROSPERO'ya CRD42023430693 numarası ile kaydedildi.

BULGULAR

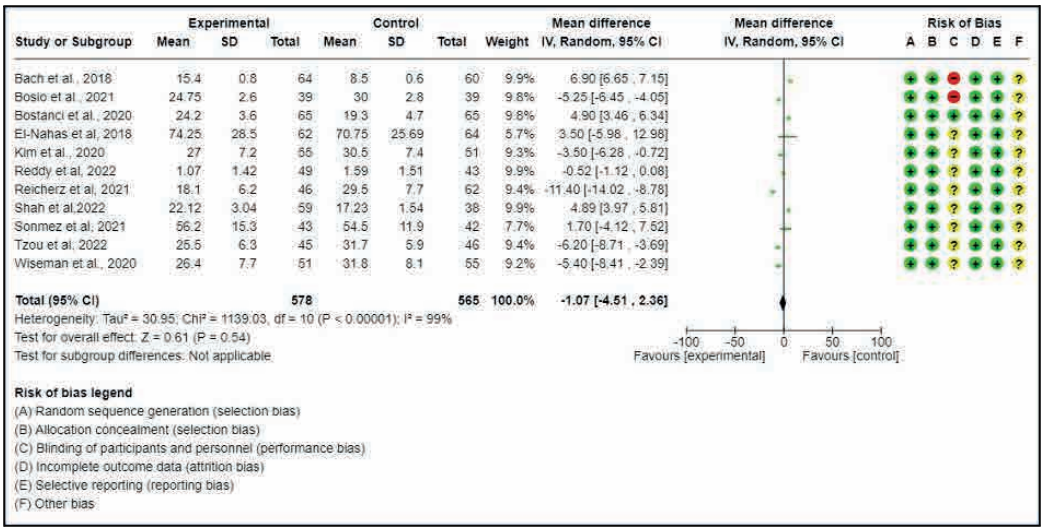
Tarama sonucunda 1155 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmaların gözden geçirilmesi sonucunda dahil edilme kriterlerini karşılayan 20 makale çalışmaya dahil edildi. Çalışmaların çoğunda hastaların yaşam kalitesinin "Üreteral Stent Semptom Anketi" ile değerlendirildiği belirlendi. Hastalarda ağrı düzeyi, fiziksel aktivite, genel sağlık durumu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi,stentle ilişkili semptomlar ve üriner semptomlar yaşam kalitesini etkileyen durumlardı. Çalışmaların üçü üreteral stentin biyomateryallerinin karşılaştırılmasıyla; 10'u double J stentin diğer stentlerle karşılaştırılmasıyla; diğerleri stent çapı, yerleştirme biçimi, stentsiz yaklaşımla ilgiliydi ve üreteral stent takılan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi.
Makalelerin 11'i sayısal olarak karşılaştırma yapıldığı için metaanalize dahil edildi. Metaanaliz örneklem hacmi 1143'tü (deney grubu:578, kontrol grubu:565) ve yaşam kalitesinin Üreteral Stent Belirtileri Anketi, Görsel Analog Ölçek, SF 36 ve Vücut ağrı indeksi araçları kullanılarak değerlendirildiği belirlendi. Çalışmaların heterojenitesinin yüksek olduğu saptandı (Tau=30.95, I2=99%). Birleştirilmiş sonuçların etkisini değerlendirmek için random etki modeli kullanıldı (MD=-1.07, 95%=- 4.51- 2,36, Z= 0.61); fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.00001$). Genel analizde stent takılan hastaların yaşam kalitesi ilgili yanlılığı önlemek için yapılan huni grafiğinde küçük çalışma örnekleminden kaynaklanan bazı asimetriler belirlendi. Dahil edilen 11 çalışmanın yanlılık değerlendirmesi riskine göre, altı alanda yanlılık hatası düşük, bir alanda bilinmeyen yanlılık, iki alanda ise yüksek yanlılılık saptandı. Metaanaliz sonuçlarına göre, stent takılan hastaların yaşam kalitesinin kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

SONUÇ

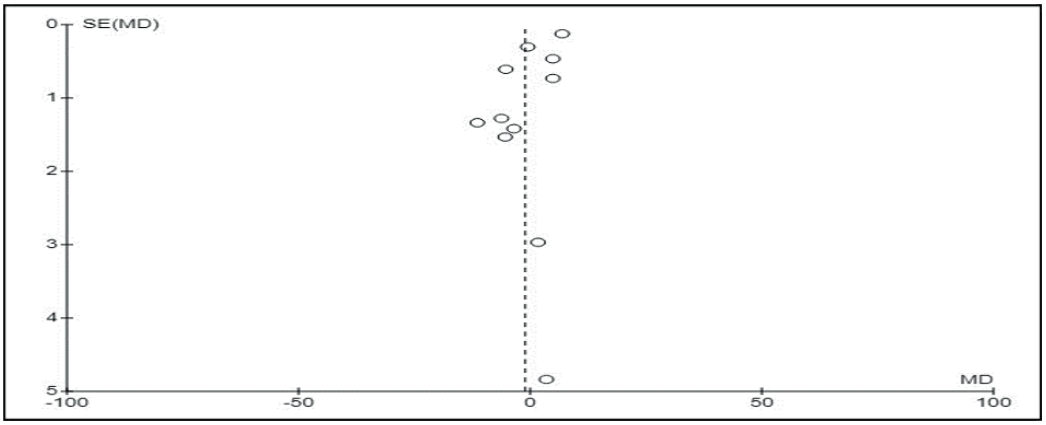
Kanıtlar, üreteral stentin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlar üreteral stent hastalarının tedavi ve bakım sürecinde sağlık profesyonellerinin stentin etkilerini fark etmesine ve gerekli önlemler almaya yönelik stratejiler geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

Tablo 1: Çalışmaların Özellikleri ve Ana Verileri

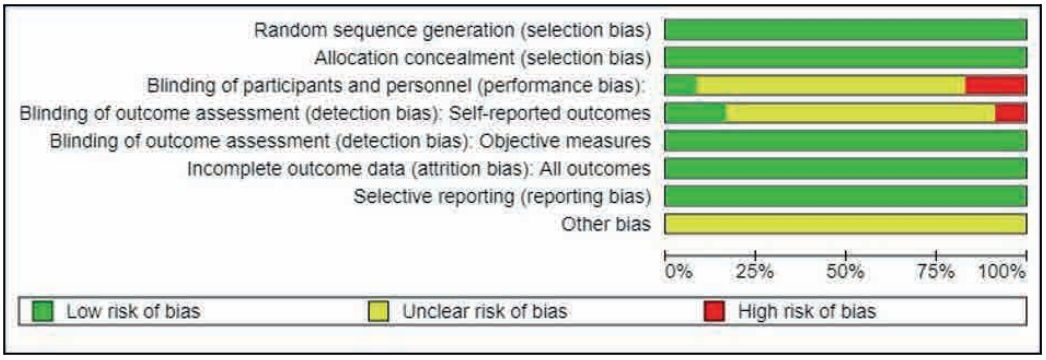
Yazar(lar), Yıl ve Ülke	Örnek	Müdahale Süresi	Müdahale Şekli	Ölçülen Sonuçlar
Bach et al, 2018, Almanya	Deney grubu= 64 Kontrol grubu=60	4 Hafta	Başlangıçta DJ stent yerleştirilmesiyle tedavi edilenler, tek bir akademik merkezde üreteroskopi retrograd cerrahi yoluyla taş çıkarılmasından sonra 6 saat boyunca üreter kateteri ve 5 gün boyunca çift J stent yerleştirilmesi.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
Bosio et al, 2021, İtalya	Deney grubu= 39 Kontrol grubu=39	6 Hafta	URS'den sonra Pigtail sütür stentlerinin veya DJ stentlerinin yerleştirilmesi.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
Bostanci et al, 2020, Türkiye	Deney grubu =65 Kontrol grubu= 65	6 Hafta	URSL sonrası hastalara çift pigtail üreteral stent veya tek pigtail sütürlü stent takılması	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
El-Nahas et al, 2018, Mısır	Deney grubu= 65 Kontrol grubu= 65	6 Hafta	URS sonrası tek taraflı DJ üreteral stent takılan hastalara aynı tip ve boyutta stent yerleştirildi. Test grubundaki stentler gümüş sülfadiazin ile kaplanması.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi
Kim et al, 2020, Kore	Deney grubu= 55 Kontrol grubu=51	3 Hafta	URS sonrası tek taraflı üreteral stent implantasyonu yapılan hastalar randomize edildi ve rastgele 5F veya 6F üreteral stentler atanması.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
Reddy et al., 2022, Turkey	Deney grubu Grup I=29 Grup II= 43 Grup III n = 39 Grup IV= 42 Kontrol grubu=30	4 Hafta	≤1 cm boyutunda bir distal üreter taşı için komplike olmayan retrograd semiriiit URS'den sonra stent yerleştirmemenin etkinlik, güvenlik ve morbiditesini geleneksel stent yerleştirmeyle karşılaştırılması.	SF-36
Reicherz et al, 2021, Almanya	Deney grubu= 60 Kontrol grubu=60	5 Hafta	URS sonrası 6 saatlik Mono-J yerleştirmesi ile 3-5 gün süren DJ yerleştirmesi.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi
Shah et al,2022, Hindistan	Deney grubu= 60 Kontrol grubu=60	4 Hafta	Stentle ilişkili komplikasyonlar için URS sonrası hastalarda geleneksel üreterik JJ stenti veya modifiye komple intraüretral stent yerleştirilmesinin karşılaştırılması.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
Sonmez et al, 2021, Turkey	Deney grubu= 52 Kontrol grubu=52	2 Hafta	Double-J stentli veya stentsiz (DJS) üreterorenoskopi (URS) ve ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (SWL) uygulanan hastaların hem ameliyat öncesi hem de ameliyattan 14 gün sonrasının karşılaştırılması.	Görsel Analog Ölçek Erkek Cinsel Sağlık Anketi Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi
Tzou et al, 2022, Tayvan	Deney grubu=45 Kontrol grubu= 46	1 Hafta	URS sonrası stentle ilişkili semptomlar açısından intraüreteral stentleme (CIU-SP), geleneksel stentleme (C-SP) ile karşılaştırılması.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Görsel Analog Ölçek
Wiseman et al,2020, Birleşik Krallık	Deney grubu=70 Kontrol grubu=71	5 Hafta	URS sonrası hasta konforu ve yaşam kalitesi açısından hidrokaplamalı silikon stent ile Percuflex™ Plus stent karşılaştırılması.	Üreteral Stent Belirtileri Anketi Vücut Ağrı İndeksi



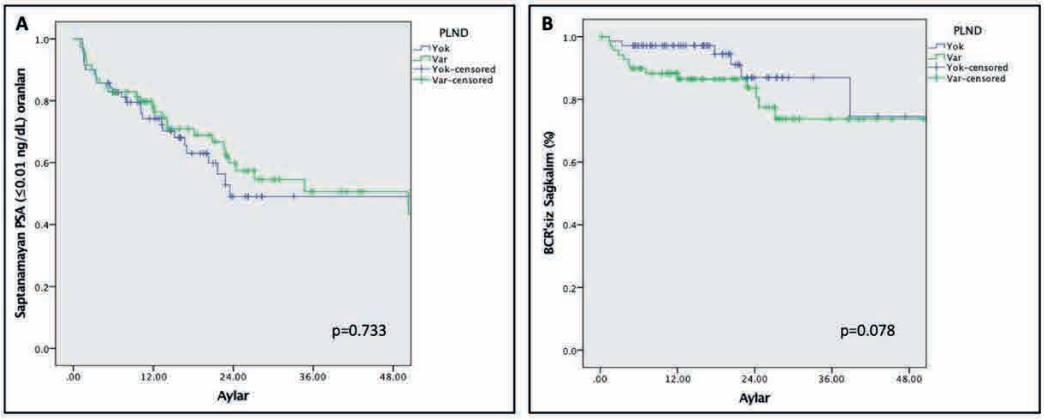
Şekil 1. Orman Grafiği



Şekil 2. Huni Grafiği



Şekil 3. Joanna Briggs Institute Çalışma Kalitesi



SS-5) ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ (UCD) TARAFINDAN TÜRKİYE'DE GERÇEKLEŞTİRİLEN ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA: CİNSEL İLİŞKİ POZİSYONLARININ PREMATÜR EJAKÜLASYON İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MURAT GÜL(1) ALİ ŞAHİN(1) ÇAĞRI DOĞAN(2) GÖKHAN ÇEKER(3) EMRE ALTINTAŞ(1) HASAN DELİKTAŞ(4) MURAT DEMİR(5) ABDÜLMECİT YAVUZ(6) ADEM ALTUNKOL(7) DOĞAN DEĞER(8) MEHMET KAYNAR(1) BERKAN DURAN(9) TUNCAY TOPRAK(10) TUNCER BAHÇECİ(11) ÜMİT GÜL(12)

1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
4. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. MERSİN MEDİCALPARK HASTANESİ
7. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
8. SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ
9. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
10. FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
11. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
12. ÖZEL EPC HASTANESİ

AMAÇ

Cinsel ilişki pozisyonları, haz için önemli olan boşalma kontrolünü etkileyen birçok faktörden biridir. Bununla birlikte, cinsel ilişki pozisyonları ve boşalma süresi arasındaki bağlantı hakkında hala çok az şey bilinmektedir. Çalışmamızda amacımız farklı cinsel pozisyonların boşalma süresi üzerindeki etkisini araştırmak ve boşalma kontrolünü etkileyen unsurları daha derinlemesine anlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

18-65 yaş arasındaki 1904 heteroseksüel erkek üzerinde çevrimiçi bir anket gerçekleştirildi. Prematür ejakülasyon (PE) tanımlamak için prematür ejakülasyon değerlendirme anketi (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) kullanıldı. PE ve PE olmayan gruplarla ilişkili demografik, davranışsal ve fizyolojik özellikler toplandı. Katılımcılar tercih ettikleri cinsel pozisyonları ve boşalma sırasında değiştirdikleri pozisyonları ankette belirttiler. Ayrıca, erkek/kadın aktif (male/female active) veya derin/yüzeysel itme (deep/shallow thrust) pozisyonları ile PE durumu arasında analizler yapıldı.

BULGULAR

PE ve PE olmayan gruplar arasında yaş veya sünnet açısından önemli bir fark olmamasına rağmen, ilk cinsel deneyim yaşı PE durumu ile ilişkiliydi. Gruplar ayrıca haftalık boşalma sayısı, tercih edilen boşalma süresi ve ereksiyon özellikleri açısından da farklılık gösterdi. En çok tercih edilen cinsel pozisyon grup fark etmeksizin doggy pozisyonuydu. PE olmayan grup, boşalma hissi duyduklarında pozisyon değiştirmeyi PE grubuna göre anlamlı derecede daha fazla tercih ettiler (%74 vs. %67,2; $p<0,05$). Bununla birlikte, katılımcılar boşalma hissi duyduklarında, PE olmayan katılımcılar yüzeysel itme (shallow thrust) pozisyonlarına anlamlı derecede daha fazla geçerken, PE katılımcıları daha derin pozisyonları (deep thurst) tercih ettiler (%27,1 vs. %18,5; $p<0,05$).

SONUÇ

Bu çalışma, PE kontrolünde cinsel pozisyonların önemini vurgulamaktadır. Cinsel ilişki sırasında pozisyon değiştirmek, boşalma kontrolünü iyileştirmek için farmakolojik olmayan bir terapötik alternatif sunabilir. Bu alandaki gelecekteki çalışmalar, PE tedavi stratejileri oluşturulmasına yardımcı olabilir.

Özellikler		PE (n, %)	non-PE (n, %)	*p*-value
A	**Erkek**	283 (76.6)	1077 (84.3)	**<0.001**
	Kadın	86 (23.4)	200 (15.7)	
B	**Derin (Deep)**	307 (83.1)	1027 (80.4)	ns
	Yüzeysel (Shallow)	62 (16.9)	250 (19.6)	
C	**Erkek**	676 (71.5)	169 (68.15)	ns
	Kadın	269 (28.5)	79 (31.85)	
D	**Derin (Deep)**	689 (72.9)	202 (81.5)	**<0.05**
	Yüzeysel (Shallow)	256 (27.1)	46 (18.5)	

Tablo-1. Katılımcıların favori pozisyonlarının ve boşalacağını hissettiğinde değişim yaptığı pozisyonların erkek/kadın aktif (male/female active) ve derin/yüzeysel (deep/shallow thrust) olmasına göre dağılımı. (**A.** Prematür ejakülasyon (PE) olan ve olmayan katılımcıların erkek ve kadın aktif pozisyonlarına göre en çok tercih ettikleri pozisyonların dağılımı; **B.** Prematür ejakülasyon (PE) olan ve olmayan katılımcıların derin itme ve yüzeysel itme pozisyonlarına göre en çok tercih ettikleri pozisyonların dağılımı; **C.** Katılımcıların boşalacaklarını hissettiklerinde erkek ve kadın aktif pozisyonlarına geçişlerinin dağılımı; **D.** Katılımcıların boşalacaklarını hissettiklerinde derin itme ve yüzeysel itme pozisyonlarına geçişlerinin dağılımı.)

SS-6) ÜRİNER MİKROBİYOTA VE MESANE KANSERİ İLİŞKİSİ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET KAYER(1) ENER ÇAĞRI DİNLEYİCİ(1) ATA ÖZEN(1)

1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada mesane kanseri olgularında idrar mikrobiyotasının sağlıklı kişiler ile karşılaştırılması ve mesane tümörü olan olgularda mikrobiyota çeşitliliği ve kompozisyonu ile hastalık seyri ve ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

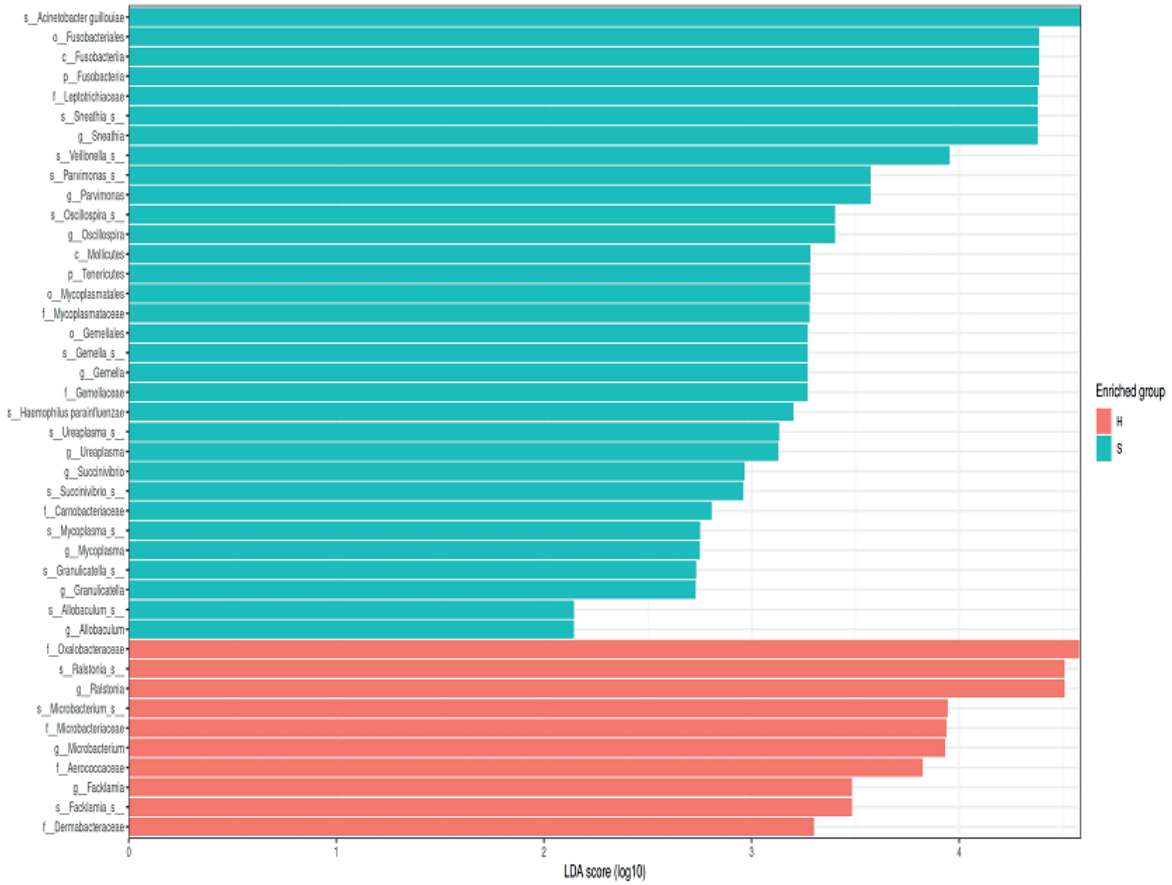
Mesane kanseri ilk tanısını almış 30 hasta ve benzer demografik özellikte 20 sağlıklı kişi çalışmaya alındı. Steril alınan idrar numunelerinden genomik DNA elde edildi. Elde edilen DNA örnekleri mikrobiyota kompozisyonunun belirlenmesi için biyoinformatik araçlarla analiz edildi. Mikrobiyota kompozisyonları, filum, cins ve tür düzeyinde karşılaştırıldı. Ayrıca mikrobiyota kompozisyonu ile klinik veriler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

BULGULAR

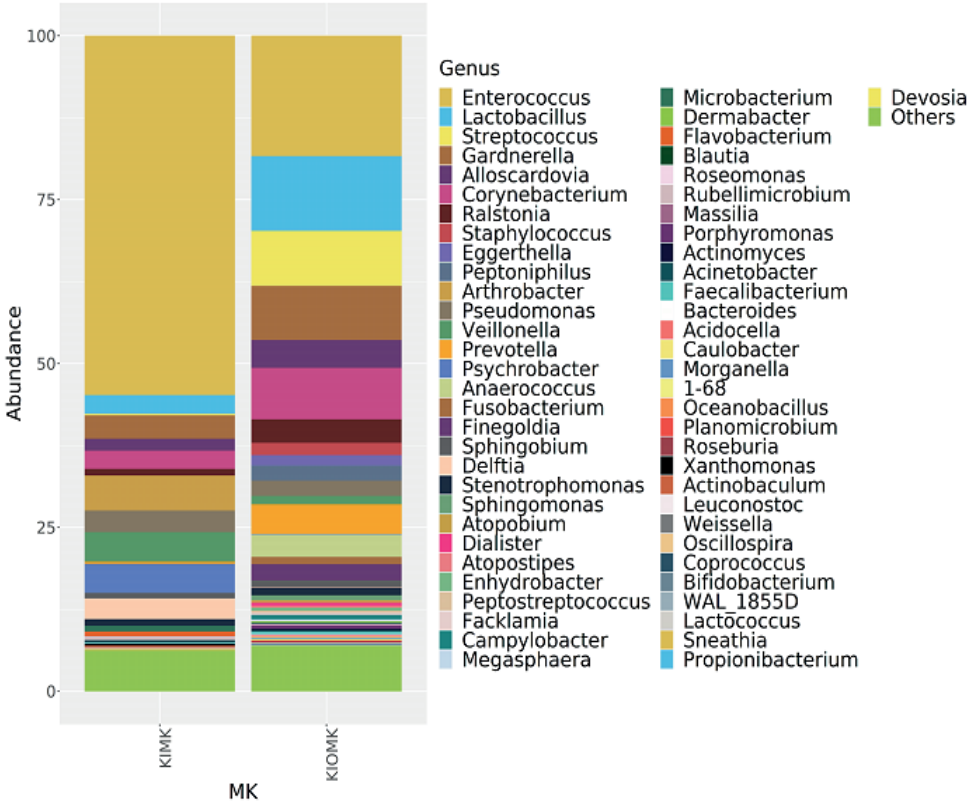
Çalışma grupları arasında cinsiyet dağılımı, yaş, VKİ için fark saptanmadı. Kanser grubundaki hastaların primer patolojileri, TNM evreleri, karsinoma in situ varlığı, varyant patolojilerine göre alt gruplara ayrıldı.
Filum düzeyinde, her iki grupta da Firmicutes filumu en sık saptanmıştır. Cins düzeyinde, mesane kanseri grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda en sık Enterococcus saptanmıştır. Mesane kanserli hastalarda Enterococcus cinsi 1,7 kat fazla tespit edilmiştir. Mesane kanserli grupta Lactobacillus %9.5, kontrol grubunda Lactobacillus %19.8 olarak görüldü. Facklamia cinsi mesane kanseri olgularında bulunan türlerden biri olup sağlıklı grupta tespit edilmemiştir.
Kas invaziv mesane kanseri (KİMK) olgularında idrar mikrobiyota incelemesinde cins düzeyinde Enteroccoccus en sık saptanırken, tür düzeyinde Veillonella dispar en sık saptandı. KİMK hastalarında Enteroccoccus, kas invaziv olmayan mesane kanseri(KİOMK) hastalarına göre 2,1 kat fazla saptanmıştır. KİMK grubunda tür düzeyinde Veillonella dispar %70.9 en sık bakteri olarak saptanmıştır. KİMK grubunda KİOMK grubuna göre Veillonella dispar'ın 18,1 kat arttığı tespit edilmiştir. Yine KİMK grubunda cins düzeyinde Lactobacillus %2.3 oranında, KİOMK grubunda ise %12.0 oranında saptanmıştır.

SONUÇ

Sağlıklı kontrol grubuna göre mesane kanserli hastalarda da Enteroccoccus baskınlığı çalışmamızda tespit edilmiş olup Enteroccoccus cinsinin mesane kanseri gelişiminde ve prognozunda etkili olabileceği düşüncesindeyiz. Veillonella dispar'ın yüksek dereceli mesane kanseri varlığındaki göreceli baskınlığının hastalığın seyrini tahmin etmekte kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Doğal florada bulunmayan Facklamia cinsinin biyobelirteç olarak kullanılabilirliğinin araştırılmasına ihtiyaç vardır. Sağlıklı kontrol grubunda baskın olan Lactobacillus cinsinin mesane kanserli grupta azalması, bu cinsin mesane kanseri gelişiminde koruyucu bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız Lactobacillus baskınlığının mesane kanseri gelişmesine karşı koruyucu olduğu gibi invaziv hastalığa karşı da koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.



Şekil 1. Mesane kanseri ve sağlıklı kontrollerde idrar örneklerinde LEfSe analizi.



Şekil 2. KİMK ve KİOMK olgularında idrar mikrobiyota analizlerinin cins düzeyinde karşılaştırması

SS-7) İŞEME ETKİNLİK ORANI MESANE ÇIKIM TIKANIKLIĞINI VEYA KASILMA YETENEĞİNİ ÖN GÖREBİLİR Mİ?

ERSİN KÖSEOĞLU(1) ÖMER ACAR(2) SERDAR MADENDERE(3) İBRAHİM CAN AYKANAT(4) UMUT CAN KARAARSLAN(1) TUFAN TARCAN(5)

1. KOÇ ÜNIVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI,
2DEPARTMENT OF UROLOGY, COLLEGE OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ILLINOIS AT CHICAGO, CHICAGO, IL, USA
3. VKV AMERİKAN HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
4. KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
5. KOÇ & MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALLARI

AMAÇ

Mesane boşaltım güçlüğü yakınmaları ile başvuran erkeklerde işeme etkinlik oranının (VE), basınç-akım çalışması ile hesaplanan mesane çıkım tıkanıklığı (BOOI) ve mesane kasılma indeksleri (BCI) ile ilişkisini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Vehbi Koç Vakfı Sağlık Kurumları Üroloji Kliniklerine Ocak 2018- Mayıs 2024 tarihleri arasında alt üriner sistem yakınmaları ile başvurmuş, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) standartlarına uygun olarak dolum sistometrisi ve basınç-akım çalışmaları yapılmış erkek hastaların verileri geriye dönük olarak tarandı. Nörolojik değerlendirmelerinde özellik olmayan, 45 yaş üstü, mesane boşaltım güçlüğü yakınmaları ön planda olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları, suprapubik ultrason ile ölçülen prostat hacimleri, diyabetes mellitus tanı durumları kaydedildi. Üroflovmetri sonrası suprapubik ultrason ile hesaplanan işeme sonrası artık idrar (PVR) miktarlari kayıt altına alındı. VE hastaların, üroflovmetride işenen hacimlerinin (VV), PVR ile VV toplamına oranının 100 ile çarpılması yolu ile hesaplandı ((VE= (VV/ VV + PVR) x100)). Basınç-akım çalışmasında elde edilen bulgular doğrultusunda BOOI (Pdet@Qmax-2Qmax) ve BCI (Pdet@Qmax+5Qmax) değerleri hesaplandı. BOOI değerlerine göre obstrüktif (40'ın üzeri) ve non-obstrüktif (40 ve altı); BCI değerlerine göre kasılması yeterli (100 ve üzeri) ve kasılması yetersiz (100'ün altı) alt gruplari oluşturuldu. Hastalar, kasılma ve mesane çıkım tıkanıklık durumlarına göre demografik, klinik özellikler açısından ayrı ayrı kıyaslandı. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics yazılımının en son sürümü (SPSS 28.0) kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin analizinde, gruplar arasındaki farkları belirlemek için bağımsız örneklem t-testleri ve ROC analizi uygulandi. Kestirim noktasını belirlemek için Youden indeksi kullanıldı.

BULGULAR

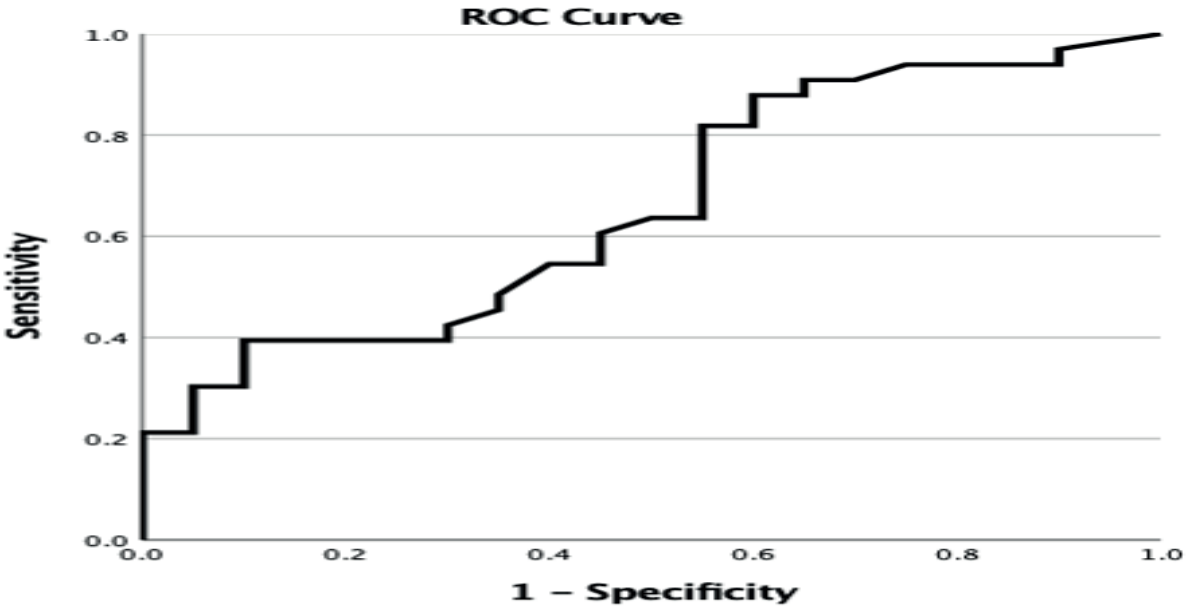
Çalışmaya dahil edilen 53 erkek hastanın medyan yaş ve prostat hacimleri sırası ile 73 (IQR:13) yıl ve 39 (IQR: 33) ml. On bir hastada (%20,7) DM tanısı mevcuttu. Medyan PVR ve VE değerleri sırasıyla 160 (IQR:235) ml ve %48 (IQR:43) idi. BOOI ve BCI sonuçlarına göre yapılan mukayeseli değerlendirme Tablo 1'de özetlendi. PVR ve/veya VE ile BOOI değerleri arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. Basınç-akım çalışmasında, BCI değerlerine göre, mesane kasılması yeterli bulunan hastaların PVR ve VE oranları, kasılması yetersiz olanların PVR ve VE oranlarına kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde farklı bulundu. Ancak, PVR ile BCI ilişkisindeki bu negatif korelasyon, ROC analizi ile desteklenemedi. ($p>0.05$). VE ile BCI ilişkisinde saptanan istatistiksel anlamlı farklılık için yapılan analizde ise VE için kestirim değeri %36 saptandı. (AUC %65, $p<0.05$) (Şekil 1).

SONUÇ

Üroloji Polikliniğine mesane boşaltım güçlüğü yakınmalarıyla başvuran ve nörolojik değerlendirmelerinde özellik olmayan 45 yaş üstü erkeklere ait bulgularımıza göre, PVR ve VE'nin mesane çıkım tıkanıklığını ön görmede katkısı gösterilemedi. Buna karşılık, VE'nin mesane kasılma yeterliliğini ön görmede rolü olabileceği ortaya kondu. Bulgularımızın prospektif tasarıma sahip ve daha geniş hasta gruplarını içeren çalışmalar ile desteklenmesi gerekecektir.

Parametre	BOOI?40 (n=22)	BOOI>40 (n=31)	p	BCI<100 (n=33)	BCI?100 (n=20)	p_
Ortalama Yaş (yıl)	70	69,2	0,3	69,7	69,4	0,4
Ortalama PV (ml)	39,4	50,1	0,1	41	53,7	0,07
DM varlığı (n)	3	8	0,2	5	6	0,1
PVR (ml)	218	180	0,2	228	141	0,02
Ortalama VE (%)	48,1	57,7	0,1	48	63	0,02

Tablo 1.



SS-8) KOMPLET ÇİFT TOPLAYICI SİSTEM VEZİKOÜRETERAL REFLÜSÜNDE SUBÜRETERAL ENJEKSİYON TEDAVİSİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

MUHAMMET FIRAT ÖZERVARLI(1) İSMAİL SELVİ(1) MUHAMMET İRFAN DÖNMEZ(1) TAYFUN OKTAR(1) ORHAN ZİYLAN(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Çift toplayıcı sistem (TS) (üriner duplikasyon) anomalisinde sık tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonuna (ÜSE) sebep olan vezikoüreteral reflü (VUR) yaklaşık %70 oranında görülmektedir. Endoskopik subüreteral enjeksiyon, bu hastaların tedavisinde uygulanan minimal invaziv bir cerrahi tedavi seçeneğidir.
Bu çalışmanın amacı komplet çift TS VUR olan olgularda subüreteral enjeksiyon tedavisinin uzun dönem sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2008-2023 yılları arasında VUR nedeniyle endoskopik subüreteral enjeksiyon uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Ameliyat notlarından çift TS VUR olan hastalar bulundu. Hasta bilgilerinden yaş, cinsiyet, VUR tarafı, preoperatif VUR derecesi, yapılan enjeksiyon sayısı, kullanılan materyal miktarı, postoperatif takip bilgileri kaydedildi. Postop takip süresi >12 ay olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda HIT/Double HIT yöntemi ve enjeksiyon materyali olarak dekstranomer hyaluronik asit kopolimeri kullanıldı. Tedavi başarısı postoperatif kontrol VCUG'da VUR rezolüsyonunun gözlenmesi ve/veya tekrarlayan ateşli idrar yolu enfeksiyonunun kesilmesi olarak kabul edildi. İnkomplet duplikasyon, eşlik eden üreterosel, nörojenik mesane ve PUV varlığı işlem başarısını etkileyeceğinden çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR

Toplamda 36 üriner duplikasyonlu hastaya subüreteral enjeksiyon uygulanmış olup, takip bilgileri eksik olan 8 hasta, inkomplet duplikasyonu olan 3 hasta, posterior üretral valvi olan 1 hasta, üreteroseli olan 1 hasta ve nörojen mesanesi olan 1 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 22 hastanın 5'i erkek (%22,7) olup ilk enjeksiyonun yapıldığı medyan yaş 7 (3-15) idi. Çift TS 9 hastada sağda iken 2 hastada bilateraldi. Preoperatif 24 renal ünitenin 9'unda (%37,5) non-dilate VUR (Grade I-II), 15'unda (%62,5) dilate VUR (Grade III-V) kaydedilmiş olup, 23 sistemde sadece alt pole, 1 sistemde ise hem alt hem de üst pole VUR gözlenmiştir. Enjeksiyon öncesi yapılan statik renal sintigrafide (DMSA), VUR saptanan 13 (%54,2) renal ünitede skar gözlenmiştir. Medyan 0.8 cc (0.3-2) dekstranomer-hyaluronik asit kopolimeri ile subureterik enjeksiyon yapılan 24 renal ünitenin, 3 ay sonraki VCUG'da 15'inde (%62,5) VUR rezolüsyonu gözlenmiş, 8'inde (%33,3) VUR derecesinde azalma, 1'sinde (%4,2) ise VUR derecesinin aynı kaldığı görülmüştür. İlk enjeksiyon sonrası VUR sebat eden 7 hastadan (%28) 6'sına ikinci kez enjeksiyon uygulanmış olup bu hastaların 5'inde VUR rezolüsyonu gözlenmiştir. İkinci enjeksiyon sonrası bilateral Grade II VUR devam eden ancak ÜSE geçirmeyen bir hasta takibe alınmıştır. İlk enjeksiyon sonrası bilateral grade III VUR saptanan ve tekrarlayan ateşli ÜSE geçiren bir hastaya ise (%4,5) bilateral üreteroneosistostomi uygulanmıştır. İlk enjeksiyon sonrası başarı oranı %62,5 (15/24 renal ünite) iken, ikinci enjeksiyon sonrası kümülatif başarı %83,3(20/24 renal ünite) olarak saptanmıştır. Subüreteral enjeksiyon sonrası medyan 36 (15-186) ay takipte, 2 hastada (%9,1) ateşli ÜSE gözlenmiştir. Tekrarlanan VCUG sonucunda VUR saptanmayan bu iki hastada takip kararı alınmış olup, her iki olguda da DMSA'da renal skar varlığı dikkat çekmiştir.

SONUÇ

Sonuçlarımıza göre çift TS VUR, subüreteral enjeksiyon ile uygulamalarıyla, üç yıllık medyan takipte %85'e yakın bir klinik başarı oranıyla tedavi edilebilmektedir.

SS-9) ERKEK İNFERTİLİTESİNDE VARİKOZ VENLERİN EPİDİDİME UZAKLIĞI SPERM PARAMETRELERİNİ ETKİLER Mİ?

NİYAZİ ÜNLÜ(1) MÜCAHİT ÇAVİŞ(1) CEM ŞENOL(1) SERDAR TOKSÖZ(1) AZİZ ANIL TAN(1)

1. ANKARA SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Cinsel aktif çiftlerde, 1 yıl korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmaması durumu infertilite olarak tanımlanır. Bu durumun %50'sinden erkek faktörü sorumlu tutulurken, infertilite nedeniyle başvuran erkeklerin %35-40'ında varikosel saptanmaktadır. Bu sebeple varikosel, erkek infertilitesinin bilinen en sık nedenidir. Fizik muayene ile saptanmayan ancak radyolojik yöntemlerle varikosel tespit edilen hastalar subklinik varikosel olarak tanımlanır. Çalışmamızın amacı infertil erkeklerin, skrotal renkli doppler ultrasonografi (USG) bulgularını tespit etmek ve elde edilen ölçümlerin semen parametrelerine etkisini ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğine 01.04-01.06.2024 tarihleri arasında infertilite nedeniyle başvuran, fizik muayene ile spontan veya valsalva sonrası dilate internal spermatik ven palpe edilmeyen 42 erkek hasta dahil edildi. Tüm hastalara semen analizi ve skrotal renkli doppler USG yapıldı. Semen parametreleri motilite (%), konsantrasyon (mn/ml), semen hacmi (ml) ve morfoloji (%) olarak belirlendi. USG'de varikosel saptanan hastalarda caput epididim-dilate internal spermatik ven uzaklığı (mm) ölçüldü. USG ile tüm hastalar aksiyel, longitidunal ve oblik düzlemlerde tarandı. Bu düzlemlerde caput epididim ve dilate internal spermatik venlerin birbirine en fazla yaklaştığı kesitlerden uzaklık ölçümü yapıldı. İstatistiksel analiz IBM SPSS Statistics V29 programında yapıldı.

BULGULAR
İnfertilite nedeniyle değerlendirilen 42 hastanın yaş ortalaması 28,9±5,0 yıl idi. Hastaların 16(%38,1)'sında solda; 1(%2,4) 'inde sağda USG ile varikosel saptandı (Tablo 1). Semen analizinde 7(%17,7) hasta azospermikti. Varikoseli olanlarda caput epididim-dilate internal spermatik ven yakınlığı ile semen analizinde yüksek (>%60) hareketsiz sperm yüzdesi tespit edildi (p=0,029). Varikosel varlığında semen analizinde ileri hareketli sperm yüzdesi düşük (<%32) saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,045; r=0,028). Caput epididim-dilate internal spermatik ven uzaklığı ile semen analizi verileri arasında yapılan korelasyon analizinde ileri hareketli sperm yüzdesi (r=-0,347), yerinde hareketli sperm yüzdesi (r:-0,129) ve sperm konsantrasyonu (r=-0,040) arasında korelasyon saptanmadı ancak hareketsiz sperm yüzdesi (r=0,623) ve semen hacmi (r=0,524) arasında hafif düzeyli korelasyon vardı (Tablo 2).

SONUÇ
Sperm hücresinin motilitesini kazandığı ve fertilizasyona hazır hale geldiği bölge epididimdir. Çalışmamız sonucunda subklinik varikoselli hastalarda caput epididim-dilate internal spermatik ven mesafesi kısaldıkça semen hacminin azalması ve hareketsiz sperm yüzdesinin artışı korelasyon gösterdi. Ayrıca varikoseli olanların; literatürle uyumlu olarak ileri hareketli sperm yüzdesinin azaldığı saptandı. Caput epididim-dilate internal spermatik ven mesafesinin sperm maturasyonunda faktör olabileceğini düşünüyoruz ancak daha geniş hasta popülasyonlarında prospektif çalışmalarla değerlendirilmesi gerekir.

-	Pearson korelasyon analizi (r)	p değeri
İleri hareketli sperm	-0.347	0.129
Yerinde hareketli sperm	-0.129	0.708
Hareketsiz sperm	0.623	0.029
Sperm konsantrasyonu	-0.040	0.757
Semen hacmi	0.524	0.700

Caput epididim-dilate internal spermatik ven mesafesi semen analizi sonuçları ile ilişkisi

	Sayı (mean)
Hasta yaşı	28,90±5,0
Varikosel varlığı	17 (%40,5)
Sperm konsantrasyonu(mn/ml)	67,00±50,70
Sperm morfolojisi(%)	4,48±4,50
Semen hacmi(ml)	2,49±1,18 ml
Sağ testis hacmi(cm^3)	12,22±4,67
Sol testis hacmi(cm^3)	11,59±3,99
Ileri hareketli sperm (%)	26,50±17,32
Yerinde hareketli sperm (%)	10,71±8,78
Hareketsiz sperm (%)	66,57±19,89

SS-10) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONRASI KLİNİK ÖNEMLİ REZİDÜ TAŞLARIN TAKİBİ: 5 YILLIK TAKİBİN ERKEN İLK SONUÇLARI, RIRSEARCH GRUBU ÇALIŞMASI

CENK MURAT YAZICI(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) KEREM TEKE(2) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(3) CEM BAŞATAÇ(4) BİLAL TUNA(5) HAKAN ÇAKIR(6) OKTAY ÖZMAN(7) ÖNDER ÇINAR(8) MURAT AKGÜL(9) EYÜP BURAK SANCAK(10) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(11) BÜLENT ÖNAL(3) HALUK AKPINAR(4)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ
5. MASLAK ACIBADEM HASTANESİ
6. FULYA ACIBADEM HASTANESİ
7. MEMORİAL SAĞLIK GRUBU
8. SAMSUN MEDİCANA HASTANESİ
9. ÜMRANİYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
11. ESKİŞEHİR ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Retrograd İntrarenal cerrahi (RIRC); yüksek taşsızlık oranlarının sağlanabildiği bir cerrahi yöntemdir. Cerrahi başarı taşsızlık oranı ile ilişkili olup, postoperatif taşsızlık tanımlaması hakkında görüş birliği yoktur. Yayınlarda farklı tanımlamalar kullanılmakta, bu durum standardizasyonun engellemektedir. Bu anlamda klinik anlamlı rezidü fragman (RF) tanımlaması hem standardizasyon hem de cerrahi başarıyı göstermede önemlidir. Bu çalışmada, RIRC sonrası klinik anlamlı RF boyutunun kaç mm olduğunun tespiti, hastaların 5 senelik takip sonuçlarına göre değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

RIRSearch çalışma grubu verilerinden 2019 öncesi RIRC uygulanan ve postoperatif 1. ayda kontrastsız abdominopelvik tomografisi (KAPBT) olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Düzenli kontrolü olan ve son 3 ay içerisinde KAPBT bulunan hastaların verileri direkt çalışmaya alındı. Takipsiz olan hastalar hastaneye davet edilerek değerlendirmeleri yapıldı ve KAPBT çekildi. Kontrole gelmeyen veya tomografi çektirmek istemeyen hastalar çalışmadan çıkartıldı. Hastaların ortalama takip süreleri 71.4 ± 13.6 aydı. Hastaların postoperatif erken dönem ile günümüze yakın dönem görüntülemelerindeki taş durumları karşılaştırıldı. Takip sürecinde taş nedeniyle girişim/ hastaneye yatış hikayeleri sorgulandı ve E-nabız verilerinden kontrol edildi. Süreç içerisinde tekrar taş cerrahisi geçiren hastaların verileri ayrı olarak değerlendirildi ve taş boyut takip değerlendirilmesi çıkartıldı. Cerrahi sonrası taş boyutlarına göre taşsızlık oranları 3 sınıfa ayrılarak (0 mm, 0-2 mm ve 2.1-4 mm RF) incelendi, 4.1 mm üzeri RF cerrahi başarısızlık olarak kabul edildi. Hastaların günümüzdeki üriner sistem taş durumları takip başındaki cerrahi sonrası taş durumları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışma kriterlerine uyan toplam 132 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 10'unun süreç içerisinde üriner sistem taş hastalığı nedeniyle opere edildiği görülerek ayrı değerlendirmeye alındı. Toplam 16 hasta kontrole gelmedi veya tomografi çektirmek istemedi. Sonuçta toplam 106 (% 80,3) hastanın verileri çalışmaya alındı (Tablo 1).

Postoperatif erken dönemde 33 hastada RF kalmadığı, 8 hastada 0-2mm, 7 hastada 2-4,1 mm ve 58 hastada >4,1 mm RF görüldü. Postoperatif tam taşsız olan hastaların %15,2'sinde 5 yıl içinde 4 mm'den büyük taş oluştuğu görüldü. RF boyutu arttıkça >4 mm taş oluşma oranlarının arttığı görüldü. Ancak RF boyutu 2-4 mm olan hastalarda bile >4 mm taş oluşma oranının %30'dan az olduğu gözlendi. Klinik anlamlı taş boyutu olarak 4 mm ve üzeri taş kabul edildiğinde postoperatif <2mm ve >2mm taş grupları arasında istatistiksel anlamlı fark oluştuğu görüldü (p=0.001) Takipte tekrar taş cerrahisi uygulanan toplam 10 hastanın %60'ının ilk cerrahi sonrası RF boyutunun >4 mm olan hasta grubundan olduğu görüldü ancak bu grup içerisinde bulunan toplam 64 hastadan sadece 6'sının (%9,4) tekrar cerrahiye gitmek zorunda kaldığı gözlendi (Tablo 2).

SONUÇ

RIRC sonrası <2mm RF olan hastaların 5 yıllık takip sürecinde klinik anlamlı taş oluşma oranlarının düşük olduğu, RF boyutu arttıkça klinik anlamlı taş oluşma oranlarında artış olduğu görüldü. İstatistiksel fark görülse de 2-4 mm RF olan hastaların sadece üçte birinde klinik anlamlı taş oluştuğu tespit edildi. RIRC sonrası <2mm RF başarılı, 2-4 mm RF ile de rölatif başarılı olarak tanımlanabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1. Çalışmadaki hastaların demografik ve klinik verileri

	Tüm Hastalar	Tam Taşsız	0-2 mm Rezidü	2.1-4mm Rezidü	≥4.1 mm Rezidü
Hasta Sayısı (n)	106	33	8	7	58
Yaş (ortalama ± SS)	50.8 ± 14.0	48.4 ± 14.0	48.3 ± 13.1	50.4 ± 14.0	55.6 ± 14.3
Cinsiyet (n, %)					
Erkek	64 (%60,4)	20 (%60,6)	3 (%37,5)	5 (%71,4)	36 (%62,1)
Kadın	42 (%39,6)	13 (%39,4)	5 (%62,5)	2 (%28,6)	22 (%37,9)
VKİ kg/m^2 (ortalama ± SS)	27.3 ± 4.7	26.2 ± 4.8	27.2 ± 4.9	32.3 ± 4.8	27.8 ± 5.3
ESL Öyküsü (n, %)	41 (%38,7)	12 (%36,4)	3 (%37,5)	4 (%57,1)	22 (%37,9)
CCI					
0-1	48 (%45,3)	16 (%48,5)	3 (%37,5)	4 (%57,1)	25 (%43,1)
≥2	58 (%54,7)	17 (%51,5)	5 (%62,5)	3 (%42,9)	33 (%56,9)
Taş Lokasyonu (n, %)					
Üst Pol	1 (%0,9)	1 (%3,0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Orta Zon	4 (%3,8)	1 (%3,0)	1 (%12,5)	1 (%14,2)	1 (%1,7)
Alt Pol	11 (%10,4)	3 (%9,1)	0 (%0)	2 (%28,6)	6 (%10,3)
Renal Pelvis	18 (%17,0)	8 (%24,2)	2 (%25,0)	2 (%28,6)	6 (%10,3)
Üst Üreter	26 (%24,5)	12 (%36,5)	3 (%27,5)	0 (%0)	11 (%19,0)
Multipl Lokasyon	46 (%43,4)	8 (%24,2)	2 (%25,0)	2 (%28,6)	34 (%58,7)
HU (ortalama ± SS)	1054.8 ± 301.5	969.8 ± 303.2	1161.9 ± 306.3	901.4 ± 305.2	1109.2 ± 312.1
Taş Adeti (n, %)					
Tek	63 (%59,4)	26 (%78,8)	6 (%75,0)	2 (%28,6)	29 (%50,0)
Multipl	43 (%40,6)	7 (%21,2)	2 (%25,0)	5 (%71,4)	29 (%50,0)
Taş Hacmi (mm^3) (ortalama ± SS)	1431.1 ± 929.5	762.5 ± 679.4	1268.2 ± 967.6	1098.4 ± 977.5	2029.5 ± 1434.5
Preoperatif Hidronefroz (n, %)	45 (%42,5)	11 (%33,3)	4 (%50,0)	5 (%71,4)	25 (%43,1)
Operasyon Süresi (dk) (ortalama ± SS)	74.0 ± 28.9	57.7 ± 28.8	71.0 ± 22.5	70.6 ± 26.7	80.6 ± 26.8
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	2.2 ± 1.4	3.6 ± 2.5	1.9 ± 0.3	2.5 ± 2.3	1.9 ± 0.7
İkinci Tedavi Gereksinimi (n, %)	42 (%39,6)	6 (%18,2)	3 (%37,5)	2 (%28,6)	31 (%53,4)

Tablo 2. Postoperatif 1. Ay ve 5. Sene rezidü taş durumunun karşılaştırılması

		Postoperatif 1. Ay				
		Taşsız	0-2 mm rezidü	2-1-4mm rezidü	>4.1 mm rezidü	Toplam
Postoperatif 5. sene	Taşsız	23 (%69,7)	5 (%62,5)	2 (%28,6)	11 (%19,0)	41
	0-2 mm	3 (%9,1)	0 (0)	1 (%14,3)	6 (%10,3)	10
	2-1-4mm	2 (%6,1)	2 (25)	2 (%28,6)	4 (%6,9)	10
	>4.1 mm	5 (%15,2)	1 (12,5)	2 (%28,6)	37 (%63,8)	45
	Toplam	33	8	7	58	106
	Postop operasyon (n, %)	3 (%9,1)	1 (%12,5)	0 (%0)	6 (%10,3)	10 (%9,4)

SS-11) ERKEKLERDE İŞEME SONRASI KALAN İDRARLA BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINDA ELDE EDİLEN PARAMETRELERİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(2) BAHADIR KAĞAN KALYONCU(2)
ONUR CAN ÖZKAN(2) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TUFAN TARCAN(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Alt üriner sistem (AÜS) semptomlu hastaların değerlendirilmesinde ürodinamik çalışmalar altın standart hale gelmiştir. Özellikle basınç akım çalışmalarında (BAÇ) elde edilen parametreler detrusor kontraktilitesinin ve mesane çıkım tıkanıklığının ortaya konulmasında yardımcıdır. Ancak literatür taraması yapıldığında BAÇ parametreleri ile işeme sonrası kalan idrar (İSKİ) miktarı arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmamızda çeşitli zamanlarda elde edilmiş İSKİ miktarı değerlerinin; BAÇ parametreleri, dolum sistometrisi ve üroflovmetride (UF) elde edilen değerler ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

01.2024-05.2024 tarihleri arasında AÜS semptomları nedeniyle kliniğimize başvuran hastaların demografik bilgileri, çeşitli zamanlarda elde edilmiş İSKİ miktarı değerleri, ürodinamideki sistometri, BAÇ değerleri ve UF sonuçları retrospektif olarak tarandı. Kadın ve çocuk hastalar, 40 yaş altı hastalar, bilinen nörolojik hastalık öyküsü olanlar çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya 85 hasta dahil edildi. Hastalar BAÇ'ta elde sonuçlara göre normoaktif, underaktif, obstrüktif olmak üzere 3 alt gruba ayrıldı. Gruplar UF ve İSKİ miktarı değerleri açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların ortanca yaş değeri 60,98 (40-85) yıldı. Hastaların %20'si diabet hastasıydı, %22,35'inin retansiyon öyküsü mevcuttu, %18,82'sinde geçirilmiş ürogenital cerrahi öyküsü vardı. Grupların ürodinami sonuçları değerlendirildiğinde BAÇ sonrası İSKİ miktarı, BAÇ'ta elde edilen Qmax, PdetQmax ve sistometrideki Pdetmax değerleri açısından anlamlı fark izlendi (sırasıyla p:0,037, p:<0,001, p<0,001 , p:0,003) . Ancak dolum fazındaki maksimum sistometrik kapasite, diğer İSKİ miktarı değerleri ve UF'de karşılaştırılma yapılan maksimum işeme hacmi, Qmax, işeme süresi açısından anlamlı fark izlenmedi (Tablo 1). Hastaların BAÇ sonrası İSKİ değerleri >100 ml , 100-200 ml, 200-300 ml, >300 ml olarak 4 alt gruba analiz yapıldığında; >100 ml değerinin gruplar arasında anlamlı şekilde ayırt edici olduğu görüldü (p:0,03) (Tablo 2).

SONUÇ

Alt üriner sistem semptomları ile başvuran erkek hastaların BAÇ sonrası ölçülen İSKİ miktarlarının BAÇ'ta elde edilecek sonucu ön görebileceğini saptadık. Alt grup analizi olarak BAÇ sonrası İSKİ miktarında >100 ml değerinin ayırım noktası olarak kabul edilebileceğini hesapladık. Basınç akım çalışmasındaki sonuçlara göre UF ve diğer zamanlarda elde edilen İSKİ miktarı değerlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi açısından bu konuda daha geniş gruplarla çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

-	Normoaktif Grup (n:22)	Underaktif Grup (n:39)	Obstrüktif Grup (n:24)	P değeri
Herhangi bir İSKİ (ml)	10,5 (0-423)	59 (0-425)	114 (0-400)	0,324
ÜD öncesi İSKİ (ml)	20 (0-160)	5 (0-470)	35 (0-500)	0,598
BAÇ sonrası İSKİ (ml)	61 (0-364)	179 (0-573)	114,5 (0-434)	0,037
BAÇ- Qmax (ml/sn)	12,05 (6,9-21,7)	5,4 (1-17,4)	4,9 (1,1-10,6)	<0,001
BAÇ- PdetQmax (cmH2O)	40,5 (0-66)	31 (3-53)	92 (53-205)	<0,001
Dolum- Pdetmax (cmH2O)	5 (0-96)	10 (0-127)	25 (0-150)	0,003
Maximum Sistometrik Kapasite (ml)	434 (116-619)	399 (76-662)	370,5 (139-700)	0,576
UF-Qmax (ml/sn)	5,05 (3,5-8,6)	7,6 (4,6-13,5)	9,05 (7,5-10,6)	0,190
UF- İşeme Hacmi (ml)	94,5 (60-183)	168,5 (59-308)	256 (133-379)	0,184
UF- İşeme Süresi (sn)	60,5 (46-82)	82 (35-202)	62,5 (48-77)	0,338

Gruplara Göre Parametrelerin Karşılaştırılması

Tablo 2. BAÇ Sonrası İSKİ Değerlerinin Alt Gruplara Göre Karşılaştırılması

BAÇ sonrası İSKİ (ml)	**Normoaktif Grup**	**Underaktif Grup**	**Obstrüktif Grup**	**P değeri**
>100 ml (n:44)	168,5 (101-364)	276 (131-573)	264 (104-434)	**0,03**
100-200 ml (n:15)	116 (101-175)	144 (100-179)	128 (104-148)	0,619
200-300 ml (n:12)	222 (214-230)	227,5 (210-276)	258 (255-261)	0,234
>300 ml (n:18)	364	404 (334-573)	395 (323-434)	0,492

SS-12) DOLUM SİSTOMETRİNDE DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTESİ VE MESANE KOMPLİYANSININ YORUMLANMASININ GÖZLEMCİLER ARASINDAKİ TUTARLILIĞI

ONUR CAN ÖZKAN(1) YUNUS EMRE GENÇ(1) MOHAMMAD YASİR SAHAK(1)
AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) KAMİL ÇAM(1) TUFAN TARCAN(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Uygun endikasyonlar altında alt üriner sistem değerlendirilmesinde altın standart yöntem olan ürodinamik çalışmaların deneyimli uzmanlar tarafından dikkatli bir şekilde yorumlanması önerilmektedir. Basınç akım çalışmalarının yorumlamalarında gözlemciler arası ve hatta gözlemciler içerisinde uyumun düşük olduğu raporlanmıştır. Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce dolum sistometrisi parametrelerinin gözlemciler arası tutarlılığına dair bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile detrusor aşırı aktivitesi (DAA) ve mesane kompliyansının gözlemciler arasındaki tutarlılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024-Mayıs 2024 tarihleri arasında alt üriner sistem semptomları nedeniyle polikliniğimize başvuran ve havalı sistem ürodinami cihazı ile dolum sistometrisi yapılan yetişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Nörolojik hastalığı olanlar, verileri eksik olanlar ve 2016 International Continence Society (ICS) iyi ürodinami pratiği ve terminoloji rehberine uygun olmayan ürodinamik incelemeler çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, geçirilmiş cerrahileri, retansiyon öyküsü, komorbiditeleri, ürodinami öncesi işeme sonrası kalan idrar miktarı, sistometride DAA varlığı ve tipi, sistometrik kapasite ve maksimum detrusor basınçları retrospektif olarak incelendi. Tüm ürodinamik çalışmalar aynı klinikte çalışan ve nöroüroloji alanında tecrübeli 4 ürolog tarafından değerlendirildi. Gözlemciler arasında DAA varlığı (DAA yok, fazik DAA, terminal DAA) ile mesane kompliyansı (normokompliyan, hipokompliyan) yorumlamalarının tutarlığı SPSS 26.0 programı kullanılarak Fleiss'ın Kappa Testi ile kıyaslandı.

BULGULAR

282 sistometrik incelemenin 18 tanesi ICS iyi ürodinami pratiğine uygun standartlarda olmaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Ortanca yaşları 59 yıl (19-91) olan 264 hasta
(69 kadın (%26), 195 erkek (%74)) çalışmaya dahil edildi. 36 hastanın (%13) bilinen diabetes mellitus tanısı, 52 hastanın (%20) üriner retansiyon öyküsü ve 46 hastanın (%17) geçirilmiş ürolojik cerrahisi olduğu gözlendi. 264 hastanın sistometri eğrileri 4 gözlemci tarafından değerlendirildiğinde DAA ve kompliyans parametreleri için p değeri gözlemciler arasında 0.001 olarak sonuçlandı, kappa skorları ise DAA için 0.564 olmak üzere zayıf korelasyon, kompliyans için ise 0.395 olmak üzere minimal korelasyon düzeyinde olduğu görüldü (Şekil 1).

SONUÇ

Bu çalışmada dolum sistometrisi sırasındaki parametrelerin yorumlanması aşamasında da gözlemciler arası tutarlılıklarının düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda yapılacak prospektif çok merkezli çalışmalar ile bu yorumlamaların standardize edilmesi amacıyla çeşitli nomogramlar ve kestirim değerlerine ihtiyaç olduğu açıktır.

Tablo 1. Dolum sistometrinde detrusor aşırı aktivitesi ve kompliyans parametrelerinin gözlemcilerin yorumları ve tutarlılıkları

Tüm hastalar (n=264)	Detrusor aşırı aktivitesi (DAA)			Kompliyans	
	DAA yok	Fazik DAA	Terminal DAA	Normokompliyan	Hipokompliyan
Gözlemci-1 (n, %)	161 (%61)	54 (%20)	39 (%15)	197 (%75)	67 (%25)
Gözlemci-2 (n, %)	169 (%64)	48 (%18)	32 (%12)	233 (%88)	31 (%12)
Gözlemci-3 (n, %)	175 (%66)	76 (%29)	12 (%5)	183 (%69)	81 (%31)
Gözlemci-4 (n, %)	168 (%64)	61 (%23)	35 (%13)	137 (%52)	127 (%48)
P değeri	<0.001			<0.001	
Kappa skoru	0.564			0.395	
Tutarlılık düzeyi	Zayıf korelasyon			Minimal korelasyon	

SS-13) SPİNA BİFİDALI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜRKER ALTUNTAŞ(1) EMİN İMANLI(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) ERSİN GÖKMEN(2)
ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) TUFAN TARCAN(1) SELÇUK YÜCEL(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Literatürde spina bifidalı çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçen çalışmalar mevcuttur. Aynı zamanda noktürnal enürezis, aşırı aktif mesane gibi non-nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonu etiyolojisine sahip çocukların ebeveynlerinde anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar da raporlanmıştır. Bu çalışmada bildiğimiz kadarıyla ilk kez spina bifidalı çocukların üriner sistem semptom ve bulgularının ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

GEREÇ-YÖNTEM

10.2024-12.2024 tarihleri arasında spina bifida nedeniyle ile takipli hastaların demografik bilgileri, üst üriner sistem (ÜÜS) hasarını gösteren dimerkaptosüksinik asit statik böbrek sintigrafi (DMSA), üriner ultrasonografi (USG), voiding sistoüretrografi (VCUG) sonuçları kaydedildi. Çocuk ile primer ilgili ebeveynlere semptom skorlamaları verilerek anksiyete ve depresyon skorları hesaplandı. Ebeveynlerde bu semptomların değerlendirilmesinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı. DMSA'da renal skar saptanan, hidronefrozu veya vezikoüreteral reflüden (VUR) en az birinin olması olan hastalarda ÜÜS hasarı olarak kabul edildi. Hastalar demografik veriler ve ÜÜS hasarı, ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) öyküsü, inkontinans, motor defisit varlığına göre alt gruplara ayrıldı. Mevcut gruplar kendi aralarında anksiyete ve depresyon skorları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların ortanca yaş değeri 9 yıldı. Çalışmadaki 40 hastanın 19'u (%47,5) erkek, 21'i (%52,5) kızdı. Çocuklar ile primer ilgilenen ebeveynlerin 32'si (%80) annelerdi. Demografik verilerdeki alt gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 1). Ardından hastalar ürolojik semptom ve bulgularına göre alt gruplara ayrılıp değerlendirildi. İnkontinansı olan çocuklarda HAD anksiyete ve depresyon skorlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla p:0,028, p:0,029). Motor defisit varlığı, ÜÜS hasarı, ateşli İYE öyküsü açısından yapılan alt grup analizlerinde anlamlı sonuç elde edilemedi (Tablo 2).

SONUÇ

İnkontinansı olan spina bifidalı çocukların ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon semptomlarında artma olduğu görüldü. Ancak ÜÜS hasarı, motor defisit varlığı, ateşli İYE öyküsü varlığı gibi hipotezimize göre anksiyete ve depresyon semptomlarını arttırmasını beklediğimiz durumlar için alt gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Özellikle hayat kalitesini etkileyen üriner inkontinansın bu grup çocukların izlemi sırasında her kontrollünde ayrıntılı bir şekilde sorgulanmasını ve değerlendirilmesini önermekteyiz

-		HAD Anksiyete Skoru	HAD Depresyon Skoru	BECK Anksiyete Skoru
Kardeş Sayısı	1 çocuk (n:6)	10 (7-15)	9 (4-15)	9 (4-15) 20,5 (4-21)
-	2 çocuk (n:20)	8 (2-15)	7 (0-13)	8 (0-27)
-	>2 çocuk (n:14)	7,5 (2-10)	6 (2-13)	6 (0-24)
-	P değeri	0,318	0,462	0,248
Ebeveyn Yaşı	<35 (n:13)	8 (2-15)	7 (4-15)	11 (0-27)
-	?35 (n:27)	8 (3-12)	8 (0-13)	8 (0-24)
-	P değeri	0,28	0,816	0,434
Çocukların Eğitim Düzeyi	Okul öncesi (n:12)	9 (2-15)	6,5 (2-15)	20 (0-27)
-	İlkokul / Ortaokul (n:15)	8 (2-15)	6 (0-13)	6 (0-18)
-	Lise (n:13)	8 (4-10)	8 (2-11)	8 (1-21)
-	P değeri	0,375	0,641	0,207

Demografik Bilgilere Göre Anksiyete ve Depresyon korları Karşılaştırılması

Tablo -2.-Üriner Sistem Semptomları ve Motor Sistem Hasarı ile Anksiyete ve Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

		HAD Anksiyete Skoru	HAD Depresyon Skoru	BECK Anksiyete Skoru
ÜÜS Hasarı Varlığı	Var (n: 20)	7,5 (2-15)	7 (0-13)	6 (0-21)
	Yok (n: 20)	9 (2-15)	7 (1-15)	13 (0-27)
	P değeri	0,11	0,881	0,132
Ateşli İYE Öyküsü	Var (n:7)	8 (6-15)	6 (0-15)	6 (4-21)
	Yok (n: 33)	8 (2-15)	7 (1-13)	8 (0-27)
	P değeri	0,692	0,971	0,789
İnkontinans	Var (n:20)	9 (2-15)	9 (2-15)	6,5 (0-24)
	Yok (n:20)	8 (2-15)	7 (0-15)	8 (0-27)
	P değeri	**0,028**	**0,029**	0,745
Motor Defisit	Var (n:30)	8 (2-15)	7,5 (0-15)	7,5 (0-21)
	Yok (n:10)	9,5 (4-14)	6 (2-13)	13,5 (0-27)
	P değeri	0,077	0,683	0,616

SS-14) PROSTAT KANSERİNDE PELVİK LENF NODU TUTULUMUNU PREDİKTE EDECEK FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI VE LENF NODU DİSEKSİYONU KARARI İÇİN NOMOGRAMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) SAİD ERKAM BIYIKOĞLU(1) SERTAÇ ASA(1) İCLAL GÜRSES(1) EMRE AKKUŞ(1) LEVENT KABASAKAL(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada prostat kanseri (PK) nedeniyle radikal prostatektomi ve genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu (ePLND) yapılan hastalarda patolojik lenf nodu tutulumunu (pN1) predikte edecek faktörlerin araştırılması ve ePLND kararında kullanılan nomogramların (Briganti 2012, Briganti 2017, MSKCC ve Amsterdam-Brisbane-Sydney) karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2018 ile 2023 yılları arasında kliniğimizde PK nedeniyle radikal prostatektomi ve ePLND uygulanan 191 hastanın verisi geriye dönük incelendi. pN1'i öngörmek ve nomogramları karşılaştırmak için, klinik, histopatolojik, prostat spesifik membran antijeni pozitron emisyon tomografisi (PSMA/PET-BT) bulguları (PRIMARY skoru, SUVmaks değerleri) ve multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemesi (MpMR) bulguları analiz edildi. İstatistiksel analiz için Mann-Whitney U testi, ki kare testi, çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı. İkincil analiz olarak, 139 hastada, PSMA/PET-BT'deki semikantitaf parametrelerin Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramına eklenmesiyle oluşturulan yeni modellerin performansı, alıcı işlem eğrisi analizi altında kalan alanla (AUC) değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 35'inde (%18,3) pN1 saptandı. Biyopside pozitif ve ISUP?2 kor yüzdesi, klinik evre, PSMA/PET-BT'de lenf nodu tutulumu durumu, MpMR'ye dayalı klinik evre ve maksimum indeks lezyon çapı pN1 grubunda anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Briganti 2012, Briganti 2017, MSKCC, Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramlarının AUC değerleri sırasıyla 0,751, 0,722, 0,725, 0,862 saptandı. 139 hastayla yapılan ikincil analizde PRIMARY skoru pN1 grubunda anlamlı olarak yüksekti ($p=0,011$). Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramına PRIMARY skoru eklenerek oluşturulan yeni modelin AUC değeri diğer modellere göre daha yüksek olarak 0,870'ti.

SONUÇ

Kohortumuzda Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramının performansını Briganti 2012, Briganti 2017 ve MSKCC nomogramlarından üstün bulduk. PRIMARY skorunu Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramına eklediğimizde bu nomogramın performansında artış izledik. PRIMARY skoru ve Amsterdam-Brisbane-Sydney nomogramı pN1'i öngörmede umut vadetmektedir. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla PRIMARY skoru ile patolojik lenf nodu tutulumu ilişkisini araştıran ilk çalışmadır.

Tablo 1: Klinikopatolojik Veriler

Hasta sayısı (n=191)	pN0 (n=156)	pN1 (n=35)	p
Yaş medyan (C_1-C_3)	65.5 (59-70)	65.0 (59-70)	0.868*
PSA medyan (C_1-C_3)	8.57 (5.7-14.75)	10.10 (6.7-18.0)	0.088*
PSAD medyan (C_1-C_3)	0.22 (0.13-0.38)	0.24 (0.13-0.55)	0.212*
Biyopside Pozitif Kor Yüzdesi medyan (C_1-C_3)	0.44 (0.25-0.64)	0.58 (0.42-0.80)	**0.006***
ISUP ≥ 2 Pozitif Kor Yüzdesi medyan (C_1-C_3)	0.25 (0.12-0.33)	0.33 (0.25-0.50)	**<0.001***
Biyopsi ISUP Grade Group, n (%)			
1	22 (14.1)	1 (2.9)	
2	55 (35.2)	12 (34.3)	
3	46 (29.5)	10 (28.6)	0.273**
4	24 (15.4)	9 (25.6)	
5	9 (5.8)	3 (8.6)	
Klinik Evre, n (%)			
cT1	75 (48.1)	11 (31.4)	
cT2	70 (44.9)	17 (48.6)	**0.031****
cT3	11 (7.0)	7 (20.0)	
EAU Risk Sınıflaması, n (%)			
Düşük	11 (7.1) (100)	0 (0.0)	
Orta	93 (59.6) (89)	12 (34.3) (11)	**0.001****
Yüksek	52 (33.3) (69)	23 (65.7) (31)	
MR Bulguları			
Radyolojik Evre, n (%)			
T1	10 (6.4)	1 (2.9)	
T2	134 (85.9)	24 (68.6)	**0.009****
T3a	5 (3.2)	2 (5.7)	
T3b	7 (4.5)	8 (22.8)	
PI-RADS Skoru, n (%)			
1	3 (1.8)	0 (0.0)	
2	7 (4.5)	1 (2.8)	
3	9 (5.8)	3 (8.6)	**0.106****
4	77 (49.4)	10 (28.6)	
5	60 (38.5)	21 (60.0)	
Maksimum İndeks Lezyon Çapı medyan (C_1-C_3)	13.0 (10-16)	19 (12-28.5)	**<0.001***
PSMA PET Bulguları			
PET'te Lenf Tutulumu Varlığı, n (%)			
ositN0	149 (95.5)	19 (54.3)	**<0.001****
ositN1	7 (4.5)	16 (45.7)	

*Mann Whitney U Testi; **Ki kare Testi

Tablo 2: Nomogramların Harici Doğrulaması

Nomogram (kesme değeri)	Duyarlılık	Seçicilik	PPV	NPV	AUC (%95 Güven Aralığı)
Briganti-12 (%5)	94.29	39.74	25.98	96.88	0.751 (0.676-0.826)
Briganti-17 (%7)	85.71	48.08	27.03	93.75	0.722 (0.641-0.803)
MSKCC (%7)	80.00	45.16	24.78	90.91	0.725 (0.643-0.807)
Amsterdam- Brisbane-Sydney (%7)	91.43	61.54	34.78	96.97	0.862 (0.794-0.929)

*Kesme değerleri Briganti 2012 nomogramı için %5, diğer nomogramlar için %7

Tablo 3: Nomogramların Harici Doğrulaması

	Hasta Sayısı, n	pN0 (%) (Doğru karar)	pN1 (%) (Yanlış karar)
Briganti-12		n (%)	n (%)
<%5	64	62 (96,9)	2 (3,1)
<%7	82	77 (93,9)	5 (6,1)
<%10	103	97 (94,2)	6 (5,8)
<%15	130	113 (88,5)	15 (11,5)
Briganti-17			
<%5	74	69 (93,2)	5 (6,8)
<%7	80	75 (93,8)	5 (6,2)
<%10	92	84 (91,3)	8 (8,7)
<%15	109	97 (89)	12 (11)
MSKCC			
<%5	61	59 (96,7)	2 (3,3)
<%7	78	71 (91)	7 (9)
<%10	94	87 (92,6)	7 (7,4)
<%15	117	106 (90,6)	11(9,4)
Amsterdam-Brisbane-Sydney			
<%5	63	61 (96,8)	2 (3,2)
<%7	99	96 (97)	3 (3)
<%10	136	126 (92,6)	10 (7,4)
<%15	151	139 (92,1)	12 (7,9)

Tablo 4: PSMA/PET-BT Verileri

Hasta sayısı (n=139)	pN0 (n=114)	pN1 (n=25)	p
PSMA PET Bulguları			
PSMA/PET'te Lenf Tutulumu Varlığı, n (%)			
ositN0	109 (95.6)	13 (52.0)	**<0.001****
ositN1	5 (4.4)	12 (48.0)	
PRIMARY Skoru, n (%)			
1	6 (5.2)	0 (0.0)	
2	9 (7.9)	0 (0.0)	
3	10 (8.8)	0 (0.0)	**0.011****
4	53 (46.5)	11 (44.0)	
5	36 (31.6)	14 (56.0)	
İntraprostatik SUVmax medyan (C_1-C_3)	8.57 (5.35-15.60)	12.59 (8.03-27.23)	**0.004***
İntraprostatik SUVmean medyan (C_1-C_3)	4.49 (2.61-7.08)	7.93 (4.47-15.38)	**0.006***
Lenf Nodu SUVmax medyan (C_1-C_3)	5.02 (3.94-17.85)	19.61 (2.99-32.98)	0.827*
Lenf Nodu SUVmean medyan (C_1-C_3)	2.76 (2.22-24.98)	12.63 (1.34-20.78)	0.913*

*Mann Whitney U Testi; **Ki kare Testi

Tablo 5: Yeni Modellerin AUC Değerleri

	AUC (%95 Güven Aralığı)
Amsterdam Brisbane Sydney	0.862 (0.794-0.929)
Amsterdam Brisbane Sydney+ Primer Tümör SUVmax	0.854 (0.788-0.941)
Amsterdam Brisbane Sydney+ Primer Tümör SUVmean	0.853 (0.767-0.939)
Amsterdam Brisbane Sydney+ PET PRIMARY Skor	0.870 (0.791-0.949)

SS-15) YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNDE NEOADJUVAN KEMOHORMONAL TEDAVİ

ÖMER FARUK BAHADIR(1) CENK YÜCEL BİLEN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Yüksek riskli prostat kanserinde neoadjuvan kemohormonal tedavinin sağ kalım, tümör derecesinde gerileme, fonksiyonel sonuçlar gibi çeşitli parametreler üzerine etkisini araştırmak

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 2000-2023 yılları arasında prostat kanseri tanısı alarak retropubik radikal prostatektomi ya da robot yardımlı radikal prostatektomi yapılan 1701 adet prostat kanseri hastasından metastatik olmayan ve D'Amico risk sınıflamasına göre yüksek risk grubuna giren (PSA >20 ng/mL veya ISUP derece 4-5 veya klinik T2c-4 veya N+) 107 hasta dahil edildi. Hastalar neoadjuvan kemohormonal tedavi (3 haftada bir 75 mg/m2 Dosetaksel, 3 ayda bir Leuprolid 22,5 mg) almış, ardından cerrahi tedavi uygulanmış veya neoadjuvan tedavi uygulanmadan cerrahi tedavi almıştı. Gruplar arasında biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım, genel sağkalım, metastazsız sağkalım, tümör derecesinde gerileme, kontinans ve erektil fonksiyonel sonuçlar gibi çeşitli parametreler karşılaştırıldı.

BULGULAR
172 hastanın 35'i neoadjuvan tedavi almış, 72'sine ise yalnızca cerrahi tedavi uygulanmıştı. Medyan takip süresi 34,5 (4-140) aydı. Multimodal tedavi grubunda 15 (%44,1) kişide, monoterapi grubunda 28 (%40,6) kişide biyokimyasal nüks görüldü. 5 yıllık biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım oranları monoterapi grubu için %45,4 ± %8,3 multimodal tedavi grubu için %41,9 ± %12,1 olarak hesaplandı (HR: 0,79, %95 GA: 0,41-1,52, p=0,494). Lenf nodu tutulumu olan multimodal tedavi grubu hastalarda 2 yıllık BRS oranı %63,0 ± %12,3 iken monoterapi grubu hastalarda %20,0 ± %17,9 idi (HR: 0,16, %95 GA: 0,03-0,74, p=0,019). Multimodal tedavi grubunda 8 kişide (%22,8), Olumsuz Olaylar İçin Ortak Terminoloji Kriterleri (Common Terminology Criteria for Adverse Events; CTCAE) sınıflamasına göre derece 3 ve 4 yan etki görüldü. Tedaviye bağlı ölüm ve sekonder kanser gelişimi görülmedi. Clavien Dindo sınıflamasına göre multimodal tedavi grubunda 5 (%14,2) kişide derece 2, 3 (%8,5) kişide derece 3 komplikasyon görüldü. Monoterapi grubunda ise 3 (%4,1) kişide derece 2, 1 (%1,4) kişide derece 3, 1 (%1,4) kişide ise derece 4 komplikasyon görüldü. Hasta grupları arasında cerrahi komplikasyonlar açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,245).

SONUÇ
Bulgular neoadjuvan kemohormonal tedavinin cerrahi komplikasyonları artırmadan ve tolere edilebilir yan etki oranları ile yüksek riskli PK hastalarında güvenli bir şekilde kullanılabileceği ve lenf nodu invazyonu olan yüksek riskli PK hastalarında biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım süresini uzatacağını destekliyordu. Genel sağ kalım ve metastazsız sağ kalım açısından ise neoadjuvan tedavinin bir avantaj sağlamadığı bulunmuştur.

-	NAKHT grubu	Cerrahi grubu	P değeri
Medyan takip süresi (ay)	33 (4-140)	37 (6-83)	0.335
Metastaz	5 (%14.3)	5 (%6.9)	0.290
PSA nüksü	15 (%44.1)	28 (%40.6)	0.215
Mortalite	2 (%5.7)	6 (%8.2)	0.719

Takip verileri

SS-16) PROSTAT KANSERİNDE PSMA PET-BT TABANLI PRIMARY SKORLARININ PATOLOJİK DERECELENDİRMEDEKİ VE LOKAL EVRELEMEDEKİ ROLÜ

BÜLENT ÖNAL(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) GÖKTUĞ KALENDER(1)
SAİD ERKAM BIYIKOĞLU(1) SERTAÇ ASA(1) EMRE AKKUŞ(1) LEVENT KABASAKAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Prostat-spesifik mebran antijen pozitron emisyon bilgisayarlı tomografisi (PSMA/PET-BT) orta ve yüksek riskli prostat kanseri (PK) tanılı hastalarda sistemik evrelemede standart olarak kullanılmakta ve lokal evrelemede umut vadetmektedir. Bu çalışmanın amacı, nihai patolojide derece atlamasını (upgrade) öngörmede ve lokal evrelemede PSMA/PET-BT'nin rolünü araştırmak, PSMA/PET-BT'ye dayalı PRIMARY skorunun performansını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

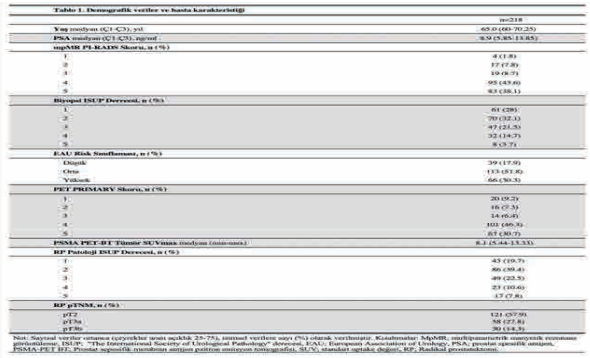
Kliniğimizde, 2017-2024 yılları arasında sistemik biyopsi ile PK tanısı alan ve radikal prostatektomi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Preoperatif dönemde PSMA/PET-BT görüntülemeleri yapılmış olan 218 hasta çalışmaya dahil edildi. Klinik önemli kanseri belirleme açısından, prostat biyopsisinde ISUP derece 1-2 PK saptanıp nihai patolojide ISUP derece 3-5 PK saptanması derece atlaması (upgrade) olarak tanımlandı. Derece atlaması olan ve olmayan gruplarda klinik bulgular ve görüntüleme bulguları karşılaştırıldı. PRIMARY skorunun, tüm grupta derecelendirmedeki ve lokal evrelemedeki (seminal vezikül invazyonu ve ekstrakapsüler yayılım) rolü araştırıldı. İstatistiksel analiz için Mann-Whitney U testi, ki kare testi ve Fisher Exact testi yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 218 hastanın medyan yaşı 65 (60-70.2), medyan PSA değeri 8.9'du (5.85-13.85). Prostat biyopsisinde 131 (%60) hastada ISUP derece 1-2 PK saptanırken, 87 (%40) hastada ISUP derece 3 ve üzeri PK saptandı. Prostat biyopsisinde ISUP 1-2 PK saptanan 131 hastanın 31'inin (%23.7), nihai patolojide ISUP derece 3-5 PK'ye upgrade olduğu görüldü. Bu 31 hastanın, SUVmaks median değerleri ve PRIMARY skorları upgrade olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, p=0.003, p<0.001). Ayrıca tüm grup analizlerinde PRIMARY skorlarının, nihai patolojideki ISUP dereceleriyle, seminal vezikül invazyonuyla ve ekstrakapsüler yayılımla ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla, p<0.001, p<0.001, p<0.001).

SONUÇ

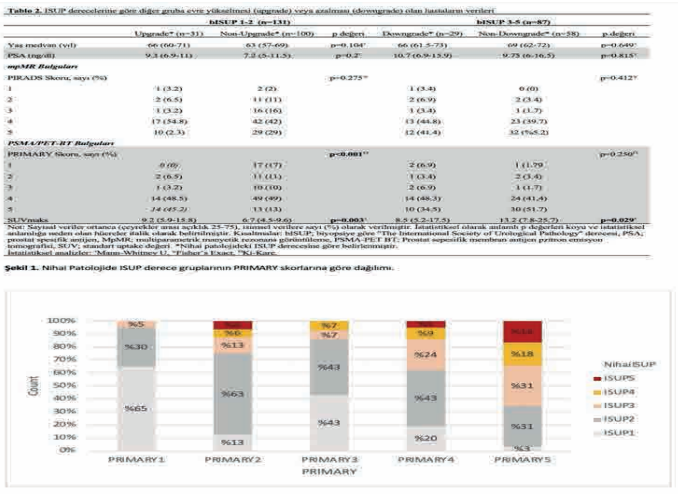
Bulgularımıza göre PRIMARY skorları ve SUVmaks değerleri, nihai patolojideki derecelendirmeyle ve lokal evreleme parametreleriyle ilişkiliydi. PRIMARY skorları, tedavi öncesi risk grubu belirlenmesinde ve tedavi kararında rehberlik etmede potansiyel bir araç olarak umut vadetmektedir.



Tablo 1. Demografik veriler ve hasta karakteristiği

	n=218
Yaş medyan (Ç1-Ç3), yıl	65.0 (60-70.25)
PSA medyan (Ç1-Ç3), ng/ml	8.9 (5.85-13.85)
mpMR PI-RADS Skoru, n (%)	
1	4 (1.8)
2	17 (7.8)
3	19 (8.7)
4	95 (43.6)
5	83 (38.1)
Biyopsi ISUP Derecesi, n (%)	
1	61 (28)
2	70 (32.1)
3	47 (21.5)
4	32 (14.7)
5	8 (3.7)
EAU Risk Sınıflaması, n (%)	
Düşük	39 (17.9)
Orta	113 (51.8)
Yüksek	66 (30.3)
PET PRIMARY Skoru, n (%)	
1	20 (9.2)
2	16 (7.3)
3	14 (6.4)
4	101 (46.3)
5	67 (30.7)
PSMA PET-BT Tümör SUVmax medyan (min-max)	8.3 (5.44-13.33)
RP Patoloji ISUP Derecesi, n (%)	
1	43 (19.7)
2	86 (39.4)
3	49 (22.5)
4	23 (10.6)
5	17 (7.8)
RP pTNM, n (%)	
pT2	121 (57.9)
pT3a	58 (27.8)
pT3b	30 (14.3)

Not: Sayısal veriler ortanca (çeyrekler arası açıklık 25-75), sinsel veriler sayı (%) olarak verilmiştir. Kısaltmalar: MpMR, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme; ISUP, "The International Society of Urological Pathology" derecesi; EAU, European Association of Urology; PSA, prostat spesifik antijen, PSMA-PET BT: Prostat spesifik membran antijen pozitron emisyon tomografisi; SUV, standart uptake değeri; RP, Radikal prostatektomi.



Tablo 2. ISUP derecelerine göre diğer gruba evre yükselmesi (upgrade) veya azalması (downgrade) olan hastaların verileri

	bISUP 1-2 (n=131)			bISUP 3-5 (n=87)		
	Upgrade* (n=31)	Non-Upgrade* (n=100)	p değeri	Downgrade* (n=29)	Non-Downgrade* (n=58)	p değeri
Yaş medyan (yıl)	66 (60-71)	63 (57-69)	p=0.104[1]	66 (61.5-73)	69 (62-72)	p=0.649[1]
PSA (ng/dl)	9.3 (6.9-11)	7.2 (5-11.5)	p=0.2[1]	10.7 (6.9-13.9)	9.75 (6-16.5)	p=0.815[1]
mpMR Bulguları						
PIRADS Skoru, sayı (%)			p=0.275**			p=0.412[2]
1	1 (3.2)	2 (2)		1 (3.4)	0 (0)	
2	2 (6.5)	11 (11)		2 (6.9)	2 (3.4)	
3	1 (3.2)	16 (16)		1 (3.4)	1 (1.7)	
4	17 (54.8)	42 (42)		13 (44.8)	23 (39.7)	
5	10 (2.3)	29 (29)		12 (41.4)	32 (%5.2)	
PSMA/PET-BT Bulguları						
PRIMARY Skoru, sayı (%)			**p<0.001****			p=0.250[2]
1	0 (0)	17 (17)		2 (6.9)	1 (1.79	
2	2 (6.5)	11 (11)		1 (3.4)	2 (3.4)	
3	1 (3.2)	10 (10)		2 (6.9)	1 (1.7)	
4	14 (48.5)	49 (49)		14 (48.3)	24 (41.4)	
5	14 (45.2)	13 (13)		10 (34.5)	30 (51.7)	
SUVmaks	9.2 (5.9-15.8)	6.7 (4.5-9.6)	**p=0.003**[1]	8.5 (5.2-17.5)	13.2 (7.8-25.7)	**p=0.029**[1]

Not: Sayısal veriler ortanca (çeyrekler arası açıklık 25-75), sinsel veriler sayı (%) olarak verilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu ve istatistiksel anlamlığa neden olan hücreler italik olarak belirtilmiştir. Kısaltmalar: bISUP, biyopsiye göre "The International Society of Urological Pathology" derecesi, PSA, prostat spesifik antijen, MpMR, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme, PSMA-PET BT: Prostat spesifik membran antijen pozitron emisyon tomografisi, SUV: standart uptake değeri. *Nihai patolojideki ISUP derecesine göre belirlenmiştir. İstatistiksel analizler: [1]Mann-Whitney U, [2]Fisher's Exact, [3]Ki-Kare.

Şekil 1. Nihai Patolojide ISUP derece gruplarının PRIMARY skorlarına göre dağılımı.

SS-17) ÜROLİTİYAZİS YÖNETİMİ İÇİN YAPAY ZEKA CHATBOT ÖNERİLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ:EAU KILAVUZUNA UYUM ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

EMRE ALTINTAŞ(1) ŞABAN KADİR KÖLELİ(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) MURAT GÜL(1) ALİ FURKAN BATUR(1) MEHMET KAYNAR(1) ÖZCAN KILIÇ(1) SERDAR GÖKTAŞ(1)

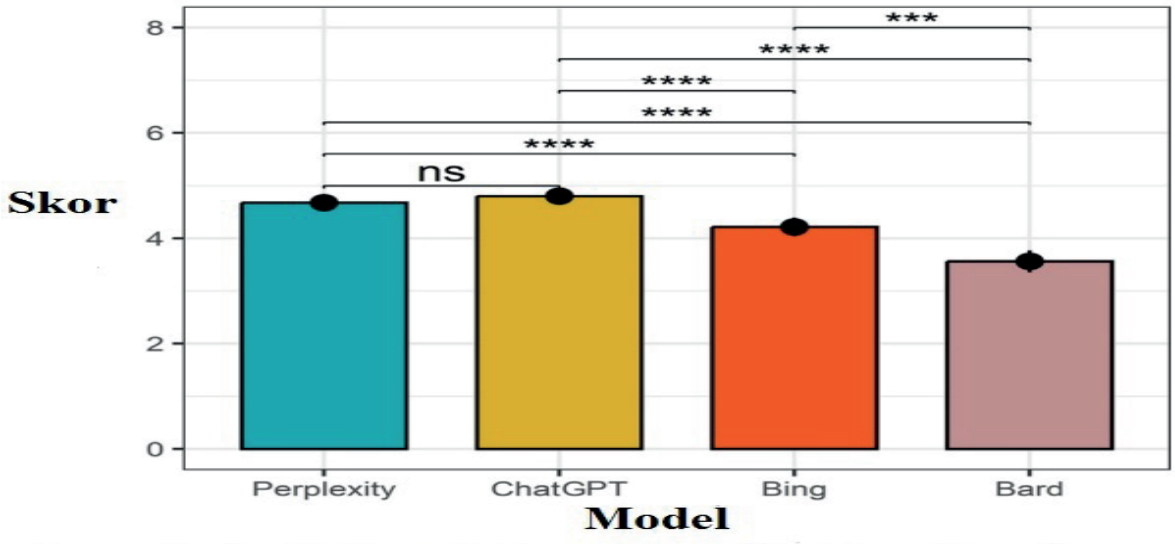
1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Teknolojinin ilerlemesiyle yapay zeka(YZ) robotları,tıbbi sorunlara kapsamlı yanıtlar sunma potansiyeli nedeniyle ilgi odağı haline gelmiştir.Bu çalışmamızda EAU Kılavuzunun Ürolitiyazis bölümündeki kılavuz önerilerini dört farklı sohbet robotu ile değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Kılavuzlara uyumla ilgili yanıtları değerlendirmek için dört farklı YZ sohbet robotuna (Chat GPT 4.0, Perplexity, Bing, Bard) EAU ürolitiyazis önerileri soruldu. Toplam 115 öneri soruya dönüştürüldü. Sorular önerilerin direk soru haline getirilmesiyle oluşturuldu.Yanıtlar en az 5 yıl deneyimli iki ürolog tarafından 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmiş (1 – Yanlış, 2 – Yetersiz, 3 – Yeterli, 4 – Doğru ve 5 – Çok doğru).

BULGULAR
Perplexity ve ChatGPT 4.0 için ortalama puanlar sırasıyla 4,68 (SD: 0,80) ve 4,80 (SS: 0,47) idi; her ikisi de Bing ve Bard'dan daha yüksek puan aldı. (Bing vs. Perplexity, P<0,001; Bard vs.Perplexity, P<0,001; Bing ve ChatGPT , P<0,001 ; Bing'in ortalama puanı 4,21 (SS: 0,96).Bard, tüm chatbotlar arasında en düşük puanı sergiledi. Referanslar analiz edildiğinde Perplexity ve Bing'in kılavuza en sık atıfta bulunduğu saptandı. (sırasıyla %47,3 ve %30). Hastalık yönetimi bölümünde en yüksek puanı ChatGPT aldı. Metabolik değerlendirme ve nüksü önleme bölümünde en yüksek ortalama puan Perplexity ait olup, ChatGPT ile aralarında anlamlı bir fark bulunmadı. Her üç bölümde de en düşük ortalama puan Bard'a aitti.

SONUÇ
Bulgularımız ChatGPT 4.0'ın ve Perplexity'nin EAU kılavuz önerileriyle iyi uyum sağladığını gösterdi. Sürekli gelişen bu uygulamalar, gelecekte özellikle ürolitiazis konusunda hekimlere bilgi sağlanmasında çok önemli bir rol oynayabilir.



Yapay zeka sohbet robotlarının EAU kılavuzu ürolitiyazis bölümündeki önerilerin sorularına verdikleri yanıtların ortalama puanlarının karşılaştırılması. (Anlamlılık düzeyleri ns, anlamlı değil; *** ve ****P < 0.05 olarak belirtilmiştir. Modellerin karşılaştırılması için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

SS-18) PEYRONİE HASTALIĞI NEDENİYLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN HASTALARIN ÇİFT MERKEZLİ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇAĞRI DOĞAN(1) ALKAN ÇUBUK(2) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) CENK MURAT YAZICI(1) ALİ TEKİN(2)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
2. ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Peyronie hastalığının esas tedavisini cerrahi prosedürler oluşturmaktadır (tunikal uzatma ve tunikal kısaltma). Cerrahi prosedürler sonrası erektil disfonksiyon, penil bolgede his kaybı ve penis boyunda kısalma gibi yan etkiler görülebilmektedir. Uygulanan cerrahi tekniğe göre hastalarda erektil disfonksiyon başta olmak üzere post-operatif yan etkilerin gelişimi değişkenlik gösterebilir. Uygun teknik seçimi için çalışmaya katılan kliniklerdeki peyroni cerrahisi yapılan hastaların hasta memnuniyeti ve post-operatif yan etkileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Tekirdağ NKÜ Üroloji ABD ve Acıbadem Atakent Hastanesi Üroloji kliniği tarafından 2019-2024 yılları arasında Peyronie hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi yapılan 123 hasta çalışmaya dahil edildi.(n:123) Hastaların 67'sine (%54,5) peyroni plak insizyonu ve greft uygulaması yapılırken, 56 hastada(%45,5) penil plikasyon cerrahisi uygulandı. Greft uygulaması yapılan hastaların 10 unda(%8) kum saati deformitesi, 8 hastada(%6) ise menteşe deformitesi vardı. Hastaların 77 sinde(%62) dorsal ve dorsolateral eğrilik mevcut iken, 23 hastada (%18) ventral, 13 hastada (%10) ise izole lateral eğrilik mevcut idi. Plak insizyonu ve greft uygulaması yapılan hastaların 28 sine (%41,8) safen grefti ve 39 hastaya (%58,2) sığır xenografti yerleştirildi. Greft ile onarım yapılan hastalara post-operatif dönemde fosfodiesteraz tip 5 inhibitoru (PD5inh) ve penil rehabilitasyon uygulandı. Plikasyon cerrahisi geçiren hastalara sadece PD5inh verildi. Hastaların yapılan cerrahi öncesi ve sonrasında doldurulan IIEF formları incelendi ve olası post-operatif yan etkileri sorgulandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 123 hastanın yaş ortalaması 54,1 ± 9,4 bulundu. Hastaların peniste eğiklik derecesi greft ile onarım yapılan grupta ortalama 62,7 ± 9 derece iken plikasyon yapılan grupta 41,4 ± 11,1 derece olarak tespit edildi. Greft ile onarım yapılan grubun preop IIEF skorları ortalama 18,1 ± 4,5 ; postop IIEF skorları ortalama 17,8 ± 4,4 olarak bulundu. Plikasyon grubu incelendiğinde ise hastaların preop IIEF skorları ortalama 16,9 ± 5,2 postop IIEF skorları ortalama 17,1 ± 5,7 olarak tespit edildi. Butun hastalar incelendiğinde preop ve postop IIEF skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p: 0,793). Greft ile onarım yapılan ve plikasyon cerrahisi uygulanan hastalar
birbiri ile kıyaslandığında yine anlamlı farklılık saptanmadı (p: 0,426, p: 0,881;sırasıyla). Plikasyon cerrahisi yapılan 3 hastada(%5,3) greft ile onarım yapılan 2 hasta(%2,9) penis boyunda kısalma şikayeti belirtmiştir. Penil bolgede his kaybı hastaların hicbirinde gozlemlenmemiştir.

SONUÇ

Peyronie hastalığı nedeniyle cerrahi planlanacak hastalarda penis boyu, eğrilik derecesi, kompleks kurvatür varlığı ve ereksiyon kapasitesi değerlendirilerek optimal cerrahi seçenek belirlenmelidir.

	Greft ile onarım grubu	Plikasyon grubu	*p* değeri
Hasta sayısı	67	56	
Yaş	54,3 ± 8,1	53,7 ± 10,8	0,89
Eğiklik derecesi	62,7 ± 9	41,4 ± 11,1	**0,031**
Preop IIEF	18,1 ± 4,5	16.9 ± 5,2	0,426
Postop IIEF	17,8 ± 4,4	17,1 ± 5,7	0,881
Preop penis boyu	11,1 ± 0,9	11,8 ± 1,3	0,571
Postop penis boyu	11,6 ± 1,2	11,3 ± 1,2	0,632
Penis duyusunda azalma	2(%2,9)	1(%1,7)	0,411
Erektil disfonksiyon	4(%5,9)	2(%3,5)	0,524
Sütürasyona bağlı rahatsızlık hissi	1(%1,4)	6(%10)	**0,027**
Penis boyunda kısalma	2(%2,9)	3(%5,3)	0,714

SS-19) KONVANSİYONEL DİNAMİK BÖBREK SİNTİGRAFİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM: DİNAMİK 99MTC-MAG3 SPECT/BT

MUHAMMET FATİH BEYTUR(1) ELİF ALTINAY KIRLI(2) KADİR CAN ŞAHİN(2)
EZGİ KAZANASMAZ(3) HALUK BURÇAK SAYMAN(1) BÜLENT ÖNAL(2)

1.İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
3. SIEMENS-HEALTHINEERS

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, tek bir görüntüleme protokolünü kullanarak anatomik yapıyı, drenaj paternini, renal skar varlığını ve split böbrek fonksiyonu ortaya koyan Dinamik 99mTc-MAG3 SPECT/BT (DyMAG3 SPECT/BT)'nin klinik etkinlik değerlendirmesinin sunulmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM

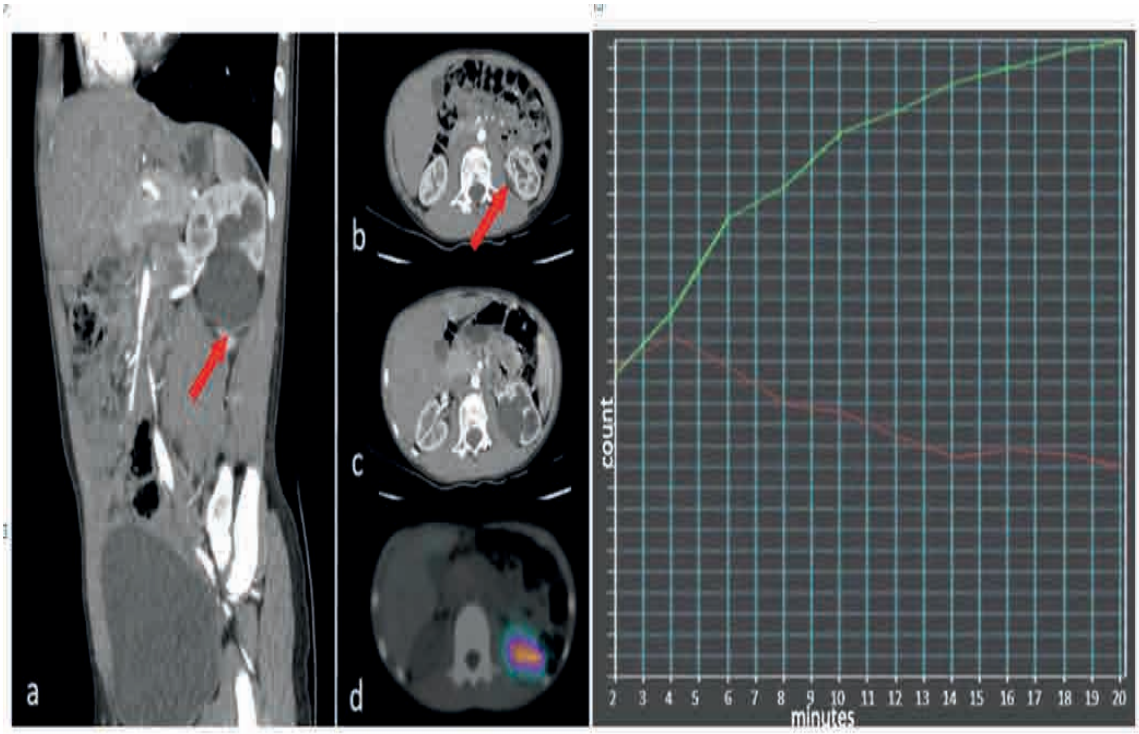
Üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu, üreterovezikal bileşke obstrüksiyonu veya böbrek parankim kalınlığı kaybının olan/olmayan üreteropelvik bileşke darlığı benzeri hidronefroz tanısı koyulan dokuz index vaka, fonksiyonel ve anatomik görüntüleme için ayrıca DyMAG3 SPECT/BT ile değerlendirildi. Tüm hastalar anatomik olarak ultrason, manyetik rezonans görüntüleme ve/veya kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile, fonksiyonel olarak 99mTc-MAG-3 ve DMSA ile değerlendirildi. Ana tanı klasik yöntemlere göre belirlendi. DyMAG3 SPECT/BT ile değerlendirme, klasik yöntemler ile aynı ay içinde yapıldı. DyMAG3 SPECT/BT protokolü 0,1 mCi/kg 99mTc-MAG3 bolus enjeksiyonundan sonra, 1 dakika boyunca 2 saniye/fr ile düzlemsel bir perfüzyon fazı elde edilmesinin ardından, 20 dakika boyunca 2 dakika/döngü SPECT alımlarını veBT görüntülemesini içermektedir. Gerekirse 1 mg/kg furosemid enjeksiyonu ve aynı parametrelerle bir SPECT daha da protokolün bir parçasıdır. Kontrast maddeye bağlı artefaktlardan kaçınmak için SPECT için BT atenüasyon düzeltmesi kullanılmaz. Zaman aktivite eğrileri (TAC), arka plan VOI'leri atlanarak izole böbrek VOI'lerinden (ilgilenilen hacim) oluşturulur. Bölünmüş böbrek fonksiyonları, geleneksel 99mTc-DMSA sintigrafisini taklit ederek diferansiyel böbrek fonksiyonunu belirlemek için her böbreğin TAC'sinin 2-4 dakika arasındaki integrali ile hesaplanır. Görüntülemenin etkinliği klasik yöntem değerlendirmelerinin verilerininDyMAG3 SPECT/BT ile karşılaştırılması ve cerrahi endikasyonu olan hastaların ameliyat bulgularının klasik yöntemler ve DyMAG3 SPECT/BT verileri ile karşılaştırılması ile yapıldı (Şekil-1).

BULGULAR

Dokuz olguda, obstrüktif üropatilerin değerlendirilmesinde planar 99mTc-MAG3 sintigrafisi, USG, BT ve MRU gibi geleneksel tekniklerle elde edilen anatomik ve fonksiyonel verilerin DyMAG3 SPECT/BT ile elde edilebileceğini gözlemlendi. Dahası, DyMAG3 SPECT/BT, böbrek parankimini toplayıcı sistemden net bir şekilde ayırarak 99mTc-MAG3 sintigrafisinin tanısal yeteneğine katkıda bulundu ve 99mTc-DMSA sintigrafisine alternatif olarak bölünmüş böbrek fonksiyonunun voksel tabanlı hesaplanmasına sağladı. Dört hastada klasik yöntemler ile benzer bulgu verirken, beş hastada ek veri sağladı. Üç hastada tedavi protokolünde değişiklik yapılmasını destekleyecek veri sağladı.Cerrahi olarak tespit edilen anatomik veriler DyMAG3 SPECT/BT'in etkin bir değerlendirme yaptığını doğruladı. Takip kararı verilen hastalarda ise klasik sintigrafik incelemeler stabil ve DyMAG3 SPECT/BT ile uyumluydu.

SONUÇ

Bu ön çalışma, DyMAG3 SPECT/BT böbrek görüntülemenin obstrüktif üropatilerin ameliyat öncesi değerlendirilmesinde etkili bir teknik olabileceğini düşündürmektedir.



Şekil-1
a. Oblik planda IV kontrastlı CT görüntüsü, pelvis dilatasyonu ve çaprazlayan alt pol damarı (kırmızı ok).
b-c. Transvers planda böbrek alt polünü çaprazlayan damar (kırmızı ok)
d. Pelvis düzeyinde MAG-3SPECT CT görüntüsü (diüretik sonrası 16. dakika)
e. Time-Activity curve (kırmızı: sağ böbrek, yeşil sol böbrek)

SS-20) YAPAY ZEKA MODELLERİNİN İYİ HUYLU PROSTAT BÜYÜMESİ (BPH) İLE İLGİLİ SORULARA YANIT ÜRETMEDEKİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇAĞLAR DİZDAROĞLU(1) AHMET HALİS(1) UFUK ÇAĞLAR(1) FEYZİ SİNAN ERDAL(1) FARUK ÖZGÖR(1) ÖMER SARILAR(1)

1. HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Erkekler idrar yapma ile ilgili sorularına yanıt ararken profesyonel yardım öncesi sıklıkla çevrimiçi kaynaklara başvurmaktadırlar. Son yıllarda yapay zeka (YZ) teknolojilerindeki gelişmeler insanların birçok alanda bilgi edinme amaçlı YZ uygulamalarına başvurmasının yolunu açmıştır. Biz bu çalışmada en sık kullanılan YZ uygulamalarından ChatGPT ve Google Gemini(eski adıyla Google Bard)'ın Bph ile ilgili sorulara verdiği yanıtların kalitesini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Sosyal medya (İnstagram, YouTube ve X), sağlık forumları ve hastane websiteleri taranarak Bph ile ilgili erkeklerin sıklıkla sorduğu 100'er soru elde edildi. Sorular tek tek ChatGPT 4 ve Google Gemini uygulamalarına İngilizce dilinde yöneltildi. Yanıtların tekrar üretilebilirliğini değerlendirmek amacıyla her soru farklı bir gün farklı bir bilgisayardan iki uygulamaya tekrar soruldu. Uygulamaların oluşturduğu yanıtlar ve yanıtlama süreleri not edildi. Bph konusunda deneyimli iki üroloji uzmanı kör bir şekilde yanıtları değerlendirdi. Her bir yanıt için uzman klinisyenler evrensel kalite ölçeği(GQS)skoru hesapladı. GQS, 1 en düşük ve 5 en yüksek olmak üzere 5 puandan oluşan, yazılı ve görsel medikal bilgi kaynaklarının kalitesini değerlendirmeye yarayan bir araçtır. İki uzman tarafından aynı puanı alan yanıtlar için ortak puan not edilirken, iki uzmanın farklı yanıt verdiği durumlarda ortalama değer not edildi. Yanıtların tekrarlanabilirliği farklı zamanlarda oluşturulmuş yanıtların benzer bilgi ve ayrıntı düzeyinde ve aynı GQS skoruna sahip olması olarak tanımlandı. Yanıtların GQS skorları, tekrarlanabilirlik oranları ve oluşturulma süreleri iki uygulama arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR

Gruplar arası GQS skoru, tekrarlanabilirlik ve süre karşılaştırmaları Tablo 1'de gösterilmiştir. Her üç alt kategori için deChatGPT tarafından oluşturulan yanıtlar Google Gemini tarafından oluşturulan yanıtlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek GQS ortalamasına sahipti (3 kategori için de p = 0,001). ChatGPT grubunda yanıtların tekrarlanabilirlik oranı %96,3 iken Gemini grubunda bu oran%94 olarak hesaplandı (p = 0,183). ChatGPT'nin yanıt oluşturma süresi istatistiksel anlamlı düzeyde Gemini'den yüksek olarak hesaplandı (23,5 sn ve 7,2 sn; p = 0,001).

SONUÇ

İyi huylu prostat büyümesi (Bph) ile ilgili sorulara ChatGPT, Gemini'ye kıyasla daha yavaş ancak daha yüksek kalitede yanıtlar oluşturmuştur. YZ uygulamaları üroloji alanında her ne kadar yüksek doğrulukta yanıtlar oluştursa da medikal alanlarda hatalı ve eksik bilgilerin yaratabileceği muhtemel olumsuz sonuçlar ve YZ teknolojisi ile ilgili etik kaygılar olduğu unutulmamalıdır.

-	ChatGPT 4	Google Gemini	P değeri
GQS skoru * Genel Bilgiler Semptomlar Tedavi	4,1 ± 0,7 4,2 ± 0,8 4,1 ± 0,9	3,6 ± 1,1 3,8 ±1,2 3,6 ± 1,2	0,001 0,001 0,001
Tekrarlanabilirlik, n (%)	289 (% 96,3)	282 (% 94,0)	0,183
Süre (sn)*	23,5± 10,7	7,2 ± 4,2	0,001

Gruplar arası GQS skoru, tekrarlanabilirlik ve süre karşılaştırmaları

SS-21) DİYABET HASTALARINDA EREKSİYON PROBLEMLERİ YETERİNCE SORGULANIYOR MU?

MESUT ALTAN(1) EMRE ALBAYRAK(1) MÜJDAT AYVA(1) UĞUR ÜNLÜTÜRK(2)
AYŞE TOMRİS ERBAŞ(2)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI

AMAÇ
Bu çalışmada diyabet hastalarında erektil disfonksiyon (ED) sorgulama farkındalığı ve çeşitli uzmanlık alanları arasındaki yaklaşım farkların incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Hacettepe Üniversitesi Üro-Diyabet çalışma grubu tarafından Nisan 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırma, online 14 soruluk anketten oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerden, diyabetik erkek hastalarda ED sorgulama sıklıkları, bu semptomları nasıl sorguladıkları ve tedavi yönetiminde hangi yöntemleri tercih ettikleri hakkında anket doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri, cinsiyetleri ve uzmanlık alanları da kayıt altına alınmıştır.

BULGULAR
Çalışmamıza toplamda 370 doktor (%50,5 kadın, %49,5 erkek) katılmıştır. Katılımcıların 141'i (%38,1) endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı, 83'ü (%22,4) iç hastalıkları uzmanı, 48'i (%13) aile hekimi uzmanıydı. Geri kalan hekimler iç hastalıkları araştırma görevlileri, aile hekimliği araştırma görevlileri ve pratisyen hekimlerden oluşmaktaydı. Ortanca katılımcı doktor yaşı 41 (25-72) yıldı. "Diyabetik erkek hastalar ne sıklıkla size ED şikayetiyle başvurur?" sorusuna 39 kişi her zaman (%2,2) ve çoğu zaman (31 kişi %8,4) başvurduğunu belirtirken 331 kişi diyabetik erkek hastaların nadiren ya da neredeyse hiç ED ile başvurduğunu söylemiştir. Doktorlara erektil disfonksiyonu sorgulama sıklığı sorulduğunda ise 75'i (%20,3) her zaman ya da çoğu zaman araştırdığını ifade etmiştir. Kadın doktorların %12,8'i (24 kişi) erektil disfonksiyonu sorgularken erkek doktorların %27,9'unun (51 kişi) sorguladığı görülmüştür ($p<0,001$). Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarının %36,2'si (51 kişi) başvuruda ED'yi araştırdığını, diğer hekimlerin sadece %10,5'i (24 kişi) bu konuda sorgulama yapmakta olduğunu söylemiştir ($p<0,001$). Erektil disfonksiyon tedavisinde hekimlere ne yaptıkları sorulduğunda ise 198'i (%53,5) üroloji bölümü konsültasyonu isteyeceğini, 52'si (%14,1) hem üroloji bölümü konsültasyonu isteyeceğini hem de hipogonadizm araştırması yapacağını, 63'ü (%17) yalnızca hipogonadizm araştırması yapacağını bildirmiştir. Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarının %54,6'sı (77 kişi) ED tedavisini kendi yönetirken diğer hekimlerin %57,6'sı (132 kişi) hastaları üroloji bölümüne yönlendirmeyi tercih etmektedir ($p=0,022$).

SONUÇ
Diyabet tanısında ve tedavisinde doktorların çoğu zaman ereksiyon problemlerini sorgulamadığı görülmektedir. ED sorgulaması ve yönetimi farklı uzmanlık alanları arasında değişiklik göstermektedir. Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanları daha sık ED sorgulaması yapmakta ve tedavi yönetimini üstlenmektedirler. Diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler ise daha çok hastaları üroloji bölümüne yönlendirmeyi tercih etmektedirler.

SS-22) PI-RADS 3 LEZYONLARDA PROSTAT KANSERİNİN TANIMLANMASINDA YAPAY ZEKANIN GÜCÜ

EMRE ALTINTAŞ(1) ALİ ŞAHİN(1) SEYİT EROL(1) HALİL ÖZER(1) MURAT GÜL(1)
Lİ FURKAN BATUR(1) MEHMET KAYNAR(1) ÖZCAN KILIÇ(1) SERDAR GÖKTAŞ(1)

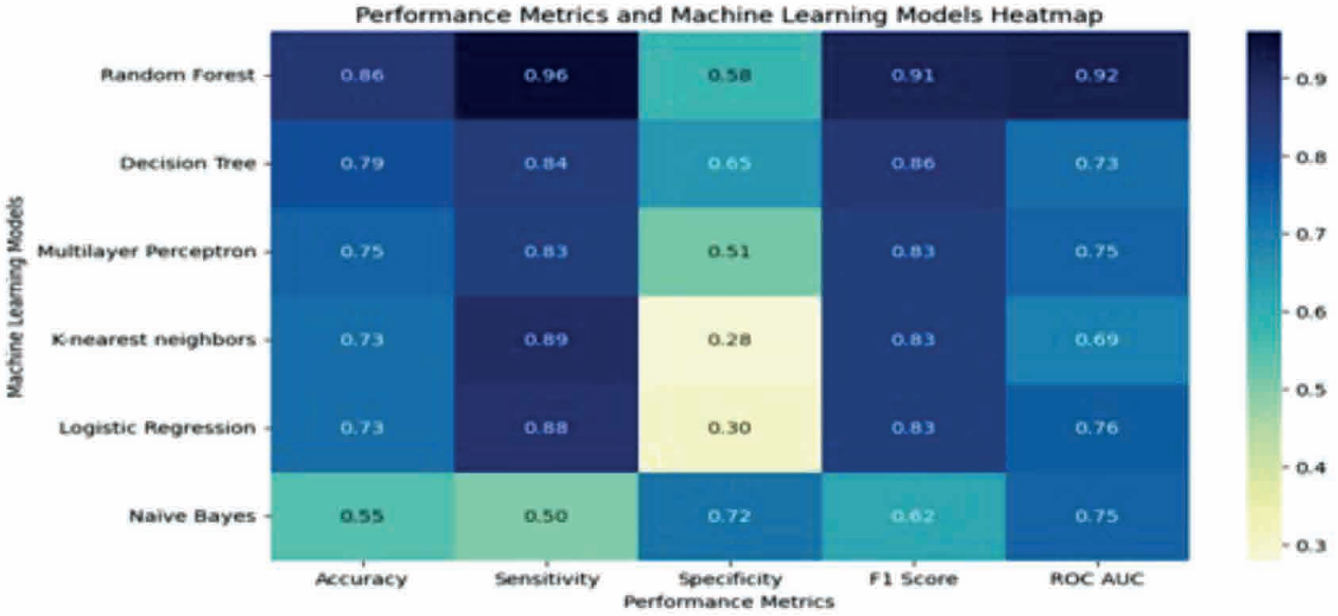
1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Çalışmamızın amacı, klinik ve multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) parametrelerini içeren verileri kullanarak makine öğrenmesi modellerini geliştirerek PI-RADS 3 lezyonlarda prostat kanseri olasılığını tahmin etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamız, Ocak 2020 ile Ocak 2024 arasında mpMRI'da PI-RADS 3 lezyonları tespit edilen ve füzyon biyopsi yapılan hastaları içermektedir. PI-RADS 3 lezyonu olan hastaların radyolojik parametreleri (Görünür difüzyon katsayısı (apparent diffusion coefficient;ADC), tümör ADC/kontralateral ADC oranı, Ktrans değeri, periprostatik adipöz doku kalınlığı, lezyon boyutu, prostat hacmi) ve klinik parametreleri (yaş, vücut kitle indeksi, toplam prostat spesifik antijen, serbest PSA, PSA dansitesi, sistemik inflamatuvar indeks, nötrofil-lenfosit oranı, trombosit-lenfosit oranı, lenfosit-monosit oranı) verisetimizi oluşturmaktadır. PI-RADS 3 lezyonlarda prostat kanserinin varlığının tahmini için yukarıda belirtilen verileri ve altı farklı makine öğrenmesi algoritmasını kullanarak makine öğrenmesi modellerimizi geliştirdik. Geliştirdiğimiz modellerin performans metriklerini değerlendirmek için doğruluk, F1 skoru, sensitivite, spesifite ve AUROC değerlerini hesapladık. Ayrıca hangi parametrenin en iyi şekilde prostat kanseri tespiti yaptığını belirlemek için SHAP analizi gerçekleştirdik.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen 235 kişiden 61'inde malign füzyon biyopsi patolojisi ve 174'ünde benign patoloji saptanmıştır. Altı farklı makine öğrenme algoritması arasında, rastgele orman (random forest) modeli en yüksek doğruluk (0.86± 0.04; %95 CI 0.85-0.87), F1 skoru (0.91±0.03; %95 CI 0.91-0.92) ve AUC değeri (0.92±0.06; %95 CI 0.88-0.90) ile en iyi performansı göstermiştir. Rastgele orman modeli temelinde yapılan SHAP analizinde, tümör ADC, tümör ADC/kontralateral ADC oranı ve PSA yoğunluğu maligniteyi tahmin etmede en başarılı üç parametre olarak belirlenmiştir. Öte yandan, sistemik inflamatuvar indeks ve nötrofil-lenfosit oranı, SHAP analizinde toplam PSA, yaş, serbest PSA/toplam PSA ve lezyon boyutuna göre maligniteyi tahmin etmede daha yüksek performans göstermiştir.

SONUÇ
Geliştirdiğimiz makine öğrenme modelleri arasında özellikle rastgele orman modeli, PI-RADS 3 lezyonlarında maligniteyi tahmin edebilir ve gereksiz biyopsiyi önleyebilir. Bu model, daha fazla hastayı içeren çok merkezli çalışmalarla klinik pratikte kullanılabilir.


Performance Metrics and Machine Learning Models Heatmap
Random Forest
Decision Tree
Multilayer Perceptron
K-nearest neighbors
Logistic Regression
Naive Bayes
Machine Learning Models
0.86 0.96 0.58 0.91 0.92
0.79 0.84 0.65 0.86 0.73
0.75 0.83 0.51 0.83 0.75
0.73 0.89 0.28 0.83 0.69
0.73 0.88 0.30 0.83 0.76
0.55 0.50 0.72 0.62 0.75
Accuracy
Sensitivity
Specificity
F1 Score
ROC AUC
Performance Metrics
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3

SS-23) SIÇAN MODELİNDE DENEYSEL BİR ARAŞTIRMA: NOKTÜRNAL POLİÜRİ VE HİDROÜRETERONEFROZİSLİ SIÇANLARDA UYKU POZİSYONLARININ ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

EMRE ERDEM(1) ABDULRAHMAN JAFAROV(1) MUSTAFA ALKAN OKTAR(1)
MURAT CAN KARABURUN(1) AYKUT AKINCI(2) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ
Hidroüreteronefrozisli hastalarda, noktürnal poliüri sık görülen bir klinik durumdur ve gece boyunca aşırı idrar üretimi, insan ve hayvan böbrek fonksiyonlarını etkileyebilir. Bu çalışma, hidroüreteronefrozisli bir sıçan modelinde uyku pozisyonlarının böbrek fonksiyonları üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu deneyde, 30 erkek Sprague-Dawley sıçanı seçilmiş ve 3 gruba ayrılmıştır. Çalışma, sıçan modellerinde gece poliürisinin indüksiyonunu içermiştir. Bu, standart bir mesane çıkış obstrüksiyon prosedürü ile gerçekleştirilmiştir (perineal insizyonla kısmi üretral obstrüksiyon oluşturma), ardından 2 ay boyunca sürekli gece izlemi yapılmıştır.

Araştırma, supin (sırt üstü yatma), prone (yüz üstü yatma) ve dik (arka ayaklar üzerinde durma) olmak üzere 3 uyku pozisyonuna odaklanmıştır. Kaydedilen parametreler arasında uyku süresi, idrar üretimi ve böbrek fonksiyon göstergeleri bulunmaktadır. Ortalama kreatinin düzeyleri şu şekildedir: supin grup için 0.72 mg/dL, prone grup için 0.78 mg/dL, dik grup için 0.82 mg/dL.

BULGULAR
Supin uyku pozisyonunda kreatinin düzeyleri daha düşüktü. Ön çalışma sonuçları, hidroüreteronefrozisli ve gece poliürisi olan sıçanlarda supin pozisyonda uyumanın böbrek fonksiyonları açısından daha olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir. Supin pozisyonda uyuyan sıçanlar, artmış idrar üretimi göstermiş ve etkilenen böbrek yapılarına azaltılmış stres uygulamış olabilir, bu da daha fazla böbrek hasarını önlemeye yardımcı olabilir.

SONUÇ
Bu bulgular, hidroüreteronefrozis ve gece poliürisi olan sıçanlarda supin uyku pozisyonunun, böbrek fonksiyonları üzerindeki etkilerini hafifletmek için potansiyel faydalarını vurgulamaktadır. Bu etkilerin altında yatan mekanizmaları kapsamlı olarak anlamak için daha fazla analiz ve araştırma gerekmektedir. Bu çalışma, deneysel hayvan modelleri ve hidronefroz ve gece poliürisi ile ilişkili böbrek koşullarının yönetiminde klinik pratik için önemli sonuçlar doğurabilir.

SS-24) PRONE VE SUPİNE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ KARŞILAŞTIRMASI: TEK CERRAH DENEYİMİ

NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) SÜMEYYE SEDAY KOLKIRAN(1) SAFI KOLKIRAN(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ
Diğer bütün cerrahilerde olduğu gibi ürolojik cerrahilerde de güncel yöntemlere ve geliştirilen ekipmanlara uyum sağlamak oldukça önemlidir. Biz de bu çalışmamızda tek cerrahın yıllar içinde farklı yöntem ve endoskopik entrümantasyonlarla yaptığı perkütan nefrolitotomi (PNL) verilerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Cerrahın 2015 yılında başlayıp günümüze kadar opere ettiği PNL hastalarının verileri retrospektif olarak tarandı. Vakaların içerisinden ilk 50 prone PNL (İPP), son 50 prone PNL (SPP) ve ilk 50 supine PNL (İSP) grubu seçilip bu grupların operasyon sırasındaki ve sonrasındaki verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR
İlk 50 prone PNL grubunda 5 hastaya mini PNL yapılmışken, 45 hastaya standart PNL yapılmıştı. Ortalama dilatasyon boyutu 24.68 fr'ti. Ortalama operasyon süresi 81.3 dakika, skopi süresi ise 7.78 dakikaydı. İPP grubunda 41 hastada tam taşsızlık sağlanırken, dört hastada klinik olarak anlamlı rezidü taş kaldı. İPP grubunun ortalama hastanede yatış süresi 4.16 gündü. Clavien-Dindo sınıflamasına göre beş hastada komplikasyon görüldü.

SPP grubunda 19 hastaya mini PNL yapılırken, 31 hastaya standart PNL yapıldı ve ortalama dilatasyon boyutu 21.76 fr'ti. Ortalama operasyon süresi 97.48 dakika, skopi süresi ise 7.38 dakikaydı. İPP grubunda 38 hastada tam taşsızlık sağlanırken, sekiz hastada klinik olarak anlamlı rezidü taş kaldı. İPP grubunun ortalama hastanede yatış süresi 3.24 gündü. Clavien-Dindo sınıflamasına göre dört hastada komplikasyon görüldü.

İSP grubunda 40 hastaya mini PNL yapılırken, 10 hastaya standart PNL yapıldı ve ortalama dilatasyon boyutu 17.92 fr'ti. Ortalama operasyon süresi 100.18 dakika, skopi süresi ise 5.4 dakikaydı. İPP grubunda 43 hastada tam taşsızlık sağlanırken, beş hastada klinik olarak anlamlı rezidü taş kaldı. İPP grubunun ortalama hastanede yatış süresi 2.48 gündü. Clavien-Dindo sınıflamasına göre iki hastada komplikasyon görüldü.

SONUÇ
Her ne kadar yeni enstrümanlar ve yöntemler gelişse de PNL açısından temel cerrahi plana uyuldukça adaptasyon çabucak olmakta ve başarılı sonuçlar yeni yöntemlerle de devam etmektedir. Özellikle supine PNL yapılan hastalarda retrograd girişim imkanıyla birlikte taşsızlık oranlarının daha yüksek olduğu ve hastanede yatış sürelerinin oldukça kısaldığı dikkat çekmektedir.

	İPP (n:50)	SPP (n:50)	İSP (n:50)	P
Yaş	38.26 ± 16.35	44.56 ±14.151	42.82 ± 15.9	0.23
Cinsiyet **Erkek** **Kadın**	 22(%44) 28(%56)	 26(%52) 24 (%48)	 30(%60) 20(%40)	 0,74
Beden Kitle İndeksi (Bmi)(kg/m²)	26.01± 4.849	27.41 ± 3.424	26.14± 4.092	**0.22**
Yön **Sağ** **Sol**	 21(%42) 29(%58)	 24(%52) 26(%48)	 27(%54) 23(%46)	 0,67
Operasyon Süresi(Dk)	81.3 ± 24.755	97.47 ± 19.015	100.18± 20.21	0.251
Skopi Süresi (Dk)	7.78 ± 3.16	7.38 ± 2.27	5.4 ± 1.02	0,09
Ort. Renax Boyutu (Fr)	24.68	21.76	17.92	**0.03**
Per-Op Komplikasyon **Yok** **Var**	 48(%96) 2(%4)	 49(%98) 1(%2)	 49(%98) 1(%2)	 0,243
Post-Op Komplikasyon **Yok** **Var**	 47(%94) 3(%6)	 47(%94) 3(%6)	 49(%98) 1(%2)	 0,189
GSS Skoru **1** **2** **3** **4**	 15 19 10 6	 7 20 11 12	 14 26 9 1	 0.225
Rezidü Taş Durumu **SF** **CIRF** **CSRF**	 41 (%82) 5 (%10) 4 (%8)	 38 (%74) 5 (%10) 8 (%16)	 43 (%86) 2 (%4) 5 (%10)	 0,01
Taburculuk Süresi(gün)	4.16 ±1.202	3.24 ± 0.868	2.48 ± 0.76	0,006

Tablo 1 **Demografik ve operasyon verileri**

SS-25) KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ ÖNGÖRMEDE STOCKHOLM-3 TESTİNİN ROLÜ: TÜRK HASTALARDA İLK SONUÇLAR

SERDAR MADENDERE(1) MERT KILIÇ(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(2)
MEVLANA DERYA BALBAY(2) DERYA TİLKİ(3) TARIK ESEN(2)

1. ÖZEL AMERİKAN HASTANESİ
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3.MARTINI-KLINIK PROSTATE CANCER CENTER, UNIVERSITY HOSPITAL HAMBURG-EPPENDORF

AMAÇ

Prostat kanseri (PCa) tanısında, Prostat Spesifik Antijen (PSA) testi klinik zayıflıkları nedeni ile gereksiz multiparametrik MRI ve biyopsilere yol açabilmektedir. Stockholm-3 testi plazma biyo-belirteçleri, genetik belirteçler ve klinik parametreleri kullanarak PSA'sı yüksek bireylerde klinik anlamlı PCa (ISUP GG>1) riskini ortaya koymayı amaçlayan (yüksek risk için sınır >%10) refleks bir test olarak önerilmektedir. Ülkemizde bu teste yegane erişim sağlayan merkez olarak Stockholm-3 sonuçlarımızın analizi paylaşılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

40-80 yaş aralığında PSA yüksekliği (>1.5 ng/ml), şüpheli parmakla rektal muayene bulgusu, yakın akrabalarda PCa öyküsü, şüpheli multiparametrik MRI bulgusu, ISUP GG 1 PCa nedeniyle aktif izlemde olma gibi durumlardan bir veya daha fazlasına sahip hastalar çalışmaya dahil edildi. Yurtdışına gönderilen serum örneklerinin 7-10 gün içinde elimize geçen sonuçlarına göre Stockholm-3 Skoru >10 olan hastalarda klinik anlamlı PCa için yüksek risk bildirildi. Bu hastalardan multiparametrik MRI'da PIRADS 3-5 lezyonu olanlara biyopsi tavsiye edildi. PIRADS 1-2 lezyonu olanlar genellikle takibe alındı.

BULGULAR

Sonuçlanan 173 test değerlendirildi. Median yaş 62 idi. Test öncesi median PSA değeri 5 ng/ml, median Stockholm-3 skoru 10 (3-67) idi. Hastaların 37'sinde (%21,4) ailede PCa, 63'ünde (%36,4) ise daha önce yapılmış prostat biyopsisi anamnezi mevcut iken 30 hasta (%17,3) ISUP GG 1 PCa, 1 hasta (0,6%) ISUP GG 2 PCa nedeniyle aktif izlemde idi (Tablo1). Aktif izlemde olan 31 hastanın 10'unda (32,2%) Stockholm-3 skoru 10 un üzerinde sonuçlandı (11-30). 10 hastanın 9'una konfirmasyon biyopsisi yapıldı, 7 hastada ISUP GG 1 PCa saptandı, aktif izleme devam edildi, 2 hastada ise ISUP GG 2'ye upgrade tespit edildi, aktif tedavi planlandı.
Stockholm-3 skoru >10 olan 82 hastanın 49'unda (59,8%) PIRADS 3-4 lezyonlar saptanması üzerine biyopsi önerildi ve biyopsisi yapılan 26 hastanın 9'unda (34,6%) ISUP GG 1, 4'ünde (15,4%) ise ISUP GG2 hastalık tespit edildi.
Stockholm-3 skoru >15 olan 51 hastanın 33'ünde (64,7%) PIRADS 3-4 lezyonlar saptanması üzerine biyopsi önerildi ve biyopsisi yapılan 18 hastanın 6'sında (33,3%) ISUP GG 1, 1'inde (5,5%) ise ISUP GG2 hastalık tespit edildi.

SONUÇ

Sonuçlarımızda Stockholm-3 testinin özellikle düşük riskli grupta aktif izleme ait ilave bilgi sağlayabileceği izlenimi alınmıştır. Yüksek riskli grupta ise klinik anlamlı kanser varlığı hakkında şu anda gerçekçi bir yorum yapılamamakta ve sonuçların matürasyonu beklenmektedir.

Tablo 1. Hasta verileri

	Stockholm-3 ≤10 (n:91)	**Stockholm-3 11-15 (n:31)**	**Stockholm-3 16-20 (n:23)**	**Stockholm-3 >20 (n:28)**
Ortanca yaş	60	62	63	66
Ortanca PSA (ng/ml)	4,5	6,2	5,7	7,1
Ortanca Stockholm-3 PSA (ng/ml)	3,9	5,8	6,3	7,9
mpMRI				
Yok	15(16,5%)	1 (3,2%)	1 (4,4%)	0
PIRADS 1	3 (3,3%)	0	0	0
PIRADS 2	33 (36,3%)	14(45,2%)	7 (30,4%)	10 (35,7%)
PIRADS 3	24 (26,4%)	9 (29%)	9 (39,1%)	14 (50%)
PIRADS 4	16 (17,5%)	7 (22,6%)	6 (26,1%)	4 (14,3%)
PIRADS 5	0 (%)	0	0	0
Stockholm-3 öncesi biyopsi				
Yok	46 (50,5%)	19 (61,3%)	20 (87%)	25 (89,3%)
Var	45 (49,5%)	12 (38,7%)	3 (13%)	3 (10,7%)
Benign	24(26,4%)	8 (25,8%)	3 (13%)	3 (10,7%)
ISUP 1	20 (22%)	4 (12,9%)	0	0
ISUP 2	1 (1,1%)	0	0	0
Stockholm-3 sonrası biyopsi	**n:12 (13,1%)**	**n:11 (35,5%)**	**n:7 (30,4%)**	**n:13 (46,4%)**
Benign	3 (3,3%)	4 (12,9%)	3 (13%)	10 (35,7%)
ISUP 1	6 (6,6%)	4 (12,9%)	4 (17,4%)	2 (7,1%)
ISUP 2	2 (2,2%)	3 (9,7%)	0	1 (3,6%)
ISUP 3	1 (1,1%)	0	0	0

SS-26) FÜZYON BİYOPSİ SONRASI PROSTAT KANSERİ SAPTANAN HASTALARDA BİYOPSİ SONRASI PATOLOJİ İLE RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PATOLOJİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

EMRE ALTINTAŞ(1) MÜCAHİD OĞUZHAN PERU(1) MEHMET KAYNAR(1) ÖZCAN KILIÇ(1) ALİ FURKAN BATUR(1) MURAT GÜL(1) HALİL ÖZER(1) MURAT ÇELİK(1) SERDAR GÖKTAŞ(1)

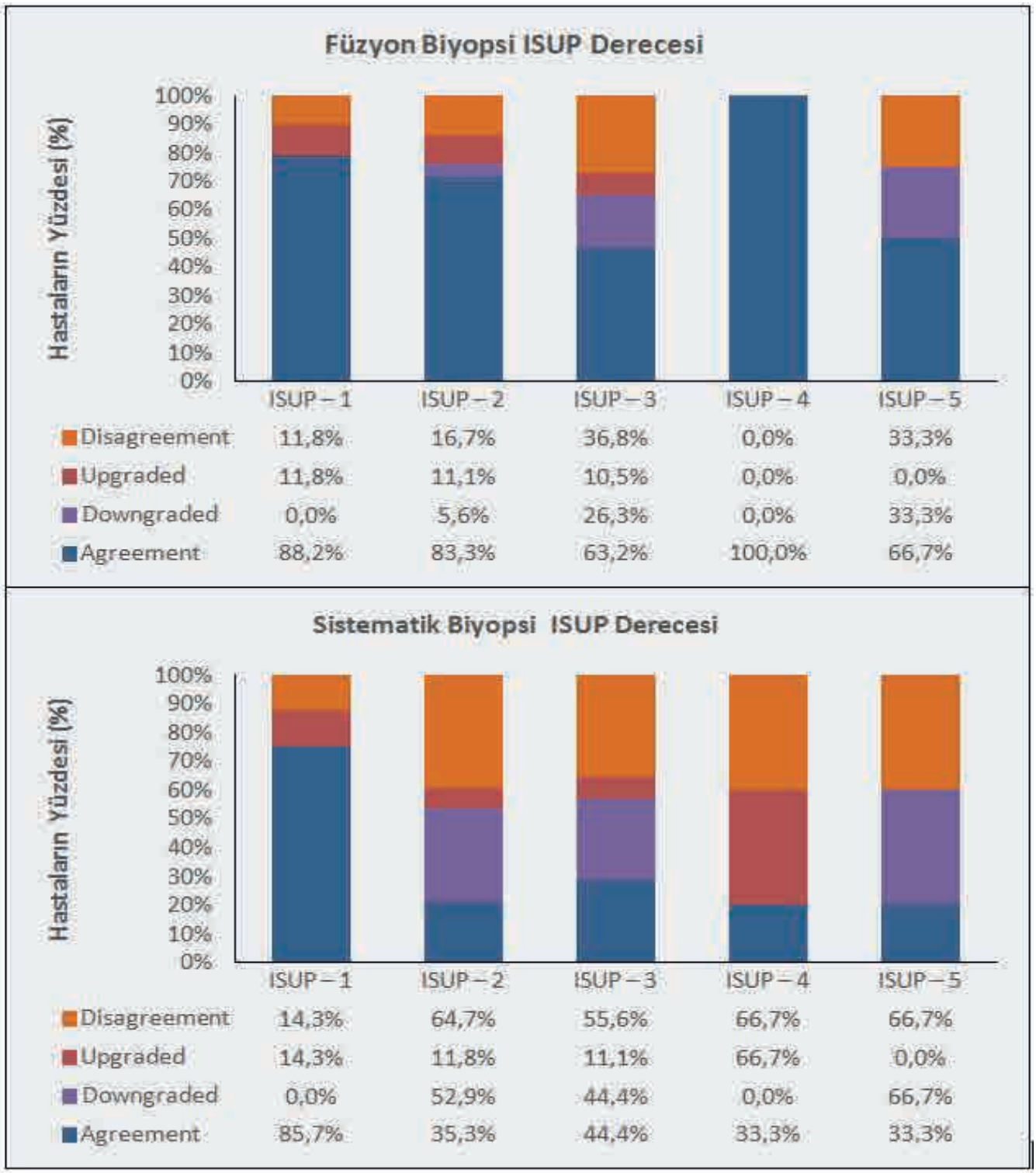
1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada füzyon biyopsisi sonrası prostat kanseri(Pk) saptanan hastaların radikal prostatektomi(RP) sonrası final patolojileri ile biyopsi sonrası patolojilerini Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği (ISUP) derecelendirme sistemine göre karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020-Ağustos 2022 yılları arasındaki füzyon biyopsi ve beraberinde sistematik biyopsi yapılan 182 hastanın verileri tarandı. Bu hastaların tümü multiparametrik MRG (mp-MRG) görüntülemesi yapılan PIRADS-3 ve üzeri lezyonu olan biyopsi naiv hastalardı. Biyopsi sonucunda Pk saptanan 89 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, PSA, PSA dansitesi, PI-RADS'a göre lezyon dereceleri incelendi. Bu hastalardan RP yapılan 60 hastanın biyopsi sonrası (füzyon ve sistematik biyopsi) patoloji sonuçlarıyla RP sonrası final patoloji sonuçları karşılaştırıldı. Ağırlıklı kappa ve Cohen kappa değerleri :hafif uyum (0 - 0,20); orta düzeyde uyum (0,21 - 0,40), orta düzeyde uyum (0,41 - 0,60), önemli düzeyde uyum (0,61 - 0,80) ve neredeyse mükemmel uyum (0,81 - 1,00) olarak değerlendi.

BULGULAR
Her bir ISUP derecesi için RP ve füzyon biyopsisi arasındaki bireysel uyum orta ile neredeyse mükemmeldi (0,558 ila 0,848). RP ve füzyon biyopsisi arasındaki genel uyum değerlendirildiğinde, ağırlıklı kappa 0,721 (%95 CI: 0,577 ila 0,865) olarak hesaplandı ve bu uyum önemli uyum olarak belirlendi.(Figür-1) Diğer yandan, RP sonrası sistematik biyopsi ve patoloji sonuçları arasındaki genel uyum ağırlıklı kappa 0,544 (%95 GA: 0,405 ila 0,683) olarak hesaplanmış ve bu uyum orta düzeyde uyum olarak belirlenmiştir. (Figür-1)

SONUÇ
Çalışmamızda füzyon biyopsi sonrası patoloji sonucuyla Radikal Prostatektomi sonrası final patoloji arasındaki uyumun standart TRUS prostat biyopsisine göre daha yüksek oranda olduğunu gösterdik. Bu uyumun hastaların tedavisinin düzenlenmesinde ve takibinde önemli olduğunu düşünüyoruz.


Füzyon Biyopsi ISUP Derecesi
Hastaların Yüzdesi (%)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
ISUP – 1
ISUP – 2
ISUP – 3
ISUP – 4
ISUP – 5
Disagreement 11,8% 16,7% 36,8% 0,0% 33,3%
Upgraded 11,8% 11,1% 10,5% 0,0% 0,0%
Downgraded 0,0% 5,6% 26,3% 0,0% 33,3%
Agreement 88,2% 83,3% 63,2% 100,0% 66,7%
Sistematik Biyopsi ISUP Derecesi
Hastaların Yüzdesi (%)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
ISUP – 1
ISUP – 2
ISUP – 3
ISUP – 4
ISUP – 5
Disagreement 14,3% 64,7% 55,6% 66,7% 66,7%
Upgraded 14,3% 11,8% 11,1% 66,7% 0,0%
Downgraded 0,0% 52,9% 44,4% 0,0% 66,7%
Agreement 85,7% 35,3% 44,4% 33,3% 33,3%

SS-27) ANTENATAL TANILI TEK TARAFLI HİDROÜRETERONEFROZU OLAN HASTALARDA, İPSİLATERAL VE KONTRALATERAL BÖBREK BOYUTLARININ ARASINDAKİ FARK, GEREKSİZ VOİDİNG SİSTOÜRETROGRAFİ YAPILMASINI ÖNLEMEYE YARDIMCI OLABİLİR Mİ?

EFE SEMETEY OĞUZ(1) MUSTAFA ALKAN OKTAR(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) BERK BURGU(1) ÖMER SUAT FİTÖZ(1) YAKUP TARKAN SOYGÜR(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ HASTANESİ

AMAÇ

Çalışmamızda, kontralateral böbreği normal olan, tek taraflı antenatal HN tanısı ile takip edilen ve postnatal takipte hidroüreteronefroz saptanan hastalarda, longitudinal böbrek boyutları arasındaki oranın reflüyü öngörmede ve gereksiz voiding sistoüretrografi (VCUG)'den kaçınmadaki rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2009-2023 tarihleri arasında 0-1 yaş aralığında tek taraflı antenatal HN tanısı ile takip edilen ve VCUG tetkiki yapılan hastaların VCUG ve üriner US verileri retrospektif olarak inceledik. Merkezimizde yapılan postnatal US'de hidroüreteronefroz saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kompleks üriner sistem anomalisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. VCUG'de reflü varlığını öngörmek için üriner US'de böbrek boyutları, parankim kalınlıkları, anteroposterior renal pelvis çapları, Fetal Üroloji Derneği (SFU) hidronefroz dereceleri, distal üreter çapları ve varsa sintigrafik tetkikleri detaylı şekilde incelendi ve not edildi.

BULGULAR

Çalışmamızda 89'u erkek, 30'u kız toplam 119 hasta değerlendirildi. 41 hastada (%34,5) derece 3-5 reflü tespit edildi. ROC analizinde etkilenen böbrek uzunluğunun sağlam böbrek uzunluğuna oranı için "-8,2%" kesme değer alındığında reflüyü öngörmede duyarlılık 70,73%, özgüllük 91,03%, PPV 80,56% ve NPV 85,54% olarak elde edildi. Multiple model sonuçları incelendiğinde ise etkilenen böbrek uzunluğunun sağlam böbrek uzunluğuna oranı ">-8,2%" olanlara göre "-8,2%" ve aşağısı olanlarda reflü riskinin arttığı tespit edildi (OR 17,231; CI 5,841-50,825, $p<0,001$). Etkilenen böbrekte parankim kalınlığı incelmiş olanlarda ise reflü riski normal olanlara göre daha yüksek saptandı. (OR 5,065; CI 1,306-19,642, $p=0,019$).

SONUÇ

Reflü saptanan hastalarda etkilenen böbrekte, sağlam böbreğe göre US ölçümlerinde boyut azalması olduğunu ve buna parankimal incelmenin eşlik edebildiğini gözlemledik. Ayrıca böbrek boyutları arasındaki yüzde farkı için bulduğumuz kesme değerin üzerindeki boyut farklarında yüksek dereceli reflü olasılığının oldukça düşük olduğunu saptadık. Araştırmamız çeşitli komplikasyonlara sahip invaziv bir işlem olan VCUG'nin gereksiz yere uygulanmasını engelleyebilecek; pratikte hemen her hastada kullanılabilen, ulaşılabilirliği kolay, non-invaziv, maliyeti düşük, kontrast madde gerektirmeyen US tetkikinden elde edilen bulgularla oluşturulabilecek yeni algoritmalara yön veren potansiyele sahiptir.

SS-28) RATLARDA TAKROLİMUS NEFROTOKSİSİTESİNDE DEKSPANTENOLÜN KORUYUCU ETKİSİ

MEHMET ZUBAROGLU(1) ERKAN DEMİR(1) NEBİL AKDOĞAN(1) TUĞBA TOYRAN(2) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) MUTLU DEĞER(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bu çalışma, takrolimusun nefrotoksik etkilerine karşı dekspantenolün koruyucu etkisini histopatolojik ve biyokimyasal parametrelerle araştırmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu onayı sonrası (18.092023/karar no:5) 36 erkek Wistar-Albino rat kullanılarak yapılmıştır. Ratlar rastgele 2 kontol grubunda 6'şar, 3 çalışma grubunda 8'er rat olmak üzere 5 gruba ayrıldı. Kontrol gruplarından birine günde bir kez serum fizyolojik (SF)(0.5 cc), diğerine ise etanol (E)(0.5 cc) verildi. Çalışma gruplarından Tacrolimus (TAK) grubuna her gün Tacrolimus (1 mg/kg), Dexpanthenol (DEX) grubuna günde bir kez Dexpanthenol (500 mg/kg), ve Tacrolimus + Dexpanthenol (DEX-TAK) grubuna her gün Tacrolimus (1 mg/kg) ile birlikte günde bir kez Dexpanthenol (500 mg/kg) intraperitoneal (i.p.) yolla uygulandı. Gruplar arası oksidatif dengenin ve böbrek hasarının değerlendirilmesi için biyokimyasal parametreler incelendi(Tablo 1). Çalışmanın 14. günün sonunda deney gruplarından kanlar alındı. İki patolog, hemotoksilen-eozin ile boyanmış böbrek dokularını çift kör olarak ışık mikroskobu ile inceledi. İstatistik analizleri SPSS 20.0 programında gerçekleştirildi ve $p<0,05$ önemli kabul edildi.

BULGULAR

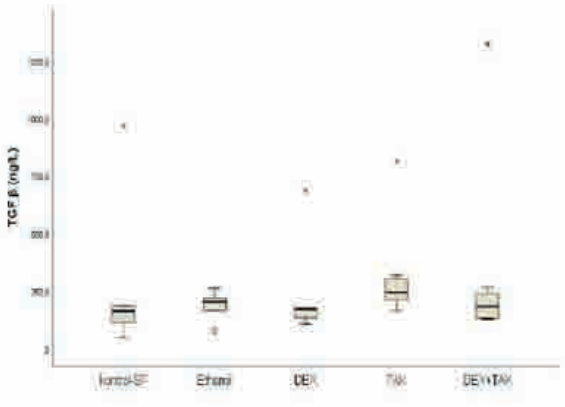
Gruplar arasında TAS ($p=0.917$), TOS ($p=0.661$), OSI ($p=0.605$), SOD ($p=0.962$), NO ($p=0.235$), TNF-alfa ($p=0.053$) ve TGF-ß ($p=0.151$) değerlerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Grafik 1). IL-6 ($p=0.001$), CRP ($p=0.023$), MDA ($p=0.011$), üre ($p=0.009$) ve kreatinin ($p=0.001$) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Tablo 1, Grafik 2). Patolojik incelemede Bowman kapsülünde genişleme ($p=0.012$), mitoz varlığı ($p=0.012$), vasa rekta lökosit infiltrasyonu (VRLİ) ($p<0.001$), tübüler rejenerasyon ($p<0.001$), interstisyel inflamasyon ($p=0.006$), tübüler dilatasyon ($p=0.012$) anlamlı bulundu. Sadece tübüler nekroz değerinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.262$).

SONUÇ

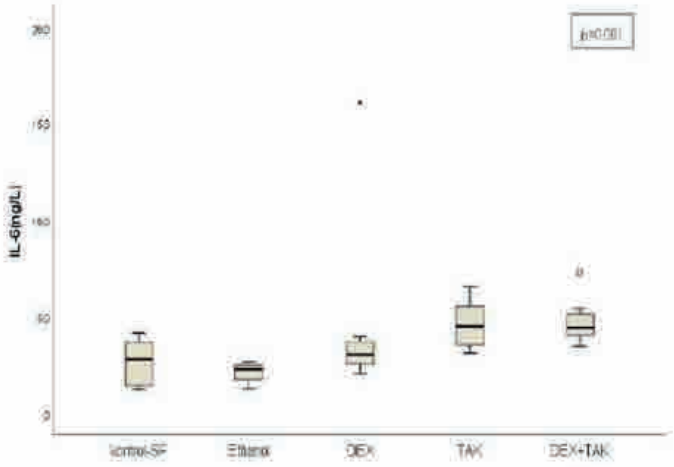
Bu çalışma, takrolimusun nefrotoksik etkilerine karşı dekspantenolün sınırlı koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir.

-	Kontrol-SF (n=6)	Ethanol (n=6)	DEX (n=8)	TAK (n=8)	TAK+ DEX (n=8)	P
Inflamasyon belirteçleri	-	-	-	-	-	-
CRP (mg/L)	0,2±0,1	0,4±0,2	0,1±0,1	0,3±0,2	0,3±0,2	0,023
MDA (nmol/ml)	85,5±18,5	94,1±9,1	104,7±4,1	99,3±5,4	98,5±6,4	0,011
TNF A (ng/L)	139,0(101,4-145,2)	139,9(125,9,-209,6)	173,9(130,1-264,8)	205,5(108,6-286,8)	147,9(83,4-234,3)	0,034
IL-6 (ng/L)	2,8(1,2-4,2)	2,3(1,2-2,6)	3,0(2,1-6,1)	4,5(3,1-6,6)	4,4(3,4-7,3)	0,001
TGF-ß (ng/L)	164,0(51,7-187,0)	201,9(79,0-261,8)	171,5(105,9-177,3)	245,9(163,3-320,0)	184,5(127,8-270,0)	0,018
NO (µmol/L)	42,8±5,2	41,9±5,9	45,8±6,6	46,9±7,1	48,6±4,6	0,235
UREA (mg/dl)	100,4±25,6	109,5±7,5	91,7±18,9	121,9±12,6	124,9±21,0	0,005
CREA (mg/dl)	0,7(0,6-0,8)	0,7(0,6-0,8)	0,6(0,6-0,8)	0,8(0,7-0,9)	0,8(0,7-1,0)	0,001
Antioksidan Belirteçleri	-	-	-	-	-	-
TAS (mmol/L)	1,4±0,1	1,5±0,2	1,5±0,3	1,5±0,2	1,6±0,5	0,917
TOS (µmol/L)	5,6±2,9	10,7±9,7	12,5±9,4	10,7±8,8	12,5±15,0	0,661
OSI	0,4±0,2	0,7±0,6	0,8±0,5	0,7±0,5	0,8±0,9	0,605
SOD (U/ml)	311,2(309,2-321,5)	313,0(298,8-321,7)	313,0(298,8-321,7)	316,0(290,2-363,1)	316,5(298,9-362,1)	0,962
-	-	-	-	-	-	-

İnflamasyon ve Antioksidan Parametrelerinin Sonuçlarının Dağılımı



Şekil 1: TGF-β Düzeylerinin Gruplar Arası Dağılımı



Şekil 2: IL-6 Düzeylerinin Gruplar Arası Dağılımı

SS-29) UZAMIŞ DÜŞÜK AKIM PRİAPİZMLİ HASTALARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE YENİ BİR TEDAVİ ALGORİTMASI

TÜRKER SOYDAŞ(1) ONUR ENES TUNÇ(1) HALİL UZUNDAL(1) SELMAN ÜNAL(2)
FATİH AKDEMİR(3) EMRAH OKULU(3) ÖNDER KAYIGİL(3)

1. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
2. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ
3. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Priapizm, cinsel uyarılma olmadan dört saatten fazla süren uzun süreli ve sıklıkla ağrılı ereksiyonla karakterize ürolojik bir acildir. Tedavi edilmediği takdirde doku iskemisi ve fibrozis nedeniyle kalıcı erektil disfonksiyona yol açabilir. Priapizm üçe ayrılmaktadır: iskemik (düşük akımlı), non-iskemik (yüksek akımlı) ve stuttering (tekrarlayan). İskemik priapizm; en yaygın ve şiddetli türdür. Tedavide birinci basamak korporal aspirasyon ve sempatomimetik ajanlar ile irrigasyondur. Konservatif yöntemler başarısız olduğunda distal şant prosedürleri önerilmektedir. Ancak özellikle uzamış iskemik priapizm vakalarında distal şant başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir. Bu hasta grubunda Barry şantı gibi proksimal şant ameliyatları gerekli hale gelir. Çalışmamızın amacı düşük akımlı priapizm nedeniyle başarısız distal şant uygulanmış ya da uzamış düşük akımlı priapizm nedeniyle ilk seçenek cerrahi olarak Barry şant uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmada 1992-2024 yılları arasında merkezimize cerrahi müdahale gerektiren iskemik priapizm nedeniyle başvuran hastalar değerlendirildi. Toplam 28 hastanın verilerine ulaşılabildi. 2 hastaya malign sebeplere sekonder gelişen düşük akımlı priapizm nedeniyle total penektomi uygulandı. Korporal aspirasyon ve adrenalinle irrigasyon sonrası yeterli yanıt alınamadığı için 26 hastaya tek cerrah tarafından Barry şant uygulanmıştır. 12 hastaya T-şant prosedürünü takiben detümesans sağlanamadığı için ikincil cerrahi olarak Barry şant uygulanmıştır. Bu hastalarda priapizm etiyolojisinde; 10 olgu intrakavernöz papaverin uygulaması sonrası, 2 olgu benign prostat hiperplazisi için alfa bloker (tamsulosin, silodosin) kullanımı sonrası, 2 olgu maligniteye sekonder penis invazyonu ile ilişkilendirildi ve 12 vaka idiyopatikti.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 44 (24-82 yıl) ve ortalama priapizm süresi 18.5 saat (aralık: 7-96 saat) olarak değerlendirilmiştir. Priapizm öncesi ortalama Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-5 skoru 25 (19-29) olarak değerlendirilmiştir. Barry şant sonrası hastalarda detümesans sağlanmıştır. Şant süresinde hastalarda ciddi erektil disfonksiyon gelişmiş ve şant cerrahisi sonrası üçüncü ayda dorsal ven ligasyonu uygulanmıştır. Takip eden süreçte tekrarlayan priapizm vakasına rastlanmamıştır. Dorsal ven ligasyonu sonrası 6. ayda hastaların ortalama İİEF-5 20 (7-27) olarak izlenmiştir. 4 hastada ciddi erektil disfonksiyon gelişmesi nedeniyle inflatable penis protez implantasyonu uygulanmıştır. Distal şantlarda daha sık olarak bildirilen glans nekrozu ve iatrojenik üretra yaralanması komplikasyonları hastamızda gözlenmememiştir.

SONUC
Düşük akımlı priapizm tedavisinde proksimal şantlarla ilgili deneyimin az olması nedeniyle kılavuzlarda ilk seçenek olarak önerilmemektedir. Deneyimlerimize göre, düşük akımlı priapizmin birinci basamak cerrahi tedavisinde postoperatif erektil disfonksiyon riskinin daha az olması, iatrojenik üretral hasar riskinin daha nadir olması ve distal şantların detümesansı sağlayamadığı durumlarda Barry şant etkili ve güvenli bir seçenek olarak görünmektedir. Güncel klinik uygulamamızda, kliniğimize refere edilen detümesans sağlanamamış olgularda başlangıç tedavisi olarak Barry şant cerrahisi uygulanmakta ve ardından gerekli olması halinde sempatomimetik ajanlar ile korporal irrigasyon yöntemlerini uygulamak bir algoritma değişikliği olarak ortaya çıkmaktadır.

SS-30) HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN HİPOGONADOTROPİK HİPOGONADİZMLİ OLGULARDA TESTİS ELASTOGRAFİSİNİN TESTİKÜLER FONKSİYON,SPERMATOGENEZ VE CİNSİYET HORMONLARINI ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

NEZİH TAMKAÇ(1) SADIK GÖRÜR(2) FATİH GÖKALP(3) ESER ÖRDEK(3) EREN GÜRKAN(4) HANİFİ BAYAROĞULARI(5) HAKAN ŞIĞVA(6) SEFA BURAK PORGALI(7)

1. HATAY DEFNE DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
3. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
4. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ENDOKRİN ANABİLİM DALI
5. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ RADYOLOJİANABİLİM DALI
6. VAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
7. MALATYA BATTALGAZİ DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Sekonder hipogonadizm, Hipogonadotropik Hipogonadizm olarak adlandırılır, bozukluk hipotalamus ve/veya ön hipofizdedir. Hipogonadotropik hipogonadizmde, hormon replasman tedavisi ile fertilite mümkündür . Ancak tedaviye yanıtlar değişmekte ve tedaviye yanıtları ön görmede halen kılavuzlar net değildir . Elastografi, doku sertliği hakkında kalitatif ve/veya kantitatif ölçüm verebilen ultrasonografik bir görüntüleme tekniğidir. Biz de bu çalışmamızda Hormon Replasman Tedavisi sonrası Hipogonadotropik Hipogonadizmli hastaların testis doku değişiklikleri ve spermatogenez başarısını ön görmedeki rolü değerlendirmeyi amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırm Hastanesi Üroloji Polikliniğine Mart 2021-Mart 2023 tarihleri arasında başvuran 30 Hipogonadotropik Hipogonadizm hastası prospektif olarak incelendi.Hastalar tedavi öncesi testis elastografisi ile değerlendirildi. Hastalara Konvansiyonel Gonadotropin tedavisi olan hCG 2500-5000 IU haftada iki kez, rekombinant FSH 75-225 IU haftada iki kez başlandı.Hastalar 2 ayda bir fizik muayene ,spermiogram,Hormon Profili(FSH,LH,Testesteron) ile değerlendirildi.Testesteron düzeyine göre hCG dozu düzenlendi.Tedavinin 6.ayında hormon tetkikleri(FSH,LH,Testesteron),spermiogram parametreleri ve testis elastografisi değerlendirildi. 6. Ayda ejakülatta sperm saptanması başarı olarak görüldü.

BULGULAR

Hastalar 6.ayın sonunda sperm çıkışı olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrıldı. 6. Ayın sonunda 30 hastanın 13 ünde(%43) sperm çıkışı gözlendi.Tedaviden fayda gören grupta tedavi öncesi ve sonrası bilateral testislerin elastografide bakılan rezistif indeks değerleri tedaviden fayda görmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı(tedavi öncesi sağ ve sol rezistif indeks p=0.002,tedavi sonrası sağ ve sol rezistif indeks p=0.001). Tedavi öncesi ve tedavi sonrası testis elastografisinde sağ testis akımı tedaviden fayda gören grupta,tedaviden fayda görmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti(tedavi öncesi p=0.036,tedavi sonrası p=0.006). Sol testis akımı tedavi öncesinde her iki grupta anlamlı farklılık saptanmadı(p=0.236). Tedavi sonrasında ise tedaviden fayda gören grupta sol testis kan akımı anlamlı olarak daha yüksek saptandı(p=0.007).Tedavi öncesi her iki grupta testis elastografisinde sağ ve sol testis stiffness değerinde anlamlı farklılık saptanması(sırasıyla p=0.336,p=0.917). Tedavi sonrasında ise tedaviden fayda gören grupta sağ testis stiffness değeri anlamlı olarak daha yüksek saptandı(p=0.025).

SONUÇ

Çalışmamızda Hipogonadotropik Hipogonadizm hastalarında Hormon Replasman tedavisinin spermatogenez başarısını ön görmede Testis Elastografisinde değerlendirilen testiküler akım, stifness ile birlikte Rezistif İndeksin de önemli bir parametre olabileceği gösterilmiştir. Bu konuda ilerleyen çalışmalarda randomize kontrollü çalşmalara ihtiyaç vardır.

	Grup1	Grup 2	P value
Yaş	32.0 (24.0-35.0)	25.0 (23.0-33.0)	0.200
Kilo	74.0 (71.0-76.0)	79.0 (74.0-100)	0.071
0.ay testesteron	1.03 (0.25-1.50)	0.60 (0.41-1.26)	0.630
6.ay testesteron	4.90 (4.38-7.16)	6.40 (3.87-9.73)	0.241
0.ay fsh	0.63 (0.30-1.17)	0.47 (0.30-0.79)	0.473
6.ay fsh	2.01 (1.55-5.40)	2.97 (1.80-5.20)	0.544
0.ay lh	0.27 (0.13-0.50)	0.07 (0.06-0.12)	0.008
6.ay lh	0.20 (0.07-0.30)	0.07 (0.03-0.20)	0.101
0.ay elastografisağ RI	0.90 (0.80-1.00)	0.56 (0.52-0.70)	**0.002**
0.ay elastografi sol RI	0.93 (0.78-1.00)	0.58 (0.48-0.81)	**0.002**
0.ay sağakım	0.71 (0.60-0.92)	0.91 (0.88-1.02)	**0.036**
0.ay sol akım	0.72 (0.61-0.77)	0.78 (0.71-0.89)	0.236
6.ay elastografisağ RI	0.72 (0.68-0.79)	0.48 (0.42-0.52)	**<0.001**
6.ay elastografi sol RI	0.72 (0.70-0.80)	0.49 (0.42-0.55)	**<0.001**
6.ay sağakım	1.02 (0.80-1.17)	1.28 (1.04-1.38)	**0.006**
6.ay sol akım	0.90 (0.81-1.00)	1.04 (0.96-1.36)	**0.007**
0.ay sağstifness	2.19 (1.41-3.10)	2.97 (2.08-3.14)	0.336
0.ay solstifness	1.80 (1.50-2.67)	1.80 (1.57-2.60)	0.917
6.ay sağstifnes	2.70 (1.89-3.47)	3.90 (2.96-4.19)	**0.025**
6.ay sol stifnes	2.30 (1.89-3.209	3.21 (2.04-3.48)	0.143

SS-31) PREOPERATİF DÖNEMDE TAKILAN JJ STENTİN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SIRASINDA RENAL PELVİS BASINCINA ETKİSİ

SEZGİN YENİ(1) GÖKHAN OCAKOĞLU(2) HAKAN KILIÇARSLAN(2) ONUR KAYGISIZ(2)

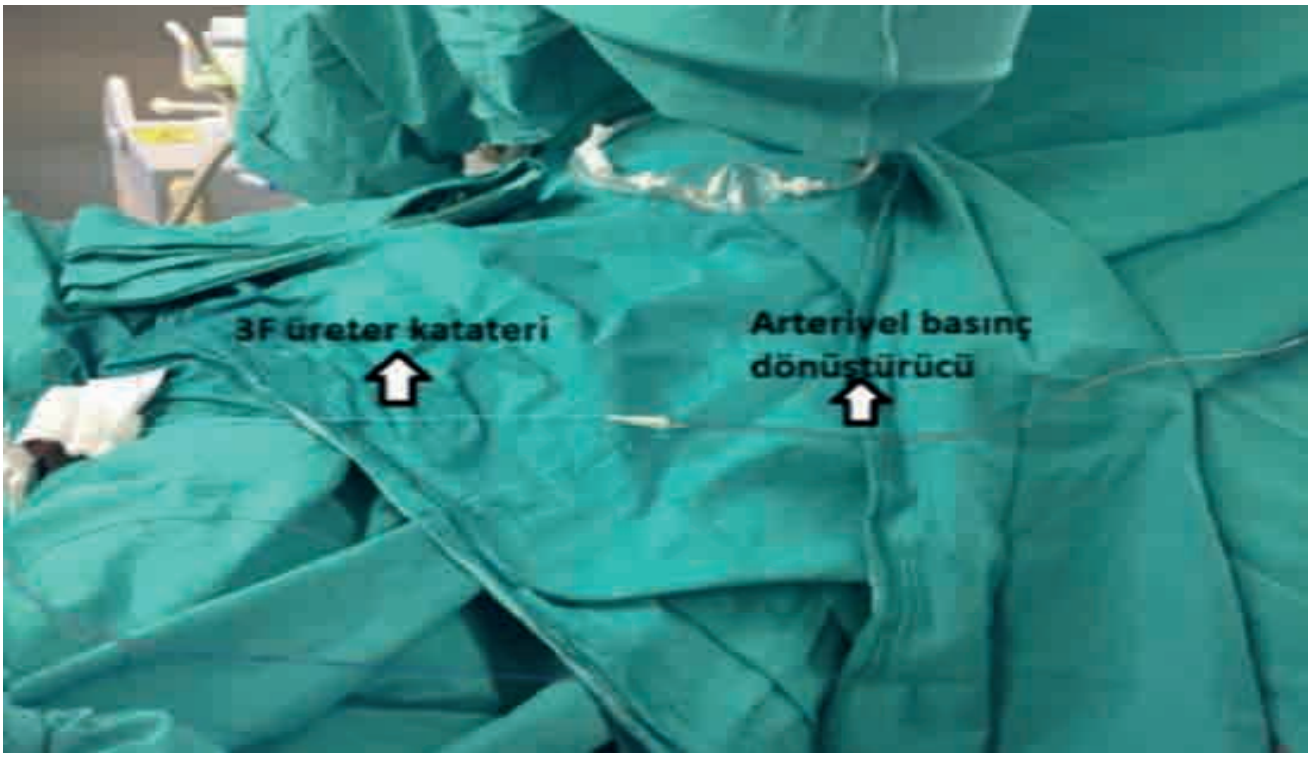
1. BURSA ÖZEL MEDICAL PARK HASTANESİ
2. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında böbrek içinde basınç artışını gösteren çalışmalar olmakla birlikte preoperatif JJ stent takılmasının intrapelvik basınç üzerine etkisini gösteren çalışma yoktur. Biz bu çalışmada işlem öncesi JJ stent uygulamasının ve işlem sırasında üretral stent uygulamasının RIRS sırasında renal pelvis basıncına etkisini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu çalışmada 02.09.2019 ile 30.10.2021 tarihleri arasında kliniğimizde RIRS yapılmış toplam 85 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Dışlama kriterleri sağlandıktan sonra 42 hasta çalışmada kaldı. Preoperatif JJ stent takılmış 21 hasta Grup 1'i oluştururken preoperative JJ stent takılmamış 21 hasta Grup 2'yi oluşturdu. RIRS sırasında basınç verileri milimetre civa (mmHg) cinsinden üreter kataterinin distal ucu basınç dönüştürücü ile anestezi monitörüne bağlanarak ölçüldü ve kaydedildi(resim 1-2). Gruplar demografik, taş özellikleri, perioperatif sonuçlar ve basınç değerleri açısından karşılaştırıldı. İntrapelvik en yüksek basınç ve ortalama basıncı etkileyen faktörleri tespit etmek için multivaryant analiz yapıldı.

BULGULAR
Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), taraf, taş boyutu, taş lokalizasyonu, taş dansitesi açısından fark yoktu. Grup 2'de preoperatif hidronefroz SFU Grade 2-3 oranı Grup 1'e göre daha yüksek bulundu (p=0,045). İntrapelvik basınç karşılaştırmasında Grup 1'de tüm basınçlar Grup 2'ye göre daha düşük saptandı. Ortanca kontrol pelvis basıncı (Pc) Grup 1'de 7 mmHg (6-9 mmHg) iken Grup 2'de 9 mmHg (6-12 mmHg) idi (p<0,001). En yüksek pelvis basıncı (Ph) Grup 1'de 78±18,2 mmHg iken, Grup 2'de 110±23,9 mmHg idi (p<0,001). Ortanca en düşük pelvis basıncı (Pl) Grup 1'de 29 mmHg (19-54 mmHg) iken Grup 2'de 42 mmHg (17-65 mmHg) idi (p=0,001). Ortanca pelvis basıncı (Port) Grup 1'de 41 mmHg (28-70 mmHg) iken Grup 2'de 69 mmHg (35-96 mmHg) idi (p<0,001). Dolu mesanede ortalama pelvis basıncı (Pbf) Grup 1'de 46,7±10,9 mmHg iken Grup 2'de 70±16,9 mmHg idi (p<0,001). Boş mesanede ortalama pelvis basıncı (Pbe) Grup 1'de 40,2±12 mmHg iken Grup 2'de 61,3±14,7 mmHg idi (p<0,001). Üretral katater takılması ile ortanca pelvis basınç düşüşü (Pdec) Grup 1'de 8 mmHg (2-22 mmHg) iken Grup 2'de 8 mmHg (1-28 mmHg) idi ve gruplar arasında fark izlenmedi (p=0,909). Multivaryant analizde intrapelvic basıncın düşük olmasında JJ stentin ve Grade 0-1 hidronefroz varlığı bağımsız bir prediktif faktör olarak gösterildi.

SONUÇ
Sonuçlar değerlendirildiğinde, RIRS öncesi takılan JJ stentin yaptığı üreter dilatasyonu sayesinde perioperatif renal pelvis basıncını azalttığı gösterildi. Ayrıca işlem sırasında üretral katater ile mesane drenajının yapılması da perioperatif renal pelvis basıncını azalttığı gösterildi.


3F üreter kateteri
Arteriyel basınç
dönüştürücü

SS-32) D'AMİCO RİSK SINIFLAMASINA GÖRE DÜŞÜK RİSK GRUBUNDA YER ALAN HASTALARDA, RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI ISUP GRADE? 3 OLMA DURUMUNU ÖNGÖRMEDE ETKİLİ FAKTÖRLERİN MAKİNE ÖĞRENMESİ YÖNTEMLERİ KULLANILARAK ANALİZİ

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) ÖZGÜR YILMAZ(2) RAHMİ KAVAK(3) MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) MEHMET ZUBAROGLU(1) VOLKAN İZOL(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ADANA ALPARSLAN TÜRKEŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ YAPAY ZEKA MÜHENDİSLİĞİ BİLİM DALI
3. ALPARSLAN TÜRKEŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ YAZILIM MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bu çalışmada radikal prostatektomi yapılan ISUP Grade 1 hastalarda, nihai patolojinin ISUP Grade?3 olma durumu prediktörlerini bulmayı ve bir karar ağacı oluşturmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

'Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Radikal Prostatektomi Veritabanı' retrospektif olarak incelendi. Prostat biyopsi sonucu ISUP Grade 1 olan hastalar seçildi. Eksik veriler nedeni ile analize dahil etmeye uygun olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya çeşitli demografik, klinik ve patolojik değişkenler dahil edildi. Bu değişkenler ile farklı makine öğrenmesi metodları kullanılarak model oluşturuldu.

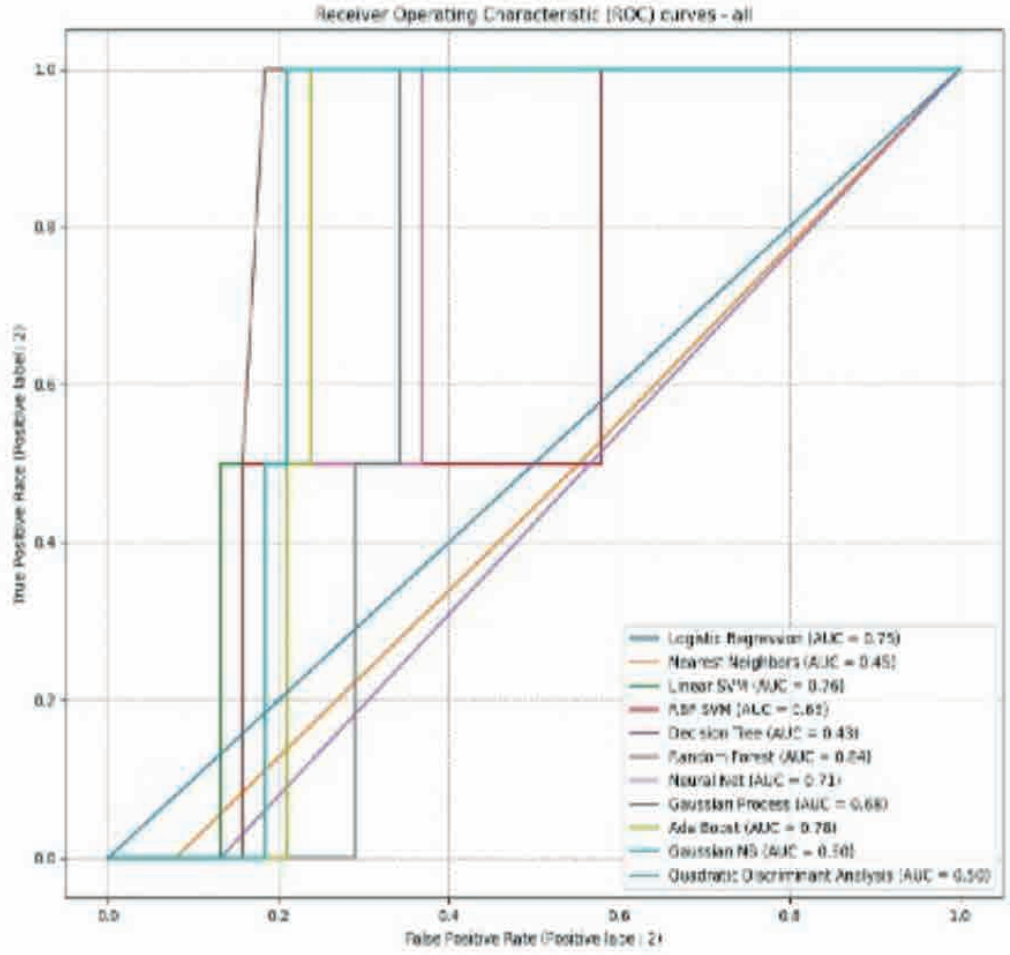
BULGULAR

2011-2024 yılları arasında prostat biyopsi sonucu ISUP Grade 1 olan ve radikal prostatektomi yapılmış hastalardan, eksik verisi olanlar çalışma dışı bırakıldıktan sonra 133 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 9,7%'sinde (n=13) nihai patoloji ISUP Grade ? 3 olarak sonuçlandı. Hastaların ortalama PSA değerleri 6,4 ng/mL idi. İki hastanın evresi T1a, 8 hastanın T1b, 50 hastanın T1c ve 73 hastanın T2a idi. Çalışmaya dahil edilen tüm parametrelere ait sonuçlar Tablo 1'de yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda en yüksek AUC değeri (0,84) Random Forest metodu ile elde edildi. Oluşturulan modelin, kullanılan bütün makine öğrenmesi metodlarına göre grafikleri Figür 1'de yer almaktadır.

SONUÇ

Bizim bilgimize göre literatürde, radikal prostatektomi sonrası, ISUP evre yükselmesi durumunun makine öğrenmesi kullanılarak irdelendiği birkaç adet çalışma bulunmaktadır. Biz de en temel hasta verileri ile kabul edilebilir düzeyde prediktif değeri olan bir model oluşturabildik. Sonuçlarımızın büyük hasta serileri olan DATA'lar ile eksternal validasyonuna ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo 1	ISUP	UPGRADE
-	Var	Yok
Yaş (yıl) (n)	59,1±5,7	61,8±7
BMI (n)	25,8±1,7	27±2,8
Hipertansiyon (+) (%)	7,7	32,5
Diabetes Mellitus (+) (%)	15,4	11,6
Prostat volüm (cc) (n)	47,1±24,6	68,6±47,2
PSA (ng/mL) (n)	5,86±2,1	6,41±3,27
PSA dansitesi (n)	0,14±0,06	0,12±0,08
Perinöral invazyon (+) (%)	15,4	7,5
Klinik T1a	7,7	0,8
Klinik T1b	15,4	5
Klinik T1c	23,1	39,2
Klinik T2a	53,8	55
Kor sayısı (n)	10,7±6,4	13,9±7,4
Pozitif kor sayısı (n)	2,9±1,4	4,3±3,2
Pozitif kor yüzdesi (%)	32±20	32,2±17,5
Kordaki maksimum tümör yüzdesi (%)	35,2±19,8	34±22,9
Kordaki minimum tümör yüzdesi (%)	16,2±13,5	15,4±14,8
Bilateral tümör (+) (%)	46,1	33
Tümörle infiltre alan (n)	2,25±1,5	2,3±1,2



SS-33) TAM AZFC MİKRODELESYONU OLAN NON-OBSTRÜKTİF AZOOSPERMİ HASTALARINDA MİCRO-TESE SONUÇLARI

EMRE BAKIRCIOĞLU(1) KADİR CAN ŞAHİN(2) CENK ÖZCAN(3) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(2) HAMDİ ÖZKARA(2)

1. SENSART Klinik
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. OTA & JINEMED HASTANESI TÜP BEBEK MERKEZİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, tam AZFc mikrodelesyonu olan non-obstrüktif azoospermi (NOA) hastalarının demografik, klinik ve histopatolojik parametrelerini inceleyerek mikrodiseksiyon testiküler sperm ekstraksiyonu (micro-TESE) başarısına etkilerini belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

2014-2022 yılları arasında iki merkezde micro-TESE yapılan 1308 NOA hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Tam AZFc mikrodelesyonu olan erkekler sperm elde edilme durumlarına göre gruplanarak hastaların yaşı, infertilite süresi, ebeveynlerde akraba evliliği öyküsü, serum FSH, total testosteron düzeyleri, testis hacimleri ve histopatolojik verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR

1308 hasta arasında 54 hastada tam AZFc mikrodelesyonu saptandı (%4,1). 54 hastanın 28'inde (%51.8) micro-TESE ile başarıyla sperm elde edilmiştir. Hastaların yaşı, serum FSH, total testosteron düzeyleri, infertilite süresi ve testis hacmi, sperm pozitif ve negatif gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 1). Ebeveynlerde akraba evliliği öyküsünün iki grup arasında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p = 0.032$, Tablo 1). Testis biyopsi sonuçlarına göre sperm elde etme durumu açısından histopatolojik paternlerin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0.277$, Tablo 2). Yapılan ikili lojistik regresyon analizinde ise ebeveynlerinde akraba evliliği öyküsü olan hastalarda micro-TESE'de sperm elde edilme başarısında 4.41'lik bir odds oranı (%95 GA: 1,04-18,70) ortaya koyulmuştur.

SONUÇ

AZFc mikrodelesyonu olan NOA hastalarında micro-TESE başarısını olumsuz etkileyen tek klinik parametrenin ebeveynlerde akraba evliliği öyküsü olduğu bulunmuştur. Bu faktörün fizyopatolojisinin aydınlatılması için ileri genetik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik verileri

	Sperm (+) grup (n=28)	Sperm (-) grup (n=26)	p değeri
Yaş	31 (25-48)	31.5 (25 - 41)	0.728 ♥
İnfertilite Süresi (yıl)	3 (1 - 14)	4 (1 - 13)	0.173 ♥
Total testosteron (ng/mL)	3.77 (1.89 - 7.44)	3.68 (2 - 9.25)	0.723 ♥
FSH (mIU/mL)	14.88 (2.1 - 53.8)	14.31 (6.6 - 37)	0.849 ♥
Testis hacmi (mL)			
Sol	10 (4 - 20)	11 (3 - 20)	0.278 ♥
Sağ	10 (3 - 20)	10 (3 - 20)	0.333 ♥
Ebeveynlerde akraba evliliği öyküsü, (%)	3 (10.7)	9 (34.6)	**0.035** ♠

Not: Nümerik veriler median (min - max) ya da sayı (%) olarak ifade edilmiştir. ♥ Mann-Whitney U test, ♠ Fisher's Exact test

Tablo 2. Histopatolojik patern dağılımı

	Sperm (+) grup (n=16)	Sperm (-) grup (n=21)	p değeri
Sertoli-Cell Only	7 (43.7)	9 (42.8)	0.277 ♠
Matürasyon arresti	7 (43.7)	12 (57.1)	
Hipospermatogenesis	2 (12.5)	0	

Not: Nümerik veriler sayı (%) olarak ifade edilmiştir. ♠ Fisher's Exact test

SS-34) TAŞ HACMİ HESAPLAMASINDA FARKLI YÖNTEMLERİN KULLANIMI: YAU ENDOÜROLOJİ VE ÜROLİTİYAZİS ÇALIŞMASI

TARIK EMRE ŞENER(1) EUGENİO VENTİMİGLİA (2) HALİL BATUR AKAY(1)
TÜRKER ALTUNTAŞ(1) AMELİA PİETROPAOLO (3) ZEESHAN HAMEED (4)
YILÖREN TANIDIR(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. DENEYSEL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ/ÜROLOJİ ÜNİTESİ, ÜROLOJİK ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE, MİLAN, İTALYA
3. ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, SOUTHAMPTON ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NHS VAKFI, SOUTHAMPTON, İNGİLTERE
4. ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, FATHER MULLER TIP KOLEJİ, KARNATAKA, HİNDİSTAN

AMAÇ
Taşın boyutu ve taşın pyelokaliksiyel sistem içindeki yeri, taş cerrahileri için karar verme sürecinde en önemli faktörlerdir. EAU Ürolitiyazis Kılavuzları tarafından öngörülen tedavi algoritmaları taş boyutunu değerlendirmek için taş çapını dikkate alır. Ancak,taş çapının yanı sıra taş hacmi tedavi kararına dahil edilmelidir çünkü çapta meydana gelen 2 kat artış, hacimde 8 kat artışa neden olur. Taş hacmini hesaplamanın birçok yolu vardır; el ile elipsoid hacim formülü (V= 4/3 x ? x a x b x c) kullanılarak hesaplama ve yazılımlar kullanılarak hesaplama. Taşlar düzensiz şekillere sahip olabileceğinden, manuel hesaplamalar her zaman taş yükünü tam olarak yansıtmayabilir. Bu çalışmada, manuel hacim hesaplaması ile iki farklı yazılım kullanılarak yapılan hacim hesaplaması arasında herhangi bir sapma olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Basit taşlar için fleksibl üreteroskopi yapılan 20 hastayı rastgele seçtik. Preoperatif BT taramalarının dicom görüntüleri çıkarıldı ve her hasta için taş hacimleri 3 farklı yöntem kullanılarak hesaplandı:Manuel hesaplama. BT görüntülerinde en büyük antero-posterior, medio-lateral ve kranio-kaudal çaplar ölçüldü ve elipsoid hacim formülüne göre hacim hesaplandı. 3d Doctor yazılımı kullanılarak hacim hesaplama. 3d Slicer yazılımı kullanılarak hacim hesaplama. Farklı 3 ölçüm yöntemi arasındaki farklar değerlendirildi. Ayrıca, 2 farklı yazılım kullanılarak yüzey alanı hesaplamaları yapıldı ve karşılaştırıldı.

BULGULAR
Taşın antero-posterior, medio-lateral ve kranio-kaudal boyutlarındaki en büyük çap ortalamaları sırasıyla 9,54 (5-16,23), 10,21 (5,5-17,8) ve 12,76 (5,5-28,3) mm idi. Manuel hesaplama, 3d Doctor kullanılarak hesaplama ve 3d Slicer kullanılarak hesaplama ile hesaplanan taş hacimleri sırasıyla 752 (110-2589), 846,8 (86-2550) ve 862,2 (131-2608) mm3 idi (p:0,004). 3d Doctor ve 3d Slicer kullanılarak hesaplanan taş yüzey alanları sırasıyla 463,45 (88-1114) ve 486,8 (133-1079) mm2 idi (p:0,386).

SONUÇ
Taş hacmi hesaplaması, uygulamamızın önemli bir parçası olmalı ve böbrek taşı yönetimi için karar verme sürecine dahil edilmelidir. Taş hacmini hesaplamanın farklı yolları vardır, özel yazılımlar taş yükünü anlamaya yardımcı olabilir ve ürologların hastaları için en uygun seçeneği seçmelerine rehberlik edebilir.

-	Manuel Hesaplama	3d Doctor	3d Slicer	P değeri
Taş Hacmi (mm3)	752 +/- 688,71 (110-2589)	846,8 +/- 753,48 (86-2550)	862,2 +/- 722,77 (131-2608)	0,004
Taş Yüzey Alanı (mm2)	-	463,45 +/-294,27 (88-1114)	486,8 +/-249,89 (133-1079)	0,386

SS-35) PUV HASTALARINDA UNILATERAL VEZİKOÜRETERAL REFLÜNÜN KORUYUCU ETKİSİ VAR MIDIR?

KADİR EMRE BALTACI(1) ALİ CANSU BOZACI(1) MESUT ALTAN (1) GÖKHAN KARAKURT(1) KAMRANBAY GASİMOV(1) SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOGAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
PUV hastalarında çeşitli koruyucu mekanizmalar öne sürülmüştür. Tek taraflı vezikoüreteral reflü (VUR) bu koruyucu mekanizmalardan biri olarak önerilse de, karşıt görüşler de savunulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, tek taraflı VUR'un, PUV hastalarının renal fonksiyonlar üzerinde koruyucu bir etkisi olup olmadığını belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 1986 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 128 erkek PUV hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Tek taraflı VUR ve ipsilateral böbrek fonksiyonu %15'in altında veya ultrasonografi (USG) bulgularında şiddetli atrofik böbreği olan hastalar, Valve Unilateral Reflü Displazi (VURD) sendromu olarak tanımlandı. Sintigrafi ve USG incelenerek 108 hastanın verilerine erişildi. Renal fonksiyon (RF), serum kreatininin değeri yaşa özgü kreatinin referans değerlerinden yüksek olması durumunda anormal kabul edildi. Birçok olası parametre tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerle değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR
Primer cerrahi sırasında ortanca yaş 5 ay ve ortanca takip süresi ise 26 ay idi. Hastaların 33'ünün (%25,8) son bakılan kreatinin düzeyi yaşa özgü referans aralıktan yüksek bulunmuştur. Son kontrolde anormal RF dağılımı, bilateral VUR (44.4%, 16/36) olan hastaların sonuçlarının, VUR olmayan (19.2%, 10/52) veya tek taraflı VUR (17.5%, 7/40) olan hastalardan ($p=0.011$) ($p=0.011$) daha kötü olduğunu gösterdi. 36 tek taraflı VUR hastasından 16'sında VURD vardı ve anormal RF dağılımı, VURD durumundan bağımsız olarak tek taraflı VUR hastalarında benzerdi. Tek değişkenli analizde: Yaşa özgü kreatinin referans aralığından yüksek nadir kreatinin değeri ve 1 yaşındaki kreatinin değeri, nadir kreatinin değerinin 0.8 mg/dl veya üzerinde olması, bilateral VUR varlığı, 5 yıldan daha uzun takip süresi, postoperatif hidronefrozun devam etmesi, başlangıç tedavisinde valf ablasyonunun olmaması ve hastaların ürosepsis ile başvurması anormal RF ile ilişkili bulundu; çok değişkenli analizde ise nadir kreatinin değeri ve postoperatif hidronefrozun devam etmesi bağımsız risk faktörleri olarak bulundu.

SONUÇ
Literatürde PUV hastalarında tek taraflı reflünün kontralateral böbreği koruyarak, uzun dönem sonuçların iyi olduğu bildirilmiş olsa da, bazı çalışmalarda renal displazi nedeniyle sonuçların daha kötü olduğu da gösterilmiştir. Literatürdeki bu belirsizliğe rağmen, kendi sonuçlarımızda tek taraflı reflüsü olan hastalar ile reflüsü olmayan hastaların sonuçları benzer olarak bulunmuştur. Bu, tek taraflı reflünün aslında ipsilateral displazinin şiddetinden bağımsız olarak koruyucu bir faktör olabileceğini göstermektedir. Tek taraflı VUR olan hastalar, VUR olmayan hastalarla benzer bir prognoza sahiptir. Bu olası koruyucu etki nedeniyle hastalar ayrıntılı değerlendirmeden nefrektomi yapılmamalıdır.

SS-36) İNTRAVEZİKAL BCG UYGULAMASI SONRASI NADİR GELİŞEN BİR KOMPLİKASYON: POTT HASTALIĞI

OKTAY ÜÇER(1) OKAN YİĞİT(1) ALİ CAN ALBAZ(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) MESUT METE(2) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ, MANİSA
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ, MANİSA

AMAÇ

İntravezikal(İV) Bacillus Calmette-Guérin (BCG) uygulaması kasa invaze olmayan mesane kanserinde(KİOMK) bir tedavi metodu olarak tercih edilmektedir. BCG, Mycobacterium(M.) Bovis suşudur. BCG'ye bağlı komplikasyonlar nadir görülür. BCG uygulaması sonrası üriner sistemin enflamasyonu sonucu; sistit, hematüri, mesane kontraksiyonu, prostatit, gibi lokal komplikasyonlar görülmektedir. Ateş, akut solunum yetmezliği, hemolitik üremik sendrom, artrit, omurga apseleri ve sepsis gibi ciddi sistemik komplikasyonlar ise daha nadir olarak izlenmektedir Granülomatöz omurga enfeksiyonunda en sık spinal tüberküloz(TB) karşımıza çıkmaktadır ve Pott hastalığı olarak da bilinir. İV BCG uygulaması sonrası gelişen Pott hastalığı olgusunu sunarak klinik farkındalığın artmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

51 yaşında başka ek hastalığı olmayan yüksek riskli KİOMK tanısı ile takipli ve idame İV BCG tedavisi alan erkek hastada tedaviye bağlı Pott hastalığı komplikasyonu gelişti ve literatürde yeterli bildiri bulunmaması üzerine nadir bir olgu olarak sunuldu.

BULGULAR

Hastaya mesane tümörü şüphesiyle transüretral mesane tümörü rezeksiyonu(TUR-M) uygulandı ve patoloji sonuçları tümörün yüksek dereceli T1(kas doku var, invazyon yok) ürotelyal karsinom olduğunu gösterdi 4 hafta sonra re TUR-M patolojisi düşük dereceli Ta ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Avrupa Üroloji Derneği(EAU) kılavuzuna göre yüksek riskli KİOMK kabul edilen hastanın takip planına uygun şekilde kontrol sistoskopileri planlandı ve İV BCG tedavisine başlandı. İV tedaviler sonrası 1-2 gün dizüri şikayeti olması dışında semptomları olmadı ve her tedavi öncesinde alınan idrar kültürlerinin hiçbirinde üreme olmadı. Sistoskopilerinde BCG'ye bağlı hiperemik alanlar görülmesi dışında patoloji saptanmadı. Son olarak 12. Ay sistoskopisi yapılan ve idame İV BCG tedavisinden yaklaşık 1 ay sonra başlayan ayak altında karıncalanma, kasıklarında uyuşma ve son günlerde ataksik yürüme şikayetleriyle gelen hastanın çekilen torakolomber Manyetik Rezonans(MR)'da "T5-T6 seviyesinde spondilodiskit bulguları mevcut, flegmanöz yumuşak dokuda apse düşünülmüş ve spinal korda belirgin basısı görülmektedir." İV BCG tedavisi alan ve başka enfeksiyon odağı olmayan hastada öncelikle TB apsesi düşünüldü. Nöroşirürji(NRŞ) tarafından laminektomi ve apse debridmanı yapıldı. Alınan apse materyalinin aerobik/anaerobik kültürlerinde üreme olmadı, TB polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) sonucu pozitif saptandı. Göğüs hastalıkları konsültasyonunda, akciğer TB yönelik bulgu saptanmadı. Materyalin patolojik incelemesi sonucunda; TB ile uyumlu olarak epiteloid, dev hücreler ve kazeöz nekroz ile karakterize granülomatöz inflamasyon saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından 4'lü anti-TB tedavisi planlandı. Cerrahi sonrası NRŞ tarafından 3 ay jeweet (hiperekstansiyon) korse ile takibi planlandı. KİOMK için tarafımızca 15. ay sistoskopi randevusu verildi

SONUÇ

KİOMK hastalarının takip ve tedavilerinde İV BCG uygulamasının nüksü ve progresyonu azalttığı birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Hastaların %95'inden fazlası tedaviyi iyi tolere edebiliyorken, ciddi yan etkiler %5'inden daha azında görülmektedir Faydası ve yan etkileri değerlendirildiğinde İV BCG tedavisi orta ve yüksek riskli KİOMK tedavisinde ilk seçeneklerden biri olmaya devam edecektir ancak tedavi etkeninin M. Bovis suşu olduğu her zaman göz önünde bulundurulmalı, hastalar yakın takip edilmeli ve sistemik değerlendirilmelidir.

SS-37) PSMA PET'TE LENF NODU NEGATİF ORTA-RİSKLİ PROSTAT KANSERİ OLAN HASTALARDA PELVİK LENF NODU DİSEKSİYONUNUN ERKEN ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ VAR MI?: BİR EĞİLİM (PROPENSİTY) SKOR EŞLEŞTİRME ANALİZİ

BARIŞ ESEN(1) HÜLYA SEYMEN(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) İBRAHİM CAN AYKANAT(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) YAKUP KORDAN(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) DİLEK ERTOY BAYDAR(1) MEHMET ONUR DEMİRKOL(1) DERYA TİLKİ(2) TARIK ESEN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ / HAMBURG-EPPENDORF ÜNİVERSİTE HASTANESİ, MARTİNİ KLİNİK PROSTAT KANSER MERKEZİ

AMAÇ

PSMA PET/BT'NİN, orta riskli hastalığa sahip erkeklerde lenf nodu invazyonunu (LNI) belirlemede yüksek negatif prediktif değere (NPV) sahip olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, orta riskli prostat kanseri (PCa) hastalarında PSMA PET/BT'nin nodal evreleme performansının değerlendirilmesi ve PSMA PET/BT nod negative (miN0) hasta grubunda PLND'nin hastaların erken onkolojik sonuçlar üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

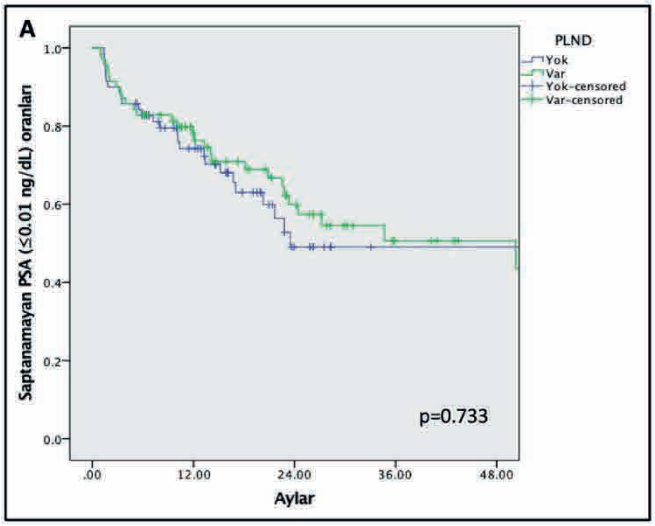
Toplamda, Ocak 2014 ile Aralık 2023 arasında primer evreleme için PSMA PET/BT yapılan ve orta riskli PCa olan 308 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. PSMA PET/BT'nin nodal evrelemedeki performansı, PLND uygulanmış olan 196 hastada (196/308) analiz edilmiştir. PSA (PSA <=10 ve >10 ng/dL), cT2 evresi (cT1c ve cT2a-2b), mpMRI PIRADS skoru (PIRADS 1-3, PIRADS 4 ve PIRADS 5), ve prostat biyopsisindeki ISUP grade grubu (GG1, GG2 ve GG3) kullanılarak 1:1 eğilim (propensity) skoru eşleştirmesi (PSM) yapılmış ve PSM sonrasında 140 hasta nihai analize dahil edilmiştir. Saptanamayan serum PSA seviyesi PSA <=0.01 ng/dL olarak tanımlanmıştır. RP sonrası PSA persistans oranları (>=0.1 ng/dL) ve biyokimyasal nüks (BCR, >=0.2 ng/dL) oranları kaydedilmiştir. PLND olan ve olmayan hastalarda onkolojik sonuçları karşılaştırmak için Kaplan Meier grafikleri ve log-rank testi kullanılmıştır.

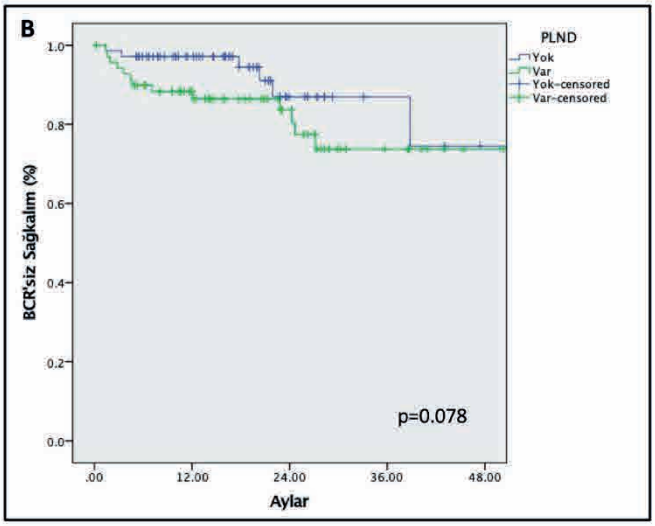
BULGULAR

PLND yapılan hastalarda çıkarılan lenf nodu medyan sayısı 17'dir. PSMA PET/CT'nin orta riskli PCa hastalarında nodal evrelemedeki duyarlılığı, özgüllüğü, pozitif prediktif değeri (PPV) ve negatif prediktif değeri (NPV) sırasıyla %53.3, %95, %47.1 ve %96.1 bulunmuştur. PSM sonrası ileri analize dahil edilen 140 hastanın medyan preop PSA'sı 6.6 ng/dL (IQR: 4.9 – 9.2) olup medyan takip süresi 20.7 aydır. RP sonrası PSA persistans oranları PLND yapılan ve yapılmayan hastalarda benzer bulunmuştur (%12.9 vs %4.3, p=0.07). PLND grubunda 12 ve 24 ayda PSA oranları halen saptanamayan seviyede olan hasta oranları sırasıyla %78.1 ve %59.9, PLND yapılmayan grupta ise %74.2 ve %49.1'dir (p=0.733). PLND grubunda 12 ve 24 aylık BCR'siz sağkalım oranları sırasıyla %88.3 ve %83.7, PLND yapılmayan grupta ise %97.1 ve %86.9 hesaplanmıştır (p=0.078) (Figür 1).

SONUÇ

Orta riskli PCa hastalarında PSMA PET/CT'nin LNI belirlemedeki NPV'si çok yüksek bulunmuş ve PSM analizi sonrası PLND yapılmasının orta riskli PCa hastalarının erken onkolojik sonuçları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları, orta riskli PCa hastalarında PSMA PET/BT ile yapılan nodal evrelemede negatif LNI saptandığında cerrahi süresini kısaltmak ve cerrahiye bağlı olası komplikasyonları azaltmak için PLND'nin gerekmeyebileceğini düşündümektedir.


A
Saptanamayan PSA (≤0.01 ng/dL) oranları
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
.00
12.00
24.00
36.00
48.00
Aylar
p=0.733
PLND
Yok
Var
Yok-censored
Var-censored


B
BCR'siz Sağkalım (%)
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
.00
12.00
24.00
36.00
48.00
Aylar
p=0.078
PLND
Yok
Var
Yok-censored
Var-censored

SS-38) ORTA RİSKLİ PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA PATOLOJİK LENF NODU TUTULUMUNUN BİYOKİMYASAL NÜKS İLE İLİŞKİSİ

BÜLENT ÖNAL(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1)
ALPER OKUR(1) EMRE AKKUŞ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Radikal prostatektomi (RP) sırasında genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu (ePLND) nodal metastazları değerlendirmede altın standart tekniktir. ePLND'nin onkolojik sonuçlara etkisi tartışmalı olsa da ePLND prognoz açısından önemini korumaktadır. European Association of Urology (EAU) kılavuzu, EAU risk sınıflamasına göre orta riskli prostat kanserinde (PK) düşük lenf nodu tutulum oranları nedeniyle ePLND'yi önermemektedir. Bu çalışmada orta risk PK'lı hastalarda patolojik lenf nodu tutulumu ve biyokimyasal nüksün ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

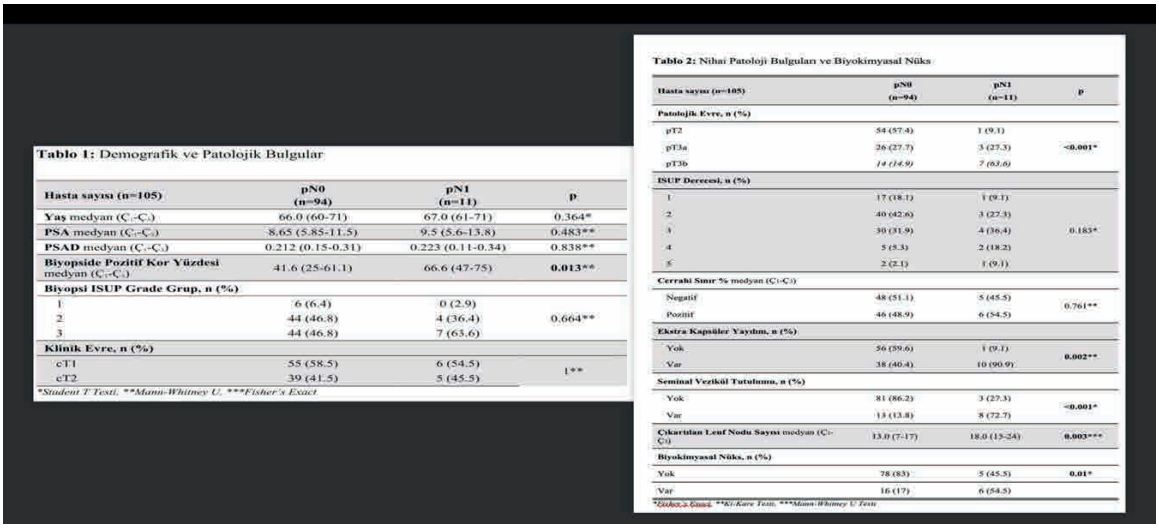
Kliniğimizde 2017-2024 yılları arasında, orta riskli PK nedeniyle radikal prostatektomi ve ePLND yapılan 105 hastanın verisi retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, prostat biyopsisi bulguları, radikal prostatektomi patolojileri ve biyokimyasal nüks durumları analiz edildi. İstatistiksel analiz için Student-T testi, Mann-Whitney U testi, Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların 11'inde (%10.4) nihai patolojide lenf nodu tutulumu saptandı. Patolojik lenf nodu tutulumu saptanan (pN1) ve saptanmayan (pN0) hastaların PSA değerleri, PSA dansiteleri, prostat biyopsisindeki 'International Society of Urological Pathology' (ISUP) grade grupları ve klinik evreleri benzerdi (p>0,05). pN1 grubunda biyopside saptanan pozitif kor yüzdesi pN0 grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.013). Nihai patolojideki ISUP grade grupları ve cerrahi sınır pozitifliği iki grup için benzerdi (p>0,05). Patolojik evre ve biyokimyasal nüks oranları pN1 grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, p<0,001, p=0,01).

SONUÇ

pN1 grubundaki hastaların pN0 grubuna göre nihai patolojide daha agresif özellikler taşıdığı izlenmiştir ve orta risk PK'lı hastalar heterojen bir grubu oluşturmaktadır. Mevcut orta risk sınıflaması (PSA 10-20, cT2b, ISUP 2/3) bazı hastalarda yetersiz kalabilmekte ve gerçek orta riski tanımlamakta yetersiz kalabilmektedir. ePLND kararında hasta bazlı bir yaklaşım yapılması ve saf orta riskli olarak tanımlanabilen hastalarda ePLND uygulanmaması gerektiğini düşünmekteyiz.



Tablo 1: Demografik ve Patolojik Bulgular

Hasta sayısı (n=105)	pN0 (n=94)	pN1 (n=11)	p
Yaş medyan (Ç1-Ç3)	66.0 (60-71)	67.0 (61-71)	0.364*
PSA medyan (Ç1-Ç3)	8.65 (5.85-11.5)	9.5 (5.6-13.8)	0.483**
PSAD medyan (Ç1-Ç3)	0.212 (0.15-0.31)	0.223 (0.11-0.34)	0.838**
Biyopside Pozitif Kor Yüzdesi medyan (Ç1-Ç3)	41.6 (25-61.1)	66.6 (47-75)	**0.013****
Biyopsi ISUP Grade Grup, n (%)			
1	6 (6.4)	0 (2.9)	0.664**
2	44 (46.8)	4 (36.4)	
3	44 (46.8)	7 (63.6)	
Klinik Evre, n (%)			
cT1	55 (58.5)	6 (54.5)	1**
cT2	39 (41.5)	5 (45.5)	

*Student T Testi, **Mann-Whitney U, ***Fisher's Exact

Tablo 2: Nihai Patoloji Bulguları ve Biyokimyasal Nüks

Hasta sayısı (n=105)	pN0 (n=94)	pN1 (n=11)	p
Patolojik Evre, n (%)			
pT2	54 (57.4)	1 (9.1)	<0.001*
pT3a	26 (27.7)	3 (27.3)	
pT3b	14 (14.9)	7 (63.6)	
ISUP Derecesi, n (%)			
1	17 (18.1)	1 (9.1)	0.183*
2	40 (42.6)	3 (27.3)	
3	30 (31.9)	4 (36.4)	
4	5 (5.3)	2 (18.2)	
5	2 (2.1)	1 (9.1)	
Cerrahi Sınır % medyan (Ç1-Ç3)			
Negatif	48 (51.1)	5 (45.5)	0.761**
Pozitif	46 (48.9)	6 (54.5)	
Ekstra Kapsüler Yayılım, n (%)			
Yok	56 (59.6)	1 (9.1)	0.002**
Var	38 (40.4)	10 (90.9)	
Seminal Vezikül Tutulumu, n (%)			
Yok	81 (86.2)	3 (27.3)	<0.001*
Var	13 (13.8)	8 (72.7)	
Çıkartılan Lenf Nodu Sayısı medyan (Ç1-Ç3)	13.0 (7-17)	18.0 (15-24)	0.003***
Biyokimyasal Nüks, n (%)			
Yok	78 (83)	5 (45.5)	0.01*
Var	16 (17)	6 (54.5)	

*Fisher's Exact, **Ki-Kare Testi, ***Mann-Whitney U Testi

SS-39) MESANE KANSERİNDE PARABENLERİN ROLÜ

DURAN DÜZGÜN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(2) CANAN ONAÇ(3)

1. KÜTAHYA ŞEHİR HASTANESİ
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ3. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ İLERİ TEKNOLOJİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ (İLTAM)

AMAÇ
Mesane kanseri dünyada yaygın görülen morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Paraben ve aromatik alkoller kişisel bakım ürünlerinde sık kullanılan koruyucu bileşiklerdir. Literatürde parabenlerin infertilite, obezite, meme ve prostat kanseri ile ilişkilendirilen çalışmaları bulunmaktadır, ancak mesane kanseri ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda 7 paraben ve 2 aromatik alkol bileşiğinin mesane dokusunda düzeyini ölçmeyi ve mesane kanseri ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Etik kurul onayını takiben 16.11.2022 – 09.08.2023 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde mesane kanseri tanısıyla transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-MT) ve klinik benign prostat obstrüksiyonu (BPO) nedeniyle transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılan erkek hastalar çalışmaya alındı. Katılımcıların yaşı, boyu, kilosu, çocuk sayısı, mesleği, kronik hastalık varlığı, sigara ve kişisel bakım ürünü kullanımı sorgulanarak kaydedilmiştir. Hesaplanan güç analizine göre hasta ve kontrol grubuna en az 26'şar katılımcı alınmasına karar verildi. Hasta grubunda mesane tümörü dokusu ve kontrol grubunda sağlıklı mesane dokusu elde edildi. Deneme çalışmasından sonra tüm numuneler ön işlemin ardından yüksek performanslı sıvı kromatografisi (HPLC) cihazında kromatografik yöntem ile analiz edildi. Demografik veriler ve analiz sonuçları istatistik işleme tabi tutuldu.

BULGULAR
Hasta ve kontrol grubunda 26'şar erkek hasta bulunmaktadır. Hasta ve kontrol grubunda ortalama yaş sırasıyla 71,5 ve 70,5 hesaplanmıştır. 17 hasta kas invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) ve 9 hasta kas invaziv mesane kanseri (KİMK) tanısı almıştır. KİOMK tespit edilen 4 hasta klinik açıdan KİMK olarak kabul edilmiştir. Böylece kas invaziv olan ve olmayan grupta 13'er hasta olmuştur. Hasta ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı hariç yaş, vücut kitle indeksi, komorbid hastalık, meslek ve çocuk sayısı açısından fark izlenmemiştir. Gruplar arası paraben ve aromatik alkol içeren sabun, şampuan, diş macunu ve deodorant kullanımı açısından fark izlenmemiştir. Parabenler arasında % 21,2 oranla en fazla propilparaben tespit edilmiştir. Bütilparaben ve izobütilparaben gözlenebilme sınırı (LOD) altında tespit edildi. Ölçülebilen parabenler arasında kategorik ve sayısal olarak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ancak hasta grubunda yüksek seviyede olduğu gözlenmiştir. 2-fenoksietanol (PE) ve 1-fenoksi-2-propanol (PP), hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Logistik regresyon analizinde PP ve sigara mesane kanseri riskini artıran faktörler olarak dikkat çekmiş, ancak PE düzeyleri teste uyum sağlamadığı için mesane kanseri riski ile ilişkisi değerlendirilememiştir. PE ve PP ile değişkenler arasında korelasyon saptanmamıştır.

SONUC
Çalışmalarda parabenlerin DNA hasarı, glikolipit metabolizma bozukluğu yaptığı ve östrojen benzeri etki göstererek kansere sebep olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada parabenlerin mesane kanseri ile ilişkisi tespit edilememiştir. Ayrıca PP'nin mesane kanseri ile ilişkisi olduğu da gözlenmiştir. Örneklem hacmi artırılarak mesane kanseri olgularında idrar örnekleri, tümörlü ve tümörsüz mesane dokuları kullanılarak yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

	KONTROL GRUBU		HASTA GRUBU		
Kimyasallar	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)	Gruplar arası p
1-fenoksi-2-propanol	20	21 (6,31 - 41,76)	25	80,46 (42,3 - 217,09)	0,0001* (z=-4,66)
2-fenoksietanol	14	2,57 (0,93 - 3,79)	24	71,7 (54,02 - 126,13)	0,0001* (z=-5,084)
Propilparaben	3	9,25 (3,94 - 0)	8	69,21 (37,77 - 380,23)	0,133 (z=-1,633)
Etilparaben	3	4,69 (3,19 - 0)	4	48,23 (35,66 - 113,79)	-
Metilparaben	1	6,27 (6,27 - 6,27)	4	293,62 (124,62- 1189,35)	-
Benzilparaben	0	-	4	62,17 (53,84 - 126,49)	-
İzopropilparaben	1	49,64 (49,64 - 49,64)	0	-	-

SS-40) BRİGANTİ NOMOGRAMI, PARTİN NOMOGRAMI, MSKCC NOMOGRAMI VE MAKİNE ÖĞRENMESİ KULLANILARAK OLUŞTURULAN MODELİN RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ LENF NODU İNVAZYONUNU ÖNGÖRMEDE KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ.

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) ÖZGÜR YILMAZ(2) RAHMİ KAVAK(3) MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) MEHMET ZUBAROGLU(1) VOLKAN İZOL(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ADANA ALPARSLAN TÜRKEŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ YAPAY ZEKA MÜHENDİSLİĞİ BİLİM DALI
3. ALPARSLAN TÜRKEŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ YAZILIM MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bu çalışma da prostat kanserli hastalarda lenf nodu tutulumunu öngörmek için makine öğrenmesine dayalı model oluşturmayı ve bu modeli yine makine öğrenmesi algoritmaları kullanarak, rutin nomogramlar ile karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2011-2024 tarihleri arasında retrospektif olarak oluşturulmuş ‘Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Radikal Prostatektomi Veritabanı’ incelemeye alındı. Eksik veriler nedeni ile analize dahil etmeye uygun olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya çeşitli demografik, klinik ve patolojik değişkenler dahil edildi. Veritabanında Partin Nomogramı, Briganti Nomogramı ve MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) Nomogramı kullanılarak elde edilen skorlar da bulunmaktaydı. Bu skorlar ve veri setimizde yer alan değişkenler kullanılarak oluşturulan tahmin modeli birbirleri ile karşılaştırıldı. Her bir skorlama sistemine ait skorların ve bizim oluşturduğumuz tahmin modelinin ayrı ayrı ve kombine edilerek lenf nodu tutulumu ihtimalini öngördürücü değerleri (AUC) farklı makine öğrenmesi metodları kullanılarak hesaplandı.

BULGULAR

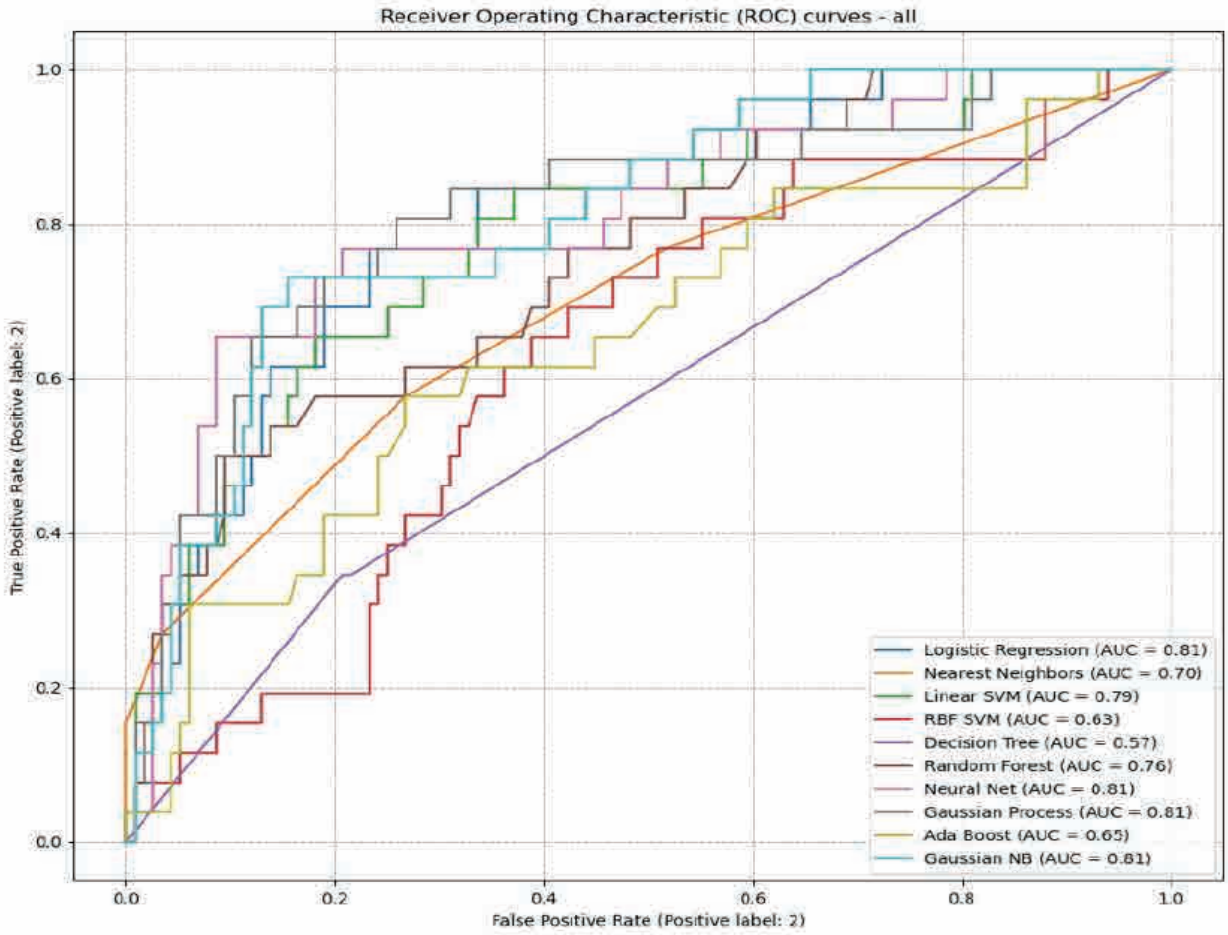
Eksik verisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldıktan sonra 471 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 97’sinde (%20) lenf nodu tutulumu mevcuttu. D’Amico Risk Sınıflaması’na göre düşük riskli hastaların %8,3’ünde (11/132), orta riskli hastaların %15,6’sında (20/128), yüksek riskli hastaların %31,7’sinde (39/123), lokal ileri evre hastaların %30,7’sinde (27/88) lenf nodu tutulumu görüldü. Yapılan analizler sonucunda oluşturulan model AUC değeri (0,81), nomogramların teker teker kullanıldığı bütün analizlerin AUC değerinden yüksek bulundu. Detaylar Tablo 1’de yer almaktadır.

SONUÇ

Bizim bilgimize göre literatürde MSKCC Nomogramı, Partin Nomogramı ve Briganti Nomogramı’nın her üçünün birden makine öğrenmesi metodları ile karşılaştırmalı değerlendirildiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Oluşturduğumuz modelin prediktif değeri; nomogramların her üçünün de teker teker kullanıldığı bütün analizlerin prediktif değerinden daha yüksek bulundu. Sonuçlarımızın daha yüksek volümlü veritabanları ile eksternal validasyonuna ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo 2	En yüksek AUC	Yöntem
MSKCC	0.79	Logistic Regression
-	0.79	Neural Net
-	0.79	Gaussian NB
Briganti	0.78	Ada Boost
-	0.76	Nearest Neighbors
-	0.76	Random Forest
Partin	0.78	Random Forest
-	0.77	Ada Boost
-	0.77	Decision Tree
Üç skorlama sistemi	0.81	Random Forest
-	0.78	Logistic Regression
-	0.78	Linear SVM
Oluşturulan model	0.81	Neural Net
-	0.81	Logistic Regression
-	0.81	Gaussian NB
Oluşturulan model + üç skorlama sistami	0.83	Gaussian NB
-	0.82	Linear SVM
-	0.81	Linear SVM

1



SS-41) SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA RETROGRAD İNTRARENAL GÜVENLE UYGULANABİLİR Mİ? RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU SONUÇLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

ÖNDER ÇİNAR(1) OKTAY ÖZMAN(2) CEM BAŞATAÇ(3) MURAT AKGÜL(4) HAKAN ÇAKIR(5) KEREM TEKE(6) MUSTAFA BİLAL TUNA(7) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(8) EYÜP BURAK SANCAK(9) CENK MURAT YAZICI(10) HALUK AKPINAR(3) BÜLENT ÖNAL(8)

1. MEDICANA INTERNATIONAL SAMSUN HASTANESİ
2. MEMORIAL BAHÇELİEVLER HASTANESİ
3. FLORENCE NIGHTINGALE GRUP HASTANELERİ
4. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
5. FULYA ACIBADEM HASTANESİ
6. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
7. MASLAK ACIBADEM HASTANESİ
8. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
9. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
10. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) komplikasyonlarının azaltılması amacıyla işlem esnasında çoğunlukla genel anestezi (GA) uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, spinal anestezi (SA) altında yapılan RIRC'nin sonuçlarının ve komplikasyon oranlarının GA altında yapılan cerrahilerle karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
Mayıs 2016 ve Nisan 2024 tarihleri arasında SA ile RIRC uygulanan tüm hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. SA altında RIRC uygulanan hastalarda taşın yeri, sayısı, hacmi, hidronefroz varlığı, ameliyat süreleri, peroperatif ve postoperatif komplikasyon oranları ve taşsızlık oranları GA alan hastalarla karşılaştırıldı.

BULGULAR
Hastaların yaş, VKİ vb demogrfik özellikleri benzerdi (Tablo-1). Ortalama taş hacmi, taş yoğunluğu ve taş sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p ? .05). RIRC işlemlerin hiçbirinde SA'den GA'ye geçilmemiş olup hastalarda ilk RIRC seansında taşsızlık oranları grup 1 de %76.2 ve grup 2'de %72 olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p ? .05).

SONUÇ
Spinal anestezi yöntemiyle anestezi uygulanan hastalarda RIRC'nin başarı oranları ve komplikasyon oranları değişmemektedir.

	Grup 1 (n=42)	Grup 2 (n=84)	p
Yaş (yıl, ort ± SS)	48.5 ± 14.6	49.6 ± 12.4	0.38
VKİ* (kg/m², ort ± SS)	27.1 ± 4.1	27.5 ± 3.8	0.41
Cinsiyet			0.30
Erkek (n, %)	29 (% 69)	56 (% 67)	
Kadın (n, %)	13 (% 31)	28 (% 33)	
Taraf			0.50
Sağ (n, %)	23 (% 54.8)	50 (% 59.5)	
Sol (n, %)	19 (% 45.2)	34 (% 40.5)	
ESWL* öyküsü			0.44
Var (n, %)	8 (% 19)	21 (% 25)	
Yok (n, %)	34 (% 81)	63 (% 75)	
Preop. JJ stent			0.27
Var (n, %)	16 (% 38)	36 (% 42.8)	
Yok (n, %)	26 (% 62)	48 (%57.2)	
Age adjusted CCI			.003
0 (n, %)	13 (% 31)	32 (% 38)	
1 (n, %)	12 (% 28)	26 (% 31)	
2 (n, %)	6 (% 14)	17 (% 20)	
3 (n, %)	8 (% 19)	7 (% 8)	
5 (n, %)	3 (% 8)	0	
Preop. Kreatinin			
(mg/dl) (ort ± SS)	0.91 ± 0.33	0.94 ± 0.35	0.21
Taş sayısı			0.47
Tek (n, %)	36 (% 86)	70 (% 83)	
Multipl (n, %)	6 (% 14)	14 (% 17)	
Preop. HU* (ort ± SS)	1076.5 ± 320.9	1032.3 ± 290.8	0.57
Toplam taş hacmi			
(mm^3) (ort ± SS)	954.4 ± 401.6	856.6 ± 387.3	0.39
Hidronefroz, Derecesi (n, %)			0.22
Var	14 (% 33)	32 (% 38)	
1	10	22	
2	3	8	
3	1	2	
Yok	28 (% 67)	52 (% 62)	
Operasyon süresi			
(dak.) (ort ± SS)	65.1 ± 25.8	55.0 ± 18.7	0.17
Hastanede yatış süresi (gün)			0.38
1 (n, %)	39 (% 93)	74 (% 88)	
> 1 (n, %)	3 (% 7)	10 (% 12)	
Komplikasyon			0.36
Perop. (n, %)	3 (% 7)	5 (% 6)	
SATAVA skoru	1 (alt pol rezidü taş)	1	
Postop. (n, %)	2 (% 5)	4 (% 4)	
CLAVİEN skoru	2 (enfeksiyon)	2	
Postop. Kreatinin			
(mg/dl) (ort ± SS)	0.92 ± 0.33	0.95 ± 0.29	0.46
Cerrahi başarı (n, %)			0.31
Evet	32 (% 76.2)	60 (% 72)	
Hayır	10 (% 23.8)	24 (% 28)	

VKİ*: Vücut kitle indeksi, ESWL*: Ekstrakorporeal şok dalga tedavisi, HU*: Hounsfield unit değeri,

SS-42) PIRADS-3 LEZYONLAR: BİYOPSİ KARARINDA KLİNİK VERİLERİN VE MULTİPARAMETRİK PROSTAT MR VERİLERİNİN BİRLİKTE KULLANIMI

ELİF İPEK AKSOY(1) MUSTAFA ALKAN OKTAR(1) MEHMET EROL MARAŞ(1)
HÜSEYİN HÜSEYİNOV(1) MUHAMMED ARİF İBİŞ(1) ÇAĞRI AKPINAR(2) EVREN SÜER(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada; multiparametrik prostat MR (mpMR)'da PIRADS-3 lezyon saptanan hastalarda biyopsi kararı alınırken klinik veriler ve MR verilerinin birlikte kullanımının değerlendirilmesi amaçlandı. Bu amaçla, kliniğimizde mpMR yapılan PIRADS 3 lezyona sahip hastalarda yaş, lezyon yeri, lezyon boyutu, PSA dansitesi, prostat hacmi, serbest PSA (sPSA), total PSA (tPSA) ve serbest/total PSA (s/tPSA) değerlerinin biyopsi sonuçları ile ilişkisi değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Haziran 2019 ve Haziran 2024 tarihleri arasında mpMR yapılan hastalar retrospektif olarak tarandı. İlk olarak 362 hasta incelendi ve bunlar arasından en yüksek PIRADS 3 lezyon saptanan toplam 110 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların serbest ve total PSA değerleri, MR'daki lezyon yeri, lezyon boyutu ve prostat hacmi verileri analiz edildi. Hastalar biyopsi sonuçlarına göre iki gruba ayrıldı: İlk grup, benign ve yüksek dereceli intraepitelyal neoplazi (HgPIN) sonuçları olan 90 hastayı içerirken, ikinci grup prostat kanseri (Gleason skor 3+3 ve 3+4) olan 20 hastadan oluştu.

BULGULAR

Benign grup için ortalama yaş 64.01±7.7 yıl iken, prostat kanseri olan grup için 66.2±7.2 yıl olarak bulundu (p=0.26). Prostat hacmi mpMR tetkikinden hesaplanmış olup benign grup için ortalama 68.9±30.1 mL, prostat kanseri olan grup için 55.6±21.1 mL olarak bulundu (p=0.07). MpMR'da saptanan lezyon boyutu benign grup için ortalama 9.09±5.3 mm, prostat kanseri olan grup için ise 10.2±4.6 mm olarak bulundu (p=0.39). Lezyon yeri periferik zon olan hastalarda prostat kanseri anlamlı şekilde daha fazla bulundu (p=0,045). Benign grup için ortalama tPSA 6.4±2.7 ng/mL, prostat kanseri olan grup için 8.5±2.9 ng/mL olarak bulundu (p=0.007). Benign grup için ortalama PSA dansitesi 0.10±0.05, prostat kanseri olan grup için 0.17±0.08 olarak bulundu (p=0.002). Serbest/total PSA hesaplandı benign grup için ortalama 0.18±0.07, prostat kanseri olan grup için 0.12±0.07 olarak bulundu (p=0.001). İstatistiksel olarak anlamlı saptanan PSA dansitesi, tPSA, s/tPSA ve lezyon yeri için lojistik regresyon analizi yapıldı. Sonuçlarda; PSA dansitesi (p= 0,047) ve s/tPSA (p=0,025) istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer değişkenler anlamlı bulunmadı. Diğer veriler Tablo 1 ve Tablo 2'de mevcuttur.

SONUÇ

Bu çalışma, PSA dansitesi ve serbest/total PSA oranı gibi parametrelerin PIRADS-3 lezyonlu hastalarda biyopsi sonuçları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, belirsiz mpMR bulgularına sahip hastalarda prostat biyopsisi kararı verilirken klinik ve mpMR parametrelerinin birlikte kullanımının karar sürecini iyileştirebileceğini düşündürmektedir.

Lojistik Regresyon AnalizİI	P değeri (<0,05)	PSA dansitesi
0,047	Lezyon yeri	0,193
tPSA	0,553	s/tPSA
0,025		

Tablo 2

Tablo 1

		Ortalama ± std. deviasyon		P değeri (<0,05)
Yaş				
	[1]Benign (HgPIN dahil)	64,01±7,7		0,26
	[2]Prostat kanseri	66,2±7,2		
Lezyon Boyutu				
	Benign (HgPIN dahil)	9,09±5,3		0,39
	Prostat kanseri	10,2±4,6		
PSA Dansitesi				
	Benign (HgPIN dahil)	0,10±0,05		0,002
	Prostat kanseri	0,17±0,08		
Prostat Hacmi				
	Benign (HgPIN dahil)	68,9±30,1		0,07
	Prostat kanseri	55,6±21,1		
tPSA				
	Benign (HgPIN dahil)	6,4±2,7		0,007
	Prostat kanseri	8,5±2,9		
s/tPSA				
	Benign (HgPIN dahil)	0,18±0,07		0,001
	Prostat kanseri	0,12±0,07		
Lezyon yeri			Hasta sayısı	0,045
	Benign (HgPIN dahil)			
		Periferik zon	71 (%64,5)	
		Transizyonel zon	17 (%15,4)	
		Periferik + transizyonel zon	3 (%2,72)	
	Prostat kanseri			
		Periferik zon	14 (%12,7)	
		Transizyonel zon	3 (%2,72)	
		Periferik + transizyonel zon	3 (%2,72)	
[1] Hasta sayısı: 20; [2] Hasta sayısı: 90				

SS-43) RADİKAL SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA SARKOPENİ İLE İLGİLİ RADYOLOJİK PARAMETRELERİN GENEL SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

ENES MALİK AKDAŞ(1) KEREM TEKE(2) ENGİN TELLİ(2) EFE BOSNALI(3) ÖNDER KARA(2) HASAN YILMAZ(2) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(2)

1. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Mesane kanseri, tüm kanser ölümlerinin yüzde 2,1'inden sorumludur ve en ölümcül 13.kanserdir ve görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu bildiride, kliniğimizde mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi uygulanan hastalarda radyolojik olarak belirlenen sarkopeni parametrelerinden her birinin genel sağkalım üzerine etkisini değerlendirerek operasyondan fayda görme ihtimali daha yüksek olan hasta grubunu belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

KOÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Kliniğinde 1 ocak 2009 -1 ocak 2022 tarihleri arasında mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan operasyon öncesi, 3 ay veya daha az süre içerisinde abdominal bilgisayarlı tomografi görüntülemesi olan ve patolojisi ürotelyal kanser olarak raporlanan 183 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, radyolojik, patolojik ve onkolojik bilgileri not edildi. Radyolojik ölçüm tekniği olarak abdomen BT tetkiklerinde L3 vertebra düzeyindeki iskelet kasları (rektus abdominis, lateral ve oblik abdominal kaslar, psoas major, kuadratus lumborum ve erektör spina kasları) tek kesit üzerinden değerlendirildi. Program üzerinden SMA (iskelet kas alanı), PMA (psoas kas alanı) ve SMD (iskelet kas dansite) değerleri cinsiyete özgü hesaplandı. Sarkopeni tanımında cinsiyetler arası farklı eşik değerler kullanıldığından dolayı istatiksel analizler cinsiyete özgü olarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların 156'sı (%85,2) erkek ve 27'si (%14,8) kadın hastaydı. Hastaların; 65'i (%35,5) lokalize hastalık (pT0-2N0), 118'i (%64,5) lokal ileri evre (pT3-4N0 ya da pT0-4N+) hastalığa sahipti. Takip süresi ortanca 22 (10-50, ÇAA) aydı. Kadın ve erkek hastalar arasında yapılan karşılaştırmalarda; boy, kilo, sigara öyküsü ve sarkopeni ile alakalı radyolojik parametreler istatiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulundu ($p = <0.05$, Tablo 1.). Erkek hastalarda yapılan tek değişkenli Cox regresyon analizinde; yaş, pT evresi, pN evresi, SMI tip 1, SMI tip 2 ve PMI tip 2'nin genel sağkalımı etkileyebileceği istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = <0.05$). Kadınlarda ise; pT evresi, pN evresi ve SMD 'nin genel sağkalımı etkileyebileceği istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = <0.05$). Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler kullanılarak erkek hastalarda 3 ayrı model ve kadın hastalarda 1 model oluşturularak çok değişkenli Cox regresyon analizi yapıldı (Resim 1.).

SONUÇ

BT görüntülemesinden elde edilen sarkopeni parametrelerinden; erkek hastalarda 3 parametrenin (SMI tip 1, SMI tip 2 ve PMI tip 2) kadın hastalarda ise SMD 'nin genel sağkalımı öngörücü bağımsız faktör olduğunu belirledik. Çalışma bulgularımızın, çok merkezli bir veri tabanında Türk hasta popülasyonu gösterecek çalışmalar ile desteklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Değişkenler	Erkek (n=156) (%)	Kadın (n=27) (%)	P
Boy (cm), ortalama ± SD	170.4 ±6.71	160.6 ±4.02	< 0.001
Ağırlık (kg), ortalama ± SD	74.9 ±10.29	67.9 ±10.8	< 0.001
Sigara Öyküsü, n (%)	-	-	0.002
RADYOLOJİ	-	-	-
PMI Tip 1, ortalama ± SD	7.71 ± 1.73	5.47 ± 1.14	< 0.001
PMI Tip 2, ortalama ± SD	1.38 ± 0.33	1.04 ± 0.25	< 0.001
SMI Tip 1, ortalama ± SD	49.82 ± 6.74	40.26 ± 4.87	< 0.001
SMI Tip 2, ortalama ± SD	8.98 ± 1.54	7.77 ± 1.55	< 0.001
SMD, ortalama ± SD	40.81 ±7.33	37.97 ± 7.65	<0.067
Ölüm, n (%)	103 (66)	17 (63)	0.928

Bazı demografik ve radyolojik parametrelerin cinsiyete özgü analizi

Erkek popülasyonda genel sağkalımı etkileyebilecek parametrelerin (SMI tip 1'i içeren model) çok değişkenli Cox regresyon analizi.

Değişkenler	HR (%95 GA)	P
Yaş (<65 vs. ≥ 65) (Referans: <65)	0.64 (1.02-1.63)	0,91
pT Evresi (≤T2 vs. ≥T3) (Referans: ≤T2)	1.92 (1.23-3.01)	**0,004**
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.54 (1-2.35)	**0,045**
SMI Tip 1 (≤45.3 vs. 45.3>) (Referans: 45.3>)	2.45 (1.54-3.9)	**<0.001**

Erkek popülasyonda genel sağkalımı etkileyebilecek parametrelerin (PMI tip 2'yi içeren model) çok değişkenli Cox regresyon analizi.

Değişkenler	HR (%95 GA)	P
Yaş (<65 vs. ≥ 65) (Referans: <65)	1.25 (0.82-1.90)	0.292
pT Evresi (≤T2 vs. ≥T3) (Referans: ≤T2)	1.8 (1.14-2.85)	**0.011**
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.44 (0.94-2.22)	0.093
PMI Tip 2 (≤1.47 vs. 1.47>) (Referans: 1.47>)	1.74 (1.1-2.75)	**0.016**

Erkek popülasyonda genel sağkalımı etkileyebilecek parametrelerin (SMI tip 2'yi içeren model) çok değişkenli Cox regresyon analizi.

Değişkenler	HR (%95 GA)	P
Yaş (<65 vs. ≥ 65) (Referans: <65)	0.98 (0.64-1.52)	0,957
pT Evresi (≤T2 vs. ≥T3) (Referans: ≤T2)	1.99 (1.26-3.14)	**0.003**
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.63 (1.06-2.51)	**0.025**
SMI Tip 2 (≤9.53 vs. 9.53>) (Referans: 9.53>)	2.95 (1.81-4.79)	**<0.001**

Kadın popülasyonda genel sağkalımı etkileyebilecek parametrelerin (SMD 'yi içeren model) çok değişkenli Cox regresyon analizi.

Değişkenler	HR (%95 GA)	P
pT Evresi (≤T2 vs. ≥T3) (Referans: ≤T2)	2.74 (0.82-9.11)	0.099
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	2.21 (0.7-6.99)	0.174
SMD (≤39 vs. 39>) (Referans: 39>)	3.68 (1.24-10.89)	**0.018**

SS-44) KLİNİĞİMİZDE İNTERNAL ÜRETROTOMİ YAPILAN HASTALARDA BAŞARIYA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(1) CEMİL AYDIN(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) MUSTAFA GÜDER(1) ALPKON TORUN(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Anterior üretral darlıklar günümüzde sıkça karşılaştığımız ama tam tedavi başarısını nadiren yakaladığımız problemlerdir. Etiyolojisinde daha çok eksternal travma ve iyatrojenik nedenler ön plandadır
Üretra darlığının tedavisi, darlığın lokalizasyon, uzunluk ve şekline göre değişmektedir. Günümüzde en çok kullanılan teknik, ilk kez 1971'de Hans Sachse tarafından uygulanan Vizüel Endoskopik İnternal Üretrotomi (İÜ) tekniğidir.
Biz de çalışmamızda internal üretrotomi başarısını etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018 ile Haziran 2024 tarihleri arasında çeşitli etiyolojilerden (tur-m, tur-p, iyatrojenik, travmatik kateterizasyon vs) kaynaklı üretra darlığı nedeniyle İÜ yapılan 263 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş, DM ve KAH varlığı ve postop kanama olması İÜ başarısını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği görüldü.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yas¸ı 68.24 (20-91) idi. 70 hastada DM, 54 hastada HT ve 61 hastada KAH es¸lik ediyordu. 46 hastanın hiç ek hastalığı yoktu. 78 hastada nüks gelişirken 185 hastada nüks görülmedi. Ortalama darlık uzunluğu 1,4 cm idi (0,5-6). 2 hastada postop kanama 1 hastada da enfeksiyon görüldü. Antibiyoterapi ve gözlem ile düzeldi. Ortalama kateterizasyon süresi 4,94 gün idi(2-16).
Bütün darlıklar aynı internal üretrotomun soğuk bıçağı ile saat 12 hizasından kesilerek açıldı. 18 yada 20f kateter yerleştirelerek 5 gün sondalı tutuldu. Sistoskopi rutin olarak yapıldı.

SONUÇ

Üretra darlığı tedavisinde nüksü öngörmek için hastanın mevcut hastalıklarına, yaşına ve labaratuvar değerlerine bakabiliriz.

-	Nüks Görülen(n)	Nüks Görülmeyen(n)	p
Yaş	71,4	66,4	>0,001a
DM	-	-	-
Var	24	46	-
Yok	54	139	>0,001b
KAH	-	-	-
Var	20	41	-
Yok	58	244	>0,001b
KOMPLİKASYON	-	-	-
Gelişti	3	0	-
Gelişmedi	75	185	>0,001b
a:Man Whitney U testi b:ki kare testi	-	-	-

SS-45) ENDOSKOPİK TAŞ AMELİYATLARINDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI KONTROL İDRAR KÜLTÜRÜ GERÇEKTEN GEREKLİ Mİ?

CAHİT SAHIN(1) RESUL SOBAY(2) ALPER AŞIK(1) EMRE BURAK ŞAHİNLER (1)
SALİH YILDIRIM(1) KAMİL KUL(2) KEMAL SARICA(1)

1. SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Biz bu çalışmada endoskopik taş ameliyatı işleminden önce kültür sonuçlarına dayanarak uygun antibiyotik tedavisi alan vakaların negatif idrar kültürü sonucunu doğrulamanın gerekliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
170 hasta iki grup halinde değerlendirildi: Grup 1 (n=85), antibiyotik tedavisi aldıktan sonra işlem öncesi "negatif idrar kültürü" durumunu sağlamak için ikinci bir idrar kültür testi yapılan hastalar; Grup 2 (n=85), işlem öncesi herhangi bir ek idrar kültür testi yapılmadan aynı antibiyotik tedavisini alan hastalar. Vakalar, post-operatif enfektif komplikasyonlar (ateş, sepsis), hastanede kalış süresi ve erken post-operatif dönemde yeniden yatış oranları açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

BULGULAR
İki grup arasında enfektif komplikasyon oranı (ateş varlığı, septik bulguların insidansı , hastanede kalış süresi ve erken post-operatif dönemde yeniden yatış oranları açısından anlamlı bir fark olmadığını gösterdi. Grup 1 vakalarında negatif idrar durumu idrar kültür testi ile doğrulanmasına rağmen, Grup 2 vakalarında bu amaçla ek bir idrar kültür testi yapılmadı (negatif idrar kültürü sadece idrar analizi ile doğrulandı) ve enfektif problemlere ilişkin sonuçlar benzer bulundu.

SONUÇ
Mevcut bulgularımız, hastaların uygun bir antibiyotik rejimi aldıklarında, duyarlılık testi sonuçlarına dayanarak makul bir süre için ikinci bir idrar kültür testinin "zorunlu" olmayabileceğini göstermektedir.

SS-46) PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA BİYOBELİRTEÇLERİN KANSERİN İNVASYONU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

ALİ CAN ALBAZ(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) FUNDA KOSOVA(1) OKTAY ÜÇER(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Hastalıkların tanısında kullanabilmek amacıyla birçok molekül üzerinde bilimsel çalışmalar devam etmektedir. Bu moleküllerden bir tanesinin bile tanı amacıyla kullanılabilmesi, klinisyenler açısından hastalığın tanısının konmasında oldukça önemlidir. Bu nedenlerle biz de, bu çalışmamızda prostat kanseri hastalarının kan örneklerinin serumlarında bu NF-?B, ApoE 4, Ang-1, FOXA2, PEN2 ve Aß düzeylerine bakarak prostat kanseri ile ilişkilerini ve invazyon üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma grubumuz, Sağlıklı kontrol, Benign prostat hiperplazisi, biyopsi alınarak malign tanısı konulmuş prostat kanseri, opere olmuş prostat kanseri ve metastatik prostat kanseri grubundan (herbir grup 20 kişiden oluşacaktır) oluşmaktadır. Daha sonra bu toplanan kanlarda Eliza cıhazı kullanılarak NF-?B, ApoE 4, Ang-1, FOXA2, PEN2 ve Aß düzeyleri ölçüldü. İstatistiksel analizler Microsoft Excel ve SPSS 16 bilgisayar programları kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin dağılımı Kolmogrov Smirnov testi ile incelenerek her iki grupta non-parametrik dağılım olanlar için Mann Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR

Kontrol grubu; metastatik prostat kanseri grubu ve tedavi edilmemiş prostat kanseri grubu ile karşılaştırıldığında Human NFKB-p65, Human ApoE seviyelerinde istatistiksel bir artış varken, benign prostat hiperplazisi grubunda istatiksel anlamlı bir fark yoktur. NFKB-p65 radikal prostatektomi sonrası azalırken, Apo E seviyesi artmıştır. Kontrol grubuna göre Human ANG1(pg/ml) seviyesi bir artış göstermiştir. Human PEN-2 kontrole göre bakıldığında gruplar arasında istatistiksel bir fark yoktur. Human ß APP grubu kontrolle karşılaştırıldığında radikal prostatektomi grubunda istatistiksel bir fark yokken diğerlerinde azalma görülmüştür. FOXA2 ise kontrolle karşılaştırıldığında benign prostat hiperplazisi grubu ve prostat kanseri grubunda artış varken metastatik kanser grubunda belirgin azalma varken, radikal prostatektomi grubunda istatistiksel bir fark yoktur.

SONUÇ

Angiopoetin VEGF aracılığı ile angiogenezi arrtırdığını literatür çalışmalarından gördük. Angiopoetin aynı zamanda FOX oluşumunu aktive etmekte, PEN oluşumunu aktive ederek streptazı aktive ederek amiloid oluşumunu sağlamaktadır. Bizim çalışmamızda prostat kanserleri hastalarda Angiopoetin seviyelerinin artmasının FOX'un oluşumunu artırdığını gözlemledik. Bu da prostat kanserli hastalarda angiopoetin seviyesindeki artışın aynı zamanda VEGF artmasına neden olarak angiogenezin artmasını sağladığı ve tümörün büyümesini aktive ettirdiğini düşündürmektedi. NF-kB 'de MMP-9 aracılığı ile angiogenezi artırmaktadır. Bu çalışamalarımızın sonucunda Angiopoetinin, NF-kB, APOE ve FOX'un prostat kanseri için bir biyomarker olabileceğini bize düşündürmektedir. PEN ve amiloidin ise prostat kanserli hastalarda bir belirteç olmadığını gözlemledik. Bu çalışmayı daha fazla vaka grubu ile yapılması gerekliliğini düşünmekteyiz.

	Human NFKB-p65 (ng/ml)	Human ApoE(ng/ml)	Human ANG1(pg/ml)	Human β APP(ng/ml)	Human FOXA2(ng/ml)	Human PEN-2(ng/ml)
Sağlıklı Kontrol	0,72	1499,07	67,10	10,39	18,59	3,30
Benign Prostat Hiperplasisi	0,72	1429,68	150,97*	9,69*	11,20*	3,50
Metastatik Prostat Kan	0,98*	1564,44*	260,63*	8,28*	9,86	3,86
Prostat Kanseri Hemiz Tedavi Uygulanmamış	0,93*	1594,34*	254,89*	8,66*	18,77*	3,10
Radikal Prostatektomi	0,63	[illegible],84	237,04*	10,32*	18,15	3,14

*p< 0.005 kontrole göre

Tablo 1.2. Grup dağılımına göre biyobelirteçlerin ortalama değerleri

Tablo 1.3. Gruplar arası Human NFKB değişimi grafiği

Tablo 1.4. Gruplar arası Human ApoE ve Human ANG1 değişimi grafiği

SS-47) DENEYSEL ÜRETRAL DARLIK OLUŞTURULAN TAVŞANLARDA ORAL VE TRANSÜRETRAL UYGULANAN PİRFENİDON'UN DARLIK OLUŞUMUNU ENGELLEMEDE ROLÜ VE BİYOBELİRTEÇLER ÜZERİNE ETKİSİ

MEHMET KIRDAR(1) ZAFER AYBEK(1) MESUT BERKAN DURAN(1) HÜLYA AYBEK(1) NİLAY ŞEN TÜRK(1) NURSİNEM ALKAN(2)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. YÜKSEKOVA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Üretra darlığı, skar dokusu oluşumu sonucu üretranın daralması ile karakterizedir. Üretra darlığının patogenezinde, aşırı kollajen sentezi ve hücre dışı matrisin bileşimindeki değişikliklerin neden olduğu bir fibroz oluşum süreci yer almaktadır (1). Üretra darlığı deneysel modellerinde fibrozisi önlemek için çeşitli antifibrotik etkinliği olan ajanlar kullanılarak yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Halofuginon, Mitomisin C, Botulinum toksin A, Somatostatin analoğu, Glukokortikoidler ve Rapamisin klinik olarak denenmiştir(2-7). Pirfenidon, antifibrotik, anfiinflamatuar ve antioksidan özellikleri olan interstisyel pulmoner fibrozis tedavisinde kullanılan bir ilaçtır (8). Üretra darlığı deneysel hayvan modellerinde daha önce pirfenidon çalışılmamıştır. Çalışmamızda, üretral hasar oluşturulmuş erkek tavşanlarda pirfenidon'un fibrozis, inflamasyon ve biyobelirteçler üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada 120 ± 20 günlük, 3-4 kg ağırlığında 13 erkek Yeni Zelanda tavşanı denek olarak kullanıldı. Denekler randomize olarak 3 gruba ayrıldı. Tüm tavşanlarda üretral doku hasarı oluşturuldu. Gruplar; Sham. (Sadece üretral hasar), üretral hasar + oral pirfenidon tedavisi, üretral hasar + intraüretral pirfenidon tedavisi şeklinde oluşturuldu. Üretral hasar modeli Jaidine ve arkadaşlarının tariflediği gibi 11Fr pediatrik rezektoskop ile veromontanumun 15 mm distaline 40W enerji gücünde elektrokoterizasyon ile yapıldı (2). Deneklerden, yara iyileşmesi aşamaları göz önüne alınarak 0-1-3-5-7 ve 14. Günlerde kan örneği alındı. 2000 g de 10 dakika santrifüj sonrası elde edilen serum örnekleri analize kadar -20°C saklandı. Serum TGF-ß, IL-1ß, TNF- ?, PDGF ve FGF düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı ve kaydedildi. Takip ve tedaviyi takip eden 15. Gün de tavşanlara penektomi yapılarak tavşanlar sakrifiye edildi. Formalinle fikse edilmiş, parafine gömülmüş (formalin- fixed, paraffin-embedded, FFPE) üretra doku kesitleri, Hematoksilen&Eozin (H&E) ve Masson Trikrom (MTK) ile boyanarak ışık mikroskobunda histopatolojik olarak üretral fibrozis ve inflamasyon açısından incelendi. Spongiofibrozis ve inflamasyon açısından araştırıldı.

BULGULAR

Histopatolojik incelemede, deneklerde üretral hasar sonrası oral pirfenidon tedavisi ile üretral hasar sonrası inflamasyon azalmaktadır (9). Yaralanmış üretra dokularında H&E boyama, dar üretra boşluğu ile artmış inflamatuar hücreleri gösterdi. oral pirfenidon tedavisi verilen grup ile intraüretral pirfenidon tedavisi alan grup karşılaştırıldığında oral pirfenidon tedavisi alan tavşanlarda inflamasyon önleme açısından daha etkili olduğu saptanmıştır ($P < 0,05$). Denek gruplarının fibrozis değerleri benzerlik göstermekteydi ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Üretral hasarlı, üretral hasar + oral pirfenidon tedavisi alan ve üretral hasar + intraüretral pirfenidon tedavisi alan tavşanlar arasında fibrozis açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Yara iyileşmesi, inflamasyon ve fibrozis oluşumunda görevli olan biyobelirteçlerden IL-1, PDGF, TNF-alfa, FGF ve TGF-beta seviyelerinde anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Anti-enflamatuar ve antifibrotik etkileriyle bilinen pirfenidon, mevcut sınırlı medikal tedavi seçenekleri bulunan üretral fibrozisin yönetiminde yeni umutlar sunmaktadır.

SS-48) İNTERSTİSYEL SİSTİTLİ/MESANE AĞRI SENDROMLU KADIN HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, PLATELET/LENFOSİT ORANI, ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

MEHMET ALTAN(1) SERTAÇ ÇİMEN(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrı Sendromu, çoğunlukla genç-orta yaş kadın hastaları etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. İS/MAS tanısı, hastalığa özgü tanı testi olmadığı için güçlükle koyulmaktadır. Çalışmamızdaki asıl amacımız İS/MAS'lı kadın hastalarda kan nötrofil, lenfosit, platelet düzeyleri, ortalama platelet hacmi, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranını değerlendirmek ve ölçülen parametrelerin hastalık tanısında yardımcı olabileceğini ortaya koymaktır. İkincil amacımız ise değerlendirilen bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkisini göstermektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Üroloji kliniğinde 05.05.2023-05.08.2023 tarihleri arasında başvuran çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hasta ve sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Hasta ve sağlıklı gönüllülerin demografik verileri, sigara içme öyküleri ve hastaların O'Leary Sant İntertisyel Sistit Semptom İndeksi skoru hesaplandı. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin ilk başvurusu sırasında rutin olarak istenen tam kan sayımı analizindeki nötrofil, lenfosit, platelet sayıları, NLO, PLO ve MPV değerleri kaydedildi.

BULGULAR
Her iki grubun demografik verileri benzerdi. Kontrol ve hasta grup arasında sırasıyla; yaş ortalamaları, nötrofil, lenfosit, platelet ve MPV düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık görülmedi. Öte yandan kontrol grubuna göre hasta grupta NLO düzeyleri istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek idi.

SONUÇ
Çalışmamızda inflamatuar olaylarda rol alan nötrofil, lenfosit, platelet düzeylerini, MPV, NLO, PLO değerlerini inceledik. Kolay ve ucuz olarak saptanan bir parametre olan NLO'yu, İS/MAS hasta grubunda istatistiksel olarak yüksek saptadık. NLO ölçümünün, spesifik tanı koydurucu bir testi bulunmayan İS/MAS hastalığının tanısında değerli olabileceğini düşünmekteyiz.

-	Kontrol grubu (n=50)	Hasta grubu (n=50)	p-değeri
Yaş (yıl)	47,4±11,1	46,5±11,6	0,718†
Nötrofil	3,93±1,12	4,38±1,35	0,074†
Lenfosit	2,03 (1,68-2,24)	1,78 (1,52-2,20)	0,101‡
Platelet	265,2±54,8	267,2±70,6	0,878†
MPV	9,8±0,9	10,0±1,3	0,305†
NLO	1,85 (1,53-2,18)	2,34 (2,04-2,74)	<0,001‡
PLO	127,4 (109,0-161,6)	138,3 (118,6-181,9)	0,066‡
İSSİ	N/A	13,5 (10,0-17,0)	N/A

Kontrol ve hasta gruplarına göre olguların demografik ve klinik özellikleri

Tablo 2. Hasta grubu içerisinde olguların yaş ve laboratuar ölçümleri ile İSSİ düzeyleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Korelasyon katsayısı	p-değeri †
Yaş	0,100	0,488
Nötrofil	-0,058	0,691
Lenfosit	0,415	**0,003**
Platelet	0,130	0,368
MPV	-0,184	0,202
NLO	-0,237	0,097
PLO	-0,099	0,492

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024
ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SÖZLÜ SUNUMLAR (SB-1 / SB-161)

SB-1) GEÇ DÖNEM TESTİS TORSİYONU VAKALARINDA ELASTOGRAFİ VEYA ICG, KURTARMA KARARINI ETKİLEYEBİLİR Mİ?

ABDULRAHMAN JAFAROV(1) EMRE ERDEM(1) MURAT CAN KARABURUN(1)
AYKUT AKINCI(2) MUSTAFA ALKAN OKTAR(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ
Geç başvuran testis torsiyonu vakalarında, artan intratestiküler basınç albuginea insizyonunu gerektirdiğinde salvaj(kurtarma) veya orşiektomi kararı zor olabilir. Bu çalışmada Konvansiyonel makroskopik görünüm yerine ICG (İndosiyanin Yeşili) ile kombinlenen elastografinin orşiektomi kararı üzerinde objektif bir değerlendirme olup olmadığını incelemek amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM
Farklı sürelerde torsiyon uygulanmış sıçan modelinde (Grup 1: 2-4 saat / Grup 2: 6-8 saat / Grup 3: 10-12 saat) testis canlılığını tahmin etmek için konvansiyonel makroskopik görünüm alt gruplarına ek olarak ICG ve elastografi kullandık. Daha sonra tüm orkioektomi (erken/geç) materyalleri üzerinde histopatolojik TUNEL-apopitoz ölçümü (Terminal deoxynucleotidyl transferase (TdT) dUTP Nick- End Labeling) ile kararımızı değerlendirdik.

BULGULAR
Grup 1 ve 3'teki tüm salvaj veya orşiektomi kararları, her iki yaklaşım (makroskopi ve ICG/elastografi) bazında tamamen aynıydı. Grup 2'de (6-8 saat) orşiektomi kararı, ICG/elastografi karar yoluna göre (%35) çok daha yüksekti (%60). Histopatolojik olarak TUNEL ölçümü canlılık oranı ICG/elastografi karar yolunu doğruladı

SONUÇ
Sonuç olarak, ICG ve elastografinin testis canlılığında daha yüksek bir öngörü değeri vardır, dolayısıyla yalnızca makroskopik görünüme göre tunika albuginea insizyonu ile/olmadan daha fazla salvaj sağlar. Özellikle geç başvuran vakalarda bu, objektif bir değerlendirme yolu olarak daha fazla testis kurtarma sağlayabilir.

-	Grup 1	Grup 2	Grup 3
İntraoperatif ICG	Yeterli Damar Beslenmesi	Periferik Ölüm	Yetersiz ICG Alımı
Elastografi (doku sertliği)	0.76 ±0,05 m/sn	0,98±0,2 m/sn	1.34 ± 1.21 m/sn

Rat Gruplandırması

Gruplar	**Torsiyondan Sonra Geçen Süre**	**Değerlendirme Yöntemi**		**Bulgular/Sonuçlar**
Grup 1	2-4 saat	Makroskopik		Normal görünüm
		İndosiyanin Yeşili		Tüm testisin homojen vaskülarizasyonu
		Elastografi		-
Grup 2	6-8 saat	Makroskopik	Orşiektomi yapılmayan alt grup (%40)	Hafif iskemi bulguları
			Orşiektomize alt grup (belirsizlik grubu) (%60)	İlerlememiş iskemi bulguları
		İndosiyanin Yeşili	Orşiektomi yapılmayan alt grup	Testisin kısmi vaskülarizasyonu
			Orşiektomize alt grup	Sadece periferik testiküler ölüm
		Elastografi	Orşiektomi yapılmayan alt grup	Kontralateral testise göre %10 daha fazla sertlik
			Orşiektomize alt grup	Kontralateral testise göre %25 daha fazla sertlik
Grup 3	10-12 saat	Makroskopik		Koyu, renksiz veya benekli görünüm
		İndosiyanin Yeşili		Vaskülarizasyon yok
		Elastografi		Yüksek sertlik skoru (1.15 m/s ve üzeri)

SB-2) TEK MERKEZ RETROSPEKTİF İNCELEMESİ: PRE VE PERİOPERATİF DEĞİŞKENLER HEMİNEFREKTOMİ SONUÇLARINDA ETKİLİ Mİ?

HAKAN KESKİN(1) HASAN SERKAN DOGAN(1) SERDAR TEKGUL(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada heminefrektomi cerrahisinin post operatif döneminde gerçekleşebilecek komplikasyon ve re-operasyon durumlarının pre ve perioperatif hasta özellikleri ile ilişkisi olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2014-Ocak 2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde heminefrektomi yapılıp verilerine ulaşılabilen tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Tanı ve operasyon anında yaş, başvuru şikayetleri ve febril idrar yolu enfeksiyonu geçirip geçirmedikleri, üreterosel varlığı, cerrahi esnasında üreteral güdüğün bağlanması, eş seans hastaya ek cerrahi işlem uygulanması, ektopik üreteral orifis pozisyonu ve cerrahi teknik değişkenler olarak belirlendi. Bu değişkenler post operatif cerrahi ihtiyacı ve komplikasyonlar ile karşılaştırıldı. Analiz için SPSS v22.0 kullanıldı.

BULGULAR
Toplamda 35 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama tanı ve operasyon yaşı ile takip süresi sırasıyla 21.08±35.42 ay, 36.11±39.48 ay ve 29.45±32.06 ay olarak hesaplandı. En sık başvuru şikayeti (23 hasta, 65.7%) antenatal hidronefrozdu. Hastaların %45.5'inde (n=15) başvuru anında idrar yolu enfeksiyon öyküsü mevcuttu. Hastaların %51.4'ünde (n=18) üreterosel mevcuttu. Hastaların %61.3'ünde (n=19) ipsilateral vezikoüreteral reflü mevcuttu. Preoperatif çekilen DMSA sintigrafide, ilgili böbreğin separe fonksiyonu ortalama 43.74±10.38'di. 6 hastada (17.1%) endoskopik incelemede ektopik üreteral orifis tanımlanamazken 11 hastada (31.9%) izlendi ve en sık mesane boynuna açılmaktaydı (7 hasta, 20%). 29 hasta (82.9%) için açık cerrahi tercih edildi. 16 hastada (45.7%) üreteral güdük açık bırakıldı. Hastalara postoperatif dönem kontrollerinde yapılan ultrasonografik incelemelerde 5 hastada (14.3%) operasyona sekonder gelişen renal kist izlendi. 2 hastada (5.7%) heminefrektomi sonrası ipsilateral sting cerrahisi uygulandı. Tek değişkenli analiz takipte renal kist oluşumu, komplikasyonlar ve re-operasyon gerekliliği için yapıldı. Komplikasyonlar ve re-operasyonlar tanı ve operasyon yaşı daha büyük olan hastalarda istatistiksel anlamlı olarak daha sık izlendi. (p=0.43/p=0.36, p=0.02/p=0.00)

SONUÇ
Heminefrektomi cerrahisine bağlı komplikasyonlar ve hastalarda tekrar operasyon ihtiyacı gelişmesi erken yaşta tanı alan ve opere edilen hastalarda daha ender gözlenmektedir. Ektopik üreteral orifisin açılma lokasyonu, üreterosel varlığı ve cerrahi tekniğin bu sonuçları etkisi olup olmadığını göstermek için daha geniş çaplı ve prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

SB-3) BİNG COPİLOT YAPAY ZEKA VE GOOGLE'IN İNFERTİLİTE İLE İLGİLİ YANITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TUNCER BAHÇECİ(1) BURAK ELMAAĞAÇ(2) ERMAN CEYHAN(3)

1. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ
3. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ

AMAÇ
İnternet arama motorları ve yapay zeka programları hastalar tarafından bir bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu sayede hasta-hekim etkileşimi artabilir. Biz bu çalışmamızda infertilite alanında Bing Copilot ve Google arama motorunun yanıtlarını okunabilirlik, anlaşılırlık ve uygulanırlık açısından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Mart 2024 tarihinde google trend analizi üzerinden 8 ülkeyi içeren (ABD, İngiltere, Fransa, Hollanda, Avusturya, İtalya, Belçika, İspanya, Portekiz), infertilite alanında araştırılan en sık 20 soru saptandı. Bu sorulara Bing destekli ChatGBT yapay zeka programı olan Copilot'un (Grup1) ve google arama motorunun (Grup 2) verdiği yanıtlar çalışmaya alındı. İngilizce okunabilirlik açısından online utility tool programı kullanıldı (https://www.online-utility.org/english/readability_test_and_improve.jsp). Anlaşılırlık ve uygulanırlık için Patient Education Materials Assessment Tool for Printable Materials (PEMAT-P) kullanıldı. PEMAT-P verileri 2 uzman görüşü ile değerlendiridi. Değerlendiriciler arası uyum (Intraclass Correlation Coefficient, ICC>0.8) ile mükemmel saptandı. Puanlardaki anlaşmazlıklar fikir birliği derecelendirmeleri ile çözüldü.

BULGULAR
Google trend analizi yanıtları 50 ve katlarının ortalaması (50-500-5000-50.000-500.000) olarak raporlardı. En sık aranan kelime ortalama 500.000 ile ''İvfs'' idi. Bunun dışındaki aramalar 50.000 ortalama kategorisinde yer alıyordu. Lokasyon ve maliyet içeren (fertility clinic near me, ivf cost) sorular çalışmaya alınmadı. En sık sorulan 20 soru için okunabilirlik açısından Automated Readability Index (ARI) bakıldı. Her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,074). PEMAT-P skorunda anlaşırlık Grup 1'de ortalama 68,6 ± 11.9, Grup 2'de 54,5 ± 15,0 saptandı. Her iki grup arasında istatiksel açıdan Copilot daha üstün saptandı. PEMAT-P uygulanırlık Grup 1'de ortalama 29,8 ±17,8, Grup 2'de ortalama 1,70 ± 5,30 saptandı. Her iki grup arasında istatiksel açıdan Copilot daha üstün saptandı. İstatiksel karşılaştırmalar tablo 1'de gösterilmiştir. Tanımlacı veriler Figüre 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ
İnfertil hastalara bilgi kaynağı sunma ve hasta-hekim etkileşimini arttırma açısından yapay zeka programları, internet arama motorlarından daha anlaşılabilir ve uygulanabilir görünmektedir. Gelişen teknoloji ve yazılım alanındaki güncellemeler ile yapay zeka programları sağlık alanında daha ön planda olacaktır.

-	Grup1 Mean ± SD (min-max)	Grup 2 Mean ± SD (min-max)	p
Pemat-P anlaşılırlık	68,6 ± 11.9 (42-92)	54,5 ± 15,0 (25-80)	0,002
Pemat-P uygulanırlık	29,8 ±17,8 (0-60)	1,70 ± 5,30 (0-20)	0,000
Automated Readability Index (ARI)	9,70 ± 2,12 (7-14)	13,6 ±8,08 (2,9-33,7)	0,074

istatiksel verilerin karşılaştırılması

Aranan kelimeler	PEMAT-P		Automated Readability Index (ARI)
	Anlaşılırlık %	Eyleme geçirebilirlik %	
ivfs			
Chat-gpt	50	0	8,2
Google search	62	0	9,9
Infertility			
Bing Copilot	83	40	13,0
Google	58	0	10,4
Male fertility test			
Bing Copilot	85	40	9,4
Google	58	20	8,7
Fertility test for women			
Bing Copilot			
Google	58	20	8,2
Fertility testing			
Bing Copilot	67	60	8,9
Google	58	0	2,9
IVF procedure			
Bing Copilot	67	40	7,4
Google	80	0	8,1
Conception			
Bing Copilot	67	0	7,1
Google	67	0	8,8
Check fertility			
Bing Copilot	69	40	9,7
Google	42	0	11,2
Azoospermia			
Bing Copilot	73	40	14,1
Google	80	0	9,1
In vitro fertilisation			
Bing Copilot	92	40	7,6
Google	50	0	10,6
Fertility treatment options			
Bing Copilot	67	0	10,5
Google	50	0	9,9
IVF fertility			
Bing Copilot	75	40	8,2
Google	80	0	9,9
Increase male fertility			
Bing Copilot	67	40	8,6
Google	42	0	33,7
Unexplained infertility			
Bing Copilot	75	17	14,0
Google	58	0	17,0
Improve male fertility			
Bing Copilot	42	0	8,6
Google	42	0	33,7
Coenzyme q10 for fertility			
Bing Copilot	67	40	11,1
Google	47	0	17,6
Cause of infertility in male			
Bing Copilot	75	40	11,1
Google	42	0	5,9
Cause of infertility in female	75	40	8,4
Bing Copilot	67	0	11,3
Best male fertility test			
Bing Copilot	50	40	8,7
Google	25	0	19,0
Azoospermia treatment			
Bing Copilot	69	20	11,4
Google	40	0	18,5

Figure 1. Tanımlayıcı verilerin karşılaştırılması

SB-4) ÇOCUK HASTA GRUBUNDA İLEAL AUGMENTASYON AMELİYATININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI

AHMET AŞCI(1) MESUT ALTAN(1) MÜJDAT AYVA(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

İleal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan pediatrik yaş grubu hastaların uzun dönem takip sonuçlarının ortaya konulması ile inkontinans, üst üriner sistem tutulumu (ÜÜST) ve reoperasyonu etkileyen klinik faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

1991-2020 yılları arasında kliniğimizde ileal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Diyaliz sürecinde olan ve transplantasyon öncesi augmentasyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri ile inkontinans, ÜÜST, ve re-operasyon oranlarını etkileyen klinik faktörler retrospektif olarak incelendi. Analiz edilen parametler arasında cinsiyet, yaş, etyoloji, reflü varlığı, pre-operatif böbrek fonksiyonları, anti-reflü cerrahisi, mesane boynuna müdahele, Mitrofanoff/Monti prosedürü gibi faktörler mevcuttu.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 9,5 ± 4,95 yıl, ortanca takip süresi 65 ay (3-289) olarak bulundu. İnkontinans 34 (%25.9) hastada mevcuttu. Çok değişkenli analizde inkontinans için mesane ekstrofisi/epispadias kompleksi(MEEK) anlamlı bulundu ($p<0.001$, OR: 9.493 %95 CI 3.042 – 29.623).

ÜÜST 33 (%25.2) hastada izlendi. Çok değişkenli analizde anti-reflü cerrahisi ($p=0.051$, OR: 2.287 %95 CI 0.997 – 5.249) ve pre-op KBY durumu ($p=0.056$, OR:3.107 %95 CI 0.973 – 9.917) istatistiki anlamlılık sınırında bulundu.

45 (%34.3) hastaya, toplamda 91 re-operasyon gerçekleştirildi. Çok değişkenli analizde MEEK ($p=0.013$, OR 4.235 %95 CI 1.361 – 13.181) ve eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü ($p=0.022$, OR 3.353 %95 CI 1.187 – 9.468) reoperasyon için anlamlı bulundu.

Takip süresi 10 yıldan uzun olan hastaların reoperasyon oranları, takip süresi 10 yıldan kısa olanlar ile benzer bulundu.

SONUÇ

İleal augmentasyon sistoplasti yeterli mesane kapasitesi olmayan, yüksek depolama basınçları olan ve kontinans sağlayamayan pediatrik hastalarda önemli bir cerrahi tedavi seçeneğidir. MEEK hastaları inkontinans ve reoperasyon için risk altındadır. Eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü yapılan hastaların reoperasyon riski de daha yüksektir.

SB-5) SÜNNET SONRASI DEĞERLENDİRİLEN PEDİATRİK PENİL ALGI SKORU, EBEVEYNİN PRE-OPERATİF DÖNEMDEKİ KAYGI VE İLETİŞİM DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

ERALP KUBİLAY(1) AYKUT AKINCI(2)

1. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ AD. LEFKOŞA KKTC
2. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ, ÇOCUK ÜROLOJİSİ KLİNİĞİ, DENİZLİ TÜRKİYE

AMAÇ
Hipotezimize göre Pediatrik Penil Algı Skoru (PPAS) postoperatif dönemde cerrahi sonucu kozmetik olarak değerlendirebilen objektif bir ölçüm olmamakla birlikte çeşitli parametrelerden etkilenmektedir. Ameliyat öncesi ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, iletişim beceri düzeyleri ve şekilleri, ameliyat sonrası aynı ebeveynlerce değerlendirilen PPAS sonucunu öngörebilmektedir. Burdan yola çıkarak sünnet cerrahisi uygulanacak ebeveynlerin preoperatif dönemdeki anksiyete ve iletişim beceri düzeylerinin PPAS'nu nasıl etkilediği araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Prospektif olarak planlanan bu çalışmada, rutin ve dini nedenlerle sünnet cerrahisi geçirmiş 150 çocuk ve ebeveynleri ele alınmıştır. Postoperatif komplikasyon gelişmiş ve planlanan takiplere katılım göstermeyen hastalar çalışmadan çıkarılmışlardır. Ebeveynlere cerrahi girişim öncesinde Beck Anksiyete Skalası (BAS) ve İletişim Becerileri Envanteri uygulanmıştır. Postoperatif döneme ait iki farklı zaman diliminde ebeveyinlere ek olarak cerrahi ekibin dışında yer alan, kör bağımsız bir çocuk üroloğu tarafından her çocuk için PPAS değerlendirilmiştir.

BULGULAR
Hastalar için ortalama yaş 12,2 ± 8,6 ay olarak izlendi. Minimal ve orta düzey anksiyetesi olan ebeveynlerin postoperatif dönemde kozmetik cerrahi sonuçlardan daha memnun kaldığı ve postoperatif PPAS daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) ve bağımsız kör değerlendirici ile benzer olarak izlendi ($p<0,05$). Anksiyete düzeyleri ile total PPAS arasında ciddi bir negatif korelasyon izlendi ve bağımsız değerlendirici ile aralarında uyumsuzluk görüldü. Ebeveynlerin PPAS değerlendirmelerinin ardışık vizitlerde arttığı izlendi. Ek olarak İletişim Becerileri Envanteri değerlendirmesi daha yüksek olan ebeveynlerin PPAS'larının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

SONUÇ
Ebeveynlerin PPAS değerlendirmesi, preoperatif anksiyete düzeylerinden etkilenebileceği gibi iletişim beceri düzeyleri ile de öngörülebilir. Cerrahi öncesi dönemde ailenin anksiyete düzeylerini düşürmek, postoperatif dönemde cerrahi sonuçlarda daha iyi kozmetik algı oluşturarak memnuniyeti artırabilir.

SB-6) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SIRASINDA ARTMIŞ RENAL HİPERMOBİLİTEYİ ÖNGÖRMEDE PREDİKTİF MODELLEME: TEK KÖR ÇALIŞMA

ÇAĞRI DOĞAN(1) CİHAN ÖZGÜR(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) DUYGU SIDDIKOĞLU(2) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Aşırı böbrek hareketliliği, RIRS ve ESL sırasında cerrahlar için hafife alınan bir zorluktur. Aşırı böbrek hareketliliğini azaltmak için altın standart prosedür olarak onaylanmış bir teknik yoktur. Çalışma, klinikodemografik özellikler ve kontrastsız bilgisayarlı tomografi (NCCT) verilerini kullanarak aşırı böbrek hareketliliğini belirleyen prediktif faktörleri ortaya çıkarmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Hastalar aşırı renal mobilite varlığına göre iki gruba ayrıldı. Hastalar on altı kanallı, çok kesitli NCCT ile tarandı ve görüntüler, 16 x 1,25 mm kolimasyon, 5 mm kesit kalınlığı kullanılarak yakalandı. Görüntüler üzerinde renal arterin çıkış açısı, renal arter, ven uzunluğu, çapı, psoas kası alanı ve uzunluğu, perirenal ve pararenal yağ dokusu gibi birçok parametre ölçülerek analiz edildi. Veriler çok değişkenli lojistik regresyon ve ROC eğrisi modeli kullanılarak analiz edildi ve üç önemli parametreye dayalı prediktif modelleme kullandık.

BULGULAR
Mayıs 2023 ile Mayıs 2024 arasında aşırı böbrek hareketliliği olan ve olmayan toplam 140 hasta çalışmaya kaydoldu. Çok değişkenli analizin ardından, renal ven uzunluğunun ve renal arter başlangıç açısının artması, renal mobilitenin artmasına neden olduğu gözlemlendi. (sırasıyla OR 0,982; %95CI 0,966–0,998; p = 0,030 ve OR 0,973; %95CI 0,948–0,999; p = 0,044). Ayrıca tidal hacimdeki artışın renal mobilitede azalmaya yol açtığı da gözlemlendi (OR 1,015; %95CI 1,007–1,024; p=0,001). Prediktif modelleme bu sonuçlara dayanarak tasarlandı. Bu prediktif modelleme, gelişmiş %59 özgüllük ve %65 duyarlılıkla aşırı renal mobilitenin varlığını doğru bir şekilde tahmin etti. (p<0,001, AUC 0,757 CI: 0,671-0,843).

SONUÇ
Klinistenler makalede bahsedilen prediktif modelleme yoluyla aşırı böbrek hareketliliğinin varlığını tahmin edebilirler. ESL ve RIRS öncesinde böbrek hareketliliğini azaltmak için manipülasyonlar yapabilirler.

	Excessive Renal Mobility (-) n=70	Excessive Renal Mobility (+) n=70	p
Age (yr)	51.6±15.5	47.8±15.1	0,209
Weight (kg)	80 (45-110)	80 (50-145)	0,167
Height (cm)	171 (150-185)	172 (150-186)	0,594
BMI (kg/m²)	29.4±5.2	28.2±4.8	0,189
Gender (f/m)	36/34	51/19	0.554
Side (l/r)	31/39	38/32	0.798
The presence of previous ESL (yes/no)	22/58	24/56	0.764
Renal artery length (mm)	56.1±10.5	58,3±14.0	0,267
Renal pelvis rotation angle (degree)	63.1±15.8	62.2±16.7	0,776
Renal artery origin angle (degree)	76.85±17.7	67.2±19.2	**0,004**
Subcutaneous fat thickness (mm)	21.79±7.9	22.9±9.3	0,573
Tidal volume (ml)	450 (14-550)	475 (300-650)	**0,029**
Frequency (respiratory rate/minutes)	14 (11-21)	13 (10-25)	**0,043**
Total liters (ml)	6300 (196-8000)	6300 (4500-9900)	0,996
Renal vein length (mm)	76 (15-149)	37.5 (16-118)	**0,007**
Kidney size long axis (mm)	114.5 (85-156)	114 (76-137)	0,715
Kidney size transverse axis (mm)	53.5 (35-70)	53 (34-68)	0,481
Kidney size AP diameter (mm)	59 (41-79)	59 (36-92)	0,666
Perirenal fat (mm)	8.5 (0-28)	9 (0-31)	0,31
Pararenal fat (mm)	7 (2-19)	8 (1-17)	0,265
Pelvis midline distance (mm)	55 (40-82)	58 (35-77)	0,194
Psoas distance coronal section (mm)	7 (0-30)	8 (0-34)	0,519
Posterior costophrenic sinus (degree)	-8 (-43-28)	-9 (-40-30)	0,536
Right psoas area (mm²)	928.4±338.7	980.6±306.3	0,418
Left psoas area (mm²)	845.50 (121-1514)	868 (114-1476)	0,605
Psoas length (mm)	242.5 (195-284)	240 (132-281)	0,962
Perirenal fat (HU)	-101 (-113 - -80)	-102 (-116 - -60)	0,766
Renal cortex (HU)	32 (25-47)	33.50 (24-45)	0,068

Table 1 The Analysis Of Clinicodemographic Properties Of Patients Computer Tomography Measurements Among Groups

BMI: body mass index, HU: Hounsfield unite, f/m: female/male

SB-7) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ ÖNCESİ PREOPERATİF KÜLTÜR ZAMANLAMASININ POSTOPERATİF SONUÇLARA ETKİSİ: RIRSEARCH ÇALIŞMASININ İLK SONUÇLARI

CENK MURAT YAZICI(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) KEREM TEKE(2)
MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(3) BİLAL TUNA(4) CEM BAŞATAÇ(5)
ÖNDER ÇINAR(6) OKTAY ÖZMAN(7) HAKAN ÇAKIR(8) MURAT AKGÜL(9)
DUYGU SIDDIKOĞLU(10) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(11) EYÜP BURAK SANCAK(10)
BÜLENT ÖNAL(3) HALUK AKPINAR(5)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. MASLAK ACIBADEM HASTANESİ
5. FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ
6. SAMSUN MEDİCANA HASTANESİ
7. MEMORİAL SAĞLIK GRUBU
8. ACIBADEM FULYA HASTANESİ
9. ÜMRANİYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
11. ESKİŞEHİR ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRS) öncesi hastalarda steril idrar kültürü bulunması ile postoperatif enfektif komplikasyonlar önlenebileceği için güncel kılavuzlarda operasyon öncesi alınması önerilmektedir. Fakat bu kültürü operasyondan ne kadar önce alınması gerektiği ile ilgili bir öneri bulunmamaktadır. Bu çalışmada, RIRC vakasından 1 hafta önce ve operasyon sabahında alınan idrar kültür sonuçlarının değerlendirilmesi ve bu olası farklılığın klinik sonuçlara etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

RIRSearch veri tabanında kayıtlı, Eylül 2020 – Mayıs 2024 tarihleri arasında RIRC uygulanan toplam 453 hastanın verileri prospektif olarak toplanarak retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların hepsinin operasyondan 1 hafta önce alınmış idrar kültürü steril olarak raporlandı, idrar kültüründe üreme olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalardan operasyon sabahında idrar kültürleri tekrarlandı. 1 hafta önce ve operasyon sabahında idrar kültürü steril olanlar Grup 1'i, 1 hafta öncesinde kültürü steril olup operasyon sabahındaki kültüründe üreme olanlar ise Grup 2'yi oluşturdu. Gruplar arasındaki klinik ve demografik özellikler, vaka kontrol eşleştirmesi yapılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Vaka kontrol eşleştirmesi öncesinde Grup 1'de 411 hasta, Grup 2'de ise 42 hasta mevcutken eşleştirme sonrası gruplarda 78 ve 41 hasta mevcuttu. Grup 2'deki hastalardan 11 (%26,2) tanesinde E. Coli, 13 (%31,0) tanesinde Enterokok, 5 (%11,9) tanesinde Klebsiella, 5 (%11,9) tanesinde Streptokok ve 8 (%19,0) tanesinde Candida üremesi raporlandı. Gruplar arasında preoperatif SWL öyküsü ($p=0.012$) ve DJS mevcudiyeti ($p=0.032$) hariç klinik ve demografik verilerde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Postoperatif ve peroperatif komplikasyonlar ile cerrahi başarı da her iki grup arasında benzerdi ($p=0.247$, $p=0.360$ ve $p=0.598$) (Tablo 2).

SONUÇ

Her ne kadar zamanlama açısından sonuçları etkileyen bir fark olmasa bile preoperatif 1 hafta öncesinde alınan idrar kültürü steril olmasına rağmen operasyon sabahında alınan tekrar kültürlerde üreme olabilmektedir. Bu üreme ve antibiyogram sonuçları, postoperatif olası septik komplikasyonların yönetiminde önemlidir.

Vaka-Kontrol Eşleştirmesi Öncesi			
	Grup 1	Grup 2	p
n	411	42	
Yaş (ortalama ± SS)	51,57 ± 15,28	47,97 ± 15,13	0.143
VKİ (kg/m²) (ortalama ± SS)	29,77 ± 5,56	27,33 ± 4,42	0.374
Preoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0,95 ± 0,35	0.90 ± 0,34	0.400
Taş Dansitesi (HU) (ortalama ± SS)	935,60 ± 309,031	1019.76 ± 285,024	0.071
Taş Hacmi (mm³) (ortalama ± SS)	663,48 ± 591,36	851,76 ± 599,42	0.277
Operasyon Süresi (dk) (ortalama ± SS)	64,76 ± 27,22	67,57 ± 27,84	0.533
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	1,62 ± 0.73	1,26 ± 1,18	0.201
Postoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.97 ± 0.37	0,90 ± 0,34	0.309
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	281 (%68,4)	12 (%28,6)	**0.010**
Kadın	130 (%31,6)	30 (%71,4)	
SWL Öyküsü (n, %)	81 (%19,7)	2 (%4,8)	**0.017**
Preop DJS (n, %)	181 (%44,0)	30 (%71,4)	**0.001**
CCI (n, %)			
0-1	168 (%41,0)	22 (%52,4)	0.268
≥2	243 (%59,1)	20 (%47,6)	
Taş Lokasyonu (n, %)			
Üst Pol	12 (%2,9)	2 (%4,8)	
Orta Pol	20 (%4,9)	3 (%7,1)	
Alt Pol	84 (%20,4)	7 (%16,7)	0.951
Renal Pelvis	131 (%31,9)	14 (%33,3)	
Üst Üreter	113 (%27,5)	11 (%26,2)	
Multipl Lokasyon	51 (%12,4)	5 (%11,9)	
Hidronefroz (n, %)	62 (%15,1)	2 (%4,8)	0.099
Üreteral Erişim Kılıfı (n, %)	331 (%81,1)	35 (%83,3)	0.727
Perop Komplikasyon (n, %)	15 (%3,6)	1 (%2,4)	0.671
Postop Komplikasyon (n, %)	27 (%6,6)	1 (%2,4)	0.295
Cerrahi Başarı (n, %)	303 (%74,1)	32 (%76,2)	0.766

Vaka-Kontrol Eşleştirmesi Sonrası			
	Grup 1	Grup 2	p
n	78	41	
Yaş (ortalama ± SS)	50,39 ± 15,33	51,26 ± 15,34	0.769
VKİ (kg/m²) (ortalama ± SS)	28,35 ± 5,42	27,57 ± 4,94	0.448
Preoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.84 ± 0,24	0,92 ± 0,29	0.129
Taş Dansitesi (HU) (ortalama ± SS)	993,62 ± 262,39	935,12 ± 312,85	0.282
Taş Hacmi (mm³) (ortalama ± SS)	578,19 ± 497,70	673,21 ± 597,03	0.392
Operasyon Süresi (dk) (ortalama ± SS)	64,97 ± 25,08	65,48 ± 27,15	0.918
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	1,38 ± 0,69	1,53 ± 0,67	0.642
Postoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0,84 ± 0,23	0,93 ± 0,29	0.079
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	31 (%39,7)	11 (%26,8)	0.161
Kadın	47 (%60,3)	30 (%73,2)	
SWL Öyküsü (n, %)	18 (%23,1)	2 (%4,9)	**0.012**
Preop DJS (n, %)	38 (%48,7)	29 (%70,7)	**0.032**
CCI (n, %)			
0-1	38 (%48,8)	22 (%53,7)	0.505
≥2	40 (%51,2)	19 (%46,3)	
Taş Lokasyonu (n, %)			
Üst Pol	4 (%5,1)	2 (%4,9)	
Orta Pol	4 (%5,1)	3 (%7,3)	
Alt Pol	16 (%20,5)	6 (%14,6)	0.883
Renal Pelvis	23 (%29,5)	14 (%34,1)	
Üst Üreter	25 (%31,2)	11 (%26,8)	
Multipl Lokasyon	6 (%7,7)	5 (%12,2)	
Hidronefroz (n, %)	10 (%12,8)	2 (%4,9)	0.172
Üreteral Erişim Kılıfı (n, %)	72 (%92,3)	35 (%85,4)	0.232
Perop Komplikasyon (n, %)	6 (%7,7)	1 (%2,4)	0.247
Postop Komplikasyon (n, %)	5 (%6,4)	1 (%2,5)	0.360
Cerrahi Başarı (n, %)	54 (%71,1)	31 (%75,6)	0.598

SB-8) KATETERİZE EDİLEBİLİR KANALLARDAN KAÇAK ÖZELLİKLERİ: ALTTA YATAN ETYOLOJİK NEDEN, SEMPTOM BAŞLANGICINI TAHMİN ETMEDE VE YÖNETİMİNDE YOL GÖSTERİR Mİ ?

MUSTAFA ALKAN OKTAR(1) ABDULRAHMAN JAFAROV(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) EMRE ERDEM(1) AYKUT AKINCI(2) MURAT CAN KARABURUN(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ
Günlük pratiğimizde Double Monti ve Mitrofanoff prosedürleri, kontinan kateterize edilebilir kanallar için mevcut standarttır. Bu çalışmada özellikle stomal inkontinansın postoperatif başlangıç zamanı, altta yatan nedeni ve yönetimi incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2000 ile Aralık 2022 tarihleri arasında (n = 143) takip edilen ve bahsi geçen prosedürlere tabi tutulan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tümü 1., 3., 6. ay ve yıllık olarak takip edilmiştir. Stomal inkontinansın başlangıç zamanına bağlı olarak hastalar 3 gruba ayrılmıştır (hemen kaçak: 0-6 ay, erken kaçak: 6-24 ay, geç kaçak: 24 ay sonrası). İstatistiksel analiz için Ki-Kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR
Artmış hacim veya kanal türü, kaçak açısından farklılık göstermemiştir.
Hastaların %13'ünde (n = 19) ameliyat sonrası hemen kaçak görülmüştür. Bu hastaların tamamı başlangıçta antikolinerjiklerle takip edilmiştir. Bunların %89'u (n = 17) 2 ay içinde ilaçsız olarak kontinent hale gelmiştir. Geriye kalan 2 hasta, dolgu ajanı enjeksiyonu sonrasında kontinent olmuştur.
Hastaların %6.2'sinde erken dönemde kaçak görülmüştür (N = 9). Bu hastaların tedavisine başlangıçta antikolinerjik ilaçlarla başlanmıştır. Tıbbi tedavi sadece hastaların %11'inde (n = 1) başarılı olmuştur.
Geç kaçak %3'lük bir hastada görülmüştür (n = 4). Bu hastaların biri TAK takvimine uymamış, üç hastada ise antikolinerjik tedaviden sonra kaçak görülmüştür. Tedavi yöntemlerinin başarı oranları 3 grup arasında anlamlı fark göstermiştir ($p<0.05$).

SONUÇ
Hemen kaçak genellikle mesane uyum ve aşırı aktiviteye bağlıdır ve muhtemelen kendiliğinden çözülür veya ilaçla tedavi edilir. Bununla birlikte, 6 aydan sonra ortaya çıkan kaçak ilaçlara çok az yanıt verir ve genellikle endoskopik bir müdahaleyi işaret eder. Erken dönemde revizyon veya enjeksiyonun ertelenmesi hayati önem taşır. Geç kaçak, TAK'a uyumsuzluk veya mesane koşullarından kaynaklanabilir ve uygun şekilde özelleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir.

SB-9) PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI BÖBREK HACMİ VE FONKSİYONLARININ YILLAR İÇİNDEKİ DEĞİŞİMİ

ONUR KALAYCI(1) ENDER ÖZDEN(1) MURAT GÜLŞEN(1) İLKAY ÇAMLIDAĞ(2) ERTUĞRUL KÖSE(1) MEHMET NECMETTİN MERCİMEK(3) YAKUP BOSTANCI(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1)

1. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, SAMSUN, TÜRKİYE
2. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, SAMSUN, TÜRKİYE
3. ATASAM HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, SAMSUN

AMAÇ
Laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında sağlıklı total böbrek parankim hacmi, kitle ile eksize edilen sağlıklı parankim dokusu kaybına bağlı azalmaktadır. Çalışmamızda ameliyata sekonder total böbrek hacmindeki değişikliklerin incelenmesi ve bu değişimin böbrek fonksiyonu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2012-Ocak 2023 tarihleri arasında böbrek tümörü ön tanısı ile laparoskopik parsiyel nefrektomi yapılan, ameliyat görüntüleri bulunan, preoperatif ve postoperatif kesitsel görüntülemelerine erişilebilen en az bir yıllık takipleri olan toplam 187 hasta çalışmaya dahil edildi. Soliter böbreği olan, bilateral kitlesi olan ve sekonder parsiyel nefrektomi yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Glomerüler filtrasyon hızı değerleri "Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration" formülüne göre hesaplandı. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Komplikasyon olmaması, cerrahi sınırların negatif olması ve sıcak iskemi süresinin 20 dk'nın altında olması "Trifekta" olarak değerlendirildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif görüntüleri ''3D Slicer'' programı kullanılarak üç boyutlu hale getirildi ve hacim ölçümleri yapıldı.

BULGULAR
Hastaların demografik, operatif, postoperatif ve böbrek hacim verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kitle boyutu ortalaması 36,7 mm, kitle hacmi ortancası 15,8 cm3 olarak hesaplandı. Total parankim hacmi preoperatif dönemde 335,96 cm^3 iken, postoperatif 1. yılda 316,77 cm^3, 2. yılda 313,42 cm^3, 3. yılda 320,11 cm^3, 4. yılda 315,70 cm^3, 5. yılda 311,75 cm^3 olarak ölçüldü.
e-GFR preoperatif dönemde 90,56 ml/dak/1,73m^2 iken, postoperatif 1. yılda 84,01 ml/dak/1,73m^2, 2. yılda 81,19 ml/dak/1,73m^2, 3. yılda 81,02 ml/dak/1,73m^2, 4. yılda 77,66 ml/dak/1,73m^2, 5. yılda 75,88 ml/dak/1,73m^2 olarak hesaplandı.

SONUÇ
Laparoskopik parsiyel nefrektomi sonrası total böbrek parankiminde ameliyata sekonder kayıp eGFR düşüşüne sebep olmaktadır. Birinci yıldan sonraki takiplerde total böbrek parankim hacminde anlamlı bir değişikilk olmazken eGFR olası diğer faktörlerin etkisiyle düşemeye devam etmektedir.

Tablo 1. Demografik, Operatif, Postoperatif ve Böbrek Hacim Verileri

Demografik Veriler	
Kadın	88 (47,1)
Erkek	99 (52,9)
Yaş	58 (48 - 66)
DM Varlığı	33 (17,6)
HT Varlığı	85 (45,5)
Batın Cerrahisi Öyküsü	67 (35,8)
Charlson Komorbidite İndeksi	3 (2 - 4)
VKİ (kg/m²)	28,52 (26,02 - 32,08)
Preoperatif Hemoglobin(g/dl)	13,69 ± 1,67
Sigara Kullanımı (n)	49 (26,2)
Radyolojik Karakteristikler	
Tümör Tarafı	
Sol	82 (43,9)
Sağ	105 (56,1)
Kitle Boyutu (mm)	36,76 ± 13,37
RENAL Skor	7 (6 - 9)
İntraoperatif Veriler	
İskemi Tipi	
Non-İskemi	16 (8,6)
Global İskemi	161 (86,1)
Selektif İskemi	10 (5,3)
Sıcak İskemi Süresi (dk)	14 (11 - 18)
SIB Skoru	4 (2 - 5)
Cerrahi Süre (dk)	80 (64 - 100)
Tahmini Kan Kaybı (ml)	100 (50 - 160)

Bulgular-Postoperatif Sonuçlar ve Takip	
Clavien Dindo Komplikasyon Sınıfı	
Grade 0	165 (88,2)
Grade 1	8 (4,3)
Grade 2	8 (4,3)
Grade 3	6 (3,2)
Grade 4-5	0 (0)
Patoloji Tipi	
bhRHK	124 (66,3)
pRHK	26 (13,9)
kRHK	17 (9,1)
Onkositom	7 (3,7)
Anjiomyolipom	2 (1,1)
Diğer	11 (5,9)
WHO/ISUP Grade	1 (1 - 2)
Cerrahi Sınır Pozitifliği	2 (1,1)
Trifecta Varlığı	162 (86,6)
Pentafecta Varlığı	122 (65,2)
3D Hacim Ölçümleri	
Kitleli Böbrek Volümü (cm^3)	188,5 (91 - 439)
Kitle Volümü (cm^3)	15,8 (0,2 - 258)
Preoperatif Kitlesiz Böbrek Volümü (cm^3)	168,87 ± 40,91
Preoperatif Kontralateral Böbrek Volümü (cm^3)	169,8 ± 35.6

SB-10) TÜRK ÜROLOJİ EĞİTİM TARİHİNDE BİR İLK; PLASTİNASYON YÖNTEMİ İLE RADİKAL PROSTATEKTOMİ EĞİTİMİ

ONUR ÖZYAMAN(1) NECMETTİN AYDIN MUNGAN(2) SELÇUK TUNALI(3)
AHMET ADİL ESEN(4)

1. ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ
2. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. TOBB ETÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
4. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen kanserler arasında 2. sırada, kansere bağlı ölüm nedenleri sıralamasında ise 6. sırada yer almaktadır. Radikal prostatektomi, prostat kanseri tedavisinde küratif tedavi seçeneklerinden biridir. Cerrahinin onkolojik ve fonksiyonel sonuçları, cerrahın deneyimi ve yıllık vaka sayısı ile doğrudan ilişkilidir. Ancak pelvik anatominin kompleks yapısı, öğrenme eğirisinin uzun olması, operasyon sonrası fonksiyonel kayıpların yönetiminin zorluğu, onkolojik başarının genel ve kanser spesifik sağkalım ile yakın ilişkisi nedeniyle çoğu üroloji uzmanlık eğitimi programında yeterli yer bulamamakla birlikte eğitimi için gerekli materyal sayısı da oldukça azdır. Çalışmamızın amacı, cerrahi eğitim için etkinliği kanıtlanmış kadavra eğitimini kokusuz, çıplak elle temas edilebilen, sağlık ve enfektif durumlar açısından güvenli, uzun yıllar boyunca bozulmadan defalarca kullanılabilen ve cerrahi anatominin gerçek dokuda detaylı bir şekilde gösterilebilmesine izin veren plastinasyon tekniği ile birleştirerek radikal prostatektomi eğitimine katkı sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

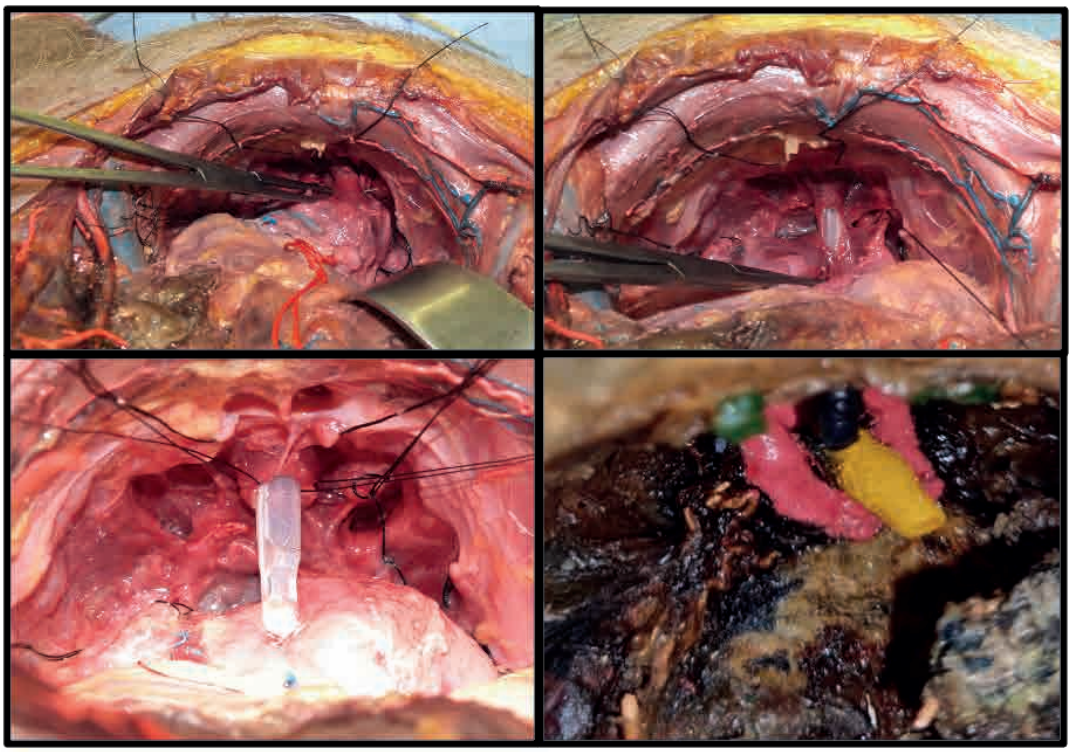
Çalışmamızda, taze donmuş bir erişkin erkek kadavrası üzerinde retropubik radikal prostatektomi cerrahisinin uygulanmasını takiben usulüne uygun silikon plastinasyon tekniği uygulanarak cerrahi esnasında önemli anatomik yapılar gösterilmiştir.

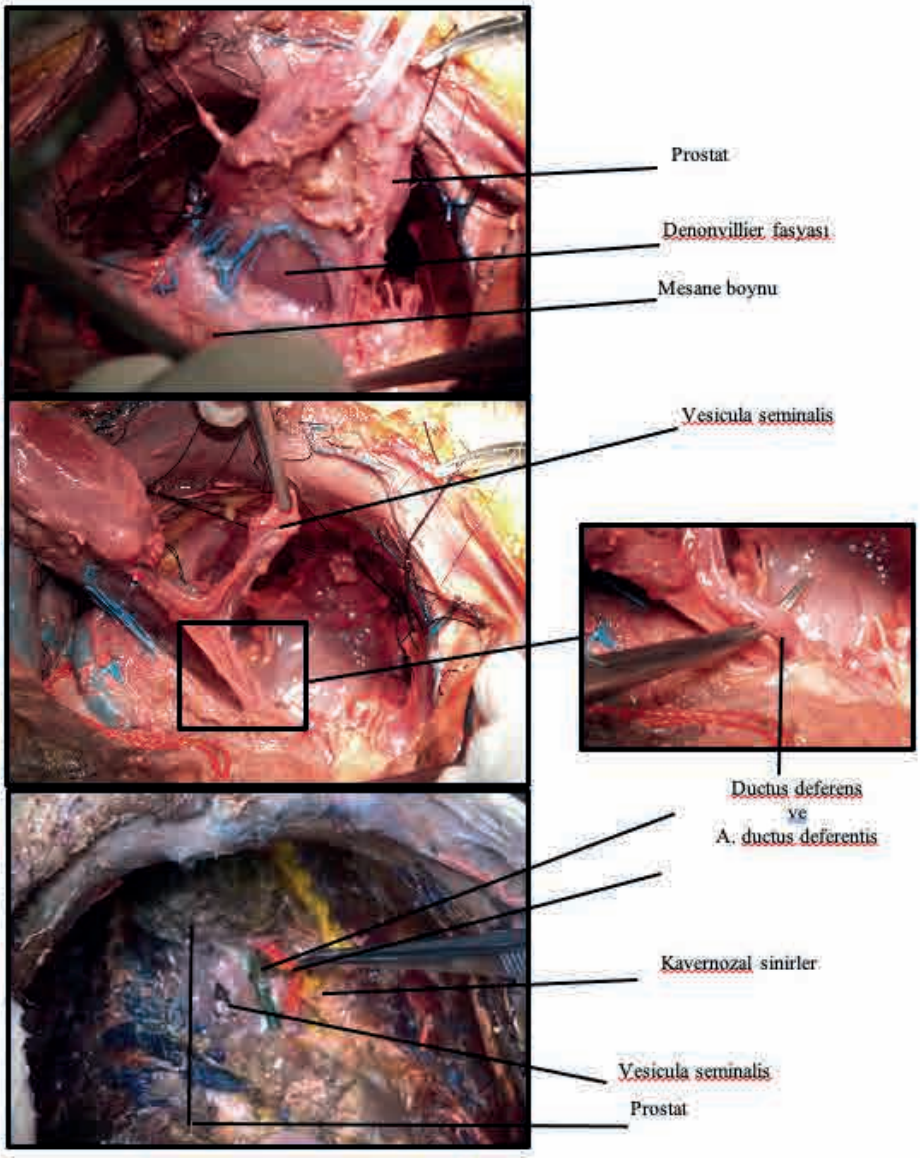
BULGULAR

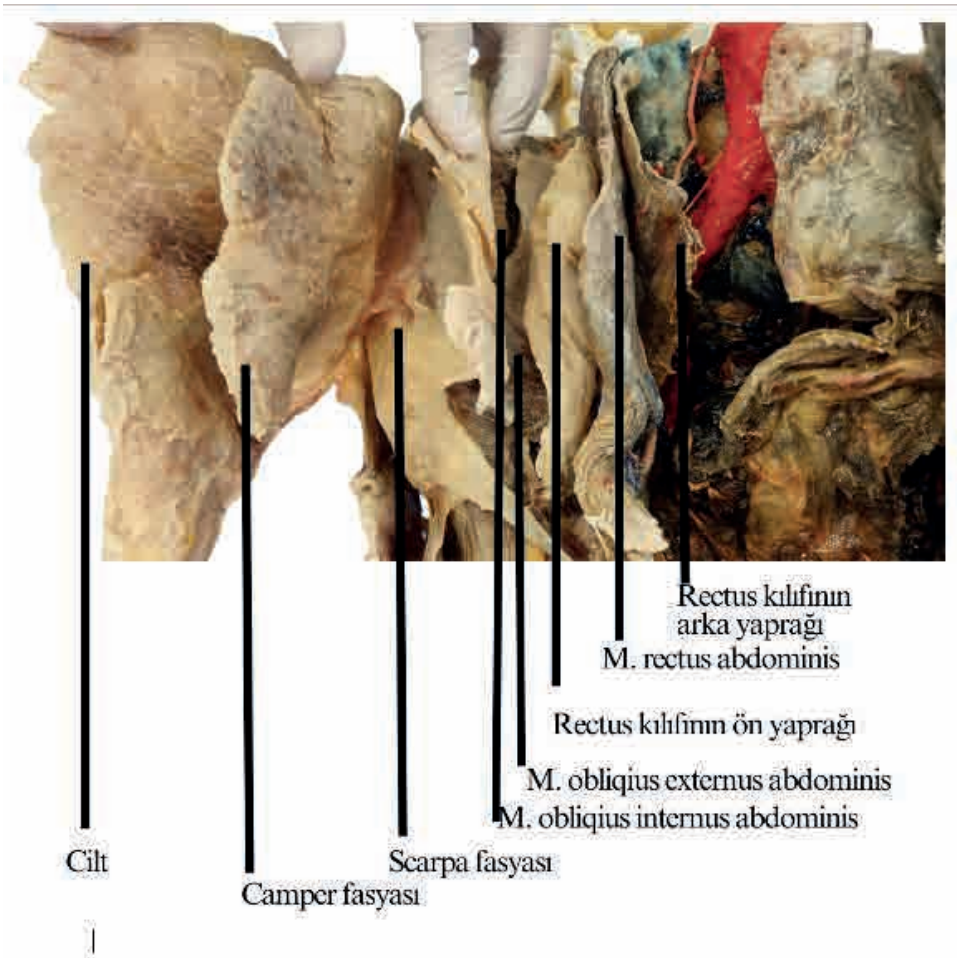
Radikal prostatektominin cerrahi aşamaları, bu cerrahinin onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarına etkisi olan özellikle derin yerleşimli ve ince anatomik yapılar tek tek detaylı bir şekilde kolayca gösterilebildi. Mobil hale getirilen prostat sayesinde cerrahi anatomi ve komşuluklar daha net izlenebildi. Cerrahi sırasında kolayca zedelenebilen anatomik yapılar özellikle damarsal yapılar belirgin hale getirilerek eğitim alan kişinin cerrahi aşamaları daha rahat anlaması sağlanmış oldu. Üzerinde defalarca işlem yapılmasına karşın plastine edilmiş anatomik yapıların bozulmadığı izlendi. Ancak plastinasyon basamaklarında yağdan arındırma aşamasında, periprostatik sinirsel yapıların fazla hacim kaybına uğraması nedeniyle bu yapıların istenilen düzeyde gösterilemediği tespit edildi.

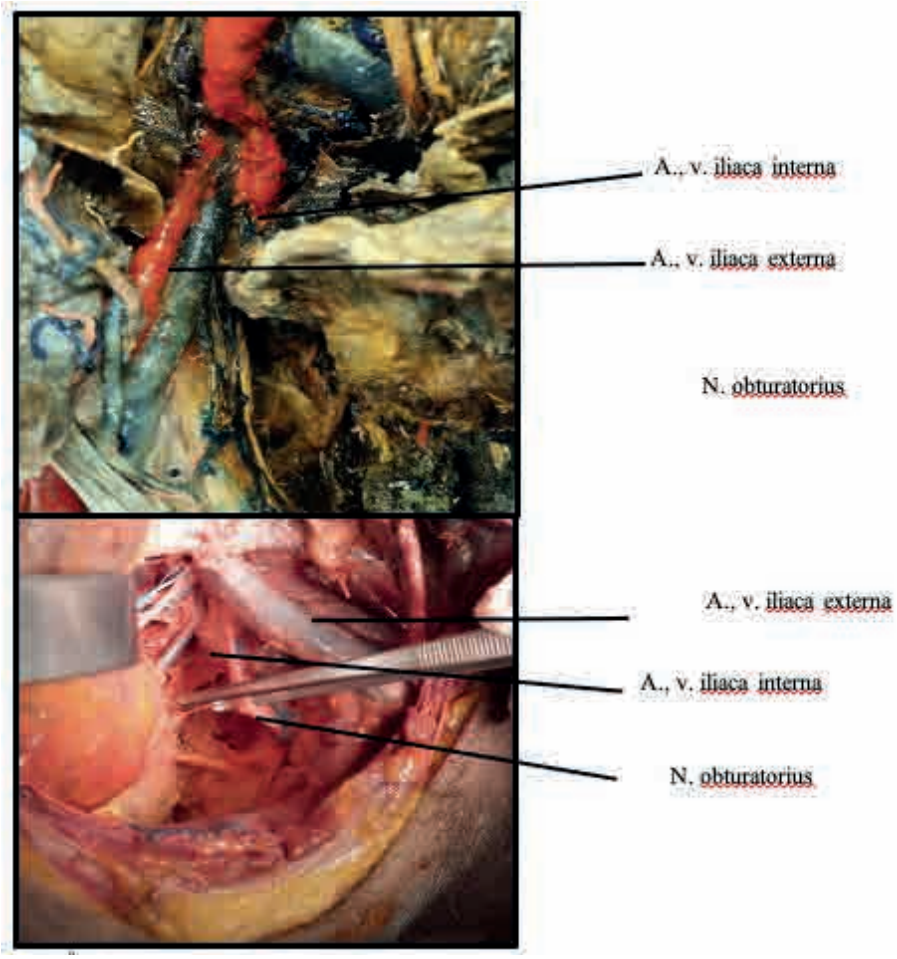
SONUÇ

Plastinasyon tekniği ile gerçek bir insan kadavrası kokusuz, sağlık açısından toksik etkisi olmayan, çıplak elle temas edilebilen ve uzun yıllar boyunca herhangi bir bozulma ve mikroorganizma üremesi olmadan tekrarlanabilirliği olan ve gerçek dokuların kullanıldığı bir eğitim materyali oluşumuna olanak sağlamaktadır. Plastinasyon yöntemi, cerrahi eğitimde gerçek dokuların kullanımının sınırlamalarını aşarak pratik, çözüm odaklı ve etkileşimli bir öğrenme deneyimi sunmaktadır. Ayrıca bu teknik sayesinde elde edilen materyaller farklı klinik disiplinler arasında etkileşimi güçlendirerek tanı ve tedavi aşamalarının optimize edilmesinde fayda sağlayabilir. Radikal prostatektomi cerrahisi eğitimi için mevcut literatürde yeterli materyal bulunmamaktadır. Çalışmamızda, radikal prostatektomi cerrahisi için zor anatominin gösterilebildiği yeni bir eğitim materyali tanımlanmıştır. Bu sayede bu zor cerrahi deneyimsiz cerrahlara daha iyi bir şekilde öğretilebilir, radikal prostatektomi cerrahisinin yapılabilirliği arttırmanın yanındaonkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını da iyileştirilebilir.




Prostat
Denonvillier fasyası
Mesane boynu
Vesicula seminalis
Ductus deferens
ve
A. ductus deferentis
Kavernozal sinirler
Vesicula seminalis
Prostat


Rectus kılıfının
arka yaprağı
M. rectus abdominis
Rectus kılıfının ön yaprağı
M. obliqius externus abdominis
M. obliqius internus abdominis
Cilt
Camper fasyası
Scarpa fasyası


A., v. iliaca interna
A., v. iliaca externa
N. obturatorius
A., v. iliaca externa
A., v. iliaca interna
N. obturatorius

SB-11) OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA ÜRETER TAŞI TEDAVİSİNDE TAŞ LOKALİZASYONU FARKETMEKSİZİN FLEKSİBLE URETERORENOSKOP VE LAZER LİTOTRİPSİ GÜVENLİ MİDİR?

BERTAN TANRIBUYURDU(1) LEVENT TURAN(2) HAKAN KILIÇARSLAN(1) ONUR KAYGISIZ(1)

1. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. GEMLİK DEVLET HASTANESİ, BURSA

AMAÇ
Günümüz teknolojisinde Fleksible üreterorenoskop(F-URS) ve lazer cihazlarının gelişmesiyle beraber endoskopik cerrahi taş hastalarındaki tedavi payını her geçen gün arttırmaktadır. Kliniğimizde üreter taşı olan 5 yaş ve altı 32 hastaya endoskopik yöntemle lazer litotripsi uygulanmıştır. Amacımız, üreter taşı olan okul öncesi hasta grubundaki klinik deneyimimizi sizinle paylaşmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
01.2014-05.2024 yılları arasında üreter taşı sebebi ile endoskopik üreter taşı tedavisi uygulanan 32 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı , taş boyutu ve lokalizasyonu , ek tedavi , komplikasyonları değerlendirildi. Distal üreter taşlarında semirijid üreterorenoskop kullanılmış(6 ve 4.8 f) olup orta ve proksimal üreter taşları F-URS ile tedavi edilmiştir.

BULGULAR
Hastaların ortalama taş boyutu 9 (5-22) mm , ortalama yaşı 3,4(1-5) yıl olarak saptandı. Hastalardan 3 tanesinin taşı proksimal üreterde 4 tane ise orta üreterde yerleşmişti. 25 hastanın ise taşı distal üreterde idi. 6 hastada üreter darlığı olduğu için prestending uygulanmış olup işlem ikinci seansa ertelenmiştir. 8 hastanın taşının ameliyat sırasında impakte olduğu izlenmiştir. 2 hastada ameliyat sonrasında ateşli idrar yolu enfeksiyonu gelişmiş ve parenteral antibiyoterapi sonrasında taburcu olmuşlardır.Hastalardan sadece 1 tanesinde alt pole kaçan taşa F-URS ile ulaşılamamış ve takip önerilmiştir. 31 hastada ise tek seansta taşsızlık sağlanmıştır.

SONUÇ
F-URS ve lazer litotriptör olan tecrübeli kliniklerde üreter taşı olan okul öncesi hasta grubunda endsokopik cerrahi minimal invaziv ve güvenli yöntemdir.

SB-12) BİSFENOL A'NIN SIÇANLARDA NEDEN OLDUĞU TESTİKÜLER TOKSİSİTEYE KARŞI KORE GİNSENG KÖK EKSTRESİNİN OLASI KORUYUCU ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) TARIK EMRE ŞENER(1) SEREN EDE PAZARBAŞI(2)
BURÇİN İREM ABAS(3) YASEMİN CESUR(4) ÖZGE ÇEVİK(3) FERİHA ERCAN(4)
GÖKSEL ŞENER(5) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
3. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI
4. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ ANABİLİM DALI
5. FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ, FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bisfenol A günlük hayatta yaygın olarak maruz kalınan endokrin bozucu bir kimyasal ajandır. Testis, beyin ve kalp gibi dokularda oksidatif hasara yol açtığı bilinmektedir. Oluşturduğu testis toksisitesi ile fertilitede bozulmaya sebep olmaktadır. Çalışmamızda Bisfenol A maruziyetine uğratılan sıçanlarda oluşan testis toksisitesine karşı Panax ginsengin olası korucuyu rolünün biyokimyasal, moleküler ve histolojik parametrelerle araştırılması planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada 32 adet, 10-12 haftalık Wistar Albino cinsi sıçan kullanıldı. Gruplar Grup 1: Kontrol (K), Grup 2: Panax Ginseng Kontrol (PG), Grup 3: Bisfenol A (BPA), Grup 4: Bisfenol A + Panax Ginseg (BPA+PG) olarak belirlendi. Deney altı hafta süresince devam etti. Deney sonunda sıçanlardan alınan serum ve doku örneklerinde oksidatif stresin biyokimyasal belirteçleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Ayrıca tüm denek gruplarında moleküler olarak da androjen reseptör (AR) mRNA düzeyleri incelendi. Dokulardaki histolojik değişiklikler ışık mikroskopu ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmada BPA uygulanan sıçanlarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında oksidatif stres ile ilişkili olarak serum total oksidan seviye (TOS) değerlerinin yüksek ($p<0,001$), total antioksidan seviye (TAS) değerlerinin ise düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$). Testis dokusunda yapılan biyokimyasal analizlerde BPA grubunda süperoksit dismutaz (SOD) ve moleküler belirteç olan AR mRNA düzeyleri düşük (sırasıyla; $p<0,01$; $p<0,05$); 8-OHdG, kaspaz 3 ve TNF-? ise yüksek tespit edildi (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,05$; $p<0,001$). BPA'ya maruz kalan sıçanlarla karşılaştırıldığında BPA+PG grubunun serum ve testis dokusunda tüm oksidatif parametrelerde anlamlı düzeyde gerileme olduğu görüldü. Serum TOS değerlerinde düşüş ($p<0,001$), TAS değerlerinin ise artış izlendi ($p<0,001$). Özelikle antioksidan olarak Panax ginseng verilen son grupta BPA toksisitesine maruz kalan 3. gruba göre TOS düzeylerinin yaklaşık yarı yarıya azaldığı (24,64 ± 0,9443 µmol/L'ye karşılık 16,37± 0,9328 µmol/L'ye düştüğü) belirlendi. Testis dokusu SOD düzeylerinde artış ($p<0,05$); 8-OHdG, kaspaz 3 ve TNF- ? düzeylerinde gerileme tespit edildi (sırasıyla $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,001$). Tüm oksidatif belirteçlerin gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 1'de özetlenmiştir. Moleküler belirteç olarak AR mRNA seviyeleri tedavi grubunda BPA uygulanan sıçanlara göre belirgin korunduğu saptandı ($p<0,05$),(Şekil 1). Yapılan histopatolojik karşılaştırmalarda özellikle kontrol ve PG gruplarında seminifer tübüllerde normal morfolojik yapı izlenirken, BPA grubunda seminifer tübüllerde belirgin dejenerasyon ve spermatozoa sayısında düşüş dikkati çekti. Tedavi grubunda ise dejeneratif bulguların azaldığı görülürken, spermatozoa sayısında artış tespit edildi.

SONUÇ

Çalışmamızda BPA uygulanan sıçanlarda biyokimyasal oksidatif stres parametrelerinin yükseldiği, moleküler olarak da AR seviyelerinin olumsuz etkilendiği ve beraberinde testis dokusunda histolojik değişiklikler oluştuğu izlendi. Antioksidan olarak PG eklenen grupta ise serum ve doku oksidatif parametrelerinin olumlu yönde etkilendiği saptandı. Dolayısıyla çalışmamızın sonuçları, Panax ginsengin testisteki oksidatif stres ilişkili doku hasarını engelleyebileceğini deneysel modelde ortaya koymuş ve gelecekteki klinik çalışmalar için temel teşkil edici veriler sağlamıştır.

Tablo 1: Deney gruplarında BPA ve PG uygulamasının oksidatif stres üzerine etkilerinin biyokimyasal belirteçler ile karşılaştırılması

		K Mean ± SEM	PG Mean ± SEM	BPA Mean ± SEM	BPA+PG Mean ± SEM
Serum	**TOS** (µmol/L)	15,15 ± 1,035	15,57 ± 0,6698	24,64 ± 0,9443***	16,37± 0,9328^{+++}
	TAS (µmol/L)	1,91 ± 0,068	2,25 ± 0,061	1,48 ± 0,035**	2,12 ± 0,068^{+++}
Doku	**SOD** (U/gr)	4,873 ± 0,34	4,559 ± 0,29	2,890 ± 0,21 **	3,469 ± 0,35^{+}
	TNF-α (ng/g)	18,69 ± 0,68	16,88 ± 0,59	30,30 ± 2,38 ***	19,77 ± 1,72^{+++}
	8-OHdG (ng/mg DNA)	1.923 ± 0,17	2,061 ± 0,22	3,459 ± 0,18 ***	2,381 ± 0,15^{++}
	Kaspaz-3 (nmol pNA/min mg protein)	0,7771 ± 0,13	0,6586 ± 0,11	1,419 ± 0,16 *	0,8300 ± 0,13^{+}

K: Kontrol Grup, **PG**: Panax Ginseng Grup, **BPA**: BPA Grup, **BPA+PG**: BPA + Panax Ginseng Grup, **TOS**: Total Oksidan Seviye, **TAS:** Total Antioksidan Seviye, **SOD**: Süperoksit Dismutaz, **TNF- α:** Tümör nekrozis faktör alfa, **8-OHdG**: 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin, **AR mRNA:** Androjen Reseptör mRNA

SEM: Standart Error of Mean

* : p<0,05 Kontrol grubuna göre

** : p<0,01 Kontrol grubuna göre

***: p<0,001 Kontrol grubuna göre

$^{+}$: p<0,05 BPA grubuna göre

$^{++}$: p<0,01 BPA grubuna göre

+++: p<0,001 BPA grubuna göre

SB-13) EREKTİL DİSFONKSİYON HAKKINDA EN ÇOK YAPILAN ARAMALARA BEŞ FARKLI YAPAY ZEKA BOTUNUN YANITLARI: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) HÜSEYİN ATEŞ(1) ANIL KELEŞ(1) RIDVAN ÖZCAN(2)
ÇAĞRI DOĞAN(1) HACI MURAT AKGÜL(3) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ABD
2. BURSA ŞEHİR HASTANESİ
3. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Erektil disfonksiyon (ED), dünya çapında yaygın bir ürolojik rahatsızlıktır. Hastalar bu şikayetlerini doktorlarına dahi anlatırken utangaçlık yaşamakta ve bu da hastaları daha fazla internet ve arama motorlarına yönlendirmektedir. Araştırmalar Yapay Zeka (YZ) sohbet botlarının gün geçtikçe yükselen kullanımını ortaya koymuştur. Bu çalışma, ED ile ilgili en popüler anahtar kelimeler hakkında beş farklı YZ sohbet botu tarafından üretilen yazıların kalitesini ve okunabilirliğini değerlendirmeyi ve karşılaştırmayı amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda, Google Trends verileri ile, 2004-20 Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen en popüler küresel aramalardaki anahtar kelimeler toplanmıştır. En sık aranan 25 anahtar kelime içeren liste derlenmiştir. "ED," "Viagra," "Testosteron," "Prostat" ve "Diyabet" gibi beş terim ilgisizliklerinden dolayı çalışmadan çıkarılmıştır.

Sağlanan arama terimleri, orijinal aramaların tam sırasını koruyarak metodik olarak ChatGPT-4, Bard Versiyon 2.0.0, Bing Chat, Copilot ve Ernie Bot 4.0 bot sistemlerine girilmiştir. Elde edilen metinlerin kalitesinin değerlendirilmesi için EQIP aracı ve DISCERN anketi kullanılmıştır. YZ sohbet robotları tarafından üretilen bilgilerin okunabilirliği, Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL) ve Reading Ease (FKRE) kriterleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR
Chatbot'lar arasındaki FKRE skorlarına göre ChatGPT diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük izlenirken Bard en yüksek skora sahipti (p=0.001) FKGL skorlarında ise Bard en düşük skora sahip olan chatbot'tu (p=0.001). EQIP skorlarında ChatGPT; Ernie ve Copilot'a göre daha düşük skora sahipken (p=000.1) Bing ve Ernie (p=0.001), Bing ve Copilot (p=0.001); Bard ve Copilot (p=0.001) arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü. DISCERN skorunda ise Copilot diğerlerinden daha yüksek skora sahipti (p=0.001).

SONUÇ
ED hakkında oluşturulan yazılar içerisinde beş chatbot arasından Bard en basit dil yapısına sahip olup okunması ve anlaşılması en kolay olanıdır. Copilot ise en yüksek metin kalitesine sahip olanıdır. Yeni chatbot'ların tanıtılmasıyla birlikte, anlaşılabilirlikleri ve metinsel mükemmeliyetleri artmakta, böylece hastalara daha iyi danışmanlık hizmeti sunabilmeleri sağlanmaktadır.

	ChatGPT	Bing	Bard	Ernie Bot	Copilot	*p* değeri
Flesch Kincaid Reading Ease						
Minimum	10.1	25.1	14.6	25.7	25.2	**0.001**
Maksimum	40.5	61.9	103	55.2	52.5	
Ortalama ± SS	23.1 ± 7.8	39.1 ± 9.3	53.9 ± 21.5	37.5 ± 9.0	41.1 ± 10.1	
Flesch Kincaid Grade Level						
Minimum	11.6	7.9	1.9	9.8	10.4	**0.001**
Maksimum	18.2	16	15.2	15.8	15.3	
Ortalama ± SS	14.3 ± 1.7	12.5 ± 1.8	9.6 ± 3.3	12.9 ± 1.7	12.5 ± 1.9	
EQIP Skoru						
Minimum	30.0	35.0	0	0	41.7	**0.001**
Maksimum	45.0	45.0	69.0	72.2	80.0	
Ortalama ± SS	40 ± 4.2	39.5 ± 3.1	32.1 ± 30.4	53.1 ± 20.6	63.5 ± 12.7	
DISCERN						
Minimum	28.0	28.0	16.0	16.0	40.0	**0.001**
Maksimum	42.0	42.0	55.0	44.0	73.0	
Ortalama ± SS	33.5 ± 4.8	33.3 ± 4.0	33.7 ± 16.7	32.7 ± 7.7	55.0 ± 10.6	

	ChatGPT	Bing	Bard	Ernie Bot	Copilot	*p* değeri
Flesch Kincaid Reading Ease						
Minimum	10.1	25.1	14.6	25.7	25.2	**0.001**
Maksimum	40.5	61.9	103	55.2	52.5	
Ortalama ± SS	23.1 ± 7.8	39.1 ± 9.3	53.9 ± 21.5	37.5 ± 9.0	41.1 ± 10.1	
Flesch Kincaid Grade Level						
Minimum	11.6	7.9	1.9	9.8	10.4	**0.001**
Maksimum	18.2	16	15.2	15.8	15.3	
Ortalama ± SS	14.3 ± 1.7	12.5 ± 1.8	9.6 ± 3.3	12.9 ± 1.7	12.5 ± 1.9	
EQIP Skoru						
Minimum	30.0	35.0	0	0	41.7	**0.001**
Maksimum	45.0	45.0	69.0	72.2	80.0	
Ortalama ± SS	40 ± 4.2	39.5 ± 3.1	32.1 ± 30.4	53.1 ± 20.6	63.5 ± 12.7	
DISCERN						
Minimum	28.0	28.0	16.0	16.0	40.0	**0.001**
Maksimum	42.0	42.0	55.0	44.0	73.0	
Ortalama ± SS	33.5 ± 4.8	33.3 ± 4.0	33.7 ± 16.7	32.7 ± 7.7	55.0 ± 10.6	

SB-14) PENİL FRAKTÜRDE ERKEN CERRAHİ MÜDAHALENİN PENİL MORFOLOJİ VE EREKTİL FONKSİYONLARA ETKİSİ: 47 OLGUNUN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

TÜRKER SOYDAŞ(1) ONUR ENES TUNÇ(1) HALİL UZUNDAL(1) SELMAN ÜNAL(2)
FATİH AKDEMİR(1) EMRAH OKULU(1) ÖNDER KAYIGİL(1)

1. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
2. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür en sık cinsel ilişki ya da takaandan manevrasına sekonder olarak gelişen penisin tunica albugineasının yırtılmasıyla karakterize acil bir durumdur. Hızlı tanı ve tedavi uzun vadeli komplikasyonları önlemek için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada penil fraktür sebebiyle uygulanan erken cerrahi müdahalenin erektil fonksiyonlar ve penil morfoloji üzerindeki uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

2010-2024 yılları arasında toplam 47 hasta penil fraktür tanısı ile opere edilmiştir. Bütün olgular fraktür etiyolojisi ve başvuruya kadar geçen süre açısından sorgulanmıştır. Ayrıca fraktürün lokalizasyonu, boyutu ve üretral hasar mevcudiyeti preoperatif penil ultrason ile değerlendirilmiştir. Bütün olgulara sirkümsizyon hattından yapılan kesi ile penil degloving uygulanmış ve tunika albuginea defektinin yeri, boyutu, üretra ve nörovasküler bundle detaylı olarak değerlendirilmiştir. Tunika albuginea defekti 2-0 absorbabl polipropilen sütür ile primer olarak sütüre edilmiştir. Bütün olgular postoperatif 1, 3. ve 12. ay sonunda üretral darlık gelişimi, penil deformite mevcudiyeti ve erektil fonksiyonlar açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 49,6(22-78), başvuruya kadar geçen süre ortalama 7,1(2-16) saat olarak saptanmıştır. 41 hastada preoperatif dönemde patlıcan deformitesi izlenmiştir. 12 hastada preoperatif fizik muayenede ele gelen defekt tespit edilmiştir. Penil fraktürün 29 unun (%61,7) cinsel ilişki, 18 inin (%38,3) mastürbasyon/takaandan manevrası sırasında geliştiği saptanmıştır. Preoperatif ultrason ile ölçülen fraktürün ortalama uzunluğu 14,7(8-25)mm intraoperatif ise ortalama uzunluğu 15,2(10-25)mm olarak saptanmıştır. Fraktür uzunluğu açısından preoperatif ve intraoperatif ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=2,9). İntraoperatif olarak 12(%25,5) hastada tunika albugineada birden fazla defekt tespit edilmiştir. 10 (%21,2) hastada parsiyel üretral yaralanma gözlenmiştir. Fraktürlerin 41'i (%87,7) ventrolateral, 5 i (%11,4) izole ventral, 1 i (%0,87) dorsal yönde saptanmıştır. Postopertif son kontrolde 2 (%4,2) hastada hafif penil kurvatür (<25 derece) saptanmıştır. Üretral onarım yapılan olgulara postoperatif 3. ve 12. aylarda yapılan üroflowmetri sonuçlarına göre işeme güçlüğü tespit edilmemiştir. Erektil fonksiyonların değerlendirilmesi için preoperatif dönemde ve postoperatif 3. ve 12. aylarda Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-5 kullanılmıştır. Preoperatif dönemde ölçülen Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-5 skoru ortalama 21,8 (17-25) postoperatif 3. ve 12. aylarda ise ortalama sırasıyla 20,1 (17-25), 21.3 (14-24) olarak saptanmıştır. 1(%2,1) hastada gelişen hafif erektil disfonksiyon fosfodiesteraz 5 inhibitörleri kullanılarak tedavi edilmiştir. Postoperatif dönemde erektil disfonksiyon sebebiyle cerrahi tedavi uygulanan hasta olmamıştır.

SONUÇ

Çalışmanın sonuçlarına göre penil fraktürde acil cerrahi müdahale yapılmasının uzun dönemde erektil fonksiyonlar ve penil morfoloji açısından olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Cerrahi müdahalede geç kalınmasının postoperatif peyronie hastalığı, erektil disfonksiyon ve üretral komplikasyonların görülme ihtimalini artıracağı düşünülmüştür.

SB-15) PREMATÜR EJAKÜLASYON HAKKINDA EN SIK SORULAN SORULARA CHATGPT YANITLARI: BİLGİ KALİTESİ VE OKUNABİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ANIL KELEŞ(1) RIDVAN ÖZCAN(2) ERDEM CAN TOPKAÇ(3)
HACI MURAT AKGÜL(4) CENK MURAT YAZICI(3)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
2. BURSA ŞEHİR HASTANESİ
3. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ABD
4. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Prematür ejakülasyon (PE), erkek hastalarda yaygın bir cinsel bozukluktur. Hastalar bu şikayetlerini genelde gizlemekte ve hekim görüşü almaya çekinebilmektedirler. Bundan dolayı, internetteki materyallere ve özellikle de yeni geliştirilen yapay zekâ Chatbot'larına yönelmektedirler. Bununla birlikte günümüzde internet, sağlıkla ilgili bilgilerin önemli ve vazgeçilmez bir kaynağı olarak görülmektedir. ChatGPT şu anda genel erişime açık en eski yapay zekâ dil modellerinden biridir. Bu çalışmada, PE ile ilgili sıkça sorulan sorulara ChatGPT tarafından verilen yanıtların kalitesini ve okunabilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma; Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Bölümü'nde gerçekleştirilmiştir ve sadece çevrimiçi bilgiler içermektedir. Google Trend analizinde, 2004 yılından itibaren 23 Aralık 2023 tarihine kadarki arama verilerinde PE ile ilgili en sık aranan 25 anahtar kelime belirlendi. Anahtar kelimeler, EQIP skorlamasına göre hastalık, taburculuk sonrası bakım ve çeşitli olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. Bu kelimeler, sırasıyla ChatGPT-4'e girilerek verdiği cevaplar metin halinde kaydedildi. Anahtar Kelimeler ile ChatGPT-4 tarafından üretilen yazılı bilgilerin kalitesini değerlendirmek için DISCERN anketi ve EQIP aracı, alınan metinlerin okunabilirliği, Flesch–Kincaid Sınıf Seviyesi (FKGL) testi ve Flesch Okuma Kolaylığı (FRES) skoru metrikleri kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Yazıların ortalamasında EQIP 45.93 ± 4.34, FKGL 15.68 ± 1.67, FRES 15.8 ± 8.73 ve DISCERN 38.1 ± 3.78 olarak bulunmuştur (Tablo 1). EQIP kategorilerindeki 3 skorun EQIP skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p=0.609). Taburculuk sonrası bakım kategorisinin FKGL skoru diğerlerinden düşükken (p=0.006) FRES ve DISCERN skorları ise diğerlerinden yüksekti (p=0.021 ve p=0.008) (Tablo 2).

SONUÇ

PE hakkında ChatGPT tarafından üretilen metinlerin, okunabilirliği ve anlaşılabilirliği oldukça sorgulanabilir olduğu, anlaşılmasının yalnızca yüksek eğitimli kişiler tarafından yapılabilecek karmaşıklıkta olduğu görülmektedir. Tıbbi literatür ile ChatGPT metinleri arasında açık farklılıklar bulunmaktadır. Şu anda ChatGPT, PE hakkında doktor konsültasyonun yerini tutabilecek yeterlilikte değildir.

Parametre	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
EQIP	41.25	55.95	45.93	4.34
FKGL	12.7	18.8	15.68	1.67
FKRE	3.3	37.4	15.8	8.73
DISCERN	31	43.5	38.1	3.78
Yüzde ve Sayı (22 üzerinden)				
Kategoriler				
Taburculuk Sonrası Bakım		68.2%	15	
Hastalık		13.6%	3	
Çeşitli		18.2%	4	

Tablo 1. EQIP, FRES, FKGL, DISCERN ve EQIP kategorilerinin verileri

Parametreler, Ortalama (SD)	Taburculuk Sonrası Bakım	Hastalık	Çeşitli	P değeri
EQIP	46.2 ± 4.9	44.1 (3.2)	46.5 (2.9)	0.609
FKGL	14.9 ± 1.2	17.9 (0.8)	16.9 (1.4)	**0.006**
FKRE	19.1 ± 8.2	8.2 (0.8)	9.0 (6.6)	**0.021**
DISCERN	39.8 ± 2.9	32.8 (2.0)	35.6 (2.6)	**0.008**

Tablo 2. EQIP, FRES, FKGL ve DISCERN skorları ile EQIP kategorilerinin karşılaştırılması

SB-16) BENİGN PROSTAT BÜYÜMESİYLE İLİŞKİLİ ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ TEDAVİSİNDE THULİUMFİBER LASER ENÜKLEASYONU

BURAK ÇITAMAK(1) ALİ SERKAN KILIÇ(1) ALKAN ÇUBUK(1) ALİ TEKİN(1)

1. ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada benign prostat büyümesine bağlı alt üriner sistem yakınmalarının tedavisi amacıyla Thulium fiber laser prostat enükleasyonu (ThuFLEP) sonuçlarımız değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2023 ile Haziran 2024 tarihleri arasında BPH nedeniyle ThuFLEP yapılan 102 hastaçalışmaya dahil edildi. Hastaların preoperatif özellikleri ve perioperatif, postoperatif bulguları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Ortalama hasta yaşı 69,7 ± 8,19 (54-86), PSA (ng/ml)=3,88 ± 2,9 (0,4-12) prostat hacmi83 ± 38 cc (40-240) olarak saptandı. Hastalardan 25'i (%24,5) preoperatif olarak sondalıydı. Ortalama enükleasyon + morselarasyon süresi 92 ± 13 dakika, hastanede kalış süresi 1,18 ± 0,3) gün idi.Histopatolojik incelemede6 hastada (%5) prostat kanseri saptandı. Bir hastada (%1) erken postoperatif kanama nedeniyle koterizasyonyapıldı. Bir hastada (%1) postoperatif darlık, 2 hastada (%2)>3 ay devam eden stres ürinerinkontinanskaydedildi.Tüm hastalar ThuFLEP sonrası spontan işeme yaptı. Postoperatifüroflovmetri yapılmış olan 22 hastada idrar tepeakım hızı ameliyat öncesine göre ortanca %225 (±196) artış gösterdi.

SONUÇ

Sonuçlarımız, benign prostat büyümesi ile ilişkili alt üriner sistem semptomlarının minimal invaziv cerrahi tedavisindeThuFLEPyönteminin güvenli ve erken dönemde etkin olduğunu göstermektedir. ThuFLEP yönteminin göreceli olarak küçük prostat hacimli olgularda da etkinlik göstermesi dikkat çekicidir. Elde ettiğimizbulgular prospektif karşılaştırmalı çalışmalarla doğrulanmalıdır.

SB-17) PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF AN AI-ASSISTED UROLOGY ASSESSMENT EXAM

MERT BAŞARANOĞLU(1) ERİM ERDEM(1) ERDEM AKBAY(1)

1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Yapay zeka (YZ) destekli araçların tıp eğitimindeki kullanımı giderek artmaktadır. Bu çalışmada, YZ chatbotları ChatGPT ve Gemini'nin, Türkiye'deki Güncel Ulusal Çekirdek Eğitim Programına uygun olarak ürettiği sorularla yapılan bir değerlendirme sınavının psikometrik analizi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

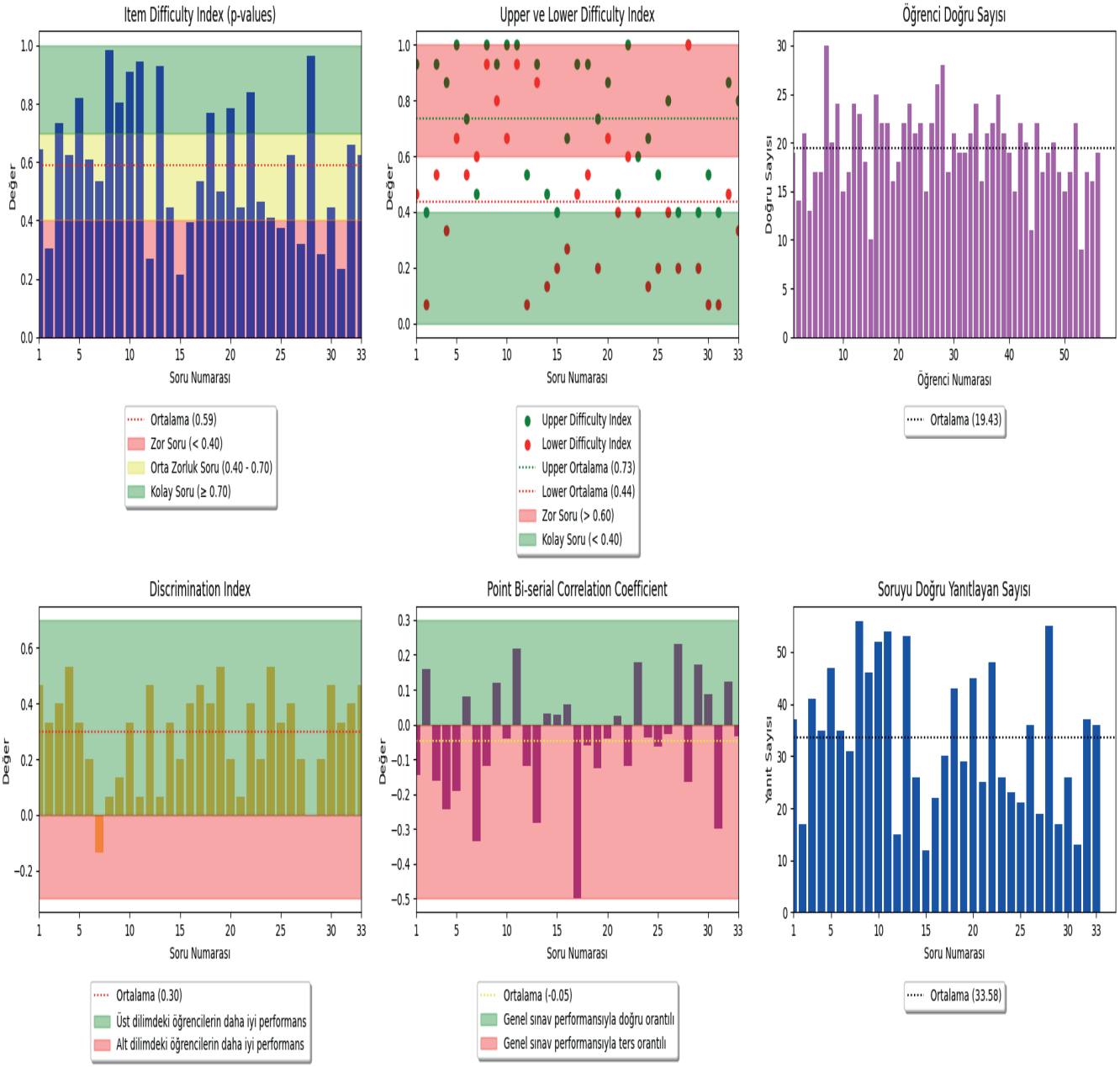
ChatGPT ve Gemini'ye, Ulusal Çekirdek Eğitim Programına uygun şekilde hazırlamalarını söylediğimiz soruları yazdırdık. Soru dağılımı Pediatrik Üroloji 20, Androloji 20, Üroonkoloji 60, Transplantasyon 10, Endoüroloji 20, Kadın Ürolojisi 10 ve Nöroüroloji 10 olacak şekilde yapıldı. Bu soruları, alanında uzman 7 ürolog tarafından incelendikten sonra 60 soru uygun bulundu. Bu sorulardan, staj programına uygun olacak şekilde rastgele 33 soru seçildi ve 3 haftalık teorik ve pratik eğitim gören üroloji stajyerlerine soruldu. Soruların yanıtları değerlendirilerek çeşitli analizler yapıldı. Kullanılan analiz yöntemleri: Item Difficulty Index (p-değeri), Upper Difficulty Index, Lower Difficulty Index, Discrimination Index, Point Bi-serial Correlation Coefficient ve Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20).

BULGULAR

Genel Sınav Zorluk Seviyesi (Ortalama p-değeri): 0.589, Üst 27%'lik Grup İçin Sınav Zorluk Seviyesi: 0.527, Alt 27%'lik Grup İçin Sınav Zorluk Seviyesi: 0.570, Ayırma İndeksi (Discrimination Index): -0.042, KR-20: -412.46. Genel olarak sınavın orta düzeyde zor olduğunu göstermektedir. Test sorularının belirli bir düzeyde ayrım gücüne sahip olmadığını göstermektedir. İç tutarlılığın çok düşük olduğunu, testin içindeki soruların birbirleriyle uyumsuz veya ölçtüğü kavramın homojen bir şekilde ölçülemediğini göstermektedir. Soru özelinde 2 adet çok zor soru, 10 adet çok kolay soru, ayırıcılık endeksi düşük 24 soru ve ayırıcılık endeksi yüksek 9 soru bulunmaktadır.

SONUÇ

YZ destekli araçların tıp eğitiminde kullanımı potansiyel olarak faydalıdır. Ancak, bu çalışmada elde edilen sonuçlar, üretilen soruların iç tutarlılığının düşük olduğunu ve soruların ayrım gücünün yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, YZ tarafından üretilen soruların daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılacak ek çalışmalarla bu araçların eğitim kalitesini artırma potansiyeli araştırılmalıdır.


Item Difficulty Index (p-values)
Değer
Soru Numarası
Ortalama (0.59)
Zor Soru (< 0.40)
Orta Zorluk Soru (0.40 - 0.70)
Kolay Soru (≥ 0.70)
Upper ve Lower Difficulty Index
Değer
Soru Numarası
Upper Difficulty Index
Lower Difficulty Index
Upper Ortalama (0.73)
Lower Ortalama (0.44)
Zor Soru (> 0.60)
Kolay Soru (< 0.40)
Öğrenci Doğru Sayısı
Doğru Sayısı
Öğrenci Numarası
Ortalama (19.43)
Discrimination Index
Değer
Soru Numarası
Ortalama (0.30)
Üst dilimdeki öğrencilerin daha iyi performans
Alt dilimdeki öğrencilerin daha iyi performans
Point Bi-serial Correlation Coefficient
Değer
Soru Numarası
Ortalama (-0.05)
Genel sınav performansıyla doğru orantılı
Genel sınav performansıyla ters orantılı
Soruyu Doğru Yanıtlayan Sayısı
Yanıt Sayısı
Soru Numarası
Ortalama (33.58)

SB-18) MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNALI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN TEDAVİ SEÇENEKLERİ ARASINDAKİ TERCİHLERİ: ANKET ÇALIŞMASI

MOHAMMAD YASİR SAHAK(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) TUFAN TARCAN(1) SELÇUK YÜCEL(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

AMAÇ

Monosemptomatik enürezis nokturna (MEN) çocuklarda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir ürolojik sorundur. MEN tedavisinde konservatif yaklaşım, davranışsal ve farmakolojik tedaviler tanımlanmıştır. Klinik uygulamada tedavi yöntemi çocuğun özelliklerine göre aileyle birlikte seçilmektedir. Literatürde ebeveynlerin tedavi tercihlerine ilişkin çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada MEN'li çocukların ebeveynlerinin tedavi yaklaşımlarını anketle araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma 04.2024-06.2024 tarihleri arasında MEN ile başvuran çocukların ebeveynleri ile yapılmıştır. Çocuk ile primer ilgili ebeveynlere anket verilerek veriler toplandı. Anketler yaş, cinsiyet, ebeveynlerin eğitim düzeyi, barınma durumu ve günlük yaşam alışkanlıklarına ilişkin demografik bilgileri ve ebeveynlerin uygulanacak tedaviden beklentileri, 5'i konservatif ve davranışsal tedavi seçenekleri ile ilgili, 6'sı farmakolojik tedavi yönelimi hakkında toplam 12 sorudan oluşmaktaydı. Çocuklar ebeveynlerinin cevaplarına göre farmakolojik ve non farmakolojik (konservatif ve davranışsal) tedavisini tercih edenler olarak iki gruba ayrıldı. Mevcut gruplar kaçırma süresine göre 2 yıldan uzun ve kısa süredir enürezisi olanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Aynı şekilde çocuklar kaçırma şiddetine göre de sınıflandırıldı. Ayda 20 günden fazla kaçıranlar şiddetli, az kaçıranlar hafif şiddet grubunda kabul edildi. Alt grupların istatiksel analizi yapıldı. Ayrıca çocuklar demografik özelliklerine göre değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 30 hastanın 11'i (%36,7) kız, 19'u (%63,3) erkek idi. Ebeveynlerin 11'i (%36.67) ilaçsız tedaviyi tercih ederken, 19'u (%63.33) ilaç tedavisini tercih etti. Farmakolojik tedavi grubundaki çocukların ortalama yaş değeri 9.36 (5-17) iken, ilaçsız tedavi grubunda 8.72 (5-13) idi. Kaçırma sürelerine göre incelendiğinde uzun süredir enürezis şikayeti olan çocukların ebeveynlerinin %75'inin ilaç tedavisini ; kaçırma süresi kısa olan grubun %60'ının nonfarmakolojik tedaviyi tercih ettiği görülse de istatistiksel anlamlı bir fark bulunamadı (P=0.071, Tablo 1). Kaçırma şiddetine göre karşılaştırıldığında şiddetli enürezis grubunun %76,47'si ilaç tedavisine eğilimliyken; hafif enürezis grubunda belirgin bir tedavi tercihi görülmedi (P = 0.093, Tablo 2). Demografik bilgiler incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi.

SONUÇ

İstatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilemese de enürezis şiddeti ve süresinin tedavi tercihleri üzerinde etkiye sahip olduğu görülmüştür. Gelecekteki çalışmalarda, tedavi tercihlerini etkileyen diğer faktörlerin ve bu tercihlerin uzun vadeli tedavi başarısına olan etkilerinin daha detaylı bir şekilde araştırılması gerekmektedir. Bu bulguları doğrulamak ve tedavi tercihlerini etkileyen ek faktörleri araştırmak için daha geniş örneklemle ileri araştırmalar önerilmektedir.

Kaçırma süresi	ilaç	ilaçsız	P değeri
Uzun süre kaçıranlar (n=20)	15 (%75)	5 (%25)	0.071
Kısa süre kaçıranlar (n=10)	4 (%40)	6 (%60)	-

İdrar kaçırma süresine göre sınıflama

Tablo 2. İdrar kaçırma şiddetine göre sınıflama

	İlaç	**İlaçsız**	**P değeri**
Hafif (n=13)	6 (%46.15)	7 (%53.85)	0.093
Şiddetli (n=17)	13 (%76.47)	4 (%23.53)	

SB-19) SIÇAN DENEYSEL ÜRETRAL TRAVMA MODELİNDE LOSARTAN, RAPAMİSİN, DOKSİSİKLİN VE BOTULİNUM TOKSİN A'NIN ETKİLERİ

MÜCAHİT BALTİK(1) OSMAN ERGÜN(2) ALPER ÖZORAK(2) SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(2) PINAR ASLAN KOŞAR(2) MUHAMMET YUSUF TEPEBAŞI(2) İBRAHİM ONARAN(2)

1. EĞİRDİR KEMİK EKLEM HASTALIKLARI TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ
2. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ
Üretral travma modeli oluşturulan ratlarda losartan, rapamisin, doksisiklin ve botulinum toksin A'nın antifibrotik etkinliğini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
60 adet erkek cinsi rat 6 gruba ayrıldı. Sham(n:10), darlık(n:10), losartan(n:10), rapamisin(n:10), doksisiklin(n:10) ve Botulinum Toksin A(n:10). Sham grubuna penoskrotal insizyon yapıldı. Diğer gruplarda üretraya 5 mm'lik aralıklarla 3 noktaya 1 sn süren 10 watlık elektrokoagülasyon uygulandı. BOTOX grubuna elektrokoagülasyon sonrası submukozal dokuya 10Ü/0.5 ml BOTOX enjekte edildi. Cerrahi sonrası bir gruba losartan (30 mg/kg/gün), bir gruba doksisiklin (10mg/kg/gün), bir gruba rapamisin (2 mg/kg/gün) olacak şekilde 14 gün boyunca gavaj halinde verildi. 14. Günü sonunda hayvanlar sakrifiye edilerek üretral dokular eksize edildi.

BULGULAR
Bütün tedavi grupları fibrozis, inflamasyon, vasküler konjesyon, epitelyal dejenerasyon ve submukozal hemaroji parametrelerinde darlık grubuna göre iyileşme göstererek üstünlük sağladı($p<0,001$). Tedavi grupları İL1- ß ekspresyonunda azalma kaydederek darlık grubuna oranla başarılı oldu($p<0,001$). Bütün tedavi grupları Elastin,TGF-ß,PDGF-?,?-SMA, PDGF-ß, COL-1 ve COL-3 ortalama değerlerini önemli oranda azaltarak darlık grubuna oranla üstünlük sağladı($p<0,001$).

SONUÇ
Çalışmamız rapamisin, losartan, doksisiklin ve BOTOX'un fibrozisi azalttığını gösterdi. Bu çalışma losartan ve doksisiklinin üretra darlığında kullanıldığı ilk çalışmadır. Bu ilaçların üretra darlığında kullanılabilmeleri için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

Tablo 1.Histolojik bilgilerin, gruplara göre karşılaştırması

		Kontrol	Darlık	Botox	Losartan	Doksisiklin	Rapamisin	
		n (%)						p
Submukuzal Hemorajii	Hiç	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Zayıf	4 (50,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	5 (62,5)	
	Orta	1 (12,5)	2 (25,0)	6 (75,0)	6 (75,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	
	Yüksek	0 (0,0)	6 (75,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	*<0,001**
Epitelyel Dejenerasyon	Hiç	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Zayıf	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	
	Orta	0 (0,0)	1 (12,5)	6 (75,0)	5 (62,5)	6 (75,0)	4 (50,0)	
	Yüksek	0 (0,0)	7 (87,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	*<0,001**
Vaskülerkonjesyon	Hiç	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	
	Zayıf	6 (75,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	7 (87,5)	2 (25,0)	6 (75,0)	
	Orta	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	
	Yüksek	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	*<0,001**
İnflamasyon	Hiç	6 (75,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	2 (25)	6 (75,0)	
	Zayıf	2 (25,0)	3 (37,5)	6 (75,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	
	Orta	0 (0,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*<0,001**
Fibrozis	Hiç	5 (62,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	
	Zayıf	3 (37,5)	0 (0,0)	5 (62,5)	5 (62,5)	4 (50,0)	6 (75,0)	
	Orta	0 (0,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	
	Yüksek	0 (0,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	*<0,001**

*: p<0,05
Ki Kare testi

Tablo 2.İL-1β derecelerinin gruplara göre karşılaştırması

		Kontrol	Darlık	Botox	Losartan	Doksisiklin	Rapamisin	
		n (%)						p
İL-1 β	Hiç	6 (75,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	1 (14,3)	2 (25,0)	2 (25,0)	*<0,001**
	Zayıf	2 (25,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	7 (87,5)	6 (75,0)	6 (75,0)	
	Orta	0 (0,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*: p<0,05
Ki Kare testi

Tablo 3.Üretra dokusunun PCR analiz sonuçlarının kıyaslanması

	Kontrol	Darlık	Botox	Losartan	Doksisiklin	Rapamisin	
	Ort. ± SS						p
Elastin	1,04±0,4	1,43±0,3	0,18±0,1	0,22±0,2	0,50±0,5	0,33±0,2	*<0,001**
TGF-β	1,10±0,4	1,72±0,6	0,38±0,1	0,36±0,2	0,21±0,3	0,21±0,2	*<0,001**
PDGF- α	1,03±0,3	2,34±1,7	0,59±0,2	0,50±0,2	0,26±0,1	0,27±0,2	*<0,001**
α-SMA	0,99±0,2	1,95±1,3	0,55±0,2	0,60±0,5	0,43±0,8	0,32±0,2	*0,001**
PDGF-β	1,03±0,3	1,88±0,9	0,22±0,1	0,15±0,1	0,09±0,1	0,23±0,1	*<0,001**
COL-1	1,01±0,3	1,52±0,4	0,21±0,1	0,64±0,6	0,90±0,4	0,27±0,1	*<0,001**
COL-3	1,03±0,3	1,76±0,8	0,43±0,1	0,42±0,2	0,96±2,4	0,21±0,2	*<0,001**

*: p<0,05
Kruskal Wallis-H Testi

SB-20) IZOLE BİLATERAL PENETRAN RENAL TRAVMA

ENGİN DEREKÖYLÜ(1) ÇAĞRI COŞKUN(1) UĞUR AYDIN(1)

1. AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Böbrekler, travmada, retroperitonda olmaları sebebiyle nispeten korunaklı olarak değerlendirilse de ürogenital sistem travmalarında en sık zarar gören organlardır. Ulusal Travma Veri Bankası veri tabanına göre böbrek yaralanmaları, tüm travmaların yaklaşık %0,3'ünü oluşturmaktadır. Erkeklerin belirgin bir şekilde baskın olduğu genç nüfusta daha sık görülür. Künt travmayla karşılaştırıldığında penetran travma daha az görülür. Biz olgumuzda, oldukça nadir rastlanan bilateral penetran renal travma vakasını ele aldık.

GEREÇ-YÖNTEM
26 yaşında sağlıklı erkek hasta, silahlı kavgada sol flank bölgeden kurşunlanma ile acil servise getildi.

BULGULAR
Fizik muayenede sol flank bölgede 1x2 cm kurşun giriş deliği izlendi. Alt ekstremitelerde motor ve duyu kusuru saptanmadı. Periferik nabızlar alındı. Üretrorajisi olmayan hastaya foley takıldığında makroskopik hematüri görüldü.
Hastanın acil servise gelişinde hemogramında hemoglonin 15.9, kreatinin 0,92 idi. İntravenöz torakoabdominal bilgisayarlı tomografide sol böbrekte büyük oranda kontrastlanma izlenemedi ve solda grade 5 böbrek yaralanması görüldü. L1 vertebra sol tranvers proseste deplase fraktür, sağ böbrekte grade 2 laserasyon, ayrıca sağ 10. Kosta lateralinde cilt altında kurşun olduğu düşünülen metalik yabancı cisim görüldü.

SONUC
30. dakikada alınan hemogramda hemoglobin 7,3 g/dL hasta acil olarak ameliyathaneye alındı. Sol Modifiye Makuuchi insizyonla batına girildi. Kontrollü bir şekilde sol retroperiton açılarak sol hilus kontrol edildi. Daha sonra tamamen parçalanmış böbreğe hilus lineer stapler ile kesilerek sol nefrektomi yapıldı. Nöroşirurji acil cerrahi girişim gereği duymadı. Sağ böbrek için yakın takip kararı alındı. Loja bir adet Jackson-pratt dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Operasyonun sonlarında hastanın hematürisi açılmaya başladı. Peroperatif kanama 2650 cc idi. Peroperatif ve potsoperatif 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Operasyon sonrası hasta, ekstübe olarak yoğun bakıma alındı.
Hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisiyle piperasilin tazobaktam başlandı. Postoperatif 1. günde hemoglobin 12, kreatinin 1,52 görüldü. İdrar çıkışı günlük 2400 cc idi. Drenden 200 cc serohemorajik gelen oldu. Üç gün yoğun bakımda takip edilen hasta, operasyonun 4. gününde nöroşirurji önerisiyle lumbodorsal korse ile mobilize edildi. Oral alabilen, gayta çıkaran, hemoglobin düşüşü olmayan hastanın kreatinin değeri 1.22'ye regrese oldu. Bunun üzerine postoperatif 8 günde dreni alınarak amoksisilin klavulonik asit ve siprofloksasin reçete edilerek eksterne edildi.
Postoperatif 14. gün kontrolünde kreatinin 1.24, hemoglobin 13,6 idi. Torakoabdominal BT'de ise 15x30 mm koleksiyon haricinde özellik saptanmadı.

SB-21) ANTİKOLİNERJİK VE BETA-3 AGONİSTLERİ İLE TEDAVİ BAŞARISIZLIĞI TRANSKUTANÖZ POSTERİOR TİBİAL SİNİR STİMÜLASYONU BAŞARISINI ÖNGÖREBİLİR Mİ?: ÖN SONUÇLARIMIZ

SELMAN ÜNAL(1) MERVE EFE(2) ASLIHAN TURAL(1) MUHAMMED ARİF İBİŞ(3) MEHMET GÖKHAN ÇULHA(4)

1. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ
3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI
4. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Bu çalışmada transkutanöz posterior tibial sinir stimülasyonu (PTSS) uygulamasının aşırı aktif mesane (AAM) hastalığı tedavisindeki etkinliğinin daha önce antikolinerjik ya da beta-3 agonistleriyle tedavi uygulanmış ancak başarısız olunmuş hasta grubu ile daha önce medikal tedavi almamış hasta grubu üzerindeki farklılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Üroloji polikliniğine AAM ile başvuran 18-70 yaş arası, konservatif tedavilere, antikolinerjik ve beta-3 agonist kullanımına rağmen semptomlarında iyileşme olmayan veya komorbiditeleri/ilaç yan etkileri nedeniyle medikal tedavi alamayan toplam 17 kadın hasta dahil edilmiştir. Hastalar daha önce AAM için medikal tedavi alanlar (Grup 1, n=9) ve almayanlar (Grup 2, n=8) olarak 2 gruba ayrılmıştır. Hastaların demografik verileri ve klinik özellikleri, tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ay AAM sorgulama formu (OAB-v8) ile 3 günlük işeme günlükleri sorgulanmış ve kaydedilmiştir. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Transkutanöz Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu Uygulaması:

Hastaların tek bacağına biri medial malleolun 10 cm yukarısına diğeri medial malleolün posterioruna olmak üzere 2 adet elektrod yerleştirilmiş ve haftada 2 kez 6 hafta boyunca (toplam 12 seans), 50 Hz 200 ms genişlikte elektriksel uyarıların kullanılarak PTSS uygulanmıştır.

BULGULAR

Grupların demografik özellikleri benzerdi. Hastaların ortalama OAB-v8 skoru Grup 1'de 28,4 ± 9,6 iken Grup 2'de ise 24,5 ± 10,2 idi. Tedavi sonrası 3. ay kontrollerinde OAB-v8 skoru değişimleri Grup 1'de 2,6 ± 2,8 iken Grup 2'de 12,5 ± 9 idi ($p<0,05$). Günlük idrara çıkma sıklığı Grup 1'de tedavi öncesi 11,8 ± 1,72 /gün iken Grup 2'de 12,6 ± 1,6/gün idi. Tedavi sonrası 3. ay kontrollerinde günlük idrara çıkma sıklığı değişimi Grup 1'de 1,6 ± 1,2 /gün iken Grup 2'de 5,3 ± 2,5/gün idi ($p<0,05$). Günlük idrar kaçırma sıklığı Grup 1'de tedavi öncesi 2 ± 1/gün iken Grup 2'de 2 ± 1,3/gün idi. Tedavi sonrası 3. ay kontrollerinde günlük idrar kaçırma sıklığı değişimi Grup 1'de 0,2 ± 0,4 /gün iken Grup 2'de 0,8 ± 0,7/gün idi ($p<0,05$).

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarına göre PTSS daha önce medikal tedavi almamış hastalarda daha önce medikal tedavi alıp başarısız olunmuş hastalara göre daha başarılı sonuçlar vermektedir. Medikal tedavi ile başarısız olunmuş hastalarda mesane botoks enjeksiyonu, sakral nöromodülasyon ya da cerrahi tedaviler gibi AAM'nin daha definitif tedavilerinin ön planda değerlendirilmesi zamanın daha verimli kullanılmasını sağlayabilecektir. Bunun yanında PTSS özellikle komorbiditeleri veya çoklu ilaç kullanımı olan hasta grubunda ilaç etkileşimi ve yan etkilerinden kaçınmak üzere tedavide ilk basamak olarak düşünülebilecek bir seçenektir.

SB-22) EN-BLOK VE TRİLOBE PROSTAT ENÜKLEASYONLARININ ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE EREKTİL DİSFONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ

İBRAHİM GÖKSOY(1) RIFAT TEKELİ(1) YUNUS EMRE GÖGER(1) HAKAN HAKKI TAŞKAPU(1)

1. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH), 50 yaş üstü erkeklerde oldukça yaygın bir hastalıktır ve görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Cerrahi teknolojinin ilerlemesiyle birlikte minimal invaziv tedavi yöntemleri de gelişmektedir. HoLEP gibi lazer ile anatomik prostat enükleasyon yöntemleri de gün geçtikçe BPH cerrahi tedavisinde önem kazanmaktadır. Farklı enükleasyon teknikleri mevcut olmasına ve bunlar hakkında raporlar bulunmasına rağmen, perioperatif parametreler veya sonuçlar açısından klinik farklılıkların bu farklı tekniklerle birlikte gelip gelmediği büyük ölçüde belirsizliğini korumaktadır. Çalışmamızda, kliniğimizde HoLEP yapılan hastalarda bu operasyonun iki ayrı tekniğin aynı cerrah tarafından uygulanan hastaların alt üriner sistem semptomları ve cinsel fonksiyonları üzerine olan etkilerinin Uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) ve Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF) kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2021-Ocak 2024 tarihleri arasında BPH tanısı alan, 50-80 yaş aralığında, cinsel yönden aktif, 74 adet HoLEP yapılan hasta çalışmamıza dahil edildi. Cerrahi tedavide uygulanan en-blok enükleasyon (32 hasta) ve trilobe prostat enükleasyon (42 hasta) teknikleri ile ameliyatı yapılan hastalar olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Bu hastaların demografik özellikleri, prostat hacimleri, operasyon süreleri ve komplikasyonlar kaydedildi. Preoperatif ve postoperatif (1. hafta ve 6. ay) IIEF-15 skorları ve IPSS skorları kaydedilerek karşılaştırıldı.

BULGULAR

En-blok prostat enükleasyonu yapılan hasta grubunda yaş ortalaması 68,2±6 prostat hacimleri 69,9±17 cc, ortalama operasyon süresi 86,7±2 dk, preoperatif IPSS skoru ortalaması 18,1 postoperatif 6. ay IPSS skoru 11,3 preoperatif IIEF-15 skorları ortalama 18,9 olarak saptandı. Postoperatif dönemde IIEF-15 skoru 1. hafta,ve 6. ayda sırasıyla 14,6 ve 18,4 olarak izlendi. Trilobe prostat enükleasyonu yapılan hasta grubunda ise yaş ortalaması 69,04±5 prostat hacimleri 77,4±22 cc ortalama operasyon süresi, 96±31 dk, preoperatif IPSS skoru ortalaması 20,8, postoperatif 6. ay IPSS skoru 10,7 preoperatif IIEF-15 değerleri ortalama 16,4 olarak saptandı. Postoperatif dönemde IIEF-15 skoru 1. hafta ve 6. ayda sırasıyla 13,9 ve 18,2 olarak görüldü. Prostat hacimleri ve ortalama operasyon süreleri haricinde diğer parametrelerin her iki grupta benzer olduğu görüldü. Postoperatif 1. hafta ortalama IIEF-15 skorlarında Trilobe prostat enükleasyonu yapılan hastalarda En-blok enükleasyon yapılan hastalara göre daha anlamlı düşüş izlendi($p<0.001$). Postoperatif 6. ayda her iki grubun IIEF-15 skorları incelendiğinde her iki hasta grubunda da skorların preoperatif döneme benzer değerlerde olduğu görülmüştür. Her iki grupta da IPSS skorlarında anlamlı derecede iyileşme saptandı.

SONUÇ

HoLEP cerrahisinde kullanılan tekniklerin hastaların cinsel fonksiyonlarında preoperatif döneme göre uzun dönemde anlamlı değişiklik saptanmamıştır. IPSS skorlarına bakıldığında her iki yöntemin birbirine üstünlüğü saptanmamış olup kısa dönem sonuçlarının yüz güldürücü olduğu görünmektedir. Her iki HoLEP tekniği de benzer sonuçlara sahiptir. Fakat en-blok prostat enükleasyonun daha kısa enükleasuon süresine sahip olduğu aşikardır. Ancak daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği, daha homojen grupların olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 2 *Postoperatif Parametreler ve Komplikasyonlar*

Hasta Grupları	EN-BLOK	TRİLOBE	P Değeri
Ortalama kateterizasyon süresi (gün)	2,5	3,5	0,1
Postoperatif 3. Ayda Urge İnkontinans oranları (n)	1	2	0,2
Postoperatif 3. Ayda Stress İnkontinans oranları (n)	0	1	0,4
Tekrar Kataterizasyon Gereksinimi (n)	1	2	0,2
İnsidental PCa (n)	2	3	0,3

SB-23) PANÜRETERAL (SEQUENTIAL) BALON DİLATASYON RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ İÇİN GÜVENLİ VE ETKİLİ MİDİR? RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

HAKAN ÇAKIR(1) M.FATİH ŞİMŞEKOĞLU(2) M. FATİH ŞAHİN(3) M. BİLAL TUNA(4) KEREM TEKE(5) OKTAY ÖZMAN(6) ÖNDER ÇINAR(7) CEM BAŞATAÇ(8) H.MURAT AKGÜL(9) DUYGU SIDDIKOGLU(10) E.BURAK SANCAK(10) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(11) CENK MURAT YAZICI(3) BÜLENT ÖNAL(2) SİNAN ZEREN(1)

1. ACIBADEM FULYA HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
4. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
5. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
7. MEDICANA SAMSUN HASTANESİ
8. ÖZEL FLORANCE NİGHTİNGALE HASTANESİ
9. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
11. ÖZEL ÜROLOJİ KLİNİĞİ, ESKİŞEHİR

AMAÇ

Panüreteral (sequential) üreteral balon dilatasyon tekniğinin fleksıbl üreterorenoskopi (f-URS) sonuçları üzerindeki güvenliğini ve etkinliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çok merkezli araştırma 1 Ocak 2015 ile 31 Mart 2024 tarihleri ??arasında retrospektif olarak yapıldı. Üreteral genişleme 4 farklı yöntemle sağlandı; sadece semirijid üreterorenoskop kullanılarak (Grup 1), semirijid üreterorenoskop artı kısa segment balon dilatasyonu kullanılarak (Grup 2), semirijid üreterorenoskop artı JJ yerleştirilmesi ve cerrahinin 2. seansa ertelenmesi (Grup 3) ve semirijid üreterorenoskop artı panüreteral balon dilatasyonu kullanılarak (Grup 4). Dört grup, ameliyat öncesi hasta verileri, ameliyat parametreleri ve ameliyat sonrası sonuçlara göre karşılaştırıldı.

BULGULAR

Ameliyat süresi Grup 1 ve Grup 2 için 60,0 dakika, Grup 3 için 70 dakika ve Grup 4 için 71 dakikaydı ve istatistiksel analiz, ameliyat süresinin Grup 3 ve Grup 4'te anlamlı şekilde daha uzun olduğunu ortaya koydu (p=0,004). Ayrıca, floroskopi süresi Grup 4'te anlamlı şekilde daha uzundu (p=0,001). Hastanede kalış süresi Grup 3'te anlamlı şekilde daha uzundu (p=0,001). Ameliyat sonrası ateş oranı Grup 4'te anlamlı şekilde daha azdı (Grup 1'de %8,5, Grup 2'de %5,9, Grup 3'te %6,0 ve Grup 4'te %2,3, p=0,031). Ameliyat sonrası taşsızlık oranı Grup 4'te en yüksek olmasına rağmen, dört grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

SONUÇ

Mevcut çalışma, semirijit üreterorenoskop artı panüreteral balon dilatasyonunun ameliyat sonrası ateşi önemli ölçüde azalttığını ve operasyon süresinde ve floroskopi süresinde önemli artışlar sağladığını göstermiştir. Ayrıca, semirijit üreterorenoskop artı JJ yerleştirilmesi ve cerrahinin 2. seansa ertelenmesi, operasyon süresinde önemli artışlara neden olmuştur.

Tablo 1: Dört grup arasındaki demografik verilerin karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	p değeri
Hasta sayısı	341	464	399	175	
Yaş, (yıl)*	47,4±15,0	48,2±13,9	50,1±14,2	48,3±13,9	0,075
Cinsiyet, n (%)					0,134
Erkek	216 (%63,5)	267 (%57,5)	255 (%63,9)	114 (%65,1)	
Kadın	124 (%36,5)	197 (%42,5)	144 (%36,1)	61 (%34,9)	
BMI (kg/m2)*	26,8±3,6	27,4±4,5	26,7±4,2	27,3±3,2	0,096
Hidronefroz varlığı, n (%)	108 (%31,7)	187 (%40,3)	134 (%33,6)	66 (%37,7)	0,104
Taş boyutu (mm)*	16,5±5,1	16,2±5,3	15,9±5,3	16,4±5,0	0,763
Taş lokalizasyonu, n (%)					0,121
Pelvis	111 (%32,5)	145 (%31,3)	105 (%26,3)	58 (%33,1)	
Alt kutup	50 (%14,6)	66 (%14,2)	72 (%18,0)	34 (%19,4)	
Üst kutup	37 (%10,8)	55 (%11,8)	32 (%8,0)	11 (%6,3)	
Çoklu	82 (%24,0)	110 (%23,7)	106 (%26,6)	40 (%22,9)	
Proksimal üreter	61 (%17,9)	88 (%19,0)	84 (%21,1)	32 (%18,3)	
Taraf, n (%)					0,062
Sağ	185 (%54,3)	231 (%49,8)	190 (%47,6)	81 (%46,3)	
Sol	156 (%45,7)	233 (%50,2)	209 (%52,4)	94 (%53,7)	
Hounsfield birimi*	965,1±308,4	961,1±331,8	990,2±298,3	961,1±311,6	0,784

*ortalama ± standart sapma, BMI: Beden Kitle İndeksi

Tablo 2: Ameliyat parametrelerinin ve ameliyat sonrası sonuçların karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	p değeri
Hasta sayısı	341	464	399	175	
Çalışma süresi (dk)**	60.0 (50,0 – 80,0)[a]	60.0 (45,0 – 85,0)[a]	70.0 (55,0 – 90,0)[b]	71.0 (56.0 – 93.0)[b]	***0,004***
Floroskopi süresi (dak)**	0,2 (0 – 1,0) [a]	0,4 (0 – 4,0) [a]	0,3 (0 – 1,0) [a]	1.2 (0,6 – 6,0) [b]	***0,001***
Hastanede kalış süresi (gün)*	1,1 ± [0,8a]	1,2 ± 1,0 [a]	1,8 ± 1,4 [b]	1,3 ± 0,9 [a]	***0,001***
Komplikasyonlar, n (%)					
Hematüri	12 (%3,5)	16 (%3,4)	16 (%4,0)	8 (%4,6)	0,987
Geçici akut nefropati	5 (%1,5)	5 (%1,1)	4 (%1,0)	2 (%1,1)	0,942
Ameliyat sonrası ateş	29 (%8,5) [a]	26 (%5,9) [a]	24 (%6,0) [a]	4 (%2,3) [b]	***0,031***
Subkapsüler hematom	1 (%0,3)	1 (%0,2)	-	-	Yok
Ürosepsis	3 (%0,9)	1 (%0,2)	1 (%0,2)	-	Yok
Başarı, n (%)	256 (%75,1)	356 (% 76,7)	288 (%72,2)	137 (% 78,3)	0,330

*ortalama ± standart sapma, **medyan (IQR), Eşli gruplar arasındaki karşılaştırmalara ilişkin istatistiksel analiz sonuçları küçük harflerle gösterilmiştir. Farklı harfler gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçları göstermektedir.

SB-24) ENÜREZİS NOKTURNALI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: ÖN SONUÇLAR

OĞUZHAN KAHRAMAN(1) ERMAN CEYHAN(2) MUSTAFA ALPEREN ÇİFTÇİ(2)
ARDA BAĞCAZ(3)

1. ÜROLOJİ AD, TIP FAKÜLTESİ, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, KONYA
2. ÜROLOJİ AD, TIP FAKÜLTESİ, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA
3. PSİKİYATRİ AD, TIP FAKÜLTESİ, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

AMAÇ

Enürezis nokturna (EN) yedi yaşındaki çocuklarda %5-10, adolesanlarda ise %1-2 sıklıkta görülen yaygın bir durumdur. Doğuştan ya da edinilmiş merkezi sistem patolojisi olmayan beş yaş üzerindeki çocuklarda istemsiz olarak gece uykusunda alt ıslatma EN olarak adlandırılmaktadır. Bu durumun, çocuk ve ebeveyn üzerinde duygusal ve sosyal bir yük oluşturduğu bilinse de EN'nin ebeveynlerdeki tükenmişlik ve depresyon ile ilişkisi, bilgimize göre literatürde günümüze kadar irdelenmemiştir. Bu çalışmada amaç, EN olan çocukların ebeveynlerinin tükenmişlik durumları ve depresyon düzeylerinin tespiti ve bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Başkent Üniversitesi Ankara ve Konya Uygulama ve Araştırma Merkezleri'nin Üroloji polikliniklerine, 1 Ocak 2021- 1 Temmuz 2024 tarihleri arasında, EN nedeniyle başvuran ve hala aktif EN olan 5 yaş üstü ve 18 yaş altı hastaların ebeveynleri çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara Ebeveyn Tükenmişliği Değerlendirmesi Türkçe Formu, Beck Depresyon Envanteri uygulandı. EN olan çocukların yaş, cinsiyet, EN süresi, primer/sekonder EN durumu, eşlik eden alt üriner sistem semptomları (AÜSS), psikiyatrik tanı, kronik hastalık varlığı, kardeş sayısı, daha önceki üroloji ve çocuk psikiyatrisi (ÇP) başvuruları, önceki başarısız EN tedavisi durumu, ailede kronik hastalık varlığı, aile ekonomik durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, EN hakkında bilgi düzeyleri, ebeveynlerin çocuk bakımında yardım alma durumları kaydedildi ve analize alındı.

BULGULAR

Çalışmaya 19 ebeveyn dahil oldu. Demografik ve klinik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Psikiyatrik tanısı olan çocuk yoktu. 2 çocuğun kronik hastalık tanısı vardı. Ailelerin tamamı orta gelir grubundaydı. Ebeveynlerin %68,4'ü çalışıyordu. Tükenmişlik skoru ve Beck depresyon sınıflandırması ile cinsiyet, daha önceki üroloji ve ÇP başvurusu, başarısız EN tedavisi hikayesi, ebeveynin çalışma durumu, ebeveyn eğitim düzeyi, ebeveynin çocuk bakımında yardım alma durumu, ebeveyn cinsiyeti, EN tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlenmedi. Çocuk yaşı ve EN süresi ile ebeveyn tükenmişlik durumu arasında korelasyon görülmedi. Beck Envanteri'ne göre depresyon tanısı ile EN bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlendi (Yetersiz bilgililerde depresyon 2/3 iken, yeterli bilgililerde 0/16) (p=0,018).

SONUÇ

EN tanısı ebeveyn üzerinde yük oluşturmaktadır. Ebeveynlerin hastalık ve tedavi süreci hakkında iyi bilgilendirilmesi önem arzetmektedir.

Cinsiyet n (%)	-
Kız	8(42,1)
Erkek	11(57,9)
Yaş, yıl (Ortalama±SD)	9,11±3,17
Kız	8,63±3,06
Erkek	9,45±3,35
Enürezis süresi, ay, ortanca (min-maks)	30(6-132)
EN türü n(%)	-
Primer EN	15(78,9)
Sekonder EN	4(21,1)
AÜSS durumu n(%)	-
Monosemptomatik	18(94,7)
Nonmonosemptomatik	1(5,3)
Kardeş sayısı, ortanca(min-maks)	1(0-3)
Daha önce ürolog başvurusu n(%)	-
Var	8(42,1)
Yok	11(57,9)
Daha önce ÇP başvurusu n(%)	-
Var	3(15,8)
Yok	16(84,2)
Başarısız EN tedavi hikayesi n(%)	-
Var	10(52,6)
Yok	9(47,4)
Ebeveyn n(%)	-
Anne	16(84,2)
Baba	3(15,8)
Ebeveyn eğitim durumu n(%)	-
Ortaöğrenim	8(42,1)
Yükseköğrenim	11(57,9)
Çocuk bakımında yardım n(%)	-
Alıyor	4(21,1)
Almıyor	15(78,9)
Ebeveyn EN bilgisi	-
Yeterli	16(84,2)
Yetersiz	3(15,8)
Beck Envanteri Sınıflaması n(%)	-
Minimal depresyon	12(63,2)
Hafif depresyon	5(26,3)
Orta depresyon	2(10,5)
Ebeveyn tükenmişliği (Ortalama±SD)	15,68±12,79
Anne tükenmişliği (Ortalama±SD)	16,38±13,36
Baba tükenmişliği (Ortalama±SD)	12±10,44

Demografik ve Klinik Veriler

SB-25) PEYRONİE HASTALIĞI'NIN GREFT İLE CERRAHİ TEDAVİSİNDE OTOLOG VENÖZ GREFT VE 3 FARKLI EKSTRASELÜLER MATRİKS GREFTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

TÜRKER SOYDAŞ(1) SELMAN ÜNAL(2) HALİL UZUNDAL(3) MERVE KAŞIKCI(4) MUSAB ALİ KUTLUHAN(5) EMRAH OKULU(5) ÖNDER KAYIGİL(5)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ
3. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
4. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
5. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Peyronie Hastalığı, bir yara iyileşmesi bozukluğu olarak bilinir ve tedavide altın standart cerrahidir, ancak literatürde greft materyallerini karşılaştıran çalışmalar azdır. Bu çalışmanın amacı tek deneyimli cerrah tarafından gerçekleştirilen greft ile Peyronie cerrahisi olan hastaların orta ve uzun dönem sonuçlarını greft materyallerine göre değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

2014-2020 yılları arasında deneyimli tek cerrah tarafından greftleme işlemi ile korporoplasti yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. 115 hasta kullanılan greft materyaline göre 4 gruba ayrıldı: Otolog Safen venöz greft, Grup 1 (n=36); domuz perikardiyal ekstraselüler matriks grefti (XenoGuard, MBP – MEDICAL BIOMATERIAL products GmbH, Neustadt-Glewe, Almanya), Grup 2 (n=40); domuz bağırsak submukozal ekstraselüler matriks grefti (BioDesign, COOK MEDICAL, Bloomington, IN, ABD), Grup 3 (n=36); sığır perikard ekstraselüler matriks grefti (Tutopatch, Tutogen Medical, Inc., Alachua, FL, ABD), Grup 4 (n=43).

BULGULAR

Grup 1'in ortalama ameliyat süresi diğer gruplara göre daha uzundu ($p<0,001$). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında ameliyat sonrası his kaybı süresinin Grup 3 (12,3±5,3 gün) ve Grup 4'te (15,1±3,1 gün, $p<0,05$) anlamlı olarak daha kısa olduğu görüldü. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında Grup 1 ve Grup 4 arasında penis uzunluğu kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,017$). Penil kurvatür 0-59° olan hastalar ile kurvatür ?60° olan hastalar arasında postoperatif his kaybı süresi (sırasıyla 14,4±5 vs 16,4±5,8 gün; $p=0,028$) ve penis uzunluğu kaybı (sırasıyla 2,6±5 ve 5,7±6,8; $p=0,002$, Tablo 6) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.

SONUÇ

Bulgular, postoperatif erektil disfonksiyonun azalması, operasyon süresinin daha kısa olması ve his kaybının daha kısa iyileşme süresi nedeniyle ekstraselüler matris greftlerin otolog venöz greftlere tercih edilmesi gerektiğini göstermektedir.

SB-26) TRANSREKTAL USG, MULTİPARAMETRİK PROSTAT MRG VE 3D SEGMENTASYON TEKNİKLERİ İLE BELİRLENEN HACİM ÖLÇÜMLERİNİN GERÇEK PROSTAT GLAND HACİMLERİYLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

KADİR CAN ŞAHİN(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1)
İPEK SERTBUDAK(1) İCLAL GÜRSES(1) HAMDİ ÖZKARA(1)

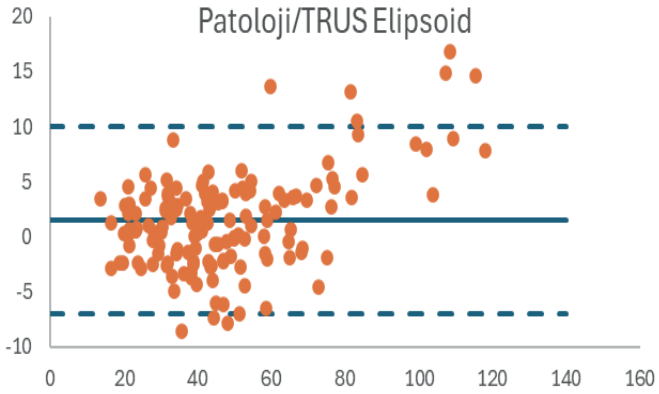
1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

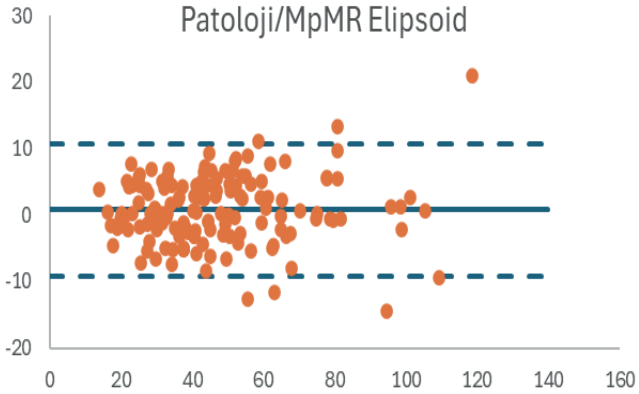
AMAÇ
Prostat glandının hacmi, üroloji pratiğinde bir hastanın kliniğinin ve semptomlarının değerlendirilmesinde ve de operasyon planlamasında önem arz eden bir veridir. Güncel klinik pratikte dijital rektal muayene klinisyene gland hacmi hakkında fikir verse de subjektif ve suboptimal bir değerlendirme sağlamaktadır. Daha objektif ve kantitatif değerlendirmeler için Transrektal USG (TRUS) ve Multiparametrik Prostat MRG (MpMR) en sık kullanılan yöntemlerdir. Bu çalışmamızda kliniğimizde retropubik radikal prostatektomi yapılan hastalarımızın hem TRUS ölçümleri ile hem de MpMR görüntülerinden hesaplanan hacimlerini, cerrahi spesimenin hacmiyle kıyaslayarak ideal ölçüm yöntemini ve hesaplama tekniğini belirlemeyi amaçladık.

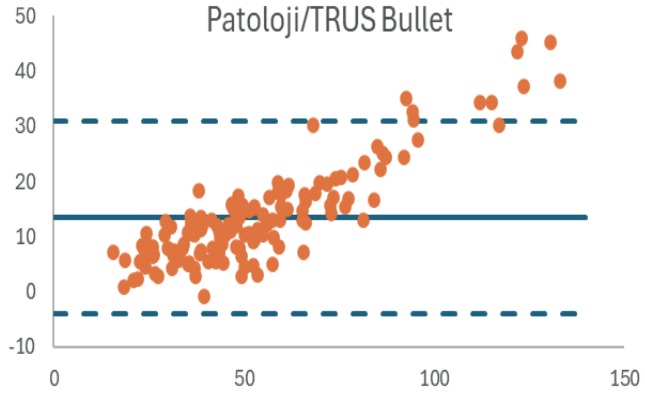
GEREÇ-YÖNTEM
Ağustos 2020 – Aralık 2023 arasında fakültemizde Retropubik Radikal Prostatektomi (RRP) yapılan ve MR görüntüleri temin edilebilen 150 hastaya, tek bir cerrah tarafından operasyon öncesinde TRUS ile triaksiyel prostat ölçümü yapıldı. Ölçümde elde edilen uzunluk, genişlik ve yükseklik verileri elipsoid formülü (U x G x Y x ? / 6) ve "bullet" formülü (U x G x Y x 5? / 24) kullanılarak tahmini prostat hacimleri hesaplandı. Cerrahi spesimen çıkarıldıktan hemen sonra herhangi bir fiksatif ajana maruz bırakılmadan fakültemiz Tıbbi Patoloji laboratuvarına götürüldü. Seminal veziküller ve duktus deferensler ayrılarak Arşimet yüzdürme tekniği ile gerçek gland hacmi hesaplandı. Hastaların MpMR T2 aksiyel görüntülerinden triaksiyel ölçümler yapıldı. Ayrıca, 3D slicer (v.4.11.20210226) yazılımı kullanılarak tek bir cerrah tarafından prostat glandı üç boyutlu olarak segmente edilerek prostat gland hacmi hesaplandı. Elde edilen tüm ölçümler patolojik değerlendirmede tespit edilen hacimle SPSS v.25 (IBM, Armonk, NY) kullanılarak kıyaslamalı istatistiksel analize tabii tutuldu. Normallik varsayımı için Kolmogorov – Smirnov testi, bağımlı gruplar arasındaki farkın önemliliği için Wilcoxon testi, değişkenler arasındaki korelasyonun belirlenmesi için ise Spearman korelasyon testi uygulandı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

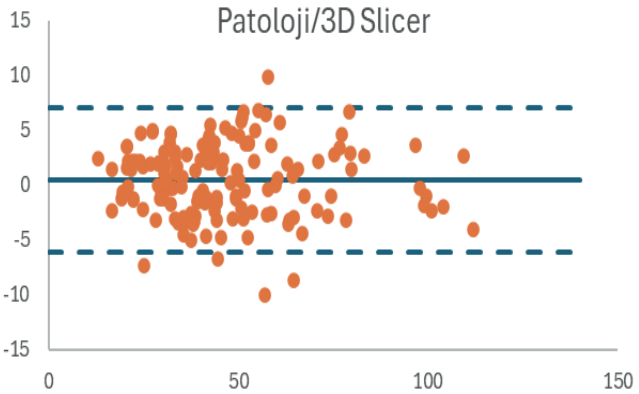
BULGULAR
RRP yapılan 150 hastanın ortanca yaş değeri 67 (46 – 82), ortanca total PSA değeri 7,5 ng/dL (1,2 – 90,4) idi. Hastaların TRUS ile preoperatif yapılan gland ölçümleri sonrasında elipsoid formülüyle elde edilen ortanca prostat volümü 43,45 cm^3 (15,17 – 122,65), bullet formülüyle elde edilense 54,32 cm^3 (18,96 – 153,31) bulundu. MpMR ölçümleri sonrasında elipsoid formülüyle elde edilen ortanca prostat volümü 44,05 cm^3 (15,49 – 128,96), 3D segmentasyon ile hesaplanansa 43,11 cm^3 (14,38 – 110,62) idi. Patoloji birimi tarafından yapılan ölçümlerde elde edilen ortanca prostat volümü 42 cm^3 (12 – 114) olarak bulundu. Tüm hesaplamalar ve patoloji ölçümü arasında yapılan Spearman testinde ise teknikler arasında güçlü bir korelasyon saptandı (korelasyon katsayısı sırasıyla; MpMR ölçümü için 0,968, 3D segmentasyon için 0,981, TRUS-elipsoid ve TRUS-bullet formülü için 0,976).

SONUÇ
Çalışmamız sonucunda prostat hacim hesabında en hassas ölçüm tekniğin MpMR olduğu, 3D segmentasyon yapılarak bu ölçümün daha da hassas yapılabileceği gösterilmiştir. Ancak, maliyet ve ulaşılabilirlik göz önüne alındığında ise TRUS bazlı hesaplamaların da klinik pratikte güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir.


Patoloji/TRUS Elipsoid
20
15
10
5
0
-5
-10
0 20 40 60 80 100 120 140 160


Patoloji/MpMR Elipsoid
30
20
10
0
-10
-20
0 20 40 60 80 100 120 140 160


Patoloji/TRUS Bullet
50
40
30
20
10
0
-10
0 50 100 150


Patoloji/3D Slicer
15
10
5
0
-5
-10
-15
0 50 100 150

SB-27) BENİGN PROSTAT OBSTRÜKSİYONUNDA TUR-P SONRASI RE-TUR-P İHTİMALİ PERİOPERATİF PARAMETRELER İLE ÖN GÖRÜLEBİLİR Mİ?

ALİ KEMAL USLUBAŞ(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) KUTLUCAN ÇAKMAK(2)
MEHMET ESAD KÖSEM(3) ÖNDER KARA(2) CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜGİL(2)

1. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. ÖZEL KOCAELİ AKADEMİ HASTANESİ

AMAÇ

EAU kılavuzlarında TUR-P sonrası re-TUR-P ihtiyacı uzun süreli takiplerde yaklaşık %5 olarak ön görülmektedir (1). Bu çalışmada, benign prostat obstrüksiyonu (BPÖ) ön tanısıyla TUR yapılan hastalarda re-TUR-P ihtiyacını ön gören faktörleri saptamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2007-2019 yılları arasında kliniğimizde BPÖ ön tanısı ile TUR yapılan hastalardan verilerine ulaşılabilen 471 hasta çalışmaya alındı. TUR-P dışında işlem yapılan veya başka merkezde prostat için invaziv işlem öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların yaşı, prostat hacimleri, PSA değerleri, rezeke edilen prostat ağırlığı, rezeksiyon yüzdesi (rezeke edilen prostat ağırlığı/preoperatif ölçülen prostat ağırlığı), operasyon öncesi IPSS skorları ve kateterizasyon öyküleri kaydedildi. Takiplerde re-TUR-P endikasyonu ile tekrar opere edilen 23 hastanın ilk TUR operasyonundaki veriler (re-TUR-P grubu) ve ek operasyon ihtiyacı olmayan hastalar (primer TUR grubu) iki gruba ayrıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmamızdaki TUR-P yapılan hastaların ortalama yaşı 67,28±8,61 ve ortalama prostat hacmi 66,3±29,1 mm3 olarak bulundu. TUR sonrası takiplerde re-TUR-P oranı %4,59 olarak bulundu. Re-TUR-P grubu ile primer TUR grubu arasında hasta yaşı (p=0,378), prostat hacmi (p=0,406), total PSA değeri (p=0,170), IPSS skoru (p=0,967), rezeke edilen prostat ağırlıkları (p=0,083) açısından anlamlı fark yoktu (Tablo1). Operasyon öncesi kateterizasyon öyküsü bulunması da re-TUR-P ihtiyacı için anlamlı bir parametre olarak ölçülmedi (p=0,217). Değerlendirilen parametreler içinde yalnızca rezeksiyon yüzdesi re-TUR-P riski için prediktif bir değer olarak analiz edildi (p=0,012).

SONUÇ

TUR-P sonrasında, prostat rezeksiyon yüzdesi re-TUR-P ihtimalini ön görmek için kullanılabilir. Tahmini gereken rezeksiyon oranının göz önüne alınması, prostat cerrahi tedavisinde alternatif yöntemler arasında karar vermek için de yardımcı bir parametre olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızdaki TUR-P operasyonlarının tek bir cerrah tarafından gerçekleştirilmediği göz önüne alındığında, sonuçlarımız cerrah tecrübesinin uzun dönem TUR-P başarısına etkisinin bir yansıması olarak da değerlendirilebilir.

Tablo 1. Re-TUR-P yapılan ve yapılmayan hastaların klinik ve demografik verileri.

		Primer TUR-P (n=455)	Re-TUR-P (n=23)	P değeri
Yaş (Yıl±ss)		67,26±9,42	67,93±8,2	0,378
Prostat Hacmi (mm^3±ss)		65,45±29,37	70,74±38,4	0,406
Total PSA (ng/ml±ss)		4,39±3,31	5,32±4,15	0,170
IPSS skoru		20,34±11,52	20,44±12,34	0,967
Preoperatif kateterizasyon öyküsü	Yok	351 (%77,1)	15 (%3,1)	0,217
	Var	104 (%22,8)	8 (%1,7)	
Prostat spesimen ağırlığı (gr±ss)		16,23±11,4	11,89±7,75	0,083
Prostat rezeksiyon yüzdesi (%±ss)		25,5±0,14	17,7±0,1	**0,012**

SB-28) İSKELET ANOMALİLİ ÇOCUKLARDA ESWL DENEYİMLERİMİZ

ALP AKYOL(1) EFE HANÇER(1) KASIM EMRE ERGÜN(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
İskelet anomalileri, özellikle lumbosakral bölgedeki skolyoz gibi durumlar, üriner sistem taşlarının tedavisinde ek zorluklar yaratmaktadır. Ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL), bu hastalarda taş tedavisinde etkili ve minimal invaziv bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, iskelet anomalili çocuklarda ESWL deneyimlerimizi sunmaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu çalışmaya 2019-2024 yılları arasında kliniğimizde ESWL tedavisi uygulanan iskelet anomalili toplam 12 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalara yaş ve kiloya uygun dozlarda ketamin ve midazolam ile sedasyon altında ESWL tedavisi uygulanmıştır. Taşsızlık, 1. ay kontrol görüntülemesinde(usg ya da düsg) rezidü kalmaması olarak kabul edilmiştir. Hastaların demografik verileri, tanı modaliteleri, komplikasyon ve taşsızlık oranları retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edilmiştir.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 8,3 (4-17) idi. Hastaların ikisi serebral palsili, ikisi meningomyeloselden opere olup, tüm hastalarda lumbosakral skolyoz mevcuttu.Tanı 8 hastada direkt üriner sistem grafisi, 3 hastada üriner ultrasonografi, 1 hastada ise bilgisayarlı tomografi ile konulmuştu. Taşların yerleşim ve boyutları tabloda belirtilmiştir. Tedavi sonrası tüm hastalarda taşsızlık oranı %100 olarak belirlendi. Üç hastada iki seans ESWL gerekmiş, diğer hastalarda ise tek seans yeterli olmuştur. İşlem sonrası sadece bir hastada enfeksiyon komplikasyonu gözlenmiş oral antibiyoterapi ile tedavi edilmiştir. İşlem öncesi tüm hastaların idrar kültürleri steril olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ
ESWL, iskelet anomalili çocuklarda bile yüksek başarı oranıyla taş tedavisinde etkili bir yöntemdir. Tedavi sonrası enfeksiyon komplikasyonu nadir olarak gözlenmiş olup, tüm hastalarda yüksek oranda taşsızlık sağlanmıştır. Bu hastalarda mevcut komorbid hastalıkları nedeniyle anestezi riski yüksek olabilmekte ve anatomik nedenlerle endoskopik, laparoskopik ya da açık cerrahi komplike olabilmektedir. Bu nedenle, ESWL' nin etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta No	Hasta Yaşı	Taşın Yerleşimi	Taş Boyutu(mm)
1	4	Sol renal pelvis	9*14
2	17	Sol alt pol	12*6
3	4	Sol renal pelvis	15*9
4	6	Sol orta pol, sol alt pol	3*5 ve 7*5
5	10	Sağ orta pol	9*5
6	6	sağ renal pelvis	10*6
7	15	sol orta pol	10*5
8	15	sol alt pol	12*6
9	5	sol renal pelvis	6*9
10	6	sol alt pol	8*9
11	8	sağ renal pelvis	8*12
12	4	sağ üst pol	4*6

Yaş, Taş Yeri ve Boyutu

SB-29) İLERİ EVRE TESTİS TÜMÖRLERİNDE KEMOTERAPİ SONRASI RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU YAPILAN HASTALARDA CİNSEL YAŞAM

MESUT ALTAN(1) RABİA HİZARCİ BAL(1) DURMUŞ ALPTUĞ COŞAR(1)
MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) BÜLENT AKDOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
İleri evre testis tümörü nedeniyle kemoterapi sonrası retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (KS-RPLND) yapılan hastaların cinsel fonksiyonunu değerlendirmek

GEREÇ-YÖNTEM
Şubat 2000- Mayıs 2020 tarihleri arasında ileri evre testis tümörü nedeniyle KS-RPLND yapılan hastalara telefon ile ulaşıldı. Hastalara IIEF-5 semptom skoru doldurtuldu, aynı zamanda sperm dondurup dondurmadıkları, retrograd ejakülasyon varlığı, çocuk istemleri ve fertilite yöntemleri soruldu.

BULGULAR
Toplamda 110 hastaya ulaşıldı. Ortanca hasta yaşı 28 (16-50), ortanca takip süresi 33 (6-202) ay olarak bulundu. 24 (%21.8) hastada hafif, 14 (%12.7) hastada hafif-orta, 1 (%0.9) hastada orta, 2 (%1.8) hastada şiddetli olmak üzere 41 hastada (%37,3) erektil disfonksiyon mevcuttu. Hastaların %28.2'sinde (31) retrograd ejakülasyon (RE) şikayeti mevcuttu. Bilateral full template RPLND yapılanlarda % 61.3'ünde, unilateral template yapılanların %38.7'sinde RE görüldü ($p<0.001$).Bu hastaların sadece 4 tanesi bu şikayet için tedavi almış fakat hiçbirinde tedavi başarılı olmamış. Kemoterapi öncesi sadece 43 (%39.1) hastanın sperm kriyoprezervasyonu (SP) yaptırdığı görüldü, ameliyat sonrası ise 52 (%47,3) hastanın çocuk istemi olduğu görüldü. 26 hastanın eşinin normal yolla olmak üzere toplamda 34 hastanın eşinin gebe kaldığı öğrenildi.

SONUÇ
KS-RPLND testis tümör tedavisinde önemli sağkalım faydaları sağlasa da özelikle RE olmak üzere cinsel fonksiyonları bozmaktadır. Modifiye unilateral RPLND, RE riskini azaltmaktadır. Ayrıca SP için daha detaylı bilgi verilmelidir çünkü kemoterapi ve cerrahi sonrası hastaların çocuk istemleri değişebilmektedir.

SB-30) PENİL PROTEZ CERRAHİSİ SONRASI KOMPLİKASYON İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

İHSAN BATUHAN DEMİR(1) PARVİZ SHAHSUVARLI(1) KARİM SHİRİNLİ(1)
AHMET GÜDELOĞLU(1) MESUT ALTAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Penil protez cerrahi komplikasyonları ile ilişkili faktörlerin araştırılması

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020 - Nisan 2024 tarihleri arasında penil protez implantasyonu (PPİ) yapılan 135 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yaş, implant tipi (tek parçalı, üç parçalı), hastaların erektil disfonksiyon etyolojileri (peyronie, RP, organik nedenler) ve protez özellikleri ile komplikasyonlar arasındaki ilişki araştırıldı. Gerçekleşen komplikasyonlar crossover, yara yeri enfeksiyonu, protez enfeksiyonu, rezervuar herniasyonu, mekanik problemler, cilt problemleri ve hematom gelişimi olarak belirtildi.

BULGULAR
Ortalama hasta yaşı 61 (29-82) yıl ve ortalama hospitalizasyon süresi (3,3 ±1,4) gün olarak bulundu. 98 (%72,6) hastaya çok parçalı, 37 (%27,3) hastaya tek parçalı protez yerleştirildi. 45 (%33.3) hastada komplikasyon görüldü. Komplikasyonlar tablo 1'de verilmiştir. Hasta yaşı, BMI, etiyoloji, anestezi tipi, diyabet varlığı ile komplikasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (p=0,784 , p=0,089 , p=0,731, p=0,684, p=0,57).
Şişirelebilir penil protez implantasyonu yapılan hastalarda daha fazla komplikasyon görülmüştür (p=0,01). Ayrıca kullanılan penil protezin uzunluğu incelendiğinde komplikasyon gelişen grupta 17,3 cm gelişmeyen grupta ise 18,26 cm olarak bulunmuştur (p=0.014). 2 hastanın penil protezi protez enfeksiyonu nedeniyle çıkartıldı, takiben protezi enfekte olan 2 hastadan 1'ine yeniden penil protez implantasyonu gerçekleştirildi. Diğer hasta re-implantasyonu istemedi.

SONUÇ
Penil protez implantasyonu, komplikasyona açık bir cerrahidir. Çok parçalı protez yerleştirilen hastalarında komplikasyon oranı daha yüksektir.

Komplikasyonlar (n:45)	Hasta Sayısı (%)
Protez Kısmi Revizyonu	1 (0.74)
Cilt problemleri	1 (0.74)
Mekanik Protez Bozukluğu	12 (8.8)
Rezervuar Herniasyonu	6 (4.4)
Crossover	1 (0.74)
Hematom	10 (1.35)
Protez Enfeksiyonu	2 (1.5)
Yara Yeri Enfeksiyonu	12 (8.8)

Tablo 1- PPI cerrahisinde perioperatif komplikasyonlar

SB-31) TRANSPLANTE BÖBREKLİ HASTALARDA TESPİT EDİLEN ÜRETRAL DARLIK İNSİDANSI VE ÜRETRA DARLIĞI OLAN HASTALARIN ANALİZİ:

ADEM SANCI(1) EMRE ERDEM(2) MEHMET FATİH ÖZKAYA(2) MURAT CAN KARABURUN(3) CAN UTKU BAKLACI(4) ÇAĞRI AKPINAR(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(2) EVREN SÜER(2) ÖMER GÜLPINAR(2)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. DENİZLİ ACIPAYAM DEVLET HASTANESİ
4. ŞANLIURFA AKÇAKALE DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Transplante böbrekli hastalar da vezikoüretral reflü, üreteral darlık, üreteropelvik darlık ve nadiren de üretral darlık gibi komplikasyonlar görülebilir. Çalışmamız da nakil sonrası üreteral kateter çekilirken üretrosistoskopik olarak üretra darlığı tanısı koyduğumuz hastaların insidansını ve bu hastaların analizlerini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2004-2023 yılları arasında merkezimizde ya da dış merkezlerde yapılan böbrek nakli sonrası 1.aylarında üretrosistoskopi ile üreteral kateter çekimi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Üretrada darlık görülen hastalar değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, nakil öncesi ve sonrası Qmax ve rezidü değerleri, darlığın lokalizasyonu, darlığın uzunluğu, darlık için yapılan cerrahi müdahele ve 1 yıllık takip sonuçları kayıt altına alındı. Verileri eksik olan ve takiplerini başka merkez de yaptıran hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR

Nakil yapılan ve nakil sonrası üretrosistoskopik olarak üreteral kateter çekilen 497 hastanın 17 sin de üretra darlığı tespit edildi. Darlık insidansı % 3.4 olarak hesaplandı. Hastaların yaş ortalaması 44.9 idi (19-59). Hastaların darlık lokalizasyonu en sık % 64.7 ile membranöz üretra da izlenirken, en nadir % 5.8 prostatik üretrada görüldü. Darlık uzunluğu ortalama 1.2 cm idi (0.5-2.7). Hastaların 11 tanesi asemptomatik idi. Preoperatif Qmax ortalama 13.7 (9-16) idi. Hastaların 4 ü dilatasyon, 12 si internal üretrotomi ve 1 tanesi üretroplasti ile tedavi edildi. Postoperatif Q max ortalaması 21.4 (17-30) idi. Hastalara ait özellikler Tablo 1 de özetlenmiştir.

SONUÇ

Böbrek nakli sonrası üretral darlıklar nadirdir, iyatrojenik üretra yaralanması ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olabilir. Tedavi edilmezse böbrek yetmezliği ile sonuçlanabileceği bilinmektedir. Üretral dilatasyon, internal üretrotomi veya üretral rekonstrüksiyon cerrahisi ile güvenli ve etkili bir şekilde tedavi edilebilirler. Asemptomatik olsalar bile belli aralıklarla ürolojik değerlendirme yapılmalıdır.

HASTALARA AİT ÖZELLİKLER	-
Nakil yapılan hasta sayısı	497
Üretra darlığı olan hasta sayısı	17 (% 3.4)
Hastaların yaş ortalaması	44.9 (19-59).
Darlık lokalizasyonu Membranöz Penil Bulbar Bulbomembranöz Prostatik üretra	11 (64.7) 2 2 1 (5.8) 1 (5.8)
Darlık uzunluğu ortalaması	1.05 cm (0.5-2.5)
Asemptomatik hasta	11
Preoperatif Qmax ortalama	13.7 (7-16)
Tedavi Dilatasyon İnternal üretrotomi Üretroplasti	4 12 1
Postoperatif 3.ay Q max ortalaması	21.4 (17-30)
Postoperatif 12.ay Q max ortalaması	19.4 (14-26)

Tablo 1 Hastalara ait demografik özellikler

SB-32) FOURNİER GANGRENİNDE ALBUMİN DÜZEYİ VE NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ MORTALİTE VE İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİ

HAKAN TÜRK(1) ERKAN ARSLAN(2) ARDA TONGAL(2)

1. ÖZEL ÖZTAN SAĞLIK HASTANESİ
2. UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Fournier Gangreni mortalite ve morbiditesi yüksek olan, hızlı ilerleyen, polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Bu nedenle erken tanı ve tedavi hayatidir. Fournier Gangreni hastalarında mortalite ve morbiditeyi tahmin etmede birçok parametre kullanılmaktadır. Biz bu çalışmamızda Fournier Gangreni'nde albumin ve nötrofil lenfosit oranının etkinliğini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2016-2019 yılları arasında kliniğimizde cerrahi tedavisi yapılan 60 hastanın demografik verileri, hastaneye başvuru süresi, yatış süresi, debridman sayısı, ek hatalık varlığı, etiyolojik faktörler, albumin düzeyleri, nötrofil ve lenfosit düzeyleri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya aldığımız 60 hastanın 16'sı (%24,4) kadın, 44'ü (%75,6) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 56±14.08 (yıl) idi. Ortalama hastanede kalış süresi 16.93±19.57 gün olarak görüldü. Hastalara ortalama 2.08±2.19 debridman yapıldı. Hastaların 15(%25)'i 65 yaş üstüydü, 35 (%58.3) hastada ise DM vardı. Hastalarımızın 10'u (%16,7) Fournier Gangreni'ne bağlı olarak kaybedildi. Hastaların hastaneye başvuru süreleri ise ortalama 9.23±6.94 gün idi. Hastalar etiyolojik faktörlere göre değerlendirildiğinde; 9 (%15) hastada ürogenital nedenler, 37 (%61.7) hasta ise kolorektal nedenlerden kaynaklandığı görüldü. 14 (%23.3) hastanın ise etiyolojik faktörü tespit edilemedi.

Yatış süreleri göz önüne alındığında kolorektal nedenli hastaların ve albümin değerleri yüksek olan hastaların daha az hastanede kalış süreleri olduğu görüldü.

Mortaliteye etki eden faktörlere bakıldığında; kadın cinsiyet, ileri yaş ve kolerektal ile ürogenital sebepler dışındaki nedenlere bağlı FG olan hastaların mortalite oranı daha yüksek olduğu görüldü.
Albümin değeri mortalite grubunda (27.35±4.66), iyileşenlere(34.53±7.75) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (p=0,001).

Mortalite üzerine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösteren Yaş, albümin, debridman sayısı ve hastanede kalış süreleri üzerine ROC eğrisi analizine göre; yaşın 59,50 düzeyinin üzerinde olması mortalite de etkili olduğu (sensitivite %90, spesifite %72) benzer olarak Albumin değerinin 31,25 değerinin altında olması(sensitivite %66, spesifite %90) benzer olarak mortaliteyi arttırdığı gösterilmiştir.

Nötrofil lenfosit oranı, bizim çalışmamızdaki Fournier gangreni hastalarında mortaliteyi tahmin etmede anlamlı olarak bulunmamıştır (p=0,733).

SONUÇ

Fournier Gangreni hala yüksek mortalite oranına sahip bir hastalıktır. Erken teşhis kadar erken ve etkili tedavi de önemlidir. Düşük albumin ve yüksek nötrofil lenfosit oranı değerleri ile kötü prognoz tahmini mümkündür. Albumin değerinde düşüklük ve nötrofil lenfosit oranında artış bulunursa hastaya daha agresif tedaviler verebilmek ve yakın takip için önemli olabilir. Bu parametrelerin etkili olup olmadığını daha iyi bir şekilde ortaya koyabilmek için büyük örneklemli daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

SB-33) ANTİKOAGÜLAN VEYA ANTİAGREGAN KULLANAN HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ ÖNCESİ İKİ FARKLI MEDİKASYON STRATEJİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU SONUÇLARI

MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) HAKAN ÇAKIR(2) CEM BAŞATAÇ(3) MURAT AKGÜL(4) MEHMET FATİH ŞAHİN(5) ÖNDER ÇINAR(6) OKTAY ÖZMAN(7) KEREM TEKE(8) MUSTAFA BİLAL TUNA(9) DUYGU SIDDIKOĞLU(10) CENK MURAT YAZICI(5) EYÜP BURAK SANCAK(11) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(12) HALUK AKPINAR(13) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ACIBADEM FULYA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
4. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
5. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
6. MEDİCANA SAMSUN HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
7. MEMORİAL BAHÇELİEVLER HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
8. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
9. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI
11. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
12. ACIBADEM ESKİŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
13. FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) böbrek ve üst üreter taşlarının endoskopik tedavisinde etkin ve güvenilir bir tekniktir. Etkin ve güvenilir cerrahi için antiagregan veya antikoagulan rejimlerinin nasıl sonlandırılacağına dair kanıt düzeyi yüksek öneri kısıtlıdır. Bu çalışmada antikoagülan ve antiagregan kullanan hastalarda RIRS öncesi medikal tedavinin kesilmesi ve tedavi dozunda düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile devam edilmesi stratejilerinin klinik sonuçları karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çok merkezli çalışmada, 2017-2024 yılları arasında böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan 1989 hastadan antikoagülan veya antiagregan kullanım öyküsü bulunan 164 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Preoperatif dönemde antiagregan veya antikoagülan tedavisi kesilen ve tedavi dozunda DMAH başlanan hastalar Grup 1'e, tedavisi kesilip DMAH başlanmayan hastalar ise Grup 2'ye dahil edildi. Her iki grup arasında demografik, perioperatif ve postoperatif parametreler karşılaştırıldı. Cerrahi başarı postoperatif 1. ayda direkt üriner sistem grafisi, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Cerrahi başarı için rezidü taş sınır değeri 4 mm olarak belirlendi.

BULGULAR

Grup 1'deki 67 hastanın median yaşı 64 yıl (29 – 84) iken, Grup 2'deki 97 hastanın median yaşı 61 yıl (34 – 81) idi (p=0.272). Grup 1'de 45 (%67.3) erkek ve 22 (%32.8) kadın bulunurken; Grup 2'de 66 (%68) erkek ve 31 (%32) kadın bulunmaktaydı. Median taş hacmi Grup 1'de 691 mm3 (31-899) ve Grup 2'de 709 mm3 (12-3330) olarak saptandı (p=0.477). Grup 1'de 67 hastanın 46'sında (%68.7), Grup 2'de ise 97 hastanın 68'inde (%70.1) RIRS sonrasında taşsızlık sağlandı (p=0.843). Grup 1'de 67 hastanın 46'sında (%68.7), Grup 2'de ise 97 hastanın 68'inde (%70.1) RIRS sonrasında taşsızlık sağlandı (p=0.843). Perioperatif ve postoperatif komplikasyonların toplamı değerlendirildiğinde Grup 1'de 21 hastada (%31.3), Grup 2'de 15 hastada (%15.5) komplikasyon gelişti (p=0.016) (Tablo 1). Tek değişkenli analizde anlamlı görülen parametrelerden yatış süresi (p=0.009) ve total komplikasyon (p=0.01) oranı çok değişkenli analizde de anlamlı bulundu.

SONUÇ

RIRS'de DMAH ile köprüleme yapılması başarı oranlarına etki etmese de artmış total komplikasyon ve artmış yatış süresi ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle RIRS öncesi zorunlu haller dışında DMAH kullanımının da sonlandırılması önerilmektedir.

Tablo 1. Grup 1 ve Grup 2'deki hastaların demografik, perioperatif ve postoperatif verileri.

	Grup 1 (67 hasta)	**Grup 2 (97 hasta)**	***p***
Yaş, *(yıl), medyan (min.-max.)*	64 (29-84)	61 (34-81)	0.272+
Cinsiyet, *sayı (%)*			
Erkek	45 (67.3)	66 (68)	
Kadın	22 (32.8)	31 (32)	0.906*
Vücut kitle endeksi, *medyan (min.-max.)*	28 (20-43)	28 (19-36)	0.101+
Taraf, *sayı (%)*			
Sağ	34 (50.7)	45 (46.4)	
Sol	33 (49.3)	52 (53.6)	0.393*
Lokalizasyon, *sayı (%)*			
Pelvis	18 (26.9)	24 (24.7)	
Üst kaliks	1 (1.5)	0	
Orta kaliks	5 (4.5)	7 (7.2)	
Alt kaliks	25 (37.3)	39 (40.2)	
Üst üreter	20 (29.9)	27 (27.8)	0.709*
Taş hacmi *(mm^2), medyan (min.-max.)*	691 (31-899)	709 (12-3330)	0.477+
Taş Hounsfield ünitesi, *medyan (min.-max.)*	1039 (310-1892)	1056 (362-1623)	0.481+
Operasyon süresi, *(dakika), medyan (min.-max.)*	60 (30-180)	70 (15-180)	**0.01**+
Yatış süresi, *(gün), medyan (min.-max.)*	1 (1-18)	1 (1-10)	**0.05**+
Cerrahi Başarı, *sayı (%)*			
Başarılı	46 (68.7)	68 (70.1)	
Başarısız	21 (31.3)	29 (29.9)	0.843*
Perioperatif komplikasyon, *sayı (%)*			
Yok	55 (82.1)	88 (90.7)	
Var	12 (17.9)	9 (9.3)	0.104*
Total komplikasyon, *sayı (%)*			
Yok	46 (68.7)	82 (84.5)	
Var	21 (31.3)	15 (15.5)	**0.016***

*Ki kare
+Mann Whitney U

SB-34) SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE KAUDO KRANİAL GİRİŞ YÖNTEMİNİN ÖĞRENİME KATKISI

FERHAT UÇURMAK(1) FATİH GÖKALP(1) ESER ÖRDEK(1) KHALED ALBABA(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Supin perkütan nefrolitotomide güncel yaklaşım şekli olan kranio – kaudal skopi yaklaşımı yerine kaudo kranial skopi yaklaşımının perkütan cerrahisinin öğrenimine katkısını araştırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmada klinğimizde son 2 yıl içinde yapılmış olan perkütan taş cerrahilerinden kranio- kaudal yaklaşım olanlarda kaudo – kranial yaklaşım yapılan hastalar karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Ocak 2022 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında yapılan supin perkütan nefroliotomi uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar kranio-kaudal grupta 30, kaudo- kranial grupta 30 kişi olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır.İlk hasta grubu Grup 1 , 2. hasta grubu Grup 2 olarak adlandırılmıştır. Daha sonra bu 2 gruptaki hastalar kendi aralarında demografik özellikler , operasyon verileri ve operasyon sonrası parametreler açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 60 hasta taş dansitesi ve taş boyutu açısından değerlendirildiğinde, taş dansitesi Kaudo-Kranial grubunda medyan 1045.00 (1000.00-1205.00) ve Kranio-Kaudal grubunda medyan 1007.00 (750.00-1117.00) olarak belirlenmiş olup, bu farklılık anlamlı değildir (p=0.119). Ancak, taş boyutu Kaudo-Kranial grubunda daha büyük (375.00 vs 320.25) olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.034). Operasyon öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.873). Operasyonel parametreler incelendiğinde, operasyon süresi Kaudo-Kranial grubunda medyan 95.00 (90.00-120.00) dakika, Kranio-Kaudal grubunda ise medyan 80.00 (70.00-95.00) dakika olarak ölçülmüş ve Kranio-Kaudal grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha kısa olarak bulunmuştur (p=0.039). Bunun nedeni olarak 2 grup arasında taş boyutu açısından belirgin farklılık olması düşünülmüştür. Skopi süresi Kaudo-Kranial grubunda medyan 9.00 (8.00-10.00) dakika, Kranio-Kaudal grubunda ise medyan 11.00 (9.00-13.00) dakika olarak bulunmuş ve yine skopi süresi de Kaudo-Kranial grupta istatistiksel olarak anlamlı daha kısa bulunmuştur(p=0.007). Komplikasyon oranları arasında anlamlı fark bulunmazken (Kaudo-Kranial %6.7, Kranio-Kaudal %10.0; p=0.500), taşsızlık oranı Kaudo-Kranial grubunda %83.3 (n=25), Kranio-Kaudal grubunda %50.0 (n=15) olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.006).

SONUÇ

Perkutan nefrolitotomi giderek artan sıklıkla kullanılmaktadır. Minyatürize aletlerin yaygınlaşması ve gelişen optik ve lazerler sayesinde peruktan nefrolitotomi uygun hastalarda oldukça etkin ve güvenli bir cerrahi olmaktadır. Supine yaklaşım peruktan nefrolitotomide oldukça avantajlı bir yöntem olup eş zamanlı retrograd yaklaşım imkanı sunması en önemli avantajı olmaktadır. Perkutan cerrahinin en önemli basamağı olan giriş teknikleri tarif edilmiş olup en çok bilinen kraniokaudal yöntemin bir modifikasyonu olan kaudo kranial giriş tekniği bu yönteme yeni başlayacak cerrahların kolay anlayıp uygulayabileceği bir yöntem olmaktadır. Kaudo kranial giriş yöntemi yüksek başarı ve benzer komplikasyon oranları ile uygulanabilir bir giriş olmaktadır.

Tablo 3. Gruplar arasında operasyonel parametreler

		group		
		Kaudo-Kranial	Kranio-Kaudal	
		Median	Median	
Op süresi		95.00 (90.00-120.00)	80,00 (70.00-95.00)	**0.039***
Fragmantasyon süresi		37.50 (30.00-45.00)	30,00 (25.00-40.00)	0.098
skopisüre		9.00 (8.00-10.00)	11.00 (9.00-13.00)	**0.007***
Irrigasyon_sıvısı		12000.00 (12000.00-18000.00)	18000.00 (15000.0-18000.0)	**0.043***
Fragmantasyon				
	Lazer	26 (%86.7)	20 (%66.7)	.0128
	Pnömatik	4 (%13.3)	10 (%33.3)	
Komplikasyon	Hayır	28 (%93.3)	27 (%90.0)	0.500
	Evet	2 (%6.7)	3 (%30.0)	
Esreplasman	Hayır	30 (%100.0)	28 (%93.3)	0.246
	Evet	0 (%0.0)	2 (%6.7)	
Hospitalizasyon		3.00 (3.00-4.00)	3.00 (2.00-4.00)	0.130
SFR	Evet	25 (%83.3)	15 (%50.0)	**0.006&**
	Rezidue	5 (%16.7)	15 (%50.0)	

- Kalın değerler istatistiki anlamlıdır, * Mann-Whitney U testi kullanmılmıştır.
- & Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

SB-35) KRONİK BÖBREK HASTALARINDA STANDART VE MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

NEBİL AKDOĞAN(1) HACI MUSTAFA IŞIK(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ (1) GÜRKAN ARIKAN(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Kronik böbrek hastalarında(KBH) uygulanan standart ve mini perkütan nefrolitotomi (PNL) nin sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2008-2024 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde PNL yapılan hastalar retrospektif olarak tarandı. Böbrek fonksiyonları Cockraft-Gault formülü ile hesaplandı. Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 60 ml/dk/1,72m2 ın altında olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar mini PNL ve standart PNL yapılanlar olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

138 erkek 53 kadın toplam 191 hasta çalışmaya dahil edild. Bu hastalaraın 40 ına mini PNL(16-20 FR) 151 tanesine standart PNL(20-30 FR) yapıldı. Mini PNL yapılan hastaların ortalama taş boyutu 154,75±52,42 mm3, ortalama operasyon süresi 66,3±37,75 dakika ; standart PNL yapılan hastaların ortalama taş boyutu 645,55±765,03 mm3 ortalama operasyon süresi 89,9±45,4 dakika olarak hesaplandı.) Mini PNL yapılan hastalarda preop kreatinin ortalaması 2,05±0,81 mg/dl postop kreatinin 1,88±0,76 mg/dl olarak hesaplandı. Standart PNL yapılan hastalarda preop kreatinin 2,18±1,14 mg/dl , postop kreatinin 2,16±1,2 mg/dl olarak hesaplandı. Mini PNL yapılan hastalarda preop GFH ortalaması 40,95±12,16 ml/dk/1,73m2 postop GFH 49,86±22,49 ml/dk/1,73m2 olarak hesaplandı. Standart PNL yapılan hastalarda preop GFH 42,34±13,45 ml/dk/1,73m2 , postop GFH 45,61±18,04 ml/dk/1,73m2 olarak hesaplandı.Mini PNL yapılan hastaların toplam sayısı 40 iken bunların 36'sında (%90) tam taşsızlık sağlandı, bunların 2 tanesinde (%5) klinik anlamlı rezidü taş kaldı. (p=0,004). Standart PNL yapılan hastaların toplam sayısı 151 iken bunların 94'ünde (%62,3) tam taşsızlık sağlandı, 28'inde (%18,5) klinik anlamlı rezidü taş kaldı. (p=0,004). Mini PNL yapılan yapılan hastaların ortalama nefrostomi çekilme süresi 2,08±1,3 gün ; hastanede yatış süresi 4,68±3,53 gün. Standart PNL yapılan hastaların ortalama nefrostomi çekilme süresi 2,72 ± 2,16 gün ; hastanede yatış süresi 4,75±3,04 gün olarak hesaplandı.Standart grubunda sf oranı ve op süresi daha kötü. Bunu taş boyutuna bağlayabiliriz.

SONUÇ

KBH ı olanlarda standart ve mini pnl operasyonları sonrası GFH de anlamlı değişiklik olmadığı gösterilmiştir. Her iki yöntem KBH da güvenle uygulanabilmektedir.

	MİNİ PNL	STANDART PNL	TOTAL	P Değeri
Hasta sayısı	40	151	191	
Yaş	56,48±15,58	55,94±15,49	56,05±15,47	0,847
BMI	24,5±6,67(40)	26,43±4,9	26,04±5,36	**0,05**
Cinsiyet • E • K	 32(%80) 8(%20)	 106(%70,2) 45(%29,8)	 138(%72,3) 53(%27,7)	 0,241
Yön • R • L	 21(%52,5) 19(%47,5)	 70(%46,4) 81(%53,6)	 91(%47,6) 100(%52,4)	 0,594
Ortalama Taş Boyutu (mm3)	154,75±52,42	645,55±765,03	542,2±708,67	**0,00**
Operasyon süresi (dk)	66,3±37,75	96,2±45,33	89,9±45,4	**0,00**
Preop Kreatinin Ortalama mg/dl	2,05±0,81(40)	2,18±1,14	2,16±1,08	0,483
Postop Kreatinin Ortalama mg/dl	1,88±0,76(40)	2,24±1,29	2,16±1,2	**0,025**
Keratinin değişimi(pre op post op farkı) mg/dl	0,17±0,38(40)	-0,005±0,83	0,0095±0,76	0,094
Preop GFH Ortalama ml/dk/1,73m2	40,95±12,16(40)	42,34±13,45	42,05±13,17	0,555
Postop GFH Ortalama ml/dk/1,73m2	49,86±22,49(40)	45,61±18,04	46,5±19,07	0,211
GFH Değişimi (pre op post op farkı) ml/dk/1,73m2	7,46±16,374(40)	3,27±2,63	3,87±6,19	0,371
Rezidü • SF • Cırf • Csrf	 36(%90) 2(%5,0) 2(%5)	 94(%62,3) 29(%19,2) 28(%18,5)	 130(%68,1) 31(%16,2) 30(%15,7)	 **0,004**
Nefrostomi Çekilmesi Ortalama(Gün)	2,08±1,34(40)	2,72±2,16	2,59±2,03	0,073
Hastanede Yatış Süresi(Gün)	4,68±3,53(40)	4,77±2,91	4,75±3,04	0,854

SB-36) PREMATÜRE EJEKÜLASYON HASTALARINDA ORTOSTATİK İNTOLERANS SEMPTOMLARININ ANALİZİ

MURAT OĞUZ ÖZİLHAN(1) EMRE BÜLBÜL(2) FAHRİ YAVUZ İLKİ(3) EMRE UZUN(1)

1. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
2. TRABZON VAKFIKEBİR DEVLET HASTANESİ
3. GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Otonom sinir sistemi (OSS) fizyolojik düzenlemenin sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Vücudun birçok değişken duruma verdiği yanıtı düzenler. Ortostatik intolerans (Oİ), otonomik disfonksiyonun en önemli belirtilerinden biridir. Otonom disfonksiyonun ereksiyon ve boşalma döngülerindeki dengeyi bozarak erken boşalmaya (PE) neden olduğu bilinmektedir. Oİ'nin PE'li hastalarda otonomik disfonksiyon nedeniyle gelişebileceğini düşünerek, bu hastalarda Oİ semptomlarının artacağını varsaydık. Çalışmamızın amacı ortostatik intolerans ve PE arasındaki ilişkiyi araştırmaktı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu vaka kontrol çalışmasına toplam 39 PE'li hasta ve PE'siz 47 gönüllü dahil edildi. Tüm katılımcılar self-reported Ortostatik Grading Scale (OGS) kullanılarak değerlendirildi. Ek olarak, PE'yi değerlendirmek için Prematüre Ejakülasyon Diagnostik Tool (PEDT)'un valide edilmiş, beş maddelik Türkçe versiyonu kullanıldı. PE grubunda PEDT skoru ? 11 olan hastalar yer aldı.

BULGULAR

PE ve kontrol gruplarının ortalama yaşları sırasıyla 38,2 ± 7,8 ve 40,5 ± 9,1 yıldı ($p = 0,137$). PE ve kontrol gruplarının ortalama intravajinal ejakülasyon latency süresi (IELT) sırasıyla 31,3 ± 16,2 ve 488,6 ± 307,8 saniyeydi ($p < 0,0001$). PE ve kontrol gruplarının ortalama PEDT skorları sırasıyla 13,9 ± 3,6 ve 6,6 ± 2,9'du ($p < 0,0001$) ve ortalama OGS skorları sırasıyla 5,6 ± 2,4 ve 1,6 ± 1,3'tü ($p < 0,0001$). Tüm katılımcıların verileri kullanılarak bir korelasyon analizi yapıldı. PEDT ve OGS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu (r: 0,686, $p < 0,0001$). IELT ve OGS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ters korelasyon bulundu (r: -0,553, $p < 0,0001$).

SONUÇ

PE'li hastaların ortostatik intolerans semptomları kontrol grubundakilerden daha yüksekti. PE'nin şiddeti ile ortostatik intoleransın şiddeti arasında bir korelasyon vardı. Bu, ortostatik intolerans ve PE arasındaki ilişkiyi ortaya koyan literatürdeki ilk çalışmadır.

SB-37) ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN PEDIATRIC UROLOGY: IS IT INADEQUATE IN RESPONDING TO CRITICAL QUESTIONS?

MERT BAŞARANOĞLU(1) ERİM ERDEM(1) ERDEM AKBAY(1)

1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, pediatrik ürolojide tıbbi sorulara cevap vermede yapay zekanın etkinliğini değerlendirmektir. Yapay zeka cevaplarını belirlenmiş kaynaklardan elde edilen objektif verilerle karşılaştırarak yapay zekanın doğruluğunu ve güvenilirliğini değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

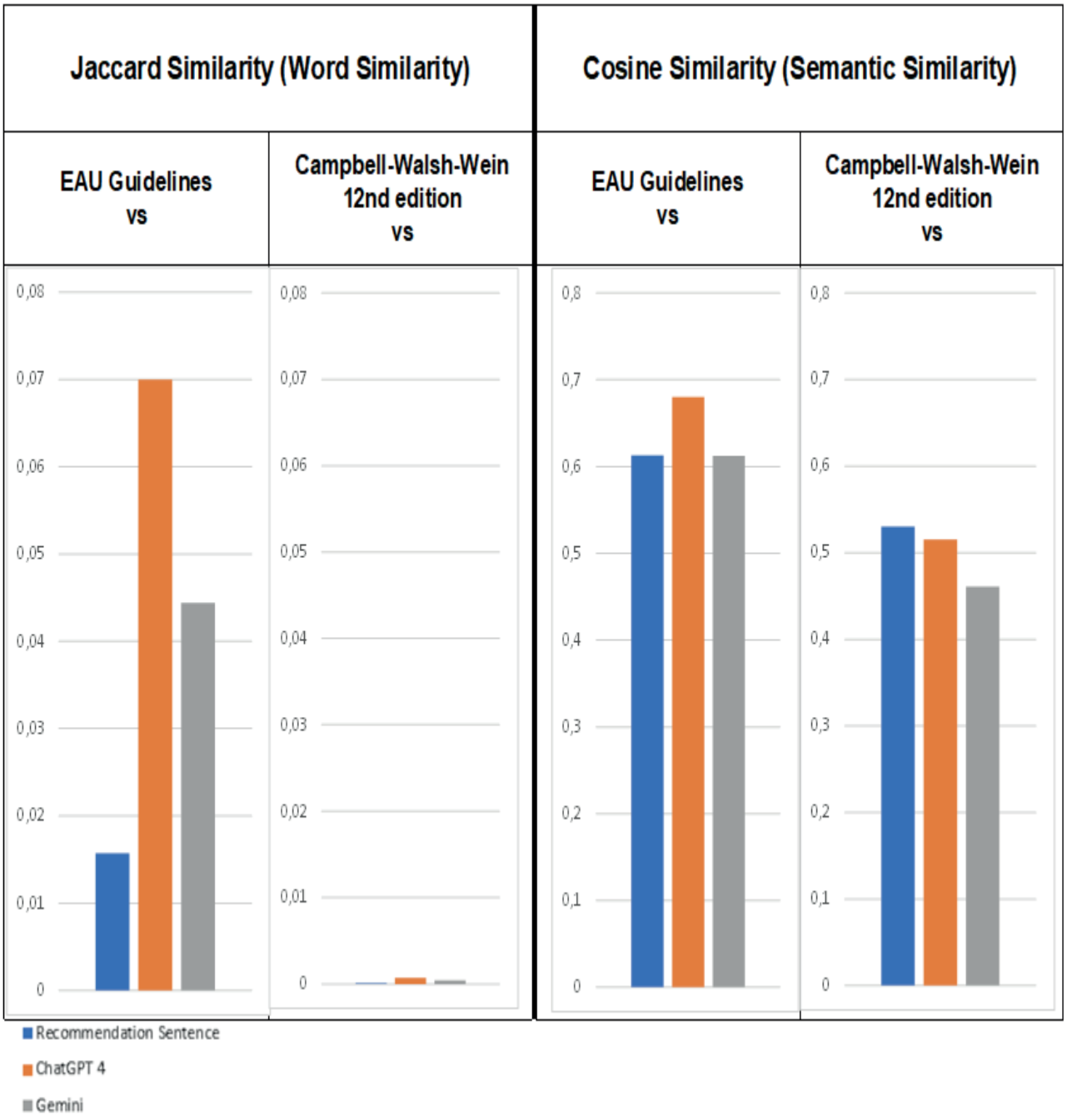
Pediatrik üroloji kılavuzlarından 180 öneriyi toplanmış ve bunları hasta dostu sorulara dönüştürülmüştür. Daha sonra ChatGPT-4 ve Gemini yapay zeka modellerine bu sorular sorulmuştur. Yapay zeka cevaplarını orijinal öneriler ve ilgili tıp kitaplarıyla kelime gömme, kosinüs benzerliği ve Jaccard benzerliği tekniklerini kullanarak karşılaştırmışlardır.

BULGULAR

Yapay zeka modelleri, kılavuzlardan daha yüksek kelime benzerlik puanları elde etmişlerdir, ancak semantik benzerlik puanları beklenenden düşüktü. Bu durum, yapay zeka cevaplarının daha fazla kelime kullandığını ancak kılavuzlarla aynı anlamı iletmeyebileceğini göstermektedir. Ayrıca, ChatGPT-4 ve Gemini arasında farklılıklar bulunmuş, ChatGPT-4'ün referans materyallerle genel olarak daha büyük benzerlik gösterdiği görülmüştür. Kelime benzerliği analizinde, AI tarafından üretilen sorular ile kılavuz önerileri arasında ortalama 0.3272 ± 0.1105 benzerlik belirlendi. Bu değer, sözcükler arasında geçen kavramsal örtüşmeyi gösterirken, benzerlik aralığı 0.06 ile 0.74 arasında değişti. Semantik benzerlik ise daha yüksek olarak ortalama 0.8982 ± 0.0536 olarak hesaplandı ve değerler 0.66 ile 0.98 arasında değişti, bu da sorular ile öneriler arasında anlamda uyum olduğunu gösterdi.AI yanıtlarının kılavuz önerileri ile karşılaştırılması sonucunda, sözcük benzerliği oranlarının kılavuz cümleleri arasındaki benzerlik oranlarından 2.8 ila 7 kat daha yüksek olduğu bulundu. Özellikle, ChatGPT-4 yanıtlarının, Gemini'ye kıyasla EAU 2024 kılavuzları ve Campbell-Walsh-Wein ile yaklaşık olarak 1.5 kat daha fazla benzerlik gösterdiği saptandı.Semantik benzerlik açısından, ChatGPT-4 yanıtlarının EAU 2024 kılavuzları ile daha uyumlu olduğu, ancak Gemini yanıtlarının ise kılavuz önerileri ile daha fazla benzerlik gösterdiği görüldü. Bu farklılık, farklı AI modellerinin tıbbi kılavuz içeriğini nasıl yorumladığını ve ne ölçüde uyum sağladığını göstermektedir.

SONUÇ

Bu çalışma, yapay zeka modellerinin şu anki durumda pediatrik ürolojide kurulmuş tıbbi bilgiyi doğru bir şekilde yansıtmada sınırlamaları olduğunu ortaya koymuştur. Bulgular, yapay zekanın tıbbi karar vermede yalnızca güvenmemesi gerektiğini ve doğruluğunu ile güncel tıbbi kılavuzlarla uyumunu artırmak için daha fazla geliştirme gerektiğini önermektedir.


Jaccard Similarity (Word Similarity)
Cosine Similarity (Semantic Similarity)
EAU Guidelines vs
Campbell-Walsh-Wein 12nd edition vs
EAU Guidelines vs
Campbell-Walsh-Wein 12nd edition vs
0,08
0,07
0,06
0,05
0,04
0,03
0,02
0,01
0
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
Recommendation Sentence
ChatGPT 4
Gemini

SB-38) GÖMÜK PENİSİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE SUPRAPUBİK LİPEKTOMİ VE PENOSKROTAL Z-PLASTİ; UZUN DÖNEM SONUÇLAR VE HASTA MEMNUNİYETİ

MUHLİS ÜNAL(1) ENGİN TELLİ(1) KUTLUCAN ÇAKMAK(1) ENES ABDULLAH BAYNAL(1) OMAR ALZAMO(1) MUSTAFA MELİH ÇULHA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Penis kısalığı nedeniyle başvuran hastaların bir kısmında gömük penis ve skrotal web teşhis edilmektedir. Bu olgularda kliniğimizde uzun süredir uygulanan suprapubik lipektomi ve penoskrotal Z-plasti ameliyatının etkinliğini, uzun dönem sonuçlarını ve hasta memnuniyetini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
2008-2023 yılları arasında penis kısalığı yakınması ile başvuran ve gömük penis teşhis edilen 61 olgu opere edilmiştir. Ortalama yaş 37,6±7,1, vücut kitle endeksi ortanca 26,2 kg/m2 (20,4-31,7kg/m2) ve gerdirilmiş penis boyu ortalama 10,3±2,4cm olarak hesaplandı. 2 olguda (%3,2) peyronie hastalığı, 2 olguda (%3,2) konjenital mikropenis, 8 olguda penil protez implantasyonu sonrası penis kısalığı yakınması vardı. Diğer 49(%80,3) olguda sadece gömük penis ve skrotal web tespit edildi.

BULGULAR
Peroperatif komplikasyon izlenmedi. Operasyon süresi ortalama 75±11,2 dakika hesaplandı. Postoperatif izlemde 41 olguda (%67,2) yara yeri ve peniste ödem, 22(%36) olguda suprapubik yara yeri açılması, 1 olguda (%1,6) yara yeri enfeksiyonu saptandı. Hastanede yatış süresi ortalama 2,2 gün (1-7) olarak hesaplandı. Ortalama izlem süresi 34 ay (5-51)dır. Olgularda gerdirilmiş penis boyu cerrahi sonrası ortalama 2,3cm±1,1 arttı. Olguların 50'si (%81,9) postoperatif sonuçtan memnun olduğunu ve geçmişe dönüş olduğunda bu tedaviyi tekrar olacaklarını ifade ettiler.

SONUÇ
Gömük penisin cerrahi tedavisinde klinik olarak kendi geliştirdiğimiz yöntemin uzun dönem sonuçları cesaret vericidir.

SB-39) LAZER-LİTOTRİPSİ VE LAZER-LİTOTRİPSİ HARİCİ ZAMAN RIRS SONUÇLARI İÇİN ÖNEMLİ Mİ? RIRSEARCH GRUBUNDAN BİR RETROSPEKTİF ÇALIŞMA: İLK SONUÇLAR

KEREM TEKE(1) NACİ BURAK ÇINAR(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(2)
OKTAY ÖZMAN(3) ÖNDER ÇINAR(4) MEHMET FATİH ŞAHİN(5) HAKAN ÇAKIR(6)
HACI MURAT AKGÜL(7) CEM BAŞATAÇ(8) MUSTAFA BİLAL TUNA(9) CENK MURAT YAZICI(5)
EYÜP BURAK SANCAK(10) HALUK AKPINAR(8) BÜLENT ÖNAL(2)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
4. MEDİCANA HASTANESİ
5. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. ÖZEL ACIBADEM FULYA HASTANESİ
7. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
8. FLORENCE NİGHTİNGALE
9. ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Operasyon süresinin Retrograd Intrarenal Cerrahi (RIRS) komplikasyonlarını artırdığı bilinmektedir. Operasyon süresini artıran faktörler sadece taş yüküne bağlı lazer litotripsi zamanıyla sınırlı değildir; ayrıca üst üriner sisteme ulaşma zorlukları veya üriner diversiyon gibi lazer litotripsi dışı faktörler de etkili olabilir. Bu nedenle çalışmamızda lazer-litotripsi zamanının (LLz) ya da lazer-litotripsi harici zamanın (LLhz) yüksekliği ile RIRS sonuçları arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2024'e kadar kayıtlı 2001 RIRS prosedürünün kayıtlıları RIRSearch veritabanından retrospektif olarak çekildi. 18 yaş üzeri olan ve operasyon süre kayıtları tutulmuş olan 927 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplam RIRS prosedür sürelerinden LLz'ı çıkartılması ile LLhz bulundu. RIRS prosedürü ile birlikte, LLz ve LLhz sürelerinin ortanca değerleri bulunarak, ortanca değerin üzerinde olan süreler yüksek, kalan hastalar ise düşük olarak kategorize edildi. RIRS prosedürü, LLz ve LLhz'e göre düşük ve yüksek olarak kategorize edilen hastalar kendi içlerinde demografik, intraoperatif veriler ve RIRS sonuçları (perop/postop komplikasyon, ikincil tedavi ihtiyacı, cerrahi başarı) açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 927 hastanın toplam RIRS operasyon süreleri 60 dk (IQR %25-75: 45-75)'idi. Ortanca LLz ve LLhz değerleri sırasıyla olup 45 (IQR %25-75: 30-60) ve 15 dk (IQR %25-75: 10-25)'idi. Toplam RIRS süresi 60 dk üzeri olan hastalarda multifokal taş lokalizasyon oranı, taş sayısı, taş yükü ve taş dansitesi istatistiksel olarak daha yüksekti. Buna paralel olarak 60 dk'dan uzun RIRS prosedürlerinde perop komplikasyon (%7,6 vs %2,7), cerrahi başarısızlık (%38,3 vs %18,7) ve ikincil tedavi oranları (%14,2 vs %3,7) istatistiksel olarak daha fazla izlendi. Toplam RIRS süresi 60 dk üzeri olan hastalarda postop komplikasyon oranı (%9.4 vs %7) fazla olmasına rağmen istatistiksel bir fark izlenmedi. Hastalar LLz açısından kategorize edildiğinde 45 dk dan uzun prosedürler daha kısa prosedürlere göre multifokal taş lokalizasyon oranı, taş sayısı, taş yükü ve taş dansitesine göre istatistiksel olarak daha fazla olması dikkat çekti. Yine LLz 45 dk dan daha uzun prosedürlerde perop komplikasyon (%6,7 vs %3,5), cerrahi başarızlık (%39 vs %19,1) ve ikincil tedavi oranı (%13,8 vs %4,4) istatistiksel olarak yüksek izlendi ($p<0,05$). Hastalar son olarak LLhz açısından kategorize edildiğinde 15 dk dan uzun LLhz süreye sahip hastalar daha kısa prosedürlere göre multifokal taş lokalizasyon oranı, taş sayısına göre istatistiksel olarak fazla olup, taş yükünün benzer olması dikkat çekti. Ayrıca taş dansitesi LLhz açısından kısa prosedürlerde daha istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı.

Ancak, LLhz 15 dk üzerinde ve daha kısa prosedürlerde postop komplikasyon (%8,4 vs %7,7), cerrahi başarısızlık (%27,8 vs %26) ve ikincil tedavi (%69,3 vs %73,3) açısından fark olmadığı dikkat çekti. Llhz, 15 dk üzeri olan olgularda sadece perop komplikasyon oranı daha kısa prosedürlere göre istatistiksel olarak daha fazla idi (sırasıyla %7,1 vs %3,1 p<0,05, Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmamıza göre LLz peroperatif RIRS komplikasyonları, cerrahi başarısızlık ve ikincil tedavi ihtiyacı gibi RIRS sonuçları ile ilişkili bulunmuşken, LLhz ile sadece peroperatif RIRS komplikasyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

-		Toplam RIRS süresine göre sınıflama			Lazer litotripsi zamanına göre (LLz-s)			Lazer-litotripsi harici zaman (LLh-zs)	
Süre, dk, Medyan (IQR %25-75)	-	60 (45-75)	-	-	45 (30-60)	-	-	15 (10-25)	-
-	Düşük	Yüksek (>60)	p	Düşük	Yüksek (>45)	p	Düşük	Yüksek (>15)	p
n, (%)	546(58,9)	381(41,1)	-	571(61,6)	356(38,4)	-	546(58,9)	381(41,1)	-
Yaş, ortalama±SD	47,6(13,7)	49(13)	0,107 ¶	47,7(13,7)	49(13)	0,129 ¶	47,7(13,3)	48,9(13,7)	0,186 ¶
Cinsiyet	-	-	0,548 *	-	-	0,03*	-	-	0,548 *
Erkek	342(62,6)	246(64,6)	-	347(60,8)	241(67,7)	-	342(62,6)	246(64,6)	-
Kadın	204(37,4)	135(35,4)	-	224(39,2)	115(32,3)	-	204(37,4)	135(35,4)	-
Taraf	-	-	0,616 *	-	-	0,592 *	-	-	0,079 *
Sağ	280(51,3)	189(49,6)	-	290(50,8)	180(50,6)	-	270(49,5)	198(52)	-
Sol	266(48,7)	192(50,4)	-	281(49,2)	176(49,4)	-	276(50,5)	183(48)	-
Vücut kitle indeksi, ortalama±SD	26,6(3,7)	27,8(3,9)	<0,001¶	26,7(3,7)	27,7(3,9)	<0,001¶	26,6(3,6)	27,7(4)	<0,001¶
Charlson komorbidite indeksi, medyan (IQR)	1(0-2)	1(0-3)	0,098 ¥	1(0-2,25)	2(0-3)	0,138 ¥	1(0-2)	1(0-3)	0,087 ¥
Preoperatif kreatinin, mg/dl ortalama±SD	0,9(0,3)	0,91(0,2)	0,664 ¶	0,9(0,3)	0,91(0,2)	0,615 ¶	0,9(0,3)	0,91(0,2)	0,687 ¶
Taş yükü, medyan (IQR)	444,1(73,4-1293,8)	1356(611-1890)	0,001 ¥	499,1(147,8-1189,2)	1400(545,3-1872)	0,003 ¥	1121,5(889,2-1385,2)	1045(850-1245)	0,362 ¥

-	_	Toplam RIRS süresine göre sınıflama	__	___	Lazer litotripsi zamanına göre (LLz-s)	____	_____	Lazer-litotripsi harici zaman (LLh-zs)	_____
Taş dansitesi, Hounsfield unit, ortalama±SD	1059,1(339,8)	1144,3(304)	<0,001¶	1052,2(334,3)	1161,2(306,8)	<0,001¶	1135,1(341,7)	1034(297,9)	<0,001¶
Preoperatif DJ stentli olma durumu	-	-	0,892*	-	-	0,434*	-	-	0,222*
Yok	320(58,6)	225(59,1)	-	330(57,8)	215(60,4)	-	330(60,4)	215(56,4)	-
Var	226(41,4)	156(40,9)	-	241(42,2)	141(39,6)	-	216(39,6)	166(43,6)	-
Taş sayısı	-	-	<0,001*	-	-	<0,001*	-	-	<0,001*
Tek	490(89,7)	248(65,1)	-	503(88,1)	235(66)	-	459(84,1)	279(73,2)	-
Multiple	56(10,3)	133(34,9)	-	68(11,9)	121(34)	-	87(15,9)	102(26,8)	-
Lokalizasyon	-	-	<0,001*	-	-	<0,001*	-	-	<0,001*
Üst kaliks	10(1,8)	10 (2,6)	-	9(1,6)	11(3,1)	-	10(1,8)	10(2,6)	-
Orta Kaliks	36(6,6)	16(4,2)	-	38(6,7)	14(3,9)	-	33(6)	19(5)	-
Alt kaliks	125(22,9)	63(16,5)	-	123(21,5)	65(18,3)	-	120(22)	68(17,8)	-
Renal pelvis	145(26,6)	118(31)	-	147(25,7)	116(32,6)	-	164(30)	99(26)	-
Üst üreter	201(36,8)	76(19,9)	-	210(36,8)	67(18,8)	-	166(30,4)	111(29,1)	-
Multifokal	29(5,3)	98(25,7)	-	44(7,7)	83(23,3)	-	53(9,7)	74(19,4)	-
Üreteral erişim kılıfı (ÜEK)	-	-	0,725*	-	-	0,561*	-	-	0,049*
Yok	66(12,1)	49(12,9)	-	68(11,9)	47(13,2)	-	58(10,6)	57(15)	-
Var	480(87,9)	332(87,1)	-	503(88,1)	309(86,8)	-	488(89,4)	324(85)	-
ÜEK kullanıldıysa boyut	-	-	0,123*	-	-	0,134*	-	-	<0,001*
9.5-11.5 Fr	0	1(0,3)	-	0	1(0,3)	-	0	1(0,3)	-
10-12 Fr	467(85,5)	324(85)	-	486(85,1)	305(85,7)	-	487(89,2)	304(79,8)	-
11-13 Fr	0	3(0,8)	-	2(0,4)	1(0,3)	-	0	3(0,8)	-
12-14 Fr	12(2,2)	3(0,8)	-	14(2,5)	1(0,3)	-	0	15(3,9)	-
13-15 Fr	1(0,2)	1(0,3)	-	1(0,2)	1(0,3)	-	1(0,2)	1(0,3)	-
Alt üreteral dilatasyon	-	-	0,347*	-	-	0,997*	-	-	0,001*
Yok	6(1,1)	7(1,8)	-	8(1,4)	5(1,4)	-	2(0,4)	11(2,9)	-
Var	540(98,9)	374(98,2)	-	563(98,6)	351(98,6)	-	544(99,6)	370(97,1)	-

-		Toplam RIRS süresine göre sınıflama			Lazer litotripsi zamanına göre (LLz-s)			Lazer-litotripsi harici zaman (LLh-zs)	
Floroskopi süresi, dk, ortalama±SD	5,2(30,7)	6,3(35,9)	0,613 ¶	7,2(40,9)	3,2(11,5)	0,068 ¶	1,4(2,2)	11,9(50,8)	0,084 ¶
Toplam operasyon süresi, dk, medyan (IQR)	45(45-60)	80(70,5-100)	<0,001¥	48(45-60)	80(70-100)	<0,001¥	55(45-65)	75(60-90)	<0,001¥
Postop Diversiyon Yöntemi (Double J Stent), n (%)	546(100)	381(100)	na	571(100)	356(100)	na	546(100)	381(100)	na
Hastanede yatış süresi, gün, ortalama±SD	1,29(1,3)	1,39(1,7)	0,323 ¶	1,31(1,4)	1,36(1,6)	0,628 ¶	1,4(1,7)	1,22(1,2)	0,076 ¶
Perop komplikasyon, n (%)	15(2,7)	29(7,6)	0,001 *	20(3,5)	24(6,7)	0,024 *	17(3,1)	27(7,1)	0,005 *
Postop komplikasyon, n (%)	38(7)	36(9,4)	0,168 *	41(7,2)	33(9,3)	0,252 *	42(7,7)	32(8,4)	0,693 *
İkincil tedavi gereksinimi, n (%)	20(3,7)	54(14,2)	<0,001*	25(4,4)	49(13,8)	<0,001*	400(73,3)	264(69,3)	0,414 *
Cerrahi başarısızlık, n (%)	102(18,7)	146(38,3)	<0,001*	109(19,1)	139(39)	<0,001*	142(26)	106(27,8)	0,462 *

Demografik, intraoperatif ve Retrograd Intrarenal Cerrahi (RIRS) sonuçlarının toplam RIRS süresi, LLz ve LLhz'ına göre değerlendirilmesi.

SB-40) BENİGN PROSTAT HİPERTROFİSİ (BPH) NEDENİYLE ENDOSKOPİK PROSTAT CERRAHİSİ PLANLANAN HASTALARDA PRE-OPERATİF IPSS-QOL, QMAX VE PROSTAT VOLÜMÜ İLE SF-36 YAŞAM KALİTESİ SORGULAMA ÖLÇEĞİNİN ALAN SKORLARI ARASINDAKİ KORELASYONU

ONUR KİZER(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(2) MEHMED EMİN KAYACAN(3)
EREN CAN AYDIN(4) MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(5) AHMET YILMAZ(6)
ALİ CAN ALBAZ(6) KASIM EMRE ERGÜN(7) İLKER AKARKEN(4) VOLKAN ŞEN(3)
MEHMET OĞUZ ŞAHİN(8) BORA İRER(9) OKTAY ÜÇER(6)

1. ÖZEL MEDİFEMA HASTANESİ
2. BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
5. SOMA DEVLET HASTANESİ
6. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ
7. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
8. MANİSA ŞEHİR HASTANESİ
9. İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EŞREFPAŞA HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hipertrofisi (BPH) nedeniyle Endoskopik prostat cerrahi planlanan hastalarda pre-operatif IPSS-QoL, Qmax ve prostat volümü ile SF-36 yaşam kalitesi sorgulama ölçeğinin alan skorları arasındaki korelasyonu değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Sekiz farklı merkezden BPH nedeniyle Endoskopik BPH cerrahisi planlanan 124 hasta çalışmaya alındı. Pre-operatif değerlendirme sırasında hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini ve IPSS ve QoL değerlendirme formunu doldurdu. Hastaların demografik verileri ve üroflowmetri değerleri ve prostat volümleri gibi klinik özellikleri kaydedildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 68,23±8,23 olarak hesaplandı. Hastaların 29'u (%22,7) akut üriner retansiyon ile başvurdu. 4 (%3,1) hastada KBY, 70 (%54,7) hastada HT, 34 (%26,6) hastada DM, 29 (%22,7) hastada ASKH, 15 (%11,7) hastada KOAH, 12 (%9,4) hastada KKY komorbiditesi eşlik etmekteydi. Hastaların ortanca IPSS QoL değerleri, Klinik verileri ve SF-36 alan skorlarına ait ortanca ve min-max değerleri Tablo 1 de sunulmuştur. SPSS analizleri sonucunda SF-36 formunun 8 farklı alt parametresi ile IPSS-QoL, Q max ve prostat volümleri arasındaki ilişki değerlendirildi (Tablo 2).Korolesyon analizi sonuçlarına göre IPSS-QoL ile SF-36 alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken; Q max, prostat volümü ile SF-36 alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 2).

SONUÇ

IPSS skorları ile SF-36 alan skorları arasında ilişki olduğu, IPSS skorları şiddetli olan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna varıldı.

Tablo 1: Hastaların klinik özellikleri, IPSS QoL ve SF-36 ölçek skorları

Klinik parametre	**Ortanca (minimum-maksimum)**
Qmax (ml/sn)	12,0 (2-45)
İşeme hacmi (ml)	224,0 (131-1000)
Prostat volümü (cc)	40,0 (9-174)
Toplam IPSS QoL skoru	18,0 (5-34)
SF-36 Fiziksel fonksiyon	75,0 (0-100)
SF-36 Fiziksel rol	50,0 (0-100)
SF-36 Emosyonel rol	41,6 (0-100)
SF-36 Enerji	55,0 (5-95)
SF-36 Ruhsal	64,0 (8-100)
SF-36 Sosyal	62,5 (0-100)
SF-36 Ağrı	67,5 (0-100)
SF-36 Genel sağlık	50,0 (10-95)

Tablo 2: IPSS-QoL, Qmax ve prostat volümü ile SF-36 yaşam kalitesi sorgulama ölçeğinin alan skorları arasındaki korelasyon

	IPSS QoL toplam skor		**Qmax**		**Prostat volümü**	
	R değeri	**P değeri**	**R değeri**	**P değeri**	**R değeri**	**P değeri**
SF-36 Fiziksel fonksiyon	-0,416	<0,01	0,031	0,732	0,012	0,895
SF-36 Fiziksel rol	-0,373	<0,01	0,098	0,281	0,119	0,110
SF-36 Emosyonel rol	-0,157	0,081	0,133	0,140	-0,116	0,201
SF-36 Enerji	-0,434	<0,01	0,056	0,536	-0,034	0,704
SF-36 Ruhsal	-0,404	<0,01	-0,005	0,955	0,159	0,078
SF-36 Sosyal	-0,457	<0,01	0,159	0,078	-0,031	0,736
SF-36 Ağrı	-0,384	<0,01	0,109	0,229	0,047	0,606
SF-36 Genel sağlık	-0,516	<0,01	0,100	0,229	0,038	0,674

SB-41) SKROTAL AĞRININ VARİKÖZ VEN ÇAPI VE REFLÜ SÜRESİNE ETKİSİ

HALİL DEMİRÇAKAN(1) HÜSEYİN GÜLTEKİN (2) SERDAR TOKSÖZ(3)

1. ÇUMRA DEVLET HASTANESİ
2. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
3. ANKARA SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, skrotal ağrı varlığının variköz ven çapı ve reflü süresi üzerindeki etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya infertilite veya skrotal ağrı nedenli polikliniğimize başvuran ve fizik muayene ile klinik varikosel tanısı konulan 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. Hastalar başvuru anında yapılan fizik muayene ile varikosel derecelerine göre (grade 1, grade 2 ve grade 3) üç gruba ayrıldı. Hastaların ağrı düzeyleri, variköz ven çapları ve reflü süreleri ağrı palyasyonu öncesi ve sonrası iki dönemde skrotal doppler usg ile prospektif olarak değerlendirildi ve sonuçlar karşılaştırıldı.

BULGULAR
Ağrı palyasyonu sonrası VAS skoru ortancası, ağrılı döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü (5 vs 1 puan, $p<0.001$). Tüm hastalar değerlendirildiğinde, ağrı palyasyonu sonrası hem istirahat hem de valsalva esnasında ölçülen variköz ven çapı ortancası ağrılı döneme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (istirahatte 2.4 vs 2.3 mm, $p=0.002$; valsalvada 2.8 vs 2.3 mm, $p=0.001$). Grade 1 varikoseli olan alt grupta variköz ven çapları, iki dönemde benzerlik gösterdi. Hem istirahat hem de valsalva esnasında ölçülen reflü süresi ortancası tüm hastalar ve alt gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, ağrı palyasyonu sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede kısaldı.

SONUÇ
Sonuç olarak, bu çalışma skrotal ağrı nedenli başvuran klinik varikoselli hastaların uygun ağrı palyasyonu sonrasında skrotal doppler US ile değerlendirilmelerinin daha doğru variköz ven çapı ve reflü süresi ölçümüne katkı sağlayacağını göstermektedir.

Table 1. Comparative analysis of VAS scores before and after analgesic treatment according to varicocele grade

	VAS score (sec) (median (IQR))		
Varicocele Grades	**Before Analgesic Treatment**	**After Analgesic Treatment**	**p**
Grade 1 (n=13)	5 (5-5.5)	2 (1-2)	**0.001**
Grade 2 (n=29)	5 (4-6)	1 (1-2.5)	**<0.001**
Grade 3 (n=10)	6 (4-6.2)	1 (0-2)	**0.005**
All cases (n=52)	5 (4-6)	1 (1-2)	**<0.001**

IQR: Interquartile Range, VAS: Visual Analogue Scale
R: VAS scores rest, V: VAS scores in Valsalva

Table 2. Comparative analysis of testicular vein diameters before and after analgesic treatment according to varicocele grade

		Testicular Vein Diameter (mm) (median (IQR))		
Varicocele Grades		**Before Analgesic Treatment**	**After Analgesic Treatment**	**p**
Grade 1 (n=13)	**R**	1.9 (1.8-2.1)	1.8 (1.6-2.1)	0.522
	V	2.1 (1.8-2.4)	1.8 (1.6-2.4)	0.45
Grade 2 (n=29)	**R**	2.5 (2.2-2.5)	2.4 (2-2.4)	**0.027**
	V	2.8 (2.6-2.9)	2.5 (2.1-2.8)	**0.003**
Grade 3 (n=10)	**R**	3.2 (3-3.3)	3 (2.3-3.2)	**0.007**
	V	3.2 (3.1-3.6)	3.1 (2.6-3.6)	**0.043**
All cases	**R**	2.4 (2-2.6)	2.3 (1.8-2.4)	**0.002**
	V	2.8 (2.3-2.9)	2.3 (2.1-2.8)	**0.001**

IQR: Interquartile Range
R: Measured vein diameter in doppler ultrasonography at rest, V: Measured vein diameter in Doppler ultrasonography performed in Valsalva

Table 3. Comparative analysis of reflux times before and after analgesic treatment according to varicocele grade

		Reflux Time (sec) (median (IQR))		
Varicocele Grades		**Before Analgesic Treatment**	**After Analgesic Treatment**	**p**
Grade 1 (n=13)	**R**	1 (1-2)	0 (0-0)	**0.002**
	V	2 (2-3)	1 (1-2)	**0.002**
Grade 2 (n=29)	**R**	1 (1-2)	0 (0-1)	**<0.001**
	V	2 (2-3)	1 (1-2)	**<0.001**
Grade 3 (n=10)	**R**	2 (1.7-3)	1 (1-1)	**0.009**
	V	3 (1.7-3)	2 (2-2)	**0.042**
All cases (n=52)	**R**	1 (1-2)	0 (0-1)	**<0.001**
	V	2 (2-3)	1 (1-2)	**<0.001**

IQR: Interquartile Range
R: Measured reflux times in doppler ultrasonography at rest, V: Measured reflux times in Doppler ultrasonography performed in Valsalva

SB-42) RADİKAL SİSTEKTOMİ HASTALARINDA NEFROLÜRETEROİLEAL STENTİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

EMRE ALBAYRAK(1) EMRE ÜNAL(2) RABİA HIZARCI(1) MESUT ALTAN(1)
MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) BÜLENT AKDOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ
Radikal sistektomi sonrası komplikasyon yönetimi için kullanılan nefroüreteroileal (NUİ) stentin uzun dönem sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2009 ile Ocak 2022 tarihleri arasında merkezimizde mesane kanseri nedeniyle yapılan 458 radikal sistektomi hastalarının verileri retrospektif olarak incelendi. NUİ stenti takılan hastaların işlem öncesi ve sonrasındaki kreatinin değerleri, görüntülemedeki HUN varlığı kayıt edildi. Tek taraflı NUİ takılan hastalarda radyolojik olarak HUN sebat etmesi veya artması başarısızlık olarak kabul edildi. Bilateral NUİ takılan hastalarda radyolojik olarak HUN sebat etmesi veya kreatin değerlerindeki progresyon başarısızlık olarak kabul edildi.

BULGULAR
16 tanesi unilateral olmak üzere toplamda 43 (%9,3) hastaya NUİ stent takıldığı görüldü. Bu hastaların ortanca takip süresi 32 (4-175) ay olarak bulundu. Her hastaya ortanca 3 (0-28) kez NUİ stent değişimi/revizyonu yapıldı. 14(%32) hastaya üriner ekstravazyon nedeniyle, 27(%62) hastaya ise darlık nedeniyle NUİ takıldığı görüldü. 19 (%44.2) hastada başarısızlık izlendi. 5 hastada takibin herhangi bir aşamasında ürosepsis gelişmiş olup 1 tanesi ürosepsis nedeniyle kaybedilmiştir. Başarılı ve başarısız grupta birer hastada üreteroarteriyel fistül gelişmiş olup, her ikiside endovasküler olarak tedavi edilmiştir.

SONUÇ
NUİ stent radikal sistektomi hastalarının uzun veya kısa dönem anastomoz komplikasyonlarının yönetimi için kullanılan önemli bir tedavi modalitesidir. Fakat uzun dönemde başarısı ve komplikasyonları tartışmalıdır.

SB-43) SÜNNET CERRAHİSİNDEKİ HATALI TIBBİ UYGULAMALAR ÜZERİNE YARGITAY KARARLARI IŞIĞINDA BİR İNCELEME

ALPER ŞİMŞEK(1) AYKUT BAŞER(2) ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ KOMPLİKASYON GRUBU(3)

1. SİVEREK DEVLET HASTENESİ
2. BANDIRMA ON YEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
3. ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ

AMAÇ
Dünya çapında en eski ve en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri olan sünnete küresel ilgi devam etmektedir. Dünyada ve ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddialarına ilişkin davalarda önemli bir artış görülmektedir. Psikolojik ve etik açıdan soru işaretleri bulunan sünnet cerrahisinde malpraktis iddialarına yol açan durumların tespit edilmesi, hata olarak kabul edilen ve mesleki açıdan riskli durumların tespit edilmesi ve bu eksikliklerin giderilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
2012-2022 yılları arasında karara bağlanan sünnet yanlış uygulama davalarına ilişkin Yargıtay temyiz kararlarını, Türkiye Cumhuriyeti Yargıtay'ın resmi internet sitesinde "sünnet" anahtar kelimesini kullanarak inceledik.

BULGULAR
Çalışmamızda belirlediğimiz kriterlere uyan 30 Yargıtay kararı incelenmiştir. Davaların tümünde hastalar reşit değildi. Bu 30 dava dosyalarının incelenmesi sonucunda, 17'si Hukuk Dairesi, 13'ü Ceza Daireside görülmüş. Yargıtay kararlarının 17 (%56,7)'unun hukuk (tazminat) davası, 13 (%43,3)'ünün ceza davası hakkında olduğu belirlenmiştir. Ceza dava dosyalarında isnat edilen suç tipleri incelendiğinde, 1 dosyada "taksirle öldürme", 12 dosyada "taksirle yaralama" suçları iddiasıyla ceza davası açıldığı görülmüştür. İncelenen kararlarda dava açılan 23 kişi sağlık çalışanı, 3 kişi yetkisiz kişiydi. 4 davada ise sünnet yapan kişi belirsizdi. Sünnet yapan 23 sağlık çalışanlarının 4'ü yardımcı sağlık personeli, 4'ü genel cerrah, 2'si çocuk cerrahisi uzmanı, 2'si ürolog olmakla birlikte 11 doktorun branşı belli değildi. İncelenen dosyalarda 13 taksirle yaralama (43.3), 6 özen eksikliği (%20), 6 hatalı işlem (%20), 2 toplu sünnet kurallarına uymama (%6.7), 1 taksirli öldürme (%3.3) iddiaları nedeni ile dava açıldığı görüldü. 2 dosyada (%6.7) ise kusur türü belirtilmemişti.

SONUÇ
Özellikle çocuk hastalarda sıklıkla uygulanan ve diğer çocuk ameliyatlarına göre daha sık malpraktis davalarına konu olan sünnet için fiziki koşulların uygun olması ve sağlık personelinin yeterli eğitime sahip olması gerekmektedir.

Tablo 1. Hatalı Tıbbi Uygulama İddiası ile Dava Açılan kişilerin Görev Alanı/Branşlarına Ait Bilgiler

Görev Alanı/Branş	n(%)
Hekim (branş belirtilmemiş)	11(36.7)
Yardımcı Sağlık Personeli	4(13.3)
Genel Cerrah	4(13.3)
Çocuk Cerrahisi Uzmanı	2(6.7)
Ürolog	2(6.7)
Yetkisiz Kişi	3(10)
Belirsiz Kişi	4(13.3)
Toplam	30(100)

Tablo 2. Sünnete ilişkin kusur türü

Kusur Türü	n(%)
Taksirle yaralama	13(43.3)
Özen eksikliği	6(%20)
Hatalı işlem	6(%20)
Toplu sünnet kurallarına uymama	2(%6.7)
Taksirle öldürme	1(%3.3)
Belirtilmemiş	2(%6.7)
Toplam	30(%100)

Tablo 3. Yargıtay kararlarına ilişkin bilgiler (kusur bilgileri)

	Yargıtayda davaların görüldüğü mahkemeler		
Rapor sonucu	Ceza mahkemesi n(%)	Hukuk mahkemesi n(%)	
Kusurlu	8(%26.7)	16(53.3)	24(%80)
Kusursuz	2(%6.7)	0	2(%6.7)
Komplikasyon/Kusur ayrımı yapılamamış	2(%6.7)	1(%3.3)	3(%10)
Kusur verilmiş, illiyet kurulmamış	1(%3.3)	0(%0)	1(%3.3)
Toplam	13(%43.3)	17(%56,7)	30

Tablo 4. İlk Derece Mahkemeler ve Yargıtay Dairelerince Verilen Kararlara İlişkin Bilgiler

	İlk Derece Mahkemelerince Verilen Karar		
Yargıtay Dairelerince Verilen Karar	Sünnet Yapan Lehine n(%)	Sünnet Yapan Aleyhine n(%)	
Bozma	18(%60)	2(%6.7)	20(%66.7)
Onama	2(%6.7)	5(%16.7)	7(%23.3)
Tekrar İnceleme	3(%10)	0	3(%10)
Toplam	23(%76.7)	7(%23.3)	30(%100)

SB-44) PLASTİK ŞİŞEYE PENETRE OLAN PENİS YARALANMASI VE ONARIMI

BURAK YILMAZ(1)

1. OSMANİYE DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Plastik şişeye sıkışıp kompartman sendromu benzeri tabloya giden penisden cismin uzaklaştırılması ve onarımındaki tecrübemizi paylaşmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

52 yaş mental retardasyonu olan hasta evde cinsel uyarı almak maksadıyla penisini sönümlenmiş halde 500 ml lik plastik pet şişeye penetre etmiş. Penis erekte olduğunda penis gövdesi ve glansı geri çıkaramamış ve içeride kalmış. Evde kendi imkanı ile plastik şişenin etrafını bıçak ve makas yardımıyla kesmiş. Ancak pet şişenin sert ağzını ve yakın olan kısıma müdahele edememiş. Sağlık hizmetine başvurmaktan çekindiği anlaşılan hasta sert menevralar ile plastik şişeyi çıkarmaya çalışırken kesilmiş olan plastik şişe kenarının penis gövdesini korpuslara kadar yaralamış. Aktif kanaması olan hasta ambulans ile acil servise getirilmiş.

BULGULAR

Hasta acil servisde muayene edildiğinde. Penis gövdesinde dorsalde yaklaşık 5cm lik açık ve kanayan yara ile karşılaşıldı. Plastik şişe ağzına yakın kesimden kesilmiş, glans ve penil gövde ödemli görünümdeydi. Hasta operasyona alındı gerekli arıtım ve örtümü takiben önce alçı makası ile şişenin ağzında bulunan sert plastik kesilmeye çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Ardından ortopedi bölümünün kullandığı tel ve çivileri kesmek amacıya kullanılan makas ile deneme yapıldı ancak güveni ve yeterli olmadığından başarılı olunamadı. Ardından beyin cerrahi bölümünün kullandığı kalın grasperlar ile plastik şişe ağız kısmının laterallerinden tutularak laterallere doğru çekilerek ortopedi bölümünde kullanılan disk motor ile plastiş şişe penil şafta paralel şekilde kesildi ve uzaklaştırıldı. Tekrar povidin iyot ile temizlik yapıldı. Üretral mesane sondası takıldı. Kanama kontrol altına alındı. Korpus fasyası ve cilt onarıldı. Pansumanı yapılıp coban bandajı ile sarıldı. Penis yukarı dönük şekilde gövdeye bantlandı.

SONUÇ

Toplumda cinsel sapkınlık veya çeşitli amaçlarla bu tür durumlarla karşı karşıya gelmek kaçınılmazdır. Kişilerin bu durumdan çekinip sağlık merkezine geç başvurmaları olasıdır. Ürolojik ekipmanlar ile çözümün yetersiz kaldığı bu gibi durumlarda yaratıcı olmak ve diğer bölümlerin aletlerinden destek almak zaten gecikmiş olarak gelen hastaya zaman kaybetmeden müdahale etmekte faydalı olacaktır.

SB-45) DÜZENSİZ PREDNİZOLON KULLANIMI OLAN HASTADA POSTOPERATİF MESANE FİSTÜL GELİŞİMİ

CEMİL AYDIN(1) MUSTAFA GÜDER(1) MUSA EKİCİ(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) ALPKON TORUN(1) METİN KIZGIN(1) AHMET TAŞCI(2) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Kontrolsüz steroid kullanan hastada doku iyileşme bozukluğuna bağlı oluşan fistül deneyimimizi göstermek istedik

GEREÇ-YÖNTEM
Addison krizi adrenal yetmezliğe bağlı gelişen ve hayatı tehdit eden bir şok tablosudur. Ciddi halsizlik, tansiyon düşüklüğü, bulantı, kusma, karın ağrısı, bilinç bulanıklığı ve sıvı elektrolit kaybı ile seyreder. Genellikle vücutta stres oluşturan bir durum (fiziki stres, cerrahi stres, travma ve enfeksiyon) varlığında Addison krizi gelişmektedir.

BULGULAR
Olgu: Bilinen ek hastalığı ve antikoagülan kullanımı olmayan, glob vezikale nedeniyle dış merkezde sondalı takip edilen hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan görüntülemelerinde prostat hacmi 300 cc, PSA: 8 ng/dl, RT: G1 benign, TRUS-BX patolojisi BPH saptanmış olup operasyon kararı alındı.
Transvezikal prostatektomi yapılan hasta, postop 7. günde dreni alınarak taburcu edildi, taburcu olduktan 3 gün sonra sondası alınan hastanın, sondası alındıktan sonra yara yerinde seröz akıntısı olan(Resim 1) hasta takip ve tedavi amacıyla servise yatışı gerçekleştirildi. Hastaya tekrar sonda takıldı.
Takiplerinde yara yerinde seröz akıntısı devam eden hasta tekrar operasyona alındı. Mesane anteriordan 8cm açık olduğu görüldü. Mesane 2.0 vicrylle çift kat waterproof kapatıldı. Loja boru dren konuldu.
Mesane fistül onarımı sonrası güçsüzlük, halsizlik, titreme şikayetleri olan hastaya, beyin bt ve difüzyon mr çekilerek nörolojiye konsulte edildi. Görüntülemelerinde akut patoloji saptanmadı. Kan tetkiklerinde de patoloji saptanmayan hastanın anamnezi derinleştirildiğinde daha önce dış merkez de cildiye doktoru tarafından kronik cilt lezyonları nedeniyle prednizolon 16 mg başlandığı ve tedricen azaltılması önerilen hastanın ilacı bittikten sonra kontrole gitmediği ve kontrolsüz şekilde tekrar tekrar kullandığı öğrenildi. Tarafımızca dahiliye danışılarak hastaya adrenal yetmezlik şüphesiyle steroid replasman tedavisi uygulandı. Hastanın şikayetlerinin gerilediği görüldü.

SONUÇ
Postoperatif dönemde yara yeri iyileşmesini etkileyecek her türlü durum göz önünde bulundurulmalı ve özellikle hastanın kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır.

SB-46) OLGU SUNUMU:DİRENÇLİ İSKEMİK PRİAPİZMDE KORPOREAL SOFT DREN UYGULAMASI

MUSTAFA BOZLU(1) KADİR ERYILMAZ(1) OSMAN MERT YİRMİBEŞ(1)
SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(1) ALPER ÖZORAK(1)

1. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Priapizm cinsel aktiviteden sonra 4 saatten uzun süren veya cinsel aktiviteyle ilgisi olmayan ereksiyon hali olarak tanımlanır. 2 patofizyolojik varyant vardır: iskemik ve iskemik olmayan. Her varyantın kendine özgü etyolojileri, tanı kriterleri ve yönetimi vardır.Tıbbi öyküde ereksiyon başlangıcı, süresi, ağrının varlığı, önceki genital veya perineal travma, daha önceki ereksiyon atakları ve genel ereksiyon kalitesi önemli noktalardır.İskemik priapizm, en sık görülen alt tipidir ve tüm vakaların %95'inden fazlasını oluşturur.İskemik priapizmin doğal seyri günler ila haftalar süren penis ereksiyon ve ağrısıdır ve bu fibrozise ve ED'ye ilerler.Birinci basamak tedaviyi aspirasyon, %0,9 normal salinle irrigasyon ve sempatomimetik uygulaması oluşturur.İskemik priapizm için ikinci basamak tedavi distal şant prosedürüdür. Her biri nispeten benzer priapizm çözülme oranlarına sahip çeşitli korporo-glanüler distal şant prosedürleri tanımlanmıştır.Dirençli iskemik priapizm için daha önce literatürde distal şant başarısız olduğunda proksimal şantların oluşturulması anlatılmıştır.Bu yöntemler yerini yavaş yavaş penoskrotal dekompresyona bırakmıştır Penil protezi implantasyonu, priapizm sonrası gelişebilecek şiddetli erektil disfonksiyon için yararlı bir yönetim seçeneğidir.Dirençli iskemik priapizm ile tarafımıza başvuran bir olgunun yönetiminden bahsedeceğiz.

GEREÇ-YÖNTEM

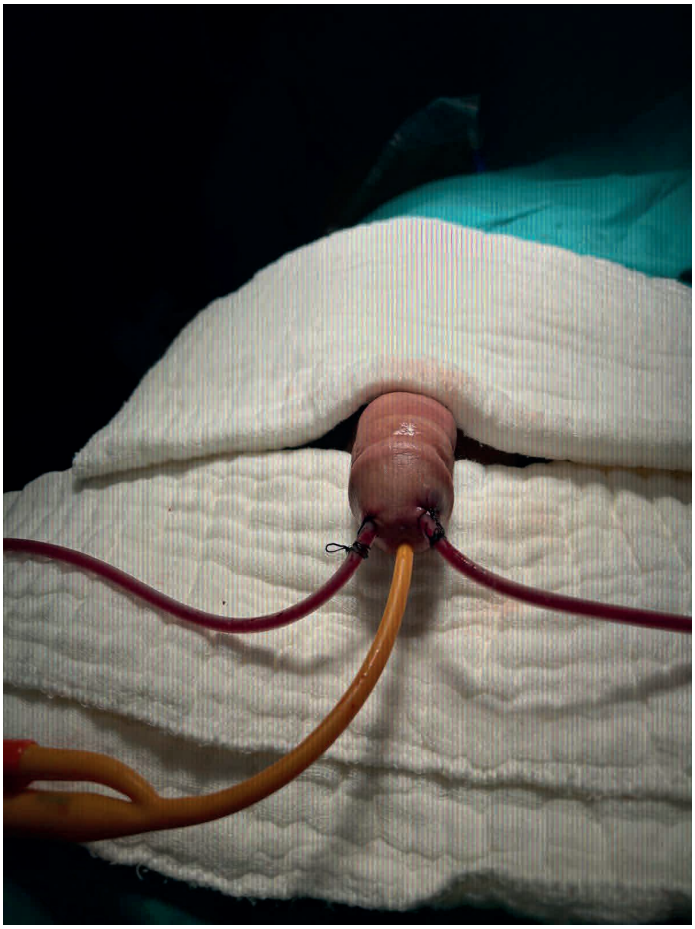
Hastamız bilinen ek hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 56 yaş erkek hastadır.Hastamız tarafımıza 72 saattir devam eden ağrılı ereksiyon ile başvurdu.Alınan tıbbi öyküde herhangi bir ilaç kullanımı ve hematolojik veya onkolojik hastalık mevcut değildi.Alınan korporeal kan gazı iskemik priapizm ile uyumluydu ve bakılan hematolojik parametrelerinde anormallik mevcut değildi.Hastaya birinci basamak tedavide uygulanan aspirasyon, normal salin ve sempatomimetik uygulamasının başarısız olması üzerine hastaya T shunt prosedürü uygulandı ve tünelleme yapıldı. Fakat bunun da başarısız olması üzerine hastaya penoskrotal dekompresyon ve prenil protez implantasonu önerildi.Penil protez implantasyonunu kabul etmeyen hastaya penoskrotal dekompresyon yapıldı ve her iki korporaya 21 frech soft dren yerleştirilerek operasyon tamamlandı.Operasyon sonrası ilk 24 saat içerisinde de priapizm atakları devam eden hastanın kendi kendine uyguladığı penil kompresyon ile soft drenlerden drenaj sağlanarak detümesans elde edildi.24 saatlik ereksiyonsuz süreç sonunda hastanın korporeal drenleri çekilerek tedavi başarı ile tamamlandı.

BULGULAR

Priapizm üroloğun yönetebileceği bir ürolojik acil durumdur.Akut olayın çözümü, erektil fonksiyonun korunması ve tekrarının önlenmesi tanı ve yönetimin hedefleridir.Priapizmin tedavisi tanıya özgüdür.Tedavi basamak şeklinde ilerlemekte olup, birinci basamakta aspirasyon, normal salinle irrigasyon ve sempatomimetik uygulanması yer almaktadır.İskemik priapizm için ikinci basamak tedavi distal şant prosedürüdür.Distal şant prosedürlerine yanıtsız olgularda daha önce proksimal şant prosedürleri uygulanmaktaydı fakat bu artık yerini penoskrotal dekompresyona bırakmıştır.

SONUÇ

Priapizm hastalarının çoğu, bizim vakamızda olduğu gibi öncelikle bilgisizlik nedeniyle hastaneye geç başvurmaktadır.Tedavinin sonucu, priapizmin başlangıcı ile tedavi arasındaki zaman tedavi yanıtında büyük önem arz etmektedır.Erkeklerin ve risk altındaki nüfusun acil tedavi arama ihtiyacı konusunda eğitilmesi, erektil fonksiyonun korunmasını artıracaktır.



SB-47) SLEEVE GASTREKTOMİ ÜROLİTİYAZİS RİSKİNİ ARTTIRIR MI?

ALKAN OKTAR(1) ARAZ MUSAEV(1) ABDURRAHMAN JAFAROV(1) EMRE ERDEM(1) ILQAR ILQARLI(1) ARİF İBİŞ(1) İLKER GÖKÇE(1) SÜMER BALTACI(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışma, sleeve gastrektomi (SG) prosedürünün idrar biyokimyasal parametreleri ve ürolitiyazis riski üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. SG, kilo kaybındaki başarısı ve düşük komplikasyon oranları nedeniyle Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) prosedürüne göre günümüzde popülerlik kazanmıştır. Çalışma, SG öncesi ve sonrası kan ve 24 saatlik idrar testlerindeki değişiklikleri inceleyerek ürolitiyazis için potansiyel risk faktörlerini belirlemeyi hedeflemektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020 ile Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi'nde SG ameliyatı geçiren toplam 94 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta verileri prospektif incelenmiş olup elektronik kayıtlardan vücut kitle indeksi (VKİ) ve hasta kiloları ile ilgili veriler toplanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası kan testleri (sodyum, potasyum, kalsiyum, ürik asit, kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı) ve 24 saatlik idrar analizleri (volüm, pH, Ca, K, oksalat, ürik asit, sitrat ve magnezyum) değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Ameliyat sonrası kilo ve VKİ'de anlamlı azalmalar gözlemlenmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda 24 saatlik idrar hacminde ($p < 0.001$) ve ürik asit seviyelerinde ($p < 0.001$) anlamlı azalmalar, kalsiyum atılımında ($p < 0.001$) ve idrar pH'ında ($p = 0.006$) ise anlamlı artışlar kaydedilmiştir. Postoperatif dönemde yeni ürolitiyazis insidansı %12.8 olup, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek prevalans saptanmıştır.

SONUÇ

SG, idrar biyokimyasal parametrelerini etkileyerek idrar hacminde azalma ve Ca atılımında artışa neden olabilmektedir, bu da ürolitiyazis riskini artırabilir. Ancak, genel risk RYGB gibi diğer bariatrik prosedürler kadar belirgin olmayabilir. Böbrek taşı oluşumu riskini azaltmak için dikkatli izlem ve proaktif yönetim önerilmektedir.

Tablo 1. Hastaların takip süresi ve yaş parametreleri bakımından karşılaştırması

	Kadın (N=64, %68.1)			Erkek (N=30, %31.9)			Toplam (N=94, %100)			p
	Min-Maks	Ortalama∓SS	Medyan	Min-Maks	Ortalama∓SS	Medyan	Min-Maks	Ortalama∓SS	Medyan	
Yaş (Yıl)	21-62	39.25∓12.145	36.00	22-55	36.60∓9.690	34.00	21-62	38.4∓11.434	36.00	0.313[a]
Takip Süresi (Ay)	6-26	18.84∓6.395	22.00	11-26	21.07∓4.9753	22.00	6-26	19.55∓6.0422	22.00	0.104[a]

[a]: Mann-Whitney U Testi

Tablo 2. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kilo ve VKİ parametreleri bakımından karşılaştırması

	Ameliyat Durumu	Kadın (N=64 ,%68.1)			Erkek (N=30, %31.9)			Toplam (N=94, %100)		
		Min-Maks	Ortalama∓SS	p	Min-Maks	Ortalama∓SS	p	Min-Maks	Ortalama∓SS	p
Kilo, kg	Ameliyat Öncesi	87.00-150.00	117.375∓15.4996	**<0.001[c]**	113.00-170.00	140.20∓14.9445	**<0.001[b]**	87.00-170.00	124.66∓18.6228	**<0.001[c]**
	Ameliyat Sonrası	47.00-91.00	72.00∓11.3025		68.00-140.00	84.4667∓16.7162		47.00-140.00	75.98∓14.4155	
VKI, kg/m²	Ameliyat Oncesi	34.00-54.90	44.5881∓5.1776	**<0.001[c]**	38.50-54.00	45.0887∓4.7508	**<0.001[c]**	34.00-54.90	44.75∓5.0252	**<0.001[c]**
	Ameliyat Sonrası	17.90-37.90	27.4409∓4.8074		23.80-33.40	26.3093∓2.9647		17.90-37.90	27.08∓4.3218	

[b]: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi, [c]: Bağımlı örneklem t-testi

Tablo Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası idrar tetkiklerinin karşılaştırması

24 Saatlik Idrar Analizi	Ameliyat Oncesi (N=94)		Ameliyat Sonrası (N=94)		p
	Min-Maks	Ortalama∓SS	Min-Maks	Ortalama∓SS	
Idrar hacmi, mL	700.00-5100.00	2247.8723∓976.5507	700.00-4000.00	1518.0851∓576.5513	**<0.001[a]**
Na, mmol	27.30-378.00	182.7681∓106.3613	46.00-345.00	171.0532∓92.8756	0.089[a]
Ca, mg	11.00-370.00	169.7021∓95.1404	32.00-434.00	241.5319∓103.0805	**<0.001[b]**
Sitrat, mg	26.00-1305.00	418.9255∓372.0569	91.00-1105.00	438.9681∓328.8582	0.344[a]
Oksalat, mg	6.76-351.00	35.7209∓48.4172	6.01-61.00	30.2653∓14.642	0.864[a]
K, mmol	15.50-126.80	64.0085∓29.16	8.18-121.00	65.5974∓30.1487	0.578[a]
Urik Asit, mg	158.00-1310.00	622.8234∓267.3152	112.00-1099.00	540.9890∓253.8111	**<0.001[a]**
Mg, mg	41.00-96.00	71.3128∓14.5928	40.00-96.00	71.1277∓16.2105	0.878[a]
pH	4.10-7.50	5.5447∓0.6067	5.00-8.00	5.8532∓0.6771	**0.006[a]**

[a]: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi, [b]: Bağımlı örneklem t-testi

SB-48) ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ESWL TEDAVİSİNİN BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER (KOÜ DENEYİMİ)

KUTLUCAN ÇAKMAK(1) NAZIM MUTLU(1) EFE BOSNALI(2) MUHLİS ÜNAL(1)
OMAR ALZAMO(1) HAKKICAN YUVAK(1) KEREM TEKE(1) ÖNDER KARA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

ESWL, otuz yılı aşkın bir süre önce kullanılmaya başlandı ve güncel minimal invaziv tedavi stratejilerini değiştirdi. Erişkinlerde uygulanan ESWL'yi inceleyen birçok çalışma olsa da pediatrik ESWL ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızda tek merkez 18 yıllık ESWL datamızı analiz ederek çocukluk çağında ESWL başarısını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi ve sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Eylül 2006-Nisan 2024 tarihleri arasında 0-18 yaş grubunda üriner sistem taş hastalığı nedeniyle ESWL uygulanan 407 renal ünitenin(RÜ) klinik ve radyolojik bilgileri hastane veri tabanından retrospektif kaydedildi. ESWL son seansından >3 ay sonra yapılan kontrol tetkiklerde görülebilir fragman olmaması (<4mm rezidü dahil) başarı kriteri kabul edildi. Üriner sistem anomalisi, mutlipl taşı veya >2cm üzeri taş boyutu olan, ayrıca verisi eksik hastalar çalışma dışı bırakılarak 205 RÜ çalışmaya dahil edildi. Çalışmada primer sonlanım noktası taşsızlık oranıydı; hangi değişkenlerin başarı durumunu etkilediğini belirlemek sekonder sonlanım noktası olarak belirlendi. Univariate analizde anlamlı çıkan değişkenlere yönelik prediktif faktörlerin belirlenmesi için multivariate analiz yapıldı.

BULGULAR

Çalışmamıza 103(%50,2)'ü erkek, medyan yaş 7(3-11) olan toplam 205 RÜ dahil edildi. Taşların ortalama en uzun çapı 9,6(±3,17)mm idi. ESWL uygulanan taşlar böbrekte en sık renal pelvis (%37,6) üreterde ise proksimal üreter (%13,2) yerleşimliydi. 18 yıllık tek merkez ESWL genel başarı oranımız %71,2 idi. ESWL sonrası komplikasyon sadece 7(%3,6) hastada bildirildi. Serimizde ek cerrahi girişim oranı %20,3'tü. ESWL başarısını etkileyen faktörler için yapılan univariate analiz sonucunda yaş, taş boyutu ve ESWL seans sayısı anlamlı olarak bildirildi. Yaş, cinsiyet, taş boyutu ve taş lokalizasyonu değişkenleri dahil edilerek yapılan multivariate analiz sonucunda ise yaş ve taş boyutu ESWL başarısında bağımsız prediktif faktörler olarak belirlendi. ESWL yapılan hastalarda başarının en yüksek olduğu grup; 7 yaş altı ve taş boyutu <2cm olan ve ilk seansta yanıt alınan hastalar olarak bildirildi. Ayrıca taş çapı arttıkça başarı oranının azaldığı saptandı (p=0,023).

SONUÇ

ESWL pediatrik yaş grubunda yüksek oranda taşsızlık sağlayan etkili ve güvenli bir tedavidir. Yaş ve taş boyutu, ESWL başarısında bağımsız prediktif faktörlerdir.

Değişkenler	Toplam	Başarılı	Başarısız	p değeri
Renal ünite,n(%)	205(100)	146(71,2)	59(28,8)	0,467
Yaş(IQR)	7(3-11)	6(3-10)	9(5-12)	0,004
Cinsiyet,n(%)	-	-	-	0,117
Erkek	103(50,2)	69(67)	34(33)	-
Kadın	102(48,8)	77(75,5)	25(24,5)	-
Aile öyküsü,n(%)	-	-	-	0,452
Var	28(15,5)	20(71,4)	8(28,6)	-
Yok	153(84,5)	104(68)	49(32)	-
Taş öyküsü,n(%)	-	-	-	0,213
Var	28(15,3)	17(60,7)	11(39,3)	-
Yok	155(84,7)	109(70,3)	46(29,7)	-
Ek hastalık	-	-	-	0,424
Var	19(10,4)	14(73,7)	5(26,3)	-
Yok	164(89,6)	112(68,3)	52(31,7)	-
Taş yeri,n(%)	-	-	-	0,258
Üst kaliks	12(5,9)	8(66,7)	4(33,3)	-
Orta kaliks	37(18)	26(70,3)	11(29,7)	-
Alt kaliks	38(18,5)	27(71,1)	11(28,9)	-
Renal pelvis	77(37,6)	53(68,8)	24(32,2)	-
Proksimal üreter	27(13,2)	24(88,9)	3(11,1)	-
Distal-orta üreter	14(6,8)	8(57,1)	6(42,9)	-
Taş çapı,n(%)	-	-	-	0,023
<10mm	141(68,8)	107(75,9)	35(24,1)	-
10-20mm	64(31,2)	39(60,9)	25(39,1)	-
Seans,n(%)	-	-	-	0,01
1	30(14,6)	28(93,3)	2(6,7)	-
2	42(20,5)	31(73,8)	11(26,2)	-
3	133(64,9)	87(65,4)	46(34,6)	-
Kılavuz,n(%)	-	-	-	0,311
Skopi	135(76,3)	92(68,1)	43(31,9)	-
USG	42(23,7)	31(73,8)	11(26,2)	-
DJS,n(%)	-	-	-	0,426
Yok	188(91,7)	133(70,7)	55(29,3)	-
Var	17(8,3)	13(76,5)	4(23,5)	-
Ek cerrahi,n(%)	-	-	38(20,3)	-
Endoskopik	-	-	30(78,9)	-
PCNL	-	-	8(21,1)	-
Komplikasyon,n(%)	-	-	-	0,361
Yok	187(96,4)	131(70,1)	56(29,9)	-
Var	7(3,6)	4(57,1)	3(42,9)	-

ESWL başarısını öngören değişkenlerin univariate analizi

SB-49) VON WİLLEBRAND HASTASINDA BÖBREK NAKLİ: BİR OLGU SUNUMU

HACER OĞRAK(1) GÜLDEHAN HABERAL(1) ELİFCAN ALADAĞ KARAKULAK(1)
ALİ CANSU BOZACI(1) TOLGA YILDIRIM(1) FAZIK TUNCAY AKİ(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ANKARA

AMAÇ
Von Willebrand hastalığı TİP 3(vWH-3) tanısı olan kronik böbrek yetmezliği(KBY) hastasında böbrek nakli deneyiminin paylaşılması.

GEREÇ-YÖNTEM
39 yaşında erkek, 2 yaşında vWH-3 tanısı almış. Sol orşiektomiyle seminom tanısı ile 3 kür BEP kemoterapisi sonrasında remisyonda takibe alınmış 2019 yılından itibaren hastanın kreatinin artışı olması nedeni ile nefroloji bölümü tarafından izlenmiş. Kanama diyatezi nedeni ile biyopsi yapılmayan hastanın primer KBY etyolojisi bilinmemektedir.
Nakil planlanan hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 9,1g/dL, trombosit 193*10^3/µL, glomerüler filtrasyon hızı(GFR) 7,8mL/dk/1.73m², üre 69,3mg/dL kreatinin 7,86mg/dL, Von willebrand faktör(vWF) antijen<10%(50-160), FVIII 2,3%(70-150), vWF(R.Co Factor)<40%(50-160), Faktör VIII inhibitör 0,00BU(negatif 0-0,5; pozitif >0,5) aktif parsiyel tromboplastin zamanı(aPTT) 55,6Sn(22,5-32), Protrombin Zamanı(INR) 1,18,(0,8-1,2) olarak izlenmiştir. Abdomen ultrasonografisinde(US) bilateral böbrek kistleri haricinde patoloji izlenmedi. Üremik hastada kanama riskinin artacağı düşünülerek geçici juguler diyaliz kateteri ile akses sağlanarak 2 seans heparinsiz hemodiyaliz yapıldı.

BULGULAR
Böbrek naklinin 2 saat öncesinde 3500IU (50IU/kg) VWF-FVIII içeren replasman konsantresi (HAEMATE-P© 500IU/10ml flakon) yüklenip olası trombosit fonksiyon bozukluklarına bağlı kanama riskini azaltmak için 1 adet trombosit aferezi(TA) verildi. Giriş hemoglobini 8,8 g/dL olan hastanın intraoperatif masif kanaması olmadı. Ameliyat lojuna sızıntı şeklinde kanamaları oldu ve total kanama miktarı 400cc geldi. İntraoperatif hemoglobini 6,9 olması üzerine 2Ü eritrosit süspansiyonu(ES) replase edilip ek olarak 1500IU VWF-FVIII içeren replasman konsantresi yapıldı. Reperfüzyon sonrasında böbrek kanlanması normal olup idrar çıkışı izlendi. Postoperatif ilk 1 saatte ameliyat dreninden 20cc hemorajik geleni oldu.
Postoperatif 1.saatte hemoglobin 8,7g/dL, trombosit 135*10^3/µL olarak geldi. Bir ünite TA replasmanı yapıldı. Postoperatif ilk 48 saat 3x1500IU, 2-9. günler arasında 2x1500IU VWF-FVIII replasmanı rutin verildi. Hasta günlük tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testi ve aPTT ile takip edildi.1.33mg/dL olan nadir kreatin düzeyine post operatif 6.gününde ulaştı ve bu seviyede seyretti.(Şekil1). Ameliyat loju dreni 6. gün çekildi (Tablo1).Postoperatif 14.günde işlemden 2 saat önce 1x3500IU VWF-FVIII yükleme yapılarak double j stent(DJS) çekildi. İşlem esnasında veya sonrasında kanaması olmadı. Postoperatif 15.günde hemoglobin 7,4g/dL, trombosit 304*10^3/µL kreatinin değeri 1,45mg/dL, GFR 60,23mL/dk/1.73m², aPTT 25,9sn olarak ölçüldü, kanama ile ilgili komplikasyonu olmadı. Kontrol US'de greft böbrekte hidronefroz, böbrek etrafında hematom bulgusu olmaksızın taburcu edildi.

SONUC
KBY'si olan vWH'da kanama risklerine ek olarak üreminin kanamaya yatkınlığı arttıracağı, nakil indüksiyonda kullanılan antitimosit globulin(ATG) tedavisinin trombosit fonksiyonunu bozabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bu risklere rağmen, bu hasta grubunda uygun multidisipliner yaklaşımla böbrek nakli cerrahisinden başarılı sonuçlar elde edilebilir.

SB-49 Şekil 1. Böbrek nakli sonrası 3 aylık serum kreatin(mg/dL) seyri

SB-49 Tablo 1. Postoperatif dönemdeki takip ve tedavi özeti

Post op. Gün	Hemoglobin (gr/dL)	Platelet 10^3/µL	BUN mg/dL	Kreatinin mg/dL	GFR mL/dk/1.73m²	aPTT sn	ATG mg/Ml	Drenaj	Replasman 500 Ml
Preop	9,1	193	69,3	7,86	7,8				
0	8,7	135	42,51	4,1	42,51	39,2	200 (indüksiyon)	140 cc	2ES+2TA
1	7,6	190	36,4	2,8	36,18	25,5	150	310 cc	
2	7,3	151	32	1,84	45,16	50,1	150	120 cc	
3	7,2	124	31,86	1,58	54,29	24,3	200	115 cc	
4	6,7	120	29,5	1,46	59,73	22,5	200	150 cc	
5	6,5	105	25,3	1,41	62,3	27,5		170 cc	1ES
6	7,4	135	29,3	1,33	66,86	23,7		Çekildi	
8	7,1	216	31,7	1,39	63,39	22,1			
11	6,6	364	27,1	1,49	58,28	20,3			1ES
14	7,6	360	32,1	1,72	49	27,2			
15	7,4	304	24,1	1,45	60,23	25,9			
30	10,9	246	22,2	1,34	69				
90	13,6	302	16,3	1,23	73,49				

SB-50) OCHOA SENDROMLU ÇOCUKLARIN NÖROGÖRÜNTÜLEME BULGULARI VE NÖROBİLİŞSEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ; PROSPEKTİF DENEYSEL FONKSİYONEL MR ÇALIŞMASI

MURAT CAN KARABURUN(1) MEHMET FATİH OZKAYA(2) AYKUT AKINCI(3) MUHAMMED ARİF İBİŞ(2) TUĞBA BABAYİĞİT(4) MERVE CIKILI UYTUN(4) ELİF PEKER(4) SEDA KAYNAK ŞAHAP(4) GÖZDE VATANSEVER(5) SERTAÇ ÜSTÜN(5) TARKAN SOYGÜR(5) BERK BURGU(4)

1. ACIPAYAM DEVLET HASTANESİ
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ
3. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ
4. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ HASTANESİ
5. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Ochoa Sendromu'nun (ürofasiyal sendrom) patofizyolojisi yeterince aydınlatılamamıştır. Bu hastaların beiyn görüntüleme ve nörobilişsel işlevleri ile ilgili veriler de sınırlıdır. Bu çalışmada Ochoa Sendromlu hastaların nörogörüntüleme bulgularını ve nörobilişsel özelliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Aktif ve dinlenme anlarından oluşan blok tasarımlı deneysel bir fonksiyonel-MRI çekimi gerçekleştirildi. İlk blok bir gülümseme sembolü (emoji), diğeri ise bir çarpı işaretiydi (dinlenme). Ön işleme adımlarının ardından, fonksiyonel nörogörüntüleme verileri SPM12 faktöriyel tasarım özelliği kullanılarak eşleştirilmiş t-testi ile istatistiksel olarak analiz edildi. Voksel seviyesi eşiği anlamlılık için $p<0.001$ idi. Bilişsel seviyeleri değerlendirmek için Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) veya Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised(WAIS-R) ölçekleri uygulanmışdı.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 20 olan toplam 6 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların yarısı kadındı. Tüm hastalarda çeşitli derecelerde alt üriner sistem disfonksiyonu ve inverted yüz ifadesi vardı. Tamamlayıcı motor alan en yüksek z-skoruna (4.70) ve ikinci en büyük küme boyutuna (50) sahipti. İnsula en büyük küme boyutuna (113) ve ikinci en yüksek z-skoruna (4,63) sahipti. Ayrıca, dorsal anterior singulat (z-skoru: 4.51, küme büyüklüğü: 50), primer motor alan (z-skoru: 4.50, küme büyüklüğü: 25) ve frontal göz alanı en önemli aktivasyonu gösteren diğer alanlardı. 44-83 arasında değişen sözel IQ skorları ve 62-76 arasında değişen performans IQ skorları elde edildi. Tam Ölçekli IQ skorları 50 ile 74 arasındaydı. Tüm çocukların Tam Ölçekli IQ skorları hafif zihinsel engellilik veya sınırda zihinsel işlevsellik ile uyumluydu.

SONUÇ

Ochoa sendromlu hastalarda yüz ifadeleri sırasında fMRI'da ortaya çıkan beyin aktivitesinin normal, sağlıklı insanlardakine benzer olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastların entelektüel işlevleri sınırlı olarak saptanmıştır. Ancak bu bulguları tüm Ochoa sendromlu hastalara genellemek mümkün değildir. Bu nedenle, bu özel hasta grubunda kapsamlı bir bilişsel değerlendirme yapılmasını öneriyoruz.

Table 1. Activations revealed by smiling condition (p<0.001)

			MNI Coordinates			
Brain Region	**Cluster Size**	**Laterality**	**X**	**Y**	**Z**	**Z-score**
Constrast: Smile > Rest						
Supplementary Motor Area	50	L	-26	12	44	4.70
	13	L	-42	6	40	3.32
Insula	113	L	-32	18	-8	4.63
Dorsal Anterior Cingulate	50	R	18	30	16	4.51
Primary Motor Area	25	R	12	-26	64	4.50
Frontal Eye Field	17	R	26	22	36	4.04
Anterior Prefrontal Cortex	12	L	-32	52	-8	3.89
	14	R	30	42	-6	3.74
	31	L	-24	40	0	3.70
Cerebellum	31	R	10	-66	-16	3.87
	13	R	4	-92	-18	3.70
Inf Frontal Cortex -Pars Opercularis	26	L	-52	16	12	3.82
Sensory Association Cortex	20	L	-22	-28	40	3.79
Thalamus	29	L	-2	-22	12	3.55
	16	L	-20	-26	16	3.46
Parahippocampal Gyrus	56	R	4	-40	0	3.48
Caudate	32	R	20	-24	18	3.48
Ventral Posterior Cingulate	16	R	30	-54	10	3.37

SB-51) ERKEK HİPOGONADİZMİNDE YAPAY ZEKA UYGULAMALARININ PERFORMANSI

OĞUZHAN KAHRAMAN(1) MUSTAFA ALPEREN ÇİFTÇİ(2)

1. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
2. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ

AMAÇ

Yapay zeka, bilgisayar sistemlerinin insan benzeri zeka yeteneklerini taklit etmesi için kullanılan bir teknolojidir. Sağlık sisteminde hasta yönetimi ve araştırma gibi birçok alanda büyük bir etki yaratma potansiyeline sahiptir. Ancak, androlojide yapay zeka uygulamalarının kullanımına odaklanan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; erkek hipogonadizminde, yapay zeka uygulamalarının performansını incelemek, ayrıca farklı versiyon (ChatGPT 3.5 ve 4.0o) ve dillerde (Türkçe ve İngilizce) bir fark olup olmadığını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Başkent Üniversitesi internet ağı kullanılarak hipogonadizmin tanımı, epidemiyolojisi, alt tipleri, patofizyolojileri, klinik bulguları, tanıları, tedavileri ile ilgili 19 açık uçlu soru ChatGPT 3.5 ve 4.0o versiyonlarına İngilizce ve Türkçe dillerinde yönlendirilmiştir. Sorulara yapay zekâ tarafından verilmiş cevaplar tamamen yanlış (0), doğru ancak yanlış bilgiler de içeriyor (1), doğru ancak eksik (2), tamamen doğru (3) olarak puanlandı. Sorular üç başlık altında değerlendirilip, her başlıkta dil ve versiyona göre performans yüzdeleri hesaplandı. Değerlendirmeler yapılırken Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Kılavuzları esas alındı.

BULGULAR

Soru grubu 1 (8 soru) (tanım, epidemiyoloji, patofizyoloji ve sınıflandırma), soru grubu 2 (4 soru) (tanısal değerlendirme), soru grubu 3 (7 soru) (tedavi ve takip) ile ilgili performans verileri Tablo 1'de verilmiştir. En düşük başarı Tükçe GPT 3.5 versiyonunda izlenirken, İngilizce GPT 4.0o versiyonu tüm alt başlıklarda tam puan almıştır. Yapılan istatistiksel analizde Türkçe dilinde versiyon 3.5 ile 4.0o arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,046). İngilizce dilinde versiyonlar arasında fark görülmemiştir. Soru grupları ayrıca değerlendirildiğinde Grup 3 sorularda GPT 3.5 versiyonunda Türkçe ve İngilizce dilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir (p=0,032).

SONUÇ

Bu bulgular, yapay zeka tabanlı programların tıbbi bilgi aktarımı, teşhis ve tedavi planlama süreçlerinde ne kadar güvenilir bir şekilde kullanılabileceğinin değişken olduğunu göstermektedir. Özellikle, tıp alanında uzmanlık gerektiren konuların ele alındığı durumlarda, doğru ve güvenilir bilgi aktarımı hayati önem taşımaktadır. Ancak, çalışmamızın ortaya koyduğu gibi, yapay zeka programlarının dil seçimi ve versiyonları arasında farklar olabilmektedir. Bu nedenle, bu programların kullanımında dikkatli olunmalı ve tercih edilen dil ve versiyonun yanıtlarının güvenilirliği değerlendirilmelidir.

-	Türkçe 4.0o	İngilizce 4.0o	Türkçe 3.5	İngilizce 3.5
Grup 1	24/24	24/24	22/24	23/24
Grup 2	12/12	12/12	8/12	12/12
Grup 3	19/21	21/21	15/21	20/21

Dil ve versiyona göre başarı değerlendirmesi

SB-52) ÇOCUK HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ DENEYİMİMİZ

HACER OĞRAK(1) HAKAN KESKİN(1) OĞUZHAN KAHRAMAN(2) SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA
2. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, KONYA

AMAÇ

Bu çalışmada çocuk yaş grubunda Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRC) deneyimimizin aktarılması amaçlanmıştır

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada 2014-2023 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde RIRC yapılmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Operasyon esnasında hasta yaşı, taş sayısı, taş boyutu, taşın lokasyonu, taşın hounsfield ünitesi (HU), ameliyat öncesi hidronefroz varlığı, taşa RIRC öncesi girişim yapılması, taşa intraoperatif veya postoperatif farklı bir girişim denenmesi, preoperatif ve postoperatif double j stent (DJS) takılması, işlem sırasında akses kılıf kullanılması, RIRC sonrası ilk 6 hafta taşsızlık ve nihai taşsızlık (yatarak karın grafisi ve ultrasonografi) değişkenler olarak incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya 59 farklı hasta (62 renal ünite), 64 cerrahi girişim dahil edildi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması 7,48±5,5 (1-18). Hastaların %59,4'ünde (n=38) RIRC öncesi taşa yönelik işlem hikayesi yoktu.Preoperatif hastaların %40,6'sında (n=26) yüksek dereceli hidronefroz ve 23'ünde (%33,9) multiple taş mevcuttu. %35,4'sinde (n=22) taşlar böbrek alt polündeydi. Hastaların %60,9'sine (n=39) pasif dilatasyon amaçlı preoperatif DJS takıldı. Ameliyat sırasında üreteral akses kılıfı (ÜAK) hastaların 38'sinde (%59,4) yerleştirilebildi. İntraoperatif 5 hastada taşa ulaşılamadı ve Perkütan Nefrolitotomi (PCNL) uygulandı Postoperatif erken dönemde olguların %43,7'inde (n=28) rezidü, nihai sonuçlarda 62 renal ünitenin 41'inde (%64,1) taşsızlık sağlandı. Rezidü nedenlerinde en yüksek oran %18,8 ile (n=12) defleksiyon kısıtlığına bağlı taş kırılamaması oldu. Dokuz renal ünitede rezidü taş nedeni ile takipte Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi (ESWL), PCNL gibi ikinci bir girişime ihtiyaç duyuldu. Operasyonların tamamında DJS takıldı (13'ünde ipli). Operasyon sonrası taşsızlık oranlarına bakıldığında taşların HU 700'den büyük olgularda rezidü taş miktarının arttığı görüldü (p= 0,059). 5 yaştan büyük olgularda ve hidronefroz derecesi arttıkça akses kılıf konulması oranında artış görüldü. (Sırasıyla p=0,021 ve p= 0,057). Akses kılıf kullanılan olgularda intraoperatif ek işlem ihtiyacının anlamlı şekilde daha az olduğu görüldü. (p=0,021). Postoperatif ateşli İYE gelişmesi nedeniyle 6 hasta antibiyotik tedavisine ihtiyaç duydu

SONUÇ

RIRS öncesi akses kılıf kullanılması intraoperatif ek işlem ihtiyacını azaltma konusunda yardımcı olabilir.

SB-53) YAPAY ZEKA İLE VARİKOSEL DERECELENDİRME: TERMİNOLOJİK AÇMAZLARA ÇÖZÜM

MEHMET VEHBİ KAYRA(1) ALİ ŞAHİN(2) SERDAR TOKSÖZ(3) MEHMET SERİNDERE(4) EMRE ALTINTAŞ(2) HALİL ÖZER(2) MURAT GÜL(2)

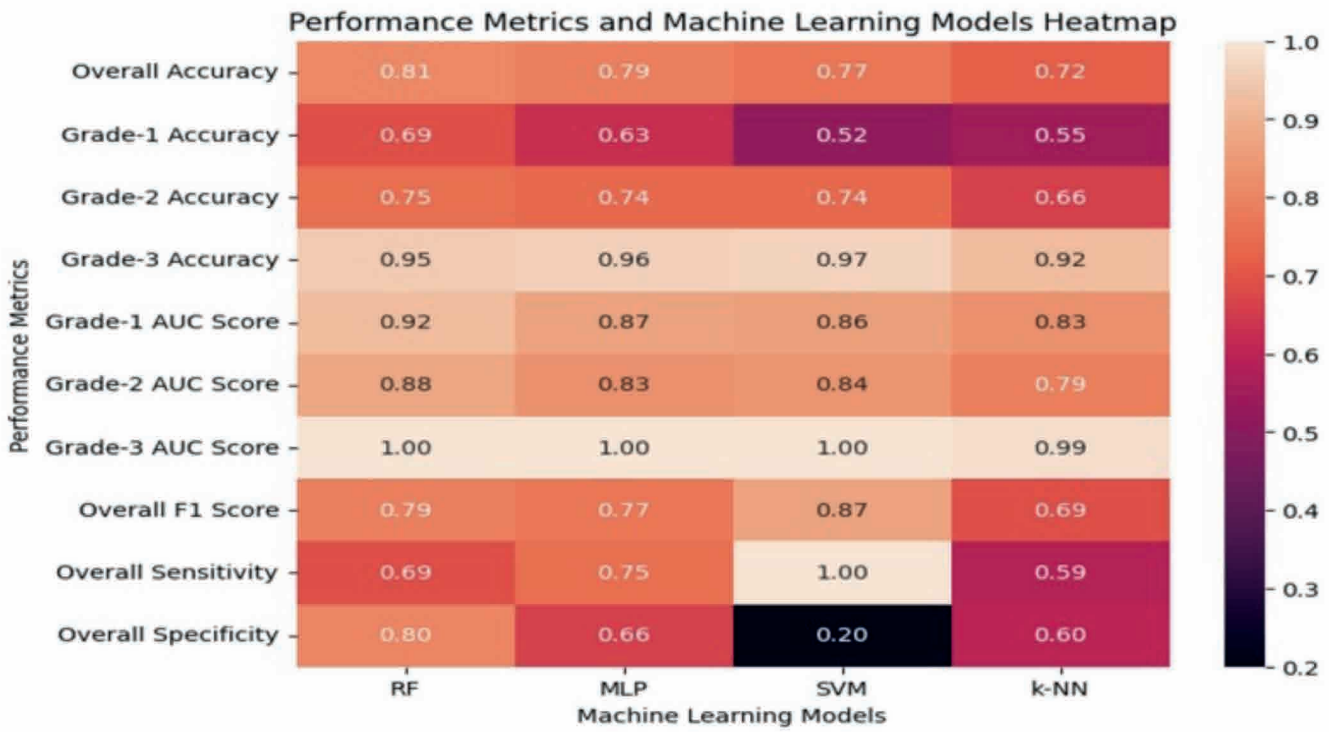
1. ADANA DR.TURGUT NOYAN UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
2. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
4. HATAY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Varikosel, erkek kısırlığının düzeltilebilir en sık nedenidir. Geleneksel olarak tanı ve evreleme için fizik muayene kullanılırken, ultrasonografi tabanlı varikosel evrelemesindeki belirsizlikler nedeniyle kılavuzlar varikosel evrelendirmesinde ultasonografinin kullanımını önerilmemektedir. Bu problemin çözümü için ultrasonografik ölçümler temelinde varikoselin evrelemesi için bir yapay zeka türü olan çok sınıflı bir makine öğrenme modeli geliştirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Mart ve Nisan 2024 tarihleri arasında, infertilite kliniğimizde unilateral varikosel hastalarının verilerini prospektif olarak topladık ve Dubin ve Amelar sistemi kullanarak varikosel evrelerini değerlendirdik. Testiküler apex ve subinguinal ultrasonografik projeksiyonlardan vasküler çap ve reflü süresini supin ve ayakta pozisyonlarında ölçtük. Bu ölçümleri kullanarak dört çok sınıflı makine öğrenme modeli geliştirdik, performans metriklerini değerlendirerek hangi hasta pozisyonu ve projeksiyonunun varikosel evrelemesinde en etkili olduğunu belirledik.

BULGULAR
Unilateral varikoseli olan 248 hastayı çalışmamıza dahil ettik, ortalama yaşları 26.61±4.95 idi. Bu hastalardan 212'sinde sol taraflı ve 36'sında sağ taraflı varikosel vardı. Dubin ve Amelar'a göre, 66 grade I, 96 grade II ve 86 grade III varikosel vardı. Rastgele orman (random forest) modeli, genel doğruluk oranı 0.81±0.06, F1 skoru 0.79±0.02, duyarlılık 0.69±0.02 ve özgüllük 0.8±0.03 ile en iyi performansı gösterdi. Tüm modellerde supin pozisyonunda testiküler tepe noktasından yapılan vasküler çap ölçümü evreleme üzerinde en büyük etkiye sahipti. Destek vektör makinesi ve çok katmanlı algılayıcı (multi-layer perceptron) modellerinde, ayakta pozisyonda subinguinal projeksiyondan yapılan reflü süresi ölçümü en çok katkıda bulunurken, rastgele orman ve k-en yakın komşular (k-nearest neighbors) modellerinde supin pozisyonunda subinguinal projeksiyondan yapılan ölçüm en etkiliydi.

SONUÇ
Makine öğrenme yöntemleri, geleneksel istatistiksel regresyon ve nomogramlara kıyasla tahmin etmede üstün doğruluk ve performans göstermektedir. Bu ilerlemeler, hastalarda varikosel derecelerinin klinik olarak faydalı otomatik tahmini için umut vaat etmektedir. Bireylere yönelik varikosel evrelemesi, tedavi etkinliğini ve genel yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahiptir.


Performance Metrics and Machine Learning Models Heatmap
Performance Metrics
Overall Accuracy
Grade-1 Accuracy
Grade-2 Accuracy
Grade-3 Accuracy
Grade-1 AUC Score
Grade-2 AUC Score
Grade-3 AUC Score
Overall F1 Score
Overall Sensitivity
Overall Specificity
0.81 0.79 0.77 0.72
0.69 0.63 0.52 0.55
0.75 0.74 0.74 0.66
0.95 0.96 0.97 0.92
0.92 0.87 0.86 0.83
0.88 0.83 0.84 0.79
1.00 1.00 1.00 0.99
0.79 0.77 0.87 0.69
0.69 0.75 1.00 0.59
0.80 0.66 0.20 0.60
RF
MLP
SVM
k-NN
Machine Learning Models
1.0
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2

SB-54) SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE KAUDO KRANİAL GİRİŞ YÖNTEMİNİN ÖĞRENİME KATKISI

FERHAT UÇURMAK(1) KHALED ALBABA(1) ESER ÖRDEK(1) FATİH GÖKALP(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Supin perkütan nefrolitotomide güncel yaklaşım şekli olan kranio – kaudal skopi yaklaşımı yerine kaudo kranial skopi yaklaşımının perkütan cerrahisinin öğrenimine katkısını araştırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmada klinğimizde son 2 yıl içinde yapılmış olan perkütan taş cerrahilerinden kranio- kaudal yaklaşım olanlarda kaudo – kranial yaklaşım yapılan hastalar karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Ocak 2022 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında yapılan supin perkütan nefroliotomi uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar kranio-kaudal grupta 30, kaudo- kranial grupta 30 kişi olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır.İlk hasta grubu Grup 1 , 2. hasta grubu Grup 2 olarak adlandırılmıştır. Daha sonra bu 2 gruptaki hastalar kendi aralarında demografik özellikler , operasyon verileri ve operasyon sonrası parametreler açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 60 hasta taş dansitesi ve taş boyutu açısından değerlendirildiğinde, taş dansitesi Kaudo-Kranial grubunda medyan 1045.00 (1000.00-1205.00) ve Kranio-Kaudal grubunda medyan 1007.00 (750.00-1117.00) olarak belirlenmiş olup, bu farklılık anlamlı değildir (p=0.119). Ancak, taş boyutu Kaudo-Kranial grubunda daha büyük (375.00 vs 320.25) olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.034). Operasyonel parametreler incelendiğinde, operasyon süresi Kaudo-Kranial grubunda medyan 95.00 (90.00-120.00) dakika, Kranio-Kaudal grubunda ise medyan 80.00 (70.00-95.00) dakika olarak ölçülmüş ve Kranio-Kaudal grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha kısa olarak bulunmuştur (p=0.039). Bunun nedeni olarak 2 grup arasında taş boyutu açısından belirgin farklılık olması düşünülmüştür. Skopi süresi Kaudo-Kranial grubunda medyan 9.00 (8.00-10.00) dakika, Kranio-Kaudal grubunda ise medyan 11.00 (9.00-13.00) dakika olarak bulunmuş ve yine skopi süresi de Kaudo-Kranial grupta istatistiksel olarak anlamlı daha kısa bulunmuştur(p=0.007). Taşsızlık oranı Kaudo-Kranial grubunda %83.3 (n=25), Kranio-Kaudal grubunda %50.0 (n=15) olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.006).

SONUÇ

Perkutan nefrolitotomi giderek artan sıklıkla kullanılmaktadır. Minyatürize aletlerin yaygınlaşması ve gelişen optik ve lazerler sayesinde peruktan nefrolitotomi uygun hastalarda oldukça etkin ve güvenli bir cerrahi olmaktadır. Supine yaklaşım peruktan nefrolitotomide oldukça avantajlı bir yöntem olup eş zamanlı retrograd yaklaşım imkanı sunması en önemli avantajı olmaktadır. Perkutan cerrahinin en önemli basamağı olan giriş teknikleri tarif edilmiş olup en çok bilinen kraniokaudal yöntemin bir modifikasyonu olan kaudo kranial giriş tekniği bu yönteme yeni başlayacak cerrahların kolay anlayıp uygulayabileceği bir yöntem olmaktadır. Kaudo kranial giriş yöntemi yüksek başarı ve benzer komplikasyon oranları ile uygulanabilir bir giriş olmaktadır.

Tablo 3. Gruplar arasında operasyonel parametreler

		group		
		Kaudo-Kranlal	Kranlo-Kaudal	
		Median	Median	
Op süresi		95.00 (90.00-120.00)	80,00 (70.00-95.00)	**0.039***
Fragmantasyon süresi		37.50 (30.00-45.00)	30,00 (25.00-40.00)	0.098
skopisüre		9.00 (8.00-10.00)	11.00 (9.00-13.00)	**0.007***
İrrigasyon_sıvısı		12000.00 (12000.00-18000.00)	18000.00 (15000.0-18000.0)	**0.043***
Fragmantasyon				
	Lazer	26 (%86.7)	20 (%66.7)	.0128
	Pnömatlk	4 (%13.3)	10 (%33.3)	
Komplikasyon	Hayır	28 (%93.3)	27 (%90.0)	0.500
	Evet	2 (%6.7)	3 (%30.0)	
Esreplasman	Hayır	30 (%100.0)	28 (%93.3)	0.246
	Evet	0 (%0.0)	2 (%6.7)	
Hospitalizasyon		3.00 (3.00-4.00)	3.00 (2.00-4.00)	0.130
SFR	Evet	25 (%83.3)	15 (%50.0)	**0.006&**
	Rezidue	5 (%16.7)	15 (%50.0)	

- Kalın değerler istatistiki anlamlıdır, * Mann-Whitney U testi kullanmılmıştır.
- & Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

SB-55) ÜST ÜRİNER SİSTEM ÜROTELYAL HÜCRELİ KARSİNOMLARDA FBLN2 VE MİKROSATELLİT İNSTABİLİTE (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2) İMMÜNHİSTOKİMYASAL BİYOBELİRTEÇLERİNİN EKSPRESYONLARININ PROGNOSTİK ÖNEMİ

SABUHİ ALİSHOV(1) AHMET BORA KÜPELİ(1) MURAT YAVUZ KOPARAL(1)
İPEK IŞIK GÖNÜL(1) BETÜL CİMER ÖĞÜT(1)

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Üst üriner sistem ürotelyal hücreli karsinom dünyada sık görülen ve insidansı giderek artan, tanı anında büyük oranda invaziv olarak karşımıza çıkan ve yüksek mortaliteye sahip bir malignitedir. Birçok malignitenin gelişmesinde ve progresyonunda ECM'nin ve MSİ durumunun önemli rol oynadığı ve bu hastaların prognozunu öngörebileceği son zamanlarda yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda ÜSÜK hastalarının tümör dokularında ECM bileşenlerinden biri olan FBLN2 ekspresyonunun ve MSİ durumunun hastalığın prognozuna etkisini, takiplerde metastaz ve nüksü öngörebilme ihtimalini araştırmayı amaçladık.

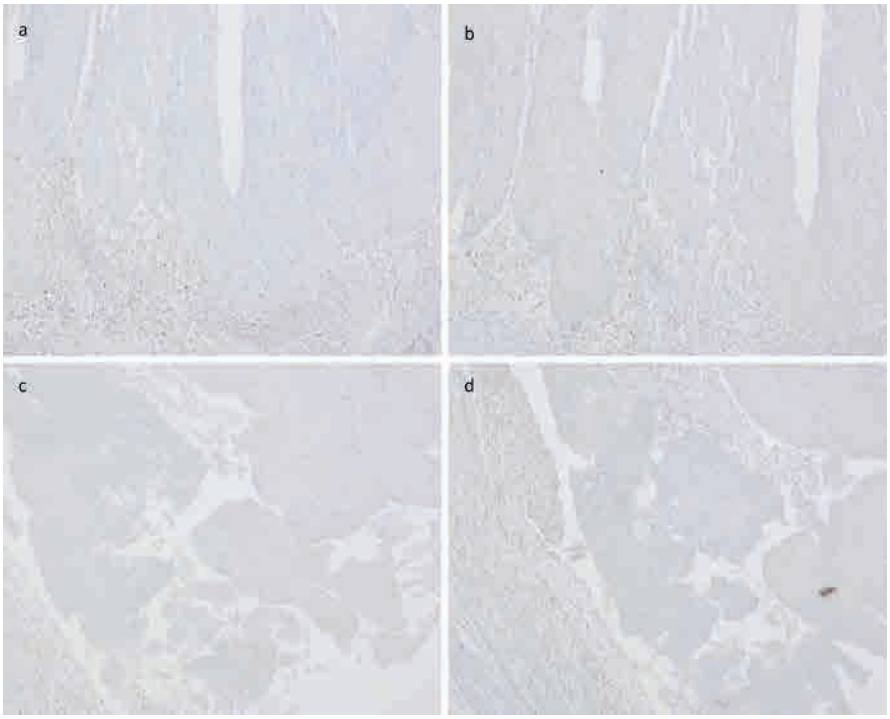
GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya 2008-2021 yılları arasında kliniğimizde radikal nefroüreterektomi ameliyatı olan ve verilerine ulaşabildiğimiz 55 hasta dahil edildi. Kurumumuzun patoloji arşivinden hastalarımızın materyallerine ulaşıldı ve kanser dokusu içeren materyaller hazırlanarak FBLN2 ve MSİ immünhistokimya boyamaları yapıldı. FBLN2, boyanma şiddeti ve yaygınlığına göre raporlandı. FBLN2 boyanma şiddeti boyanmamışlar ve boyanmışlar şeklinde kategorize edildi. FBLN2 yaygınlığı tümör alanın %0-50'nin altı boyanmışlar ve %50 ve üstü boyanmışlar şeklinde gruplandırıldı. MSİ ise gen kaybı olup olmaması şeklinde 2 grupta kategorize edildi.

BULGULAR
FBLN2'nin boyanma şiddetinin hastaların klinikopatolojik verileri ile karşılaştırmalı analizinde anlamlı bir ilişki bulunamadı. Sadece hastaların yaşı ile yapılan analizde daha yüksek yaşlarda FBLN2'nin eksprese olduğu sonucu alındı ($p<0.009$). FBLN2 ekspresyonu olan hastaların ortanca yaşı 63,0 (37,0-72,0) olarak izlenirken, ekspresyon olmayan hastaların ortanca yaşı 69,0 (49,0-83,0) olarak izlendi. FBLN2'nin tümör dokularında boyama yaygınlığının klinikopatolojik değişkenlerle karşılaştırmalı analizine baktığımızda anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. FBLN2 boyama şiddetinde olduğu gibi sadece yaş değişkeni üzerinde hastaların yaşı arttıkça boyama yaygınlığının da arttığı görüldü. FBLN2 yaygınlığı 0 ve %50'nin altı olan hastaların ortanca yaşı 63,0 (37,0-74,0) iken, yaygınlığı %50 ve üzeri olan hastaların ortanca yaşı 71,0 (49,0-83,0) olarak görüldü ($p<0.003$). Kaplan-Meier yöntemi ile Log Rank testi yapılarak FBLN2'nin boyanma şiddetinin hastalıksız ve genel sağkalıma etkisinin analizini yaptık. Yapılan sağkalım analizin sonucunda hem genel sağkalıma hem de hastalıksız sağkalıma FBLN2 ekspresyonunun etkisinin olmadığı görüldü. Benzer şekilde Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak Log Rank testi ile sağkalım analizi FBLN2 yaygınlığı için de yapıldı. Burada da hem hastalıksız hem de genel sağkalıma FBLN2 yaygınlığının etkisinin olmadığı sonucuna vardık.

SONUC
ÜSÜK, geliştirilen tedavi seçeneklerine rağmen hala prognozu istenilen düzeyde iyileştirilemediğinden hastalığın prognozunu tahmin etmeye yönelik birçok biyobelirteçlerin araştırılması devam etmekte olan bir hastalıktır. Bunun için daha anlamlı sonuçlara ulaşabilmek adına ileriye yönelik, geniş hasta sayısına sahip, çok merkezli, randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şekil 1. Tümör dokularında FBLN2 ekspresyonu

Şekil 2. Tümör dokularında MSİ gen kaybı



Tablo 1. FBLN2 ekspresyonunun değişkenlerle ilişkisi

	EKSPRESYON YOK 0 (N=23) (%41.8)	EKSPRESYON VAR 1 (N=32) (%58.2)	Total (N=55)	p value
CİNSİYET				0.592
Kadın	5 (21.7%)	9 (28.1%)	14 (25.5%)	
Erkek	18 (78.3%)	23 (71.9%)	41 (74.5%)	
YAŞ				0.009
Median (Range)	63,0 (37,0-72,0)	69,0 (49,0-83,0)	65,0 (37,0-83,0)	
TM. LOKASYONU				0.374
Pelvis	12 (52.2%)	22 (68.8%)	34 (61.8%)	
Üreter	7 (30.4%)	5 (15.6%)	12 (21.8%)	
Pelvis+üreter	4 (17.4%)	5 (15.6%)	9 (16.4%)	
MULTİFOKALİTE				0.339
Tek	17 (73.9%)	27 (84.4%)	44 (80.0%)	
Multiple	6 (26.1%)	5 (15.6%)	11 (20.0%)	
TM. PATOLOJİSİ				0.285
Ta	9 (39.1%)	7 (21.9%)	16 (29.1%)	
T1	3 (13.0%)	3 (9.4%)	6 (10.9%)	
T2-4	11 (47.8%)	22 (68.8%)	33 (60.0%)	
TM. DERECESİ				0.061
Low	13 (56.5%)	10 (31.2%)	23 (41.8%)	
High	10 (43.5%)	22 (68.8%)	32 (58.2%)	
LVİ				0.435
Yok	18 (78.3%)	22 (68.8%)	40 (72.7%)	
Var	5 (21.7%)	10 (31.2%)	15 (27.3%)	
PNİ				0.500
Yok	19 (82.6%)	24 (75.0%)	43 (78.2%)	
Var	4 (17.4%)	8 (25.0%)	12 (21.8%)	
TM. ÇAPI cm				0.191
Median (Range)	3.5 (1.5-12.5) cm	5.4 (1.5-22) cm	5.0 (1.5-22.0) cm	
NODAL METASTAZ				0.297
Yok	21 (91.3%)	26 (81.2%)	47 (85.5%)	
Var	2 (8.7%)	6 (18.8%)	8 (14.5%)	

Tablo 2. FBLN2 yaygınlığının değişkenlerle ilişkisi

	0 VE %50 ALTI BOYANMIŞ 1 (N=28) (%50.9)	%50 VE ÜSTÜ BOYANMIŞ 2 (N=27) (%49.1)	Total (N=55)	p value
CİNSİYET				0.188
Kadın	5 (17.9%)	9 (33.3%)	14 (25.5%)	
Erkek	23 (82.1%)	18 (66.7%)	41 (74.5%)	
YAŞ				0.003
Median (Range)	63,0 (37,0-74,0)	71,0 (49,0-83,0)	65,0 (37,0-83,0)	
TM. LOKASYONU				0.185
Pelvis	14 (50.0%)	20 (74.1%)	34 (61.8%)	
Üreter	8 (28.6%)	4 (14.8%)	12 (21.8%)	
Pelvis+üreter	6 (21.4%)	3 (11.1%)	9 (16.4%)	
MULTİFOKALİTE				0.106
Tek	20 (71.4%)	24 (88.9%)	44 (80.0%)	
Multiple	8 (28.6%)	3 (11.1%)	11 (20.0%)	
TM. PATOLOJİSİ				0.557
Ta	9 (32.1%)	7 (25.9%)	16 (29.1%)	
T1	4 (14.3%)	2 (7.4%)	6 (10.9%)	
T2-4	15 (53.6%)	18 (66.7%)	33 (60.0%)	
TM. DERECESİ				0.210
Low	14 (50.0%)	9 (33.3%)	23 (41.8%)	
High	14 (50.0%)	18 (66.7%)	32 (58.2%)	
LVİ				0.322
Yok	22 (78.6%)	18 (66.7%)	40 (72.7%)	
Var	6 (21.4%)	9 (33.3%)	15 (27.3%)	
PNİ				0.469
Yok	23 (82.1%)	20 (74.1%)	43 (78.2%)	
1var	5 (17.9%)	7 (25.9%)	12 (21.8%)	
TM. ÇAPI cm				0.433
Median (Range)	5.15 (1.5-15)	5.0 (1.9-22)	5.0 (1.5-22.0)	
NODAL METASTAZ				0.412
Yok	25 (89.3%)	22 (81.5%)	47 (85.5%)	
Var	3 (10.7%)	5 (18.5%)	8 (14.5%)	

SB-56) HOLEP CERRAHİSİ SONRASI PROSTAT KANSERİ TANISI ALAN HASTALARA YÖNELİK KLİNİK YAKLAŞIMLARIMIZ

AHMET FURKAN ÖZSOY(1) EZEL AYDOĞ(1) AHMET DORUK GÜLER(1)
MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) MUHAMMET ARİF İBİŞ(1) ÖMER GÜLPINAR(1)
MEHMET İLKER GÖKÇE(1) EVREN SÜER(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazi ön tanısıyla uygulanan cerrahi tedaviler sonrası hastalar insidental olarak prostat kanseri tanısı alabilmektedir. Bu hastalar için net bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Kliniğimizde HoLEP(Holmium Lazer Enükleasyon Prostat) cerrahisi uygulanan ve insidental prostat kanseri tanısı alan hastalara uygulanan tedavi protokollerini aktarmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021- Ocak 2024 tarihleri arasında, tek merkezde ve tek cerrah tarafından uygulanan 1040 HoLEP hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Palyatif amaçla HoLEP uygulanan hastalar dışlandı. İnsidental prostat kanseri tanısı alan 78 erkek hastanın preoperatif ve postoperatif sonuçları tanımlayıcı analiz kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 1040 hasta arasından HoLEP patolojisi prostat kanseri gelen 78 hasta (%7.5) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 72,36 ± 8,71 ve ortalama prostat ağırlığı 60,90 ± 25,04 idi. Preoperatif tPSA değeri 7,88 ± 10,34 ; postoperatif tPSA değeri 2,96 ± 4, 85 olup ortalama preoperatif-postoperatif tPSA değişim oranı -(%156 ± % 20 8) olarak görüldü. Preoperatif tPSA yüksekliği nedeniyle MRI çekilen 12 hasta; 8'i füzyon 12'si sistemik biyopsi olmak üzere 20 hastaya prostat biyopsisi uygulandı. (Tablo 1) Holep patolojisi kanser gelen hastaların 52'si (%66.7) ISUP G1, 8'i (%10.3) ISUP 2, 2'si ISUP 3 (%2.6) , 2'si (%2.6) ISUP 4, 14'ü (%17,9) ISUP 5 olarak raporlandı. Hastalar 6 ayda bir PSA ve senelik MRI ile rutin takip edildi. Hastaların 60'ı (76.9) aktif izlem, 4'ü (%5.1) radikal prostatektomi, 6'sı (%7.7) RT+ ADT ve 8'i (%10.3) ADT ile takip edildi. Toplam takip süresi 24,53 ± 15,94 idi . Kansere bağlı ölüm 4 (%5.1) olarak görüldü. (Tablo 1)

SONUÇ

Prostat enükleasyon cerrahisi sonrası insidental prostat kanseri tanısı alan hastalar için tedavi seçenekleri arasında net konsensüs olmamakla birlikte aktif izlem uygun hastalara önerilebilir. Ancak onkolojik açıdan kesin sonuçlara ulaşmak için daha uzun takip süresine ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Parametreler	Sonuç
Ortalama yaş, yaş aralığı	72.36 [52-87]
Preop görüntülemede prostat boyutu	60,90 (30-125)
Tümör, holep patolojisinin yüzde kaçı?	11,16 ± 15,09
Preoperatif tPSA	7,88 ± 10,34
Postoperatif 3.ay tPSA	2,96 ± 4,85
Preoperatif- postoperatif tPSA değişim oranı?	-[%156 ± %208]
Aktif izlem yapıldıysa 1. Yıl tPSA	0,78 ± 0,46
Aktif izlem yapıldıysa 2. Yıl tPSA	0, 64 ± 0,40
Aktif izlem yapıldıysa 3. Yıl tPSA	0,71 ±0,32
Holep patoloji ISUP skoru	
ISUP 1	52 [66,7]
ISUP 2	8 (10,3]
ISUP 3	2 (2,6]
ISUP 4	2 (2,6]
ISUP 5	14 [17,9]
Holep TNM evresi	
T1a	42 [53,8]
T1b	36 [46,2]
Preoperatif MRI çekilen hasta sayısı	12 [15,4]
Preop MRI dansite	0,32 ± 0,50
Preoperatif MRI çekilen hastaların PIRADS	
PIRADS1	4 (5,1]
PIRADS 2	0 (0,0]
PIRADS 3	6 (7,7]
PIRADS 4	2 (2.6)
PIRADS 5	0 (0.0)
Preoperatif MRI çekilen hastaların lezyon yeri	
Transizyonel	6 (7,7]
Periferik	6 (7.7)
Santral	0 (0.0)
Preoperatif Prostat biyopsisi yapılan hasta	20 [25,6]
Prostat biyopsisi yapılan hastaların biyopsi tipi	
Sistemik	12 [15,4]
Füzyon	8 (10.3)
Holep Sonrası Tedavi	
Aktif İzlem	60 [76,9]
RP	4 (5.1)
RT + ADT	6 (7.7)
ADT	8 (10.3)
Aktif İzlemdeyken ek tedavi uygulanan hasta	0 (0,0]
Kansere bağlı ölüm	4 (5,1]
Toplam takip süresi	24,53 ±13,94

SB-57) ANDROLOJİDE YAPAY ZEKA ÇALIŞMALARININ LİTERATÜR ANALİZİ VE GELECEKTE OLASI KULLANIM ALANLARI

KEREM GENÇER KUTMAN(1) İLTÜRK ÖZDOĞAN(1) BURAK KÖSEOĞLU(2)
HALİL DEMİRÇAKAN(3) SERDAR TOKSÖZ(1)

1. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ
3. KONYA ÇUMRA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Ürolojide yapay zeka kullanımının literatür analizi ve androloji özelinde yapay zeka çalışmaları değerlendirilip ileride olası kullanım alanlarının tespit edilmesi hedeflendi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bilimsel makale arama portalı PubMed'de "yapay zeka[Başlık/Özet] VE üroloji[Başlık/Özet] " ileri arama tekniği kullanıldı. Çıkan makaleler ilgili olduğu ürolojik alana göre sınıflandırıldı. Ürolojik genel yaklaşım içerikli çalışmalar "genel üroloji" bölümü altında sınıflandırıldı. Robotik cerrahi ve yapay zeka ile ilgili makaleler daha yakın olduğu alan içinde konumlandırıldı. Androloji alanı ile ilgili çalışmalar incelendi diğer üroloji alanları ve yapay zeka ile yapılan bilimsel çalışmalarla karşılaştırmalı analizi yapıldı. Eksik kaldığı alanlar ve gelecekte olası kullanım alanları tespit edildi.

BULGULAR

Arama sonucu 167 makale tespit edildi. Editöre mektuplar ve ilgi derecesi düşük makaleler çıkarıldıktan sonra 153 makale içeriklerine göre sınıflandırıldı (Tablo 1). Yapay zeka kullanımının ürolojide genel kullanımı (27) ve üroonkoloji (37) alanlarında yoğunlaştığı gözlemlendi. Endoüroloji (27) alanında da önemli derecede yapay zeka çalışmaları vardı. Androloji bölümü ürolojinin önemli ve hasta potansiyeli yüksek bir alanı olmasına rağmen literatürde sadece 6 adet spesifik yapay zeka çalışması mevcuttur. İnfertilite alanı ile ilgili 3 çalışma, penil protez, hipogonadizm ve priapizm ile ilgili birer çalışma tespit edildi.

SONUÇ

Yapay zeka ve ChatGBT ile ilgili akademik çalışmalar son dönemde yoğun ilgi görmektedir. yapay zekanın androlojideki ana kullanım alanı infertilite olarak görülmektedir. Yapay zeka sinir ağlarını kullanarak hastalardaki testiküler sperm ekstraksiyonu(TESE) başarısını çok yüksek oranda bilebilmekte, intrastoplazmik sperm enjeksiyon(ICSI) öncesi sperm seçimini çok daha başarılı olarak yapabilmekte, sperm analizini çok daha anlamlı hale getirebilmektedir. Hasta bilgilendirme, androloji eğitimi ve seksüel disfonksiyonlarda kullanımı ise ilgili henüz çalışma yapılmamıştır. Gelecekte androlojide yapay zeka ve sanal gerçeklik kombinasyon projeleri heycan verici olacaktır.

Tablo 1: Üroloji ve Yapay Zeka Literatür Analizi

Üroloji alanları	Makale sayısı	Androloji alanları	Makale sayısı
Genel üroloji	27	İnfertilite	3
Hasta bilgilendirme	19	Ereksiyon problemleri	1
Üroloji eğitimi	26	Hipogonadizm	1
Endoüroloji	26	Priapizm	1
Üroonkoloji	37		
Pediatrik üroloji	6		
Fonksiyonel üroloji	6		
Androloji	6		
Toplam	**153**		**6**

SB-58) PREMATÜR EJEKÜLASYON HASTALARI YOUTUBE TARAMASI İLE KALİTELİ VE GÜVENİLİR BİLGİYE ULAŞABİLİR MI?

HAKAN ÇAKIR(1) FARUK OZGOR(2)

1. ACIBADEM FULYA HASTANESİ
2. HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Son 10 yılda profesyonel sağlık profesyonelleri tarafından prematür ejakülasyon ile ilgili YouTube'a yüklenen videoların kalitesini ve güvenilirliğini incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışma 1 - 10 Temmuz 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. YouTube'da 'erken boşalma', 'prematür ejakülasyon', ve 'kısa süren boşalma' anahtar kelimeleri arandı. Yalnızca profesyonel sağlık profesyonellerinin son 10 yılda yüklediği videolar ve yalnızca İngilizce dilindeki YouTube videoları incelendi. Videolar belirlenen yıl aralıklarına göre tarandı ve ilk 50 video değerlendirildi. Tüm videolar için video özellikleri değerlendirildi ve kaydedildi. Videoların kalitesi ve güvenilirliği, değiştirilmiş DISCERN puanı ve Global Kalite Puanı (GQS) dahil olmak üzere iki farklı anket ölçeği ile değerlendirildi. Bu iki skorlama sistemi de video kalitesini 1-5 puan arası değerlendiren (1 en düşük kalite, 5 en yüksek kalite) uluslararası kabul görmüş skalalardır.

BULGULAR
2014-2019 yılları arasında yüklenen videolarda izlenme sayısı 3824, son 5 yılda ise izlenme sayısı 2804 idi (p= 0,035). Son 5 yıla ait videolarda video uzunluğu istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşük ve beğeni sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla; p=0,001 ve p=0,001). 2014-2019 yılları arasında yüklenen profesyonel videoların toplam %34,0'ü sağlık profesyonellerine yönelikti. Son 5 yıldaki videolarda ise bu oran %10,0 olup istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü (p=0,001). DISCERN puan ortalaması 2014-2019 yılları arasında 3,2, 2019-2023 yılları arasında ise 4,0 olarak hesaplandı (p=0,001). Benzer şekilde son 5 yılda ortalama GQS önceki 5 yıla göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (3,9 vs 3,1, p=0,001).

SONUÇ
Bu çalışma, YouTube'da prematür ejakülasyon ile ilgili videoların kalitesinin ve güvenilirliğinin son 5 yılda önceki 5 yıla göre önemli ölçüde arttığını, video sürelerinin ise önemli ölçüde azaldığını tespit etti. Ayrıca son beş yılda yüklenen videolarda hastaya yönelik video oranı anlamlı olarak daha yüksekti.

-	Mayıs 2014- Mayıs 2019	Haziran 2019 - Haziran 2024	p değeri
Video sayısı	50	50	-
Video parametreleri*	-	-	-
Görüntülenme Sayısı	3824 (2225 - 4768)	2804 (1371 - 4276)	0.035
Video uzunluğu (dk)	9 (5 - 13)	5 (2 - 9)	0.001
Beğeni	61 (4 - 106)	91 (60 - 142)	0.001
Beğenilmeme	9 (4 - 12)	10 (5 - 15)	0.751
Yorum	23 (9 - 37)	32 (21 - 112)	0.001
Hedef kitle, n (%)	-	-	-
Doktorlar veya sağlık çalışanları	17 (34.0%)	5 (10.0%)	0.001
Hastalar	33 (66.0%)	45 (90.0%)	-
GQS skoru **	3.1 ± 0.9	3.9 ± 1.1	0.001
DISCERN skoru **	3.2 ± 0.7	4.0 ± 1.0	0.001
*: ortanca (çeyrekler arası açıklık), ** ortalama ± standart sapma	-	-	-

SB-59) ERKEK İNFERTİLİTESİNDE GENETİK ANALİZLER: POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURAN HASTALARIN SONUÇLARI

GÖKTUĞ ATNALLAR(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, polikliniğimize başvuran erkek infertilite hastalarının genetik analiz sonuçlarını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2013 ile Aralık 2023 tarihleri arasında polikliniğimize infertilite şikayeti ile başvuran erkek hastaların genetik verileri retrospektif olarak değerlendirildi ve analiz edildi. Bu süreçte hastalardan alınan kan örneklerinden kromozom analizi ve AZF (azoospermia factor) gen delesyonları incelendi.

BULGULAR
Genetik incelemesi tamamlanmış 627 erkek hastanın genetik analizleri sonucunda:
- 27 hastada Klinefelter sendromu saptandı.
- 9 hastada kromozomal inversiyon tespit edildi.
- 7 hastada kromozomal translokasyonlar belirlendi.
- AZF gen delesyonu taşıyan hastalar arasında:
  - 1 hastada AZF A delesyonu,
  - 9 hastada AZF C delesyonu,
  - 2 hastada AZF A+B+C delesyonu,
  - 4 hastada AZF B+C delesyonları tespit edildi.

SONUÇ
Bu çalışmada, AZF gen delesyonlarından ziyade Klinefelter sendromunun daha fazla görülmesi dikkat çekicidir.

SB-60) S.T.O.N.E, CROES, GUY'S VE S-RESC NEFROLİTOMETRİ SKORLAMA SİSTEMLERİNİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI TAŞSIZLIĞI ÖNGÖRME AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

CAN SİNİRSİZ(1) BARIŞ DOĞAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ,ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

AMAÇ
Nefrolitometri skorlama sistemleri operasyonun zorluk derecesi ve taş yükü hakkında bilgi vermektedir. Biz çalışmamızda S.T.O.N.E, CROES, Guy's ve S-ReSC nefrolitometri skorlama sistemlerini perkütan nefrolitotomi(PCNL) uyguladığımız hastalarda taşsızlığı öngörme açısından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmada kliniğimizde Kasım 2023 - Mayıs 2024 tarihleri arasında PCNL yapılan 117 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Operasyon sonrası endoskopik ve floroskopik olarak taş izlenmeyen hastalar taşsızlık sağlanmış olarak değerlendirildi. Skorlama sistemlerinin taşsızlık öngörme başarısı karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde $p<0,05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR
Hastaların 81'i erkek, 36'sı kadın olup yaş ortalaması 51,4±16,0 yıl idi. Hastaların taş yüzey alanı medyan(IQR) değeri 1457(804-2455) mm2 saptandı. Hastaların 95'inde taşsızlık sağlanabilirken 22'sinde taşsızlık açısından başarı sağlanamadı. Hastalar bu açıdan iki gruba ayrılıp tek değişkenli analiz yapıldığında iki grup arasında yaş, cinsiyet, HT, DM, KBH ve taşın ortalama Hounsfield unit(HU) açısından istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Taşsızlık sağlanamayan hasta grubunda taş yüzey alanının daha yüksek olduğu görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,023$). Nefrolitometri skorlama sistemleri değerlendirildiğinde Guy's, S.T.O.N.E ve S-ReSC skorlarının taşsızlık sağlanamayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,004;<0,001;=0,002$). CROES skorunun ise taşsızlık sağlanan hasta grubunda daha yüksek değerde olduğu görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,001$). İki grup arasında yapılan çok değişkenli analizde sadece S.T.O.N.E. skorlama sistemi taşsızlığı değerlendirme açısından istatistiksel anlamlı olarak saptandı (OR 95%CI 0.629 (0.415–0.955), $p=0.030$). Taşsızlık açısından yapılan ROC analizinde Guy's, S.T.O.N.E, CROES, S-ReSC skorlarının eğri altında kalan alan(AUC) değerleri sırasıyla 0,689 (%95 CI (0,552-0,826)), 0,750(%95 CI 0,648-0,852), 0,752(%95 CI 0,635-0,869) ve 0,707(%95 CI 0,587-0,828) saptandı. S.T.O.N.E skorlama sisteminin taşsızlığı öngörmede 9,5 skor cut-off değeri ile %62 duyarlılık ve %77 özgüllük oranlarına sahip olduğu görüldü.

SONUÇ
Preoperatif dönemde kullanılan nefrolitometri normogramlarının PCNL sonrası taşsızlığı değerlendirmede değerli araçlar olduğunu düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda S.T.O.N.E nefrolitometri skorlama sisteminin diğer skorlama sistemlerine kıyasla taşsızlığı değerlendirmede daha değerli olduğunu saptadık. Taşsızlığı öngörmede optimal skorlama sistemini bulmak için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

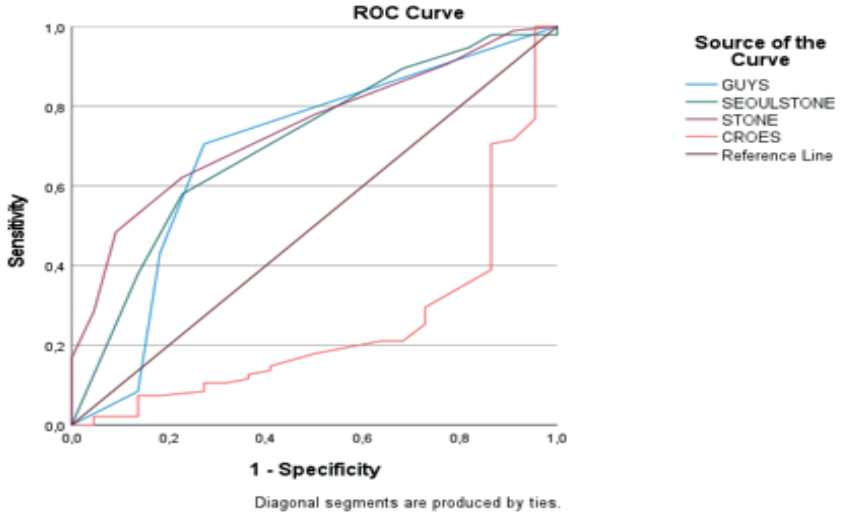
-	Taşsızlık (-) (n: 22)	Taşsızlık(+) (n:95)	P
Yaş(medyan(IQR))	57,5(50-67,2)	52(40-63)	0,061
Taş yüzey alanı (mm2)(medyan(IQR))	2302(1413-3368)	1356(804-1925)	0,023
Guy's Score(mean±SD)	2,41±1,0	1,78±0,9	0,004
Seoul Stone (mean±SD)	3,8±2,0	2,4±1,6	0,002
STONE Score (mean±SD)	10,5±1,5	8,7±2,0	<0,001
CROES (mean±SD)	76,5±16,2	87,6±12,1	<0,001

İki grup arasında yapılan tek değişkenli analiz

Tablo: Nefrolitometri skorlama sistemlerinin çok değişkenli analizi

	B	Std Error	Wald	df	p	Exp(B)	%95 CI LB	UB
GUYS Score	0,077	0,391	0,039	1	0,844	1,080	0,501	2,326
Seoul Stone	-0,260	0,191	1,842	1	0,175	0,771	0,530	1,122
STONE Score	-0,463	0,213	4,738	1	0,030	0,629	0,415	0,955
CROES	0,017	0,022	0,636	1	0,425	1,018	0,975	1,062

Grafik: Nefrolitometri skorlama sistemlerinin ROC eğrisi analizi



SB-61) URS'DE ÜRETER RÜPTÜRÜ SONRASI GİBSON İNSİZYONDAN FLEKSİBLE URS DENEYİMİMİZ

FURKAN ÇAPAR(1) EMRE HEPŞEN(1) ENES ŞENER(1) SEMİH YAŞAR SARGIN(1)
AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üreterorenoskopi (URS), son 20 yılda bu alanda önem kazanan böbrek taşlarının tedavisinde minimal invazif bir tedavi seçeneğidir. Bu teknik birçok endikasyonda ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi (ESWL) taş ameliyatının yerini almıştır. Üst idrar yolu tümörlerinin teşhis ve tedavisinde de özellikle önemlidir. URS işlemi çoğu hafif olmak üzere %9-25 komplikasyon riskine sahiptir. Taşın proksimal üreterde olması, tecrübesizlik, taşın boyutunun artması, impakte olması ve geniş çaplı üreteroskop kullanımı komplikasyonları artıran sebeplerdir .
URS nin komplikasyonları intraoperatif ve postoperatif olarak ikiye ayrılmaktadır. URS nin hematüri , mukozal hasar, üreteral perforasyon, mukozal eversiyon gibi çeşitli intraoperatif komplikasyonlar bulunmaktadır. Biz de bu olgumuzda proksimal üreter taşı olan elektif olarak yapılan URS sırasında gerçekleşen total üreter rüptürü olgusunu sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

Daha önce taş düşürme hikayesi olan 32 yaşında erkek hasta 1 haftadır sol yan ağrısı şikayetiyle acile başvurdu. Hasta çekilen acil tüm abdomen taş protokolü bilgisayarlı tomografide hastada 6 mm sol proksimal üreter taşı ve grade 1 renal pelvis ve üreter dilatasyonu görülmesi ve kreatinin progresyonu sebebiyle tarafımıza konsülte edildi. .Özgeçmişinde ek hastalığı olmayıp 1 kere sol URS öyküsü mevcuttu. Hastanın kreatinin değeri 1,5 mg/dl ölçüldü. Tarafımızca hastaya elektif operasyon hazırlığı açısından yatış verildi. Hasta bilgilendirildikten sonra hastaya genel anestezi altında endoskopi üreter taşı tedavisi planlandı. Genel anestezi altında 7.5 f renoskop ile sol üreter orifisinden guidewire yardımıyla girildi. Orta üreterden itibaren üreterin renoskopun rahat şekilde ilerlemeyeceği kalibrede olduğu görüldü. İşlem sonlandırılarak sol üretere dj kateter takılması planlandı. Orta üreterden distal üreter doğru inildiğinde distal üreterde total üreter rüptürü olduğu görüldü. Guidewire proksimal üreterde bırakılarak renoskop çıkartıldı. Hasta supin pozisyona alınarak sol gibson kesi ile katlar anatomik plana uygun olarak insize edildi. Retroperitoneal alanda üreter vizüalize edildi. Üreter serbestlendikten sonra distal üreterdeki rüptüre alan bulundu. Ardından guidewire üzerinden fleksible renoskop ile proksimal üretere girildi. Proksimal üreterdeki yaklaşık 6 mm'lik taş görülerek 20 watt'lık holmium lazer ile fragmente edildi. Ardından distal üreter açıklığından renal pelvise 4.7 fr dj kateter ilerletildi, kataterin inferior.ucu da distal üreter ve mesaneye ilerletilmesini takiben distal üreter uç uca 4.0 vicryl ile anastomoze edildi. Retroperitoneal alana dren yerleştilmesini takiben katlar anatomik plana uygun olarak kapatıldı. Postoperatif 4. günde sonda çıkartıldı, post operatif 5. Gününde dreni çıkartıldı. postoperatif 6. günde taburcu edildi.Hastanın postoperatif 7. haftada dj kateteri çekildi.

BULGULAR

Literatüre bakıldığında geniş serilerde üreteral perforasyon için %0-18 ve üreteral rüptür için %0-0,5 oranında bir insidans rapor edilmiştir. Teperler ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptığı 1208 hastalık bir çalışmada bizim olgumuzda da görülen üreter rüptürü % 0.16 olarak saptanmış olup nadir bir olgu olduğu saptanmıştır.

SONUÇ

URS minimal invaziv bir cerrahi müdahale olmasına rağmen açık cerrahi gerektiren komplikasyonları gelişebileceği unutulmamalıdır.

SB-62) YAPAY ZEKA DESTEKLİ SİSTOSKOPİ: ÜROLOJİK TANIDA HASSASİYET VE VERİMLİLİK

HALİL İBRAHİM İVELİK(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) OKAN ALKIŞ(1)
OĞUZHAN YUSUF SÖNMEZ(1) MEHMET SEVİM(1) ŞEREF COŞER(1) BEKİR ARAS(1)

1. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, yapay zeka destekli bir sistem geliştirmek ve bu sistemin sistoskopi görüntüleri kullanarak ürolojik patolojilerin tespitindeki etkinliğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
500 patolojik ve 500 sağlıklı sistoskopi görüntüsünden oluşan bir veri seti, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden toplanmıştır. Görüntüler, farklı optik kalitelere sahip üç farklı endovizyon sistemi (Storz, Striker, R.Wolf) kullanılarak elde edilmiştir. Veri seti ön işleme tabi tutulmuş ve artırılmış, ardından bir Konvolüsyonel Sinir Ağı (CNN) modeli, görüntüleri normal veya patolojik olarak sınıflandırmak üzere eğitilmiştir. Modelin performansı, 100 patolojik ve 100 sağlıklı görüntüden oluşan ayrı bir test setinde, doğruluk, kesinlik, geri çağırma ve F1 skoru gibi metrikler kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS versiyon 25.0 kullanılarak yapılmış ve p değeri <0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR
Model, test setinde %94 duyarlılık ve %58 özgüllük göstermiştir, bu da patolojik vakaları yüksek doğrulukla tespit ederken sağlıklı vakaları doğru tanımlamada daha düşük bir yeteneğe işaret etmektedir. Patolojik görüntüler için kesinlik, geri çağırma ve F1 skoru sırasıyla %69, %94 ve %80 iken, sağlıklı görüntüler için bu metrikler %91, %60 ve %72 olarak belirlenmiştir. Modelin genel doğruluğu %76 olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ
Yapay zeka destekli sistoskopi görüntü analizi sistemi, ürolojik patolojilerin tespitinde yüksek duyarlılık göstermekte ancak özgüllüğünü artırmak için daha fazla iyileştirme gerekmektedir. Gelecekteki çalışmalar, veri seti çeşitliliğini artırmaya ve modelin iyi huylu ve kötü huylu özellikleri ayırt etme yeteneğini geliştirmeye odaklanacaktır. Daha yüksek kaliteli görüntülerin entegrasyonu ve ileri AI teknikleri, tanısal doğruluğu ve hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir.

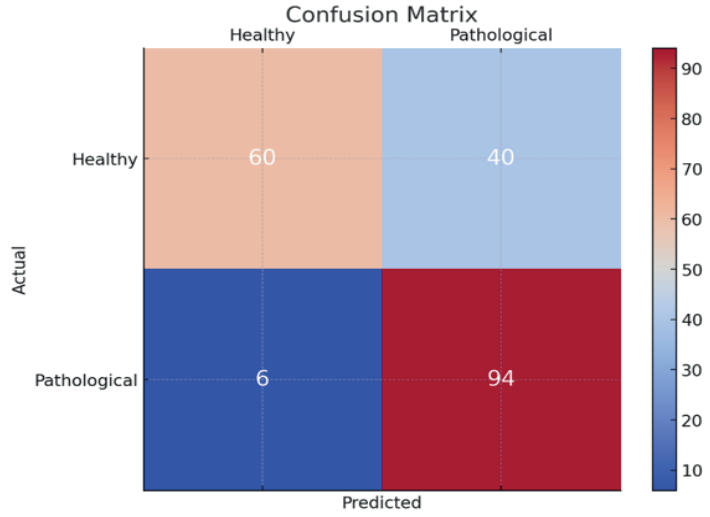


Figure1: illustrates the performance of our AI model on the test dataset. The matrix provides insights into true positive (TP), true negative (TN), false positive (FP), and false negative (FN) counts.

SB-63) ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞI OLAN ÇOCUKLARIN TANI VE İZLEMİNDE BÖBREK LONGİTÜDİNAL VE TRANSVERS ÇAPLARININ ETKİSİ

DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) KADER ADA DOĞAN(1) ONUR CAN ÖZKAN(2)
ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) YILÖREN TANIDIR(3) TUFAN TARCAN(3) SELÇUK YÜCEL(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ
3. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Renal pelvis anterioposterior (AP) çap, üreteropelvik bileşke darlığında (ÜPD) cerrahi girişim endikasyonunu belirlemede ve hasta izleminde kullanılan önemli parametrelerden biridir. Renal pelvis AP çapının yanı sıra kortikomedüller oran, renal pelvis alanı, tüm böbrek alanı gibi geometrik ölçümlerin de ÜPD'li hastaların değerlendirilmesinde katkısı olabileceği raporlanmıştır. Hipotez olarak diğer böbrek uzunluklarının da renal pelvis AP çap ölçümüne benzer etkisi olabileceği düşündük.Öncekilerden farklı olarak piyeloplasti uygulanmış ÜPD'li çocuklarda böbreğin longitudinal uzunluğu ve transvers genişliğinin cerrahi öncesi ve sonrası değişimleri araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

2012-2024 yıllarında tek taraflı ÜPD nedeniyle açık veya laparoskopik piyeloplasti yapılan çocukların verileri retrospektif incelendi. Megaüreteri, vezikoüreteral reflüsü, eşlik eden üriner sistem taşı, çift sistemi olan ve/veya verisi eksik olan hastalar ile sekonder piyeloplasti uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası 3. aydaki ölçülen renal pelvis AP çap, longitudinal uzunluk, transvers genişliği ve hidronefroz dereceleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 6 (min: 4 ay, maks: 17 yıl) yıl olan toplam 39 (14 kız (%28,6), 35 (%71,4) erkek) hasta dahil edildi. 19 (%38,8) hastaya sağ, 30 hastaya (%61,2) sol piyeloplasti uygulandı. İşlem 15 (%30,6) hastada laparoskopik, 34 (%69,4) hastada açık olarak uygulandı. Cerrahi uygulanan böbrekte işlem sonrası 3.ayda renal pelvis AP çap ve longitudinal böbrek uzunluğunda işlem öncesine göre anlamlı azalma olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,0001$, $p=0,005$) (Tablo1). Ancak böbreğin transvers genişliğinde anlamlı fark saptanmadı ($p=0,19$). Ayrıca preoperatif ipsilateral ve kontralateral normal böbrek arasında longitudinal uzunluk açısından anlamlı fark izlendi ($p<0,0001$) (Tablo 2). Transvers genişlik ise her iki böbrekte işlem öncesi ve sonrası istatistiksel olarak benzerdi (sırasıyla $p=0.051$, $p=0,249$) (Tablo 2). Yapılan çoklu grup analizinde hidronefroz dereceleri arasında transvers çap açısından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p=0,036$). Ancak longitudinal ve AP çap açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,536$, $p=0,601$). korelasyon analizinde işlem öncesi hem renal pelvis AP çap ve longitudinal uzunluk arasında hem de longitudinal uzunluk ve transvers genişlik arasında pozitif korelasyon saptandı. hidronefroz derecesi ve transvers çaplar arasında da pozitif korelasyon saptandı. Ancak renal pelvis AP çap ve transvers genişlik arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 3)

SONUÇ

Üreteropelvik bileşke darlığı olan çocuklarda böbrek longitudinal uzunluğunun renal pelvis AP çapı ile benzer şekilde arttığı ve cerrahi sonrası anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. yapılan analizlerde hidronefroz derecesinin transvers çap ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Longitudinal çap ile ilişkisi izlenmemiştir. Bu sonuç böbreğin longitudinal uzunluğunun ÜPD'li çocuklarda tanı ve izlemde anlamlı bir ölçüm olabileceğini düşündürtmektedir. Bulgular diğer görüntüleme yöntemleri aracılığıyla elde edilen geometrik ve morfolojik ölçümlerle yapılacak çalışmalar tarafından daha ayrıntılı değerlendirilebilir.

-	Preoperatif ortanca(min-maks)	Postoperatif ortanca(min-mak)	P değeri
Renal pelvis ap çap	29(15-76)	18(3-57)	<0.0001
Longitunal uzunluk	99(72-146)	95(57-140)	0.005
Transvers genişlik	38(22-74)	37(20-95)	0.19

Tablo 1

Tablo 2. İpsilateral ve kontralateral böbreklerin preoperatif ve postoperatif böbrek çaplarının karşılaştırılması

	Renal Çaplar	İpsilateral Ortanca (Min-Max)	Kontralateral Ortanca (Min-Max)	P değeri
Preoperatif	**Longitudinal uzunluk (mm)**	99 (72-146)	84 (55-124)	**<0,0001**
	Transvers genişlik (mm)	38 (22-74)	36 (22-54)	0,051
Postoperatif	**Longitudinal uzunluk (mm)**	95 (57-140)	84,5 (61-129)	**0,003**
	Transvers genişlik (mm)	37 (20-75)	35,5 (27-49)	0,249

SB-64) CHATBOTS AND PEDIATRIC UROLOGICAL DISEASES: NEW APPROACHES IN INFORMATION ACCESS

MERT BAŞARANOĞLU(1) ERİM ERDEM(1) ERDEM AKBAY(1)

1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, pediatrik ürolojik hastalıklar gibi karmaşık sağlık sorunlarında, yapay zeka destekli chatbotların bilgi erişimindeki etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir. Özellikle, ChatGPT, Gemini ve Copilot gibi popüler yapay zeka modellerinin sunduğu bilgilerin, geleneksel tıbbi kaynaklarla uyumluluğunu analiz ederek, bu teknolojilerin sağlık hizmetlerindeki potansiyel katkısını ortaya koymayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

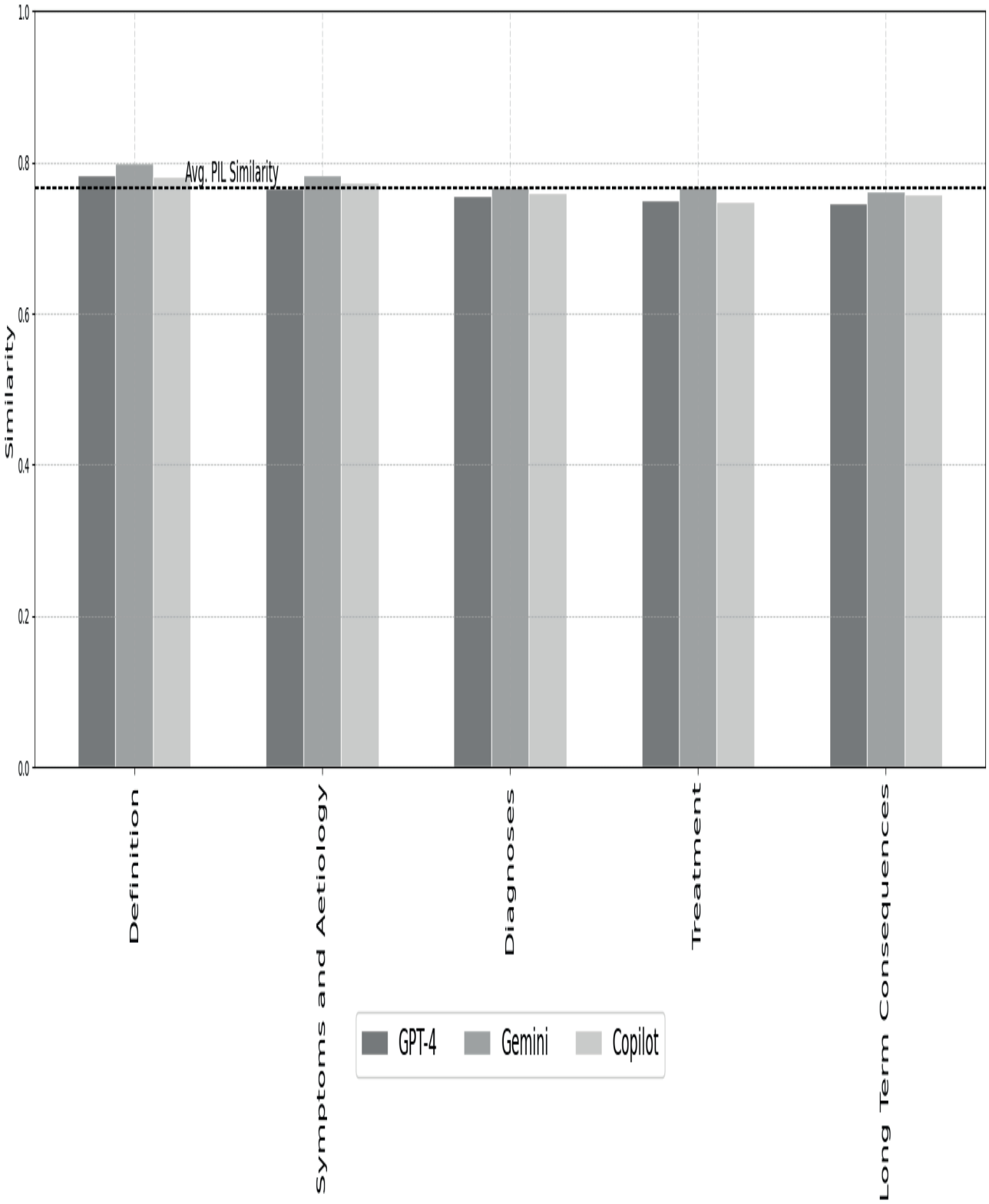
Bu çalışmada, pediatrik ürolojik hastalıklar olan hipospadias, inmemiş testis, üriner sistem taşları ve vezikoüreteral reflü (VUR) ile ilgili bilgileri değerlendirmek amacıyla geleneksel tıbbi kaynaklardan (Boston Children's Hospital, Campbell-Walsh-Wein Üroloji 12. baskı, Hacettepe Üniversitesi, Mayo Clinic, UCSF Health, Wikipedia) veri toplandı. ChatGPT-4, Gemini ve Copilot gibi yapay zeka modelleri üzerinde yapılan testler sonucunda elde edilen bilgiler, TF-IDF ve Word2Vec yöntemleriyle vektörel analizlere tabi tutularak değerlendirildi. Bu analizler, yapay zeka destekli chatbotların pediatrik ürolojik hastalıklarla ilgili bilgi erişimindeki etkinliğini ve geleneksel kaynaklarla uyumunu değerlendirmek için yapıldı.

BULGULAR

Çalışmamızda, yapay zeka sohbet botlarının hasta bilgilendirme formlarına verdiği yanıtların benzerliklerini incelemekte olup, genel olarak yapay zeka modellerinin bu formlara olan benzerliğinin ortalamada HBFOBD değerini geçemediğini gösteriyor. Özellikle hastalık tanımlama başlığı altında daha yüksek benzerlikler gözlenirken, semptom açıklaması, tanı yöntemleri, tedavi ve uzun dönem sonuçları gibi diğer başlıklarda performansın düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, farklı yapay zeka modelleri arasında ve farklı hastalıklar için değişiklik gösterse de genel eğilimi yansıtmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamız, yapay zeka sohbet botlarının hasta bilgilendirme formlarına sağladığı yanıtların genelde benzerlik gösterdiğini ancak performanslarının her hastalık konusunda yüksek olmadığını göstermektedir. Özellikle Copilot modeli, diğer botlara göre daha tutarlı sonuçlar vermiştir, ancak tedavi ve uzun dönem sonuçlar gibi detaylı konularda tutarlılık düzeyleri düşüktür. Botların açık uçlu sorulara yanıt verme kabiliyeti ise önemli bir avantaj sağlamaktadır, ancak bilgilerin anlaşılmasını zorlaştırabilecek görsel eksiklikler ve kullanıcı eğitim düzeyi gibi faktörler de bulunmaktadır. Sonuç olarak, yapay zeka sohbet botları hasta bilgilendirme sürecinde potansiyel bir kaynak olarak değerlendirilebilir, ancak tam anlamıyla hasta bilgilendirme formlarının yerini alamamaktadırlar.


1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Similarity
Avg. PIL Similarity
Definition
Symptoms and Aetiology
Diagnoses
Treatment
Long Term Consequences
GPT-4
Gemini
Copilot

SB-65) KAVERNOZAL YETMEZLİK TEŞHİS EDİLEN SEÇİLMİŞ OLGULARDA DORSAL VENEKTOMİ TEDAVİSİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

ENGİN TELLİ(1) MUHLİS ÜNAL(1) KUTLUCAN ÇAKMAK(1) ANIL DAĞIDIR(1)
FURKAN PALAZ(1) MUSTAFA MELİH ÇULHA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Kliniğimize primer erektil disfonksiyon yakınması ile başvurup dorsal venektomi yapılan seçilmiş olgularda tedavinin uzun dönem sonuçlarını irdeledik.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimize 1995-2023 yılları arasında primer erektil disfonksiyon yakınması başvuran 44 olguya penil doppler ultrasonografi ve kavernozometri yapıldı. Muayene ve biyokimyasal tetkikler sonrası diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon ve hormonal patolojisi olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Ortanca yaş 26,4(20-41) olarak hesaplandı.12 olgu(%27,2) PDE5 yanıtsız, 32 olgu(%72,7)da ise pozitif yanıt alındı. Preoperatif IIEF skoru ortalama 7,6±2,2 olarak hesaplandı.

BULGULAR
Medyan izlem süresi 28 (5-49) ay ve ortalama cerrahi süresi ise 63±9 dakika olarak hesaplandı. 42 olgu(%95,4) cerrahi sonrası ilk 10 gün içerisinde erektil kapasitenin hissedilir şekilde arttığını ifade etti. 12 aylık izlemde 39 olgu(%88,6) tedavinin etkili olduğunu söylerken medyan izlem süresi sonunda 35 olgu(%79,5) tedavinin etkinliğinin sürdüğünü ifade etti. Tüm olgulardaki IIEF skoru medyan izlem süresi sonunda 21,3±4,4 olarak hesaplandı($p<0.05$). Kavernozometri yapılıp ağır kavernozal yetmezlik saptanan 10 olgunun 8 tanesinde tedavi başarısız kaldı.

SONUÇ
Venöz cerrahi sonrası tedavi etkinliği azalmakla birlikte uygun hasta seçimi başarıyı arttıracaktır.

SB-66) TRANSÜRETRAL PROSAT REZEKSİYONU YAPILAN HASTALARDA SONDA VARLIĞININ ÜRETRA DARLIĞI GELİŞİMİNE ETKİSİ

HAKAN TÜRK(1) ERKAN ARSLAN(2) ARDA TONGAL(2)

1. ÖZEL ÖZTAN SAĞLIK HASTANESİ
2. UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

TUR-P veya prostat harici mesane patolojilerinde işlem sonrası komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir. Bu komplikasyonların en önemlilerinden biri üretral darlıktır. Cerrahi tekniklerdeki kayda değer gelişmelere rağmen, üretral darlık görülme sıklığı azalmamıştır. TUR'un geç komplikasyonları arasında yer alan üretral darlık insidansı yapılan çalışmalarda %9.8'e kadar çıkmaktadır. Üretra darlıkları tekrarlayıcı olması, hasta bakımı, tedavi güçlüğü ve takibi açısından ürolojinin zor konularından bir tanesidir. TUR-P yapılan birçok hasta işlem öncesi sondalı halde olup TUR-P bu durumdayken yapılmaktadır. Biz bu çalışmamızda TUR sonrası görülebilen üretral darlığı etkileyen faktörler ve işlem öncesi sondalı olma durumunun TUR sonrası darlığı etkileyip etkilemediğini görmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2005 ile Ocak 2010 tarihleri arasında TUR ameliyatı geçiren 216 erkek hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, operasyon öncesi sondalı olup olmaması durumu, alfa bloker durumu , ek hastalıklar, post-op sondalı kalma süresi, rezeksiyon tipi, operasyon süresi, postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 216 hastaya TUR-P yapıldı. Hastaların hiçbirinde işlem öncesi transüretral girişim ve darlık öyküsü yoktu. 216 hastanın 77' si preop sondalıydı. Geriye kalan 139 hastada TUR öncesi sonda yoktu.TUR öncesi sondalı olan 77 hastanın TUR sonrası 2(% 2.6)'sinde üretral darlık gelişirken,75(%97.4) hastada üretral darlık gelişmedi. TUR öncesi sondalı olmayan 139 hastanın 19(%13,6)'unda üretral darlık gelişirken 120(%86,3) hastada ise üretral darlık gelişmedi. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (P =0.008). Bipolar TUR yapılan 167 hastanın 10 (%5,9)'unda üretral darlık gelişirken, monopolar TUR yapılan 49 hastadan 11(%22,4)'inde üretral darlık geliştiği görüldü. Rezeksiyon tipinin üretral darlığa etkisi istatiksel olarak anlamlı bulundu (P=0.002). Yaş, alfa bloker kullanımı, ek hastalık, TUR sonrası sondalı kalma süresinin üretral darlık gelişimini etkilemediği görüldü. Üretral darlık oluşma süreleri açısından sondalı hastalarda ortalama 18 ayda darlık gelişirken, sondasız hastalarda ortalama 7,6 ayda üretral darlık geliştiği görüldü. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu (P=0,007).

SONUÇ

Literatür taraması ve klinik deneyimlerde, üreterorenoskopik girişim sırasında üreteral darlık nedeni ile geçilemeyen vakalarda double–J-stent takılarak pasif dilatasyon sağlanıp, aynı girişimin belli bir süre sonra daha rahat yapılabilmesi deneyimine dayanarak biz de preop sonda takılmasının üretradada aynı şekide pasif dilatasyon yaptığını düşünüyoruz. Bu şekilde pasif dilatasyon ile TUR esnasında hem rezektoskopun üretral meadan daha rahat mesaneye ulaştığını ve üretral mukozaya daha az tahribat yaptığını, hem de postoperatif uzun dönem üretral darlığın gelişmesini rezektoskop rahatlığından dolayı engelleyebileceğini veya daha da azalabileceğini düşünüyoruz.

SB-67) GEBELİK HİDRONEFROZU NEDENİYLE ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALAR VE TAKİP SONUÇLARI

ADEM SANCI(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) BERK YASİN EKENCİ(1) EMRE HEPŞEN(1) METİN YIĞMAN(1) KUBİLAY SARIKAYA(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1) AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Gebelik hidronefrozu nedeniyle 2022 Ekim-2024 Nisan tarihleri arasında kadın doğum takipleri sırasında hidronefroz saptanan ve ürolojiye takip için yönlendirilen hastaların gebelik süresi boyunca yapılan takip sonuçlarını sunuldu.

GEREÇ-YÖNTEM

2022 Ekim-2024 Nisan tarihleri arasında kadın doğum takipleri sırasında hidronefroz saptanan ve ürolojiye takip için yönlendirilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların tamamında semptom sorgulaması, böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, idrar kültürü ve ultrasonografik incelemeler yapılmıştı. Hastaların yaşları, semptomları ve acile başvurma şikayetleri, başvuru anında muayene bulguları, şikayetlerin tedavi ile rahatlayıp rahatlamadığı, hidronefrotik böbreğin AP çapları, AP çap artışı olan hastaların bulguları, taş mevcudiyeti olup olmaması ve JJ stent ya da nefrostomi gerekliliği kayıt altına alınmıştı. Tüm bu kayıtlar gebelik süreci başarılı şekilde sonuçlanana kadar devam edildi. Takip süresi aylık, 3 haftalık, 10 günlük periyodlar ile hastanın kliniği ve radyolojik bulgularına göre bireyselleştirilerek belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 48 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 22.4 idi (19-39). Semptomatik ağrısı olan hasta sayısı 41 idi. Kreatin yüksekliği tespit edilen hasta sayısı 5 idi. Aktif idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle başvuran ve idrar kültüründe enfeksiyon tespit edilen hasta sayısı 7 idi. Acil servis de uygulanan hidrasyon ve analjezik tedavisi ile gerekirse antibiyotik tedavisi verilen hastaların 45'i tedavi ile rahatlamıştı. Ultrasonografik incelemede toplam 3 hastada taş nedeniyle müdahale endikasyonu mevcuttu. Bu 3 hastadan 1 i dj takılmasını kabul etti ve epidural anestezi ile dj kateter takıldı. Diğer 2 hasta ise nefrostomi kateteri takılarak takip edildi. Girişim yapılan tüm hastalar 3.trimester da idi. Bu hastaların taş ile ilgili tüm tedavileri doğum sonrası elektif olarak gerçekleştirilmiştir.

SONUÇ

Konservatif tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda dj stent veya nefrostomi yerleştirilerek doğuma kadar takip etme basit, etkin ve güvenli bir yöntemdir. Maternal ve fetal komplikasyonlardan korunmak için gebelik hidronefrozu doğru değerlendirilmelidir.

Hasta Sayısı (n)	48
Ortalama Yaş (yıl)	22.4 (19-39)
Semptomatik Hasta Sayısı (n)	41
Kreatinin Yüksekliği Olan Hasta Sayısı(n)	5
Aktif İYE Mevcut Olan Hasta Sayısı (n)	7
Medikal Tedavi İle Tedavi Edilen Hasta Sayısı (n)	45
Dj Katater Takılan Hasta Sayısı (n)	1
Nefrostomi Takılan Hasta Sayısı (n)	2

Bulgular

SB-68) MONOSİT/HDL ORANI GUNLUK TADALAFİL 5MG TEDAVİSİNE YANITI ÖNGÖRÜR MÜ?

LEVENT ÖZCAN(1) EREN GÖRKEM KUTLUTÜRK(1) EMRE CAN POLAT(1)
MEHMET GOKHAN CULHA(1) MUAMMER BOZKURT(1) EYYUP DANİS(1)
MUSTAFA ERKOC(1) ALPER OTUNCTEMUR(1)

1. PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİGİ, İSTANBUL

AMAÇ

Erektil Disfonksiyonun (ED) ilk basamak tedavisinde kullanılan fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (PDE-5i) ED hastalarının %30'unda fayda gostermeyebilir. Literaturde PDE5i tedavisine yanıtı tahmin etmek ic¸in farklı inflamatuar belirtecler onerilmistir (1). Bu çalışmada amaç, yeni tanımlanan bir inflamatuar belirteç olan Monosit/HDL (MHR)'nin tadalafil 5 mg yanıtını öngörüp öngörmeyeceğini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Alt üriner sistem semptomları ile polikliniğe başvuran ve beraberinde ED tanısı konarak Tadalafil 5 mg tedavisi başlanan hastaların dosyaları geriye yönelik incelendi. Uluslararası Erektil Fonksiyon Indeksi (IIEF-5) skoru <22 olan ve tedavi icin en az 3 ay boyunca gunde 5 mg tadalafil kullanan hastaların dosyaları dahil edildi. Kardiyovaskuler hastalık oykusu olanlar, hipogonadizm bulguları olanlar, malignite suphesi olanlar genital muayenede anomali saptanan (atrofik testis, penil plak vb.) hastalar çalışma dışı bırakıldı. Gunluk 5 mg Tadalafil'e yanıt, tedavinin uc ay sonrasında Global degerlendirme sorusu (GAQ) ile degerlendirildi. Hastalar GAQ'ya verdikleri yanıtlara gore iki gruba ayrılmıstır ('evet' = yanıt veren, 'hayır' = yanıt vermeyen). MHR, monositlerin HDL-C'ye oranı olarak hesaplandı ve MHR oranı, yorumlama kolaylığı açısından 100 ile çarpıldı (2).

BULGULAR

34 (%42.5) hastada yanıt izlenmedi. MHR, yanıtsız grupta istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ED'yi öngören cut of değeri 1.7 olarak bulundu. Bu cut off değerinde MHR'nin yanıtsızlığı öngörmede sensitivitesi % 82.4 ve spesifitesi % 73.9 olarak hesaplandı. MHR'nin 1.7'nin uzerinde oldugu 40 hastanın 28'inde yanıt yok iken, 1.7'nin altında olan 40 hastanın 34'ünde yanıt görüldü. Buna gore pozitif prediktif deger % 70, negatif prediktif deger % 86.6 olarak bulunmustur. Yanıtı öngören ve gruplar arasında farklılık saptanan bel çevresi, sigara alışkanlığı ve MHR degerleri lojistik regresyon ile degerlendirildi. Yapılan multivariate analiz sonucunda yanıtsızlığı ongormede 1.7'nin üzerinde MHR değerinin diğer parametrelerden daha üstün oldugu goruldu.

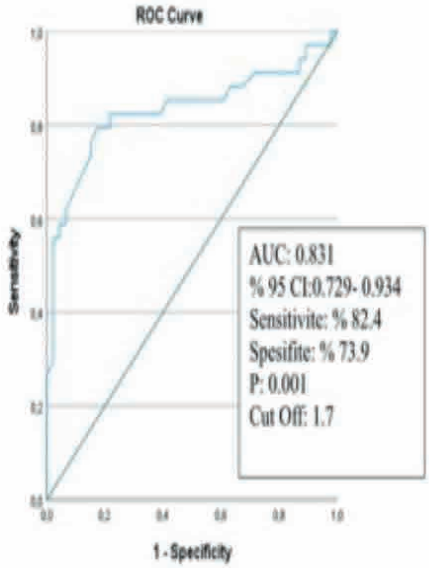
SONUÇ

MHR, ED hastalarında gunde 5 mg tadalafil tedavisinin sonucunu tahmin etmek icin uygun maliyetli ve hızlı bir test olarak kullanılabilir.

	TADALAFİL 5 MG YANITI				
	VAR		YOK		P
YAŞ (yıl)	56.5 (45-65)		57 (45-65)		0.976[a]
GLUKOZ (mg/dl)	90 (80-120)		90 (80-120)		0.235[a]
TRİGLİSERİD (mg/dl)	100 (70-250)		110 (70-220)		0.86[a]
Monosit ($10^3/\mu L$)	0.6 (0.3-0.9)		0.6 (0.3-0.9)		0.404[a]
HDL (mg/dL)	41.5 (20-55)		26 (20-55)		**0.001**[a*]
MHR	1.6 (0.6-2.7)		2.3 (0.8-4.3)		**0.001**[a*]
BOY (m)	1.74 (1.65-1.84)		1.79 (1.65-1.85)		.0510[a]
KİLO (kg)	103.5 (71-113)		103.5 (71-114)		0.956[a]
VKİ (kg/m^2)	33.8 (24.3-39)		32.8 (24.9-40.9)		0.352[a]
BEL ÇEVRESİ (cm)	84.5 (77-120)		100 (79-120)		**0.001**[a*]
TESTESTERON (µg/dl)	3.85 (3 - 5.9)		3.8 (3.1-5.5)		0.20[a]
MHR < 1.7	34 (% 73.9)		6 (% 17.6)		**0.001**[b*]
MHR > 1.7	12 (% 26.1)		28 (% 82.4)		
HİPERTANSİYON (N,%)	VAR	22 (47.8)	VAR	18 (52.9)	0.821[b]
	YOK	24 (52.2)	YOK	16 (47.1)	
SİGARA (N,%)	İÇİYOR	17 (37)	İÇİYOR	29 (85.3)	**0.001**[b*]
	İÇMİYOR	29 (63)	İÇMİYOR	5 (14.7)	

a: Mann-Whitney U test, b: Chi-Square test, *: istatiksel anlamlı ($p < 0.005$)

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri



Şekil 1. ROK eğrisi

TADALAFİL 5 YANITI										
Univariate						Multivariate				
				95% C.I.for EXP(B)					95% C.I.for EXP(B)	
	B	P	Exp(B)	Lower	Upper	B	P	Exp(B)	Lower	Upper
Bel Çevresi	0.95	**0.001**	0.909	0.860	0.961	0.064	**0.043**	0.938	0.881	0.998
Sigara[a]	2.292	**0.001**	0.101	0.033	0.310	1.653	**0.011**	5.222	1.470	18.546
MHR > 1.7	2.582	**0.001**	13.222	4.400	39.732	2.024	**0.001**	**7.569**	2.268	25.252

a: ref: içmiyor

Tablo 2.: Regresyon analiz sonuçları

SB-69) EREKTİL DİSFONKSİYON İLE MONOSİT/HDL ORANI ARASINDAKİ İLİŞKİ

SALİM ZENGİN(1) ABDULLAH GÜL(2)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, BURSA
2. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BURSA

AMAÇ
Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) ve Erektil Disfonksiyon (ED)'un birçok ortak risk faktörü ve patofizyolojiye sahip olduğu göz önüne alındığında, monosit/HDL oranının ED ile ilişkili olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

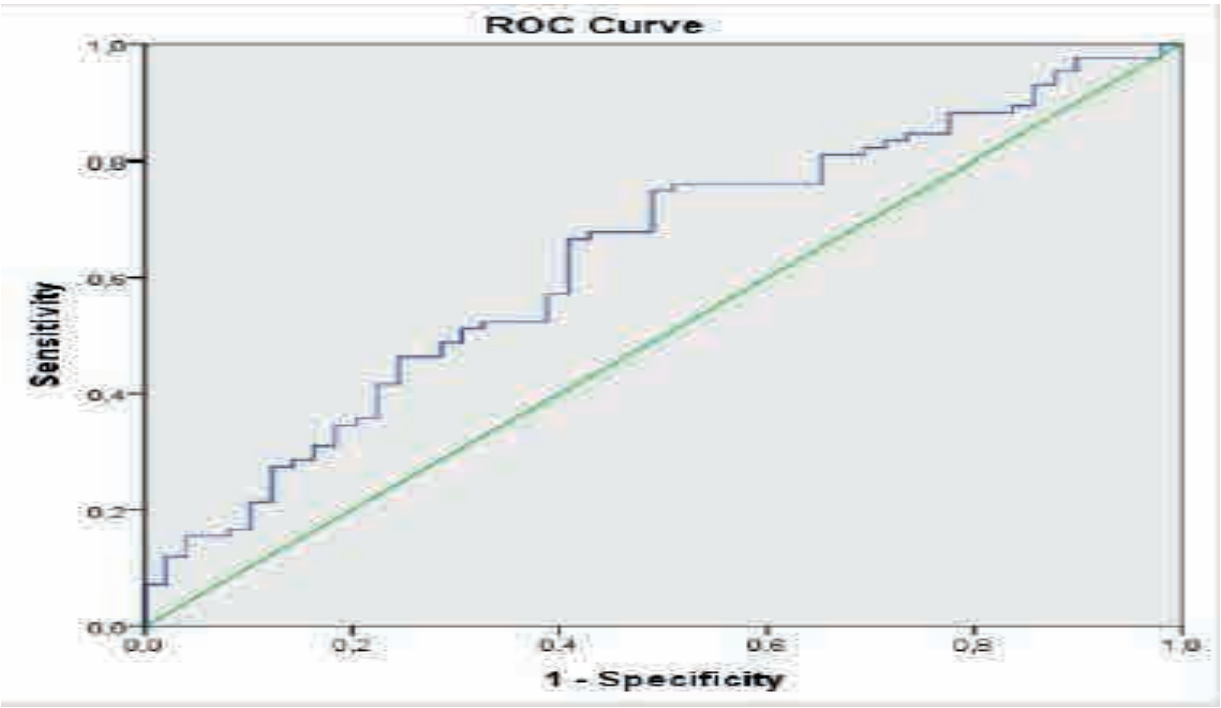
GEREÇ-YÖNTEM
Kasım 2021-Ocak 2024 tarihleri arasında kliniğimizde ED tanısı alan ve ED dışında herhangi bir androlojik şikayet ile muayene edilen hastalar geriye dönük olarak tarandı. Katılımcıların erektil fonksiyonu, uluslararası cinsel fonksiyon indeksi-5 (IIEF-5) anketi kullanılarak değerlendirildi. Hemogram, AKŞ, HbA1c, total kolesterol, HDL, LDL, total testosteron, Vücut Kitle İndeksi (BMI) ve Monosit/HDL Oranı (MHR) hesaplanarak kaydedildi. Hastalar IIEF-5 skoruna göre ED'si olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) olarak kategorize edilerek kıyaslama yapılmıştır.

BULGULAR
Grup 1 ve Grup 2'ye karşılaştırmalı ait veriler Tablo 1' de sunulmuştur. Grup 1'de 84 (%63,15), Grup 2'de 49 (%36,85) hasta vardı. Grup 1'de yaş, BMI, AKŞ ve HbA1c düzeyleri anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,001; p=0,036; p=0,003; p=0,002). HDL kolesterol düzeyi Grup 1'de anlamlı derecede düşüktü (p=0,002). MHR Grup 1'de 0,0131 ± 0,005 ve Grup 2'de 0,0106 ± 0,004 olup Grup 1'de anlamlı derecede yüksekti (p=0,009). ROC analizinde MHR'nin ED ile ilişkili olduğu saptandı (AUC;0,66, %95 CI; 0,536-0,730, p=0,011). ROC analizine göre 0,0124'ün üzerindeki MHR kesme değerinin ED ile %47 duyarlılık ve %76 özgüllük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Şekil 1).

SONUÇ
Çalışmamızda ED hastalarında MHR düzeyi anlamlı derecede yüksekti. Ancak bulgularımızın desteklenmesi için daha geniş katılımlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Veriler	Grup 1 (n:84) (ort. ±SS)	Grup 2 (n:49) (ort. ±SS)	p değeri
Yaş (yıl)	47,14 ± 11,70	34,51 ± 9,45	0,001
VKİ (kg/m2)	27,88 ± 3,49	26,85 ± 2,09	0,036
Açlık Kan Şekeri (AKŞ) (mg/dL)	116,21 ± 64,79	87,59 ± 20	0,003
Glikolize Hemoglobin (HbA1c) (%)	6,15 ± 1,68	5,39 ± 0,43	0,002
Triglerid (mg/dL)	164,52 ± 101,61	138,35 ± 113,35	0,172
Total Kolesterol (mg/dL)	184,19 ± 38,27	194,24 ± 40,52	0,155
HDL Kolesterol (mg/dL)	41,56 ± 9,63	46,99 ± 9,90	0,002
LDL Kolesterol (mg/dL)	111,82 ± 34,91	122,76 ± 37,35	0,092
Total Testosteron (ng/dL)	471,43 ± 153,21	464,39 ± 159,52	0,797
Hemoglobin (g/dL)	15,15 ± 1,14	15,19 ± 0,91	0,836
Lökosit (mcL)	7,80 ± 2,02	7,11 ± 1,78	0,053
Nötrofil (mcL)	4,51 ± 1,47	4,19 ± 1,36	0,224
Lenfosit (mcL)	2,42 ± 0,67	2,22 ± 0,57	0,091
Monosit (mcL)	0,51 ± 0,15	0,47 ± 0,12	0,155
Monosit/HDL oranı (MHR)	0.0131 ± 0.005	0,0106 ± 0,004	0,009

Tablo 1. Grup 1 ve Grup 2 arasındaki verilerin kıyaslaması



SB-70) PEDİATRİK HİDRONEFROZ HASTALARI İÇİN HAZIRLANAN 'HİDRONEFROZ YOKLAMA LİSTESİ', ULTRASONOGRAFİ RAPORLARININ KALİTESİNİ ARTTIRABİLİR Mİ?

ALİ SEZER(1) EMRE KANDEMİR(2)

1. KONYA ŞEHİR HASTANESİ
2. KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Ultrasonografi (USG) non-invaziv olması ve radyasyon içermemesi nedeniyle hidronefrozu olan çocuk hastaların tanı ve takibinde kullanılan birincil yöntemdir. Operatör bağımlı olması USG'nin bilinen kısıtlılığıdır. Ülkemizde pediatrik radyoloji uzman sayısı yetersiz olduğundan çoğu merkezde bu görüntülemeler genel radyoloji uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Güncel pratikte USG raporlarında gözlemlenen eksiklikler nedeniyle radyoloji uzmanlarına hatırlatıcı olması açısından pediatrik hidronefroz hastalarında UTD, SFU sınıflamaları ve ön-arka çap kriterlerinden derlenerek 'hidronefroz yoklama listesi' oluşturuldu ve kullanılmaya başlandı. Çalışmamızda oluşturduğumuz hidronefroz yoklama listesinin USG raporlarına katkısını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023- 2024 tarihleri arasında çocuk radyolojisi uzmanı bulunmayan 2 ayrı üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına hidronefroz nedeniyle başvuran çocuk hastaların USG verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Birinci merkezde radyoloji kliniğinde Ocak 2023'ten itibaren hidronefroz yoklama listesi önce sözlü olarak ardından her hasta için ayrıca yazılı olarak bildirildi. Aynı tarihler arasında hidronefroz yoklama listesi kullanılmayan ikinci merkez çocuk hidronefroz hastalarının USG raporları kontrol grubu olarak kaydedildi ve bulgular karşılaştırıldı.

BULGULAR

Birinci merkezde 237, ikinci merkezde 138 çocuk hastanın USG raporları değerlendirildi. Hidronefroz yoklama listesi kullanılan 1. merkez raporlarında; hidronefroz derecesi, ön-arka çap, kaliks dilatasyonu, böbrek boyutları, parankim ekojenitesi, parankim kalınlığı ve mesane bulgularının ikinci merkeze göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok raporlandığı görüldü (sırasıyla p değerleri 0.018, <0.001, <0.001, 0.004, 0.001, <0.001, <0.001). Birinci merkezde görseller görüntü arşivleme ve iletişim sistemlerine %10.1 yüklenmiş olduğu ancak ikinci merkezde ise herhangi bir görüntü arşivlemesi yapılmamış olduğu saptandı. Tabloda bulgular ayrıntılı olarak verilmiştir.

SONUÇ

Hidronefroz için genel kabul görmüş sınıflama sistemleriyle oluşturulan hidronefroz yoklama listesi sayesinde bu konuda uzmanlaşmamış radyoloji uzmanlarının da raporları daha ayrıntılı bilgileri içererek klinisyenlere yol gösterici olabilir. Objektif değerlendirme ve takipli hastalarda mukayese yapılabilmesi amacıyla yapılan USG görüntülerinin arşivlenmesi ve ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

BULGULAR	1. MERKEZ (n=237)	2. MERKEZ (n=138)	p değeri
-	RAPORLANMA SAYISI n(%)	RAPORLANMA SAYISI n(%)	-
Hidronefroz derecesi (SFU)	208 (87.8%)	108 (78.3%)	0.018
Ön-arka çap	186 (78.5%)	54 (39.1%)	<0.001
Kaliks dilatasyonu	165 (69.6%)	51 (37%)	<0.001
Böbrek boyutları	147 (62%)	64 (46.4%)	0.004
Parankim ekojenitesi	219 (92.4%)	110 (79.7%)	0.001
Parankim kalınlığı	168 (70.9%)	40 (29%)	<0.001
Üreter bulguları	177 (74.7%)	95 (68.8%)	0.232
Mesane bulguları	187 (78.9%)	74 (53.6%)	<0.001
PACS USG görüntüleri	24 (10.1%)	0	<0.001

SB-71) ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ESWL ÖNCESİ DOUBLE J STENT (DJS) TAKILMASININ ESWL BAŞARISI ÜZERİNDE ETKİSİ VAR MIDIR ?

EFE BOSNALI(1) NAZIM MUTLU(2) KUTLUCAN ÇAKMAK(2) ENES MALİK AKDAŞ(3) ENGİN TELLİ(2) ABDULLAH ENES BAYNAL(2) KEREM TEKE(2) ÖNDER KARA(2)

1. KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Literatürde ESWL'den önce DJS'nin rutin kullanımının taşsızlık oranlarını iyileştirmediği ve yeniden girişim sayısını azaltmadığı bildirilse de pediatrik popülasyonda ESWL öncesi DJS yerleştirilmesi günümüzde halen tartışmalıdır. Çalışmamızda ESWL öncesi DJS kullanımının ESWL başarısı üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Eylül 2006-Nisan 2024 tarihleri arasında 0-18 yaş grubunda üriner sistem taş hastalığı sebebiyle ESWL yapılan 407 renal ünitenin demografik, klinik ve radyolojik bilgileri veri tabanlarından retrospektif kaydedildi. DJS verileri bilinen 350 renal ünite çalışmaya dahil edilerek DJS+ ve DJS- olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasındaki klinik özellikler karşılaştırılarak DJS'nin ESWL başarısı üzerine etkisi değerlendirildi. Son ESWL seansından 3 ay sonraki tetkiklerde görülebilir fragman olmaması başarı kriteri kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada ESWL öncesinde DJS takılan 46 (%13,1) ve takılmayan 304 (%86,9) olmak üzere total 350 renal ünite dahil edildi. Hastaların 202 (%57,2)'si erkek olup median yaş 7,38 (0,08-18) idi. Taşların ortalama en uzun çapı 10,9±6,43 mm idi. ESWL uygulanan taşlar böbrekte en sık renal pelvis (%32,4) üreterde ise proximal üreter (%9,5) yerleşimliydi. Her iki grup (DJS+, DJS-) arasında klinik ve radyolojik veriler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, aile öyküsü, komorbidite, taş boyutu, taşın yeri ve seans sayısı parametrelerinde gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi. DJS+ grupta ESWL sonrası komplikasyon sadece 2 (%4,6) hastada görülmesine rağmen gruplar arası anlamlı fark izlenmedi (%4,6 vs %3,8). Multipl taşı olanlarda DJS takılması istatistiksel olarak daha fazla saptandı ($p<0,001$). Ayrıca ESWL işlemi DJS+ grupta DJS- ile kıyaslandığında anlamlı oranda scopi rehberliğinde gerçekleştirildi ($p=0,040$). Gruplar ESWL başarısı açısından karşılaştırıldığında ise DJS+ grupta daha az oranda başarı saptansa da her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p=0,256$).

SONUÇ

Çalışmamıza göre pediatrik yaş grubunda ESWL öncesinde DJS uygulamasının ESWL başarısını arttırmadığı saptanmıştır.

Değişkenler	Total	DJS-	DJS+	p değeri
Renal ünite sayısı,n(%)	350(100)	304(86,9)	46(13,1)	-
Yaş	7,38(0,08-18)	7,43(0,08-18)	7,03(1-18)	0,623
Cinsiyet,n(%)	-	-	-	0,039
Erkek	202(57,2)	169(55,6)	33(71,7)	-
Kadın	148(42,3)	135(44,4)	13(28,2)	-
Aile öyküsü,n(%)	-	-	-	0,697
Var	41(13,7)	34(13,4)	7(15,5)	-
Yok	258(86,3)	220(86,6)	38(84,5)	-
Taş öyküsü,n(%)	-	-	-	0,007
Var	68(22,2)	51(19,5)	17(37,8)	-

Değişkenler	Total	DJS-	DJS+	p değeri
Yok	238(77,8)	210(80,5)	28(62,2)	-
Üriner anomali,n(%)	-	-	-	0,599
Var	38(11)	34(11,3)	4(8,7)	-
Yok	309(89)	267(88,7)	42(91,3)	-
Komorbidite,n(%)	-	-	-	0,866
Var	71(23,2)	61(23,4)	10(22,2)	-
Yok	235(76,8)	200(76,6)	35(77,8)	-
Taş yeri, n(%)	-	-	-	0,895
Üst kaliks	21(6,1)	18(5,9)	3(6,6)	-
Orta kaliks	71(20,5)	64(21,3)	7(15,5)	-
Alt kaliks	70(20,2)	61(20,3)	9(20,1)	-
Renal pelvis	112(32,4)	94(31,3)	18(40,1)	-
Proksimal üreter	33(9,5)	29(9,7)	4(8,8)	-
Orta-distal üreter	19(5,5)	18(5,9)	1(2,2)	-
Mesane	1(0,3)	1(0,3)	0(0)	-
Staghorn	19(5,5)	16(5,3)	3(6,6)	-
Taş taraf,n(%)	-	-	-	0,636
Sağ	180(52,2)	158(52,6)	22(48,9)	-
Sol	165(47,8)	142(47,4)	23(51,1)	-
Taş boyut,n(%)	-	-	-	0,703
<10mm	220(63,8)	194(64,4)	26(59)	-
10-20mm	102(29,6)	88(29,3)	14(31,8)	-
>20mm	23(6,7)	19(6,3)	4(9,2)	-
Seans sayısı,n(%)	-	-	-	0,289
1	45(12,9)	41(13,6)	4(8,8)	-
2	58(16,6)	53(17,4)	5(10,8)	-
3	247(70,6)	210(69)	37(80,4)	-
ESWL kılavuz,n(%)	-	-	-	0,040
Scopi	238(76,8)	203(74,9)	35(89,8)	-
USG	72(23,2)	68(25,1)	4(10,2)	-
Taş sayısı,n(%)	-	-	-	<0,001
Tek	239(69,1)	218(72,5)	21(46,7)	-
Çok	107(30,9)	83(27,5)	24(53,3)	-
Başarı,n(%)	-	-	-	0,256
Yok	139(40,9)	118(39,7)	21(48,8)	-
Var	201(59,1)	179(60,3)	22(51,2)	-
Komplikasyon,n(%)	-	-	-	0,810
Yok	321(96,1)	279(96,2)	42(95,4)	-
Var	13(3,9)	11(3,8)	2(4,6)	-

DJS +/- Univariate Analiz

SB-72) İLEOİLEAL ANASTOMOZ BAŞARISINI HANGİ FAKTÖRLER ETKİLER?

EMRE ALBAYRAK(1) RABİA HIZARCI(1) MESUT ALTAN(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Radikal Sistektomi ve üriner diversiyon ameliyatlarının erken dönem komplikasyonu olan ileoileal anastomoz kaçağı ile ilişki faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2009 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Üroloji Kliniği'nde Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan 405 hastanın verileri retrospektif olarak karşılaştırıldı. İleoileal anastomoz üroloji tarafından stapler yardımı ile, genel cerrahi tarafından el ile yapılmıştır. Postoperatif ileoileal kaçağı olan her hasta genel cerrahi bölümüne konsülte edildi. Hastaların klinik durumlarına göre hastaların takip protokolü ve cerrahi girişimleri genel cerrahi tarafından planlandı. İleoileal anastomoz kaçağı olan hastaların cinsiyetleri, yaşları, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anestezi süreleri, anastomozu yapan bölüm ile arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 62,9±9,7 yıldı. 405 hastanın 43'ü (%10,6) kadın, 362'si (%89,4) erkekti. Üriner diversiyon yöntemi olarak 70 (%17,3) hastaya ortotopik diversiyon, 335 (%82,7) hastaya ileal loop uygulandı. 256 (%63,2) hastada ürolog, 49 (%36,8) hastada genel cerrah tarafından ileoileal anastomoz yapıldı. 30 hastanın takibinde ileoileal kaçak izlendi. 7 hasta konservatif olarak izlenirken, 23 hastaya genel cerrahi tarafından girişim planlandı. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut kitle indeksleri, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anastomozu yapan bölüm arasında ileoileal kaçak açısından anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,178$, $p=0,540$, $p=0,101$, $p=0,223$, $p=0,094$, $p=0,246$, $p=0,282$, $p=0,440$). Tek değişkenli analizde üreteroileal kaçak olması durumu ile ileoileal anastomoz kaçağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$).

SONUÇ

Radikal Sistektomi ve üriner diversiyon komplikasyonlara açık majör bir cerrahidir. Üreteroileal anastomoza bağlı idrar kaçağı, ileoileal anastomoz kaçağı için bir risk faktörüdür. Deneyimli merkezlerde ürologların ileoileal anastomoz yapması komplikasyon oranını artırmamaktadır ve güvenlidir.

SB-73) TEKRARLAYAN FLEKSİBLE ÜRETEROSKOPİ İLE TEK SEANS STANDART PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONUNUN AKUT BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyonundan sonra akut böbrek hasarı (ABH) %4,6 oranında görülmektedir. Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRC) sonrası ise bu oran %13,3 olarak bildirilmiştir. 2 cm üzeri böbrek taşlarında tekrarlayan RIRC veya tek seans PNL'nin hangisinin böbrek fonksiyonları ve ABH açısından daha güvenli olduğu tartışmalıdır. KDIGO'nun (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) Akut böbrek hasarı çalışma grubunun son tanımlamasına göre akut böbrek hasarı; serum kreatinin seviyesinde 48 saat içerisinde ?0,3 mg/dL'lık bir artış olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, böbrek taşları için PNL ve RIRC uygulanan benzer hasta gruplarında postoperatif böbrek fonksiyonlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018-Aralık 2023 yılları arasında tek merkezde aynı renal üniteye 3 ay içerisinde böbrek taşları nedeniyle birden fazla RIRC ve tek akses ile PNL operasyonu yapılan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik (yaş, cinsiyet, VKİ, komorbiditeler) ve klinik (taş hacmi, taş boyutu, taş dansitesi, taş lokasyonu ve operasyon süresi) özellikler açısından karşılaştırıldı. Tüm hastalardan preoperatif dönemde ve postoperatif 1. günde serum kreatinin seviyeleri ölçülerek eGFR hesaplandı. Birden çok kez RIRC uygulanan hastalarda ortalama kreatinin değerleri hesaplanarak değerlendirme yapıldı. Veriler karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR

PNL yapılan 201 hasta, birden çok kez RIRC yapılan toplam 163 hasta mevcuttu. RIRC uygulanan hastalardan 148 tanesine 2 kez, 10 tanesine 3 kez, 4 tanesine 4 kez ve 1 tanesine toplam 5 kez operasyon yapıldı. PNL uygulanan hastalardan postoperatif 48 saat içerisinde 6 tanesinde (%3,0) evre 1, RIRC uygulanan hastalardan da 3 (%1,8) tanesinde evre 1 ABH geliştiği görülürken evre 2 ve evre 3 ABH hiçbir hastada gelişmedi. Gruplar arasında demografik ve klinik olarak farklılık görülmedi. Postoperatif ABH açısından tek seans PNL ve tekrarlayan RIRC vakaları arasında fark olmadığı saptandı. (Tablo 1)

SONUÇ

Tekrarlayan RIRS ve tek aksesli PNL arasında, böbrek hasarı açısından fark bulunmamaktadır. Büyük böbrek taşlarında, uygun hastalarda tekrarlayan RIRS da PNL gibi güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir.

	PNL yapılanlar	Tekrarlayan RIRC yapılanlar	p değeri
Sayı	201	163	
Yaş (ortalama ± SS)	53.2 ± 12.3	51.2 ± 12.6	0.251
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	134 (%66,7)	39 (%61,9)	0.544
Kadın	67 (%33,3)	24 (%38,1)	
Taraf (n, %)			
Sağ	88 (%43,8)	27 (%42,9)	0.992
Sol	113 (%56,2)	36 (%57,1)	
DM (n, %)	35 (%17,4)	15 (%9,2)	0.072
Hipertansiyon (n, %)	44 (%21,9)	26 (%15,9)	0.372
Koroner Arter Hastalığı (n, %)	21 (%10,4)	9 (%5,5)	0.215
Vücut Kitle Endeksi (ortalama ± SS)	28.5 ± 4.7	28.0 ± 4.3	0.811
ESL (n, %)	39 (%19,4)	47 (%28,8)	0.159
Taş Adeti			
Tek	123 (%61,2)	96 (%58,9)	0.768
Multipl	78 (%38,8)	67 (%41,1)	
Taş Hacmi (mm^3) (ortalama ± SS)	4122.5 ± 2345.3	3665.8 ± 1467.3	0.456
Taş Lokasyonu (n, %)			
Üst Pol	11 (%5,5)	3 (%1,8)	0.053
Orta Zon	41 (%20,4)	5 (%3,1)	
Alt Pol	38 (%18,9)	29 (%17,8)	
Renal Pelvis	33 (%16,4)	44 (%27,0)	
Üst Üreter	30 (%14,9)	29 (%17,8)	
Multipl Lokasyon	48 (%23,9)	53 (%32,5)	
Taş Dansitesi (HU) (ortalama ± SS)	1099.3 ± 434.6	1089.1 ± 220.0	0.848
Operasyon Süresi (dk) (ortalama ± SS)	98.1 ± 42.0	82.1 ± 28.2	0.056
Preoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.95 ± 0.34	1.00 ± 0.35	0.378
Postoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.96 ± 0.33	1.06 ± 0.32	0.054
Preoperatif eGFR (ml/dk) (ortalama ± SS)	86.1 ± 31.6	84.2 ± 20.5	0.551
Postoperatif eGFR (ml/dk) (ortalama ± SS)	83.3 ± 36.5	82.3 ± 20.5	0.179

SB-74) ÇOCUKLARDA NÖROJENİK VE NON-NÖROJENİK ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU AYIRICI TANISINDA ÜRİNER CA19-9 DÜZEYİNİN DEĞERİ

TÜRKER ALTUNTAŞ(1) UMUT KÜTÜKOĞLU(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1) TUFAN TARCAN(1) SELÇUK YÜCEL(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Literatürde üriner CA19-9 düzeylerinin hidronefroz derecesi ve renal pelvis ön-arka çapı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ek olarak, bu belirtecin obstrüktif üropatiler ile ilişkili böbrek hasarının potansiyel bir göstergesi olabileceği raporlanmıştır. Kliniğimizde yapılan ancak henüz yayınlanmamış farklı etiyolojilere bağlı hidronefrozu olan çocuklarda CA19-9 değerinin araştırıldığı bir çalışmada nörojenik ve non-nörojenik alt üriner sistem (AÜS) disfonksiyonu olan çocuklar arasında CA19-9 düzeyleri arasında istatiksel anlamlı fark saptanmıştır (Spot İdrarda Ölçülen Karbonhidrat Antijen 19-9, Sodyum, Potasyum Ve Kreatinin Düzeyinin 0-16 Yaş Grubunda Hidronefroz Ayırıcı Tanısı Ve Böbrek Hasarı Tespitinde Biyobelirteç Olarak Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışma, Kütükoğlu ve ark.). Bu nedenle Üriner CA19-9'un AÜS semptomları ile başvuran çocuklarda nörolojik defisiti göstermek açısından potansiyel bir biyobelirteç olabileceği hipotez olarak belirlendi. Bu nedenle bu çalışmada nörojenik ve non-nörojenik AÜS disfonksiyonu olan çocuklar arasındaki CA19-9 düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

AÜS disfonksiyonu ile kliniğimize başvuran non-nörojen etiyolojili 25 çocuk, nörojen etiyolojiye sahip 25 çocuk prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak da 15 sağlıklı çocuk alındı. Çocuklardan idrar örneği alındı ve örnekler 3000 devirde 4 dakika santrifüjlenip -25 derecede muhafaza edildi. Üriner CA19-9 ELISA ile çalışıldı ve konfigürasyon için spot idrarda kreatinin düzeyi ölçüldü. Ayrıca nörojen etiyolojili hasta grubunun sintigrafi, üriner ultrasonografi, voiding sistoüretrografi sonuçları ve ürodinami (ÜD) parametreleri kaydedildi. Aktif idrar yolu enfeksiyonu, malignitesi olan ve ek üriner konjenital anomalisi olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Üriner CA19-9 düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldı ve nörojenik grupta ürodinamik parametrelerde farklılık ve üst üriner sistem (ÜÜS) hasarı varlığına göre alt grup analizi yapıldı. Vezikoüreteral reflü, hidronefroz ve renal skardan en az birinin olması ÜÜS hasarı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmadaki çocukların 32'si (%49,23) erkek, 33'ü (%50,77) kızdı. Hastaların yaşlarının ortalama değeri 9,26 (1-17) yıl hesaplandı. Üriner CA19-9 değerleri nörojen grupta 77,34 Ü/ml kre (41,73-107,84), non-nörojen grupta 58,63 Ü/ml kre (42,44-112,31), kontrol grubunda 66,21 Ü/ml kre (45,97-97,24) olduğu saptandı ($p=0,029$). Nörojen gruptaki hastalar ÜÜS hasarı varlığı, detrusör kaçırma basıncı noktasının > 20 cm H_2O, kompliansın <10 ml/cm H_2O göre alt grup analizinde istatiksel anlamlı sonuç elde edilemedi (sırasıyla $p=0,27$, $p=0,174$, $p=0,117$) (Tablo 1). Non-nörojen gruptaki hastaların CA19-9 değeri ile işeme sıklığı, mesane kapasitesi, Qmax, semptom skoru değerlerinin korelasyon analizi yapıldığında istatiksel anlamlı sonuç elde edilemedi (Tablo 2).

SONUÇ

Nörojen etiyolojiye sahip çocuklarda CA19-9 düzeyinin diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Nörojen grupta CA19-9 düzeyi ile ÜÜS hasarı ve ÜD parametrelerine göre ayrılmış alt gruplarla olası farklarını ve non-nörojen grupta CA19-9 düzeyi ile semptomlar arasında ilişki kurulması adına daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

-	_	Ca19-9 Ü/ml kre Median (min-max)	P değeri
ÜÜS Hasarı	Var (n:13)	70,05 (44,21-102,15)	0,27
-	Yok (n:12)	80,74 (41,73-107,84)	-
DLPP (cm H2O)	> 20 (n:9)	77,66 (57,3-107,84)	0,174
-	? 20 (n:7)	61,29 (41,73-83,52)	-
Komplians (ml/cm H2O)	< 10 (n:17)	75,78 (41,73-107,84)	0,117
-	? 10 (n:6)	91,79 (60,96-102,15)	-

Nörojen Grubun Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Tablo-2: Non-nörojen Grubun Korelasyon Analizi

(n:25)	**CA19-9 Ü/ml kre**
İşeme Sıklığı	0,533
Mesane Kapasitesi (ml)	0,691
Qmax (ml/sn)	0,936
Semptom Skoru	0,858
Yaşam Kalite Skoru	0,110

SB-75) ÜRETERAL ENDOMETRİOZİS

MURATCAN ERDOĞAN(1) DURAN DÜZGÜN(2) OĞUZ ÇELİK(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. KÜTAHYA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Endometriozis, premenopozal kadınların %2-10'unu etkileyen yaygın bir jinekolojik hastalıktır. Ancak üreterin tutulumu nadirdir ve insidansı sadece %0,1-0,4'tür. Tanı için altın standart histolojik olarak doğrulanmış biyopsidir. Bu olguda hidroüreteronefroza neden olan üreteral endometriozis olgusunun tanı ve tedavi sürecinden bahsedeceğiz.

GEREÇ-YÖNTEM

Dış merkez sağlık kuruluşunda sağ yan ağrısı, kasık ağrısı ve intermitan hematüri yakınmasıyla başvuran yaş 33 kadın hasta bilgisayarlı tomografide sağ hidroüreteronefroz (üreterovezikal obstrüksiyon) nedeniyle tarafımıza refere edildi. Tarafımızca yapılan dinamik tüm batın tomografide sağ hidroüreteronefroz ve sağ üreter mesane giriminde şüpheli yumuşak doku görünümü izlendi. DTPA'da sağ böbrek rölatif uptake düzeyi % 27, T1/2 …… tespit edildi. Endoskopide mesanede sağ trigonal alanda hiperemik ve nodüler alandan punch alındı. Distal üreterdaki darlık nedeniyle sistem URS eşliğinde zorlukla kateterize edildi. Üreter distal 3 cm'lik kesimde şüpheli nodüler izlendi ve punch biopsi alındı. Guide üzerinden RGP'de hidronefrotik böbreğe DJ stent yerleştirildi. Alınan biyopsiler kronik inflamasyon olarak raporlandı. Olguda aralıklı DJ değişimi ile hidroüreteronefrozun gerilediği izlendi. Distal üreterde uzun segment tutulum olması nedeniyle üreteroneosistostomiye karar verildi. Peroperatif frozen sonucu benign gelmesi üzerine sağ üreteronefroz yapıldı ve DJ stent 6 hafta sonra çekildi.

BULGULAR

Eksize edilen darlık segmentinin patolojik incelemesi endometriozis olarak sonuçlandı. Hastanın yakınmalarının ve USG'de hidroüreteronefrozunun iyileştiği not edildi.

SONUÇ

Bu sunumda böbrek fonksiyon kaybına yol açabilecek nadir üreter darlığı nedeni olan endometriozisi vurgulanmaktadır. Literatürde üreteral endometriozis vakaları hormonal, endoskopik ve invaziv yöntemlerle tedavi edilmiştir. Yan ağrısı ve hematüri şikayetleri ile başvuran premenapozal kadın hastalarda üreteral endometriozisi akılda tutmak gerekmektedir.

SB-76) MONOSİT/HDL ORANI (MHR) ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN ERKEKLERDE EREKTİL DİSFONKSİYON VARLIĞINI ÖNGÖRÜR MÜ?

LEVENT ÖZCAN(1) VOLKAN ÇEVİK(1) EMRE CAN POLAT(1) MEHMET GÖKHAN ÇULHA(1) MUAMMER BOZKURT(1) EYYÜP DANIŞ(1) MUSTAFA ERKOÇ(1) ALPER ÖDÜNÇTEMUZ(1)

1. İSTANBUL PROF.DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
İnflamasyon hem erektil disfonksiyon (ED) hemde alt üriner sistem semptomları (AÜSS) gelişimi için ortak risk faktörüdür (1). Bu çalışmada amacımız inflamasyon belirteci olarak MHR nin AÜSS li erkeklerde ED yi öngörmede etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Poliklinigˆimize BPH'a bagˆlı AU¨SS ile gelen hastaların ilk başvuru anındaki dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların tıbbi özgeçmişleri, alışkanlıkları, rutin AU¨SS tetkiklerinin yanında serum trigliserid ve testosteron du¨zeyleri kaydedildi. ED tanı ve sınıflaması ic¸in 5 soruluk Uluslararası Erektil Fonksiyon I·ndeksi (IIEF-5) anketi kullanıldı. Kardiyovasku¨ler hastalık o¨yku¨su¨ olanlar, hipogonadizm bulguları olanlar, malignite s¸u¨phesi olanlar genital muayenede anomali saptanan (atrofik testis, penil plak vb.) hastalar çalışma dışı bırakıldı. MHR, monositlerin HDL-C'ye oranı olarak hesaplandı ve MHR oranı, yorumlama kolaylığı açısından 100 ile çarpıldı (2).

BULGULAR
MHR, ED olan grupta istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ED'yi öngören cut of değeri 1.4 olarak bulundu. Bu cut off değerinde MHR'nin ED yi öngörmede sensitivitesi % 81.2 ve spesifitesi % 80.2 olarak hesaplandı. MHR'nin 1.4'ün u¨zerinde oldugˆu 88 hastanın 65'inde ED saptanırken, 1.4'ün altında olan 112 hastanın 97'sinde ED saptanmamıs¸tır. Buna go¨re pozitif prediktif degˆer % 70, negatif prediktif degˆer % 85 olarak bulunmus¸tur. ED yi öngören ve gruplar arasında farklılık saptanan yaş, Vucut Kitle İndeksi, bel çevresi, sigara alışkanlığı ve MHR degˆerleri lojistik regresyon ile degˆerlendirildi. Yapılan multivariate analiz sonucunda ED'yi o¨ngo¨rmede MHR' nin diğer parametrelerden daha üstün oldugˆu go¨ru¨ldu¨.

SONUÇ
Yüksek MHR, AÜSS ile başvuran hastalarda ED' yi belirlemek için kullanılabilecek bir testtir. Daha fazla hasta sayısıyla prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır

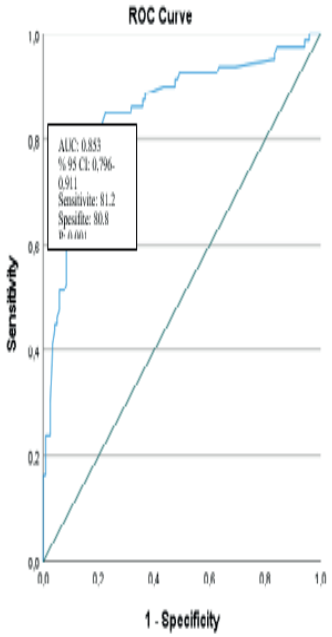
	EREKTİL DİSFONKSİYON				
	VAR		YOK		P
YAŞ (yıl)	56.5 (45-65)		55 (45-65)		**0.08**[a*]
GLUKOZ (mg/dl)	110 (70-110)		110 (60-115)		0.43[a]
TRIGLISERID (mg/dl)	100 (60-220)		75 (45-200)		0.12
Monosit ($10^3/\mu L$)	0.6 (0.3-0.9)		0.5 (0,2-0.9)		**0.002**[a*]
HDL (mg/dL)	33.5 (20-55)		50 (20-60)		**0.001**[a*]
MHR	1.7 (0.6-4.2)		1.2 (0.5-2.6)		**0.001**[a*]
BOY (m)	1,77 (1,65-1,85)		1,72 (1,65-1,85)		0.12[a]
KILO (kg)	103 (70-114)		70 (60-114)		**0.001**[a*]
VKI (kg/m^2)	33.8 (24.3-40.9)		22,5 (18.1-39)		**0.001**[a*]
BEL ÇEVRESI (cm)	90 (77-120)		87 (75-100)		**0.001**[a*]
TESTESTERON (µg/dl)	3.8 (3-5.9)		3.8 (3.1-6.1)		0.14[a]
MHR < 1.4	15(% 18.8)		97 (%80.8)		**0,001**[b*]
MHR > 1.4	65 (% 81.2)		23 (% 19.2)		
HIPERTANSIYON (N,%)	VAR	40 (38.1)	VAR	65 (61.9)	0,52[b]
	YOK	41 (43.6)	YOK	54 (56.4)	
SIGARA (N,%)	içiyor	33 (73,3)	içiyor	12 (26,7)	**0,001**[b*]
	içmiyor	60 (66.7)	içmiyor	30 (33.3)	

a: Mann-Whitney U test, b: Chi-Square test, *: istatiksel anlamlı ($p < 0.005$)

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri

EREKTİL DİSFONKSİYON										
Univariate						Multivariate				
				95% C.I.for EXP(B)					95% C.I.for EXP(B)	
	B	P	Exp(B)	Lower	Upper	B	P	Exp(B)	Lower	Upper
Yaş	0.059	**0.011**	**1.061**	1.014	1.110	0.65	0.2	1.068	0.996	1.180
VKI	0.461	**0.001**	**1.586**	1.417	1.774	0.446	**0.001**	1.562	1.345	1.814
Bel Çevresi	0.107	**0.001**	1.113	1.071	1.156	0.084	**0.035**	1.087	1.006	1.175
Sigara	2.197	**0.001**	9	4.683	17.297	2.085	**0.002**	8.045	2.206	29.337
MHR > 1.4	2.906	**0.001**	18.275	8.875	37.635	2.819	**0.001**	**16.763**	4.372	64.274

Tablo 2.: Regresyon analiz sonuçları



Şekil 1. ED yi öngören Cut Off değerinin ROK analizi ile belirlenmesi

Belge sonu

SB-77) REMNANT KOLESTEROL VE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

SALİM ZENGİN(1) ABDULLAH GÜL(2) ÖZGÜR EKİCİ(3) ÇAĞLAR BOYACI(1)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, BURSA
2. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BURSA
3. BURSA ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, BURSA

AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve erektil disfonksiyonun (ED) çok sayıda ortak risk faktörüne ve patofizyolojiye sahip olduğunu göz önünde bulundurarak; remnant kolesterolün (RK) ED ile ilişkisinin olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2022 – Aralık 2023 tarihleri arasında ED tanısı konmuş ve herhangi bir başka androlojik yakınmalarla tetkik edilmiş hastalar geriye dönük olarak tarandı. Katılımcıların erektil fonksiyonları IIEF-15 formu kullanılarak değerlendrilmiştir. Açlık kan şekeri (AKŞ), hemoglobin A1c (HbA1c), total kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), total testosteron, vücut kitle indeksi (VKİ) ve RK hesaplanarak kayıt altına alınmıştır. Hastalar, uluslararası cinsel işlev indeksinin 15 soruluk formu (IIEF-15) erektil fonksiyon skoruna göre ED'si olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) olarak kategorize edilerek kıyaslama yapılmıştır.

BULGULAR

Grup 1 ve Grup 2'ye karşılaştırmalı ait veriler Tablo 1' de sunulmuştur. Grup 1'de 160 (%58,6) hasta, Grup 2'de ise 113 (%41,4) hasta bulunmaktadır. Grup 1'de yaş, VKİ, AKŞ ve HbA1c düzeyi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,001; p=0,013; p=0,009; p=0,000). HDL kolesterol düzeyi Grup 1'de anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p=0,008). RK düzeyi Grup 1'de ortalama 35,7±21,3 mg/dL ve Grup 2'de ortalama 31,8±19,4 mg/dL olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,123).

SONUÇ

Çalışmamızda, ED grubunda RK düzeyi daha yüksek saptanmasına rağmen, istatistiksel açıdan anlamlı seviyeye ulaşmamıştır. Geniş kapsamlı, prospektif ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Veriler	Grup 1 (n:160) (ort. ±SS)	Grup 2 (n:113) (ort. ±SS)	p değeri
Yaş (yıl)	49,4±11,4	43,4±12,6	0,001
VKİ (kg/m2)	26,7±4,3	25,5±3,2	0,013
Açlık Kan Şekeri (AKŞ) (mg/dL)	118±54,8	103±30	0,009
Glikolize Hemoglobin (HbA1c) (%)	6,1±1,5	5,5±0,8	0,000
Triglerid (mg/dL)	190,3±128,3	179,3±129,3	0,487
Total Kolesterol (mg/dL)	178,3±37,4	183,4±41,4	0,282
HDL Kolesterol (mg/dL)	39,8±8,7	42,9±10,7	0,008
LDL Kolesterol (mg/dL)	102,7±36,9	108,7±35,7	0,185
Total Testosteron (ng/dL)	468±128	448±124	0,203
Remnant Kolesterol (mg/dL)	35,7±21,3	31,8±19,4	0,123

Grup 1 ve Grup 2 arasındaki verilerin kıyaslaması

SB-78) NADİR BİR VAKA: İZOLE SPONGİYOZ CİSİM VE ÜRETRA YARALANMASI OLAN PENİL FRAKTÜR ONARIMI SONRASI GELİŞEN ÜRETROKUTANÖZ FİSTÜL YÖNETİMİ

VOLKAN DEMİRCİ(1) ADEM EMRAH COĞUPLUGİL(1) TURGAY EBİLOĞLU(1)

1. GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür, çoğunlukla ereksiyon halindeki penisin travmasına bağlı bir veya her iki corpus cavernosumda meydana gelen rüptüre bağlı olarak, bazen üretral yaralanmanın da eşlik ettiği ürolojik acil bir durum olarak tanımlanır. Hastalar genellikle penislerinde tipik kırılma sesini duyduktan sonra, ereksiyon kaybı, ağrı, peniste şişme ve morarma tarifler. Cerrahi tedavi sonrası gelişen komplikasyonlar arasında Penil deviasyon, ağrılı ereksiyon, üretrokutanöz fistül, apse ve Fournier Gangreni'dir. Bu olguda izole korpus spongiyozum ve üretra yaralanması sebebiyle onarım yapılan hastanın üretrokutanöz fistül ve üretra darlığının yönetimi değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

.

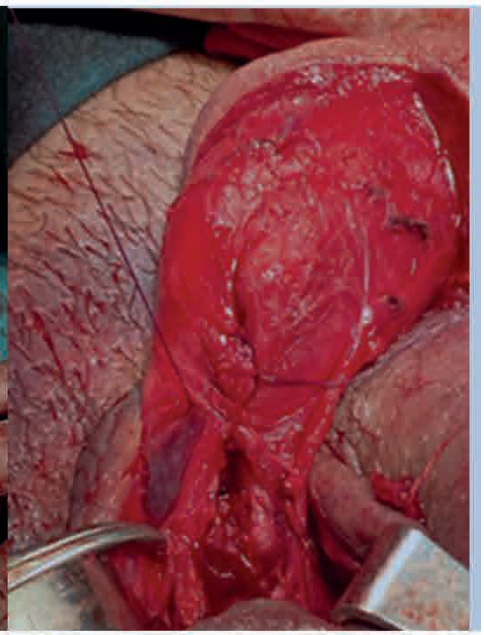
BULGULAR

49 yaşında erkek hasta, cinsel ilişki esnasında aniden ortaya çıkan kırılma sesi, ereksiyon kaybının eşlik ettiği peniste ağrı, şişlik, renk değişikliği, şekil bozukluğu ve üretral kanama yakınmalarıyla kliniğimize başvuran hastada yapılan fizik muayenede; penis ventralinde, skrotum ve perinede ekimoz, palpasyonda ağrı ve üretroraji saptandı. Yapılan penil ultrasonografide patolojik bulguya rastanmadı. Hastanın öyküsü ve fizik muayenesi göz önüne alınarak hastada penil fraktür tanısı konuldu.
Spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda sistoskop ile girildi. Meanın 5 cm proksimalinde travmaya sekonder defekt izlendi. Penis sirkumsizyon hattından deglove edildi. Penis ventralinde spongiyoz cisimde yaklaşık 3 cm'lik defekt izlendi. Spongiyoz cisim ve üretra sondanın üzerinden 4.0 vicril ile onarıldı. Katlar kapatıldı ve koban bandaj ile pansuman yapıldı.
30 gün sonra sondası çekildi. Hasta sondası çekildikten 20 gün sonra peniste ağrı kızarıklık ısı artışı penis kökünde akıntı idrar akımında azalma damla damla işeme şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede inflame peniste penis ventralinde fistül traktı ve akıntı görüldü.
Antibiyoterapi başlandı. Sistostomi açıldı. Penis enflamasyonu geriledi. Fistül traktından gelen akıntı sonlandı. Retrograd üretrografisinde (RUG) penil fraktür hattından ihtibaren (meanın 4 cm proksimali) üretral lümenin tamamen kapalı olduğu görüldü. Hastaya Bukkal Mukozal Greft + üretroplasti kararı verildi
Genel anestezi altında penis sirkümsizyon hattından deglove edildi fistül traktı çıkarıldı 4 cm darlık eksize edilmeye başlandı. spongiyoz cismin tamamen fibrozisine bağlı olarak eksizyon sonrası 4 cm defekt meydana geldi. Sağ ve sol bukkal mukozadan 5er cmlik greft alınarak 16 f sonda üzerinden üretranın ventraline ardından dorsaline 5.0 vicril ile üretraya anastomoz edilerek tüp oluşturuldu. Supdartos flep kaldırılarak greft üzerine yerleştirildi.
Sonda çekimi sonrası RUG doğal darlık hattı ve fistül izlenmedi.
Postop 6. hafta üroflowmetrisinde tepe akım 16 ortalama akım 11 pvr 80 cc olarak ölçüldü.
Postop 6. Ayda telefonla ulaşıldı işeme zorluğu olmadığını ifade etti.

SONUÇ

Penil fraktürlerin yaklaşık 10– %20' si üretrayı içerir. Üretral tutulum açısından yüksek şüphe olduğunda retrograd üretrogram (RUG) ve sistoskopi kullanılabilir.
Penil fraktür ile ilişkili üretral travma sonrası primer üretroplasti, düşük komplikasyon seviyelerine sahiptir. Üretrayı içeren penil fraktür onarımı sonrası görülen komplikasyonlardan %15.3 üretrokutenöz fistül ve subkutan apse görülebilir. Olguda İzole spongiyoz cisim ve üretra yaralanması olan penil fraktür onarımı sonrası üretrokutanöz fistül yönetimi değerlendirilmiştir.

Başvuru anı



üretra onarımı intraoperatif görüntüsü

BMG + Üretroplasti görüntüsü

postop retrograd üretrogfrafi

SB-79) TESTİS TORSİYONUNDA MANUEL DETORSİYONUN BAŞARISINI ÖNGÖRMEDE KULLANILAN FAKTÖRLER

METİN YIĞMAN(1) BERK YASİN EKENCİ(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1)
AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Testis torsiyonu (TT), spermatik kordun dönmesi nedeniyle meydana gelen bir ürolojik acildir. TT'da tanının hızlı konulması ve hızlı tedavi testisin kurtarılmasında ilişkilidir. TT'nin tedavisi, testisin manuel veya açık detorsiyonu ile yapılır ve manuel detorsiyon (MD) ilk müdahale olarak önerilir. EAU kılavuzları, başarılı detorsiyondan sonra bile tüm TT vakalarında semptom başlangıcından itibaren 24 saat içinde acil cerrahi eksplorasyon yapılmasını önermektedir. Teşhis konduktan sonra, skrotal eksplorasyon yapılana kadar MD yapılması önemlidir. MD anestezi olmadan gerçekleştirilir ve mümkünse tüm hastalarda denenmelidir çünkü testisin sağlam kalma oranını artırdığıbilinmektedir. Çalışmamızda,TT'de MD'nin başarısını öngörmede kullanılabilecek parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2015-2024 tarihleri arasında 2 merkezde TT tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelendi.. Başvuru anındaki demografik, klinik, ultrason ve laboratuvar sonuçları kaydedildi. MD tüm hastalarda rutin olarak ilk müdahale olarak uygulandı. MD sonrası tüm hastalara skrotal eksplorasyon yapıldı. Hastalara açık testiküler detorsiyon, bilateral ya da kontralateral testiküler fiksasyon veya orşiektomi yapıldı.Prediktif faktörler MD'nin başarılı ve başarısız olduğu gruplarda karşılaştırıldı. MD başarısızlığı için risk faktörlerini belirlendi.

BULGULAR

Toplam 94 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların ortalama yaşı 22.53±8.72 idi ve tüm hastalarda MD başarı oranı %55.3'tü. Ortalama semptom süresi 15.15±32.39 saat ve ortalama bekleme süresi 6.56 saat olarak bulundu. Hastaların %46.8'sında sağ,; %53.2'sinde sol TT vardı. Toplam 20 (%21.3) hastaya orşiektomi uygulandı.

Yaş, semptomların başlangıcından acil servise başvuruya kadar geçen süre, acil servise başvurudan cerrahiye kadar geçen süre, TWIST skoru, TWIST skoruna göre risk grupları, WBC sayısı, nötrofil sayısı, monosit sayısı ve MER arasında MD başarılı ve başarısız gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Aynı gruplar için torsiyona uğramış testis tarafı, whirlpool bulgusu, lenfosit sayısı, eozinofil sayısı, trombosit sayısı, MPV, NLR ve PLR'de istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Çalışmanın sekonder sonuçları için, MD başarısının öngörücülerinin optimal kesme değerlerini değerlendirmek amacıyla ROC eğrileri analiz edildi. Cerrahın elektif skrotal eksplorasyon tercihi nedeniyle acil servise başvurudan cerrahiye kadar geçen süre analizlere dahil edilmedi. Tek değişkenli lojistik regresyon analizleri, yaş, semptomların başlangıcından acil servise başvuruya kadar geçen süre, TWIST skoru, WBC sayısı, nötrofil sayısı, monosit sayısı ve MER'nin MD başarısızlığının önemli prediktif faktörler olduğunu gösterdi.

SONUÇ

MD'nun başarısı ile semptom süresi arasındaki ilişki incelendiğinde, erken başvuruda başarının daha yüksek olduğu gözlemlendi ve literatüre benzer sonuçlar elde edildi.

Hematolojik parametreler incelendiğinde de WBC, nötrofil, monosit sayıları, MER ve MD başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Çalışmamızda; yaş, başvuru süresi ve MER'nin MD'nin başarısını öngörmede klinik olarak yararlı olabileceği sonucuna vardık.

Yaş	20 (17.75-25)
Başarılı MD	52 (55.3%)
Başarısız MD	42 (44.7%)
Semptom Süresi (Saat)	6 (4-12)
Başvuru-Operasyon Arası Süres (Saat)	2 (2-4.75)
Ortalama TWIST Skoru	4 (4-5)
TWIST'e göre düşük risk	11 (11.7%)
TWIST'e göre orta risk	52 (55.3%)
TWIST'e göre yüksek risk	31 (33%)
Sağ Testis	44 (46.8%)
Sol Testis	50 (53.2%)

Tablo 1

SB-80) ENDOSKOPİK ÜRİNER SİSTEM CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARIN PERİ-OPERATİF KONSTİPASYON DURUMU: ÖN SONUÇLAR

RİDELL LOGLİ(1) ENIS KERVANCIOGLU(1) ERAY HASIRCI(1) EMIR BERKAY SECILMIS(1) ERMAN CEYAHN(1)

1. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ

AMAÇ

Endoskopik yöntemlerle ameliyat edilen hastalar; postoperatif dönemde konstipasyon ilişkili komplikasyonlar açısından önemli ölçüde risk altındadır. Hastaların birçoğu ameliyat olmadan önce de konstipe olabilmektedir ve hastaların konstipasyon durumları birçok farklı nedenden etkilenmektedir. Çalışmamızda endoskopik üriner sistem cerrahisi geçiren hastaların peri-operatif dönemdeki konstipasyon durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje no: KA24/161) Haziran ve temmuz 2024 aylarında endoskopik üriner sistem cerrahisi yapılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Gastrointestinal sistem ile ilişkili hastalığı olan hastalar ve nörolojik sorunları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı (n=3). Hastaların konstipasyon durumları Roma IV kriterlerine ve Bristol dışkı skalasına göre değerlendirildi (Şekil 1). Hastaların ameliyat sonrası konstipasyon durumu hastanede yattıkları sürece her gün ve taburcu olduktan sonra post-operatif 10. günde Bristol skalası kullanılarak takip edildi. Ek olarak hastaların yatışı sırasında ve taburculuktan sonraki laksatif gereksinimleri kayıt edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 62,2 ± 13,8'di. Hastaların %33,3 (6/18)'ü prostat cerrahisi (HOLEP veya TUR-P) geçirmişti. Hastaların ortalama yatış süresi 1,4 ± 0,5 (1-2) gündü. Hastaların hiçbiri ameliyat öncesi Roma IV kriterlerine göre kabız değildi (n=18). 3/18 (%116,6) hasta pre-operatif dönemde Bristol'a göre kabızdı. Hastaların post-operatif Bristol skorları Tablo'da verilmiştir. 15/18 (%83,3) hastada yatış sırasında laksatif ihtiyacı olmadı. Laksatif ihtiyacı olan hastaların ikisine HOLEP, birine TUR-mesane yapılmıştı. Hiçbir hasta taburculuk sonrasında laksatif kullanımı olmadı (n=0).

SONUÇ

Kabızlık, toplumumuzda sık rastlanan bir sorun olup özellikle üroloji cerrahiler sonrasında iyileşme sürecini etkileyebilen bir durumdur. Pre-operatif dönemde ciddi kabızlık çekmeyen hastalar bile post-operatif dönemde laksatiflere ihtiyaç duyabilmektedir. Kabızlığın etkin şekilde tedavi edilmesi, endoskopik üriner sistem cerrahileri sonrası iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyecektir.

-	Bristol Skoru median (min-max)	Kabızlık Durumu n (%)	Gaita Yapamayan n (%)
Post-op 0.	5,5 (4-7)	0 (0)	16/18 (88,9)
Post-op 1.	4 (2-6)	1 (6,7)	3/18 (16,7)
Post-op 2.	4 (1-7)	1 (6,3)	2/18 (11,1)
Post-op 3.	4 (1-6)	1 (5,9)	1/18 (5,6)
Post-op 10.	4 (2-6)	2 (11,8)	1/18 (5,6)

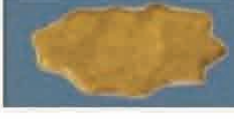
Hastaların Post-op Bristol Skorları

Fonksiyonel konstipasyon için tanı kriterleri[a]

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli
   a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
   b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
   c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
   d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması
   e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)
   f. Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması
2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması
3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması

[a]Semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam etmiş olması gerekir.

Bristol Gaita (Dışkı) Tablosu

	Tip 1	Keçi pisliği gibi	Aşırı kabız
	Tip 2	Yumrulu, pütürlü sosis	Hafif kabız
	Tip 3	Çatlaklara sahip sosis	Normal
	Tip 4	Düzgün, yılan gibi ve yumuşak	Normal
	Tip 5	Yumuşak parçalar	Lifsiz
	Tip 6	Lapa şeklinde parçalar	İnflamasyon
	Tip 7	Su gibi	İnflamasyon

SB-81) MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ İLE STANDART PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ'NİN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

KAZIM DOĞAN(1) GÖKHAN ÇİL(2)

1. ÖZEL LİV HOSPİTAL, , ÜROLOJİ BÖLÜMÜ, GAZİANTEP, TÜRKİYE.
2. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

AMAÇ
Bu çalışmada, 2 cm'den büyük böbrek taşları için mini perkütan nefrolitotomi (mini PNL) ile standart perkütan nefrolitotomi (PNL)'nin etkinlik ve güvenilirliğini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Temmuz 2021 ile Ocak 2024 tarihleri arasında böbrek alt pol taşı ve pelvis taşı sebebiyle mini PNL ile standart PNL yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara alt pol girişi uygulandı. Mini PNL için 16 french (Fr) sheet kullanıldı; 8.5 Fr üreterorenoskop ve holmium lazer ile taşlar toz haline getirildi. Standart PNL için 30 Fr sheet ve 26 Fr nefroskop kullanıldı. Taşlar pnömotik ve ultrasonik litotriptör yardımıyla kırıldı. Her iki grupyaki hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, taş boyutu ve yerleşim yeri), operatif (operasyon süreleri) ve post operatif (taşsızlık oranları, hastanede kalış süreleri, komplikasyonlar) verileri kayıt altına alındı.

BULGULAR
Çalışmaya mini PNL grubunda 86, standart PNL grubunda 95 hasta dahil edildi. Her iki grupta yaş, cinsiyet, taş boyutu ve taş yerleşim yeri açısından anlamlı fark saptanmadı. Her iki grubun taşsızlık oranları benzerdi. Standart PNL grubunda operasyon süresi anlamlı olarak daha kısa iken, hastanede kalış süresi, hemoglobin düşüşü ve kan transfüzyonu değerleri anlamlı olarak daha yüksekti. Hastaların klinik ve demografik verileri Tablo 1'de o¨zetlenmis¸tir.

SONUÇ
Mini PNL ve standart PNL böbrek taşlarının tedavisinde etkin tedavi yöntemleridir. Taş boyutunun uygun olduğu hastalarda hastanede kalış süresinin kısa olması, hemoglobin düşüşü ve kan transfüzyonunun daha düşük olması sebebiyle mini PNL tercih edilebilir.

-	Mini PNL	Standart PNL	p değeri
Cinsiyet (kadın/erkek)	41/45	44/51	0.547
Yaş	44.2 ± 16.5	45.3 ±17.2	0.834
Taş boyutu (mm)	24.3 ± 6.3	26.2 ± 5.4	0.471
Taş yerleşim yeri (n)	-	-	0.748
Alt kaliks	9 (%11)	13 (%14)	-
Pelvis	34 (%40)	36 (%38)	-
Alt kaliks+pelvis	43 (%49)	46 (%48)	-
Operasyon süresi (dk)	75.5 ±31.2	58.4 ±25.1	<0.001
Taşsızlık oranı (%)	73 (%85)	76 (%80)	0.215
Hastanede kalış süresi (gün)	2.3 ±1.35	4.2 ±1.47	<0.001
Hemoglobin düşüşü (gr/dl)	1.32±1.16	2.3±1.64	0.026
Kan transfüzyonu	6 (%7)	13 (%14)	0.012

Mini PNL ve standart PNL yöntemlerinin karşılaştırılması

SB-82) PEDİATRİK PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE AKSES KILIF ÇAPI YAŞA GÖRE BELİRLENMELİ Mİ?

GÜRKAN ARIKAN(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MUTLU DEĞER(1) AHMET KEMAL ALAGÖZ(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ
Çalışmanın amacı farklı pediatrik yaş gruplarında perkütan nefrolitotomi (PNL) akses kılıf çapının taşsızlık oranları ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamızda, 2007-2024 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde gerçekleştirilen pediatrik PNL işlemlerinden elde edilen veriler retrospektif olarak analiz edilmiş olup hastalar 0-2 yaş, 3-6 yaş ve 7-18 yaş olmak üzere üç gruba ayrıldı. Taşsızlık durumları; tamamen taşsız (SF), klinik anlamsız rezidü taş (CIRF) ve klinik anlamlı rezidü taş (CSRF) olarak sınıflandırılmıştır. Bu yaş gruplarına göre PNL akses kılıf çapının taşsızlık oranları karşılaştırılmıştır.

BULGULAR
Dahil edilme ve dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra toplam 590 hasta çalışmaya alınmıştır. 0-2 yaş grubunda 119 hasta, 3-6 yaş grubunda 195 hasta ve 7-18 yaş grubunda 282 hasta bulunmaktadır. Grupların demografik verileri benzerdi. Ortalama akses kılıf çapı 0-2 yaş grubunda 19.01±6.25 (12-24), 3-6 yaş grubunda 18.66±9.45 (8-26), 7-18 yaş grubunda 20.41±11.27 (8-30). Yaş gruplarına göre karşılaştırmada 0-2 ve 3-6 yaş gurubu, 0-2 ve 7-18 yaş grubu, 3-6 ve 7-18 yaş grubu karşılaştırıldığında PNL akses kılıf çapı ile taşsızlık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla p: 0.96, p: 0.86, p:0.84) (Tablo-1)

SONUÇ
Bu çalışmada, pediatrik olgularda yaş farketmeksizin PNL'nin uygulanabilir bir yöntem olduğu, akses kılıf çapının taşsızlığa etkisinin olmadığı bulunmuştur.

	0-2 vs 3-6	0-2 vs 7-18	3-6 vs 7-18
SF			
Ort. RENAX	19.01 vs 18.66	19.01 vs 20.41	18.66 vs 20.41
Std. Sapma	6.25 vs 9.45	6.25 vs 11.27	9.45 vs 11.27
Min. RENAX	12.0 vs 8.0	12.0 vs 8.0	8.0 vs 8.0
Maks. RENAX	24.0 vs 26.0	24.0 vs 30.0	26.0 vs 30.0
T-istatistiği	0.053	-0.189	-0.207
P-değeri	0.96	0.86	0.846
CSRF			
Ort. RENAX	24.00 vs 24.62	24.00 vs 23.22	24.62 vs 23.22
Std. Sapma	0.00 vs 5.04	0.00 vs 7.01	5.04 vs 7.01
Min. RENAX	24.0 vs 20.0	24.0 vs 16.0	20.0 vs 16.0
Maks. RENAX	24.0 vs 30.0	24.0 vs 30.0	30.0 vs 30.0
T-istatistiği	-0.213	0.192	0.28
P-değeri	0.842	0.857	0.793
CIRF			
Ort. RENAX	19.62 vs 21.41	19.62 vs 23.09	21.41 vs 23.09
Std. Sapma	4.05 vs 5.05	4.05 vs 7.00	5.05 vs 7.00
Min. RENAX	16.0 vs 16.0	16.0 vs 16.0	16.0 vs 16.0
Maks. RENAX	24.0 vs 26.0	24.0 vs 30.0	26.0 vs 30.0
T-istatistiği	-0.478	-0.743	-0.338
P-değeri	0.658	0.499	0.753

SB-83) SOLİTER BÖBREKLİ TAŞLAŞMIŞ DJ STENT OLGUSUNDA AÇIK PİYELOLİTOTOMİ+ÜRETEROLİTOTOMİ+SİSTOLİTOTOMİ

MERYEM HAN GÖKDEMİR(1) YEKTA BIÇAK(1) İBRAHİM HALİL GÖRDÜK(1) ÇAĞDAŞ DİKMEN(1) ONUR DEDE(1)

1. DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Üriner sistem taş hastalığı insanlık tarihi kadar eskidir. Hayat boyu taş hastalığı görülme prevelansı %1-20 arasında değişmektedir. Taş hastalığının tedavisi olarak geçmişte her ne kadar açık cerrahi tedavi seçenekleri uygulansa da günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte minimal invaziv cerrahi tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Taşın yeri ve boyutuna göre ESWL, URS, F-URS, PNL, perkütan veya transüretral sistolitotripsi, laparoskopik teknikler uygulanmaktadır.
Yaşadığımız bölge nedeni ile yoğun bir taş hastası yüküne sahip kliniğimizde minimal invaziv cerrahi seçeneklerini tercih etmekle birlikte bu olgumuzda gerekli olgularda açık cerrahinin de bir seçenek olduğunu ve bu birikimden vazgeçmemek gerektiğini anlatmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

58 yaşında erkek hasta polikliniğimize yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezde covid pandemisi öncesi dönemde dış merkezde sol üreter taşı nedeni ile DJS uygulandığını fakat araya giren pandemi nedeni ile hastanın DJS çekilmesi için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı öğrenildi.
Hasta konjenital olarak soliter böbrekli olup kronik böbrek hasarı ve hipertansiyon tanıları mevcut idi.
Fizik muayenesi doğal olan hastanın yapılan tetkiklerde WBC 12bin, kreatin 3.3 mg/dL, üre 113 mg/dL idi. Çekilen kontrastsız tomografide sol böbrekten mesaneye kadar DJSnin taşlaşmış olduğu, böbrekte tüm kaliksleri dolduran 6 cm taş, üreterde boylu boyunca taş ve mesanede yaklaşık 5 cm taş olduğu görüldü. İdrar kültüründe ESBL + üremesi olan hastaya intaniye önerisi ile piperasilin tazobactam başlanarak antibiyotik baskısı altında açık cerrahi planlandı.

BULGULAR

Sol lateral dekübit pozisyonunda modifiye flank insizyonla katlar geçildi. Retro peritona ulaşıldı. Üreter bulundu ve üç yerden tespit süturleri konuldu. Mesaneye tespit süturleri konuldu. Akabinde böbrek çevre dokulardan temizlenerek renal pelvise askı süturleri konuldu. Renal pelvis insize edildi ve pelvisteki taş DJS parçası ile çıkarıldı. Akabinde üreter orta ve distalden olmak üç noktadan insize edildi. Üreter mukozasının oldukça reaktif olduğu görüldü. Taşlar ve DJS parçaları çıkarıldıktan sonra mesane insize edildi ve aynı işlem tekrarlandı. Sonrasında 4,8 fr 28 cm DJS üzerinden pelvis, üreter ve mesane su sızdırmaz biçimde onarıldı. Alanlara 2 adet dren konularak katlar usulüne uygun kapatıldı. Takiplerde hastanın kreatininde yükselme olmadı. WBC ve CRPde minimal bir yükseklik olan hastanın ateşi olmaması ve drenlerin çalışmaması üzerine postop 3.gün drenler çekildi. Antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi. 4 hafta sonra lokal anestezi altında DJS çekildi.

SONUÇ

İnsanlık tarihi kadar eski olan taş hastalığı ürolojik cerrahinin temellerinden olup gelişen teknoloji ile birlikte hep daha az invaziv olmaya çalışılmıştır. Dünya genelinde URS, F-URS, PNL, laparoskopik ve robotik cerrahiler oldukça rağbet görmekte olup hem hasta hem cerrah açısından yüz güldürücü sonuçları mevcuttur. Fakat bu hasta gibi nadir olgularda birden fazla endoskopik prosedür yerine tek seferde açık cerrahinin de bir seçenek olduğu, teknoloji ne kadar gelişirse gelişsin bistüriye her zaman ihtiyaç duyulabileceği unutulmamalıdır.

Sterile Surgical Ruler
Steril Cerrahi Cetvel

SB-84) TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİNİN ALT ÜRİNER SİSTEM VE EREKTİL FONKSİYONLARA ETKİSİ

MUHAMMED FATİH KELEŞ(1) MAZLUM ÖZKAN(1) MUHAMMED KOTAN(1) RAHMİ ASLAN(1) KEREM TAKEN(1)

1. VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Günümüzde prostat kanseri kesin tanısı için trans rektal ultrason rehberliğinde prostat biyopsisi altın standart olarak kabul edilmektedir ancak hem işlem sırasında hissedilen ağrı hem de işlem sonrasında Alt üriner sistem ve erektil fonksiyonlar üzerinde olumsuz ettikleri olduğu bildirilmiştir. Biz de bu çalışmada transrektal ultrasonografi eşliğinde alınan çoklu prostat biyopsilerinin alt üriner sistem ve erektil fonksiyonlara etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu çalışma 2020 -20121 tarihleri arasında polikliniğimiz de PSA 4 ng/ml' nin üzerine olan ve/veya anormal dijital rektal muayene bulgusu tespit edilen ve her birisinden 12 kor biyopsi alınan toplam 82 hasta alındı. Erektil fonksiyonları ve alt üriner sistem semptomlarındaki değişiklikleri belirlemek için uluslararası prostat semptom skoru ve uluslararası erektil fonksiyon indeksi (UEFİ) işlem öncesi ve işlem sonrası 1. 4. ve 8. haftada yüz yüze görüşme yolu ile doldurtuldu. Hastaların işlem öncesi ve işlem sonrası diğer demografik ve klinik verileri kaydedildi.

BULGULAR
Ortalama uluslararası semptom skoru(UPSS), biyopsi öncesi 10,12±3,21 olarak hesaplanırken biyopsi sonrası 1. 4. Ve 8 haftada sırası ile 18,3±2,6, 15,1±6,3 ve 12,8±5,5 olarak hesaplandı. UPSS deki bu değişim istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) . Ortalama UEFİ işlem öncesi 15,3±8,2 olarak tespit edilirken işlem sonrası 1. 4. Ve 8 haftalarda sırası ile 7,4±5,6, 10,8±7,2, 14,3±6,5 olarak hesaplandı. UEFİ deki bu değişimler 1. ve 4. Hafta için istatiksel olarak anlamı bulunurken ($p<0,05$) 8. haftadaki değişim istatiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

SONUÇ
Transrektal prostat biyopsisi, alt üriner sistem fonksiyonlarında ve erektil fonksiyonlarda kısa-orta dönemde anlamlı oranda bozulmaya neden olmaktadır. Prostat biyopsi işlemi öncesi bu yan etkiler açısından hastalar bilgilendirilmelidir.

SB-85) CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ İLK HOLEP SERİMİZ 36 HASTA

İBRAHİM KARACA(1) AYDEMİR ASDEMİR(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) ESAT KORĞALI(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Holmium lazer prosat enükleasyonu BPH nedeniyle cerrahi planlanan hastalarda etkin bir tedavi yöntemidir. HoLEP Holmium lazer ile prostat rezeksiyonu ilk olarak 1995'te Gilling ve ark.'ları tarafından tariflenmiş, birkaç yıl sonra ise; bu yöntem prostat enükleasyonuna dönüştürülmüştür(1).Son dönemde yapılan çalışmalarla HOLEP'in diğer minimal invaziv cerrahi yöntemlerden daha avantajlı olduğu gösterilmiştir.Bu sebeple popülarite kazanmış ve dünya genelinde sıklıkla tercih edilen bir cerrahi haline gelmeye başlamıştır (2).Bu çalışmada ilk 6 aylık holep deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2023 ve Ekim 2023 tarihleri arasında merkezimizde HoLEP uygulanan 36 hasta ile yaş ,prostat volümü, çıkarılan doku miktarı, PSA değerleri, operasyon, yatış ve foley çekme süreleri tarandı. Tüm hastalarda YAG Lazer, 550-µm fiber ile kullanılıldı. Endoskopik girişim ise lazer köprülü 26F rezektoskop ile sağlandı.Morselasyon için nefroskop 26F nefroskop kullanıldı.Prostatın boyut ve şekline göre uygun HoLEP tekniği tercih edilmelidir. Enükleasyon basamağından sonra hemostaz sağlanarak ameliyatın ikinci basamağı olan morselasyona geçilir. Ameliyatın bu kısmında enükle edilmiş prostat dokuları rezektoskop bağlantılı nefroskop içinden yönlendirilen morselatör yardımıyla morsele edildi..Morselasyon safhasında olası yaralanmaları önlemek için mesanenin dolu olmasına özen gösterildi ve prostat dokusu dışarıya çıkarıldı.

BULGULAR

HoLEP yapılan 36 hastanın ortalama ; yaşı 69(51-84), prostat volümü 89 cc(40-175),Çıkarılan prostat doku miktarı 47.7 gr(10-177),Preop PSA değerleri 10.5(0.305-110),Post op hg düşüşü ortalama 1.02 br(0-2.9 br),Operasyon süresi ortalama 93 dk (40-230) ,Foley kateter çekime süresi ortalama 2.7 gün (1-5) ,Yatış süresi ortalama 2.36 gün (2-12) olarak saptandı.(Tablo 1).

IPSS skoru preop ortalama 26.02 idi. (13-35).-PO 1 ay da 15, 3 ayda 10.7, 6 ay da 9,8 di. 36 Hastadan preop 14 hasta foley kateterizedi. Kalan 21 hastanın Q max ortalama 7.66 (2.5-11.6). Po 1 ay Q max 22.7(11.9-42.1),Post op 3 ayda 20.2(10.7-41),Post op 6 ayda ortalama 19.1(7.5-33.4). QQL operasyon öncesi 4,55(1-6), PO1 ayda 2.48 (0-5),3 ayda 1.51 (0-3),6 ayda 1.22(0-4) hesaplandı.(Tablo 2)

36 hastadan post op transfüzyon ihtiyacı olan sadece 1 hasta oldu.35 hastanın toplamda 4 tanesinde inkontinans gelişmiş olup 3 tanesi 3 aya kadar düzeldi. 1 hastanın takiplerinin 6 ayında hala üriner inkontinans mevcut olup medikal tedaviden fayda görmektedir.1 hastada post op İYE nedeniyle hastane de yatış süresi 12 gün sürmüştür. Hastaların 6 aylık takipleri sonrasında 2 hastaya darlık nedeniyle dilatasyon yapıldı. Operasyon sonrası 2 hastada taburculuk sonrası (2 ay ve 5 ayda) hematom nedeniyle tekrar opere edildi.

SONUÇ

Kısıtlı verilerimize rağmen BPH sebebiyle ameliyat düşünülen tüm hastalar HoLEP için adaydır. Bu yöntem bütün prostat boyutlarında tercih edilebilir. Yakın gelecekte BPH cerrahisinde kullanılan en yaygın yöntemin HoLEP olması beklenmektedir.

	Ortalama	Min	Max
Yaş	69	51	84
PV	89cc	40cc	175cc
Çıkarılan Doku	47.7 gr	10	160
PSA	10.5	0.305	110
Operasyon	93.15 dk	40	230
Foley Çekilme	2.7 gün	1	5
Yatış	2.7	2	12
Qmax	7.66	2.5	11.6
IPSS	26	13	35
QQL	4.55	1	6
Hg Düşüşü	1.02	0	2.9

Tablo1

	PREOP	1. AY	3.AY	6.AY
IPSS	26	15.3	10.7	9.8
Q max	7.66	22.7	20.2	19.1
QLL	4.55	2.48	1.55	1.22

Tablo 2

SB-86) KONJENİTAL PENİL EĞRİLİĞİN TEDAVİSİNDE EGYDİO GEOMETRİK İŞLEM TEKNİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

MERT HAMZA ÖZBİLEN(1) BURAK SAĞMAK(1) LOKMAN AYHAN(2) HAKAN ERÇİL(1) ZAFER GÖKHAN GÜRBÜZ(1)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. BALIKLIGÖL DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Konjenital penil eğrilik (KPE) nadir görülen bir durumdur ve ergenliğe ulaşıp cinsel hayata girdikten sonra psikoseksüel rahatsızlığa yol açabilmektedir. Cerrahi düzeltme tek tedavi seçeneğidir. Egydio işlemi, tunika albugineaya maksimum eğrilik noktasında rahatlatıcı kesi yapılarak yeni oluşturulan tunika defektinin kapatılmasını içeren cerrahi tekniklerden biridir. Bu teknik, hemen hemen tüm penil eğrilik vakalarında dikdörtgen bir tunika defekti oluşturan basit geometrik prensiplere dayanmaktadır. Cerrahi tedavinin başarı oranı yüksek olmasına rağmen, hasta beklentilerini optimize etmek için kendilerini ,ailelerini veya eşlerini ameliyatın olası komplikasyonları açısından açık ve net bir şekilde bilgilendirmek önemlidir. Bu sunumda KPE hastalarında Egydio tekniğinin sonuçlarının gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2019-2023 yılları arasında Egydio tekniği ile tedavi edilen hipospadias'ı mevcut olmayan 32 KPE'li hastanın kayıtlarını inceledik. Hastalarda sünnet kesisinden penis deglove edildi. Maksimum eğrilik noktasını belirlemek için bir kavernoz cisimden salin enjeksiyonu yoluyla tam bir ereksiyon indüklendi. Tüm eğrilik türlerinde, nörovasküler demeti tunikadan ayırmak için bu noktadan iki paraüretral kesi yapıldı. Buck fasyası ve nörovasküler demet tunika albugineadan diseke edildi. Maksimum eğrilik noktasında çevresel çizginin her iki ucunda çatallanan alandan enine bir kesi yapılarak dikdörtgen bir tunikal defekt oluşturuldu.

BULGULAR

KPE nedeniyle Egydio tekniği uygulanan hastaların verileri ve cerrahi sonuçları Tablo 1'de gösterilmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, rahatlatıcı kesi kullanarak penis eğriliğini onarmaya yönelik Egydio geometrik yaklaşımı güvenli, tekrarlanabilir, kolay ve etkili bir teknik gibi görünmektedir. Bu teknikle hastalarımızın çoğunda olumlu sonuç ve memnuniyet elde edilmiştir.

Hasta Sayısı (n)	32
Ortalama Yaş (min-maks),yıl	16.7 (1-24)
Ortalama Penil Eğrilik Derecesi (min-maks), °	54.7 (30-90)
Penil Deformite (n) (%)	
-Ventral	23 (%71.9)
-Ventrolateral	4 (%12.5)
-Lateral	4 (%12.5)
-Dorsolateral	1 (%3.1)
-Dorsal	0
Ortalama Operasyon Süresi (min-maks), dk	100.3 (30-160)
Postoperatif 3.Aydaki Memnuniyet (n) (%)	
-Çok Memnun	24 (%75)
-Kısmen Memnun	6 (%18.8)
-Memnun Değil	2 (%6.2)
Postoperatif Komplikasyonlar (n) (%)	
-Hematom	2 (%6.2)
-Ele Gelen Sütür	1 (%3.1)
-Tekrarlayan Eğrilik	1 (%3.1)

SB-87) KOMPLET ÜRETRAL RÜPTÜRÜN EŞLİK ETTİĞİ PENİL FRAKTÜR ,OLGU SUNUMU

SELİM KOÇ(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) BERK YASİN EKENCİ(1) ADEM SANCI(1)
AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür genellikle penis ereksiyonda iken, travmaya bağlı olarak tunika albugineanın rüptürü ile oluşan ürolojik acil bir durumdur. Rüptür tek veya her iki korpus kavernozumda olabilir iken, üretral yaralanma da eşlik edebilmektedir.(1)

GEREÇ-YÖNTEM

Üretral kanama, meada kan görülmesi, glob vezikale ve üriner semptomlar üretra rüptürünü düşündürmektedir.Fakat bu semptomların olmaması üretral yaralanmayı dışlamamaktadır.(2) Amer ve ark.nın metaanalizinde; üretral kanama %5,6 üretral yaralanma %6,1 olarak bildirilmiştir.(3)

BULGULAR

41 yaşındaki erkek hasta tarafımıza koitus esnasına travmaya bağlı olarak başlayan ağrı ve ekimoz sebebiyle başvurdu. Hastanın aynı zamanda olay sonrasında idrar çıkışı olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde penisin sola doğru deviye olduğu penis kökünden başlayarak skrotuma doğru yayılan ekimoz alanları ve mea ucunda kan görüldü.(Resim 1) bunun üzerine retrograd üretrografi(RGÜ) planlandı. Çekilen RGÜ de üretra dışına ekstravasyon izlendi ve mesaneye geçiş görülmedi. (Resim 2)

Penil doppler ultrasonografisinde penis ventral yüzde korpus kavernozum anterior duvarında geniş defekt ve bu düzeyde korpus spongiozum posterior duvarda defektif görünümde santralinde penil üretra düzeyinde heterojen hipo-hiperekoik alanlar izlendi ve penis kökünde en geniş yerinde 5 cm boyutlara ulaşan hematom alanı izlendi.

Fleksibl sistoskop ile girilerek üretra 8. Cm komplet rüptüre olduğu görüldü. Subcoronal insizyonla katlar anatomik planda geçilerek penis deglove edildi. Üretra bulundu ve komplet rüptüre izlendi.Korpus kavernozumların ventral kısımları 240 derece rüptüre izlendi.Korpus kavernozumlar 4.0 vicryl ile onarıldı. (Resim 3) Artifisyel ereksiyon sağlandı kaçak izlenmedi. Üretra serbestlendi spatülize edilerek 16f silikon sonda üzerinden 4.0 vicryl ile uc uca anastamoz yapıldı. (Resim 4)Katlar anatomik planda kapatıldı, kobanlı pansuman yapıldı.

Hastanın post op(PO) takiplerinde sorun olmaması üzerine PO 2. Günde 21. Günde çekilmek üzere sondalı olarak taburcu edildi.

PO 30. Gün kontrollerinde çekilen RGÜ darlık izlenmedi , kontrast maddenin mesaneye geçişi görüldü. (Resim 5)

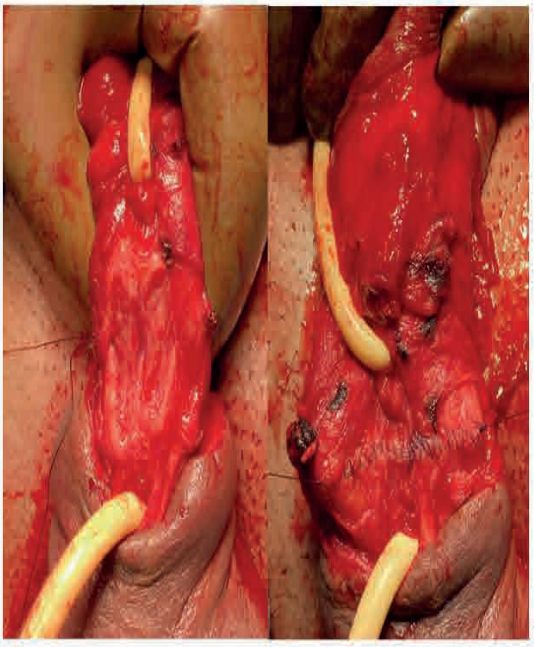
Hastanın 3. Ay kontrollerinde yapılan üroflowmetrede Qmax:35 ml/s qort: 16.4ml/s volume: 515 ml saptandı. (Resim 6) Kontrollerinde IIEF skoru 22 olan hastanın aktif bir şikayeti bulunmamakta ve düzenli takiplerine devam etmektedir.

SONUÇ

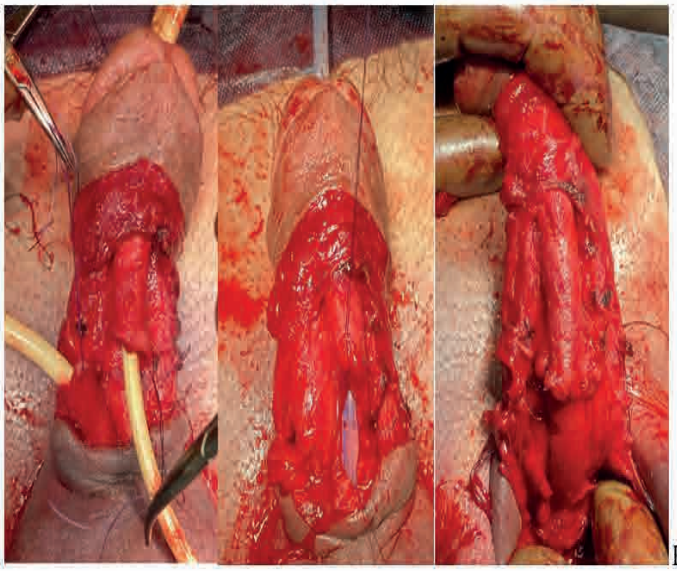
Bu olgumuzda olduğu gibi penil fraktür, tam kat üretral yaralanma ile birlikte nadir görülen bir ürolojik acil durumdur. Hematüri veya dizüri varlığında üretral yaralanmadan şüphelenilmelidir. Penil fraktürde üretral yaralanmalar nadir olarak gözlense de bilateral korpus kavernozum rüptürü olan hastalarda, tek taraflı rüptürlere göre daha sık eşlik etmektedir (4). Üretra ve korpus kavernozumları acil cerrahi onarımı uygun tedavidir ve tatmin edici sonuçlar verecektir.

Resim 1

Resim 2

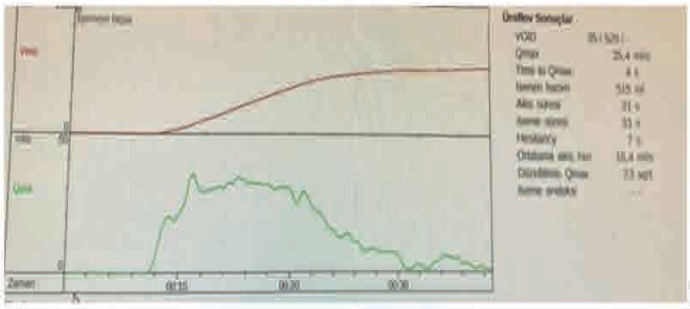


Resim 3



Resim 4

Resim 5



Resim 6

SB-88) KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE MOLEKÜLER ALT TİPLERİN PROGNOZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

NACİ ÇATAL(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1) HASAN DELİKTAŞ(1) HAYRETTİN ŞAHİN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Mesane tümörününün birçok patolojik tipi bulunsa da en sık görülen tip ürotelyal karsinomdur. Son yıllarda artan sınıflama çalışmalarıyla beraber temel olarak luminal ve bazal olarak 2 moleküler tip tanımlanmıştır.GATA3 ve CK5/6 işaretleyicileri ile yüksek oranda doğrulukla bu moleküler sınıflamanın yapılabildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda Kasa invaze mesane kanseri (KİMK) moleküler alt tiplemesinde kullanılan GATA3 ve CK5/6 moleküllerini kasa invaze olmayan mesane kanserinin (KİOMK) moleküler alt tiplemesinde kullanılması amaçlanmaktadır. KİOMK'lerinde bu moleküllerin pozitiflik oranları belirlenmesi, moleküler olarak sınıflandırması ve bu hastaların takip sonuçlarının araştırılması planlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji kliniğine Temmuz 2021' den itibaren başvuran, klinik, laboratuar ve görüntülemeleri sonrası mesane tümörü ön tanısı alan ardından ilk kez TURMT işlemi yapılan, ortalama 2-3 haftada sonuçlanan patoloji sonucunda ürotelyal karsinom gelen hastalar kaydedildi. Patolojik evresi kasa invaze olmayan düşük ve yüksek dereceli gelen hastalar çalışmaya prospektif olarak dâhil edildi. Dâhil edilen 100 kasa invaze olmayan mesane kanseri tanılı hastanın patoloji materyalleri GATA3 ve CK5/6 kullanılarak moleküler sınıflara ayrıldı. Bu moleküler alt tiplerin demografik verilerle, nüks oranları ve nükse kadar geçen süre ile ilişkileri değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza dâhil etme ve dışlama kriterlerimiz sonucunda prospektif olarak 100 adet kasa invaze olmayan mesane tümörü tanılı, ürotelyal karsinom patolojisinde hasta dâhil edildi. Çalışmamızda CK5/6 negatiflik oranı %64 şeklinde gelmiş ve bu hastaların tamamında GATA3 pozitif gelmiştir. Bu hastalar çalışmamızda luminal grupta değerlendirilmiştir. CK5/6 pozitiflik oranı %36 olup bu grup luminal dışı grup lehine değerlendirilmiştir. Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizde yaş, tümör boyutu, sigara, lamina proprea invazyonu, tümör sayısı, CK5/6 ve GATA3 pozitifliğinden hiçbiri nüks riskini öngörebilecek istatistiksel ağırlığı oluşturamadı. Nükse kadar geçen süre CK5/6 pozitif olan grupta ortalama 283 gün, CK5/6 negatif olan grupta ortalama 332 gün olup (güven aralığı%95 p: 0.693) istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber CK5/6 pozitif olan(luminal dışı grup) grupta daha kısa saptanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak kasa invaze mesane kanserinde yapılan moleküler sınıflama teknik nedenlerle daha zor olsa da kasa invaze olmayan mesane kanserinde diğer immunohistokimyasal belirteçlerle desteklenerek GATA3 ve CK5/6 ile yapılabilir. Çalışmamızda sınıfladığımız moleküler alt tipler arasında klinik ve prognoz açısından da belirgin farklılık saptanamamıştır. Hasta grubumuzdaki nüks sayısı düşük olduğundan ve takip süresi kısa olduğundan istatistikî anlamlı farklılık saptanmamış olabilir. Bu neden uzun takip süresinden sonra tekrar analizler yapılması planlanmaktadır.

-	CK5/6 Pozitif (n:3)	CK5/6 Negatif (n:9)	p değeri
Nükse kadar geçen süre (gün)	283±76.4	332±195	0.693

Tablo 1:CK5/6 pozitifliği ve nüks ilişkisi

		Sitokeratin (CK) 5/6		
Nüks durumu		**Pozitif**	**Negatif**	**Total**
Nüks var		3	7	10
	Satır yüzdesi	30%	70.0%	100.0%
	Sütun yüzdesi	8.6%	11.7%	10.5%
	Toplamın yüzdesi	3.2%	7.4%	10.5%
Nüks yok		32	53	85
	Satır yüzdesi	37.6%	62.4%	100.0%
	Sütun yüzdesi	91.4%	88.3%	89.5%
	Toplamın yüzdesi	33.7%	55.8%	89.5%
Total		35	60	95
	Satır yüzdesi	36.8%	63.2%	100.0%
	Sütun yüzdesi	100.0%	100.0%	100.0%
	Toplamın yüzdesi	36.8%	63.2%	100.0%

(X2= 0.225, p= 0.635)

Tablo 2: CK5/6 pozitifliği ve nükse kadar geçen süre ilişkisi

	CK5/6 Pozitif (n:3)	**CK5/6 Negatif (n:9)**	**p değeri**
Nükse kadar geçen süre (gün)	283±76.4	332±195	0.693

SB-89) MESANE KANSERİ HASTALARINDA GAL-9 PLAZMA DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI

KEMAL KAYAR(1) BEHLÜL BERK GENÇ(1) LEVENT VERİM(1) İLHAN YAYLIM(2)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ÇAPA TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Kanser prevalansında dünya genelinde dokuzuncu sırada yer alan mesane kanseri, özellikle baskın formu olan ürotelyal karsinomda karmaşık terapötik zorluklar sunmaktadır. Bu çalışma, Galaktin-9 (Gal-9) mesane kanserindeki rolünü tanımlamakta ve yenilikçi kanser tedavileri için biyobelirteç ve hedef olarak potansiyellerini vurgulamaktadır. Bu araştırmanın kritik bir yönü, plazma içindeki Gal-9 konsantrasyonunun değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmada yaş ve cinsiyet eşleştirme kriterlerine bağlı kalınarak 24 hasta ve 45 sağlıklı kontrol grubu yer almıştır. ELISA tekniği kullanılarak, biyomolekülün miktar tayini gerçekleştirilmiş ve etkilenen bireyler ile kontrol grubu arasında ayrıntılı bir karşılaştırma sağlanmıştır.

BULGULAR
Hasta ve kontrol grupları arasında Gal-9 plazma düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. ($p<0.001$). Mesane kanserinde hastaların plazma Gal-9 düzeyleri yüksek dereceli ve düşük dereceli tümörler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (0,315). Yaş, cinsiyet ve sigara içme durumlarında da Gal-9 düzeylerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ
Sonuç olarak, Gal-9'un mesane kanserindeki karmaşık rollerinin devre düzeyinde anlaşılması çok önemlidir. Bu araştırma, biyobelirteçler ve terapötik hedefler olarak potansiyellerine ışık tutmakta ve etkili, hedefe yönelik kanser tedavileri geliştirmek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için sürekli araştırma ihtiyacının altını çizmektedir.

Plazma Seviyesi	Gal-9	Gal-9_
-	mean±SS	p
Hasta Grubu	3,72±0,33	<0,001
Kontrol Grubu	6,11±0,36	-

SB-90) MESANE KANSERİ HASTALARINDA CD40 VE CD40L PLAZMA DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

KEMAL KAYAR(1) KAYHAN GÖRKEM TUNCEL(1) LEVENT VERİM(1) İLHAN YAYLIM(2)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ÇAPA TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Kanser prevalansında dünya genelinde dokuzuncu sırada yer alan mesane kanseri, özellikle baskın formu olan ürotelyal karsinomda karmaşık terapötik zorluklar sunmaktadır. Bu çalışma, CD40 ve CD40 ligandının (CD40L) mesane kanserindeki rollerini tanımlamakta ve yenilikçi kanser tedavileri için biyobelirteç ve hedef olarak potansiyellerini vurgulamaktadır. Bu araştırmanın kritik bir yönü, plazma içindeki sCD40 ve sCD40L konsantrasyonlarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada yaş ve cinsiyet eşleştirme kriterlerine bağlı kalınarak 24 hasta ve 45 sağlıklı kontrol grubu yer almıştır. ELISA tekniği kullanılarak, bu biyomoleküllerin miktar tayini gerçekleştirilmiş ve etkilenen bireyler ile kontrol grubu arasında ayrıntılı bir karşılaştırma sağlanmıştır.

BULGULAR

Hasta ve kontrol grupları arasında CD40 plazma düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. (p=0.002). Mesane kanserinde hastaların plazma CD40 ve CD40L düzeyleri yüksek dereceli tümörlerde daha yüksekti (sırasıyla p=0.017, p=0.005).

SONUÇ

Sonuç olarak, CD40, CD40L'nin mesane kanserindeki karmaşık rollerinin devre düzeyinde anlaşılması çok önemlidir. Bu araştırma, biyobelirteçler ve terapötik hedefler olarak potansiyellerine ışık tutmakta ve etkili, hedefe yönelik kanser tedavileri geliştirmek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için sürekli araştırma ihtiyacının altını çizmektedir.

Plazma Seviyesi	CD40	CD40_	CD40L_	CD40L__
-	mean±SS	p	mean±SS	p
Hasta Grubu	48,26±8,38	0,002	91,25±7,62	0,676
Kontrol Grubu	22,94±0,95	-	96,46±8,02	-

SB-91) PAN-İMMÜN-İNFLAMASYON DEĞERİ: ? PT2A METASTATİK OLMAYAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA GENEL SAĞKALIM İÇİN YENİ BİR BAĞIMSIZ ÖNGÖRÜCÜ FAKTÖR

SERDAR BAYKAL(1) HASAN YILMAZ(1) ENES MALİK AKDAS(2) NACİ BURAK CİNAR(1) MUHLİS ÜNAL(1) ENES ABDULLAH BAYNAL(1) KEREM TEKE(1) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Lokal ileri evreli böbrek Hücreli Karsinomu (RCC) hastalarında bugüne kadar PIV'in prognostik değerini değerlendiren hiçbir çalışma yoktu. Bu çalışma, lokalize RCC'de genel sağkalım (OS) için Pan-İmmün-İnflamasyon Değerinin (PIV) prognostik değerini değerlendirmeyi amaçladı. Ayrıca PIV'yi UCLA Entegre Evreleme Sistemi (UISS) prognostik modeline dahil etmenin uygulanabilirliğini de test ettik.

GEREÇ-YÖNTEM
En az pT2a lokalize RHK'si olan ardışık 197 radikal nefrektomi hastasını retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri ve onkolojik sonuçları kaydedildi. PIV ve diğer hemogram tabanlı inflamatuar belirteçler hesaplandı. Hastalar UISS risk kategorisine göre puanlandı ve sınıflandırıldı. Enflamatuar belirteçlerin optimal kesim değerleri belirlendi. C-endeksi hesaplandı. Cox regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR
Ortanca yaş ve takip süresi sırasıyla 59 yıl ve 49 ay idi. İki, 5 ve 10 yıllık OS %81,4, %69,4 ve %45,6 idi. Yaş, BMI, anemi, lenf nodu pozitifliği, UISS risk kategorisi ve tüm inflamatuar belirteçlerin OS için anlamlı prediktif faktörler olduğu belirlendi. Bununla birlikte, UISS ile inflamatuar belirteçler ana modele ayrı ayrı dahil edildiğinde, çok değişkenli analizlerde PIV en yüksek hazard oranına [HR: 2,39 (1,38-4,14)] ve aynı zamanda en yüksek C-indeks katkısına (+%0,24) sahipti. Ayrıca hem UISS hem de PIV bağımsız prediktif faktörlerdi (sırasıyla p=0,027 ve p=0,002). Ayrıca operasyon öncesi ve sonrası düşük PIV, mortalitede yarı yarıya azalma sağladı [HR: 0,44 (0,24-0,81), p=0,008].

SONUÇ
PIV'in lokalize RCC'de OS için bağımsız bir prediktif faktör olduğu tespit edildi. PIV, ana modele en çok katkıda bulunan biyobelirteçti. PIV, UISS modeline dahil edildiğinde hem UISS hem de PIV anlamlı prediktörler olarak kaldı ve ayrıca PIV modelin C-indeksini artırdı.

Tablo 1. Hasta demografikleri

No. Hasta, n	197
Yaş (y); medyan (ÇAA)	59 (51-66)
Cinsiyet	
Erkek, n (%)	129 (65.5)
Kadın, n (%)	68 (33.5)
ACCI, medyan (ÇAA)	6 (4-7)
VKI, medyan (ÇAA)	27.34 (25.01-29.69)
Kreatinin, medyan (ÇAA)	0.86 (0.71-1.05)
Hemoglobin (g/dl), medyan (ÇAA)	12.7 (11.04-14.00)
Nötrofil (x10^9/L), medyan (ÇAA)	4.89 (3.90-6.48)
Monosit (x10^9/L); medyan (ÇAA)	0.59 (0.42-0.70)
Platelet (x10^9/L), medyan (ÇAA)	279000 (225000-342500)
Lenfosit (x10^9/L), medyan (ÇAA)	1.90 (1.45-2.36)
Nefrektomi Karakteristikleri,	
pT evre pT2, n (%)	107 (54.3)
pT3, n (%)	89 (45.1)
pT4, n (%)	1 (0.6)
Pn evre pN0, n (%)	186 (94.4)
pN1, n (%)	11 (5.6)
Berraj hücreli histoloji, n(%)	134 (68.0)
Papiller histoloji, n (%)	33 (16.7)
Kromofob histoloji, n (%)	21 (10.8)
Diğer, n (%)	9 (4.5)
Tümor boyutu (cm), medyan (IQR)	9.5 (8.00-11.25)
ISUP/WHO evre	
Evre 1-2, n (%)	86(43.6)
Evre 3-4, n (%)	111 (56.4)
Nekroz varlığı, n (%)	111 (56.3)
Perirenal yağ invazyonu, n (%)	48 (24.4)
Sinus yağ invazyonu, n (%)	57 (28.9)
Pelvikalisyel sistem invazyonu, n (%)	22 (11.2)
Sarkomatoid Diferensiasyon, n (%)	23 (11.8)
Lenfosvasküler invazyon, n (%)	47 (23.9)
Cerrahi sınır pozitifliği, n (%)	4 (2)
Metastaz, n (%)	63 (31)
Ölüm, n (%)	72 (35.5)
Takip Süresi (ay), Medyan (ÇAA)	49 (19-94.5)

Kısaltmalar: ACCI, Age adjusted Charlson comorbidity index; ÇAA, Çeyrekler Arası Açıklık; VKI, vücut kitle indeksi

SB-92) KASA İNVAZE MESANE KANSERİNDE SİGARA KULLANIM MİKTARININ KANSER KÖK HÜCRE ÖZELLİKLERİNE ETKİSİ

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) TEVFİK AKTOZ(2) SUAT ERDOĞAN(3) RIZA SERTTAŞ(4)

1. EŞME DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, UŞAK
2. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, EDİRNE
3. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI, EDİRNE
4. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI, EDİRNE

AMAÇ

Mesane kanseri genitoüriner sistemde en sık görülen ikinci kanserdir ve sigara kullanımı mesane kanserinde en iyi bilinen ispatlanmış çevresel risk faktörüdür. Kanser Kök Hücreleri (KKH), embriyolojik kök hücrelerin kendi kendini yenileme ve farklılaşabilme gibi özelliklerine sahip olup tümör hücrelerinin bir alt popülasyonudur ve sigaranın kanser kök hücrelerin köklülüğünü, invazyon ve metastatik özelliğini etkilediği, epitelyal hücrelerin epitelyal-mezenkimal dönüşümünü(EMT) uyardığı pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmamızda sigara kullanım miktarının kasa invaziv mesane kanserinde(KİMK) kanser kök hücreleri üzerine olan etkisini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM

KİMK tanısı alan 40 hasta 30 paket/yıl sigara kullanım öyküsüne göre 20 hastadan oluşan iki gruba ayrıldı. Hastaların tümör dokuları TÜTF Patoloji Anabilim Dalı'ndaki arşivden temin edildi. Çalışma TÜTF Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Sitogenetik Laboratuvarı'nda devam etti. Doku deparafinizasyonu, RNA saflık ve miktar tayini, Tamamlayıcı DNA (cDNA) sentezi yapıldıktan sonra Real Tİme Kantitatif PCR (RT-qPCR) ile KKH belirteçleri olan CD44, CD133, ALDH1, SOX-2, NANOG, OCT3/4, E-kaderin, N-kaderin, Vimentin, Fibronektin, Okludin, MMP-2 ve MMP-9 genlerinin mRNA düzeyinde gen ifadelerine bakıldı. IBM SPSS Statistics Version 22 ile istatiksel analiz yapıldı. İki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında sıklıkla kullanılan “Independent Samples t Test” kullanıldı. İstatistiksel olarak iki grup arasındaki anlamlı fark $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastalar sigara kullanım öykülerine göre 30 paket/yıldan az kullananlar A grubu, fazla kullananlar B grubu olarak iki gruba ayrıldı, Bu gruplardaki hastaların demografik verileri tablo 1'de gösterildi. Klinik veri tabanımızda sigara kullanım öyküsü olmayan KİMK hasta sayısı yetersiz olduğundan dolayı kontrol grubu oluşturulamadığı için A grubundaki ortalama sigara kullanımı 15 paket/yıl ile en az sigara kullanan 6 hasta ile B grubundaki ortalama sigara kullanımı 90 paket/yıl ile en fazla sigara kullanan 6 hasta ayrıca gruplandırılarak karşılaştırıldı ve bu hastaların demografik verileri tablo 2'de gösterildi. KKH yüzey belirteçleri olan CD44 ve CD133'ün, KKH transkripsiyon faktörleri olan OCT3/4, NANOG, SOX2 ve ALDH1'in ve KKH adezyon-migrasyon belirteçleri olan E-kaderin, N-kaderin, vimentin, fibronektin, okludin, MMP2, MMP9 genlerinin gruplar arasındaki mRNA düzeyinde gen ifadelerinin kat farkları tablo 3'de verilmiştir. KKH yüzey belirteçlerinin, transkripsiyon ve adezyon-migrasyon belirteçlerinin sigara kullanım öyküsü fazla olan hasta gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha çok ifade edildiği görülmüştür (p:0,001).

SONUÇ

Bu çalışma ile sigara kullanım miktarının artmasının KİMK'de KKH'lerin köklülüğünü arttırdığı, KKH yüzey membran belirteçleri ve transkripsiyon faktörlerinin ekspresyonlarını arttırdığı ve epitel hücrelerindeki EMT mekanizmasını etkileyerek epitel hücrelerinin stabil hallerinden birbirine gevşek bağlı ve hareket yeteneği kazanarak invazyon ve metastaza yatkın mezenkimal hücrelere dönüşümünde etkisinin olduğu saptandı.

Özellikler	A (n:20)	B (n:20)	p değeri
Yaş	67,8±8,37	68,85±9,04	0,968
Ortalama Sigara İçimi (Paket/yıl)	23,2±6,57	69,5±17,38	**0,001**
Tümör Boyutu (mm)	49,9±34,68	57,0±26,32	0,115

Tablo 1:Hastaların demografik verileri

Özellikler	En az sigara içen hasta grubu (n:6)	En fazla sigara içen hasta grubu (n:6)	p değeri
Yaş	72,33±4,58	70,0±9,59	0,59
Ortalama Sigara İçimi (Paket/yıl)	15,83±6,64	90,0±6,32	**0,037**
Tümör Boyutu (mm)	39,16±26,15	57,50±21,62	0,881

Tablo 2:En az sigara içen 6 hasta / En fazla sigara içen 6 hasta demografik veriler

Genler	Tüm Hastalar		Ort. 15 Paket/Yıl & Ort. 90 Paket/Yıl	
	Gen İfade Oranı	p değeri	Gen İfade Oranı	p değeri
CD44	1,11	0,055	3,11	**0,001**
CD133	0,93	0,808	4,08	**0,001**
ALDH1	0,77	**0,001**	2,21	**0,001**
OCT 3/4	0,43	**0,001**	2,09	**0,001**
NANOG	2,09	**0,001**	4,85	**0,001**
SOX2	0,28	**0,001**	0,56	**0,001**
E-Kaderin	0,98	0,053	1,04	0,847
N-Kaderin	1,59	**0,001**	1,72	**0,001**
Vimentin	0,83	**0,001**	1,47	**0,001**
Fibronektin	0,42	**0,001**	0,40	**0,001**
Okludin	0,93	**0,025**	0,88	**0,001**
MMP2	0,33	**0,001**	1,04	0,153
MMP9	0,70	**0,001**	1,02	0,054

Tablo 3. Genlerin İfade Oranlarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı ve p değerleri

SB-93) İDAME BACİLLUS CALMETTE–GUERİN TEDAVİSİNDE HASTA UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ALPER NESİP MANAV(1) GÖKHAN ŞAHİN(1)

1. AYDIN DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

İntravezikal Bacillus Calmette–Guerin (BCG) tedavisi kasa invaze olmayan mesane karsinomunda progresyon ve nüksü azaltır ve standart tedavidir. 1-3 yıl arasında BCG tedavisi önerilmektedir. BCG tedavisinde yaklaşık %70 lokal ve sistemik ayrıca <%5 ciddi yan etkiler de görülebilir. Yaklaşık %40 hastada yan etkiler ya da hastanın tolere edememesi dolayısıyla tedaviye devam edilememektedir. Tedavinin yarıda kesilmesine sebep olacak parametrelerin önceden ortaya konulabilmesi ve önlenmesi tedavi başarısını arttırabilir. Çalışmamızda hasta uyumunu azaltan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020-Temmuz 2024 arasında Aydın Devlet Hastanesi'nde TUR-MT (transurethral resection) olan hastalar retrospektif incelendi. Patolojisi pT1 ve CIS (carsinoma in situ) hastalara Re-TUR-MT sonrası, pTa olan hastalarda nüks rezeksiyonu sonrası BCG tedavisi planlandı. Patolojisi CIS olanlar yüksek derece tümör olarak kaydedildi. Alt üriner sistem semptomlarını (AÜSS) sorgulamak amacıyla BCG öncesi ve induksiyon sonrası ICIQ-OAB (International Consultation on Incontinence-over active bladder) formu dolduruldu. Tedavi öncesi ve sonrası mesane kapasiteleri üroflowmetride hacim, PVR (post-voiding rezidü)<150cc olan hastalarda hacim ve PVR toplanarak kaydedildi. İnduksiyon sonrası idrar analizinde lökosit miktarı kaydedildi. SII-ONCO-BCG 40mg/ml (Serum Institute of India Pvt. Ltd. Pune 411028, India) 50cc serum fizyolojik ile dilue edilerek intravezikal verildi. 2 saat sonunda idrar yapmaları istendi. İnduksiyon sonrasında idame tedavi planlandı (6). İnduksiyon tedavisini tamamlayamayan, BCG tedavisinde progresyon veya nüks gelişen, daha önce aşırı aktif mesane veya kronik sistit tanısı alan, tedavi sırasında ITU olan ve verilerine ulaşılamayan hastalar dışlandı. Eğitim seviyesi okula gitmeyen ve ilkokul mezunu, lise mezunu, lisans veya daha ileri eğitim olarak ayrıldı. Hastaneye uzaklık <15km, 15-25km, 25-50km ve >50km olarak gruplandırıldı. Hastalar 1. yılını tamamlayan ve tamamlayamayanlar olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

Toplam 573 hasta incelendi. 144 hasta çalışmaya alındı. 124 (%86) erkek, 20 (%14) kadın tespit edildi. 1 yıllık tedaviyi tamamlayan 94 (%65), tamamlayamayan 50 (%35) hasta saptandı. Yüksek yaş, kadın cinsiyet, eğitim seviyesi düşüklüğü, hastaneye erişimin uzak olması ve yüksek riskli tümör varlığı 1. yıl sonunda tedaviyi tamamlayamayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ayrıca 1 yıllık tedaviyi tamamlayamayanlarda mesane kapasitesinde azalma, ICIQ-OAB skorunda artış ve BCG sonrası idrar lökosit sayısı yüksekliği tedaviyi tamamlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Tedaviyi tamamlamada tümör evresi ve tümörün primer olması anlamlı bulunmadı. (Tablo 1, 2).

SONUÇ

Yüksek hasta yaşı, hastaneye olan uzun mesafe, düşük eğitim düzeyi ve tedavi öncesi mesane kapasitesi düşüklüğü idame BCG tedavisi uyumsuzluğu ile ilişkilidir.

Tablo 1: İdame BCG tedavisi alan hastaların özellikleri

End of 1st year BCG		Age	Bladder capacity before BCG	Bladder capacity after BCG	Bladder capacity difference	Urine WBC after BCG	ICIQ-OAB before BCG	ICIQ-OAB after BCG	Score difference of ICIQ-OAB
Incompleted	N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Median	77,00	235,50	171,00	61,00	40,50	2,00	8,00	4,00
	Minimum	49	98	55	-66	0	0	0	0
	Maximum	92	657	614	275	500	14	15	11
Completed	N	94	94	94	94	94	94	94	94
	Median	68,00	354,50	355,50	3,00	4,50	0,00	1,00	0,00
	Minimum	42	98	103	-56	0	0	0	-1
	Maximum	90	676	658	143	500	8	11	7
p Value		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,009**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Tablo 2: İdame BCG tedavisi alan hastaların sonuçları

		End of 1st year BCG			
		Incompleted	Completed	Total	p Value
Gender	Male	37	87	124	**0,002**
	Female	13	7	20	
Distance	Central (<15km)	8	34	42	**0,000**
	Near (15-25km)	6	30	36	
	Middle (25-50km)	19	23	42	
	Far (>50km)	17	7	24	
Bladder Tumor	Primary	37	64	101	0,460
	Secondary	13	30	43	
Grade	Low	21	58	79	**0,024**
	High	29	36	65	
T Stage	Ta	6	20	26	0,387
	T1	38	64	102	
	CIS	6	10	16	
Education	Primary	35	39	74	**0,005**
	High	9	33	42	
	License and more	6	22	28	

SB-94) BATIN İÇİ APSE NEDENİ İLE OPERE EDİLEN HASTADA PARSİYEL SİSTEKTOMİ; NİHAİ PATOLOJİ KOLOREKTAL KANSER

MUSA EKİCİ(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) AHMET TAŞCI(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) CEMİL AYDIN(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

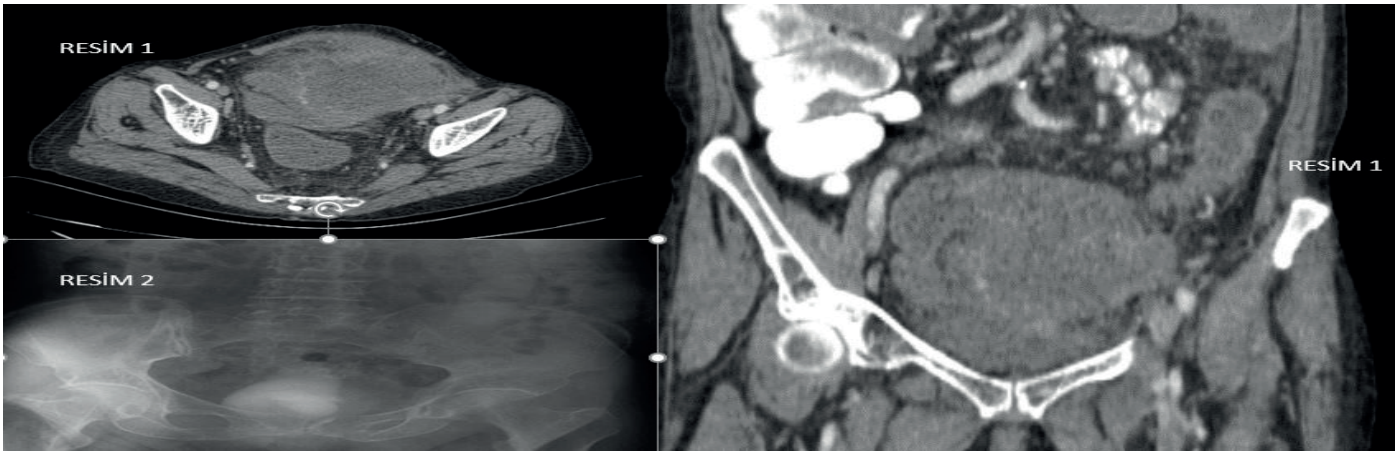
1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
KOLOREKTAL ADENOKANSERLER NADİR DE OLSA MESANE VE ÜRETERLERE İNVAZYON YAPABİLMEKTEDİR. BİZ DE MESANE İNVAZYONU YAPAN BİR KOLOREKTAL KANSERDE İZLEDİĞİMİZ YOLU PAYLAŞMAK İSTEDİK.

GEREÇ-YÖNTEM
Kolorektal kanserler tüm dünyada yaygın olduğu bildirilmektedir. (1) Kolorektal kanserler önlenebilir ve erken tanıyla tedavi edilebilir olmasına karşın halen ölüme yol açabilen bir hastalıktır. (2). Kolon ve rektum kanseri bağırsağın en iç tabakası olan mukozasından başlar. Sonra tümör barsak duvarı boyunca ilerler, önce çevre dokuları sonra da çevre organları invaze eder. (3) Kolorektal kanserlerin mesaneyi invaze etmesi nadir görülmektedir. Bu olguda mesaneyi invaze etmiş bir kolorektal kanser vakasından bahsedilecektir.

BULGULAR
74 yaş kadın hasta bilinen ek hastalık, operasyon öyküsü ve antikoagülan kullanım öyküsü yok; Genel cerrahi tarafından batın içi apse ön tanısı ile operasyona alınan hasta mesane rüptürü nedeniyle tarafımıza danışıldı ve vakaya intraoperatif dahil olundu. Mesanede tam kat rüptür mevcuttu ve mesanenin büyük kısmının yapışıklığa bağlı eksize edilmişti. Bilateral üreter ve orifisleri sağlamdı. Mesanede mukoza-detrüsör ve seroza ayrımı yapılamadı. Hastaya ilk planda sistektomi+ ileal konduit veya ileal augmentasyon düşünüldü. Fakat , ileo-jejenal rezeksiyon yapılmış olması ve hastanın sistektomi onamı preoperatif alınmadığı için bu yöntentemler uygulanamadı. Mesane ön duvardan başlayan yaklaşık 10 cm defekt frozen gönderilip cerrahi sınırın temiz olduğu anlaşıldıktan sonra 3,0 ve 2,0 vicyrl ile çift kat water-tight süturize edildi. Hasta tekrar genel cerrahiye devir edildi. Hastanın takiplerinde anastomoz kaçağı nedeniyle genel cerrahi tarafından kolostomi açıldı. Patolojisi raporu kolon adenokarsinom olarak gelen hastaya onkoloji tarafından folfox+ bevacizumab başlandı. Operasyondan 5 hafta sonra hastaya sistografi çekildi. Ekstravazasyon görülmedi. Hastanın sondası alındı.

SONUÇ
Kolorektal kanserler mesaneyi invaze edebilmektedir. Bu durumlarda multidisipliner bir yaklaşım tercih edilmelidir. Operasyon öncesi üroloji görüşü alınmalı, konseyde tartışılmalı, gerekli radyolojik tetkikler ve tanısal değerlendirmeler yapılmalı, gerekirse hastadan cerrahi onamları alınmalı, ortak bir kararla hareket edilmelidir. Aksi takdirde multidispliner yaklaşmamanın hasta ve hekimler için olumsuz sonuçları olacaktır.



SB-95) ONKOLOJİ HASTALARINDA KRİYOPREZERVASYON: TESTİS TÜMÖRÜNÜN VE TÜMÖR BOYUTUNUN SPERM SAYISI İLE İLİŞKİSİ

MERT KILIÇ(1) DİLAN GÜNDOĞDU(2) SERDAR MADENDERE(3) TUFAN TARCAN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. AMERİKAN HASTANESİ, BİYOLOJİ BÖLÜMÜ
3. AMERİKAN HASTANESİ, ÜROLOJİ BÖLÜMÜ

AMAÇ
Onkolojik nedenlerle yapılan kriyoprezervasyon verilerinin değerlendirilmesi, ve bu hastalar arasında testis tümörü tanısı olanlarda tümör boyutu ile sperm sayısı arasındaki ilişkiyi incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
2001-2024 yılları arasında kriyoprezervasyon işlemi yapılan hastaların dataları retrospektif olarak incelendi. Malignite dışındaki endikasyonlara sahip hastalar (infertilite, TESE vb) , ve dataları eksik hastalar çalışmadan dışlandı. Toplam 82 hasta çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR
42 (%52) hasta testis tümörü, geriye kalan 40 (%48) hasta ise farklı kanser tanılarına sahipti (Hematolojik maligniteler %47, prostat ca %15, akciğer, karaciğer, pankreas ve diğerleri %48). Testis tümörü olanların 19'u (%45) ağır (<5 mil/ml) olmak üzere toplam 24'ünün (%57) oligospermik olduğu saptandı. Diğer malignite tiplerine sahip hastalarda oligospermi oranı %32,5, ağır oligospermi ise %17,5 olarak saptandı. Testis tümörü büyük çapı >2,5 cm olan hastalarda, <2,5 cm olanlara göre ağır oligospermi görülme oranı daha fazlaydı (%58 vs %30 , $p<0.05$).

SONUC
Testis tümörü olan hastalarda diğer malignitelere sahip hastalara kıyasla hem oligospermi hem de ağır oligospermi daha fazla görülmektedir. Testis tümörüne sahip hastalar arasında ise tümör boyutu 2,5 cm üzeri olanların ağır oligospermi oranları belirgin olarak daha fazladır.

SB-96) PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA MİNİ-PCNL HANGİ HASTALARDA DAHA BAŞARILIDIR?

KADİR EMRE BALTACI(1) BERK HAZIR(1) MESUT ALTAN (1) ALİ CANSU BOZACI(1) KAMRANBAY GASİMOV(1) SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOGAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Günümüzde çocuklarda taş hastalığı sıklığı artmakta, hastalar daha erken dönemde tanı almakta ve cerrahi tedavisi için uygun ebatlara aletlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada mini-PCNL konusunda tek merkez deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2017 ile Mart 2024 tarihleri arasında kliniğimizde aynı yöntem ve aynı ekipmanla tek-seferde dilatasyon Mini-PCNL (?17.5F) yapılan toplamda 67 renal birim retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların postoperatif dönemde rezidü taş durumu değerlendirilerek sonuçlar başarılı ve başarısız olarak tanımlandı. Toplamda 55 hastanın taş analizi sonuçlarına erişildi ve bu hastalar sistin ve non-sistin taşı olanlar olarak gruplandırılarak analiz edildi. Hastaların demografik verileri, komplikasyon durumları gibi birçok parametre tek değişkenli analizlerle değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Cerrahi sırasında ortanca yaş 5 yaş, ortanca operasyon süresi 120 dakika, ortanca yatış süresi 5 gün olarak bulundu. Erkek/Kız oranı 41/26 ve sağ/sol oranı 32/35 bulundu. Taş analizlerine göre hastalar gruplandığında Sistin / Non-Sistin 22/33 olarak bulundu. Ortanca taş boyutu 2 cm^2 bulunurken, Sistin grubunda 2,87 cm^2, Non-Sistin grubunda 1,85 cm^2 bulunmuş, aradaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,077). 17 hastada (%25,4) komplikasyon görülmektedir. Başarı durumuna bakıldığında 53 (% 79,1) başarılı vaka olduğu görülmektedir. Daha önce herhangi bir girişim yapılan hastalar (p=0,025) özellikle de bu girişim PCNL ameliyatı ise bu hasta grubunda ameliyatla taşsızlık oranı hiç ameliyat olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (p <0,001). Sistin taş grubunda başarı oranı 11/22 (%50) iken, Non-Sistin grubunda başarı oranı 31/33 (% 93,9) bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p <0,001). Her iki grubun kanama ve diğer komplikasyon oranları benzer bulunmuştur.

SONUÇ

Pediatrik yaş grubunda Mini-PCNL operasyonu düşük komplikasyon oranı ve yüksek taşsızlık sağlayabilmesi nedeniyle güvenle yapılabilecek bir cerrahi yöntemdir. Kliniğimizin 3. Basamak referans merkez olması nedeniyle sistin taş oranı hasta popülasyonumuz içerisinde daha fazla görülmektedir. Sistin taşının sık tekrarlayan bir özelliğinin olması tekrarlayan girişimleri arttırmakla beraber daha başarısız sonuçlarla ilişkili olarak görülmektedir. Non-Sistin taşlarda ise çok yüksek oranda taşsızlık sağlanabilmektedir. Çocuk taş hastalığının tedavisinde mini-PCNL etkin bir yöntem olmakla beraber merkez olarak tecrübemiz, geçirilmiş cerrahiler bağlı anatomik zorlukların ortaya çıkması nedeniyle PCNL hikayesi olanlar ve sistin taşı hastalığı olanlarda başarı oranlarının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

SB-97) PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN VE ANKSİYETENİN ÜROFLOWMETRİ SONUÇLARINA ETKİSİ

ELİFE KETTAŞ DÖLEK(1) TOLGA AÇIKAL(1) ERDEM AKBAY(1) MELİH BIYIKOĞLU(1) ERİM ERDEM(1)

1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

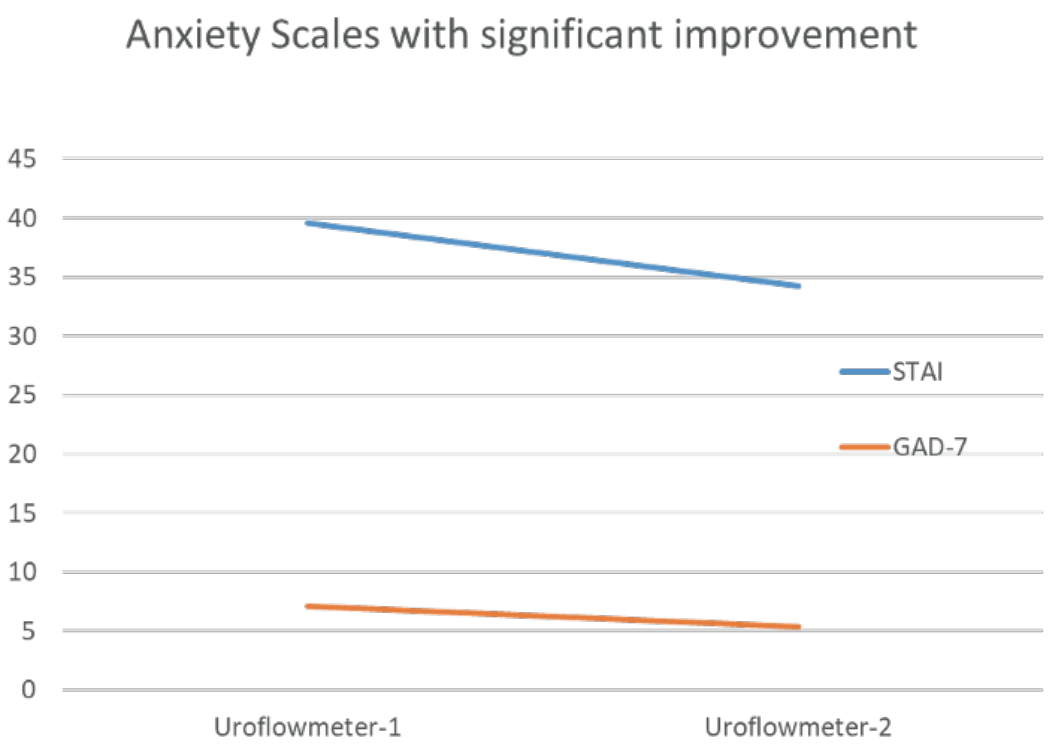
AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, psikolojik faktörlerin ve anksiyetenin üroflowmetri sonuçlarını etkileme durumunu belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya, bir üniversite hastanenin üroloji polikliniğinde, 01 Şubat 2020 - 01 Mart 2022 tarihleri arasında, rutin üroflowmetri yapılması planlanan alt üriner sistem semptom (AÜSS) şikayetleri olan dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan 20 erkek, 22 kadın olmak üzere 42 hasta dahil edildi. Katılma kriterleri; 18 yaş ve üstü, daha önce hiç üroflowmetri yapılmayan ve bir gün arayla en az iki kez üroflowmetri testi yapılan, idrar volümü en az 150 ml olan, dışlanma kriterleri ise alt üriner sistem enfeksiyonu, üriner inkontinansı, aşırı aktif mesane sendromu, nörojen mesane öyküsü, daha önce prostat ameliyatı öyküsü, idrar volümü 150 ml'nin altında olması, daha önce üroflowmetri yapılan ile bir gün arayla 2 kez üroflowmetri yapılmaması olarak belirlendi. Hastanın genel ve temel anksiyete düzeyini belirlemek için 'Yaygın Anksiyete Bozukluğu -7 Formu' ve hastaların, o andaki durum anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan 'The State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) Formu' işeme öncesi bilgilendirme yapıldıktan 5 dakika sonra değerlendirildi.

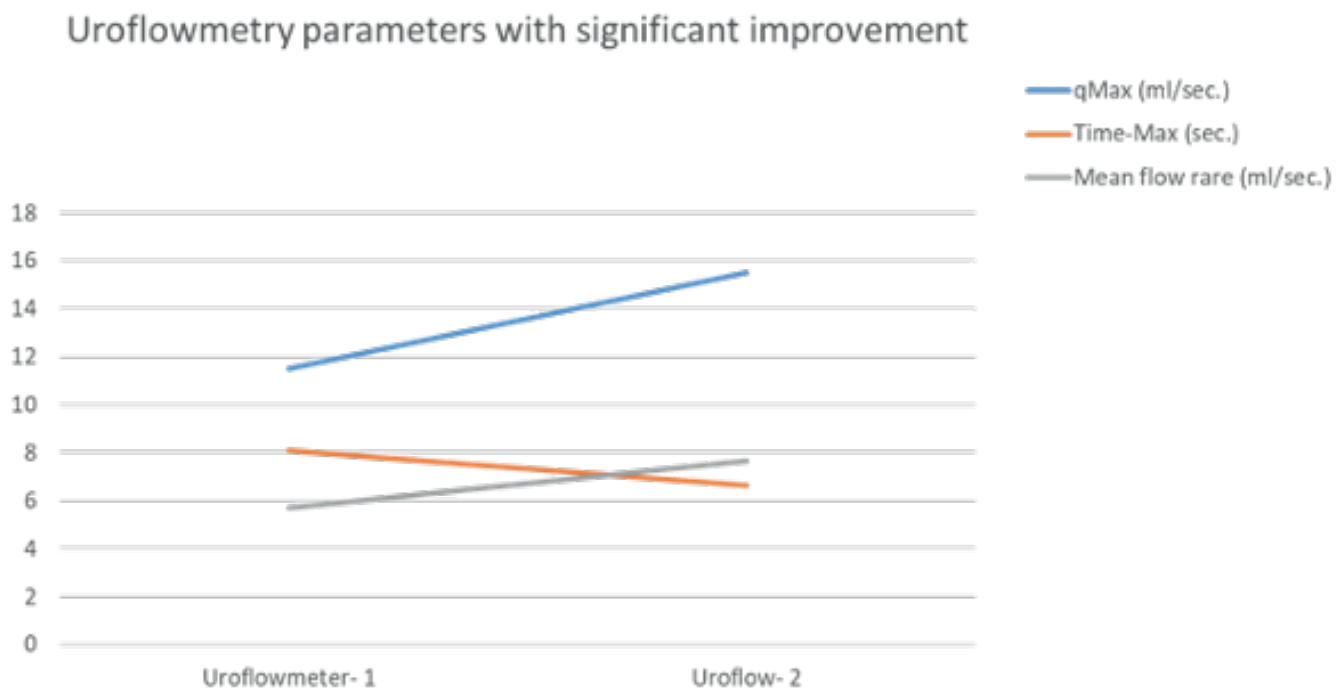
BULGULAR
Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 33.8±10.1 idi. Tüm hastaların birinci ve ikinci uroflowmetri parametre sonuçlarında; ikinci işeme sonrasında post voiding residue miktarında artma olduğu fakat anlamlı olmadığı ($P>0.05$), işenen hacimde, Qmaxda ve ortalama akış hızında anlamlı artma ($P<0.05$) ve maksimum akım süresine ulaşmada ise anlamlı bir azalma olduğu belirlendi ($P<0.05$). Durum anksiyete ölçeğine göre her iki cinsiyette de birinci işemeye göre ikinci işeme öncesinde STAI-S puanlarının düştüğü ancak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptandı. Kadınların erkeklere göre genel anksiyetesi yüksek olanların birinci ve ikinci üroflowmetri testi öncesinde de anksiyetelerinin yüksek olduğu ve aralarında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.01$). STAI-S puanı değişim yüzdesi ile üroflowmetri parametreleri (post voiding residue, voided volum, Qmax, delay time ve mean flow rate) değişim yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P>0.05$).

SONUÇ
Sonuç olarak, üroflowmetri testi yapılırken, testin doğası gereği hastaların mahremiyet duygusu oldukça etkilenmekte; utanma, gerginlik ve anksiyete yaşayabilmektedir. Üroflowmetri testinde hastaların anksiyetesinin azaltılması, hastalara doğru tanı konulması ve klinisyenlerin uygun tedavi vermesine olumlu katkı sağlayacaktır. Bütüncül bakımı benimseyen sağlık profesyonelleri üroflowmetri testinde hastaların yaşadığı olumsuz yakınmaların azaltılmasında ve hastanın rahatlatılmasında hastaların anksiyete düzeyini belirleyerek ve hastalara danışmanlık yapması önerilebilir.

Figür 1. Üroflowmetre testlerine göre anksiyete durumları



Figür 2. Birinci ve ikinci işeme sonucuna göre üroflowmetre parametreleri



SB-98) SÜNNET SONRASI PENİL KELOİD GELİŞEN OLGUNUN BRAKİTERAPİ İLE KOMBİNE YÖNETİMİ

MUHAMMET FIRAT ÖZERVARLI(1) İSMAİL SELVİ(1) MUHAMMET İRFAN DÖNMEZ(1) NEZİHE SEDEN KÜÇÜCÜK(2) TAYFUN OKTAR(1) ORHAN ZİYLAN(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, KLİNİK ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Sünnet sonrası en sık gözlenen komplikasyon kanama (%1.55) olup, daha az oranda enfeksiyon (%0.8) ve meatus darlığı (%0.65) görülebilmektedir. Sünnet sonrası insizyon hattında keloid gelişimi ise oldukça nadir rastlanan bir komplikasyon olup literatürde yalnızca 26 vaka bildirilmiştir. Bu az sayıda olgunun çeşitli tedavilerle (cerrahi, radyasyon, topikal kortikosteroid, intralezyonel triamsinolon enjeksiyonları) yönetildiği rapor edilmişse de standardize edilmiş bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Ayrıca olguların yarısında ilk 6-12 ay içerisinde rekürrens gelişebildiği bildirilmiştir. Öte yandan brakiterapi, keloid skarlarının adjuvan tedavisinde sağladığı yüksek rekürrenssiz sağkalım oranları ile son yıllarda popülerlik kazanmış bir tedavi rejimi haline gelmiştir. Ancak sünnet insizyonu hattında tekrarlayan keloid oluşumunda kullanıldığına dair yayınlamış bir olguya literatürde rastlanılmamaktadır. Bu olgu sunumunda sünnet sonrası insizyon hattında keloid gelişen çocuk hastanın cerrahi eksizyon ve brakiterapi kombine tedavisi ile yönetimi sunulacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

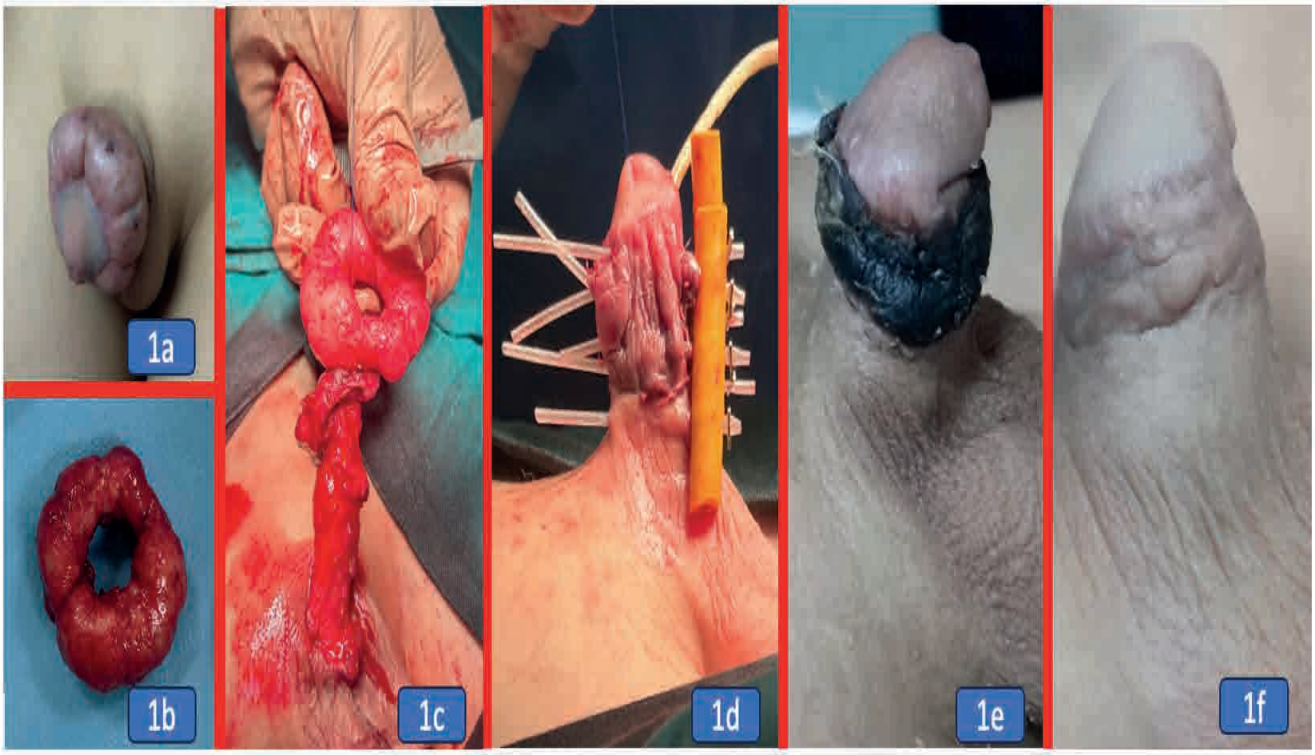
Bilinen ek hastalığı olmayan 11 yaşında erkek hasta kliniğimize sünnet insizyonu hattında tekrarlayan keloid oluşumu nedeniyle yönlendirilmiştir. Alınan anamnezde 2 yaşındayken sünnet operasyonu gerçekleştirilen hastada sünnetten 2 ay sonra insizyon hattında keloid geliştiği, 6 ve 8 yaşlarındayken dış merkezde iki kez keloid dokusu eksize edildiği, ancak her iki işlem sonrası 3 ay içerisinde nüks ettiği öğrenilmiştir.
Yapılan fizik muayanede koronal sulkustan penis şaftına kadar uzanan büyük, sirküler şekilli keloid lezyonu saptandı (Resim 1a). Hastanın yapılan diğer ürolojik muayene ve tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.

BULGULAR

Hastaya kliniğimizde yapılan keloid eksizyonu esnasında (Resim 1b,1c), intraoperatif olarak, peniste korpus kavernosumlarının sağ lateral kısmına 3 adet ve sol lateral kısmına 3 adet olmak üzere toplamda 6 adet brakiterapi tüpü yerleştirildi (Resim 1d). Radyasyon Onkolojisi tarafından postoperatif dönemde ilk 24 saat içerisinde başlanarak 2.5 Gy referans dozunda 4 frekans brakiterapi iki gün uygulandı. Keloid dokusunun eksizyonu sonrası penis cildinde incelme olması nedeniyle, brakiterapi uygulamalarını takiben, hastaya 20 gün boyunca günde 1 seans hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi uygulandı. Her seans 120 dakikada (her 20 dakika sonunda 5 dakikalık aralar verilerek) 2.4 ATA basınçla (1 ATA = 760 mmHg) HBO uygulanmıştır. Düzenli aralıklarla takip edilen hastanın 8. ay takibinde keloidin tekrarlamadığı ve insizyon hattının doğal olduğu izlendi (Resim 1e,1f).

SONUÇ

Sünnet sonrası insizyon hattında keloid gelişimi nadir bir komplikasyon olup çeşitli cerrahi ve medikal tedavilerle yönetilse de rekürrens oranı yüksektir. Bu olgu sunumunda penil keloidin brakiterapi ve cerrahi tedavi kombinasyonu ile tamamen gerilediği ve 8 aylık takipte tekrarlamadığı görülmüştür.



1a: Başvuruda hastadaki penil keloid görüntüsü

1b: Operasyonda eksize edilen keloid dokusu

1c: Penisten keloid dokusunun eksize edilmesi

1d: Penil keloid dokusu eksizyonunu takiben intraoperatif yerleştirilen brakiterapi tüpleri

1e: Postoperatif 1. ayda penis görüntüsü

1f: Postoperatif 8. ayda penis görüntüsü

SB-99) SUPERİOR VE İNFERİOR VENA KAVA OKLÜZYONLARI OLAN HASTADA KADAVRADAN ACİL BÖBREK NAKLİ: VAKA SUNUMU

İHSAN BATUHAN DEMİR(1) PARVİZ SHAHSUVARLI(1) AHMET AYDIN(1)
ALİ CANSU BOZACI(1) FAZIL TUNCAY AKİ(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Diyaliz aksesi sağlanamayan, inferior vena kava (İVK) ve eksternal iliak venleri (EİV) oklüde hastada başarılı sonuçlanan ikinci böbrek nakli deneyiminin paylaşılması

GEREÇ-YÖNTEM
Bilateral eksternal iliak venleri oklüde olan hastada kadavra böbrek renal veni, ilk nakilden kalan renal ven güdüğü üzerine uç-uç anastomozu ile başarılı nakil olgusu

BULGULAR
24 yaşında kadın. Kloakal anomali ve nörojen mesane tanıları olan hasta 14 yaşında kronik böbrek hastalığı (KBY) tanısı aldı. Periton diyalizi (PD) ile tekrarlayan peritonitler ve geçirgenliğinin azalmasıyla 3 yıl sonra sağ internal juguler venden katater ile hemodiyalize (HD) başlandı. Üst ekstremite venografisinde persistan sol vena kava anomalisi ve sağ superior vena kavası atrium ile bileşkesinde oklüde olan hastaya başarılı fistül açılamadı. 21 yaşında sol iliak fossaya canlıdan böbrek nakli yapıldı. Mesane kapasitesinde düşüklük, sık idrar yolu enfeksiyonları, aktif antikor aracılı rejeksiyon ile 2,5 yıl sonunda tekrar diyaliz ihtiyacı oldu. Superior vena kavası oklüde olan hastaya sağ tünelli femoral diyaliz kateteri ile HD'e başlandı. Revizyonlarda sağ EİV ve suprarenal İVK'nın tamamen, sol EİV'in greft anastomozu seviyesinde açık, diğer alanlarda parsiyel oklüzyonlarının olduğu venöz akımların kollateraller ile sağlandığı izlendi. İVK ve sağ EİV rekanalizasyonu ile femoral yerleştirilen TDK'nın disfonksiyonu ve sepsis odağı olması nedeniyle hasta için acil kadavra böbrek başvurusu yapıldı. On gün HD alamayan hastaya bu süre sonunda uygun kadavra böbrek eşleştirildi.
Ameliyat planlanırken kadavra böbreğinin anastomoz edilebileceği tromboze olmamış bir donör saha bulunamadı, iliokaval sistemin tamamen oklüde olması nedeni ile interpozisyon grefti kullanılarak IVK'ya anastamoz düşünülmedi. Overian, splenik, alt mezenterik ven gibi olası anastamoz alanları, anastamozun çapının dar olacağı ve greftin trombozuna neden olabileceği için düşünülmedi.
Ameliyata eski sol Gibson insizyon hattı üzerinden başlandı. Soldaki eski nakil insizyonundan greft böbrek alanına girilerek ilk nakledilen greft böbreğe subkapsüler diseksiyon yapıldı. Hilus bölgesinde eski greftin arter ve veni izole edilecek şekilde diseksiyon yapılıp bu damar güdükleri alıcıda kalacak şekilde greft nefrektomi yapıldı. Hastanın eksternal iliak arteri kısa bir segment olarak diseke edilebildi, EİV trasesi diseke edilemedi. Kadavra böbrek renal veni ilk nakilden kalan renal ven güdüğü üzerine uç-uç, arteri ise hastanın izole edilebilen sol eksternal iliak arterine uç-yan anastomoz edildi. Böbrek perfüzyonunda sorun yaşanmadı. Greft üreteri karın ön duvarına double J stent ile anastomoz edildi. İntraoperatif 600 cc kanaması olan hastaya 2 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı. Post operatif heparin infüzyonu ile takip edilen hastanın 7. gün dren kateteri çekilip 12. gün nadir kreatin değeri ile taburcu edildi.

SONUC
Kronik venöz trombüs veya oklüzyonu olan vakalarda venöz sistem konvansiyonel veya bilgisayarlı tomografi ile yapılan venografiler ile değerlendirilmelidir. Anastomoz yapılacak sahalarda venöz drenaj basıncının kabul edilebilir seviyede olması, çapları dar olan damarlara yapılan anastamozlarda yüksek venöz basınç nedeni ile oluşabilecek allograft trombozu ihtimali akılda tutulmalıdır. Bu durumlarda, venöz drenajının normal olduğu bilinen eski nakil böbreklerin venleri yeni nakil için venöz anastomoz alanı olarak kullanılabilir.

SB-100) SEMİNAL VEZİKÜLDE KİST HİDATİK

BAHADIR KAĞAN KALYONCU(1) KADER ADA DOĞAN(1) MURAT KARS(1)
HAYDAR KAMİL ÇAM(1) HASAN TOPER(1) IREM MEMİŞ(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Kist hidatik hastalığı, özellikle endemik olduğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Etken olarak en sık Echinococsus granulosus izlenir. İnsanlarda başlıca enfeksiyon bölgeleri karaciğer ve akciğerlerdir.
Ürogenital sistemin, özellikle de seminal veziküllerin kist hidatik hastalığı oldukça nadir görülen bir durumdur. Tedavisi esas olarak cerrahidir. Bu yazıda prostat kanseri tanısı almış ve seminal vezikülü tutan kist hidatik hastalığı olan bu nedenle retropubik radikal prostatatektomi ve seminal vezikül kist eksizyonu yaptığımız bir vakayı sunmayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM
Retrospektif
Olgu sunumu

BULGULAR
66 yaş erkek hastaya 2015 yılında yüksekten düşme sonrası temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) başlanmış. 9 yıldır günde 6x1 TAK yapmakta ve tak araları kaçırması olmamaktadır. Özgeçmişinde Karaciğer kist hidatiği hastalığı nedeniyle PAIR öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde rektal tuşe normaldi. İdrar testleri ve biyokimya değerleri normaldi. PSA değeri 15 olması nedeniyle multiparametrik prostat MR görüntülemesi yapıldı. mpMRG'de prostat hacmi 20 cc, sağ periferik zonda PI-RADS 5 lezyonlar, pelvik bölgede kist hidatik lehine değerlendirilen lezyonlar izlendi. (Sağ periprostatik alanda seminal vezikül komşuluğunda yaklaşık 43x25 mm boyutunda, içerisinde kız veziküllerin izlendiği T2'de hiperintens lezyon). Hastaya transrektal USG eşliğinde 16 odak kognitif prostat biyopsi yapıldı. Prostat biyopsi patolojisi 7 odak Gleason 3+4(%15-100), 9 odak Benign Prostat Hiperplazisi olarak sonuçlandı. Kist hidatik için indirekt hemaglütinasyon testi istendi. Test sonucu 1/1280 titrede pozitif geldi. PSMA PET-CT 'de metastaz izlenmemesi üzerine hastaya Radikal Prostatektomi ve Seminal Vezikül Kist Eksizyonu yapılmasına karar verildi. Preoperatif 2 hafta boyunca hastaya albendazol 2x200 mg oral olarak başlandı. Umbilikusun 2 cm superiorundan symphysis pubis hizasına uzanan midline insizyonla peritona ulaşıldı. Ardından peritona girildi. Sigmoid kolonun hemen altında yaklaşık 8 cm boyutunda, sağ seminal vezikülün superior komşuluğunda iki adet (büyüğü yaklaşık 5 cm, küçüğü 2 cm boyutunda) yuvarlak kistik yapıda olan lezyonlar izlendi. Lezyon içerisine enjektör ile girildi. Ancak aspirasyonda belirgin bir içerik gelmedi. Bunun üzerine lezyonların eksizyonuna karar verildi. Bu iki lezyon çevre dokulardan serbestlenerek rezeke edildi. Eksize edilen lojlar sırasıyla hipertonik serum sale, batikon ve distile su ile yıkandı. Lezyonlar mikrobiyolojiye gönderildi. Direkt bakıda germinal membranlar izlendi.

SONUÇ
Ürogenital sistemin ekinokokkozisi nadir görülen bir durumdur. Hidatidozun seminal vezikül lokalizasyonu son derece nadirdir. Literatürde birkaç vaka bildirilmiştir. Hidatidoz, parazit döngüsünde tesadüfi bir konak olarak kabul edilen insan vücudunda, köpek tarafından barındırılan Tenia'nın larva formundan gelen echinococcus granulosus'un gelişmesinden kaynaklanmaktadır. Bu patoloji, sık görülen hepatik ve pulmoner lokalizasyon nedeniyle gerçek bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Semptomatoloji değişkendir; yıllarca tamamen asemptomatik karakterden alt üriner sistem semptomlarına veya bel ağrısına, mesane veya üreterin ekstrinsik kompresyonuna ve hatta idrar retansiyonuna kadar değişebilir. Tanı radyolojik bulgular ile konulur. Tedavi, özellikle kist semptomatik olduğunda cerrahidir.

SB-101) SÜNNET EDİLMİŞ POPÜLASYONDA SIKÇA GÖRÜLEN BİR SORUN : MEATAL STENOZ DİLATASYON YA DA STEROİD KREMLER MEATOPLASTİ İHTİYACINI DÜŞÜREBİLİR Mİ ?

AYKUT AKINCI(1) MURAT CAN KARABURUN(2) MEHMET FATİH ÖZKAYA(3)
TARKAN SOYGÜR(3) BERK BURGU(3)

1. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ
2. ACIPAYAM DEVLET HASTANESİ
3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Meatal stenoz sünnet sonrası sıkça görülebilir. Bu çalışmada, sadece steroid krem uygulanan hastalar ile kateter üzerine steroid krem uygulanan hastaların sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020 ile Haziran 2023 tarihleri arasında, poliklinikte sünnet sonrası meatal stenoz şüphesi ve anormal üroflometri bulguları ile başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Nörojenik hastalığı, hipospadiası veya travma öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar rastgele iki gruba ayrıldı. Birinci grupta, Clobetasol propiyonat %0.05 günde iki kez dört hafta süreyle uygulandı. Diğer grupta ise bu tedaviye ek olarak, ebeveynler bir steroidi, 8F kateterin ucuna uygulayarak distal üretraya bir kez günlük olarak uyguladılar. İşlem öncesi ve sonrası üroflometri değerlendirmesi yapıldı ve meatoplasti cerrahisi gereksinim oranları karşılaştırıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı, sayısal değerlerin karşılaştırılmasında ise Student's t-testi kullanıldı ve tüm analizler SPSS 25.0 kullanılarak yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya 53 hasta dahil edildi (27 steroid/26 steroid+kateter). Steroid ve steroid+kateter grupları yaş açısından benzerdi (7.89±1.71 vs 8.50±1.42, p 0.16). Başvuru anında Qmax (6.63±1.47 vs 7.00±0.56, p 0.23) ve postvoid rezidüel (29.81±5.63 vs 32.12±6.80, p 0.18) benzerdi. Tedavi sonrası Qmax (7.89±1.65 vs 8.54±2.28, p 0.24) ve postvoid rezidüel (23.52±9.58 vs 19.42±7.78, p 0.09) gruplar arasında benzerdi. Üroflometri sonuçlarına bağlı olarak, steroid grubunda 20 hasta (%74) ve steroid+kateter grubunda 16 hasta (%61) meatoplasti cerrahisi gerektirdi (p 0.32).

SONUÇ
Steroid uygulaması, sünnet sonrası meatal stenozda cerrahi gereksinimini azaltabilir. Steroid ve kateter uygulaması sayısal olarak daha iyi sonuçlar verse de, istatistiksel olarak anlamlı değildi.

SB-102) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YAPILAN ERİŞKİN HASTALARDA İŞLEM ÖNCESİ BAKILAN SİSTEMİK İMMUN İNFLAMASYON İNDEKSİNİN OPERASYON SONUÇLARINA ETKİSİ

MERT HAMARAT(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) M. GÜRKAN ARIKAN(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan Nefrolitotomi yapılan erişkin hastalarda işlem öncesi bakılan sistemik immun inflamasyon indeksinin operasyon sonuçlarıyla ilişkisinin değerlendirilmesi

GEREÇ-YÖNTEM

Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Ocak 2018- Ekim 2023 arasında PNL yapılan 824 hasta retrospektif olarak incelendi. Çalışma kapsamına 18 yaşından küçük olanlar, böbrek anomalisi bulunanlar ve preoperatif veya postoperatif verileri hastane veri sisteminde eksik olanlar alınmadı. Hastalar Cinsiyet, Yaş, Vücut Kitle İndeksi Ve Guy Taş Skorlama Sistemi'ne(GSS) göre 4 ana başlıkta gruplandırıldı. Operasyon öncesi anestezi değerlendirmesinde bakılan kan sayımından sistemik immun inflamasyon indeksi(SII) skorları hesaplandı. Taşsızlık durumu, kan transfüzyon ihtiyacı ve taburculuk süresi gibi operasyon sonuçlarıyla ilişkisi gruplar içerisinde ve gruplardan bağımsız olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Grupların kendi içinde median SII skoru hesaplandı. Cinsiyet, VKİ, GSS gruplarında SII median değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak yaş grubunda >79 yaş alt grubunda diğer yaş alt gruplarına göre SII median değerinin istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı(p=0,01).
Kadınlarda kan transfüzyon ihtiyacı olanların SII skorunun olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı(p=0,02).
79 yaş üzeri alt grubunda CIRF olanların, SF olanlara göre istatistik anlamlı olarak daha yüksek SII değerine sahip oldukları saptandı (p=0,001).
Yaşın tüm alt gruplarında kan transfüzyonu ihtiyacı olanların, olmayanlara göre olarak daha yüksek SII skoruna sahip oldukları saptandı (p=0,0001).
Vücut kitle indeksi grubunda obez hasta grubunu temsil eden dördüncü grupta SII skoru yüksek olan hastaların kan transfüzyon ihtiyacının daha yüksek olduğu ve görüldü (p=0,001).
Guy'ın Taş Skorlaması(GSS) grubunda GSS 4 alt grubundaki hastalarda daha yüksek SII skorunun daha yüksek kan transfüzyonu ile ilişkili olduğu saptandı (p=0,0001).
Tüm hastaların ortalama taburculuk süresi 3.9±1.3(1-14) gün idi. Taburculuk süresi ile sadece GSS grubunda istatistik anlamlı ilişki saptandı. GSS derecesi ile taburculuk süresinin doğru korelasyon gösterdiği saptandı(p=0,005).
Kesin değer(cut off value) analiziyle yapılan incelemede sadece yaş ana grubunda istatistiksel anlamlı sonuç elde edildi. Hastanın SII değeri > 820.5 ise % 79.7 (%95 GA 0.73-0.86) olasılıkla, %75 sensivite, % 73.3 spesifite ile yaş grubunun >79 üzerindedir.
Kesin değer hesaplamasına göre yapılan değerlendirmede SII skoru düşük olanlarda SF oranının daha yüksek(%75); kan transfüzyon ihtiyacının daha az olduğu(%93,7) görüldü(p=0,015/p=0,006).
SII skorunu gruplandırma yapmadan operasyon sonuçları ile karşılaştığında rezidü grubu ile SII skoru arasında bir ilişki saptanmadı(p=0,400). Kan transfüzyon ihtiyacı olanların, kan transfüzyon ihtiyacı olmayanlara göre SII skorunun daha yüksek olduğu saptandı(p=0,001).

SONUÇ

SII skorunun kan sayımı ile kolayca hesaplanabilen bir inflamasyon belirtecidir. Bu skorlama PNL'de komplikasyonu öngörmede ve yönetmede etkili olabilir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

	n(824)	%
CİNSİYET		
Erkek	488	59,2
Kadın	336	40,8
Yaş		
18-65	700	85,0
66-79	116	14,1
>79	8	1,0
VKİ		
1 (zayıf)	20	2,4
2 (normal)	318	38,6
3 (fazla kilolu)	280	34,0
4 (obez)	206	25,0
GSS		
1	264	32,0
2	272	33,0
3	212	25,7
4	76	9,2

SB-103) REKÜRREN ÜRETRAL DARLIKLARDA REKONSTRÜKTİF CERRAHİ, OLGU SUNUMU

SELİM KOÇ(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) BERK YASİN EKENCİ(1) ALİHAN KOKURCAN(1) HİLMİ SARI(1) EMRE HEPŞEN(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Üretral darlığı, üretral mukozanın fibrozis, skar oluşumu ve üretra etrafını saran korpus spongiozumun spongiofibrozise gitmesi sonucu oluşan üretranın herhangi bir segmentinin anormal daralmasını ifade etmektedir.(1)
Anterior üretral darlıkların en yaygın olarak görüldüğü lokalizasyon bulbar üretradır ve darlıklarının yaklaşık %40'ı idiopatik, %35'i iatrojenik, %10 inflamatuar ve %15'i travmatik sebeplerden kaynaklanır.(2)

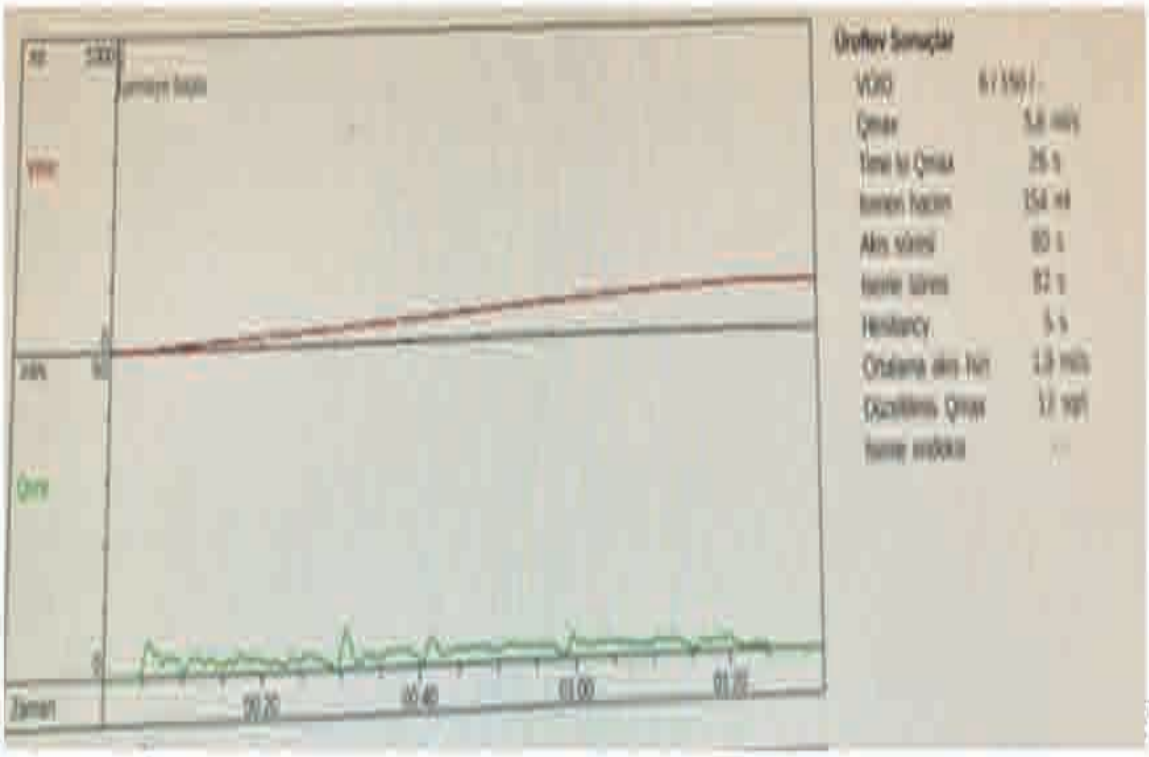
GEREÇ-YÖNTEM
Günümüzde uzun segment darlıkların tedavisinde kabul gören cerrahi yöntem greft üretroplastisidir. Greft üretroplastileri içerisinde en sık kullanılan greft ise bukkal mukoza greftidir(BMG). (1)

BULGULAR
57 yaşındaki erkek hasta tarafımızca ince ve zorlanarak idrar yapma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesi doğal olan hastanın özgeçmişinde 2015 yılında geçirilen üreterorenoskopi(URS) sonrasında idrar yapmada zorluk geliştiği ,üretral darlık nedeniyle 2015 ve 2018 yıllarında internal üretrotomi(İÜ), 2019 yılında lazer İÜ operasyonları geçirdiği görüldü.
2022 yılında yapılan retrograd üretrografisinde(RGÜ) darlık alanı saptanması , yapılan üroflow(UFM) testinde Qmax:9 ml/s, Qort: 5 ml/s, Vol: 332 ml olması üzerine yapılan sistoüretroskopisinde 10. cm fleksibl sistoskop geçişine izin veren rölatif bir darlık, 15. cm geçişine izin vermeyen anüler darlık izlendi ve tarafımızca hastaya BMG üretroplasti (Kulkarni yöntemi) yapıldı. Postoperatif 21. Günde sondası çekilen hasta 1.5 yıl kadar asemptomatik şekilde takip edildi. 2024 yılında ince idrar yapma şikayeti ile tarafımıza tekrar başvuran hastanın UFM testi Qmax:5,8 ml/s, Qort:1,9 ml/s, Vol:154 ml olması üzerine yapılan sistoüretroskopisinde üretra 15.cm'de anüler darlık izlendi ve hastaya RGÜ çekildi. Hastanın darlığının nüks etmesi üzerine hastaya tarafımızca Redo Üretroplasti planlandı.
19.5 f buji ile 14. Cm darlık alanı belirlendi. Üretra komplet serbestlenerek tam kat açıldı. 4 cm dar segment görülerek distali ve proksimaline 28 f buji ilerletilerek üretranın salim olduğu görüldü. Double face augmented bukkal üretroplasti kararı alındı. Sol ve sağ yanak içerisinden stenon kanalı korunarak 4.5x2 cm uzunluğunda 2 adet BMG çıkarıldı. Öncelikle dorsale 4.5cmlik BMG yerleştirildi. 20f foley sonda takıldı. Foley sonda üzerinden diğer 4.5 cm uzunluğundaki BMG ventrale koyularak üretra ile 4.0 vicryl ile anastomoz yapıldı. Hasta post op 3. günde dreni çekilerek 21. günde sondası çekilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ
Bu olguda da olduğu gibi tek greft kullanımı ile yeterli lümen genişliği sağlanamayacağı fikrinden yola çıkarak Palmentari ve ark. iki taraflı dorsal ve ventral onlay greft üretroplasti tekniğini tanımlamışlardır. Şiddetli bulber üretral darlığı olan 166 hastaya bu tekniği uygulamışlardır. Ortalama 47 aylık takiplerinde başarı oranları %89,8 (n:149) olarak saptamıştır. (3)

Daha önce üretroplasti öyküsü olan ve tekrarlayan üretral darlık hastalarında yapılacak operasyona darlık segmentine, uzunluğuna göre vaka esnasında karar vermek gerekli olabilir. Sekonder vakaların deneyimli merkezlerde, deneyimli ekiplerce yapılması gereklidir.

PRE OP



PRE OP

SB-104) TÜBERKÜLOZ EPİDİDİMİTİ

ABDUL VAHAP BAKIR(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) KADER ADA DOĞAN(1)
BAHADIR ŞAHİN(1) HASAN TOPER(1) İREM MEMİŞ(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Genitoüriner TB, ekstra pulmoner TB arasında ikinci en yaygın form olarak kabul edilir ve en yaygın bölge olan lenf düğümlerinden sonra gelir. Özellikle semptomların zayıf olması ve ilk enfeksiyon ile bakteriye maruz kaldıktan 30 yıl sonrasına kadar ortaya çıkabilen klinik belirtiler arasındaki gecikme nedeniyle teşhis edilmesi zordur ve genellikle geç kalınır. Çoğu vakada klinik olarak diğer testis lezyonlarını taklit eder. Genital sistem idrar yolundan daha az etkilenir ve epididimis erkeklerde genital TB'nin en sık görüldüğü bölgedir. Genital TB'un en sık formu olmasına rağmen epididimal tüberküloz nadir bir ekstrapulmoner tüberküloz formudur. Bu hastalığa sahip hastalarda belirgin klinik semptomlar olmayabilir veya sadece hafif semptomlar görülebilir. Hastalık tipik olarak yavaş gelişir ve erken tanı zordur; gecikmiş tanı ve yanlış tanı yaygındır. Epididimal tüberküloz, Çin de dahil olmak üzere gelişmekte olan birçok ülkede önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Epididim tüberkülozunun patolojik özellikleri, epididim ve çevresindeki genital doku ve organların tahrip olmasına ve infertilite gibi komplikasyonlara ve erkek üreme sistemi işlevi üzerinde diğer ciddi etkilere yol açan geniş doku yıkımı ve fibrozdur.
Bu yazımızı nadir bir durum olan epididimit tüberkülozu tanısı almış bir vakamızı sunarak antibiyotiğe yanıtsız epididimit olgularında tüberküloz epididimitinin hatırlanması gerektiğini belirtmek amacıyla sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

OLGU SUNUMU

BULGULAR

40 yaşında erkek hasta sol testiste ağrı ve şişlik şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Şikayetlerinin 2 haftadır olduğu ve 2 sene önce de benzer şikayetlerle antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi. Dizüri, ateş, bulantı-kusma, kilo kaybı ve testiküler travma öyküsü mevcut değildi. Hastanın fizik muayenesinde sol skrotumda hassasiyet, şişlik ve cilde fistülize abse ile uyumlu lezyon izlendi. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Wright ve Anti-HIV testleri negatifti. Yapılan ilk skrotal doppler ultrasonografide Sol epididim gövde-kuyruk düzeyinde 10 mm hipoekoik lezyon izlendi(Yoğun içerikli kist ?). Sol skrotumda septalı effüzyon izlendi. Sol epididim kuyruk kesim epididim ekleri düzeyinde 30x25 mm boyutunda hipoekoik kitlesel yapılanma izlendi Bu yapılanma ile ilişkili cilt altına uzanan ve cilde ağızlaştığı düşünülen 3x4 cm yumuşak doku yapılanmaları (Komplike epididimit ? Kitle?) gözlendi. Tümör markerları negatif saptandı. Skrotal MRG görüntülemesi yapıldı. Skrotal MRG'da Sol peritestikuler alanda yaklasik 5x36mm belirgin kontrastlanan tubuler dagilimda bulunan kitlesel lezyon (peritestikuler apse) izlendi. Bu bulgularla ön planda epididimit düşünülüp meronem 3x1 gr Intravenöz tedavi başlandı. 10 günlük antibiyotik tedavisi sonrasında hastanın fizik muayene bulgularında gerileme gözlenmedi. Hastaya sol skrotal eksplorasyon yapılmasına karar verildi. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde Epididimal duktuslar arasında multinükleer dev hücreler , epiteloid histiyositler ve en dışarıda lenfositik hücreler izlenen granulamatöz inflamasyon görüldü. Aynı materyalde yapılan polimeraz zincir reaksiyonu testi pozitif bulundu

SONUÇ

Epididim tüberküloz tanısı nadirdir, bu nedenle zor olabilir. Başlangıçta testis ağrısı ele gelen şişlik ile başvuru olabilir.Nadir görülen bir hastalık olmasına ve tanısının zor olmasına rağmen, izole epididim testiküler kitle ile başvuran olgularda ve antibiyotiğe yanıtsız epididimit olgularında ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir.

SB-105) ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI OLAN ERKEK HASTALARDA SEMPTOM SKORLARI VE MAKSİMUM İŞEME HIZININ GLOMERÜLER FİLTRASYON HIZI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) FATİH EKREN(1)

1. BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ
Uluslararası prostat semptomlarının (IPSS) ve maksimum işeme hızının (Qmax) glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ile korelasyon gösterebileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Fakat bu konuda literatürde fikir birliği bulunmamaktadır. Çalışmada IPSS ve Qmax'ın GFR ile olan korelasyonunu incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arası üroloji polikliniğine AÜSS nedeniyle başvuran hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışamaya dahil edilen 527 hastanın yaş ortalaması 64,44±8,98 idi. Hastaların Qmax, total işenen hacım, ölçülen residü idrar (PVR) hacmi, IPSS, GFR, PSA değerleri ve ultrason yardımıyla ölçülen prostat hacimleri tablo 1'de gösterilmiştir. IPSS'e göre hastaların gruplandırılması ve değerleri tablo 2'de belirtilmiştir. Qmax ve IPSS arasında orta derecede güçlü, negatif ve istatiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($r = -0.518$, $p < 0.01$). IPSS ve GFR arasında zayıf derecede güçlü , negatif ve istatiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($r = -0.158$, $p < 0.01$). Prostat hacmi ve GFR arasında zayıf derecede güçlü, negatif ve istatiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi (r:-0,158,p:<0,01). PVR ve GFR arasında zayıf derecede güçlü, negatif ve istatiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi (r:-0,136,p<0,01). Qmax ve GFR arasında zayıf derecede güçlü, pozitif ve istatiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($r = 0.294$, $p < 0.01$).

SONUÇ
Çalışmada Qmax ve GFR arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunduğu ortaya konmuştur. IPSS ve GFR arasında ise anlamlı negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu ilişkiyi doğrulamak için prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo 1: Hastaların Qmax, total işenen hacim,PVR, IPSS, GFR, PSA ve prostat hacimleri

	Ortanca	**Minimum**	**Maksimum**
Qmax	12 ml/sn	2 ml/sn	45ml/sn
Total işenen hacim	224 ml	131 ml	1000 ml
PVR	35 ml	0 ml	450 ml
IPSS	18	5	34
GFR	91 ml/dak/1.73m^2	39 ml/dak/1.73m^2	121 ml/dak/1.73m^2
PSA	1,43 ng/ml	0,02 ng/ml	88,2 ng/ml
Prostat hacmi	40 ml	9 ml	174 ml

Tablo 2: IPSS'e göre hastaların gruplandırılması

IPSS	**Hafif Semptomatik (0-7)**	**Orta Semptomatik (8-19)**	**Şiddetli Semptomatik (20-35)**
N:527	18 (%3,4)	256 (%48,6)	256 (%48)
Qmax (min-max)	18,5 (8-42) ml/sn	16(5-45) ml/sn	10 (2-35) ml/sn
Prostat hacmi (min-max)	35 (9-78) ml	39,5 (12-142) ml	45 (14-174) ml
GFR (min-max)	98 (43-121) ml/dak/1.73m^2	93 (43-121) ml/dak/1.73m^2	87 (39-121) ml/dak/1.73m^2

SB-106) PT3-T4 MESANE KANSERLİ HASTALARDA AÇIK VS LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOGAN(1) İ.ONDER YILMAZ(1) GÜRKAN ARIKAN(1)
ANIL ELDEMİR(1) VOLKAN İZOL(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada, pT3-T4 mesane kanserli hastalarda açık veya laparoskopik teknikle uygulanan radikal sistektominin sonuçları karşılaştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde, 2011–2019 arasında mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan 146 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Masif hematüri, palyatif cerrahi ve komşu organ malignitesi invazyonu nedeniyle sistektomi yapılan ve 60 aydan az takip süresi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar, demografik parametreler, perioperatif ve postoperatif bulgular ve beş yıllık sağ kalım oranları açısından açık ve laparoskopik olarak iki grupta karşılaştırıldı. (Tablo 1).

BULGULAR
Çalışmaya 38'i (%82,6) erkek ve 8'i (%17,4) kadın 46 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 63,41 ± 8,6 (63,4-76) yıldı. 31 (%67,4) hastaya açık, 15 (%32,6)'ine lap radikal sistektomi uygulandı. İki hasta grubu arasında demografik veriler açısından anlamlı fark yoktu. Beş hastada perioperatif komplikasyon görülmüş olup, lap grupta dört (%27) hastada lenf nodu diseksiyonu sırasında vasküler yaralanma, açık cerrahi grubunda bir (%3) hastada kolon yaralanması oldu (p=0.016). Perioperatif komplikasyon oranları lap grupta %27, açık cerrahi grubunda %3 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.016). Lap grupta ortalama 29,57 ± 27,6 lenf nodu çıkarılmışken, açık grupta 20,56 ± 9 çıkarıldı (p=0.033). Postoperatif komplikasyonlar açık cerrahi grubunda daha fazla olup, Tablo-2'de özetlenmiştir.Lap grupta bağırsak motilitesinin başlama süresi 62,60 ± 4,9 saat, açık ameliyat grubunda 26,19 ± 2,5 saat idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Cerrahi sınır pozitifliği olan dört hasta 4,9 ± 0,99 ay içinde exitus olup, beş yıllık sağ kalım açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Metastatik lenf nodu oranları lap grupta %15, açık grupta %11 olup, bu fark anlamlı değildi (p=0.55).Adjuvan KT alan hastaların 11 tanesi (%39) lap sistektomi grubundayken; 17 hasta (%61) açık sistektomi grubundaydı. Hastaların açık ve lap grup ve pT ilişkisi Tablo 4'te gösterilmiştir.

SONUÇ
Bu çalışma, pT3-T4 mesane kanseri hastalarında açık ve laparoskopik radikal sistektominin benzer sonuçlar vermekte olup, tecrübeli kliniklerde laparoskopik yöntem güvenle uygulanabilir.

TABLO : Postoperatif Komplikasyon	Lap Sistektomi n(%)	Açık Sistektomi n(%)	Clavien-Dindo	-	TABLO 3: ÇIKARILAN LENF NODU SAYISI	OPERASYON	N	ORTALAMA LN SAYISI/ORANI	p
İnsizyonel herni	0(%0)	1(%7.6)	3B	-	ÇIKARILAN LN SAYSI	LAP	15	29,57 ± 27,6	0,033
Bağırsak Anastomoz kaçağı	0(%0)	1(%7.6)	4	-	-	AÇIK	31	20,56 ± 9	0,033
İleus	2(%15.3)	1(%7.6)	2	-	METASTATİK LN ORANI	LAP	15	%15 ± 22	0,550
Yara yeri enfeksiyonu (Açık yara)	1(%7.6)	0(%0)	3B	-	-	AÇIK	31	%11 ± 20	0,550

TABLO : Postoperatif Komplikasyon	Lap Sistektomi n(%)	Açık Sistektomi n(%)	Clavien-Dindo	-	TABLO 3: ÇIKARILAN LENF NODU SAYISI	OPERASYON	N	ORTALAMA LN SAYISI/ORANI	p
Yara yeri enfeksiyonu (Yarada uzamış ıslatma)	1(%7.6)	3(%23.1)	3A	-	-	-	-	-	-
Plevral Effüzyon	0(%0)	1(%7.6)	4	-	-	-	-	-	-

TABLO 2

TABLO 1	AMELİYAT TÜRÜ	N	ORTALAMA / ORAN	p DEĞERİ
CİNSİYET	LAP	15	Erkek: %87	,623
	AÇIK	31	Erkek: %81	
YAŞ	LAP	15	63,1 ± 9,7	,870
	AÇIK	31	63,6 ± 7,1	
BMI	LAP	15	27,1 ± 3,9	,933
	AÇIK	31	27 ± 4,5	
AÇIK BATIN CERRAHİ ÖYKÜSÜ	LAP	15	Var: %13	,470
	AÇIK	31	Var: %23	
PERİOPERATİF KOMPLİKASYON	LAP	15	Var: %27	,016
	AÇIK	31	Var: %3	
KANAMA (CC)	LAP	15	550 cc ± 432,2	,969
	AÇIK	31	543cc ± 595	
POSTOPERATİF KOMPLİKASYON	LAP	15	Var: %27	,433
	AÇIK	31	Var: %39	
POSTOPERATİF KAN TRANSFÜZYONU	LAP	15	0,33 U ± 0,62	,172
	AÇIK	31	0,87 U ± 1,43	
CERRAHİ SINIRLAR	LAP	15	Pozitif: %13	,449
	AÇIK	31	Pozitif: %6	
BEŞ YILLIK SAĞ KALIM	LAP	15	% 33	,730
	AÇIK	31	% 39	
ADJUVAN KT	LAP	15	% 73	,238
	AÇIK	31	% 55	

TABLO 2 ADJUVAN KT, PATOLOJİK EVRE VE AMELİYAT TÜRÜ - 5 YILLIK SAĞ KALIM				
ADJUVAN KT	AMELİYAT TÜRÜ	PATOLOJİK EVRE (T)	5 YILLIK SAĞ KALIM	N
YOK	LAP	3	% 100 ± 0	3
		4	% 0 ± 0	1
		TOPLAM	% 75 ± 50	4
	AÇIK	3	% 50 ± 53	10
		4	% 25 ± 50	4
		TOPLAM	% 43 ± 51	14
	TOPLAM	3	% 62 ± 50	13
		4	% 20 ± 45	5
		TOPLAM	% 50 ± 51	18
VAR	LAP	3	% 14 ± 38	7
		4	% 25 ± 50	4
		TOPLAM	% 18 ± 41	11
	AÇIK	3	% 36 ± 51	11
		4	% 33 ± 52	6
		TOPLAM	% 35 ± 49	17
	TOPLAM	3	% 28 ± 46	18
		4	% 30 ± 48	10
		TOPLAM	% 29 ± 46	28

SB-107) RIRS' TA SKOPİ GEREKLİ Mİ?

MAHMUT CAN KARABACAK(1) EYYÜP TEKİN(1) ERKAN ARAVACIK(1) OĞUZ TARHAN(1) MEHMET YOLDAŞ(1) ÖMER KORAŞ(1) YUSUF ARIKAN(1) ESAT KAAN AKBAY(1) MEHMET ZEYNEL KESKİN(1)

1. TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Retrograd intrarenal cerrahide (RIRS) floroskopi kullanımının gerekliliğini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Taş hastalığı nüfusun %1-20'sini etkilemektedir. Bilindiği üzere Türkiye taş kuşağı bölgesinde bulunmakta olup bu oran %15-20 arasındadır. Taşların görülme sıklığı coğrafi, iklimsel, etnik, beslenme ve genetik faktörlere bağlıdır. Minimal invaziv tekniklerin gelişmesiyle, taş cerrahileri şekil değiştirmiş ve çoğunlukla endoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Bilindiği üzere 2 cm'den büyük taşlara PNL önerılmekle birlikte gelişen teknolojiyle beraber 2 cm'den büyük taşlara da RIRS yapılabilmektedir. RIRS prosedürü uygulanırken rutin olarak kullanılan floroskopi; cerrahlar, hastalar ve ameliyathane personeli üzerinde bir radyasyon riski oluşturmaktadır. Radyasyon olmadan aynı başarıyı sağlayan prosedürleri tercih etmek bir gereklilik haline gelmiştir. Hastanemizde 2015-2022 yılları arasında RIRS yapılan 612 böbrek taşı hastasının verileri değerlendirildi. Eksik veri bulunan hastalar, RIRS ile ek prosedür (PNC vb.), anomalili böbrek , işlem öncesi şok dalga taş kırma (ESWL) geçiren hastalar ve işlem öncesi Double J stenti bulunan hastalar çalışmadan hariç tutuldu. Hastalar preoperatif olarak ve postop 4. haftada bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi, Postop BT'de 4 mm veya daha küçük kalıntı taşlar taşsız kabul edildi. Hastalar 2 gruba ayrıldı. Grup 1'de (n: 504) opak taşları olan hastalar ve grup 2'de (n: 108) floroskopi kullanmayan ve taşları opak olmayan hastalar yer aldı. Her iki grubun demografik verileri, taş verileri ve gelişen komplikasyonlar açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.Bu çalışmada, istatistiksel analizler SPSS (Sürüm 22,0, SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $P<0,05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Tablo 1 'de görüldüğü üzere iki grubun preoperatif yaş, cınsıyet, taşın yeri, taşın boyutu, taş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Tek fark grup 2' de nonopak taşlar bulunduğu için Hounsfield Unit (HU). Hastaların perop ve postop verileri tablo 2 'de belirtilmiş olup op süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar(Clavien-Dindo komplikasyon sınıflaması) ve taşsızlıkları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ
Çalışmamızın sınırlamaları retrospektif olması, bazı üreteral ve/veya böbrek anomalilerine sahip hastaların dâhil edilmemesi , prosedürlerin deneyimli ancak farklı cerrahlar tarafından tek merkezde gerçekleştirilmesi ve skopisiz grupta sadece nonopak taşı olan hastaların olması olarak sayılabilir. Sonuç olarak, RIRS'ın deneyimli ellerde floroskopi kullanılmadan, gelişmiş teknolojik sistemlerinin sağladığı destekle komplikasyon ve başarı oranlarını aynı seviyede tutarak yapılabileceğini gösterdik.

Table 1: Preoperative data of patients

		Group1(504)	Group 2(108)	P
age		43,11+-3,4	41,18+-3,7	0,45
sex	women	192 (29%)	32 (29%)	0,18
	men	312 (61%)	76(71%)	
Stono Size cm²		11,57+-2,6	11,43+-2,8	0,25
laterality	right	254 (%51)	58 (%57)	0,26
	left	250 (%49)	50 (%43)	
stone position				0,10
	Lower pole	139 (%27,5)	28 (%25,9)	0,13
	Middle pole	33 (%6,5)	18 (%7,4)	0,09
	upper pole	26 (%5,1)	9 (%8,3)	0,07
	pelvis	222 (%44,0)	43 (%39,8)	0,13
	More than one pole	84 (%16,6)	18 (%16,6)	0,10
number of stones				
	1	376 (%74,4)	78 (%72,2)	0,10
	2	98 (%19,3)	26 (%24)	
	3	18 (%3,3)	2 (%1,9)	
	4	11 (%2,0)	2 (%1,9)	
Stone Hİ		1047	684	0,001

Table 2: operative, Complicationsand stone -free data of the patients

		Group 1	Group 2	P value
Operation time (min.)		52.35 (+-13.16)	50.58 (+-12.56	0,28
Scopy time (sc.)		0	24,29	
Postoperative hospitalization (days)		1,16(+-0,24)	1,22(+-025)	0,11
Complications		27(%5,3)	6(%5,5)	0,17
Degree 1-2	Use of antiemetics, antipyretics, analgesics etc.	14(%2,7)	2(%0,2)	0,19
	Fever	3(%0,5)	1(%0,9)	0,15
Degree 3a	Hematoma, ürinoma	1(%0,2)	0	
	low grade ureteral injury	2(%0,4)	1(%0,9)	0,09
	Nephrostomy insertion	1(%0,2)	1(%0,9)	0,08
	Installing post op djs	1(%0,2)	0	1,00
Degree 3b	Urs again (due to ureteral stone)	1(%0,2)	0	1,00
	Foreign body in the ureter (guide wire)	1(%0,2)	0	1,00
Degree 4	Intensive care follow-up due to sepsis	1(%0,2)	1(%0,9)	0,19
Degree 5	ex	1(%0,2)	0	
Stone free rate (SFR)		413(%82)	93(%86)	0,12

SB-108) ESWL'NİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNDE GEÇ DÖNEM ETKİLERİ

ERHAN ERDOĞAN(1) SEDAT CAN BİRİNCİ(1) NURİ OĞUZHAN SAĞLAM(1)
AHMET FATİH KANBEROĞLU(1)

1. SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Ekstrakorporeal şok dalga litotripsin (ESWL) uygulamasına bağlı iskemi-reperfüzyon hasarının akut ve kronik dönemde renal tübüler hasara neden olarak böbrek fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada amaç, böbrek taşı tedavisinde uygulanan ESWL'nin böbrek fonksiyonu üzerindeki geç dönem etkilerini belirlemekti.

GEREÇ-YÖNTEM
Haziran- Aralık 2023 tarihleri arasında, üroloji ESWL ünitesine müracaat eden, çalışma kriterlerine uygun ve kronik renal hastalığı olmayan böbrek taşı olan toplam 96 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 66'sı (%69) erkek, 30'u (%31) kadın ve hastaların yaş ortalaması 41 ± 10 idi. Tüm hastalara 1 haftalık aralıklarla toplam 3 seans ESWL uygulandı. Tüm hastaların operasyon öncesi bazal ve operasyon sonrası 3. aydaki serum BUN, kreatinin, CRP düzeyleri için kanları ve idrar kreatinin düzeyleri için 24 saatlik idrarları alındı. Standart kreatinin klirensi formülü ile 24 saatlik idrarda Kreatinin klirensi (Ccr-24) hesaplandı. Hastaların demografik özellikleri yanı sıra ESWL seanslarında uygulanan toplam şok dalga sayısı (TŞD) ve toplam enerji miktarı (TEM) kayıt altına alındı.

BULGULAR
ESWL uygulaması öncesi ve uygulama sonrası serum BUN, kreatinin ve CRP düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmazken [sırasıyla 28,2±9,0'e karşı 28,6±7,4 mg/dL, 0,83(0,40-2,70)'e karşı 0,84(0,47-1,88) mg/dL ve 3,0(0,1-79,0)'e karşı 3,0(0,1-70,5) mg/dL], postop Ccr-24 değeri preop değerinden istatistiksel olarak daha düşük saptandı (101,3±18,4'e karşı 97,6±18,8 mL/dk; p=0,0058). Ayrıca TŞD <8000 olan ve ?8000 olan hasta grupları arasında BUN, kreatinin, CRP ve Ccr-24 değerleri açısından fark yoktu (p>0,05).

SONUÇ
ESWL uygulamasının seans sayısı, TŞD ve TEM'den bağımsız olarak geç dönemde Ccr-24 ile hesaplanan glomerüler filtrasyon hızı (GFR)'nı düşürerek böbrek fonksiyonlarını etkileyebileceği saptandı.

SB-109) MESANE KANSERİNDE İDRAR SİTOLOJİSİNİN GÜNCEL ROLÜ

MEHMET ÇETİN(1) MURAT KARS (1) MUHAMMED HASAN TOPER(1) DENİZ FİLİNTE(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Transüretral mesane tümörü rezeksiyonu yapılan hastalarda idrar sitolojisinin kesin patolojiyi öngörmedeki etkinliğini gözlemlemek

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2019'dan Nisan 2022'ye kadar transüretral mesane tümörü rezeksiyonu yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. İdrar sitolojisi, sistoskopi sırasında ilk idrar örneğinin mesane yıkaması yoluyla elde edildi. Daha sonra, mesane tümörlerinin transüretral rezeksiyonu tamamlandı. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikleri kaydedildi. Mesane tümörü tespitinde idrar sitolojisinin tanısal doğruluğu, İdrar Sitolojisi Raporlama için Paris Sistemi (TPS) temel alınarak hesaplandı.

Ocak 2019 ile Nisan 2022 tarihleri arasında endoskopik mesane tümörü rezeksiyonu geçiren toplam 240 hasta dahil edildi. Grup, takip sistoskopilerinde tümör nüksü olan veya mesane kanseri başlangıç tanısı alan hastalardan oluşuyordu. Dışlama kriterleri arasında renal hücreli karsinom, prostat kanseri ve ürotelyal kanser dışında herhangi bir histolojik alt tip olan hastalar yer aldı. İki küçük hücreli mesane karsinomu ve dört prostat adenokarsinomu vakası dışlandı. Ayrıca, farklı histolojik kansere sahip (KLL/SLL, kolon adenokarsinomu ve leiomiyosarkom) 3 vaka da dahil edilmedi. İdrar sitolojisi sonuçlarına göre, hücresellik açısından yetersiz bulunan iki vaka da dışlandı. Sonuç olarak, ürotelyal patolojisi olan 229 hasta çalışma grubunu oluşturdu.

BULGULAR

Hastaların 193'ü (%84.28) erkek ve 36'sı (%15.72) kadındı. Erkek ve kadın hastalar için ortalama yaş sırasıyla 65.88±11.91 ve 68.12±10.95 idi.

İdrar sitolojileri TPS kriterlerine göre incelendiğinde hastaların %44.11'inde NHGUC, %27.31'inde LGUC, %13.86'sında HGUC, %6.72'sinde AUC ve %5.88'inde SHGUC saptandı.

TURM patolojileri incelendiğinde %23.75'inin benign olduğu, %27.91'inin Ta LG, %7.5'inin Ta HG, %1.2'sinin T1 LG, %17.91'inin T1 HG, %12.91'inin T2 HG ve %2.5'inin in situ karsinom (CIS), %2.5'inin ise fokal displazi olarak saptandığı görüldü.

Negatif idrar sitolojisi saptanan 105 hastanın TURM sonrası nihai patolojileri incelendiğinde 52 (%49,5) hastada benign, 31 (%29,5) hastada Ta LG, 4 (%3,8) hastada Ta HG, 4 (%3,8) hastada T1 HG, 6 (%5,7) olguda ise T2 HG patolojiler saptandığı görüldü.

Ürotelyal tümör varlığını saptamada idrar sitolojisinin genel etkinliği değerlendirildiğinde duyarlılık %72,89, özgüllük ise %90,47 olarak hesaplandı. (Tablo 4). Ayrıca mesane tümörü için idrar sitolojisinin pozitif prediktif değeri (PPV) ve negatif prediktif değeri (NPV) sırasıyla %95,27 ve %55,88 olarak hesaplandı.

SONUÇ

İdrar sitolojisi, ürotelyal karsinomlu hastaların primer tanı ve takibinde kullanılan noninvaziv bir tanı yöntemidir. Mevcut çalışmanın sonuçları, idrar sitolojisinin HG tümörlerini tespit etmede kabul edilebilir bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğunu, LG tümörleri için ise daha az duyarlı olduğunu doğrulamıştır. TPS'nin özellikle HG tümörlerinin tespitine odaklanarak tanı kriterlerini standartlaştırmasına ve üriner sitolojinin raporlama kalitesini ve klinik kullanımını geliştirmesine rağmen; Mesane kanserli hastaların tanı ve takibinde sitolojinin sistoskopinin yerini almasına yönelik yeterli veri bulunmamaktadır.

Table 4. Evaluation of cytology parameters in predicting final pathology

Cytology	**Final Pathology**			
	(+) *(Ta, T1,T2,CIS)*	(-) *(benign, dysplasia)*	Total	
(+) *(Atypical urothelial cells, Suspicious for HGUC, LGUC, HGUC)*	121	6	127	**PPV** 95.27%
(-) *(Negative for HGUC)*	45	57	102	**NPV** 55.88%
Total	166	63	229	
	Sensitivity 72.89%	**Specificity** 90.47%		

SB-110) YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN SUPİN POZİSYONDA UYGULANAN MİNYATÜRİZE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ, ÖĞRENME EĞRİSİ: İLK 75 VAKA SONUÇLARIMIZ.

ERALP KUBİLAY(1) OSMAN YANGIN(2)

1. YAKINDOĞU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ AD., LEFKOŞA-KKTC
2. DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, LEFKOŞA-KKTC

AMAÇ

Öğrenme eğrisindeki üroloji uzmanları için supin pozisyonda uygulanan mPCNL cerrahisinin etkinlik, güvenilirlik ve kazanılan tecrübenin sonuçlar üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kasım 2022-Temmuz 2024 tarihleri arasında böbrek taşı nedeniyle Yakındoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD. ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Üroloji Kliniğine başvuran ve EAU kılavuzlarına göre perkütan nefrolitotomi endikasyonu alan hastalar belirlendi. Galdakao-Valdivia Modifiye Supin pozisyonda PCNL yapılan 75 hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı pozisyonda yapılmış 3 standart PCNL hastası ve perioperatif nefrostomi kateteri takılan 2 hasta çalışmadan çıkarıldıktan sonra minyatürize PCNL yapılan ve perioeratif DJ stent uygulanan 70 hastanın demografik verileri, taş boyutu, yerleşimi, renal akses süresi, toplam cerrahi süre, floroskopi süresi, post operatif 6. saat ağrı skoru, Clavien-Dindo sınıflamasına göre komplikasyonlar ve cerrahi sonrası taşsızlık oranları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara operasyon öncesi düşük doz kontrastsız bilgisayarlı tomografi görüntülemesi yapıldı ve steril idrar kültürü görüldükten sonra cerrahiye alındı. Tüm hastalar 15-16.5 fr'e kadar dilate edildikten sonra 16-17,5fr metalik kılıflar yerleştirildi. Taşlar Holmium-YAG lazer ile fragmante edildi ve vacuum-cleaner etkisi ile dışarı alındı. Başarı, üreteral DJ stent çıkarılması sırasında yapılan düşük doz kontrastsız bilgisayarlı tomografide taşsızlık veya klinik önemsiz taş boyutu (3 mm ve altı) olması olarak tanımlandı. Takiplerde postoperatif BT incelemesini kabul etmeyen 6 hasta çalışmadan çıkarıldı. 64 hasta iki ayrı gruba ayrılarak ilk 32 vaka GRUP-1, 2. 32 vakalık grup ise GRUP-2 olarak adlandırıldı ve iki grup kendi aralarında da karşılaştırıldı. Buna ek olarak Endoskopik Kombine İntranrenal Cerrahi gereksinimi olan ve retrograd erişim sağlanan hastalar da subgrup olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 64 hastanın ortalama yaşı 47,5±11,4 yıl olarak bulundu. Ortalama hastanede kalış süresi ve üreteral DJ stent çekilme süresi sırasıyla 2,4?1,2 gün ve 2,5?1,1 hafta olarak bulundu. Ortalama taş boyutu 32±11 mm idi. Hastaların 7 (%10,9)'sinde Clavien-Dindo derece 2 ve 1 (%0,01)'inde derece 3 olmak üzere toplam 8 (%12,5) hastada komplikasyon görüldü. Ortalama hemoglobin düşüşü 1,8?0,8 g/dL olarak izlendi ve postoperatif 6. saat VAS ortalaması 6,1±1,7 olarak bulundu.

Hastaların izlem sonunda toplam taşsızlık oranı %82,8 olarak tespit edildi. İlk 32 vaka ve ikinci 32 vakanın gruplara ayrılmasının ardından yapılan analizde grupların pre-operatif parametreler açısından benzer olduğu görüldü. Renal akses süresi, skopi süresi ve taşsızlık oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde GRUP-2 lehine fark olduğu görüldü($p<0,05$). İki grup arasında toplam cerrahi süresi, komplikasyon oranları ve ağrı skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü($p>0,05$). Subgrup analizinde EKİRC uygulanan grubun taşsızlık oranlarının ve cerrahi süresinin uygulanmayan gruba göre istatiksel anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü($p<0,05$).

SONUÇ

Supin pozisyonda uygulanan mPCNL ve EKİRC yüksek taşsızlık ve kısa cerrahi süresi açısından etkin görünmekle birlikte, yeni başlayan üroloji uzmanları için biriken tecrübenin, etkinliği daha yüksek düzeylere getireceğini söylemek mümkündür.

SB-111) 2 CM ÜSTÜ BÖBREK TAŞLARINDA YENİ ESNEK ASPİRASYONLU ÜRETERAL ERİŞİM KILIFI (CLEARPETRA®) İLE YÜKSEK ENERJİLİ LASER KULLANILAN RETROGRAD INTRARENAL CERRAHİ İLE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ÖMER FARUK ÇAVDAR(1) RIFAT TEKELİ(1) İBRAHİM GÖKSOY(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Çalışmamızda 2 cm üstündeki taşların tedavisinde uygulanan yeni esnek aspirasyonlu üreteral erişim kılıfı ile yüksek enerjili laser kullanılan RIRC ve PNL yöntemlerinin etkinlik ve güvenilirliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2024 tarihinden itibaren 2 cm üstündeki böbrek taşlarına RIRC ve PNL yapılan 50 hasta dahil edildi. Nöromusküler hastalık öyküsü, doğuştan böbrek anomalileri, koagülopati, iskelet deformitesi, soliter böbrek, multikaliksiyel böbrek taşlarının olması ve <18 yaş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar 2 gruba ayrılarak (Birinci grup, 20 hasta: Yeni esnek aspirasyonlu erişim kılıfı (10-12 fr, ClearPetra®) kullanılarak yüksek enerjili laser (1.6 joule, 15 hertz holmium laser, JenaSurgical, Almanya) ile RIRC yapılan hastalar, ikinci grup, 30 hasta: PNL yapılan hastalar) prospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, kilo, boy, ek hastalık gibi demografik özellikleri, taş boyutu ve sayısı, taşın konumu ve sertlik derecesi gibi radyolojik verileri, peroperatif cerrahi süreleri, ayrıca postoperatif hastanede kalış süreleri, clavien sınıflamasına göre komplikasyonlar ve taşsızlık oranı gibi cerrahi verileri kaydedildi. Verilerin analizi için SPSS programı kullanıldı.

BULGULAR

Grupların demografik verileri ve taş özellikleri incelendiğinde hastalar arasında yaş, cinsiyet, taşın radyoopasitesi, taşın tarafı ve taş boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. 1. grupta taş sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Tablo 1). Clavien skorlama sistemine göre komplikasyonların alt grupları incelendiğinde Grup 1 de 1 hastada ateş ve 1 hastada taş yolu oluşurken, grup 2 de 1 hastada ağrı, 1 hastada transfüzyon ihtiyacı olmayan kanama ve 1 hastada üriner sistem enfeksiyonu kaydedildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Grup 1 de ameliyat süresi, floroskopi süresi ve hastanede kalış süresi grup 2 ye göre anlamlı olarak daha kısaydı. Grup 2 de taşsızlık oranı grup 1'e göre daha yüksekti. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Grup 1'e başarısız işlem sonrası 3 hastaya ek girişim olarak 2. seans RIRS uygulandı. Grup 2'ye başarısız işlem sonrası 1 hastaya ek girişim olarak RIRS uygulandı (Tablo 2).

SONUÇ

2 cm üstünde böbrek taşların tedavisinde halen PNL yöntemi ilk tercih olarak klavuzlarda yerini alsa da RIRC yöntemi yüksek enerjili laser ve aspirasyonlu üreteral erişim kılıfları ile beraber taş yükü fazla olan hastalarda PNL ye benzer şekilde güvenli ve etkin olarak kullanılabilir. Ancak daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği, daha homojen grupların olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Group 1 (n=20)	Group 2 n=30)	p
Yaş	46.5±7	50.2±7	0.6
Cinsiyet (male/female)	11/9	19/11	0.7
bmi	29.6	28.8	0.4
Radyoopak taş	16(%80)	24(%80)	0.5
Taşın tarafı Right/left	12/8	16/14	-
Taşın sayısı	2.7±0.7	2.2±0.6	<0.001
Taşın boyutu	26.5± 3	29±4	0.5
Opeasyon süresi	64±9	74±16	<0.001
Floroskopi süresi	0.75±1	4±2	<0.001
Hastanede kalış süresi	1.2±0.2	4±0.9	<0.001
Stone-free durumu	15(%75)	26(%86,6)	0.2
Komplikasyon oranı n (Clavien sınıflaması) (%)	2(%10)	3(%10)	0.2
Ek girişim, n (%)	3(%15)	1(%3,3)	-
-	-	-	-

Tablo 1

SB-112) KADINLARDA SAKROKOLPOPEKSİYLE EŞ ZAMANLI STRES TİPTE İDRAR KAÇIRMA CERRAHİSİ UYGULAMALARI ÖNCESİ ÜRODİNAMİ GEREKLİ MİDİR?

GÖKTUĞ KALENDER(1) BÜLENT ÇETİNEL(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) EMRE AKKUŞ(1) SİNHARİB ÇİTGEZ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, ameliyat öncesi invaziv ürodinamik değerlendirmenin abdominal sakrokolpopeksi (ASK) sırasında eşzamanlı Burch kolposüspansiyon (BK) ekleme kararı için yararlı olup olmadığını değerlendirmek ve ürodinamik stres tipte idrar kaçırmayı (ÜSTİK) öngörmek için ürodinami yerine invaziv olmayan bir tanı yöntemi olup olmadığını araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2009 ile Aralık 2022 tarihleri arasında ASK yapılan hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Kliniğimizde preoperatif ürodinamide ÜSTİK saptanan hastalara eş zamanlı BK eklenmiş, saptanmayanlara sadece ASK yapılmıştır. Ameliyat sonrası hasta memnuniyeti, ameliyat öncesi/sonrası STİK durumu iki grupta incelenmiştir. Tüm kohortta ÜSTİK varlığını öngörebilecek bağımsız parametreler belirlenmiştir.

BULGULAR
ASK ameliyatı yapılan 109 hastanın 53' ünde (%48,6) ameliyat öncesi ÜSTİK saptanmış ve eş zamanlı BK uygulanmıştır. 56 (%51,4) hastada ise ÜSTİK saptanmamış ve sadece ASK uygulanmıştır. Ortanca takip süresi 16 (IQR: 12-21) aydır. Gruplarda hastaların sırasıyla %92,5 ve %94,6'sı ameliyatlardan memnun kalmıştır ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 2). Ameliyat sonrası STİK durumu özellikle grup 1'de tüm değerlendirme parametrelerinde anlamlı olarak iyileşmiştir ($p<0,001$). Tüm kohortta ÜSTİK'i öngörebilecek parametreleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış ve prolapsus redüksiyonu ile yapılan PST (PSTr), ÜSTİK'i öngören en güçlü bağımsız değişken olarak saptanmıştır.

SONUÇ
Bu çalışma, ameliyat öncesi ÜSTİK saptandığında ASK ile eş zamanlı BK uygulanmasının olumlu cerrahi sonuçlar verdiğini ve PSTr' nin ameliyat öncesi ÜSTİK öngörüsü için en güçlü bağımsız parametre olduğunu göstermiştir. Prospektif ve randomize (özellikle ÜSTİK saptanan hastalarda ASK ile eş zamanlı BK eklenen ve eklenmeyen olarak) çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Hasta karakteristikleri ve muayene bulguları

	Tüm kohort (n=109)
Yaş (yıl)	63 (56,5-72)
Vajinal doğum sayısı	3 (2-4)
Vücut kitle indeksi	26,5 (24-30,4)
Diabetes mellitus	26 (23,9)
Postmenopozal durum	90 (82,6)
Geçirilmiş pelvik cerrahi	43 (39,4)
Ana başvuru yakınması (genel, %)*	
İdrar kaçırma	32 (29,4)
İşeme güçlüğü	40 (36,7)
Ele gelen kitle/dolgunluk hissi	14 (12,8)
Diğer	13 (11,9)
İdrar kaçırma varlığı	75 (68,8)
İdrar kaçırma tipi (genel, %)	
Stres	21 (19,3)
Sıkışma	23 (21,1)
Karışık	31 (28,4)
STİK varlığı	52 (47,7)
ICIQ-SF Skoru	12 (8-15)
Prolapsus lokalizasyonu (genel, %)*	
Anterior	82 (75,2)
Posterior	35 (32,1)
Apikal	109 (100)
Karışık	90 (82,6)
PSTr poizitfiliği	49 (44,9)
ÜSTİK varlığı	53 (48,6)
Takip süresi (ay)	16 (12-21)

Not: Veriler uygunluğuna göre ortanca (çeyrekler arası açıklık) veya sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Kısaltmalar: STİK, Stres tipte idrar kaçırma; AÜSS; Alt üriner sistem semptomları; ICIQ-SF, Uluslararası idrar kaçırma sorgulaması-kısa form; PSTr, Prolapsus redüksiyonu ile yapılan provokatif stres test; ÜSTİK, Ürodinamik Stres Tip İdrar Kaçırma.

Tablo 2. Perioperatif veriler ve postoperatif sonuçlar

	Gruplar		
	ÜSTİK saptanıp ASK + BK yapılan hastalar (n=53)	ÜSTİK saptanmayıp sadece ASK yapılan hastalar (n=56)	p değeri
Paravajinal onarım	29 (54,7)	30 (53,6)	1[b]
Operasyon sürei (dakika)	140 (130-150)	110 (100-120)	<0,001
Yaklaşık kan kaybı (ml)	160 (150-170)	120 (110-130)	<0,001
Hastanede kalış süresi (gün)	2 (2-2)	2 (1-2)	0,189
Preoperatif STİK varlığı	37 (69,8)	16 (28,6)	
Postoperatif STİK varlığı	10 (18,9)	9 (16,1)	
p değeri	<0,001[a]	0,071[a]	
De-novo STİK	2/16 (12,5)	4 /40 (10)	1[b]
Persisten STİK	8/37 (21,6)	4/16 (25)	
Preopereatif PSTr pozitifliği	43 (81,1)	6 (10,7)	
Postoperatif PST pozitifliği	8 (15,1)	4 (7,14)	
p değeri	<0,001[a]	0,625[a]	
De-novo PST pozitifliği	0/10 (0)	1/50 (2)	
Persisten PST pozitifliği	8/43 (18,6)	2/6 (3,3)	
Preoperatif aşırı aktif mesane semptomları	30 (56,6)	24 (42,9)	
Postoperatif aşırı aktif mesane semptomları	7 (13,2)	12 (21,4)	
p değeri	<0,001[a]	0,012[a]	
De-novo aşırı aktif mesane semptomları	3/23 (13,0)	4/32 (12,5)	1[b]
Persistent aşırı aktif mesane semptomları	4/30 (13,3)	8/24 (33,3)	
Preoperatif ICIQ-SF	12 (11-15)	11 (11-15)	
Postoperatif ICIQ-SF	3 (3-3)	3 (2-3)	
p değeri	<0,001[c]	<0,001[c]	
Erken postoperatif işeme güçlüğü	6 (11,3)	0 (0)	
Tekrar kontinans cerrahisi	3 (5,7)	0 (0)	
Prolapsus nüksü	2 (3,8)	3 (5,4)	
Cerrahi sonrası memnuniyet*			0,481[b]
Evet	49 (92,5)	53 (94,6)	
Hayır	4 (7,5)	3 (5,4)	

Not: Veriler uygunluğuna göre ortanca (çeyrekler arası açıklık) veya sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Kısaltmalar: ASK, Abdominal sakrokolpopeksi; BK, Burch Kolposüspansiyon; STİK, Stres Tip İdrar Kaçırma; PST, provokatif stres test; PSTr, prolapsus redüksiyonu ile yapılan provokatif stres test; ICIQ-SF, Uluslararası idrar kaçırma sorgulaması-kısa form. [a]:Mc-Nemar's Testi, [b]: Fischer's Exact Testi, [c]:Wilcoxon Testi, [d]: :Wilcoxon testi. *: "Geçirdiğiniz ameliyattan memnun kaldınız mı?" sorusuna evet ya da hayır cevabı alınarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3. ÜSTİK'i öngöreblecek bağımsız değişkenleri belirlemek için univaryant ve multivaryant analiz

	Univaryant analiz			Multivaryant analiz		
Değişkenler	Odds oranı	Güven Aralığı (%95)	p değeri	Odds oranı	Güven Aralığı (%95)	p değeri
Yaş (yıl)	1,044	1,007-1,082	0,019	1,035	0,977-1,098	0,244
Vücut kitle indeksi	1,204	1,089-1,330	<0,001	1,222	1,056-1,415	**0,007**
STİK varlığı	5,781	2,534-13,187	<0,001	1,109	0,286-4,300	0,881
PSTr pozitifliği	35,833	12,034-106,698	<0,001	37,036	9,013-152,186	**<0,001**

Kısaltmalar: ÜSTİK, Ürodinamik stres tipte idrar kaçırma; STİK, Stres tipte idrar kaçırma; PSTr, Prolapsus redüksiyonu ile yapılan provokatif stres test.

SB-113) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE 3 FARKLI TEK KULLANIMLIK CİHAZIN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ TEK CERRAH SONUÇLARI

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) SERKAN ŞERAMET(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomiye alternatif olarak Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRC) ana kılavuzlarda kendine yer edinmiştir. Günümüzde RIRC için ürologlar tek kullanımlık veya yeniden kullanılabilir cihazlar tercih etmektedirler. Yeniden kullanılabilir cihazların yüksek satın alma ve tamir ücretleri ile sterilizasyon maliyetleri, tek kullanımlık cihazlara doğru bir yönelim oluşturmuştur. Bu doğrultuda farklı firmalar benzer özelliklere sahip tek kullanımlık yeni cihazlar üretmişlerdir. Her seferinde tek kullanımlık bir skop kullanmak, kaliteli dijital görüşe ve fonksiyonel iki yönlü defleksiyona sahip, fiberoptik veya dijital skoplardan ergonomik olarak çok daha hafif ve hastane enfeksiyonu riskini en aza indiren steril skop elde etmenin avantajlarını sağlar. Literatürde tek kullanımlık skopların yeniden kullanılabilir cihazlara göre daha düşük enfeksiyon ve yüksek taşsızlık oranına sahip olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ancak tek kullanımlık skoplardan farklı markaların sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, aynı klinikte tek cerrah tarafından operasyon sırasında aynı şekilde kullanılan 3 farklı marka tek kullanımlık cihazın sonuçlarını karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında, aynı merkezde (ÇDH), tek cerrah (MFŞ) tarafından benzer operasyon yöntemleri ile opere edilen toplam 187 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu operasyonlarda toplam 3 farklı markanın (9.2 Fr Pusen®, Çin; 9.0 Fr Hugemed®, Çin ve 8.7 Fr Redpine®, Çin) tek kullanımlık cihazı kullanıldı. 18 yaş altı hastalar, böbrek anomalisi olan, soliter böbreği bulunan ve hamile olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Her hastaya double J stent yerleştirilerek cerrahi sonlandırıldı ve postoperatif 3. hafta double J stentleri çekildi. Postoperatif 4. haftada kontrastsız abdominopelvik tomografi ile taşsızlık oranları tespit edildi ve taşsızlık tomografik incelemede <4mm rezidüel taş varlığı olarak tanımlandı ve taşsızlık oranı 3 grupta incelendi. Her iki grup için de demografik ve klinik veriler, taş özellikleri, operasyon verileri, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar (ateş ve idrar yolu enfeksiyonu dahil), hastanede kalış süresi ve taşsızlık oranları (SFR) karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmada Mart 2022 ile Aralık 2023 tarihleri arasında opere edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. 3 farklı marka cihaz ile sırasıyla 62, 62 ve 63 vaka yapıldı. Gruplar arasında demografik olarak, operasyon verileri ve taş özellikleri açısından, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve taşsızlık oranı ile ikinci girişim oranı açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. (Tablo 1)

SONUÇ

Aktif kullanılmakta olan 3 farklı marka tek kullanımlık fleksible üreteroskopi cihazları arasında cerrahi sonuçlar ve komplikasyon riski açısından fark bulunmamıştır. Mevcut imkanlar dahilinde tercih edilecek her 3 marka cihaz da güvenle kullanılabilir.

SB-114) RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI KANSER EVRESİNİN YÜKSELMESİ VE SONUÇLARA ETKİSİ

GÜRKAN ARIKAN(1) İ.ONDER YILMAZ(1) ANIL ELDEMİR(1) VOLKAN İZOL(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ
Literatürde klinik evreleme ile nihai patolojik evreleme arasında uyumsuzluklar bildirilmiştir. Bu çalışmada, cT2 mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi uygulanan, nihai histopatolojik incelemesinde evre yükselmesi görülen hastalar değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM
2011 – 2019 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde radikal sistektomi yapılan 146 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yapılan kontrastlı CT/MR ve/veya PET-CT görüntülemelerinde cT2 olan, primer TUR-Mesane patolojisi T2 olan ve radikal sistektomi yapılıp histopatolojik incelemesinde evre yükselmesi saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Masif hematüri, palyatif ve komşu organ malignitesi invazyonu nedeni ile sistektomi yapılan ve 60 aydan az takip süresi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, operasyonel ve onkolojik sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR
cT2 hastalık nedeniyle sistektomi yapılan 95 hastanın, çalışma dışı bırakma kriterleri uygulandıktan sonra 32'si (%82,1) erkek, 7'si (%17,9) kadın olmak üzere 39'u dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 63,8 ± 8,6 (63,8 - 85) yıldı. Bu hastalardan 27'sinin (%69,2) patolojik evresi T3, 12'sinin (%30,8) de T4 olarak saptandı. pT3 olan hastalarda beş yıllık sağ kalım oranı % 40,7 iken, pT4 hastalarda sağ kalım oranının %33,3 olduğu görülmüştür. 39 hastanın 19'unda (%48,7) lenf nodu pozitifliği saptanmıştır. Bu hastaların 12 (63,1) tanesi pT3 , 7 (%36,9) tanesi pT4'tü.Beş yıllık sağ kalım oranları değerlendirildiğinde upgrade olan tüm hastaların sağ kalım oranları %38,4 iken nihai histopatolojik evresi T3 olan 27 hastanın beş yıllık sağ kalım oranı %40,7; T4 olarak evrelenen 12 hastanın beş yıllık sağ kalım oranı %33,3 olarak saptandı. Upgrade gerçekleştikten sonra nihai patolojinin T3 veya T4 olmasının, beş yıllık sağkalım ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p = 0,188).

Radikal sistektomi sonrasında adjuvan kemoterapi ile beş yıllık sağ kalım durumu değerlendirildiğinde adjuvan kemoterapi alan 24 (%61.5) hastanın sağ kalım oranı %33,3 olarak görülürken; adjuvan kemoterapi almayan 15 (%38.5) hastanın sağ kalım oranı %46,6 olarak görülmüştür. İstatistiksel olarak, adjuvan kemoterapi ile beş yıllık sağ kalım arasında anlamlı bir korelasyon sağlanamamıştır (p = 0,676).Metastatik L.N./ çıkarılan L.N. oranları arttıkça beş yıllık sağ kalımda azalma görüldü ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi (p = 0,604).

SONUÇ
Radikal sistektomi sonrası histopatolojik incelemelerde upgrade görülmekte olup preoperatif evreleme, nihai patolojinin öngördürücüsü olmayabilir

EVRE - 5 YILLIK SAĞ KALIM (p = 0,188)	-	5 YILLIK SAĞ KALIMVAR	5 YILLIK SAĞ KALIMYOK	TOPLAM	_	METASTATİK LENF NODU ORANI – 5 YILLIK SAĞ KALIM (p = 0,604)	METASTATİK LENF NODU ORANI	_ _	EVRE	3
16	11	27	-	5 YILLIK SAĞ KALIM	-	-	-	4	8	4
12	-	VAR	% 8,96 ± 16,9	-	TOPLAM	-	24	15	39	-
YOK	% 12,42 ± 20,6	-	-	-	-	-	-	-	TOPLAM ORTALAMA	% 11,09 ± 19,1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-			

SB-115) VEZİKOÜRETERAL REFLÜ VEYA ÜRİNER TAŞ HASTALIĞI SEBEBİYLE CERRAHİ GEÇİRMİŞ ÇOCUK VE ADOLESANLARDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA

BERK HAZIR(1) MÜJDAT AYVA(1) MERVE KAŞIKÇI(2) HALİME TUNA ÇAK(3)
SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI, ANKARA
3. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

AMAÇ
Günümüzde minimal invaziv tedavilerin yaşam kalitesi (YK) açısından majör cerrahilere üstünlüğü olduğu kabul edilmektedir. Çocuk ürolojisinde bununla ilgili detaylı araştırma eksikliği mevcuttur. Bunun doğrulanması için ise tanıya göre homojen dağılım gösteren hasta gruplarına sahip, uzun dönem YK'yı (UDYK) inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Biz üriner taş hastalığı ve vezikoüreteral reflü (VUR) hastalığında en sık kullanılan bir minimal invaziv ve bir majör cerrahiyi postoperatif uzun dönem yaşam kalitesi açısından karşılaştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu retrospektif kohort çalışma, Ocak 2016 – Aralık 2019 tarihleri arasında üriner taş veya VUR hastalığı sebebiyle elektif cerrahi geçirmiş 170 çocuk ve adolesan (4-18 yaş)'a ait veriler esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu hastalar analiz için iki gruba ayrılmıştır: Üriner taş (55 hasta) (Retrograd intrarenal cerrahi/Üreterorenoskopi'ye karşı Perkütan nefrolitotomi) ve VUR (115 hasta) (Endoskopik subüreteral enjeksiyon'a karşı Ureteroneosistostomi). Tüm hastalara ebeveynleri ile birlikte, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) cerrahiden sonraki 2 ile 6 yıl arasında uzaktan doldurtuldu (median 49 ay). Konjenital veya eşlik eden hastalıkları olanlar çalışmadan dışlandı.

BULGULAR
Her iki grupta da farklı cerrahi tipe maruz kalan çocuklar ÇİYKÖ'nün tüm alanlarında benzer skorlara sahipti. Lineer regresyon analizi, cerrahi tipin, hastanede kalış süresinin, geçirilmiş cerrahi varlığının ve hastanın ölçeği doldurduğu yaşın ameliyat sonrası UDYK ile ilişkili olmadığını gösterdi. Bununla birlikte, VUR hasta grubunda, yüksek postoperatif yaşam kalitesi skoru için tek öngörücü değişken annenin yüksek eğitim seviyesine sahip olmasıydı (Est: 10.89; 95% CI: ta1.54 – 20.23; p= 0.023).

SONUÇ
Daha minimal invaziv cerrahilerin tercih edilmesi pediatrik ürologlara postoperatif UDYK açısından kayda değer bir avantaj kazandırmamaktadır.

SB-116) ÖZEL SEKTÖR VE DEVLET BÜNYESİNDEKİ HASTANELERDE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ UYGULANAN HASTA PROFİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU ANALİZİ

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) MURAT AKGÜL(2) HAKAN ÇAKIR(3) OKTAY ÖZMAN(4)
ÖNDER ÇINAR(5) BİLAL TUNA(6) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(7) KEREM TEKE(8)
CEM BAŞATAÇ(9) DUYGU SIDDIKOĞLU(10) CENK MURAT YAZICI(1)
EYÜP BURAK SANCAK(10) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(11) HALUK AKPINAR(9)
BÜLENT ÖNAL(7)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
2. ÜMRANİYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. FULYA ACIBADEM HASTANESİ
4. MEMORİAL SAĞLIK GRUBU
5. MEDİCANA SAMSUN HASTANESİ
6. MASLAK ACIBADEM HASTANESİ
7. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
8. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
9. FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
11. ESKİŞEHİR ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Retrograd İntrarenal cerrahi (RIRC), ülkemizde özel sektör ve 2. basamak da dahil olmak üzere birçok devlet bünyesinde yer alan hastanede sıklıkla uygulanmaktadır. Bu merkezlere cerrahi için başvuran hasta profilinde farklılıklar olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, özel sektör ve devlet bünyesinde RIRC uygulanan hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

2017-2024 yılları arasında RIRC uygulanan hastalar RIRSearch veri tabanından retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar başvurdukları merkezlere göre 2 gruba ayrıldı. Demografik (yaş, cinsiyet, VKİ, Charlson komorbidite indeksi) ve klinik (operasyon tarafı, ESL hikayesi, DJS durumu, preoperatif ve postoperatif kreatinin, taş lokasyonu, taş dansitesi, taş hacmi, operasyon ve hospitalizasyon süresi, üreteral erişim kılıfı durumu) özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 1956 hasta dahil edildi. Özel sektör olarak 3 merkezden toplam 376 hasta, devlet bünyesindeki 4 hastaneden ise 1580 hasta analizi yapıldı. Devlet hastanelerine başvuran hastaların ortalama yaşlarının özel sektör hastalarına göre daha yüksek olduğu görüldü (p=0.013). Devlet hastanelerinde ESL uygulama oranının (p=0.001) ve preoperatif DJS takılma oranının (p=0.047) özel sektöre daha göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 1). Devlet hastanesinde yapılan operasyonlardaki taş hacimlerinin daha fazla (p=0.032), operasyon (p=0.001) ve hospitalizasyon sürelerinin (p=0.001) de özel sektördeki operasyonlara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 2).

SONUÇ

Devlet hastanelerinde ve özel sektördeki RIRC operasyonları; uygulanan cerrahi yöntemler ve kullanılan ekipman benzer olabilse bile; başvuran hasta ve operasyon özellikleri açısından farklılıklar gösterebilmektedir.

	Özel Sektör	Devlet Bünyesindeki Hastane	p değeri
Hasta Sayısı	376	1580	
Merkez Sayısı	3	4	
Yaş (ortalama ± SS)	44.0 ± 13.7	47.7 ± 14.9	**0.013**
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	230 (%61,2)	962 (%60,9)	0.127
Kadın	146 (%38,8)	618 (%39,1)	
VKİ (kg/m^2) (ortalama ± SS)	27.6 ± 4.1	27.1 ± 4.1	0.543
ESL Öyküsü (n, %)			
Var	66 (%17,6)	422 (%26,7)	**0.001**
Yok	310 (%82,4)	1158 (%73,3)	
Preop JJ Stent (n, %)			
Var	76 (%20,2)	601 (%38,0)	**0.047**
Yok	300 (%79,8)	979 (%62,0)	
CCI			
0-1	222 (%59,0)	794 (%50,3)	0.909
≥2	154 (%41,0)	786 (%49,7)	

Tablo 1. Demografik verilerin karşılaştırılması

	Özel Sektör	Devlet Bünyesindeki Hastane	p değeri
Taraf			
Sağ	188 (%50,0)	804 (%50,9)	0.577
Sol	188 (%50,0)	776 (%49,1)	
Preoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.95 ± 0.32	0.85 ± 0.33	0.089
Taş Lokasyonu (n, %)			
Üst Pol	19 (%5,1)	37 (%2,3)	
Orta Zon	28 (%7,4)	96 (%6,1)	
Alt Pol	60 (%16,0)	298 (%18,9)	
Renal Pelvis	45 (%11,9)	404 (%25,6)	
Üst Üreter	75 (%20,0)	402 (%25,4)	
Multipl Lokasyon	149 (%39,6)	343 (%21,7)	
Taş Dansitesi (HU) (ortalama ± SS)	867.9 ± 324.4	1057. 8 ± 330.6	0.086
Multipl Taş (n, %)			
Var	156 (%41,5)	400 (%25,3)	0.098
Yok	220 (%58,5)	1180 (%74,7)	
Taş Hacmi (mm^3) (ortalama ± SS)	723.6 ± 436.2	968.5 ± 393.1	**0.032**
Operasyon Süresi (dk) (ortalama ± SS)	56.5 ± 28.2	67.6 ± 28.1	**0.001**
Üreteral Erişim Kılıfı Çeşidi (n, %)			
Yok	167 (%44,4)	175 (%11,1)	
9.5-11.5 Fr	26 (%6,9)	63 (%4,0)	
10-12 Fr	25 (%6,6)	1173 (%74,2)	
11-13 Fr	14 (%3,7)	145 (%9,2)	
12-14 Fr	135 (%36,0)	15 (%0,9)	
13-15 Fr	9 (%2,4)	9 (%0,6)	
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	1.1 ± 0.9	1.7 ± 1.4	**0.001**
Postoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0.96 ± 0.33	0.92 ± 0.33	0.054

Tablo 2. Klinik verilerin karşılaştırılması

SB-117) 2 CM'DEN BÜYÜK ÜST KALİKS TAŞI OLAN HASTALARDA MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ Mİ YOKSA FLEKSİBLE ÜRETEROSKOPİ Mİ DAHA ETKİN?

BUĞRA AKSAY(1) KADİR KARKİN(1) EDİZ VURUŞKAN(1) YUSUF ENES KÖK(1)
ERGÜN ALMA(1) HAKAN ERÇİL(1)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada, >2 cm üst kaliks taşlarının tedavisinde FURSL ve mini-PNL'nin sonuçlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Üst kaliks taşı nedeniyle FURSL ve mini-PNL cerrahisi yapılan 148 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Üst kaliks yerleşimli, 2-4 cm çapında değişen, tek veya multipl böbrek taşları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ameliyat öncesi rutin kan, idrar, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, kan biyokimyası ve idrar kültürü tetkikleri yapıldı. İdrar yolu enfeksiyonu olanlar uygun antibiyotiklerle tedavi edildi. Böbrek toplayıcı sistem anatomisini, toplam taş yükünü (taşların kümülatif çapı), taşların lokalizasyonunu, divertikül içerisinde veya böbrek parankimine gömülü olup olmadığını belirlemek için tüm hastalara ameliyattan önce bilgisayarlı tomografi (BT) yapıldı. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 FURSL yapılan 73 hastadan oluşurken, Grup 2 Mini-PNL yapılan 75 hastadan oluşmaktaydı. Ameliyatlardan bir ay sonra kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve taşsızlık durumu değerlendirildi. Taşsızlık durumu, rezidüel taş olmaması ve ?4 mm rezidüel fragmanların olması olarak tanımlandı.

BULGULAR
FURSL grubunda 73 ve mini-PNL grubunda 75 hasta vardı. Gruplar arasında klinik, demografik ve taş parametreleri açısından istatiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ortalama ameliyat süresi FURSL grubunda 72,5±15,3 dk olup mini-PNL grubuna göre anlamlı olarak daha kısaydı (89,7±14,6 dk, p<0,001). Ortalama hemoglobin düşüşü FURSL grubunda daha azdı (1,1'e karşı 3,4 g/L, p<0,001). FURSL grubunda hastanede kalış süresi daha kısaydı (1,2'e karşı 2,1 gün, p<0.001). Taş analizi sonuçlarında iki hasta grubu arasında anlamlı bir fark yoktu. Total komplikasyon oranı FURSL grubunda düşük bulunmasına rağmen gruplar arasında istatiksel anlamlı fark yoktu (%12,3'e karşı %21,3 p=0,199). Taşsızlık (SFR) durumu açısından da gruplar arasında istatiksel anlamlı fark bulunamadı (FURSL grubunda SFR %83,6, mini-PNL grubunda ise %91,3 p=0,461).

SONUÇ
FURSL, >2 cm üst kaliks taşlarının cerrahi tedavisinde seçilmiş hastalarda daha az komplikasyon oranlarıyla mini-PNL'ye alternatif bir tedavi olarak önerilebilir.

SB-118) RENAL ENFARKT HASTALARININ UZUN DÖNEM TAKİBİ

AHMET MERVAN ARSLAN(1) ERAY HASIRCI(1) ENIS KERVANCIOGLU(1) ERMAN CEYHAN(1)

1. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ

AMAÇ
Renal enfarkt hastalarının tanı ve tedavilerinin gecikmesi renal fonksiyonlarının kalıcı kaybı ile sonuçlanabilir. Bu çalışmada renal enfarkt sonrası hastaların takip süreçlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya 2013-2023 tarihleri arasında bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen ve renal enfarkt tanısı konan 25 hasta dahil edildi. Bu hastaların tanı öncesi, tanı anı ve sonrası (1.,6.,12. ay) kan değerleri ve BT bulguları kaydedildi.

BULGULAR
Hastaların yaş ortalaması 65,7?16'ydı. Tanı anı kreatinin değerleri ile hastaların yaşı arasında pozitif korelasyon vardı ($p<0,05$ ve $r=0,483$). Hastaların %72'sinin (18/25) acile başvurarak, %28'inin (7/25) servis yatışı sırasında tanı aldığı görüldü. Acile başvuran hastaların %88,9'unda (16/18) yan ağrısı şikayeti varken servis yatışında renal enfarkt tanısı alan hastaların %42,9'unda (3/7) yan ağrısı şikâyeti vardı. Acilde tanı alan hastaların %66,7'si (12/18) ürolojiye, %27,8'i (5/18) nefrolojiye, %38,9'u (7/18) KVC'ye danışılıp %11,1'i (2/18) herhangi bir bölüme danışılmamıştı. Hastaların %36'sında (9/25) diyabet, %40'ında (10/25) hipertansiyon, %36'sında (9/25) kardiyak aritmi öyküsü vardı. Hastaların %48'i (12/25) tanı anında antikoagülan tedavi alıyordu. Hastaların tanı anındaki kreatinin değerleri incelendiğinde mevcut antikoagülan kullanımı olan hastalar ile kullanmayan hastalar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,810$). Hastaların %60'ına (15/25) tedavi olarak enoksaparin verilmişti. Hastaların %36'sında (9/25) bilateral tutulum vardı. Unilateral tutulumu olan hastaların %12,5'inde (2/16) üst, %18,75'inde (3/16) orta, %18,75'inde (3/16) üst ve orta, %6,25'inde (1/16) orta ve alt, %43,75'inde (3/16) ise üst, orta ve alt polde tutulum vardı LDH hastaların %86,7'sinde (13/15) yüksekti. Tanı anında hastaların %40'ında (10/25) hematüri vardı. Tanı anında hematüri varlığı ile enfarkt bölgesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,421$). Hastaların enfarkt sonrası takipleri incelendiğinde; %8,3'ünün (1/12) KVC, %8,3'ünün (1/12) üroloji ve KVC, %8,3'ünün (1/12) nefroloji ve KVC, %16,7'sinin (2/12) üroloji, %58,3'ünün (7/12) nefroloji tarafından takip edilmiş olduğu görüldü. Hastaların %20'sinde (5/25) kontrol BT çekilmiş olduğu ve bunların %40'ında (2/5) enfarktın kaybolduğu görüldü. Hastaların %36'sında (9/25) etiyoloji olarak kardiyak aritmi düşünülürken, %4'ünde (1/25) vaskülit ve %4'ünde (1/25) iyatrojenik sebep düşünüldü. Hastaların kreatinin değerlerin incelendiğinde tanı anındaki kreatinin ile 1. ay, 6. ay ve 12. aydaki kreatinin değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,589$) ancak tanı öncesi kreatinin değerleri ile tanı anı, 1. ay, 6. ay ve 12. aydaki değerler arası anlamlı fark vardı ($p<0,05$) (Tablo). GFR için ise tanı öncesi değerler ile tanı anı arasındaki değerler arasında anlamlı fark yokken ($p=0.222$); tanı öncesi GFR ile 1. ay, 6. ay ve 12. aydaki değerler arasında anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

SONUÇ
Renal enfarkt hastalarının sıklıkla acilde tanı ve tedavi alıp sonrasında belli bir bölüm tarafından üstlenilmediği için takiplerinin aksayabildiği görüldü. Renal enfarkt ile gelen hastaların tanı anındaki renal fonksiyonları enfarkt sonrası renal fonksiyonları ile benzerlik göstermektedir.

Tablo: Hastalığın dönemlerine göre kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) değerleri

	Kreatinin (mg/dL) Ort ± SD	GFR Ort ± SD
Tanı öncesi son	1,01±0,7	81,88±27,43
Tanı anındaki	1,34±1,2	67,72±29,71
1. ay	1,45±1,38	68,16±30,2
6. ay	1,43±1,07	66,53±30,85
12. ay	1,44±1,33	66,08±27,4

SB-119) FOURNİER GANGRENİ YÖNETİMİNDE ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR MERKEZDE İLK İKİ YILDAKİ DENEYİMLERİMİZ VE MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÇAĞRI AKPINAR(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) FURKAN ÇAPAR(1) SAMET KIPIK(1)
HİLMİ SARI(1) METİN YIĞMAN(1) AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)
AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Fournier gangreni (FG) düşük görülme sıklığı, yüksek mortalite riski ve kötü prognostik seyri dikkate alındığında, hastalığın klinik özellikleri ve doğru tedavi yönetimi oldukça önemlidir. Biz bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık merkezinde ilk iki yılda kliniğimize başvuran tüm FG hastalarının demografik, klinik ve cerrahi verilerini analiz etmeyi ve tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Kasım 2022 – Haziran 2024 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen 47 FG tanılı hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, ek hastalık, predispozan faktörler, debritman sayısı, hastanede kalış süresi, mortalite oranı ve rekonstrüktif verileri ile birlikte tanı anındaki tam kan sayımı (WBC), C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin gibi serum inflamasyon göstergeleri not edildi. Klinik, biyokimyasal ve hastalık tabanlı faktörlerin mortalite riski ile ilişkisi değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmaya alınan 47 hastanın median yaşı 60 (55-72) olup 46'sı (%98) erkekti. Hastaların 35'inde (%74.5) DM tanısı mevcut olup en sık komorbidite idi. Median hospitilizasyon süresi 25 (14-52) gün, anestezi altında median debritman sayısı 3 (1-11) ve mortalite oranı %22.3 idi. (Tablo 1). Mortalite grubundaki hastalarda daha yüksek yaş (p=0.03), daha yüksek prokalsitonin değeri (p=0,002), daha düşük hospitilizasyon süresi (p=0.033) mevcuttu. Değerlendirilen diğer klinik yada biyokimyasal diğer parametrelerde iki grup arasında mortalite açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1)

SONUÇ
Fournier gangreni önemli mortalite oranlarına sahip ciddi bir hastalıktır. İleri yaş ve tanı anındaki yüksek prokalsitonin düzeyi mortalite riskini artıran önemli faktörlerdir.

-	Genel (n=47, %100)	Mortalite var (n=10, %22.3)	Mortalite Yok (n=37, %78.7)	P değeri	Yaş, median (IQR)	60 (55-72)	69.5 (61-77)
58 (52-68)	0.03*	Cinsiyet, erkek, n (%)	46 (97.9)	10 (100)	36 (98.3)	NA	DM
16 (34)	3 (30)	13 (35.1)	0.432	HT ve KAH	7 (14.9)	1 (10)	6 (16.2)
0.432	DM ve HT ve KAH	19 (40.5)	2 (20)	17 (46)	0.432	Debridman sayısı, median (min-max)	3 (1-11)
2.5 (1-4)	4 (1-11)	0.059	İlk başvuru anında WBC, median (IQR)	16.1 (12.7-20.8)	19.2 (15.2-22.8)	14.7 (12.3 -20.3)	0.132
İlk başvuru anında CRP, median (IQR)	227 (127-299)	235 (202-302)	222 (98-309)	0.384	İlk başvuru anında Prokalsitonin, median (IQR)	1.3 (0.4-3.3)	6.4 (2.07-26.2)
1.2 (0.27-2.84)	0.002*						

Tablo 1

SB-120) SAKRAL NÖROMODÜLASYONDA DENEYİMLERİMİZ

MUTLU DEĞER(1) ALİHAN ÖĞÜTLÜ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) ÖNDER YILMAZ(1)
GÜRKAN ARIKAN(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Sakral nöromodülasyon(SNM) medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane (AAM), kronik üriner retansiyon (KÜR) ve interstisyel sistit (İS)/ mesane ağrı sendromu (MAS) tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Sakral bölgeye yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla bu bölgedeki sinirlerin stimüle edilmesi sonucunda mesane fonksiyonlarının düzenlenmesi hedeflenmektedir. Urgency ve urge inkontinanslı hastalarda veya aşırı aktif mesane tanılı olgularda başarı %64 ile %88 arasında değişmektedir. Bu çalışmamızda SNM yapılan hastalarımızın erken dönem sonuçlarını derlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Eylül 2021- Mart 2024 yılları arasında SNM yapılan 40 hastanın sonuçlarını retrospektif olarak inceledik. SNM implantasyonu iki aşamaya ayrılmaktadır. Birinci aşama test periyodu için geçici implantasyon; ikinci aşama ise kalıcı pilin takılmasıdır. Geçici implantasyon sonrası şikayetlerinde ve semptom skorlarında %50'den fazla iyileşme olan hastalarda kalıcı pil uygulamasına geçilmektedir. AAM, İS/MAS ve KÜR tanılı hastaların değerlendirilmesinde birçok semptom skoru ve parametre kullanılırken bu bildirimizde OAB-V8 skoru, ICPI skoru ve rezidüel idrar hacimleri ve SEAPİ skorunu inceleyerek SNM yapılan hastalarımızın sonuçlarını derledik.

BULGULAR

40 hastanın 14'üne (%35) AAM, 6'sına (%15) İS/ MAS, 20'sine (%50) ise KÜR nedeniyle SNM yapıldı. Hastaların 8 tanesi erkek, 32 tanesi kadın hasta olup bu hastaların ortalama yaşı 35'tir. Geçici implantasyon yapılan 40 hastanın 32'sinde(%80) sonuçların başarılı olmasıyla kalıcı pile geçilirken ; 8(%20) hastada hedeflenen başarıya ulaşılamaması nedeniyle pil ekstraksiyonu yapılmıştır. AAM tanılı hastaların işlem öncesi ortalama OAB-V8 skoru 25 iken, işlem sonrası ortalama skorun 15 olduğu görüldü. İS tanılı hastaların SNM öncesi ortalama ICPI skoru 16 olup SNM sonrasında ortalama ICPI skorunun 7'ye gerilediği görüldü. KÜR tanılı hastalarda ortalama rezidüel idrar hacmi 115 mL iken SNM sonrası ortalama rezidü hacmin 65 mL olduğu görüldü. KÜR nedeniyle temiz aralıklı kateter (TAK) kullanan hastaların işlem sonrasında TAK kullanım ihtiyacında %60 azalma olduğu tespit edildi. Tüm hastaların işlem öncesi SEAPİ inkontinans yaşam kalitesi ölçeği skoru ortalama 12 iken, işlem sonrası ortalama skorun 4 olduğu görüldü. Takip döneminde elektrot migrasyonu nedeniyle 1 hasta tekrar işleme alınıp elektrot revizyonu yapıldı.

SONUÇ

Kliniğimizde uyguladığımız SNM sonuçlarının başarı yüzdelerini literatür ile kıyasladığımızda benzer olduğunu tespit ettik. SNM tedavisi farmakoterapiye refrakter olgularda etkili bir yöntem olmasıyla birlikte güncel pratiğimizde daha da önem kazanmakta ve uygulama sıklığı her geçen gün artmaktadır.

SB-121) İLERİ YAŞ, RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ İÇİN BİR KONTRENDİKASYON DEĞİLDİR

ADEM SANCI(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) BERK YASİN EKENCİ(1) EMRE HEPŞEN(1)
METİN YIĞMAN(1) KUBİLAY SARIKAYA(1) AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)
AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) prosedürünün etkinliğini ve güvenliğini, 65 yaşından küçük hastalar ile 65 yaş ve üzerindeki hastalar arasında karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Eylül 2022 ile Aralık 2023 arasında proksimal üreter ve böbrek taşlarının tedavisi için RIRS yapılan hastalar bu retrospektif çalışmaya dahil edilmiştir. RIRS prosedürüne tabi tutulan hastalar yaşa göre iki gruba ayrıldı: 65 yaş altı hastalardan oluşan Grup 1 (n=193) ve 65 yaş ve üzeri hastalardan oluşan Grup 2 (n=65). Taşsızlık oranları, komplikasyon oranları ve ikincil prosedür gereksinimini kapsayan demografik ve klinik veriler retrospektif olarak incelenmiş ve iki grup arasında karşılaştırılmıştır. Postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo skorlama sistemine göre sınıflandırılmıştır.

BULGULAR
Toplamda 258 hastanın verileri incelenmiştir. RIRS uygulanan hastaların 193'ü 65 yaşın altında (%74,8) ve 65'i 65 yaşın üzerinde (%25,2) idi. Grup 1'deki hastaların ortalama yaşı 47 (21 ile 64 arasında değişen), Grup 2'de ise 68 (65 ile 74 arasında değişen) (p=0.0001) olarak belirlenmiştir.Yaşlı grubun komorbidite yüzdesi ve ASA skorları ortalaması daha yüksekti (p=0.0001). Ancak taşsızlık oranları (SFR) (p=0.543) ve Clavien-Dindo komplikasyon oranları (p=0.659) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ
Yaş; tek başına böbrek taşları için RIRS uygulanan hastalarda komplikasyon oranını etkileyen bir faktör olarak görülmemelidir. 65 yaş ve üzeri hastalarda, RIRS, 65 yaşın altındaki hasta grubuyla benzer etkinlik ve güvenlik sağlar.

-	Grup 1(<65 yaş)	Grup 2(>65 yaş)	p değeri
Hasta Sayısı	193 (74.8%)	65 (25.2%)	0.0001
Ortalama Yaş	47 (21-64)	68 (65-74)	0.0001
Kadın Hasta Sayısı	93 (48.1%)	30 (46.1%)	0.607
Erkek Hasta Sayısı	100 (51.9%)	35 (53.9%)	0.458
ASA1	91 (46.7%)	5 (7.7%)	0.0001
ASA2	77 (39.5%)	43 (66.2%)	0.0001
ASA3	29 (14.8%)	16 (24.6%)	0.0001
ASA4	-	1(1.5%)	0.0001

Hasta Özellikleri

	Grup 1 (<65 yaş)	Grup 2 (≥65 yaş)	p değeri
Postoperatif Drenaj Dj stent Nefrostomi DJ stent+nefrostomi	 183(94.8%) - 10(5.2%)	 62(95.3%) 1(1.5%) 2(3.2%)	0.166
Operasyon Süresi (dk)	91.49 (±41.73)	92.96 (±54.15)	0.682
Cerrahi Komplikasyon	4(2.07%)	1(1.5%)	0.647
Postoperatif Komplikasyon **Ateş** Hematüri Stent migrasyonu	 6(3.1%) 4(2.07%) 2(1.03%)	 3(4.6%) 2(3.07%) 1(1.5%)	0.464
Komplikasyon Derecesi Clavien 1 Clavien 2 Clavien 3 Clavien 4	 4(2.07%) 6(3.1%) 2(1.03%) -	 2(3.07%) 3(4.6%) - 1(1.5%)	0.659
Hastanede Yatış Süresi (gün)	1.67 (±1.41)	1.86 (±2.34)	0.074
SFR	138 (71.5%)	46 (70.7%)	0.543

SB-122) BÖBREK TAŞLARININ CİNSİNİ ÖNGÖRMEDE HOUNSFİELD ÜNİTE DEĞERİNİN YERİ TEK MERKEZ SONUÇLARIMIZ

ÇAĞRI DOĞAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, taş cinslerinin HU (hounsfield unit) aralıklarını tespit etmek ve HU değerinin taş analizi sonuçlarını ön görebilmedeki yerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Ağustos 2018 ile Ocak 2024 tarihleri arasında taş analizi yapılan ve HU değerlerine ulaşılabilen 571 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Operasyon öncesi dönemde Kontrastsız BT (bilgisayarlı tomografi) yardımı ile böbrek taşlarının HU değerleri hesaplandı. Operasyon sonrası dönemde alınan taş örnekleri infrared kimyasal spektroskopi tekniği kullanılarak analiz edildi. HU değerleri taş analizi sonuçları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR
Hastaların yaş ortalaması 50 yıl (13-85) idi. Ortalama taş hacmi 1662.85 mm3 idi, 388 hastada bir adet, 183 hastada birden fazla taş var idi. Taş analizi sonuçlarına göre 7 farklı gruba ayrıldı. Taş cinslerinin dağılımı ve HU aralıkları Tablo 1'de ayrıntılı şekilde gösterilmiştir. Çalışmamızda taş cinslerinin HU değer aralıkları tespit edilmiş ve istatistiksel olarak bazı taş gruplarının HU değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Özellikle kalsiyum oksalat komponenti içeren taş grubu ile ürik asit komponenti içeren taş grubu ($p<0.05$) ve yine kalsiyum oksalat komponenti içeren taş grubu ile enfeksiyon taşları arasında ($p<0.05$) HU değerleri açısından anlamlı bir farklılık göze çarpmaktadır.

SONUÇ
Taş cinslerinin HU değerlerinin sıklıkla birbirleri arasında farklılık göstermelerinden dolayı HU değeri ölçümüne göre taş cinslerinin büyük ölçüde birbirlerinden ayırt edilebildiği görülmüştür. Dolayısı ile HU değerinin taş analizi sonuçlarını öngörebilmede önemli bir yerinin olduğunu düşünmekteyiz. Klinisyen ameliyat öncesi HU değerleri ile taşların cinsini/sertliğini öngörme imkanına sahip olup, bu sayede tercih edilecek cerrahi tipi ve manipülasyonlar, vaka süresi ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında önceden fikir sahibi olma şansına sahiptir.

SB-123) TESTİSİN GRANÜLOZA HÜCRELİ TÜMÖRÜ

ALİ CAN ALBAZ(1) AHMET YILMAZ(1) OKTAY ÜÇER(1) ÖMER ATMIŞ(1)
GÖKHAN TEMELTAŞ(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

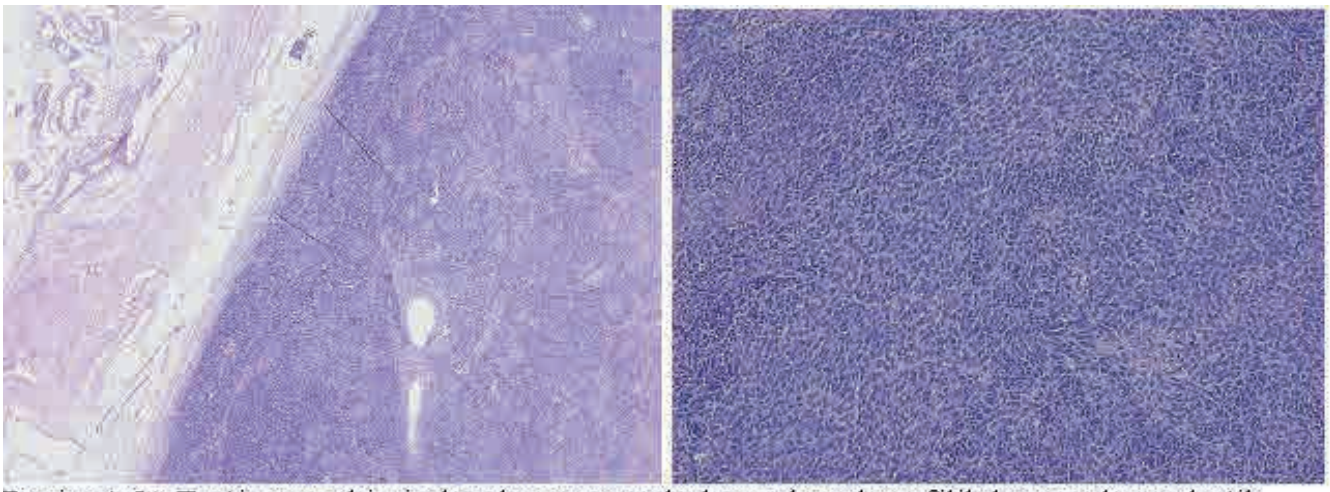
1. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Testisin seks kord stromal tümörleri, tüm testis tümörlerinin %5 kadarını oluşturmaktadır ve seks kord stromal tümörler içerisinde granuloza hücreli testis tümörü çok nadir olarak görülmektedir. Bu olgu sunumunda, testisin erişkin tip granuloza hücreli tümörü sunulacaktır.

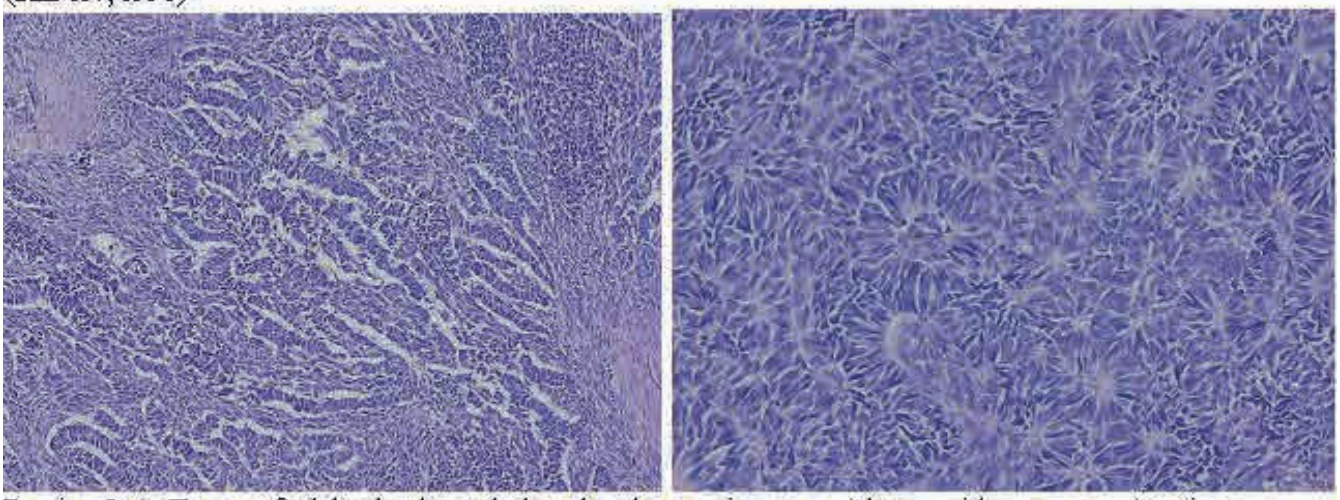
GEREÇ-YÖNTEM
30 yaşında ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan erkek hasta yaklaşık 6 aydır olan ve sol testiste ağrısız şişlik yakınması ile polikliniğimze başvurdu. Fizik muayene ve görüntüleme sonuçlarına göre acil radikal inguinal orşiektomi yapılan hastanın patoloji sonucu erişkin tip granüloza hücreli tümör gelmesi üzerine nadir bir olgu olarak sunuldu.

BULGULAR
Fizik muayenede sol testiste yaklaşık 5 cm boyutlu, diffüz sert kitle palpe edilirken sağ testis doğal olarak muayene edildiği görüldü. Ayrıca hastanın herhangi bir genitoüriner enfeksiyon veya travma öyküsü bulunmamakta. Hastanın preoperatif laboratuvar sonuçlarında akut faz reaktanlarının ve testis tümör markerlarının normal sınırlarda olduğu görüldü. Yapılan skrotal doppler ultrasonografisinde Sol testis içerisinde 46x36x43 mm boyutta içerisinde kistik açıklıklar bulunan, lobule konturlu, dopplerde testise göre daha az kanlanma gösteren kitlesel lezyon izlendiği ve kitlenin ekstratestiküler uzanım göstermediği şeklinde sonuçlanması üzerine hastaya acil sol radikal inguinal orşiektomi yapıldı. Hastaya postoperatif birinci günde yapılan torakoabdominal görüntülemede herhangi bir metastatatik odak saptanmadı. Hastanın patoloji sonucu erişkin tip granüloza hücreli tümör olarak sonuçlandı. Tümör çapı 4,5x4x4 cm olarak görüldü. Rete testis invazyonu, epididim invazyonu, lenfovasküler invazyon spermatik kord invazyonu, eşlik edenin in situ germ hücreli neoplazi ve nekroz görülmedi. Cerrahi sınır tutulumu da görülmedi. Tümör farklı alanlarında kordon benzeri ve rozet benzeri büyüme paterni gösterdiği görüldü. İnhibin ve kalretinin sitoplazmik olarak pozitif boyanma gösterdi. Postoperatif 1. Ayda yapılan kontrolde fizik muayenede sağ testisin doğal olduğu ve yara yeri iyileşmesinin doğal olduğu görüldü. Kontrol tümör markerları normal sınırlarda görüldü. Tarama amaçlı yapılan görüntülemelerinde metastatik odak görünmeyen hastaya ek tedavi uygulanmadı ve takibine devam edilmektedir.

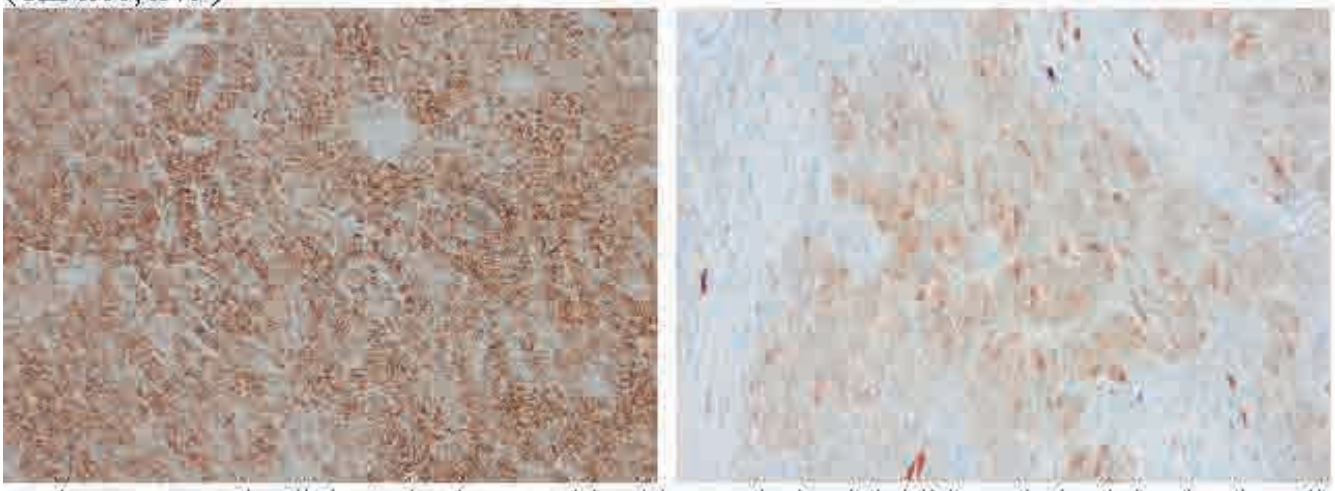
SONUÇ
Erişkin tip granüloza hücreli testis tümörleri oldukça nadir olarak görülmektedir. Ayrıca erişkin tip granüloza hücreli testis tümörleri için agresif gidişi öngörmemizi sağlayacak herhangi bir parametre bulunmamaktadır. Sıklıkla iyi prognoza sahip olmalarına rağmen kimi zaman metastaz ile karşımıza çıkabileceği için diğer testis tümörleri gibi sıkı takip edilmelidir.



Resim 1-2: Testis parankiminden düzgün sınırlarla ayrılmış bazofilik hücresel neoplastik proliferasyon
(HE x4, x10)



Resim 3-4: Tümör farklı alanlarında kordon benzeri ve rozet benzeri büyüme paterni göstermektedir
(HE x10, x40)



Resim 5-6: Neoplastik hücreler immunohistokimyasal olarak inhibin ve kalretinin sitoplazmik pozitif boyanma göstermektedir (inhibin, kalretinin)

SB-124) EL KAVRAMA GÜCÜ VE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

TURGAY TURAN(1) YUNUS EROL BOZKURT(1) İLKİN HAMİD-ZADA(2) ÖZGÜR EFİLOĞLU(2) ASİF YILDIRIM(2)

1. İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ, BUCA SEYFİ DEMİRSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR, TU¨RKİYE
2. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

AMAÇ

Sertleşme bozukluğu (ED), 40 yaş üstü erkeklerin neredeyse yarısını etkileyen yaygın bir sorundur. Fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalık (KVH) olasılığını azaltırken, fiziksel hareketsizlik KVH ve ED riskini artırır. Aerobik egzersizler KVH risklerini azaltır, direnç antrenmanları ise kas gücünü ve genel sağlık durumunu iyileştirir. El kavrama gücü (EKG) düşük olanlarda ED, kardiyovasküler ölüm ve güçsüzlük daha yaygındır. EKG, genç yaş, erkek olmak, normal vücut kitle indeksi, sigara içmemek, alkol tüketmemek ve fiziksel aktivite ile ilişkilidir. Kas gücü 40 yaş ve üzeri azalmaya başlar ve ED ile ilişkilidir. Bu çalışma, EKG ile ED arasındaki ilişkiyi ve diğer faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza katılan hastalar Şubat 2024 – Haziran 2024 tarihleri arasında üroloji polikliğine başvuran hastalar arasından seçildi. Gönüllü onam formunu imzalayan 151 ED ve 150 ED olmayan hasta çalışmamıza dahil edildi. ED tanısı IIEF-5 formu doldurtularak konuldu. Yaş, Body Mass Index (BMI), alkol ve sigara kullanımı, ek hastalıklar, ilaç kullanımı, Charlson Comorbidity Index (CCI), IIEF skoru, ED süresi, Beck Depresyon Skoru verileri kaydedildi.
EKG, standart bir protokole göre Jamar dinamometresi (Sammons Preston, Bolingbrook, ABD) kullanılarak belirlendi (Figür 1). Dinamometre tutulurken kol, dirsek 90º bükülmüş şekilde vücuda dik olarak konumlandırıldı. Katılımcıdan cihazı üç saniye boyunca olabildiğince sert sıkması istendi. Ölçüm, 30 saniyelik aralıklarla üç kez tekrarlandı. Her katılımcının baskın eli üç kez ölçüldü. Bu çalışmada, baskın el için elde edilen en yüksek ölçüm kullanıldı.

BULGULAR

Veri girişi ve istatistiksel analiz için IBM® Statistical Package for Social Sciences (SPSS) sürüm 27 yazılımı kullanıldı. T testi ve One-way ANOVA kullanılarak istatistiksel değerlendirme yapıldı. ED olan (ED +) ve olmayan (ED -) gruplar değerlendirildiğinde yaş (p: 0,83) ve BMI (p:0,06) anlamlı olarak farklı değildi. ED + grupta alkol kullanımı (p:0,018) sigara paket yılı (p:0,001) sigara kullanımı (p:0,005), CCI (p:0,001) ve Beck Depresyon Skoru (p:0,001) daha yüksekti. Ancak sağ EKG (p:0,001) ve sol EKG (p:0,001) daha düşüktü (Tablo1).
Sağ ve sol EKG verileri kendi içinde normal ve düşük olarak alt gruplara ayrıldığında her iki elde normal EKG olan hastalarda IIEF-5 skoru yüksekti ve Beck Depresyon Skoru düşüktü .

SONUÇ

EKG, bir dinamometre kullanılarak el ve önkol kasları tarafından uygulanan en büyük kuvvet veya gerilimi ifade eder. Çalışmamız EKG ile ED gelişme riski arasındaki ters ilişkiyi desteklemektedir. EKG, sağlık koşullarının potansiyel bir göstergesi olmasının yanı sıra, bir bireyin genel gücünü değerlendirmek için basit, kullanışlı ve ucuz bir ölçüm yöntemidir. EKG ölçümü, kol, gövde ve bacak kas gücü ölçümleriyle iyi korelasyon gösterdiğinden genel gücü değerlendirmek için kullanılabilir. Daha düşük bir EKG, daha yüksek ED riskini öngörmüş ve kas gücünün azalmasının ED'ye katkıda bulunabileceğini düşündürmüştür.

-	ED + (150)	ED- (151)	p
Yaş	58,9 (30-71)	58,7 (34-70)	0,839
BMI	26,3±3,7 (19-41)	25,5±3,1 (17-38)	0,062
Alkol kullanımı	17 (%11.3)	6 (%4)	0,018
Sigara var/yok	100 (%66,7)	122 (%80,8)	0,005
Sigara kullanımı paket /yıl	19±18,1	28±17,5	0,001
Carlson CI	1,91±1,7	0,98±1,1	0,001
Left Hand Grid (ort)	34,3±5,2 (18-55)	41,9±6,3 (21-57)	0,001
Right Hand Grid (ort)	33,7±6,0 (19-58)	43,07±5,9 (23-57)	0,001
Beck Depresyon skoru	10±6,3 (3-37)	7,03±2(5-15)	0,001

SB-125) PNL YAPILAN HASTALARDA NEFROSTOMİ DRENAJ KATATERİ BOYUTUNUN HASTANE YATIŞ SÜRESİNE OLAN ETKİSİ

BARIŞ DOĞAN(1) CAN SİNİRSİZ(2) VOLKAN ŞEN(2) OZAN BOZKURT(2) AYKUT KEFİ(2) MEHMET UĞUR MUNGAN(2) İLHAN ÇELEBİ(2) AHMET ADİL ESEN(2)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL), böbrek taşlarında tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Literatürde PNL ile böbrek taşlarının tedavisinde başarı oranları oldukça yüksek olarak bildirilmektedir. Biz çalışmamızda böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi yapılan hastalarda peroperatif takılan nefrostomi kataterinin postoperatif dönemde hasta yatış süresine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Kasım 2023 – Mayıs 2023 tarihleri arası böbrek taşı nedeniyle merkezimize başvuran ve perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan hastalar dahil edildi. Hastalar perkütan nefrolitotomi sonrası drenaj katateri boyutu 16 Fr re-entry malekot katateri ve 20 Fr re-entry malekot katateri takılan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arası istatistiksel analiz yapıldı ve $p<0,05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 101 hasta dahil edildi. Hastaların 28'ine PNL sonrası 16 Fr nefrostomi drenaj katateri (Grup 1) takılırken, 73'üne 20 Fr nefrostomi drenaj katateri takıldı (Grup 2). Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması 48,46 ve Grup 2'deki hastaların yaş ortalaması 52,99 tespit edildi. Grupların cinsiyet dağılımları birbirine benzer olarak tespit edildi (p=0,512) (Tablo 1). Grup 1'deki ortalama (min-max) taş hacmi 6588 (268-32183) mm^3 saptanırken; Grup 2'de 8420,7 (553-64494)mm^3 saptandı ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı gözlenmedi (p=0,595) (Tablo 2). İki grup arasında hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.082, 0.528, 0.065, 0.522) (Tablo 1). Aynı şekilde iki grup arasında renal taş GUYS, SEOULSTONE, STONE, CROES nefrolitometri skorları açısından istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (p=0.170, 0.723, 0.863, 0.629) (Tablo 2). Grup 1'de yer alan hastaların hastanede yatış süresi 6,39 ± 2,84 gün saptanırken; grup 2'de yer alan hastaların hastanede yatış süresi 6,41 ± 3,36 gün olarak saptandı (Tablo 2) ve bu fark istatistiksel anlamlı olarak saptanmadı (p=0,847). İki grup arasında nefrostomi drenaj kateteri çıkarılması sonrası uzamış drenaj nedeniyle DJ stent gerekliliği açısından istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi(p=0,146).

SONUÇ

Çalışmamızda taş hacmi ve renal taş skorları benzer iki grup arasında PNL sonrası takılan nefrostomi drenaj katateri boyut farkının hastaların postoperatif dönemde hastanede yatış süresi üzerindeki etkisi olmadığını saptadık. İleri değerlendirmeler için daha fazla hastanın bulunduğu randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo 1: Hastaların demografik verilerinin karşılaştırılması

	Grup 1 (16 Fr Nefrostomi Katateri) (n= 28)	Grup 2 (20 Fr Nefrostomi Katateri) (n=73)	P
Yaş (yıl) (mean±STD):	48,46±18,61	52,99±15,46	0,349
Cinsiyet (n(%))			0,512
Erkek:	19 (%18,81)	51 (%50,49)	
Kadın:	9 (%8,91)	22 (%21,78)	
Hipertansiyon (n(%))			0,082
Var	12 (%11,88)	19 (%18,81)	
Yok	16 (%15,84)	54 (%53,46)	
Diyabetes Mellitus (n(%))			0,528
Var	4 (%3,96)	12 (%11,88)	
Yok	24 (%23,76)	61(%60,39)	
Kronik Böbrek Hastalığı (n(%))			0,065
Var	5 (%4,95)	26 (%25,74)	
Yok	23 (%22,77)	47 (%46,53)	
Koroner Arter Hastalığı (n(%))			0,522
Var	2 (%1,98)	7 (%6,93)	
Yok	26 (%25,74)	66 (%65,34)	

Tablo 2: Postoperatif hasta yatış süresini etkileyen parametrelerin değerlendirilmesi

	Grup 1 (16 Fr Nefrostomi katateri) (n= 28)	Grup 2 (20 Fr Nefrostomi Katateri) (n=73)	P
Taş yüzey alanı (mm2) (mean (min-max))	6588,07 (268-32183)	8420,71 (553-64494)	0,595
Yatış Süresi (gün) (mean ± STD)	6,39 ± 2,84	6,41 ± 3,36	0,847
Uzamış drenaj nedeniyle DJ stent gerekti mi? (n(%))			
Hayır	24(%85,7)	69(%94,5)	0,146
Evet	4(%14,3)	4(%5,5)	
GUYS Score (mean (min-max))	1,71 (0-3)	2,05 (0-3)	0,170
SEOULSTON Score (mean (min-max))	2,71 (1-8)	2,86 (1-9)	0,723
STONE Score (mean (min-max))	9,14 (5-13)	9,04 (5-13)	0,863
CROES Score (mean (min-max))	90 (40-99)	85,81 (51-98)	0,629

SB-126) İLERİ YAŞ HASTALARDA BPH CERRAHİSİ İÇİN UYGULANAN AÇIK PROSTATEKTOMİ VE TUR PROSTATEKTOMİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ DENEYİMLERİMİZ

ÇAĞRI EREN(1) AHMET EMRE CİNİSLİOGLU(1) EMRE SAM(1) FEYZULLAH CELİK(1) MEHMET SEFA ALTAY(1)

1. ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Çalışmamızda 70 yaş ve üzerindeki hastalarda gerçekleştirdiğimiz BPH cerrahi tedavisinde kullanılan açık prostatektomi ve transüretral prostat rezeksiyonunun (bipolar) sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamıza 2023-2024 yılları arasında BPH nedeni ile cerrahi endikasyon konularak opere edilen 70 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Nörojenik atonik mesane, nörolojik hastalık (Alzheimer, Demans, vs.), koagülasyon bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi, ASA skoru gibi demografik verileri hasta dosyalarından elde edildi. Prostat volümü, maksimum akım hızı, rezidüel idrar volümü, Uluslararası prostat semptom skoru (IPSS), PSA gibi klinik veriler hasta dosyalarından alınarak tur-prostatektomi ve açık prostatektomi yapılan gruplar arasında karşılaştırıldı. Operasyon süresi, postoperatif hemoglobin değerleri, transüretral sonda alım zamanı ve postoperatif takip verileri her iki grup arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen 55 hastanın 23'üne açık prostatektomi yapılmış iken; 32'sine TUR-P yapılmıştı. Hastaların ortalama yaşı 75.4 idi. Açık prostatektomi ve TUR-P grupları demografik özellikler açısından benzer olarak tespit edildi ($p>0.05$). Klinik veriler açısından karşılaştırıldığında açık prostatektomi grubunda prostat volümü 112 ml, tur-p grubunda 74 ml idi ve bu bulgu istatistiksel olarak benzerdi. Diğer klinik veriler açısından karşılaştırıldığında maksimum akım hızı, PSA ve rezidüel idrar miktarı gruplar arasında benzer idi ($p>0.05$). Operasyon süresi açısından karşılaştırıldığında açık prostatektomi grubu için ortalama süre 67 dakika iken tur-p grubunda 76 dakika idi ve istatistiksel olarak benzerdi. Postoperatif ortalama hemoglobin değeri açık prostatektomi grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde 11.7 g/dl ile daha düşük olarak tespit edildi ($p<0.05$). Transüretral sonda alım zamanı tur-p grubu için ortalama 3.2 gün iken açık prostatektomi grubu için 5.6 gün olarak tespit edildi ($p<0.05$). Hastaların 6'sında kan transfüzyonu ihtiyacı gelişti. Bu hastaların 1 tanesi tur-p grubunda 5 tanesi açık prostatektomi grubunda idi. Postoperatif maksimum akış hızı, IPSS skorları her iki grup açısından benzerdi. Erken dönem üriner inkontinans 8 hastada mevcuttu ve bunların 6'sı açık prostatektomi, 2'si TUR-P grubunda idi.

SONUÇ
İleri yaş hasta grubunda BPH sıklığı artmakta ve BPH, hayat kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olarak sıklıkla cerrahi müdahale gereksinimine yol açmaktadır. Avrupa üroloji kılavuzunda BPH cerrahisinde TUR-P halen altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak özellikle büyük prostat volümlerinde ve endoskopik enükleasyon ekipmanlarının eksikliğinde açık prostatektomi güncel cerrahi seçeneklerinden biri olarak uygulanmaya devam etmektedir. İleri yaş hastalarda da bu iki yöntemin güvenilir bir şekilde uygulanabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Biz de çalışmamızda her iki yöntemin bu grup hastalarda başarılı olarak uygulanabileceğini, TUR-P grubunda daha erken sonda alınma ve daha az oranda es replasmanı ihtiyacının bulunduğu, açık prostatektomi grubunda ise belirgin şekilde erken dönem üriner inkontinans oranının daha yüksek olduğu tespit ettik. Bu konuda daha geniş örneklemli karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-127) RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARI ÖNGÖRMEDE E-PASS SKORUNUN ETKİNLİĞİ

ŞEREF COŞER(1) MUSTAFA MEHDİ ER(1) OKAN ALKIŞ(1) ALİ YASİN ÖZERCAN(2) MEHMET SEVİM(3) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) BEKİR ARAS(1)

1. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. KONYA ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Günümüzde metastatik olmayan prostat kanserinin tedavisinde 10 yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda radikal prostatektomi, tedavi seçenekleri arasında altın standart olarak yer almaktadır. Fizyolojik Yetenek ve Cerrahi Stres Tahmini (E-PASS- Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress) skoru ilk olarak gastrointestinal cerrahi prosedürlerinden sonraki postoperatif komplikasyonları tahmin etmek için tanımlanmış olup hem preoperatif fiziksel durumu hem de intraoperatif risk faktörlerini içeren bir puanlama modelidir. Bu çalışmada E-PASS skorunun, radikal prostatektomi yapılan hastalardaki postoperatif komplikasyonları tahmin etmedeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Radikal prostatektomi operasyonu yapılan 85 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar, komplikasyon gelişmeyenler (Grup 1) ve komplikasyon gelişenler (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik veriler, hastaların ameliyat öncesi fiziksel durumunu gösteren parametreler ve ameliyat sırasındaki risk faktörleri analiz edildi. Her hasta için E-PASS skoru hesaplandı.

BULGULAR

85 hastanın 56'sında (%65,8) komplikasyon gelişmezken 29'unda(%34,2) komplikasyon geliştiği görüldü. Her iki grup arasında yaş, şiddetli kalp ve akciğer hastalığı, DM, performans durum indeksi (ECOG) ve ASA skoru hesaplanarak ortaya çıkan Preoperatif risk skoru (PRS) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (p=0,995) (Tablo 1.) Bunun yanında, vücut ağırlığına, ameliyat sırasındaki kan kaybına, ameliyat süresine ve cerrahi kesinin uzunluğuna göre hesaplanan Cerrahi stres skoru (SSS) açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. (p=0,520) (Tablo 1.) Preoperatif risk skoru (PRS) ve Cerrahi stres skorunun (SSS) birlikte hesaplandığı Kapsamlı risk skoru (CRS) da her iki grup arasında benzerdi. (p=0,941) (Tablo 1.)

SONUÇ

Çalışmamızda gruplar arasında anlamlı fark olmamakla birlikte E-PASS skorlama modelinin gastrointestinal cerrahilerdeki öngörü başarısını göz önünde bulundurursak daha geniş sayıda hastanın yer aldığı kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

-	Grup 1 (n=56)	Grup 2 (n= 29)	p value
Yaş (yıl)	69,38 ± 6,38	69,86 ± 5,957	0.777
BMI(kg/m2) (Ort±SD)	29,375 ± 2,9821	29,793 ± 3,1553	0.541
ASA skoru (Ort±SD)	2,15±0.58	2.12±0.52	0.837
ECOG skoru (Ort±SD)	1,55 ± 0,42	1,68± 0,24	0,414
Kanama miktarı(cc) (Ort±SD)	901,7 ± 292,6	844,8 ± 215,6	0.312
Operasyon süresi (dk)	223,8 ± 47,88	238,2 ± 46,68	0.199
Preoperatif risk skoru (PRS)	0,541±0,269	0,542±0,248	0,995
Cerrahi stres skoru (SSS)	0,288±0,096	0,273±0,106	0.520
Kapsamlı Risk skoru (CRS)	0,46±0,264	0,446±0,245	0.941

Tablo 1. Demografik veriler ve E-PASS Skorları

SB-128) PROBİYOTİKLER VE SÜNNETİN PERİMEATAL DOĞAL BAKTERİYEL KOLONİZASYONUN İLERLEMESİNE ETKİSİ

MUSTAFA ALKAN OKTAR(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) AYKUT AKINCI(2) EZEL AYDOĞ(3) EFE SEMETEY OĞUZ(1) MURAT CAN KARABURUN(4) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ
3. YÜKSEKOVA DEVLET HASTANESİ
4. ACIPAYAM DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Prepisyal ve perimeatal derinin bakteriyel kolonizasyonu çocuklarda doğal bir olaydır ve genital sağlığın korunmasında rol oynayabilir. Bu çalışma, sünnet ve probiyotik kullanımının bakteriyel kolonizasyon üzerindeki etkisini karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında 0-3 yaş arası çocuklar prospektif olarak incelendi. Bakteriyel kültürler analiz edildi, sonuçlar üropatojenik ve non-üropatojenik bakteriler olmak üzere kategorilere ayrıldı. Hasta grupları kendi içinde ve arasında karşılaştırıldı.
Hastalar üç gruba ayrıldı:
-> Grup 1 (n=31), probiyotik takviyesi olmadan sünnet edilmemiş çocuklar;
-> Grup 2 (n=45), sünnet edilmiş çocuklar;
-> Grup 3 (n=33), rutin kontrol için kurumumuza kabul edilmeden önce probiyotik (Bifidobacterium animalis, SSP lactis B9) reçete edilmiş sünnet edilmemiş çocuklar.

Bu çocuklar yaşamın ilk yılında başlangıçta üç ayda bir, sonrasında altı ayda bir takip edildi. Her takip ziyareti sırasında periüretral, meatal ve glanüler sulcus bölgelerindeki bakteriyel kolonizasyon incelendi. Yanlış pozitif veya negatif kültür sonuçlarını önlemek için bakteriyel kültür elde etme kurallarına dikkat edildi. İstatistiksel analiz için Ki-Kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Ortalama yaş her grupta benzerdi. Çalışmayı tamamlayan 99 çocuğun sonuçları etkileyici bulgular ortaya koydu. Takip sırasında bakteriyel kolonizasyon pozitifliği sırasıyla gruplar için %84 (n=26), %31 (n=14), %50 (n=17) olarak bulundu. Grup 2 ve Grup 3, başlangıç altı aydan sonra Gram negatif patojenlerin daha düşük kolonizasyonunu gösteren benzer bakteriyel kolonizasyon paterni sergiledi (sırasıyla p değeri 0.001 ve 0.006).

SONUÇ

Bu bulgular, sünnet ve probiyotik takviyesinin sünnet edilmemiş çocuklarda ürolojik patojenik bakteri kolonizasyonunu azaltmaya katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Kolonizasyon üzerindeki bu farklılıkların potansiyel klinik etkileri daha fazla araştırma gerektirmektedir.

SB-129) ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI GELİŞEN ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI GELİŞEN MİLİYER TÜBERKÜLOZ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMUMİLİYER TÜBERKÜLOZ: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

İBRAHİM ERKUT AVCI(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(1) ÖMER ERDOĞAN(1)
MEHMET EMRE YÖRÜSÜN(1)

1. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Miliyer tüberküloz (TBC), TBC basillerinin lenfo-hematojen yolla yayılımı (disseminasyon) sonucu oluşan ve potansiyel olarak ölümcül bir TBC formudur. TBC öyküsü ve riski olmayan, üreter taş tedavisi için üreterorenoskopi (URS) gerçekleştirilen ve operasyon sonrası antibiyoterapiye yanıtsız yüksek ateş ile takip edilen ve Miliyer TBC tanısı alan olgunun sunumu amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

62 yaşında sol üreter taşı operasyonu sonrasında antibiyoterapiye yanıtsız yüksek ateş ile seyreden miliyer TBC olgusu takdim edilmiştir.

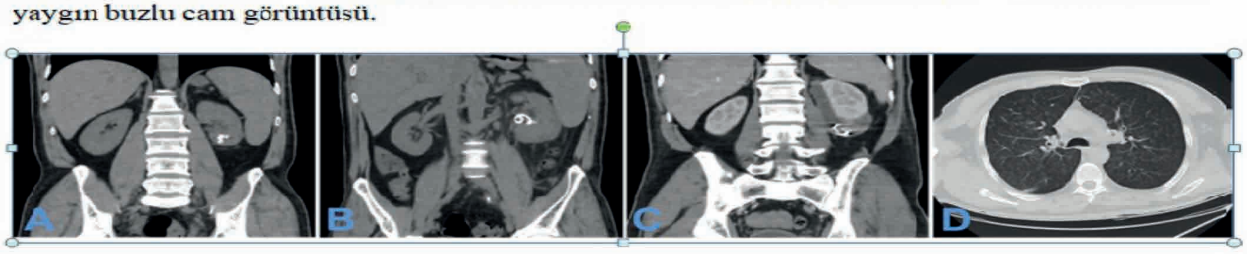
BULGULAR

62 yaşında, başvurusunda akut sol yan ağrısı ve alt üriner sistem semptomları ve ayrıca tekrarlayan taş hastalığı öyküsü olan erkek hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsünde, sol distal üreterde 7 mm taş izlendi. Medikal ekspülsif tedavi ile 3 hafta takip edilen ve taşını düşüremeyen hastaya URS (Holmium litotripsi) ve DJS yerleştirilmesi başarı ile gerçekleştirildi. Operasyon öncesi tam idrar analizi normal olan ve idrar kültüründe üreme saptanmayan hastanın postoperatif 1.gün 2 kez ateş:38.6 olması nedeniyle uygun konsültasyonlar ve tetkikleri gerçekleştirilerek geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmayan hastanın takibinde yüksek ateş tekrarladı. Uygun branş konsültasyonları ile yapılan tetkiklerle sepsis, perikardit, malignite, brucella enfeksiyonu, hematolojik hastalıklar açısından periferik yayma tüberküloz ayırıcı tanısı amaçlı Quantiferon- Gold Plus (QFT-Plus) testi yapılırken antibiyotik tedavi rejiminde revizyon yapıldı. Antibiyoterapi ile yüksek ateşi devam eden hastanın akut inflamatuar yanıt parametrelerinde gerileme saptanmadı. Gerçekleştirilen Batın BT'de saptanan sol böbrek alt poldeki 3.5cm apsenin girişimsel radyoloji tarafından drenajı ve kateterizasyonu sağlandı. Hem antibiyotik hem de drenaja yanıt alınamayan ve ateşi devam eden hastaya akciğer BT gerçekleştirildi. Solunum yolu semptomları olmayan hastanın görüntülemesinde yaygın infiltrasyonlar görüldü. Miliyer TBC şüphesi nedeniyle lavaj-TBC PCR tetkikleri çalışıldı. Hastanın takiplerinde hem üriner hem de lavaj örneklerinde TBC pozitifliği doğrulandı. Anti tüberküloz tedavisi düzenlenen hasta enfeksiyon hastalıklarına devredildi. Hastanın takiplerinde mevcut kliniğinde iyileşme gözlenirken herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ

Ürolojik cerrahi girişimler sonrası geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine yanıt alınamayan yüksek ateşte genitoüriner TBC ayırıcı tanının bir parçası olmalıdır. Ayrıca, invaziv girişimin TBC'nin hematojen yayılımını tetikleyebileceği ve mortal seyredebilecek Miliyer TBC'ye neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1. A. URS öncesi sol böbrek BT görüntüsü. B. Operasyon sonrası DJS yerleştirilen sol böbreğin görüntüsü. C. Sol böbrek komşuluğunda sıvı koleksiyon görüntüsü. D. Akciğer BT'de yaygın buzlu cam görüntüsü.



SB-130) MESANE TÜMÖRLERİNDE HEDEFLENMEMİŞ METABOLOMİK ANALİZLER

HÜSEYİN SAYGIN(1) ADEM KIR(1) MEHMET AKİF DOĞAN(1) AYDEMİR ASDEMİR(1)
ONUR ŞENOL(2) SERKAN BOLAT(1) DEMET KABLAN(1) HAYRETTİN YAVUZ(1)
HALEF OKAN DOĞAN(1) ESAT KORĞALI(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ

AMAÇ

Mesane kanseri, mesane zarında anormal hücre büyümesi ile ilişkili bir malignitedir. Hastalığa yol açan kesin moleküler mekanizmalar tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışma, hastalığın ve nüksünün moleküler mekanizmaları hakkında bilgi edinmek için mesane kanseri hastaları ile sağlıklı kontroller arasındaki ve kanser nüksü olan ve olmayan hastalar arasındaki metabolik farklılıkları belirlemeyi amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı ve Klinik Biyokimya Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya mesane kanseri (MK) tanısı konmuş 82 kişi ve kontrol grubu olarak 20 sağlıklı birey olmak üzere toplam 102 katılımcı dahil edilmiştir. Kapsamlı klinik değerlendirmeler ve laboratuvar analizlerinin ardından tüm kanser hastalarına transüretral rezeksiyon (TURBT) uygulandı. On iki hasta, dahil edilme kriterlerine göre kas invaziv mesane tümörlerine sahip oldukları için analizden çıkarılmıştır. İdrar örnekleri tanı anında sistoskopi öncesinde toplanmıştır. Sistoskopi ve patoloji sonuçlarına göre tümör nüksü olup olmadığına göre hastalar iki gruba ayrılmıştır: 29'unda tümör nüksü görülürken 41'inde görülmemiştir. Serumun metabolik profili, dörtlü uçuş zamanı kütle spektrometrisi (UPLC Q-TOF/MS) ile birleştirilmiş ultra performanslı sıvı kromatografisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama, sınıflandırma ve tanımlama, mass profiler professional ve XCMS (https://xcmsonline.scripps.edu) ile gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla 11-Hidroksiandrosteron ve PGE2'de aşağı regülasyon, (±)12-HETE, 5?-Dihidrodeoksikortikosteron ve 21-Hidroksipregnenolon'da ise yukarı regülasyon tespit edilmiştir. Nüks pozitif hastalarda negatif hastalara kıyasla 11-Hidroksiandrosteron açısından down regülasyon bulunmuştur. Mesane kanseri ve nüks ayrımında en yüksek eğri altında kalan alan (±)12-HETE ve PGE2'de tespit edilmiştir.

SONUÇ

Hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek (±)12-HETE ekspresyonu tespit ettik.

Buna göre, (±)12-HETE'nin yukarı regülasyonunun mesane kanserinin oluşumunda veya ilerlemesinde ve kanserdeki çok yönlü rolü nedeniyle rolleri olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca, (±)12-HETE kanser teşhisi ve prognozu için potansiyel bir biyobelirteç olarak araştırılmaktadır ve metabolik yolakları terapötik müdahale için umut verici hedefler olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla hastalarda 21-Hidroksipregnenolon ve 5?-Dihidrodeoksikortikosteron seviyelerinin yükseldiğini ve 11-Hidroksiandrosteron seviyelerinin düştüğünü gözlemledik. Ayrıca, 11-Hidroksiandrosteron nüksün ayırt edilmesinde en yüksek EAA değerine sahipti. Bu metabolitler, kanser biyolojisindeki olası rolleri nedeniyle ilgi çeken steroid hormonların biyosentezindeki ara ürünlerdir. Sağlıklı kontrollere kıyasla hastalarda PGE2 açısından down regülasyon tespit ettik. Mesane kanserinde steroid hormon ve araşidonik asit metabolizmasının rollerinin anlaşılması, hastalığın moleküler mekanizmaları hakkında bilgi sağlayabilir. Bu bilgi, potansiyel olarak hasta sonuçlarını iyileştiren yeni terapötik ve tanısal stratejilere yol açabilir.

Table 2. List of significantly different metabolites between groups

Groups	Compound	KEGG&HMDB ID	Ion polarity	Measured mass	Exact mass	Reference mass difference	Retention time	Fold	p value	Regulation
Patient vs Control	4-Hydroxybenzenesulfonic acid	C14274	Negative	236.1434	236.1412	2.16	9.62	2.77	0.009	Down
	Hippuric acid	C01586	Negative	179.0582	179.0582	-0.04	3.53	2.60	0.002	Down
	11-Hydroxyandrosterone	C14606	Negative	306.2213	306.2194	6.19	9.83	1.45	0.007	Down
	(±)12-HETE	C14777	Negative	320.2362	320.2351	-0.01	9.42	5.42	<0.0001	Up
	2-Dodecylbenzenesulfonic acid	HMDB31031	Negative	326.1908	326.1915	-0.88	9.54	1.94	<0.0001	Down
	8,15-DiHETE	C17770	Negative	336.2309	336.2301	0.85	9.21	1.43	<0,0001	Down
	PGE2	C00584	Negative	352.2265	352.2249	1.60	9.57	3.36	<0,0001	Down
	Anandamide 0-phosphate	C19913	Positive	427.2479	427,2487	-0.85	4.58	1.26	0.042	Down
	5α-Dihydrodeoxycorticosterone	C18040	Positive	332.2337	332.2351	0.29	3.09	1.14	0.0012	Up
	21-Hydroxypregnenolone	C05485	Positive	332.2337	332.2351	0.29	3.09	0.13	0.0017	Up
Recurrence positive vs recurrence negative	p-Cresol sulfate	C06677	Negative	188.0137	188.0143	-0.56				Up
	11-Hydroxyandrosterone	C14606	Negative	306.2213	306.2194	6.19	9.83	9.56	<0,0001	Down

(±)12-HETE: 12(S)-Hydroxy-(5Z,8Z,10E,14Z)-eicosatetraenoic acid. 8,15-DiHETE: 8,15-dihydroxyeicosa-5,9,11,13-tetraenoic acid. PGE2: Prostaglandin E2.

SB-131) ÜLKEMİZDEKİ ÜROLOGLARIN TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU CERRAHİSİ KOMPLİKASYONLARINA YAKLAŞIMI: ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ KOMPLİKASYON ÇALIŞMA GRUBU ANKET ÇALIŞMASI

BİRGİ ERCİLİ(1) ERMAN CEYHAN(2) OĞUZHAN KAHRAMAN(3) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(4) MUHAMMET YAYTOKGİL(5) AYKUT BAŞER(6)

1. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
2. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ
3. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
4. ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL HASTANESİ
5. ÖZEL EKOL HASTANESİ
6. BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Benign prostat hiperplazisine (BPH) bağlı alt üriner sistem semptomlarının cerrahi tedavisinde halen en yaygın kullanılan yöntem transüretral prostat rezeksiyonudur (TURP). TURP'nin yüksek başarı oranları ve güvenilir uzun dönem sonuçları olmasına karşın erken ve geç dönem komplikasyonları mevcuttur. Bu komplikasyonları tanımak ve neden meydana geldiklerini bilmek komplikasyon gelişimini önlemek açısından önem taşımaktadır. Biz de Ürolojik Cerrahi Derneği Komplikasyon Çalışma Grubu olarak bu çalışma ile ülkemizde sık uygulanan bu cerrahinin komplikasyonlarının ne sıklıkta görüldüğünü ortaya koymayı, meslektaşlarımızın bu konudaki yaklaşımlarını öğrenmeyi ve bu konudaki farkındalığı arttırarak hekimlerin komplikasyon yönetimini iyileştirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ürolojik Cerrahi Derneği Komplikasyon Çalışma Grubu üyeleri tarafından TURP cerrahisi sırasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar belirlendi ve bu komplikasyonlar ve yönetimiyle ilgili anket soruları oluşturuldu. Ülkemizde farklı merkezlerde çalışan ürologların doldurması için Google Formlar üzerinden anket çalışması hazırlandı ve katılımcıların online olarak bu ankete katılımları sağlandı. Anket; demografik veriler, pre-operatif durumlar, peri-operatif durumlar ve post-operatif durumlar olmak üzere 4 bölümden oluşmaktaydı ve toplam 49 soru içermekteydi. Bu sorulardan 44 tanesi çoktan seçmeli, 5 tanesi ise açık uçlu soruydu. Online olarak Google Formlar üzerinden katılımcılar tarafından doldurulan bu anketin sonuçları istatiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Ankete toplam 147 katılımcı eksiksiz olarak yanıt verdi. Bu 147 katılımcının 82 tanesi üçüncü basamak sağlık kuruluşunda (%55.8), 44 tanesi özel hastane/muayenehanede (%29.9), 21 tanesi devlet hastanesindeydi (%14.3). Katılımcıların akademik ünvanları 66 uzman (%46.3), 34 doçent (%22.4), 30 profesör (%20.4), 17 doktor öğretim üyesi (%10.9) olarak belirlendi. Katılımcıların mesleki tecrübelerine baktığımızda ise 92 tanesi >10 yıl üzeri uzmanlık tecrübesine sahipken (%62.6), sadece 15 tanesi <2 yıl altı üroloji uzmanıydılar (%10.2). Bir yılda yapılan TURP cerrahisi sayılarına baktığımızda ise katılımcıların 50 tanesi >50 adet (%34), 48 tanesi 25-50 adet (%32.7),34 tanesi 10-25 adet (%23.1),15 tanesi 0-10 adet (%10.2) cerrahi prosedür gerçekleştirdiğini belirtti. Genel olarak en sık karşılaşılan komplikasyon retrograd ejakülasyon olurken (%15.6), en nadir görülen komplikasyonlar içinde ise en çok işaretlenen seçenek üriner inkontinans oldu (%78.2).

SONUÇ
BPH tedavisinde TURP uzun zamandır etkili ve güvenli bir cerrahi olarak kullanılmaktadır ve geliştirilen yeni minimal invaziv tekniklerin henüz çok yaygınlaşmaması nedeniyle halen geçerliliğini korumaktadır. Bu anket çalışmasından edinilen bilgilere göre ülkemizdeki ürologların TURP cerrahisine yaklaşımları değerlendirilerek komplikasyonların ne sıklıkta ve hangi şartlar altında görüldüğü, bu komplikasyonlar gelişince nasıl yönetilmesi gerektiği ve komplikasyon gelişimini önlemek için hangi noktalara dikkat edilmesi gerektiği konusunda daha net veriler ortaya konabilir.

SB-132) RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA GLEASON SKORUNDA DERECE ARTIŞININ (UPGRADE) DEMOGRAFİK,BİYOKİMYASAL VE OPERASYONA AİT VERİLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞEREF COŞER(1) BAKİ NUMAN ÖZKAYNAK(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1)
ALİ YASİN ÖZERCAN(2) OKAN ALKIŞ(1) MEHMET SEVİM(3) BEKİR ARAS(1)

1. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. KONYA ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Radikal prostatektomi yapılan hastaların bazılarında prostatektomi materyalinde görülen gleason skorunun derecesinin, prostat biyopside görülen gleason skoruna göre arttığı (upgrade) görülebilmektedir.Güncel kılavuza göre upgrade olan hastaların bazılarında D'amico risk grubu da değişmekte olup adjuvan tedavi ihtiyacı da gerekebilmektedir. Bu çalışmamızda gleason skorundaki derece artışını öngören faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde radikal prostatektomi operasyonu yapılan 85 hasta dahil edildi. Hastalar, Gleason skorunda derece artışı olmayan (Grup 1) ve olanlar (Grup 2) şeklinde iki gruba ayrıldı. Bu hastaların prostat biyopsi sonuçları, prostatektomi materyali patoloji sonuçları, demografik verileri ve labaratuar analizleri ve cerrahi verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

85 hastanın 61'inde derece artışı olmadığı (Grup 1) , 24'ünde ise derece artışı olduğu (Grup 2) görüldü. Her iki grup arasında yaş ve BMI gibi demografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Labaratuar analizlerinin değerlendirmesinde ise Nötrofil, Lenfosit, Trombosit, PSA, CRP ve Albumin tetkikleri incelendi. Derece artışı olmayanlarda PSA testi 45,7± 15,3 saptanırken, derece artışı olanlarda 15,9± 19,7 saptandı. (p=0,01) Son olarak hastaların operasyon süresi ve operasyondaki kan kaybının değerlendirmesinde de istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. (Tablo 1.)

SONUÇ

Gleason skorundaki derece artışını öngörmede farklı analizler yapılabilmekle birlikte daha geniş hasta sayısının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Grup 1 (n=61)	Grup 2 (n= 24)	p value
Yaş (yıl)	69,44 ± 6,31	69,79 ± 6,085	0.793
BMI(kg/m2) (Ort±SD)	29,803 ± 3,043	28,792 ± 2,93	0.545
Nötrofil	4,64±1,52	4,49±1,55	0.686
Lenfosit	2,0677 ± 0,84	2,21± 0,59	0,383
Trombosit	227,1± 58,09	230,5± 54,73	0.952
PSA	45,7± 15,3	15,9± 19,7	0.01
CRP	6,73±28,01	4,79±9,69	0,637
Albumin	4,11±0,39	4,1±0,29	0.83
Operasyon süresi (dk)	3,82±0,806	3,79±0,779	0.883
Kanama miktarı (cc)	901,6±274,9	833,3±251,8	0,279

Tablo 1. Demografik, Biyokimyasal ve Operasyona ait veriler

SB-133) OLGU SUNUMU: KOLORENAL FİSTÜL VE TAŞIN MİGRASYONU

ANIL GENÇOĞLU(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) OKTAY ÜÇER(1) ALİCAN ALBAZ(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİMDALI,MANİSA

AMAÇ

Bu çalışma, renal staghorn taşa bağlı kolorenal fistül ve taş migrasyonu nedeniyle ortaya çıkan nadir bir olgu üzerine odaklanmaktadır. Hastanın klinik seyri, hastalığın tanı ve tedavi yöntemleri ile ilgili klinik bilgi sağlanacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada, hastanın tıbbi geçmişi ve klinik bulguları retrospektif olarak incelendi. Hastanın önceki görüntüleme ve tetkik sonuçları detaylı bir şekilde değerlendirildi. Literatürde benzer vakaların tedavi yaklaşımları gözden geçirilerek, hastanın tedavi süreci ve sonuçları analiz edildi. Sunumun amacı, bu nadir görülen kolorenal fistül ve taş migrasyonu olgusunu kapsamlı bir şekilde tanımlamak ve yönetimine dair klinik bakış açısını sunmaktır.

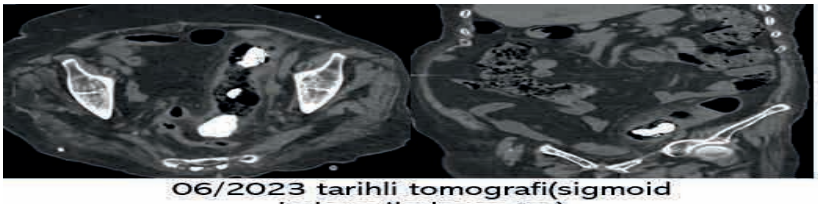
BULGULAR

İştahsızlık ve letarji nedeniyle 112 ile getirilen 87 yaşında kadın hasta, acil serviste değerlendirildi. Acil serviste yapılan tetkiklerde enfektif parametreler yüksek saptandı. Yapılan kesitsel görüntülemede sağ böbrekte kolonorenal fistül ve buna bağlı kalikslere ve sağ üreter proksimalinde hava imajları izlendi. Sigmoid kolonun distal kesiminde kalınlığı yaklaşık 3,5 cm olan taş imajları gözlendi. Kolorenal fistül ve renal staghorn taş migrasyonu olan hastanın olgu sunumunu amaçladık. Hastanın Haziran 2017'de çekilen BT sonucuna göre sağ böbrekte Grade 4 hidronefroz ve 51x30 mm boyutlarında taş görülmektedir. Hastaya o dönemde başvurusunda PNL operasyonu önerilmiş ancak hasta opere olmak istememiş..

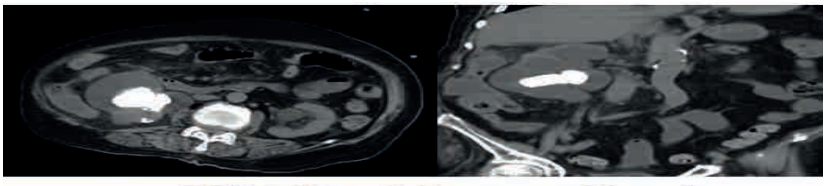
Hastanın son görüntülemede böbrekte taşın görülmemesi,bu süreçte hastanın taş cerrahisi geçirmemiş olması,sigmoid kolonda görülen taşın boyutu,şekli ve sertliğinin eski görüntülemede böbrekte görülen taş ile oldukça benzerlik göstermesi bize renal taş migrasyonu olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Böbrek ile kolon arasında fistül oluşumu oldukça nadir görülen bir durumdur. Renal kriyoablasyon, taşlı piyonefroz, RCC, renal tüberküloz sonrası nadir görülen vakalar literatürde mevcuttur. Renal staghorn taşa bağlı olarak oluşan ve taşın migrasyonuna imkan verecek genişlikte fistül oluşması ise çok nadirdir. Literatürde renal staghorn taşa bağlı kolorenal fistül görülen vakalarda staghorn taş migrasyonu olmayıp ilk tedavi seçeneği olarak hastalara nefrektomi ve segmenter kolon rezeksiyonu uygulanmış olsa da, bizim olgumuzda senilite ve genel durum bozukluğuna bağlı olarak tedavi mümkün olmamakta ve exitus ile sonuçlanmaktadır.



06/2023 tarihli tomografi(sigmoid kolona ilerleyen taş)



06/2017 tarihli tomografi(renal taş)

SB-134) BULBER ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL YAKLAŞIMLI AUGMENTED NON-TRANSECTED ANASTOMOTİK (VANTA) ÜRETROPLASTİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

MUSAB ALI KUTLUHAN(1) SAİT AYGÜN(2) SELMAN ÜNAL(3) ASIM OZAYAR(1)
EMRAH OKULU(1) KEMAL ENER(1) ONDER KAYİGİL(1)

1. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ
Ventral yaklaşımlı augmented non-transected anastomotik (vANTA) üretroplasti tekniğini tanımlamak ve bu tekniği kullandığımız hastaların fonksiyonel sonuçlarını sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde vANTA üretroplasti uygulanan yirmi üç hasta çalışmaya dahil edildi. Üretral darlık yeri, darlık uzunluğu, ameliyat öncesi üroflovmetri parametreleri (maksimum akım hızı (Qmax) ve ortalama akım hızı (Qmean)), ameliyat öncesi Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF)-5 skorları, ameliyat süresi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanede kalış süresi ve takip süreleri kaydedildi. Hastaların ameliyat sonrası 2. ve 12. ay Qmax, Qmean ve IIEF-5 skorları kaydedildi. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Nükssüz sağkalımı göstermek için Kaplan-Meier sağkalım analizi yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 52,1 ± 16,9 yıldı. Ortalama darlık uzunluğu 2,5 ± 0,5 cm idi. Ameliyat öncesi ve sonrası 2. ay üroflovmetri Qmax değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi ($p < 0,001$) (6,9 (0,0 - 14,5) vs 18,5 (5,5 - 41,5) ml/s). Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 2. ay IIEF-5 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Ameliyat öncesi ve sonrası 1. yıl medyan Qmax değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi (7,2 (0,0 - 12.3) vs 17,4 (11,2 - 24,3) ($p = 0,001$). Ameliyat öncesi ve sonrası 1. yıl IIEF-5 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Kaplan Mayer nükssüz sağkalım analizine göre, 6. ay nükssüz sağkalım oranı %95,7 idi.

SONUÇ
Bulber üretra darlıklarında, vANTA üretroplasti düşük postoperatif komplikasyon oranlarıyla etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu tekniğin önemli avantajlarından biri altta yatan korpus spongiosumun korunuyor olması ve böylece operasyon sonrası cinsel fonksiyon bozukluğu oluşma ihtimalinin düşük olmasıdır.

SB-135) PANSİSTEMİK İNFLAMASYON İNDEKSİ: RCC SAĞKALIMININ YENİ ÖNGÖRÜCÜSÜ OLABİLİR Mİ?

HASAN YILMAZ(1) MUHLİS ÜNAL(1) SERDAR BAYKAL(1) ENGİN TELLİ(1)
YUSUF YAĞIZ ÖZTÜRK(1) KEREM TEKE(1) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(1)

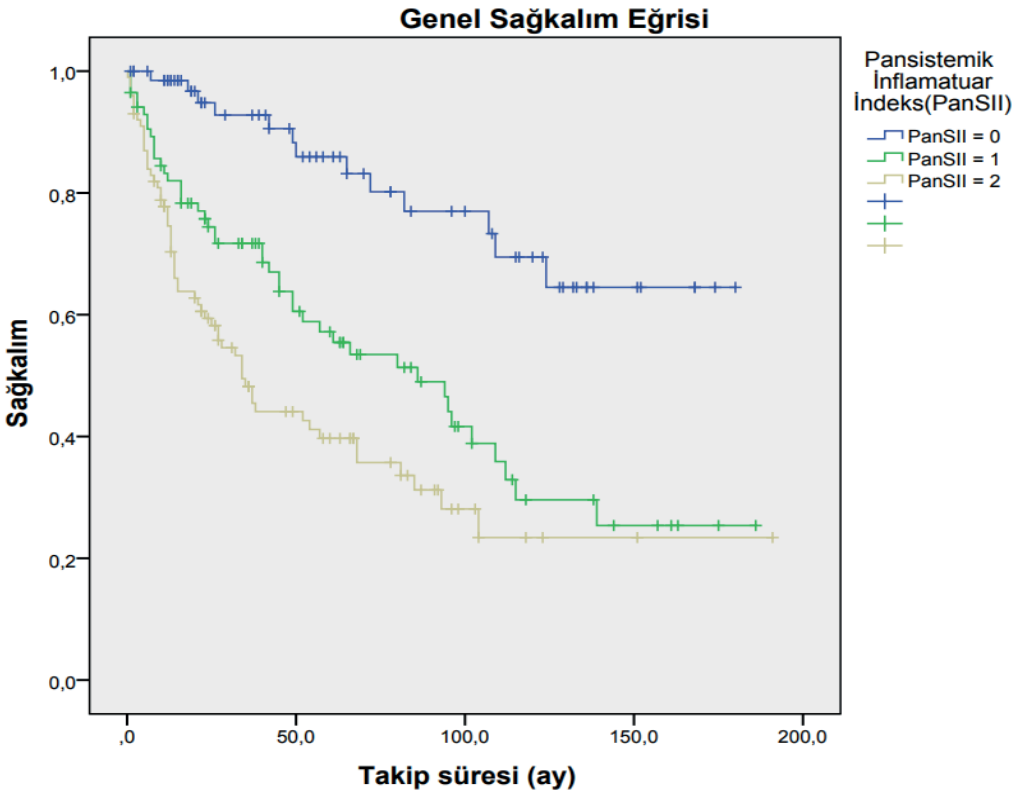
1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Böbrek hücreli kanser (RCC) sağkalımını öngürecek basit ve kolay uygulanabilir bir indeks belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya 2008-2022 yılları arasında böbrek tümörü (sadece RCC) nedeniyle radikal nefrektomi yapılan ve en az patolojik T2a (pT2a) olan 263 ardışık hasta dahil edildi. Perioperatif ölen (n=4) ve bilgilerine ulaşılamayan (n=4) hasta çalışma dışı bırakıldı. Hasta demografikleri, preoperatif kan parametreleri, yaşa göre düzeltilmiş Charlson komorbidite indeksleri (ACCI) (Koppie, Cancer, 2008. 112(11)), patolojik verileri ve onkolojik takipleri not edildi. Hiçbir hastaya neo-adjuvan veya adjuvan sistemik tedavi uygulanmadı. Metastaz gelişen hastalar Tıbbi Onkoloji kliniği ile konsülte edilerek İnterferon-? ve/veya hedefe yönelik tedavi uygulandı. Kan parametreleri ameliyattan 1 gün önce alındı. PIV (Pan inflamatuar Değeri: Monosit sayısı x trombosit sayısı/lenfosit sayısı) (Fucà , Br J Cancer, 2020. 123(3)) heaplandı. PIV' in genel sağkalıma (OS) göre optimal kesme değeri (328) X-tile yazılımı ile (versiyon 3.6.1., Yale Üniversitesi) belirlendi (Camp, Clin Cancer Res, 2004. 10(21)). Anemi, kan hemoglobin değerinin kadınlarda 12,0, erkeklerde 13,0 g/dL'nin altında olması olarak kabul edildi. Hastalardan PIV ?328 ve anemi + olanlar (Pan Sistemik İnflamasyon İndeks (PanSII)= 2, PIV<328 ve anemi – olanlar PanSII=0, PIV ?328 veya anemi + olanlar PanSII= 1 olarak gruplandı. Kaplan Meir analizleri ve Log rank karşılaştırması, tek ve çok değişkenli cox regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR
Ortanca takip süresi 37 (IQR 13-82) aydı. Takip sırasında hastaların %36,5'i öldü . İki ve 5 yıllık OS %73,8 ve %57,7 idi. PanSII gruplarına göre Kaplan Meir eğrileri Resim 1' de verildi. Her üçPanSII grubunun birbirinden anlamlı farklı olduğu saptandı (p<0,05). OS için öngörücü faktörler tek değişkenli cox regresyon analiziyle belirlendi . Bunlar ile yapılan çok değişkenli analizde yalnızca PanSII ve patolojik lenf nodu pozitifliği genel sağkalım için bağımsız öngörücü faktörler olarak saptandı (her iki p<0,0001). Buna göre preopratif PanSII=2 olanların ölüm riski 4,5 kat artmaktadır .

SONUÇ
Literatürde ilk defa preoperatif PIV ve anemi varlığını kullanarak oluşturulan PanSII' i ileri sürmekteyiz. Oluşturulan indeksin her bir grubunun birbirinden anlamlı farklı olduğunu gösterdik. PanSII' nin OS' yi öngörmede bağımsız faktör olduğunu saptadık. PanSII, gelecekteki çalışmalarda RCC için kullanılan geleneksel prognostik modellere implante edilerek modellerin RCC sağkalımını öngörücü özelliklerini iyileştirebilir.



Resim 1: PanSII kategorilerine göre genel sağkalım için Kaplan Meir Eğrileri. PanSII 0, 1 ve 2 grupları arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla p<0,0001 ve p=0,025).

SB-136) OKTOJENERYAN HASTALARDA SİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

KANAN JAMALZADE(1) FURKAN ÇOT(1) ALP AKYOL(1) KASIM EMRE ERGÜN(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde son 16 yılda oktojeneryan hastalarda mesane kanseri nedeniyle yapılan radikal sistektomi ameliyatlarının sonuçlarını değerlendirmektir. Özellikle bu hasta grubunda cerrahi müdahalenin yaşam süresini uzatmasa da hayat kalitesinde önemli bir iyileşme sağlayabileceğini göstermeyi hedefliyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

2009-2024 yılları arasında kliniğimizde radikal sistektomi yapılan 537 hastanın verileri tarandı. Bu hastalardan 80 yaş ve üzeri olan 32 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, tümör özellikleri, ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlar, hastane kalış süreleri ve yaşam kalitesi skorları ve sağkalım verileri elde edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 32 hastanın ortalama yaşı 82,1(80-94) yıl olup, %85' i erkek ve %15' i kadındı. Ameliyat sonrası erken dönemde (30 gün içinde) mortalite oranı %9 (3 hasta) olarak belirlendi. Postoperatif komplikasyon oranı %25 (8 hasta) olup, en sık görülen komplikasyonlar yara enfeksiyonu ve kardiyovasküler problemlerdi. 4 hastaya (%12) peroperatif kan transfüzyonu yapıldı. Böbrek fonksiyonlarında postoperatif süreçte anlamlı düşme saptanmadı. Ortalama hastane kalış süresi 14,3 ± 3,7 gün olarak saptandı. Ortalama tümör çapı 4,9 cm olarak saptandı. Üreterokutanostomi yapılan hastalarda ortalama operasyon süresi 143.5 dakika, ileal kondüit kullanılan hastalarda ortalama operasyon süresi 277,4 dakika olarak saptandı. 2 hastada eş zamanlı tek taraflı nefroüreterektomi de yapıldı.

Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde, hastaların %70'inde ameliyat sonrası dönemde belirgin bir artış gözlendi. Ancak, sağkalım analizi sonuçları, medyan sağkalım süresinin 24 ay olduğunu ve ameliyatın yaşam süresini belirgin şekilde uzatmadığını gösterdi.

SONUÇ

Oktagenaryen hastalarda mesane kanseri için uygulanan radikal sistektomi, yaşam süresini uzatmasa da süreçte gelişebilecek hematürinin engellenmesi, böbrek fonksiyonlarının daha uzun süre korunması gibi avantajları ile yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler sağlayabilir. Özellikle fiziksel fonksiyon ve genel sağlık durumunda görülen iyileşmeler, bu yaş grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha rahat sürdürebilmelerini ve sosyal yaşama daha aktif katılımlarını mümkün kılmaktadır. Bu sonuçlar, yaşlı hastalarda radikal sistektominin potansiyel yararlarını vurgulamakta ve cerrahi müdahalenin sadece yaşam süresine değil, yaşam kalitesine olan etkisinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Ancak, yüksek postoperatif komplikasyon oranları ve ameliyat sonrası erken dönem mortalite riskleri dikkate alınarak, hasta seçimi ve perioperatif bakımın titizlikle planlanması gerektiği unutulmamalıdır.

SB-137) SIRA DIŞI BİR RENAL ANGİOMYOLİPOM KANAMASI VAKASI: DOĞRUDAN ABDOMİNAL AORTADAN KAYNAKLANAN, ALIŞILMIŞIN DIŞINDA BİR VASKÜLER BESLENMEYE SAHİP RENAL ANGİOMYOLİPOM

CUMHUR YEŞİLDAL(1) ANIL YILMAZ(1) ÖMER YILMAZ(1)

1. SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Renal kistlerin tipik olarak kan kaynağını renal arterlerden aldığı bilinmektedir. Bununla birlikte, kistin arteriyel beslenmesinin renal arter yerine doğrudan abdominal aorttan kaynaklandığı nadir bir spontan renal kist hemorajisi vakası sunuyoruz. Bu olgu sunumunda, bu benzersiz anomalinin klinik prezentasyonu, tanısı ve koil embolizasyonu yoluyla başarılı yönetimi özetlenmektedir. Bu vaka, bildiğimiz kadarıyla, literatürde koil embolizasyonu kullanılarak stabilize edilen abdominal aortik kan beslemeli bir renal kist vakası olarak bildirilen ilk vakadır.

GEREÇ-YÖNTEM

5 yaşında kadın hasta acil servise halsizlik, üç gündür devam eden sağ taraflı karın ağrısı ve üç gün önce ortaya çıkan hematüri şikayetleriyle başvurdu. Hastanın ek hastalığı yoktu, önemli bir tıbbi geçmişi yoktu ve daha önce hiç ameliyat olmamıştı. Fizik muayenede hastanın sağ kostovertebral açı hassasiyeti vardı ve ateşi yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar testlerinde hemoglobin seviyesinin bir ila iki gün içinde 11,4 g/dL'den 9,4 g/dL'ye ve 7,2 g/dL'ye düştüğü görüldü. Dinamik renal ultrasonografi kistin ve retroperitoneal hematomun varlığını doğruladı. Kontrastlı abdominal BT taramasında sağ böbreğin alt kutbunda anjiyomiyolipom olduğundan şüphelenilen, duvarları kalınlaşmış ve kısmi kontrast tutulumu gösteren 132x92 mm boyutlarında bir kist saptandı. Ek olarak, kistin içinde ve çevresinde retroperitoneal boşluğa uzanan bir hematom gözlendi

BULGULAR

Hasta hastaneye yatırıldı, altı ünite eritrosit süspansiyonu ile stabilize edildi ve daha sonra girişimsel radyoloji tarafından değerlendirildi.Değerlendirme sonrasında tedavi yöntemi olarak koil embolizasyonu seçildi. Kistin kanamasından anormal damar sorumluydu. Abdominal aortadan kaynaklandığı tespit edildi ve koiller kullanılarak başarılı bir şekilde embolize edildi. Daha sonraki izlemlerde kist içi kanamanın durduğu ve hastanın stabil kaldığı görüldü. Hasta stabil durumda taburcu edildi. Taburcu olduktan 1 ve 3 ay sonra yapılan takip muayenelerinde kist kanamasının nüksettiğine dair bir bulguya rastlanmadı ve bu bulgu laboratuvar testleri ve BT taramaları ile de desteklendi.

SONUÇ

Renal anjiyomiyolipomların tipik olarak kanlanmalarını renal arterlerden aldıkları bilinmektedir. Bununla birlikte, anjiyomiyolipomun arteriyel beslenmesinin renal arter yerine doğrudan abdominal aorttan kaynaklandığı nadir bir spontan renal anjiyomiyolipom hemorajisi vakası sunuyoruz. Bu olgu sunumunda, bu benzersiz anomalinin klinik görünümü, tanısı ve koil embolizasyonu yoluyla başarılı yönetimi özetlenmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu, literatürde koil embolizasyonu kullanılarak stabilize edilen abdominal aortik kan beslemeli renal anjiyomiyolipomlu ilk vakadır.

SB-138) BÖBREK KİTLE BİYOPSİLERİNDE ÜROLOG DENEYİMİ

EFE HANÇER(1) ALP AKYOL(1) BUĞRA YILDIZ(1) KASIM EMRE ERGÜN(1)
MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Perkütan böbrek kitle biyopsisi, böbrek kitlelerinden doku örnekleri elde etmek için güvenli ve etkili bir yöntemdir .Bu prosedür, teşhis için yüksek oranda yeterli doku sağlar ve klinik karar verme sürecinde benign, malign ve metastatik lezyonlar arasında ayrım yapmaya yardımcı olur. Günümüzde küçük renal kitlelerin daha sık saptanması ve bu lezyonların benign olma olasılığının fazla olması böbrek biyopsisine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Ürologlar, renal kitle biyopsilerine ilişkin karar verme süreci de dahil olmak üzere, böbrek kitlelerinin yönetiminde önemli bir rol oynarlar.Çalışmamızda böbrek kitlelerini histolojik olarak değerlendirme amacıyla kliniğimizdeki 2 ürolog tarafından yapılan perkütan böbrek kitle biyopsilerinin bize sunmuş olduğu faydaları, sonuçları ve tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde Haziran 2023 ile Haziran 2024 arasında Perkütan Renal Kitle Biyopsisi 25 hastada gerçekleştirildi. Biyopsiler kliniğimiz Küçük Müdahale odasında lokal anestezi altında, Perkütan Co-axial Sheet kullanılarak Tru-Cut biyopsi yöntemiyle Ultrasonografi eşliğinde kitle vizualize edildikten sonra 5 odaktan örnek alacak şekilde gerçekleştirildi.

BULGULAR
Çalışmadaki 25 hastanın 10'u kadın, 15'i erkekti ve yaş aralığı 45 ile 95 arasında değişmekteydi. 12 hastanın kitlesi sağ, 13 hastanın kitlesi sol böbrekte yer almaktaydı. 8 hasta metastatik hastalığa sahipti. Kitle boyutları 2 cm ile 11 cm arasında değişmekteydi.Hastaların biyopsi patolojilerinde; 10 Hastanın patolojisi Berrak Hücreli RCC, 4'ü Papiller Tip RCC, 3'ü Epitelyal Malign Tm, 2'si Kromofob Tip RCC, 2'si İndiferan Malign Tm, 1'i Anjiomiyolipom, 1',i Eozinofilik Solid Kistik Rcc, 1'i Sınıflandırılamayan RCC, 1'i de Nekrotik Doku örneği olarak sonuçlandı.Bu Hastaların 11'i Parsiyel Nefroktomi, 1'i Radikal Nefrektomi olmak üzere 12 hastaya cerrahi işlem gerçekleştirildi. Nefrektomi materyali patoloji sonuçlarında; 7'si Berrak Hücreli RCC, 2'si Kromofob Tip RCC, 2'si Papiller Tip Rcc 1'i de Eozinofilik Solid Kistik RCC, olarak sonuçlandı. Biyopsi sonuçları ile karşılaştırıldığında 11 hastanın Biyopsi Patolojisi nihai patoloji ile uyumluyken, Nekrotik doku olarak sonuçlanan 1 hastanın nihai cerrahi patolojisi Eozinofilik Solid Kistik Rcc olarak sonuçlandı. Çalışmadaki iki hastaya Rf ablasyon uygulandı. 8 metastatik böbrek kitlesi olan hastalardan 6'sı onkoloji takibinde izlenirken, 2 hasta takipte ex oldu. 3 hasta takipsiz kalırken, 2 hastanın hali hazırda operasyon planı mevcut idi. Çalışmamızda Böbrek kitle biyopsilerimizin tanı için yeterli örnek sağlama başarısı %91,6 iken yine aynı oranda nihai patoloji ile uyum gözlendi.

SONUÇ
Böbrek biyopsileri geleneksel olarak Girişimsel Radyoloji ve Nefroloji tarafından uygulanır. Özellikle Usg eşliğinde işlem yapmaya hali hazırda yatkın, hasta ile ilk karşılaşan, takip eden ve tedavi stratejisi oluşturan ürologların aynı zamanda hastanın biyopsi işlemini gerçekleştirmesinin önemli olduğunu dahası cerrahi olarak organ ile daha aktif ve yakından çalışan ürologların kitle biyopsi örneği alınmasında yetkinlik açısından diğer branş doktorlarına göre avantajları olduğu görülmektedir. Kitlesel lezyonlarda böbreğin anatomisine hakimiyet, sonuçların doğru değerlendirilmesi ve sonraki gerekli cerrahi prosedürlerin daha uygun planlanması açılarından ürologların perkütan böbrek kitle biyopsilerini yapmasının daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Biyopsi Patolojisi Sonuçları	Berrak Hücreli RCC	10
	Papiller Tip RCC	4
	Epitelyal Malign Tümör	3
	Kromofob Tip RCC	2
	İndiferan Malign Tümör	2
	Anjiomiyolipom	1
	Eozinofilik Solid Kistik RCC	1
	Sınıflandırılamayan RCC	1
	Nekrotik Doku	1
Cerrahi İşlem	Parsiyel Nefroktomi	11
	Radikal Nefrektomi	1
Cerrahi Patoloji Sonuçları	Berrak Hücreli RCC	7
	Kromofob Tip RCC	2
	Papiller Tip RCC	2
	Eozinofilik Solid Kistik RCC	1

SB-139) AÇIK ANTEGRAD RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE KONTİNÜ VEZİKOÜRETRAL ANASTOMOZ: İLK 22 OLGUDA ONKOLOJİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARIMIZ

ALP AKYOL(1) KENAN JAMALZADE(1) KASIM EMRE ERGÜN(1)
MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinin tedavisinde yaygın olarak uygulanan bir cerrahi yaklaşımdır. Bu çalışmanın amacı, Ekim 2023'ten sonra açık antegrad radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniğini kullanarak kliniğimizde tek cerrah tarafından gerçekleştirilen ilk 22 olgunun onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya, tek cerrah tarafından açık antegrat radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz uygulanan ilk 22 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat süreleri, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, patolojik bulgular ve takip süresince elde edilen onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın yaş ortalaması 66,4(59-80)idi. Ortalam PSA değerleri 12,1 ng/mL (1,5-50)olarak ölçüldü. Prostat hacimleri ortalama 49,75 mL (30-130) saptandı. Hastaların preoperatif mr kognitif füzyon biyopsi patolojileri %25 hastanın ISUP GG1, %15 hastanın ISUP GG2 grubunda iken ISUP GG3(%20), GG4(%20), GG5(%20) eşit olarak dağılmıştır. EAU biyokimyasal rekürrens risk sınıflamasına göre hastaların %25'i düşük riskli, %35' i orta riskli, %40' ı yüksek riskli lokalize hastalığa sahipti. Operasyon süreleri ortalama 130 dakika(112-149) idi. Ortalama anastomoz süresi 22 dakika(20-25) ölçüldü. Tahmini kan kaybı ortalama 250 cc(195-310) olarak hesaplandı. Ortalam hospitalizasyon süresi 3 gündü. Foley sonda cerrahın tercihine göre 10 ya da 14 gün tutuldu. Endikasyonu olan 10 hastada bilateral nörovasküler bundle korundu. Peroperatif anastomoz kontrolü sırasında ekstraluminasyon saptanan hasta olmadı. Postop takiplerde Clavien 3 ve üzeri herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılan 16 hastanın 4'ünde lenf nodu metastazı mevcuttu. 6 hastada(%27) periferik cerrahi sınır pozitifliği saptanırken, apeks ya da mesane boynu cerrahi sınırında pozitiflik saptanmadı. Periferik cerrahi sınır pozitifliği saptanan hastaların %66' sı(4) yüksek riskli hastalığa sahipti. Postoperatif takiplerde hastaların tam kontinans sağlama oranı postop 1. ayda %100 olarak saptandı. Vezikoüretral anastomoz darlığı gelişen hasta olmadı. Seksüel potans sağlama oranı tüm hastalarda %22(5) olarak saptanırken bilateral NVB korunan hastalarda bu oran %40(4) olarak ölçüldü.

SONUÇ
Açık antegrad radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniği ile gerçekleştirdiğimiz ilk 22 olgunun sonuçları, bu cerrahi yaklaşımın güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir. Onkolojik sonuçlar açısından değerlendirildiğinde, hastaların önemli bir kısmında patolojik bulgular olumlu olup, yüksek riskli hastaların da bu teknik opere edilebileceği görülmektedir. Fonksiyonel sonuçlar açısından ise tam kontinans oranı oldukça yüksek olup, anastomoz darlığı gibi ciddi komplikasyonlar görülmemiştir. Bilateral nörovasküler bundle korunan hastalarda seksüel fonksiyonların korunma oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu veriler ışığında, açık antegrad radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniğinin, uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında, hem onkolojik hem de fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlar sunduğunu söyleyebiliriz. İleriye dönük daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takipler ile bu bulguların doğrulanması gerekmektedir.

SB-140) ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ CERRAHİSİNDE PERİÜRETRAL SÜSPANSİYON SÜTÜRÜNÜN KONTİNANS ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ASIM ÖZAYAR(1) TÜRKER SOYDAŞ(2) ONUR ENES TUNÇ(2) SELMAN ÜNAL(3)
MUSAB ALİ KUTLUHAN(1) EMRAH OKULU(1) ÖNDER KAYIGİL(1)

1. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
3. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Radikal prostatektomide son 30 yılda ciddi oranda artış olmuştur. Onkolojik sonuçların yanı sıra, postoperatif dönemde kontinans ve erektil fonksiyonların korunması da hastaların hayat kalitesi açısından önem arz etmektedir. Son yıllarda cerrahi tecrübe, teknik ve teknolojide gelişmelere rağmen postprostatektomik inkotinans hala önemli sorun olarak devam etmektedir. Her ne kadar robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi daha erken kontinans sağlasa da yine de erken dönemde inkontinans sık görülebilmektedir. Bunu azaltmaya yönelik çok sayıda modifikasyon ve teknik tanımlanmıştır. Periüretral süspansiyon sütürü, puboprostatik ligamanları taklit ederek üretraya ve mesane boynuna ek destek sağlayarak üriner kontinansı iyileştirmek için tasarlanmış bir tekniktir. Bu çalışmada robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi cerrahisinde periüretral süspansiyon sütürünün kontinans üzerine kısa ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Cerrahi teknik; 3/0 vloc çift iğneli barbed sütür ile üretranın mesaneye anastomozunu takiben bu sütürlerin devamı ile anastomoz hattının üstünden saat 11 ve saat 1 hizasında iki taraflı olacak şekilde pubik kemiğinin perikondriyumundan geçirilerek anastomoz stabilizasyonu ve süspansiyonu sağlanır. Çalışmamız 2016-2023 tarihleri arasında robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi cerrahisi uygulanan 117 hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar periüretral süspansiyon sütürünün uygulandığı ve uygulanmadığı olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların postoperatif 1. ay ve 1. yıl kontinans durumu ICIQ-SF ve kullanılan ped sayısına göre değerlendirilmiştir.

BULGULAR

117 hastanın verileri değerlendirildiğinde 22 (%18.8)'sine periüretral süspansiyon sütürü uygulanmış, 95 (%81.2)'ine uygulanmamıştır. Postoperatif 1. ay ICIQ-SF skorları sütür uygulanan grup için ortalama 1.5 (0-6), sütür uygulanmayan grup için 3.7 (0-17) olarak değerlendirilmiştir ve gruplar arasında istatistiksel fark izlenmiştir (p=0.022). 1. yıl ICIQ-SF skorları sütür uygulanan grupta 1.1 (0-5), sütür uygulanmayan grupta 2.3 (0-15) olarak değerlendirilmiştir (p=0.097). Postoperatif 1. ayda ped kullanma ihtiyacı olmayan hastalar sütür uygulanan grup için 18 (%81.8) iken, sütür uygulanmayan grup için 68 (%71.5) olarak değerlendirildi (p=0.094). Postoperatif 1. yılda ped kullanma ihtiyacı olmayan hastalar sütür uygulanan grup için 19 (%86.4) iken, sütür uygulanmayan grup için 75 (%78.9) olarak değerlendirildi (p 0.062).

SONUÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi cerrahisinde periüretral süspansiyon sütürü ilgili deneyimimiz, sütür uygulanan hastalarda erken idrar kontinansını iyileştirmek için değerli bir teknik olduğunu göstermektedir. Bu bulguların daha fazla doğrulanması ve tekniğin iyileştirilmesi için daha geniş hasta grupları ve daha uzun takip süreleri içeren gelecekteki çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-141) OLGU SUNUMU:NADİR HEMATÜRİ NEDENİ OLARAK ÖNCEKİ GEBELİKTE OLUŞAN VE MESANEYE İNVAZYON GÖSTEREN PLASENTA PERKREATA

MUSTAFA BOZLU(1) SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(1) ALPER ÖZORAK(1) GÜLÜM CEREN BOZLU(1) MEHMET OKAN ÖZKAYA(1)

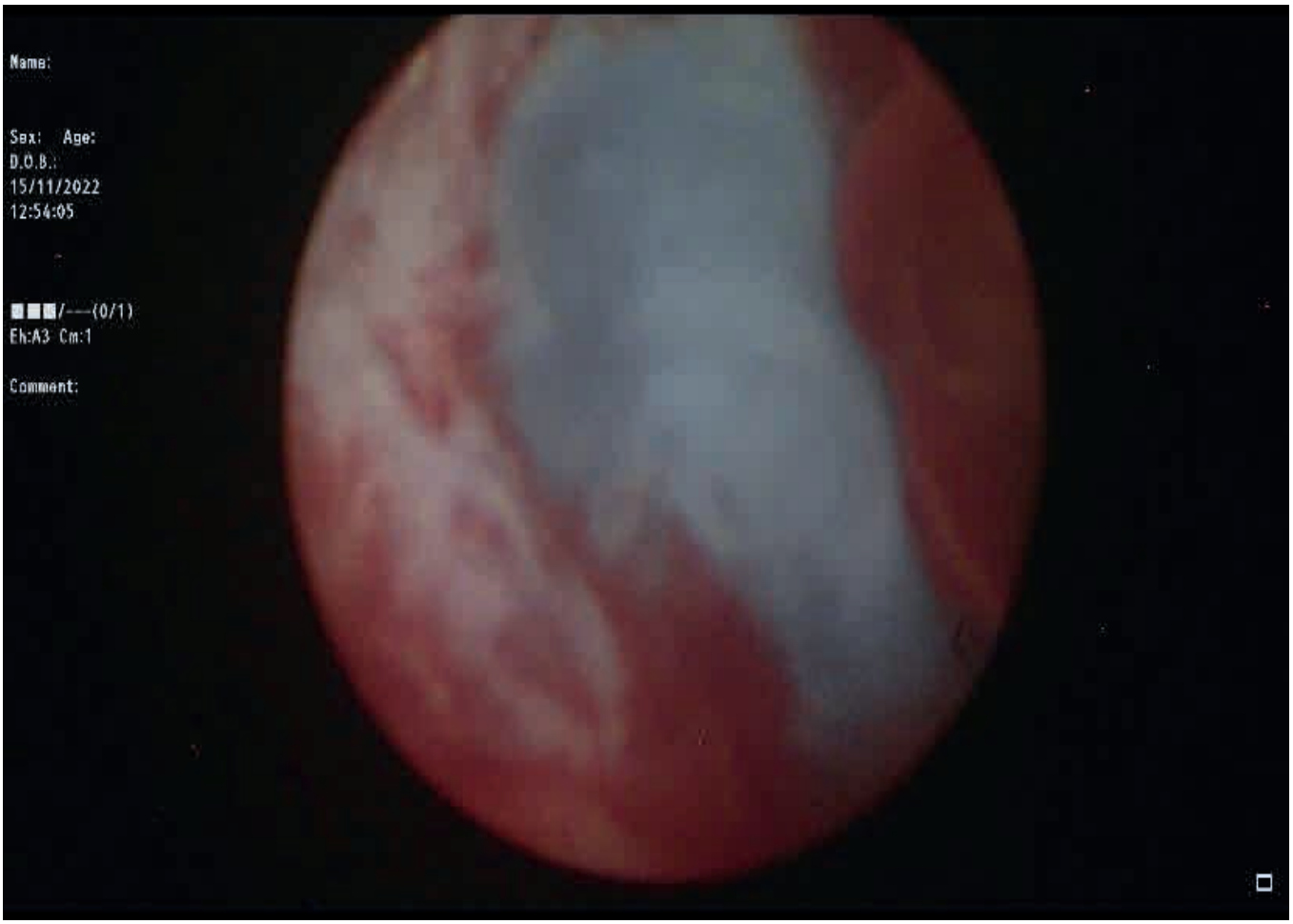
1. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ
Plasenta perkreata, plasentanın myometriumu invaze ettiği ve mesane gibi komşu organların da tutulabildiği nadir bir obstetrik durumdur.Her 1/500-1/1000 gebelikte görülebilmekle beraber son yıllarda artan sezaryen sayısı ile birlikte hem plasenta perkreata hem de diğer invaziv plasenta tiplerinin (plasenta akreata ve plasenta inkreata) insidansında artış söz konusudur. Plasenta perkreatanın anne ve bebek içi sırasıyla %9,5 ve %24'e varan mortalite oranlarına sahip olması gebelik sırasında erken teşhis edilmesini zorunlu kılmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
32 yaş hasta gebeliğin 31.haftasında hematüri şikayeti ile polikliniğe başvuruyor.Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın önceki gebeliğinde plasenta perkreata tanısı ve buna bağlı mesane perforasyon öyküsü bulunuyor.Kliniğe yatışı yapılan hastanın laboratuvar parametreleri Hb:10.8 g/dL Plt:293.000/uL TİT:8368RBC/13WBC şeklinde olup vital bulguları stabildi.Hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografisinde mesane posterior duvarında 24x18mm boyutunda hipoekoik görünüm izlenmesi üzerine lokal anestezi altında sistoskopide mesane içi hematom izlenmiş olup hematom boşaltılamaması üzerine acil cerrahi kararı alındı.Genel anestezi altında yapılan sistoskopide mesane posterior duvarındaki görünümün plasentaya ait olması üzerine hastaya hematom boşaltımı ve bipolar yöntemle kanama kontrolü yapıldıktan sonra bilateral üreterlere 4.8 F DJ stent yerleştirilerek sezaryen ve plasenta eksizyonu uygulanıp plasenta perkreatanın mesaneye invaze olan kısmına da parsiyel sistektomi uygulanarak mesane iki kat primer olarak onarılıp üreteral kateter yerleştiriliyor.Postoperatif takiplerinde klinik ve laboratuvar parametreleri stabil olan hasta postoperatif 5.günde antikolinerjik reçete edilerek taburcu ediliyor.Postoperatif 15.günde üretral kateteri ve postoperatif 4. haftada bilateral üreter stentleri alınan hastanın tedavisi tamamlandı.

BULGULAR
Plasenta perkreata plasenta adezyon bozuklukları arasında en az görülen form olmasına rağmen normal fetal gelişim ve tam süreli bir gebeliğin sürdürülebilmesine karşın erken doğum veya peripartum kanamaya ayrıca daha ciddi komplikasyonlara neden olan en şiddetli formudur.Hematüri plasenta prekreata vakalarının yaklaşık %25'inde karşımıza çıkmaktadır. Gross hematüri ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastalarda plasenta perkreatadan şüphelenilmelidir. Plasenta perkreataya bağlı hematüri için halen optimal tedavi yöntemi tartışmalı olup elektif yaklaşım sezaryen+histerektomi 'ye ek olarak sistostomi veya parsiyel sistektomidir. Sezaryen+histerektomi yapılacak ise preoperatif bilateral üreteral stent yerleştirilmesi esastır

SONUÇ
Plasenta perkreata, plasental adezyon bozuklukları arasında en az görülen fakat en ciddi komplikasyonlara sahip tip olup %25 oranında hematüri gözlenmektedir. Plasenta perkreata erken tanı ve tedavi gerektirir. Şiddetli kan kaybı için tedavi planlamasının doğru bir şekilde yapılması önemlidir. Gri skala ultrasonografi, renkli doppler ultrasonografi, i.v. gadolinyum kontrastlı MRG ve sistoskopi gibi görüntüleme yöntemlerinin hepsinin bu durumun erken saptanmasında etkili araçlar olduğu gösterilmiştir. Gebelik esnasında görülebilecek hematürinin anne ve bebek için mortalite riski oluşturan plasenta perkreatanın bir bulgusu olabileceği unutulmamalıdır.


Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
15/11/2022
12:54:05
■■■/---(0/1)
Eh:A3 Cm:1
Comment:

SB-142) MİLES OPERASYONLU HASTADAN PROSTAT BİYOPSİSİ ALMAK İMKANSIZ MI?: OLGU SUNUMU

ALİ CAN ALBAZ(1) OKAN YİĞİT(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) OKTAY ÜÇER(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Miles operasyonu ile rektumu çıkarılıp anal kanalı kapatılan olgumuzda prostat malignitesine yönelik tanı almasını sağlamak amacıyla konveks prob ultrasonografi(usg) ile transperineal biyopsi deneyimimiz sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

Prostat adenokarsinomuna(ca) yönelik tedavi başlanması için patolojik tanı şarttır. Özel endikasyonlu hastamıza planlanan yöntemle biyopsi yapılmış ve tanı konularak tedavisine başlanmıştır.

BULGULAR

65 yaşında erkek hasta sık sık idara çıkma, gece 2-3 kez uykudan uyanma ve idrarını tam boşaltamama hissiyle tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkiklerde PSA: 50.7 ng/ml, hemogram böbrek fonksiyon testleri olağan, çekilen üriner sistem usg'de prostat volümü 6*6*7 cm(110 gr), üst üriner sistemde dilatasyon yok. Üroflowmetri: 8.5/320/150 trase obstrüktif olarak değerlendirildi. 2016 yılında rektum adenokarsinomu(ca) nedenli miles operasyonu geçiren hastanın rektumu alınmış anal kanalı kapatılmış ve kalıcı kolostomi ile hayatını idame ettiren hastaya rektal tuşe yapılamadı. Hastanın bilinen ek hastalığı yok ve kolon ca açısından onkolojiye danışılan hastanın kür kabul edildiği öğrenildi.

Alt üriner sistem semptomlarına(AÜSS) yönelik alfa-blokör ve dutasterid başlandı, prostat malignitesine yönelik multiparametrik prostat MR planlandı. Çekilen MR raporunda "Periferik zonda apekste sağda mit zondan başlayarak yaklaşık 15x30 mm uzunluğunda apeksin sağ yarısına orta hattı geçecek şekilde cerrahi kapsül ve prostat kapsülü arasında devam eden düşük ADC değerli PIRADS4 lezyon tanımlanmaktadır. Bununla birlikte apeks sol yarısında anteriorda da fokal düşük ADC değerli alanlar PIRADS 3 lezyonlar mevcuttu. Lezyonlar prostat kapsülünü aşmamıştır." Komorbiditesi olmayan, genel durumu iyi olan hastaya mevcut klinik ve bulgularıyla prostat biyopsisi önerildi.

Kliniğimizde rektal ultrason eşliğinde transperineal prostat biyopsisi rutin uygulanmaktadır ancak anal kanalı kapalı hastaya özel endikasyonu sebebiyle litotomi pozisyonunda sedoanaljezi altında konveks prob ile yapılan usg'de transperineal prostat biyopsi yapılması planlanmıştır. 6 kor yapılan biyopsi patoloji raporunda Prostat ca; Sağ orta: %50 - Gleason skoru: (4+ 3) 7 /10 - WHO/ISUP derece grubu: III - Perinöral invazyon: Saptanmamıştır.- Ekstraprostatik yayılım: Saptanmamıştır.

Prostat ca nedeniyle metastaz açısından değerlendirilmek için PET-PSMA istendi. PET-PSMA raporunda "Sol paraaortik lenf nodlarında,prekaval interaortakaval,mezenterik lenf nodlarında, sol 3.kosta vertebral bileşkede, sağ sympizis pubiste kemik met. ile uyumlu patolojik Ga-68 PSMA tutulumu mevcuttur." AÜSS yönelik medikal tedaviden fayda gören hastaya metastatik prostat ca nedeniyle goserelin, bikalutamid başlandı ve kemoterapi tedavisi için onkolojiye yönlendirildi.

SONUÇ

Transperineal prostat biyopsisi daha az enfeksiyon riski, daha az kanama riski, daha hızlı iyileşme süreci ve daha yüksek kanser bulma oranı sebepleriyle transrektal prostat biyopsisine göre daha çok tercih edilmektedir. Perineal ultrasonografi kullanımı ve transperineal prostat biyopsi işleminde deneyimli hekimler sayesinde bir başka avantajı da anal kanalı kapalı hastalarda prostat biyopsisi için güvenle tercih edilebilir.

SB-143) ENTEROBİUS VERMİCULARİS VE SPONTAN MESANE PERFORASYONU

ALİ CAN ALBAZ(1) MUHAMMET BİLMİŞ(2) OKTAY ÜÇER(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ
2. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu olgu sunumunda masif hematüri ile acil servise başvuran spontan mesane perforasyonu vakasının paylaşılması amaçlanmıştır. Mesane perforasyonları, nadir görülen ve intraperitoneal olduğu takdirde, hayatı tehdit edici boyuta ulaşabilen ürolojik acil cerrahi gerektiren durumlardan biridir. Nonspesifik semptomları ve nadir görülmesi nedeniyle tanıyı doğru koymak ve tedavisini planlamak zaman alabilmektedir. Bu olgu sunumunda da gaita analizinde parazit(Enterobius vermicularis) görülen hastanın spontan mesane perforasyonu olgusu anlatılmaktadır

GEREÇ-YÖNTEM

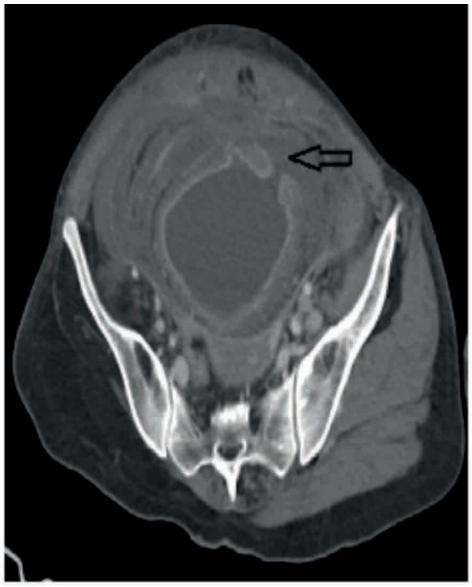
60 yaşında kadın olgumuz, idrar yapmada zorlanma ve ardından başlayan masif hematüri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın anamnezinde sürekli gaitada kurtçuklar gördüğünü ve zaman zaman enfeksiyon hastalıklarından tedavi aldığını beyan etti. Herhangi bir travma öyküsü olmayan hastanın bilinen başka ek hastalığı ve operasyon geçmişi yoktu. Hastaya sonda tatbikinden sonra da devam eden suprapubik ağrı ve batında yaygın hassasiyeti devam eden hastaya olası mesane patolojilerini dışlamak adına kontrastlı bilgisayarlı tomografi çekildi. Yapılan görüntüleme sonucu mesane posterior duvardan opak kaçışı görüldü. Hasta mesane perforasyonu ön tanısıyla acil vakaya alındı.

BULGULAR

Vaka sırasında mesane posterior duvarda nekroze, frajilitesi artmış,koyu renkli dokular görüldü. Bu bölgeye debridman yapıldıktan sonra mesane posterior duvarı onarılarak vakaya son verildi.

SONUÇ

Spontan mesane perforasyonu nadir görülen, değerlendirilmesi zor ve tanıda yaşanan gecikmelerin sonuçları itibariyle hayatı tehdit edebilecek boyuta ulaşabilen ürolojik bir acildir. Spesifik tanı metodu olmamakla birlikte şüphe halinde BT sistografi veya retrograd sistografi tekniği seçilmeli ve intraperitoneal mesane rüptüründe cerrahi tedavi ön planda değerlendirilmelidir.



SB-144) RADİKAL SİSTEKTOMİ OPERASYONUNDA ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLARI BELİRLEYEN FAKTÖRLER

EMRE ALBAYRAK(1) RABİA HIZARCI(1) MESUT ALTAN(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ
Radikal sistektomi ve üriner diversiyon ameliyatları sonrasında erken dönem komplikasyonlar ile ilişkili faktörlerin araştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.08.2020 tarihinde G0 20/698 karar numarası ile onaylanmıştır.
Ocak 2009 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Üroloji Kliniği'nde Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan 405 hastanın verileri retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Post operatif ilk 90 gün içinde olan komplikasyonlar Modifiye Clavien-Dindo sınıflandırılmasına göre skorlandı. Modifiye Clavien-Dindo sınıflamasına göre grade 3a ve üzeri komplikasyonlar, majör komplikasyon olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, komorbidite durumu, neoadjuvan kemoterapi alıp almaması, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anestezi süresi ile komplikasyonlar arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR
Hastaların yaş ortalaması 62,9±9,7 yıldı. 405 hastanın 43'ü (%10,6) kadın, 362'si (%89,4) erkekti. Üriner diversiyon yöntemi olarak 70 (%17,3) hastaya ortotopik diversiyon, 335 (%82,7) hastaya ileal loop uygulandı. 256 (%63,2) hastada ürolog, 49 (%36,8) hastada genel cerrah tarafından ileoileal anastomoz yapıldı. 240 (%59,3) hastada en az bir komplikasyon görülürken, 165 (%40,7) hastada komplikasyon izlenmedi. Majör komplikasyon oranı %15,1 idi (61 hasta). Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut kitle indeksleri, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, üriner diversiyon şekli ile komplikasyon arasında ilişki bulunmadı ($p=0,618$, $p=0,692$, $p=0,071$, $p=0,478$, $p=0,078$, $p=0,058$, $p=0,227$). Tek değişkenli analizde anestezi süresi ve ileoileal anastomozu yapan bölüm ile komplikasyon gelişimi arasında anlamlı ilişki bulundu. ($p<0,001$, $p=0,002$). Çok değişkenli analizde ise sadece anestezi süreleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0,001$, OR: 1,007 (1,003-1,010)).

SONUÇ
Radikal sistektomi ve üriner diversiyon komplikasyonlara açık majör bir cerrahidir. Anestezi süresinin uzaması komplikasyon gelişimi için bir risk faktörüdür.

SB-145) SOLİTER BÖBREKLİ ÜRETERONEOSİSTOSTOMİLİ HASTADA ÜRİNER TAŞA YAKLAŞIMIMIZ OLGU SUNUMU

OSMAN MERT YİRMİBEŞ(1) CANER ÖZKAN(1) BERAT ALP(1) OSMAN ERGÜN(1) SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(1)

1. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ISPARTA

AMAÇ

VUR'un cerrahi tedavisinde sık uygulanan yöntemlerden biri de Cohen üreteroneosistostomi(UNS)'dir. Cohen UNS'nin, olası semptomatik ürolithiyazis gelişiminde retrograd üreteral girişimi zorlaştırabileceği bilinmektedir. Bu yazıda sağ soliter böbrekli, üreter ve renal taşı olan cohen UNS'li olguya yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

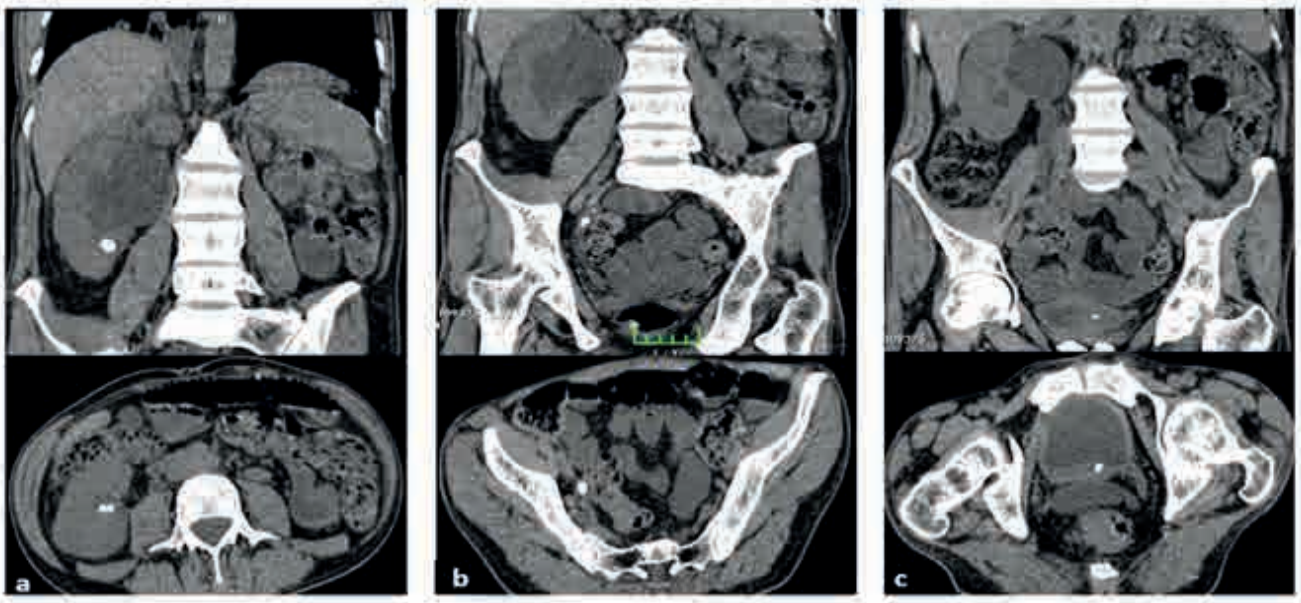
OLGU: BİlateralvurtanısınedeniyleSolnefrektomi,üreteraugmentasyon,sağcohenUNSolan42yaşerkek hasta sağ yan ağrısı ve idrar miktarında azalmayla başvurdu. USG'de sağ böbrekte grade 3 hidronefroz saptanan hastanın, BT'de böbrek içerisinde ve üreterde taşlar izlendi (Görüntü:1). Hastanın tetkiklerinde kreatininde artma, elektrolit imbalansı ve enfeksiyon parametrelerinde yükseklik mevcut (Tetkik sonuçları tablo 1'de mevcuttur). Hastaya nefrostomi katateri takılarak antibiyotik tedavisine başlandı . Enfeksiyon tedavisi tamamlandıktan sonra hastaya operasyon kararı alındı. OPERASYON NOTU: Üreter orifisi orta hattın sol tarafında diğer orifisin üzerinde izlendi. 0,035inç hidrofilik guide üretere ilerletildi, guide üzerinden flexible URS ile girilerek distal üreterdeki taş lazer lithotriptörle (LT) kırıldı. Takiben 0,035 inç sensör guide böbreğe ilerletilerek guide üzerinden üreteral erişim kılıfı ilerletildi. Flexible URS ile girilerek orta üreterdeki ve böbrek içindeki taşlar LT ile kırıldı. Guide üzerinden 4,8F double J kateter takıldı.

BULGULAR

Cohen UNS, üreteral orifisi trigonun karşı tarafına ilerletirken submukozal tünel oluşturulan cerrahi tekniktir. Üreterin normal anatomik yerleşiminin değişmesine bağlı olarak retrograd girişim zorlaşır. Literatürdeki veriler bunu desteklemektedir. Ürolitiazis gelişen ve retrograd erişim sağlanamayan hastalarda taş tedavisinde invaziv antegrad prosedürler veya açık cerrahi gerekebilir. Bu yaklaşımlarla morbidite ve komplikasyon riski de artmaktadır. Ek olarak, invaziv cerrahi prosedürlerden kaçınmak amacıyla hastalığın ilerlemesine rağmen taşların gözlemlenmesine yönelik bir eğilim olduğu izlendi.

SONUÇ

Endoürolojik ekipman ve teknikteki ilerleme sayesinde Cohen öyküsü bulunan semptomatik ürolitiyazisli hastalarda retrograd olarak üst üriner sisteme erişim oranı artmaktadır. Bu sayede ürologlar, bu hasta grubunda taşları gözlemlemekten çıkarak minimal invaziv yöntemlerle erken müdahaleyle tedavi edebileceklerdir.



Görüntü 1

a) Böbrek inferior kaliks içerisinde 5 mm taş
b) Üreter iliak çapraz seviyesi altında 10 mm taş
c) Distal üreterde UV bileşke düzeyinde 5 mm taş

Potasyum	6,55 mmol/L
Kreatinin	3,54 mg/dl
C-reaktif protein	101 mg/L
Prokalsitonin	6,7 ng/ml
TİT	27E,75L nitrit:+
İdrar kültürü	E Coli

Tablo 1: Laboratuvar değerleri

SB-146) OLGU SUNUMU: BÖBREK MİKST EPİTELYAL STROMAL TÜMÖRÜ

ALİCAN ALBAZ(1) ANIL GENÇOĞLU(1) EFGAN MAMMADLİ(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) OKTAY ÜÇER(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) OKAN YİĞİT(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİMDALI

AMAÇ

Bir olgumuzda tespit edilen ve başlangıçta Bosniak Tip 2F kist olarak değerlendirilen, ancak daha sonra Bosniak Tip 3 kist olarak tanımlanan mikst epitelyal stromal tümörün (MEST) klinik ve patolojik özelliklerini tartışmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

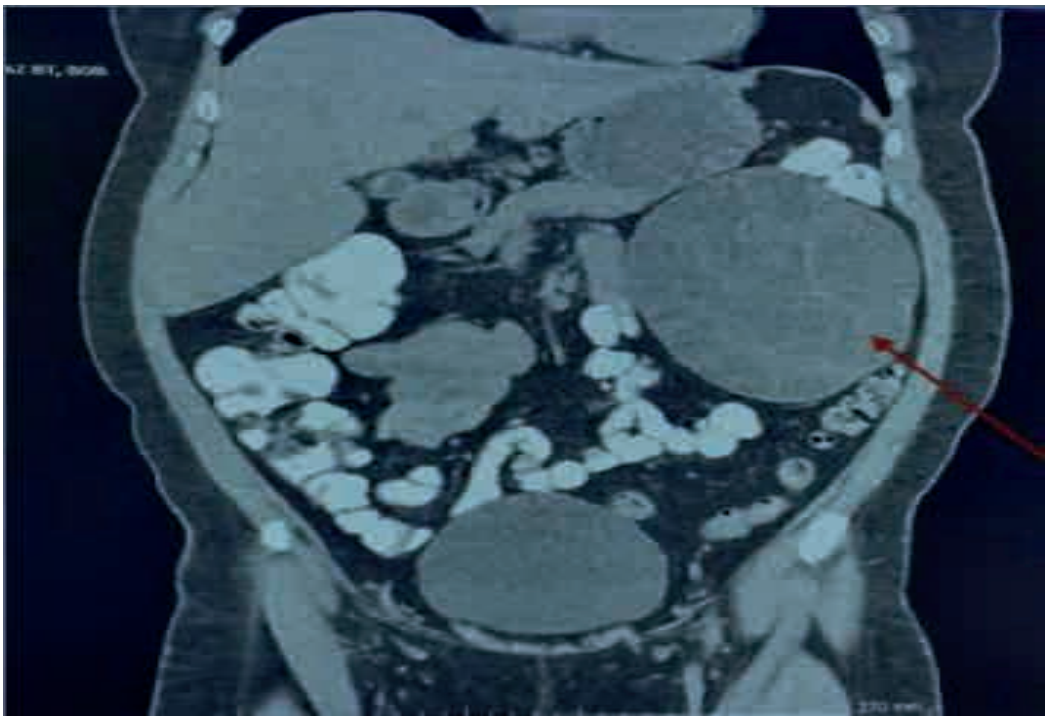
2019 ve 2024 yıllarında tarafımıza başvuran hastanın görüntüleme, tanı, tedavi ve takipleri gerçekleştirildi.

BULGULAR

48 yaşındaki kadın hasta 2019 yılında epigastrik ağrı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Çekilen kontrastlı abdomen tomografisinde sol böbrekte 102x100 mm boyutlarında, heterojen eko yapıda septalı kist tespit edildi. Kist tip 2F olarak değerlendirildi (Şekil 1) ve sonrasında 2024 yılına kadar takiplerine gelmeyen hasta yeniden yan ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Yeniden çekilen tomografisinde sol böbreğin üst ve orta polünden başlayan, pelvise uzanan, içinde multiple ince septaları barındıran, belirgin duvar kalınlaşması ve dinamik serilerde belirgin kontrast tutulumu göstermeyen 140x120 mm boyutunda kitle tespit edildi. Önceden Tip 2F olarak sınıflandırılan kistin Bosniak Tip 3 kist olarak değerlendirilmesi üzerine hastaya nefrektomi planlandı. Haziran 2024 tarihinde sol radikal nefrektomi yapıldı ve nefrektomi materyali patolojiye gönderidi. Nefrektomi materyalinde nadir olarak görülen böbreğin mikst epitelyal stromal tümörü (MEST) tanısı konuldu. Tümörde yağ doku invazyonu görülmedi.

SONUÇ

Böbreğin mikst epitelyal ve stromal tümörleri (MEST), nadir görülen tümörlerdir. Bu tümörler solid-kistik, epitelyal ile stromal elemanlar içeren neoplaziler olup malign tümörlerden ayrımı zordur. Bu olgu, MEST'in tanısal zorluklarını ve tedavi yaklaşımlarını vurgulayarak benzer vakaların yönetimine ışık tutmayı amaçlamaktadır.



SB-147) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ CERRAHİSİNDE DRENAJ YÖNTEMLERİ İLE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

MEHMED EMİN KAYACAN(1) CAN SİNİRSİZ(1) SÜMEYYE TERZİ(1) BARIŞ DOĞAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) ÖMER DEMİR(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Çalışmamızda PCNL yapılan hastalarda drenaj yöntemleri (nefrostomi, double j stent, tubeless) ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamıza Kasım 2019-Mayıs 2024 tarihleri arası böbrek taşı nedeniyle PCNL yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, ameliyat verileri, laboratuvar değerleri ve postoperatif komplikasyonları retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar drenaj yöntemine göre 3 ayrı gruba ayrıldı ve postoperatif komplikasyonlar açısından istatistiksel analiz yapıldı.

BULGULAR
Çalışmamıza toplamda 544 hasta dahil edildi. Çıkış stratejisi hastaların 493'ünde (%90,6) nefrostomi ile 42'sinde (%7,7) DJ stent ile, 9'unda (%1,7) tubeless olarak belirlendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 49,3, 258'i erkek (%47,4), 286'sı (%52,6) kadın cinsiyetindeydi. Postoperatif komplikasyonlardan ağrı 519 (%95,4) hastada, idrar yolu enfeksiyonu 63 (%11,6), gross hematüri 21 (%3,9) hastada, hematom 4 (%0,7) hastada, ürinom-ekstravazasyon 5 (%0,9) hastada, ürosepsis 9 (%1,7) hastada görüldü. Toplam 115 (%21,1) hastada rezidü taş saptandı. Postoperatif komplikasyonlarla drenaj yöntemleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 1,2)

SONUÇ
Çalışmamızda postoperatif komplikasyonların drenaj yöntemine göre değişmediği görüldü. Literatürde benzer çalışmalar sınırlı sayıda olup uzun dönem sonuçları sunan benzer ve daha geniş örnekleme sahip çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, taş uzunluğu ve operasyon süresi ile drenaj yöntemleri arasındaki ilişki

Parametre	**Nefrostomi (n=493)**	**DJ stent (n=42)**	**Tubeless (n=9)**	**p Değeri**
Cinsiyet (n(%)) Kadın Erkek	 264 (%92,3) 229 (%88,8)	 17 (%5,9) 25 (%9,7)	 5 (%1,7) 4 (%1,6)	0,261
Hipertansiyon (n(%)) Yok Var	 321 (%90,9) 172 (%90,1)	 26 (%7,4) 16 (%8,4)	 6 (%1,7) 3 (%1,6)	0,429
Diabetes Mellitus (n(%)) Yok Var	 391 (%90,7) 102 (%90,3)	 32 (%7,4) 10 (%8,8)	 8 (%1,9) 1 (%0,9)	0,300
Kronik Böbrek Hastalığı (n(%)) Yok Var	 448 (%91,4) 45 (%83,3)	 34 (%6,9) 8 (%14,8)	 8 (%1,6) 1 (%1,9)	0,118
Koroner Arter Hastalığı (n(%)) Yok Var	 469 (%90,5) 24 (%92,3)	 40 (%7,7) 2 (%7,7)	 9 (%1,7) 0 (%0)	0,794
KOAH (n(%)) Yok Var	 479 (%90,7) 14 (%87,5)	 41 (%7,8) 1 (%6,3)	 8 (%1,5) 1 (%6,3)	0,338
Operasyon süresi (dakika) (mean±SD)	88,1±35,7	71,5±23,9	65,5±15,8	0,124
Taşın boyutu (cm) (mean±SD)	22,09±9,9	18,5±7,6	17,4±3,39	0,625

Tablo 2. Hastaların drenaj yöntemleri ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki

Parametre	**Nefrostomi (n=493)**	**DJ stent (n=42)**	**Tubeless (n=9)**	**p Değeri**
Ağrı (n(%)) Yok Var	 24 (%96) 469 (%90,4)	 1(%4) 41(%7,9)	 0 (%0) 9(%1,7)	0,611
İdrar Yolu Enfeksiyonu (n(%)) Yok Var	 433 (%90) 60 (%95,2)	 39 (%8,1) 3 (%4,8)	 9 (%1,9) 0 (%0)	0,341
Gross Hematüri(n(%)) Yok Var	 472 (%90,2) 21 (%100)	 42 (%8) 0(%0)	 9 (%1,7) 0 (%0)	0,323
Hematom(n(%)) Yok Var	 489 (%90,6) 4 (%100)	 42 (%7,8) 0 (%0)	 9 (%1,7) 0 (%0)	0,812
Ürinom-ekstravazasyon (n(%)) Yok Var	 488 (%90,5) 5 (%1004	 42 (%7,8) 0 (%0)	 9 (%1,7) 0 (%0)	0,770
Ürosepsis (n(%)) Yok Var	 484 (%90,5) 9 (%100)	 42 (%7,9) 0 (%0)	 9 (%1,7) 0 (%0)	0,623
Rezidü Taş (n(%)) Yok Var	 387 (%90,2) 106 (%92,2)	 33 (%7,7) 9 (%7,8)	 9 (%2,1) 0 (%0)	0,293

SB-148) DİYABET HASTALARINDA ALT ÜRİNER SİSTEM SORGULANMASI YETERİNCE YAPILIYOR MU?

EMRE ALBAYRAK(1) MESUT ALTAN(1) UĞUR ÜNLÜTÜRK(2) AYŞE TOMRİS ERBAŞ(2)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI

AMAÇ
Bu çalışmada diyabetik erkek hastalarda alt üriner sistem semptomları (AÜSS) sorgulama farkındalığı ve çeşitli uzmanlık alanları arasındaki yönetim farklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Hacettepe Üniversitesi Üro-Diyabet çalışma grubu tarafından Nisan 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırma, online 14 soruluk anketten oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerden, diyabetik erkek hastalarda AÜSS sorgulama sıklıkları ve bu semptomları nasıl sorguladıkları hakkında anket doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri, cinsiyetleri ve uzmanlık alanları da kayıt altına alınmıştır.

BULGULAR
Çalışmamıza toplamda 370 doktor (%50,5 kadın, %49,5 erkek) katılmıştır. Katılımcıların 141'i (%38,1) endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı, 83'ü (%22,4) iç hastalıkları uzmanı, 48'i (%13) aile hekimi uzmanıydı. Geri kalan hekimler iç hastalıkları araştırma görevlileri, aile hekimliği araştırma görevlileri ve pratisyen hekimlerden oluşmaktaydı. Ortalama katılımcı doktor yaşı 41 (25-72) yıldı. 149'u (%40,3) her zaman ya da çoğu zaman AÜSS sorgulaması yaptığını belirtmiştir. Semptom sorgulamasının doktorun cinsiyeti, uzmanlık alanı ya da günlük gördüğü diyabetik hasta sayısı ile ilişkili olduğu bulunamamıştır (sırasıyla; p=0,782, p=0,73, p=0,67). Fakat meslekteki çalışma yılı 20 yıldan fazla olanların %50,7'si (74 kişi), 20 yıldan az olanların ise %33,5'i (75 kişi) AÜSS sorgulaması yapmaktaydı (p=0,001). Katılımcıların yalnızca 3'ü (%0,8) AÜSS sorgulamasında valide edilmiş bir semptom sorgulama formu kullandığını ifade etmiştir.

SONUÇ
AÜSS sorgulaması diğer branşlar tarafından daha az yapılan bir durumdur. Sorgulama esnasında valide edilmiş formlar kullanılmamaktadır. Mesleki tecrübenin artmasıyla bu konudaki farkındalık artmaktadır.

SB-149) İPSİLATERAL PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ ÖYKÜSÜ OLAN HASTALARDA TEKRARLAYAN OPERASYON BAŞARISI

NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) GÜRKAN ARIKAN(1) SAFI KOLKIRAN(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan Nefrolitotomi (PNL) 2 cm ve üzeri böbrek taşlarının tedavisinde uygulanan altın standart cerrahi yöntemdir. Daha önce geçirilmiş ipsilateral renal cerrahi öyküsünün olması PNL başarısını ve olası komplikasyonları etkileyebilmektedir. Çalışmamızda aynı böbrekte geçirilmiş PNL öyküsü olan sekonder hastalar ile primer PNL yapılan hastaların ameliyat sırasındaki ve sonrasındaki sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2012-2024 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde böbrek taşı nedeni ile PNL yapılan hasta verileri tarandı. Çalışmaya sadece daha önce aynı böbreğe PNL yapılmış olan hastalar ile kontrol grubunda taş yükü benzer hastalar dahil edildi. Geçirilmiş açık renal cerrahi öyküsü olan hastalar ile primer PNL grubunda ise daha önce geçirilmiş endoskopik cerrahisi olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar aynı taraf böbreğe ilk defa PNL yapılanlar ile tekrarlayan PNL yapılan hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

Çalışmaya primer PNL yapılan 269 hasta ile ipsilateral PNL öyküsü olan 99 hasta olmak üzere toplam 368 hasta dahil edildi. İşlem yapılan 220'si erkek, 148'i kadın hastanın, 209'una sol PNL, 159'una ise sağ PNL yapıldı. İpsilateral PNL öyküsü olan vakaların ortalama süresi 76.56 ± 44.2 dakikayken, primer hastaların ortalama süresi 75.35 ± 35.22 dakikaydı (p=0.166). Primer vakaların 221'sinde (%80.7) taşsızlık sağlandı, 12 hastada (%5.5) klinik olarak anlamlı rezidü taş kaldı. İpsilateral renal cerrahi öyküsü olan vakaların 79'unda (%79.8) taşsızlık sağlanırken, 7 hastada (%7.1) klinik olarak anlamlı rezidü taş kaldığı görüldü. Clavien-Dindo sınıflamasına göre primer hastaların dokuzunda grade 2, beş hastada grade 3a, beş hastada grade 3b, iki hastada ise grade 4a cerrahi komplikasyon görüldü. Cerrahi öyküsü olan grupta ise altı hastada grade 2, üç hastada grade 3a, iki hastada ise grade 3b komplikasyon izlendi. Ortalama hastanede yatış süresi süresi primer PNL grubunda 3.01 ± 0.57 gün iken sekonder PNL grubunda ise 3.47 ± 0.88 gündü (p=0.086).

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda ipsilateral PNL öyküsü olan hastalarla, primer PNL yapılan hastaların operasyon süreleri, hastanede yatış süreleri, komplikasyon ve taşsızlık oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. PNL, mükerrer endoskopik işlem öyküsü olan hastalarda da güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

	Primer PNL (n:269)	Sekonder PNL (n:99)	Total (n:368)	P
Yaş	44.26 ± 19.75	44.56 ±19.55	44,38± 19,63	0.323
Cinsiyet				
Erkek	159(%59,5)	61(%61,6)	220(%61.1)	0,274
Kadın	110(%41,5)	38 (%38,4)	148(%38.9)	
Beden Kitle İndeksi(BMİ)(kg/m²)	26.01± 0.849	27.41 ± 0.424	27,06 ± 6,62	0.322
Yön				
Sağ	110(%38,4)	49(%44,9)	159(%43,3)	0,367
Sol	141(%61,6)	68(%55,1)	209(%56,7)	
Operasyon Süresi (Dk)	75.35 ± 35.22	76.56 ± 44.2	75.88±38.63	0.166
Skopi Süresi (Dk)	3.70 ± 0.908	4.06 ± 0.571	3,82± 0.84	0,139
Per-Op Kan Transfüzyonu				
Yok	264(%97.1)	96(%96.9)	2360(%97)	0,054
Var	5(%2,9)	3(%3.1)	8(%3)	
Per-Op Komplikasyon				
Yok	260(%99.7)	93(%94.7)	353(%99,6)	0,243
Var	9(%0.3)	6(%6.3)	15(%0,4)	
Post-Op Kan Transfüzyonu				
Yok	257(%94.9)	91(%91.8)	262(%87,3)	0,320
Var	12(%5,1)	8(%8.2)	38(%12,7)	
Post-Op Komplikasyon				
Yok	250(%95,3)	93(%94,7)	350(%95,3)	0,189
Var	19(%4,7)	6(%5,3)	18(%4,7)	
Rezidü Taş Durumu				
SF	221(%80,7)	79(%79,8)	300(%82.6)	
CIRF	36(%14,8)	13(%13,1)	49(%19,7)	0,463
CSRF	12(%5,5)	7(%7.1)	19(%32,3)	
Taburculuk Süresi (gün)	3.01 ± 0.57	3.47 ± 0.88	3,26 ± 0.68	0,086

SB-150) SUPİN MİNİ PNL DENEYİMLERİMİZ

MUAMMER BABAYİĞİT(1) VEYSEL BAYBURTLUOĞLU(1) SERDAR GEYİK(1)

1. AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Supin Mini Pnl ; pozisyon kolaylığı, cerrahi ve anestezi süresinin daha kısa olması ve kombine cerrahilerin daha rahat yapılabilmesi açısından son zamanlarda popüler bir minimal invaziv cerrahi seçeneğidir.Bu çalışmada kliniğimizde supin pozisyonda yaptığımız mini pnl(perkütan nefrolitotomi) cerrahi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023 -Haziran 2024 arasında kliniğimizde yapılan supin mini pnl cerrahileri retrospektif olarak değerlendirildi.Operasyonlar supin mini pnl eğitimi almış ve bu cerrahileri uygulamış uzmanlar tarafından yapıldı. Tüm hastalara galdakao-modifiye supin valdivia pozisyonunda cerrahi yapıldı. Tüm hastalara giriş öncesinde operasyon masasında ultrasonografi (usg) kullanılarak giriş yeri kontrol edildi.Hastalara bir eksende skopi ve bir eksende usg ile beraber hibrit yöntemle giriş sağlandı.Ameliyatlarda Amnotec © marka 12 fr Nefroskop kullandı.Dilatasyonda ise Amnotec © Marka 15Fr tek metal dilatator ve 15.5-16.5 Fr metalik sheet kullanıldı.Tüm operasyonlarda Dornier © 35 watt lazer kullanıldı. Hastaların demografik özellikleri,yaş,cinsiyet ,operasyon süresi ,komplikasyonları,preop taş büyüklükleri ,postop 1.günde hemoglobindeki düşüş ve taşların alınma oranları incelendi. Taşların dışarı alınma oranları preop ve post op görüntülerde taşların en uzun eksendeki uzunluğuyla hesaplandı.

BULGULAR

Ocak 2023 -Haziran 2024 arasında 25 erkek 17 kadın olmak üzere toplam 42 hastaya supin mini yapıldı.23 hastaya sağ, 19 hastaya sol pnl yapıldı.Hastaların ortalama yaşı 47 (30-76),ortalama operasyon süresi 58 dk (40-100) ,ortalama yatış süresi 3,8 gün (2-12) olarak saptandı.1 hastada 1 ünite es replasmanı yapılması dışında diğer hastalara kan replasmanı yapılmadı.Hastaların preop hemoglobin değerleri baz alındığından post op 1.gün sabahı alınan hemoglobin değerlerindeki düşüş ortalama 1,72 gr/dl (0-3,7) olarak saptandı.Taşların preop ve post op görüntülemelerle saptanan dışarı alınma oranları %84 ,1 (%65-100) olarak saptandı. Tüm hastalara operasyon sonunda double j kateter koyuldu.Hastaların hiçbirinde nefrostomi kateteri yerleştirilmedi.Tüm hastalarda tek giriş uygulandı.Clavien-dindo sınfılamasına göre 6 hastada Grade 2 komplikasyon gerçekleşti.Bu hastaların 5 inde postoperatif dirençli ateş nedeniyle geniş spektrumlu anibiyotik tedavisi uygulandı ve hastalar taburcu edildi.1 hastada ise tekrarlayan hipertansif ataklar nedeniyle antihipertansif tedavi uygulandı.1 hastada Grade 3 komplikasyon görüldü.Bu hasta post op 1.gün çekilen direkt üriner sistem grafisinde djs nin alt ucunun spontan orta üretere migrasyonu nedeniyle tekrar operasyonla double j stentin mesaneye alınması operasyonuydu.Hastaların hiçbirinde grade 4 ve üzeri komlikasyon görülmedi.(Demografik özellikler tablo 1 de özetlenmiştir.)

SONUÇ

Supin mini PNL cerrahisi büyük böbrek taşlarında; ürologların,uygun cerrahi ekip ve uygun malzemelerin bulunduğu merkezlerde güvenli ve etkin olarak uygulayabileceği minimal invaziv bir cerrahidir.

-	Ort /Min-Max
Cinsiyet (E/K)	25 Erkek 17 Kadın
Yaş	47 (30-76)
Taraf(Sağ/Sol)	23 Sağ /19 Sol
Operasyon süresi (dk)	58 dk (40-100)
Hastanede yatış süresi (Gün)	3,8 gün (2-12)
Kan transfüzyonu	1 hastada 1 ünite es replasmanı
Komplikasyon (Clavian Dindo grade)	6 hasta Grade 2,1 hasta Grade3
Preop Taş boyutu (En uzun aks toplamı,mm)	32 mm (21-52)
Postop görüntülerde taşların dışarı alınma oranı	%84,1 (%65-100)
Skopi süresi (saniye)	65,2 (20-120)
Toplam skopi dozu (mGy)	30,2 (4,2-95)
Hemoglobinde düşüş miktarı (gr/dl)	1,72 gr/dl (0-3,7)

Tablo 1 Hastaların demografik ve cerrahi özellikleri

SB-151) NADİR BİR OLGU: POLİORŞİDİZM VE TESTİS LEİOMYOMU

ÖMER ERDOĞAN(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) EMRAH IŞIKLI(1)

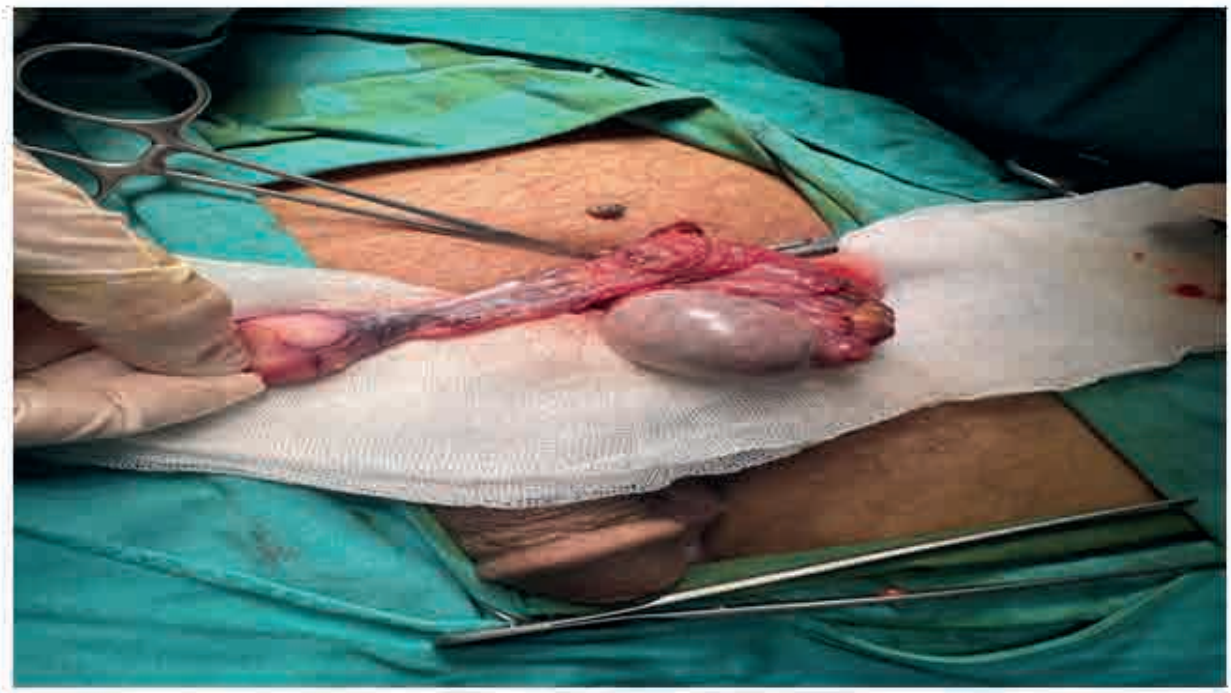
1. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Poliorşidizm, skrotumda ikiden fazla testisin bulunduğu nadir görülen konjenital bir anomalidir. En sık görülen şekli triorşidizm olup genllikle sol tarafta görülmektedir. Leiomyomlar, düz kas içeren herhangi bir yapı veya organdan köken alabilen iyi huylu neoplazmlardır. Genitoüriner leiomyomların çoğunluğu böbrek kapsülünde bulunur, ancak bu tümör aynı zamanda epididim, spermatik kord ve tunika albugineada da rapor edilmiştir. Bu vaka sunumunda triorşidizm izlenen bir olguda tespit edilen testis leiomyomu tartışılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Sol skrotal ağrı nedeni ile başvuran 73 yaşında erkek hastanın yapılan tetkikler ve operasyonlar sonrasında triorşidizm ve testis leiomyomu tespit edilmiş olup, hastanın vaka sunumu takdim edilmiştir.

BULGULAR
Sol skrotal ağrı nedeniyle dış merkeze başvuran 73 yaşında erkek hasta. Dış merkezde yapılan skrotal ultrasonda inguinal kanal distalinde düzgün sınırlı 3cm'lik kitlesel lezyon saptanması sonrasında tarafımıza yönlendirilmiş. Yapılan fizik muayenede her iki testis doğal, sol inguinal kanal distalinde spermatik kord hizasında düzgün sınırlı yaklaşık 3-4 cm'lik sert kitle tespit edildi. Hastadan ultrason tekrarı ve kanda testis tümör markerları istendi. Ultrasonda sol pampiniform pleksus komşuluğunda (inguinal kanal distalinde) 33x30x20 mm boyutlu oval şekilli ve heterojen ekojeniteli düzgün sınırlı nodüler lezyon (kitle?) izlendi. Tümör markerları Laktat Dehidrogenaz 186 U/L, Alfa fetoprotein 1.34 ng/mL, Beta HCG <0.2 U/L saptandı. Skrotal eksplorasyon kararı alınarak hastaya operasyon önerildi. Spinal anestezi altında yapılan sol skrotal insizyon sonrası sol testis ve kitle doğurtuldu. Hastanın iki adet spermatik kordu olduğu sol testisin doğal olduğu, diğer spermatik kordun sonlandığı yapının testis zemininden gelişen kitlesel lezyon olduğu görüldü. Takiben kitlesel lezyon için kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji raporunda 3x0,8cm spermatik kanal izlenen 3x2,5x2,5cm boyutlarında dış yüzü düzgün görünümde kitle ve içerisinde düzgün sınırlı fokal bir alanda bizar görünümlü ancak mitoz ve nekroz içermeyen iğsi düz kas hücrelerinden oluşan mezenkimal lezyon izlenmiş olup leiomyom lehine değerlendirilmiştir. Hasta post operatif birinci gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ
Poliorşidizm, skrotumda ikiden fazla testisin bulunduğu nadir görülen konjenital bir anomalidir. En sık görülen şekli triorşidizm olup genllikle sol tarafta görülmektedir. Leiomyom, renal pelvis, üreter, mesane, üretra ve testis dahil olmak üzere genitoüriner sistemin düz kas içeren herhangi bir organında gelişme potansiyeli olan iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür. Bugüne kadar malign transformasyon vakası bildirilmemiştir. Bu tümör iyi huylu doğasına rağmen, güvenilir bir preoperatif veya perioperatif tanı koymak imkansız olduğundan sıklıkla radikal orşiektomi yapılır. En sık dördüncü ve altıncı dekadlar arasındaki beyaz erkeklerde bulunur ve genellikle yavaş büyür. Genellikle testis içinde sert, oval bir kitle olarak ortaya çıkar. Albert ve Mininberg, testisle ilişkili ilk leiomyom vakasını 1972 yılında bildirmişlerdir. Testis leiomyomu çok nadir görülen bir neoplazmdır. Ameliyat öncesi kesin tanıyı koymak çok zordur; yalnızca histolojik inceleme leiomyomun varlığını kanıtlayabilir. Bizde bu vakamızda leiomyom tanısını patolojik inceleme ile kanıtladık.



Resim 1 : Siyah ok: sol testis , mavi ok: spermatik kord, yeşik ok: kitlesel lezyon

SB-152) MIXT GERM HÜCRELİ TÜMÖR TAKİBİNDE SPONTAN B-HCG REGRESYONU; NADİR BİR OLGU

TALHA MUEZZİNOGLU (1) OGUZCAN ERBATU(2) ANIL GENCOGLU (1) ALİCAN ALBAZ (1) OKTAY UCER (1) GOKHAN TEMELTAS(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ
2. AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ

AMAÇ
Bu olguda bir mixt germ hücreli tümör hastasının takiplerinde saptanan B-Hcg yükseliş ve düşüşünü tartışacağız.

GEREÇ-YÖNTEM
Teşhis anında 39 yaşında olan hastaya, Eylül 2021'de sol skrotumda doppler USG ile saptanan solid heterojen 7x7 cm kitle için radikal orşiektomi uygulanıyor. Hastanın özgeçmişinde B12 eksikliği, oral aftlar, kendi kendine düzelen pansitopeni ve 2015 yılında olağan sonuçlanmış bir kemik iliği biyopsisi var. Pre operatif marker değerleri B-Hcg 0.09 mIU/mL (normal), AFP 84 ng/mL (yüksek) ve LDH 250 U/L (normal). Pre operatif toraks ve batın BT'de ılımlı splenomegali (13 cm) dışında anormallik, metastaza ait bulgu yok. Tümör patolojisi mixt germ hücreli tümör (%75 teratom - %25 yolk sac tümör) olarak saptanıyor; pT1, rete testis, spermatik kord ve lenfovasküler invazyon yok, cerrahi sınır temiz. Birinci ayında AFP de normal sınırlara geriliyor. İlk bir yıla kadar yapılan görüntülemelerde metastaz ya da nüks ve marker takiplerinde bir yükseklik saptanmıyor. Fakat 12, 15 ve 18. aylardaki B-Hcg değerleri sırası ile 1.4, 2.5, 6.3 mIU/mL olarak ölçülüyor. 21 ve 22. ay ölçümleri ise sırası ile 24.9 ve 30.9 mIU/mL. Bu sürede AFP ve LDH için anlamlı bir yükselme ya da değişiklik saptanmıyor. Bu yükselişleri takiben 12 ve 18. ayda toraks ve batın BT, yine 18. ayda FDG-PET BT, 21. ayda pelvik ve skrotal doppler USG ve hipofiz MRG, 22. ay batın MRG ve 24. ay batın BT görüntülemeleri yapılıyor. Tüm görüntülemeler fizyolojik sınırlarda sonuç veriyor. Ayrıca 21 ve 22. ay prolaktin değerleri 16.2 ve 15.3 ng/mL ile üst sınırda olduğu için hipofiz MRG ile birlikte tiroid doppler USG ve tiroid fonksiyon testleri yapılıyor ve yine fizyolojik sınırlarda sonuç alınıyor. B-Hcg yüksekliğinin nedeni multidisipliner olarak araştırılırken sırası ile 24 ve 30. aylarda değerler 3.5 ve 2.9 mIU/mL olarak saptanıyor.

BULGULAR
Bu olguda önce onkolojik sebepler üzerinde duruluyor. Görüntüleme veya laboratuvar değerlerinde hata vb. seçenekler değerlendiriliyor. Sonra teratomun metastaz yaptığı alanda koriokarsinom ya da embriyonal karsinoma dönüşmesine bağlı B-Hcg yüksekliği yaptığı, ardından spontan regresyon ile değerlerin düşmesi ihtimali değerlendiriliyor. Nadir bir olgu olacak şekilde diğer testiste tümör oluşumu ve onun spontan regresyonu gibi durumlar da değerlendiriliyor. Fakat dahiliye konseyinde ve bizim yapay zeka kullanarak (ChatGPT-4) vardığımız sonuçlara göre bir otoimmün hastalık sonucu bu durum ile karşı karşıya kalınmış olabilir. B12 eksikliği, oral aftlar, kendi kendine düzelen pansitopeni ve ılımlı splenomegali öyküsü olan hastada henüz nihai sonuç alınmamış olmakla birlikte sistemik lupus eritematozus (SLE) vb. bir otoimmün hastalık olduğu görüşü hakim. Bu durumun birden fazla şekilde B-Hcg yüksekliği yapma potansiyeli bulunuyor. Otoantikorlar çapraz reaksiyon ile yanlış pozitif B-Hcg yüksekliğine sebep olmuş olabilir. Otoimmün prosese bağlı tümöral olmayan dokularda spontan gerileyen B-Hcg üretimi ya da lupus nefriti gibi komplikasyonlar ile geçici B-Hcg yüksekliği görülebilir. Dolayısı ile son konsensus hastanın yandaş otoimmün bir hastalığı olduğu ve marker yüksekliğinin benign olduğu yönündedir.

SONUÇ
Bu olguyu üroonkolojide özellikle marker takibi gibi hassas bir konuda her an sürprizlere açık olunması gerektiğini, multidisipliner yaklaşımın hatta güncel yapay zeka uygulamalarının zor vakalarda her daim ihtiyaç olacağını göstermesi bakımından önemli buluyoruz.

SB-153) ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE SEMPTOMLAR, SORGULAMA FORMLARI VE ÜRODİNAMİK İNCELMELER ARASINDAKİ KORELASYONUN İNCELENMESİ

İHSAN BATUHAN DEMİR(1) KADİR EMRE BALTACI(2) TAYYİP KILIÇSOKAN(1)
ÖNDER GÜNER(1) NAŞİDE MANGIR BOLAT(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. BEYPAZARI DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile müracaat eden hastanın alt üriner sistem işlevlerinin değerlendirilmesinde altın standart invaziv ürodinamik incelemelerdir. Ancak ürodinami bulguları ile hastanın semptomları her zaman uyumlu olmayabilir. Bu çalışmada AÜSS nedeniyle ürodinami yapılan hastaların semptomları ve sorgulama formları ile ürodinamik bulguların korelasyonu incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022 ve Temmuz 2024 arasında Hacettepe Üroloji kliniğinde alt üriner sistem semptomları nedeniyle ürodinamik inceleme yapılan hastalar dahil edilmiştir. Her hastanın hikaye, fizik muayene ve semptom sorgulaması yapılmıştır. İnvaziv ürodinamik inceleme öncesi sıklık hacim çizelgesi ile AÜSS sorgulama formları (ICIQ-FLUTS, ICIQ-MLUTS ve nörojenik mesane hastaları için Nörojenik Mesane Semptom Skoru) ve idrar kaçıran hastalarda IIQ sorgulama formu hastalar tarafından doldurulmuştur. Hastalar başvurudaki sorgulamalarına göre depolama, boşaltım ve işeme sonrası semptomları ile başvuranlar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Aynı şekilde sorgulama formlarındaki belirttikleri semptomlara göre depolama, boşaltım ve işeme sonrası semptomları baskın olmak üzere gruplanmışlardır. İnvaziv ürodinamik incelemelerin hepsi ICS standartlarına uygun şekilde sistometri ve basınç akım çalışmasını içerecek şekilde video görüntüler eşliğinde yapılmıştır. Semptom skorları, sorgulama formlarında belirtilen skorlar ve ürodinamik bulguların korelasyonu incelenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 99 hastanın 78 (%78,7)'i kadın, 21 (%21,3)'i erkekti. Başvuran hastaların 30 (%30,3) 'unun nörojen mesane tanısı mevcuttu. Ortanca yaş 54,5 (18-82) yıldı. Hastaların semptom sorgulaması yönelik olarak dağılımı incelendiğinde 6 (%6,0) hasta izole boşaltım semptomları ile, 39 (%39,3) hasta izole depolama semptomları ile, 5 (%5) hasta izole işeme sonrası semptomları ile, 49 (%49,5) hasta karışık (depolama, boşaltım ve işeme sonrası) semptomlar ile tarafımıza başvurdu. Hastaların %33.3' ü inkontinandı. İlk başvuruda depolama, boşaltım ve karışık AÜSS bildiren hastaların oranları sırasıyla %53,3, %20 ve %26,7 idi. Depolama semptomları ile müracaat eden hastaların %61.4 (35/ 57)' ünde ürodinamik incelemede depolama fazı bulguları bulunurken, %29,0 (16/ 55)' unda detrusor yetersiz aktivitesi ve %12,7 (7/55)' sinde mesane çıkım tıkanıklığı izlendi. Boşaltım fazı ya da karışık semptomlarla müracaat eden hastaların %31,7 (13/ 41)' sinde mesane çıkım tıkanıklığı ve %34,1 (14/ 41)' inde mesane yetersiz aktivitesi izlendi. Her iki cinste de sistometride depolama fazı bulguları olan hastaların çoğunluğunda sorgulama formunda depolama fazı semptomları bildirilmişti. Ancak ürodinamik incelemede işeme fazı bulguları olan kadınların %49,3 (34/ 69)' unun sorgulama formunda işeme fazı semptomu bildirirken, erkeklerin %88,9 (16/18)' u işeme fazı semptomu bildirmişti.

SONUÇ

Alt üriner sistem semptomları güvenilir tanıklar değildir. Hastaların semptomları, sorgulama formalrı ve ürodinamik incelameleri arasındaki korelasyon semptom çeşidine ve cinsiyete göre değişmekle beraber zayıf olabilir. Bu nedenle ürodinamik incelemeler tek başına değil diğer klinik belirti, bulgu ve ölçeklerle birlikte değerlendirilerek tedavi planı yapılmalıdır.

SB-154) ÜRİNER SİSTEM TAŞ TEDAVİSİNDE, TAŞIN LOKALİZASYONU KULLANILAN LAZER ENERJİSİ MİKTARINI ETKİLER Mİ?

ANIL ERKAN(1) ABDÜLBAKİ KALKAN(1) SALİM ZENGİN(1) MUHAMMET GÜZELSOY(1)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Holmiyum lazer litotripsi, özellikle böbrek ve üreter taşlarının tedavisinde etkili bir yöntem olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Holmiyum lazerin farklı taş türleri ve lokalizasyonlar üzerinde etkinliği, bu yöntemi diğer litotripsi tekniklerinden ayıran önemli bir özellik olarak öne çıkmaktadır. Böbrek taşlarının tedavisinde taşın lokalizasyonu ve kullanılan lazer enerjisinin tedavi sonuçları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, taş hacmi çeşitli geometrik hesaplamalar kullanılarak belirlenmiş ve enerji, lazer süresi ve operasyon süresi yoğunlukları hesaplanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

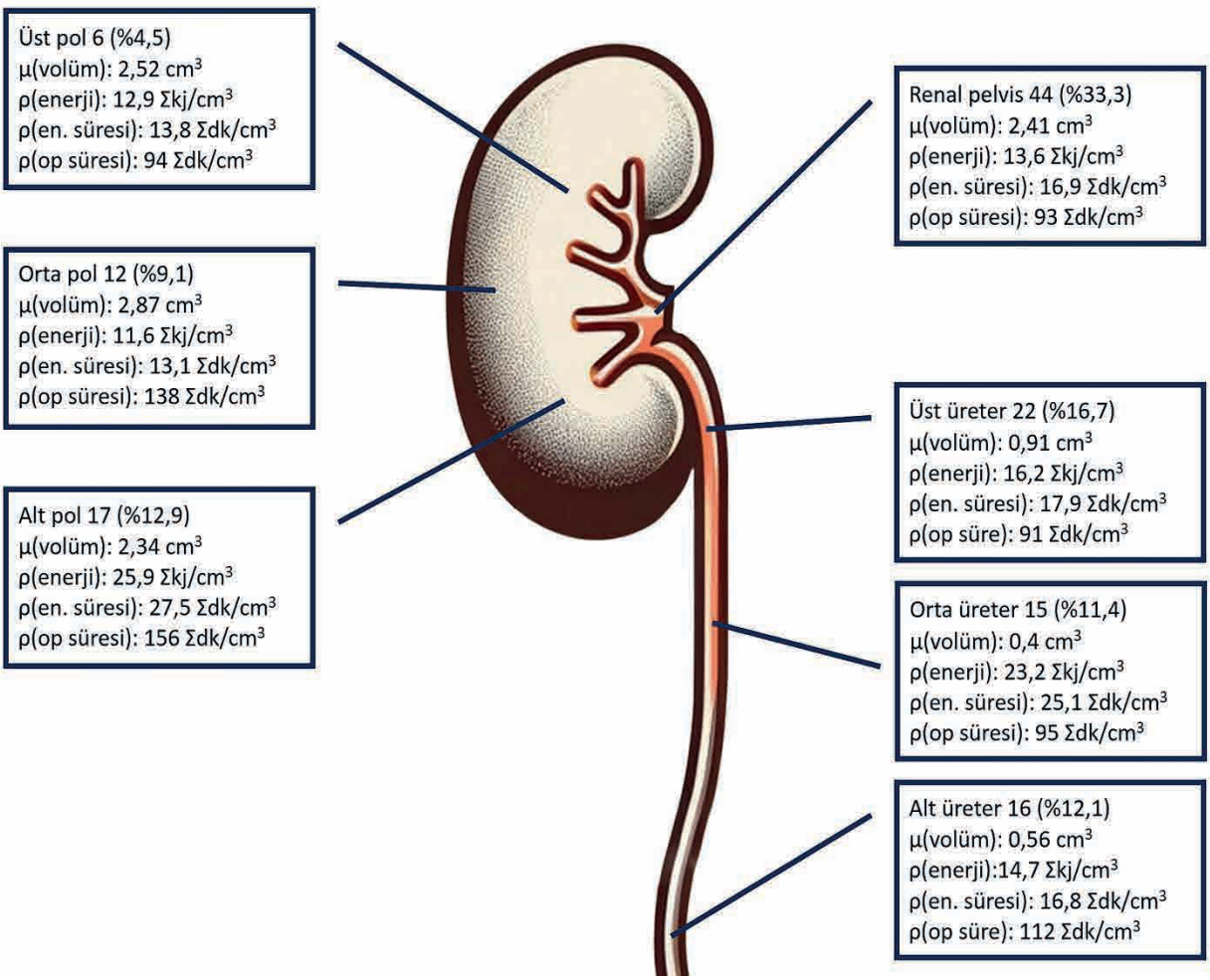
Ocak 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında yapılan 158 endoskopik taş cerrahisi ameliyatından, verileri kayıt altına alınmayan ve bir ay sonra çekilen direk üriner sistem grafisinde 5 mm'nin üzerinden rezidüsü bulunan hastalar dışlandığında, geriye kalan 132 hasta çalışmaya dahil edildi. Taşların tamamı 30W Holmiyum lazer cihazı ile "dusting" modunda kırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri, taşa ait özellikler ve kullanılan enerji miktarı analiz edilmiştir. Enerji yoğunluğu, kullanılan toplam lazer enerjisinin taş hacmine bölünmesiyle (kj/cm3); lazer süresi yoğunluğu, toplam lazer süresinin taş hacmine bölünmesiyle (dk/cm3); operasyon süresi yoğunluğu ise toplam operasyon süresinin taş hacmine bölünmesi ile (dk/cm3) hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 48,4±15 yıl, kadın/erkek hasta sayısı 53/79 idi. 53 (%40,2) hasta üreter taşı, 79 (%59,8) hasta ise böbrek taşı nedeniyle opere edilmiştir. Taşın lokalizasyonuna göre taş hacmi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptansa da ikili grup karşılaştırılmalarında bu anlam gösterilememiştir(p=0,011). Taşların lokalizasyonlara göre dağılımı, hacmi ve taş hacmi bazlı parametreler şekilde 1'de özetlenmiştir. Taş dansitesi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi (p=0,562). Kullanılan enerji yoğunluğu en fazla alt pol taşlarında (25,9 kj/cm3) saptanmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.167). Kullanılan enerji yoğunluğu en az üst pol taşlarında olduğu görüldü (12,9 kj/cm3). Enerji süresi yoğunluğu en fazla alt pol taşlarında (27,5 dk/cm3) iken en az orta pol taşlarında (13,1 dk/cm3) saptandı. Benzer şekilde tüm lokalizasyonlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi (p=0,46). Toplam ameliyat süresi yoğunluğu en fazla alt pol taşlarında iken (156 dk/cm3), en az üreter üst uç taşlarında saptandı (91 dk/cm3). Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcut idi (p=0.026). İki grup karşılaştırılmasında sadece alt pol ile üst uç arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu (p=0,029).

SONUÇ

Literatürde de belirtildiği gibi, böbrek taşlarının lokalizasyonu, tedavi sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle, alt pol taşlarının tedavisi, anatomik yapılar nedeniyle daha zorlu olabilmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, volümetrik bazlı incelenen tüm parametrelerde alt pol taşlarında daha fazla enerji kullanıldığı, daha fazla süre lazer kullanımı yapıldığı ve operasyon süresinin daha uzun olduğu gösterildi. Bunun en önemli nedeni litotripsi sırasında optimum verimle odakla sağlanamaması olduğunu düşünmekteyiz.


Üst pol 6 (%4,5)
μ(volüm): 2,52 cm³
ρ(enerji): 12,9 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 13,8 Σdk/cm³
ρ(op süresi): 94 Σdk/cm³
Orta pol 12 (%9,1)
μ(volüm): 2,87 cm³
ρ(enerji): 11,6 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 13,1 Σdk/cm³
ρ(op süresi): 138 Σdk/cm³
Alt pol 17 (%12,9)
μ(volüm): 2,34 cm³
ρ(enerji): 25,9 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 27,5 Σdk/cm³
ρ(op süresi): 156 Σdk/cm³
Renal pelvis 44 (%33,3)
μ(volüm): 2,41 cm³
ρ(enerji): 13,6 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 16,9 Σdk/cm³
ρ(op süresi): 93 Σdk/cm³
Üst üreter 22 (%16,7)
μ(volüm): 0,91 cm³
ρ(enerji): 16,2 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 17,9 Σdk/cm³
ρ(op süre): 91 Σdk/cm³
Orta üreter 15 (%11,4)
μ(volüm): 0,4 cm³
ρ(enerji): 23,2 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 25,1 Σdk/cm³
ρ(op süresi): 95 Σdk/cm³
Alt üreter 16 (%12,1)
μ(volüm): 0,56 cm³
ρ(enerji):14,7 Σkj/cm³
ρ(en. süresi): 16,8 Σdk/cm³
ρ(op süre): 112 Σdk/cm³

SB-155) UYGUNSUZ ÜRETRAL KATETERİZASYON NEDENİYLE OLUŞAN ÜRETERAL EKSTRAVAZASYON: OLGU SUNUMU

SÜLEYMAN ÖNER(1) UTKU BEKYÜREK(1) ATA ÖZEN(1) İYİMSER ÜRE(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

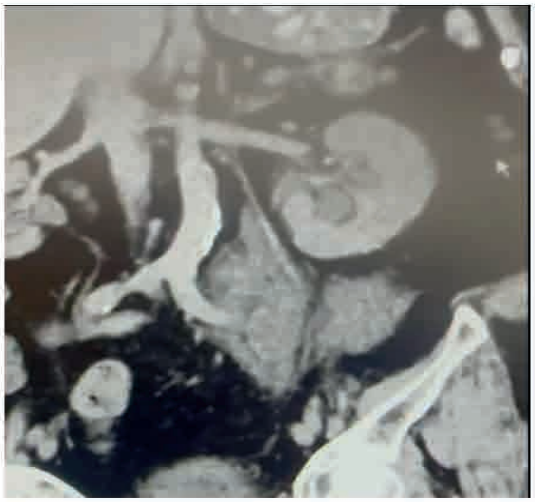
1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Uzun süreli sondalı takip edilen hastaların sonda değişimleri esnasında çeşitli komplikasyonlar oluşabilmektedir. Eşlik eden üreteral orifisyel yetmezlik nedeniyle sondanın uygunsuz olarak üretere ilerletilmesi ve sonda balonunun şişirilmesi sonucu oluşan üreteral ekstravazasyon nadir bir vaka olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz de sonda balon travmasına bağlı üreteral ekstravazasyon olgusunun tanı ve tedavi sürecini sizlerle paylaşmayı amaçladık.

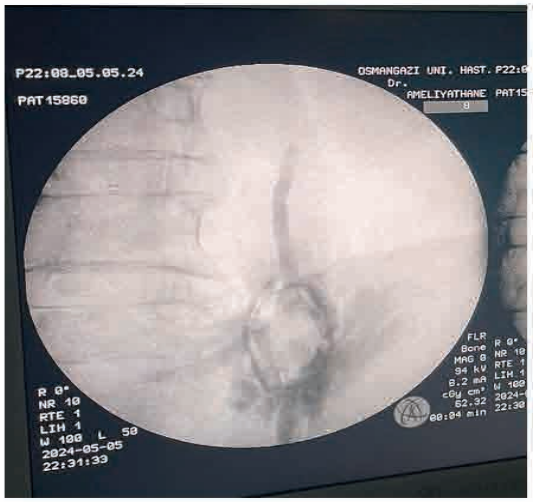
GEREÇ-YÖNTEM
Tip 2 diyabet, hipertansiyon, meme kanseri tanıları olan ve nörojen mesane tanısı nedeniyle sürekli sondalı takip edilen 71 yaşında kadın hasta, sonda değişimi sonrası idrar miktarında azalma, hematüri ve şiddetli sol yan ağrısı şikayetleri nedeniyle Nisan 2024'te dış merkez acil servise başvurmuş. Başvurduğu acil serviste sondası çekildikten sonra görüntülenen kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisinde sol üreter distal kesiminde defekt, ekstravazasyon izlenmesi üzerine tarafımıza sevk edildi (Resim 1).

BULGULAR
Tarafımızca sistoskopi, sol retrograd pyelografi (RGP) ve gerekli girişim planlandı. Yapılan sistoskopide sol üreter orifisinin yetmezlik orifisi şeklinde medialize olduğu ve mukoza dokusunda hasar gözlendi. Sol RGP'de üreter distal kesimde sonda balonuna ait olduğu düşünülen silüet gözlendi ve bu noktada ekstravazasyon mevcuttu (Resim 2). Bu defektin proksimalinde sağlam üreter lümeni görüntülendi. Ardından guide wire skopi kontrolünde defektin proksimal kesimindeki üreter lümeninden sol böbreğe gönderildi. Guide kılavuzluğunda skopi kontrolünde sol üretere 6/26 DJ stent yerleştirildi. 18 Fr foley sonda takılmasının ardından işleme son verildi. Taburculuk sonrasında hastanın 3. ay kontrolünde yapılan sol RGP'de ekstravazasyon izlenmedi, üreter olağan görüntülendi ve sol DJ stent çekildi.

SONUÇ
Sürekli sondalı veya temiz aralıklı katater uygulamaları ile takip edilen nörojen mesaneli hastalarda, nadir de olsa kateterin üreteral travmalara yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Meydana gelen bu üreteral travmaların cerrahi tedavisi minimal invaziv girişimlerle düzenlenebilmektedir.



Resim 1



Resim 2

SB-156) YÜKSEK RİSKLİ, LOKAL-LOKAL İLERİ EVRE PROSTAT KANSERİ TEDAVİSİNDE ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE GENİŞLETİLMİŞ PELVİK LENF NODUDİSEKSİYONU

BURAK ÇITAMAK(1) ALİ SERKAN KILIÇ(1) ANAR MAMMADOV(1) ALİ TEKİN(1)

1. ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ

AMAÇ
Lokal-lokal ileri evre yüksek riskli prostat kanserinde minimal invaziv cerrahi yöntemlerin yeri henüz tam olarak belirlenmemiştir. Çalışmamızda,bu grup hastalarda robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2019-Mayıs 2024 arasında robot yardımlı radikal prostatektomi yapılan toplam 123 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi. Bunlardan, D'amico risk sınıflamasına göre yüksek riskli (PSA>20 ng/ml, ISUP grup 4-5, ?cT2c) olarak sınıflandırılan 32 olgu bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamındagenişletilmiş pelvik lenf nodudiseksiyonu yapıldı. Perioperatif veriler ve erken fonksiyonel ve onkolojik sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR
Ortalama hasta yaşı 64 ± 7,2 (51-79), preoperatif PSA = 21,34 ± 15 (7-70) olarak bulundu. Preoperatif 22 hastada (%81,3) kanser derecesi ISUP ?3 idi. Evreleme tüm hastalarda Ga-68 PSMA PET CT + Abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme ile yapıldı. Genişletilmiş pelvik lenf nodudiseksiyonundaçıkarılan lenf nodu sayısı 20,8 ± 11,8 (12-46) olarak kaydedildi. Bunlardan, 10 hastada (%31) lenf nodu tutulumu mevcuttu (pN1). Histopatolojik incelemede cerrahi sınır pozitifliği 12(%37,5) hastada, seminal vezikül invazyonu16 (%50) hastada, ekstraprostatikinvazyon 23 (%71,9) hastada mevcuttu. Hiçbir hastadaClavien>2 perioperatif komplikasyon gelişmedi.Postoperatif 3 ay sonunda 29 hastada (%90,6) tam idrar kontrolü sağlandı.

SONUÇ
Yüksek riskli prostat kanserinin tedavisinde robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi güvenli bir yöntemdir. Erken dönem fonksiyonel sonuçlar tatmin edicidir. Hastalar, cerrahi yaklaşımın multimodaltedavinin ilkaşaması olduğu ve ek tedavilerin gerekebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

SB-157) ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PSA NÜKSÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

HAKAN KESKİN(1) KADİR EMRE BALTACI(1) TAYYİP KILIÇSOKAN(1)
HAKAN BAHADIR HABERAL (1) AHMET AŞÇI(1) AHMET GÜDELOĞLU (1)
MESUT ALTAN (1) BÜLENT AKDOĞAN(1) CENK YÜCEL BİLEN(1) SERTAÇ YAZICI (1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada, robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi yapılan hastalarda ameliyat sonrasında PSA nüksünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2017- Temmuz 2024 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi yapılan 459 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların preoperatif ve intraoperatif klinik, PSA değerleri, cerrahi ve tümör patolojisi özelliklerinin PSA nüksü üzerine olan etkisi tek değişkenli ve çok değişkenli analiz ile değerlendirilmiştir. Transrektal prostat biyopsisi patolojisindeki Gleason evrelendirmesine göre hastaların tümörleri ISUP sınıflamasıyla gruplandırılmış ve ISUP 1-2-3 hastalar düşük-orta dereceli, ISUP 4-5 hastalar yüksek dereceli olarak sınıflandırılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 (IBM Corp., Chicago) programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR
Hastaların cerrahi esnasındaki ortalama yaşı 63 (42-78), ortalama takip süresi 10 (1-57) ay ve ortanca tanı PSA düzeyi 7,84 ng/mL olarak bulunmuştur. PSA nüks oranı % 7,8 (24 hasta) olarak belirlenmiştir. Nüks olan 15 hastaya RT verilmiş olup 3 hastaya ek KT uygulanmıştır. Tanı PSA düzeyi, preoperatif ISUP grubu, patolojik evre, D'Amico Risk Grubu, neoadjuvan kemoterapi, prostat biyopsisindeki pozitif kor sayısı ve pozitif kor oranı tek değişkenli analizde psa nüksü ile ilişkili olarak bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,000$, $p<0,000$, $p<0,000$, $p<0,011$, $p<0,000$, $p<0,000$ sırasıyla). Çok değişkenli analizde ise ISUP grade yüksek olanlar ve patolojik T evresi 3 ve üzeri olanlar PSA nüksü için bağımsız risk faktörleridir ($p<0,001$, $p<0,009$ sırasıyla)

SONUÇ
Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrasında ISUP grade yüksek olanlar ve patolojik T evresi 3 ve üzeri olanlar PSA nüksü için anlamlıdır. Patoloji sonucu bu şekilde sonuçlanan hastaları bu nedenle PSA nüksü konusunda bilgilendirmek ve yakın takip etmek gerekmektedir. Hastanın neoadjuvan kemoterapi almış olması ise PSA nüksü ile anlamlı görülmemiştir.

SB-158) S3 FORAMEN DARLIĞI NEDENİ İLE MİNİMAL İNVAZİV İŞLEM YAPILAMAYAN HASTAYA AÇIK SAKRAL PİL YERLEŞTİRİLMESİ: OLGU SUNUMU

MUTLU DEĞER(1) ÖNDER YILMAZ(2) GÜRKAN ARIKAN(1) BUĞRA CİDANİ(1)
İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
2. CEYHAN DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, S3 forameni dar olduğu için açık sakral nöromodülasyon uygulanan dirençli aşırı aktif mesane tanılı bir olguyu sunmayı amaçladık.

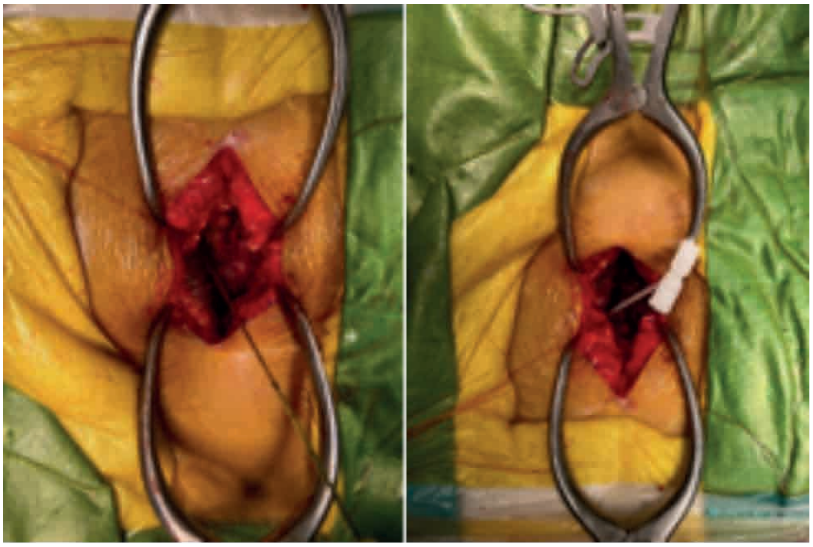
GEREÇ-YÖNTEM

2019 yılında gün içerisinde 40 kez idarara çıkma şikayeti bulunan 23 yaşındaki erkek hasta 5 yıl boyunca antikolinerjik ve dış merkezde intravezikal botulinium toksini uygulaması tedavisi alıyor. Semptomlarında iyileşme olmaması üzerine kliniğimize başvuruyor.
Fizik muaynesi doğal olan hastanın preop skorları MLUTS 24, ICIQ-SF 17, OAB-V8 22 olarak ölçüldü.
Hastaya yapılan ürodinami testinde mesaneye 85ml sıvı gönderildi. Max vezikal basınç 45cmH2O, max abdominal basınç 42 cmH2O, max detrisör basıncı 3cmH2O olarak ölçüldü.
Hasta Sakral nöromodülasyona uygun görüldü. Hastaya yapılan minimal invaziv sakral nöromodülasyon da s3 foramene ulaşılamadı ve hastaya spinal MR planlandı. MR görüntülemesinde s3 foramen düzeyinde darlık olduğu görüldü. Hastaya açık sakral nöromodülasyon operasyonu planlandı.

Beyin ve sinir cerrahisine danışılarak vakaya eşlik etmeleri istendi. Hastaya sedasyon altında prone pozda orta hat bel kısmından yaklaşık 3 cm insizyonla girildi. Koter ve makas yardımıyla paraveretebral kaslar açıldı. Sakrum bulundu. Skopi eşliğinde perkütan iğne ile s3 alanı bulundu. Yüksek hızlı drill yardımıyla burası açıldı. Ardından açılan bölgeye perkütan iğne girildi uyarı verildiğinde ayak ve makattan motor cevap alındığı görülünce buraya lead yerleştirildi.

BULGULAR

3. Hafta sonra hastanın septomlarında %51 den fazla iyileşmesi üzerine kalıcı pil konuldu. Post op 3. Ay kontrolünde MLUTS 11, ICIQ-SF 9, OAB-V8 10 olarak ölçüldü.



SONUÇ

Sakral nöromodülasyon farmakoterapiye dirençli aşırı aktif mesane, non obstrüktif üriner retansiyon ve interstisyel sistit (mesane ağrı sendromu) tedavisinde kullanılan ve yüz güldürücü sonuçları olan etkin bir yöntemdir. Minimal invaziv bir yöntem olmasına rağmen gerekli durumlarda açık cerrahi şeklinde de uygulanabilir.

SB-159) ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ OPERASYONUNUN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

SELMAN UNAL(1) SAİT AYGÜN(2) TURKER SOYDAS(3) MUSAB ALI KUTLUHAN(4) EMRAH OKULU(4) ÖNDER KAYİGİL(4)

1. ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
4. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI

AMAÇ
Üretra darlıklarının en sık görüldüğü bölge olan bulber üretra darlıklarında yaygın olarak uygulanan cerrahi teknik olan anastomotik üretroplasti operasyonunun uzun dönem klinik sonuçlarını sunmayı amaçlamaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde bulber üretra darlığı nedeniyle anastomotik üretroplasti uygulanan, 18-70 yaş arası, daha önce üretroplasti operasyonu geçirmemiş erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce pelvik radikal cerrahi, pelvik radyoterapi, penil veya üretral cerrahi operasyon geçiren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların operasyon öncesi demografik ve klinik verileri, operasyon ile ilgili verileri, operasyon sonrası takipleri sırasındaki verileri retrospektif olarak kaydedildi. Erektil fonksiyonların değerlendirmesinde rutin takip protokolünün bir parçası olarak Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-Erektil fonksiyon alt grubu (IIEF-EF) skorları kullanıldı. Veriler uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR
Toplam 45 hastanın verilerine ulaşıldı. Bu hastaların 35 tanesine eksizyon/primer anastomoz ve 10 tanesine ise bulbo-prostatik anastomoz uygulanmıştı. Hastaların demografik özellikleri benzerdi.
Her iki anastomotik üretroplasti tekniğinde de maksimum işeme hızları anlamlı düzeyde artmıştı. Postoperatif komplikasyon oranları her iki teknikte de benzerdi. Fonksiyonel sonuçlar Tablo'da özetlendi. Erektil fonksiyonlar açısından değerlendirdiğimizde; postoperatif 2.ay takibinde bulboprostatik anastomoz uygulanan hastaların %50'sinin IIEF-EF skorlarında minimal klinik anlamlı skor ve üzerinde düşüş izlenirken bu oran eksizyon/primer anastomoz kolunda %8,5 idi. Postoperatif 1. yıl takiplerinde ise preop IIEF-EF skorlarına göre minimal klinik anlamlı skor ve üzerinde düşüş izlenen hastaların oran bulboprostatik anastomoz uygulanan hastalarda %40 iken bu oran eksizyon/primer anastomoz kolunda %5,1 idi.

SONUÇ
Kliniğimizde anastomotik üretroplasti operasyonunun sonuçları fonksiyonel açıdan tatmin edicidir. Önemli bir komplikasyon olan ereksiyon kaybı eksizyon/primer anastomoz uygulanan hastalarda minimal düzeyde izlenirken bulboprostatik anastomoz uygulananlarda daha yüksek düzeydedir. Ayrıca her iki teknikte de 1. yılda minimal klinik anlamlı IIEF-EF skor düşüşü yaşanan hastaların oranı postoperatif 2.aydakilere göre daha düşüktür. Bu durum operasyon sırasında meydana gelen nörojenik /vasküler hasarın zamanla iyileşmesi olarak yorumlanabilir.

	Eksizyon/Primer Anastomoz (n=35)	Bulboprostatik Anastomoz (n=10)
Preoperatif Ortalama Akım Hızı (Üroflovmetri), ml/sn	2,7 (4,3)	0,5 (3,0)
Postoperatif Ortalama Akım Hızı (Üroflovmetri), ml/sn	15,93 (4,6)	18,02 (5,5)
Ortalama Takip Süresi (Standart Deviasyon), ay	38,09 (60,0)	26,4 (60,0)*
Postoperatif Komplikasyonlar, n(%)		
Üriner ekstravazasyon	3 (8,6)	-
Üriner system enfeksiyonu	1 (2,9)	-
Yara yeri enfeksiyonu	2 (5,7)	1 (10,0)
Yara açılması	1 (2,9)	-
Epididimit ve orşit	1 (2,9)	-
Perianal ekimoz	1 (2,9)	1 (10,0)
Başarı Oranı, n(%)	29 (82,9)	8 (80,0)

Tablo: Anastomotik Üretroplasti Operasyonu Fonksiyonel Sonuçları (* $p<0,05$)

SB-160) BÖBREK TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN RENAL KİTLE İLE PRESENTE OLAN GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS

UĞUR AFERİN(1) İSMET YAPICI(2) BÜLENT ÖNAL(3) NAGİHAN İNAN GÜRCAN
1. T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
2. T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. TC. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİMDALI

AMAÇ

Granülomatöz polianjitis (GP), sistemik bir vaskülit olup üst solunum yolları, alt solunum yolları ve böbreklerde gözlenebilen, küçük ve orta çaplı damarları tutan, nekrotizan granülomatöz vaskülit ile karakterize bir hastalıktır. Karakteristik patolojik özelliği, hilal şeklinde ve granülomatöz arterit yaparak tüm böbreği etkileyen segmental nekrotizan glomerülonefrittir. Nadiren inflamatuar tümörlere neden olarak malign böbrek tümörleri ile karışabilmektedirler. Bu yazımızda 52 yaşında bir kadın hastada sol böbrek alt polde saptanan inflamatuar tümörün ayırıcı tanısında yaklaşımımızı sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

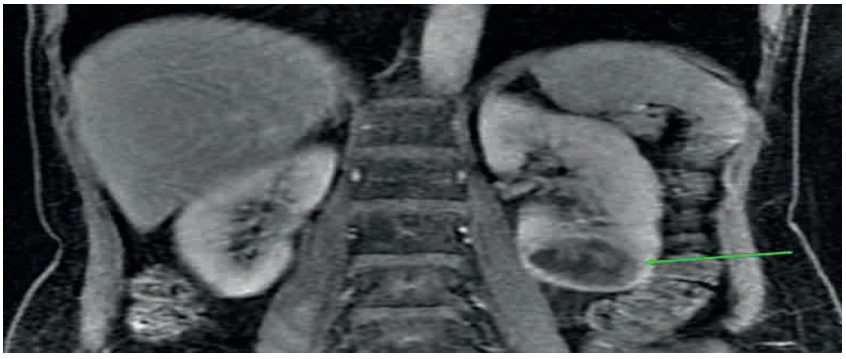
52 yaşındaki kadın hasta, rutin taramalar esnasında sol böbreğinde insidental olarak saptanan kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayeti yoktu ve fizik muayene bulguları normaldi. Geçirilmiş histerektomi öyküsü ve bilinen Hashimato tiroiditi ile hipertansiyon tanıları mevcuttu. Çekilen MRG'de sol böbrek alt polde 4,5X4,5 cm minimal heterojen kontrast tutan kistik nodüler lezyon saptanmıştı. Kliniğimize başvurmadan önce renal kitleden tru-cut biyopsi yapıldığı öğrenildi. Histopatolojik inceleme sonucunda B hücre fenotipli atipik lenfoid proliferasyon saptanmıştı. İnflamatuar bir tümör olabileceği düşünülüp ayırıcı tanı amacı ile yapılan tetkiklerde C-reaktif protein ve eritrosit sedimantasyon hızı'nda inatçı bir yükseklik saptandı. ANA, Romatoid faktör, Anti-Ro, Anti-La ve Anti-CCP antikorları negatifti. C-ANCA ise pozitif saptandı. Bunun üzerine GP düşünülerek medikal tedavisi başlandı. 3 ay sonra çekilen MRG'de kitlenin küçüldüğü ve büyük oranda nekrotik karakterde olduğu gözlendi. 2 yıllık takipte kitle 2.5 cm ile stabil kaldı ve herhangi bir şikayete sebep olmadı.

BULGULAR

GP, orta ve küçük damar vasküliti ile karakterize, birçok organı etkileyebilen sistemik bir hastalıktır. Herhangi bir organı etkileyebilse de hastalarda klasik olarak üst solunum yollarında destrüktif lezyonlar, kaviter pulmoner nodüller ve hilal formasyonu ile hızlı ilerleyen pauci-immün glomerülonefrit gelişir. GP'de inflamatuar kitleler daha önce tanımlanmıştır ve en sık üst solunum yolu veya akciğerde ortaya çıkmaktadır. Böbrekte ise inflamatuar kitleler nadiren saptanmaktadır. Ayırıcı tanıda laboratuar testlerinden ve kitleden yapılan biyopsiden faydalanılabilir. Medikal tedaviye iyi yanıt vermektedir ve yakın takip gerektirir.

SONUÇ

Malignite bulguları net olmayan renal kitlelerde, hastayı aşırı tedavilerden korumak amacı ile inflamatuar tümörler her zaman ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Gerekirse tanısal amaçlı biyopsi yapılmalı ve multidisipliner bir yaklaşım uygulanmalıdır.



SB-161) BİLATERAL ÜRETER TAŞLARINDA TEDAVİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORHUN SİNANOĞLU(1) SALİH YILDIRIM(1) FERHAT YAKUP SUÇEKEN(2)
FATİH BIÇAKLIOĞLU(3) MEHMET ERHAN AYDIN(4) MEHMET USLU(5)
ÖZGÜR ARIKAN(6) KEMAL SARICA(1)

1. SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
4. ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ
5. KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Bu çalışmada bilateral üreter taşı olan hastalarda en uygun tedaviye karar vermeyi etkileyecek olan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
6 merkezden bilateral üreter taşı olan toplam 153 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar 3 gruba ayrılmıştır. Grup 1 (n:21), bir üreterine Double J (DJ) stent yerleştirilen ve diğer üreter taşı için üreterorenoskopik litotripsi (URS) uygulanan hastalardan oluşmaktadır. Grup 2 (n:91), her iki üreter taşı için URS uygulanan hastalardan oluşmaktadır. Grup 3 (n:41), bilateral DJ stent yerleştirilen hastalardan oluşmaktadır. Hastaya ait ve taşla ilgili faktörler üç grup arasında karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Operasyon sırasındaki komplikasyonlar için Satava sınıflaması kullanılmış olup, operasyon sonrası komplikasyonlar değerlendirilirken Modifiye Clavien sınıflaması kullanılmıştır.

BULGULAR
Bilateral DJ stent takılan grupta idrar yolu enfeksiyonu oranları ve serum kreatinin düzeyleri önemli ölçüde yüksek bulunurken, bilateral URS uygulanan vakalarda daha önceki URS öyküsünün bilateral DJ stent takılan vakalardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. URS, distal üreter taşları olan vakalarda önemli ölçüde daha sık uygulanmıştır ve DJ stent takma işlemi üst üreter taşlarında daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir. Distal üreter taşlarında, daha büyük ve sert taşlarda, endoürologlar genellikle ilk seçenek olarak URS yapma eğilimindedir.

SONUÇ
Bilateral DJ stent takılan gruptaidrar yolu enfeksiyonu oranları ve serum kreatinin düzeyleri önemli ölçüde yüksek bulunurken, bilateral URS uygulanan vakalarda daha önceki URS öyküsünün bilateral DJ stent takılan vakalardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. URS, distal üreter taşları olan vakalarda önemli ölçüde daha sık uygulanmıştır ve DJ stent takma işlemi üst üreter taşlarında daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir. Daha distal üreter taşlarına sahip, daha büyük ve sert taşlarda, endoürologlar genellikle ilk seçenek olarak URS yapma eğilimindedir. Hastaların operasyon sonrası komplikasyonları bilateral URS uygulanan (n:91) ve bilateral DJ uygulanan (n:41) şeklinde iki gruba ayrılarak (n:132) incelenmiştir. Bilateral DJ uygulanan 2 hastada Clavien sınıf 2 komplikasyon gerçekleşmiş olup bilateral URS uygulanan 6 hastada Clavien sınıf 2 komplikasyon gerçekleşmiştir. (Hastalarda antihipertansif ve ek antibiyoterapi ihtiyacı olmuştur.) Gruplar arasından anlamlı istatistiksel fark bulunmasa da bilateral URS uygulanan grupta komplikasyon oranı daha fazla bulunmuştur. Hastalarda per op komplikasyon gerçekleşmemiş olup, URS işlemi başarılı olmayan üreterlere DJ stent yerleştirilerek diversiyon sağlanmıştır.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024
ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

VİDEO SUNUMLAR

VİDEO SUNUMLAR (VS-1 / VS-75)

VS-1) MİNİMAL İNVAZİF THULİUM LAZER PROSTAT ENÜKLEASYONU

AHMET FURKAN ÖZSOY(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ

AMAÇ

Anatomik endoskopik prostat enükleasyonu (AEEP), benign prostat hiperplazisi olan hastalarda alt üriner sistem semptomlarının giderilmesi için etkili bir cerrahi alternatiftir. MiLEP (Minimal İnvazif Lazer Prostat Enükleasyonu) cerrahisinin amacı, daha küçük çaplı enstrümanlar kullanarak komplikasyon oranlarını ve üretral travma riskini azaltırken benzer başarı oranları sağlamaktır. Bu video, benign prostat hiperplazisi ön tanılı 66 yaşındaki erkek hastaya uygulanan MiLEP cerrahisini sunmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Hasta: Yaklaşık 7 yıldır alt üriner sistem semptomları olan 66 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Uzun süre tamsulosin kullanan ve medikal tedavi altında semptomları kötüleşen hastanın; üroflowmetri sonuçlarına göre, Qmax 8.5 ml/saniye ve postvoid rezidüel hacim 110 mililitre idi. Toplam PSA değeri 3.5 ng/ml olup, ultrason prostat ağırlığını 65 mililitre olarak ölçüldü. Hastaya pulse Tulyum-YAG lazer ile MiLEP planlandı.
Materyal ve Metot: Enükleasyon, 22 Ch dış rezektoskop kılıfı, döndürülebilir 19 Fr iç kılıf ve 2.9 mm 30 derece teleskop (Tontarra - Almanya) ile gerçekleştirildi. Morseleasyon için, mevcut tüm morselatörlerle uyumlu, 5 mm çalışma kanallı morseskop kullanıldı. Morselatör, dış rezektoskop kılıfına uyacak şekilde tasarlanmış olup, intraoperatif olarak dış kılıfın değiştirilmesini gerektirmez. Bu cerrahide, 100 W pulse tulyum YAG lazer (Dornier Thulio® Yüksek Güç Lazer) ve 550 µm fiber lazer kullanıldı. Enükleasyon, 2 J & 50 Hz (enükleasyon modu) ve koagülasyon, 0.4 J & 75 Hz (yumuşak doku modu) ayarlarında yapıldı.
Cerrahi Ekipmanlar:
22 CH Lazer rezektoskop seti (Tontarra)
Lazer: Pulse Thulium YAG lazer (Dornier Thulio® Yüksek Güç Lazer)
Fiber: 550 µm
Lazer Ayarları:
Enükleasyon: Enükleasyon Modu - 2 J & 50 Hz
Koagülasyon: Yumuşak Doku Modu – 0.4J & 75 Hz

BULGULAR

Bulgular: Toplam cerrahi süre 32 dakika idi. Enükleasyon süresi 17 dakika, morselasyon ise 11 dakika sürdü. İntraoperatif komplikasyon gözlenmedi ve postoperatif kateterizasyon süresi 2 gündü. Kateter çıkarıldıktan ve spontan idrar geçişi sağlandıktan sonra hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Postoperatif 1. ay takiplerinde, Qmax 24 ml/saniye ve postvoid rezidüel hacim 25 mililitre idi. Erken başlangıçlı üriner inkontinans sorunu gözlenmedi.

SONUÇ

Sonuç: Minimal İnvazif Lazer Prostat Enükleasyonu (MiLEP) cerrahisi, standart endoskopik lazer prostat enükleasyonuna benzer etkinlik sağlarken daha küçük endoskopik enstrümanlar kullanarak ve postoperatif komplikasyonları azaltarak gerçekleştirilmeyi amaçlamaktadır.

VS-2) İYATROJENİK UV DARLIĞI OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK SOL UNC

CEMİL AYDIN(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(1)
MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) ALPKON TORUN(1) FURKAN YAZICI(1)
MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
İYATROJENİK UV DARLIĞI OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK SOL UNC OLGUSUNU TARTIŞMAK

GEREÇ-YÖNTEM
Üreter travmaları nadir görülür ve tüm ürogenital sistem yaralanmalarının yaklaşık % 1-2,5'ini oluşturur. Üreter yaralanmalarının % 75'i iyatrojenik, % 18'i künt travma ve % 7'si penetran yaralanmalardır. İyatrojenik yaralanmalara sıklık sırasına göre endoürolojik girişimler (%42), jinekolojik (%34) ve batın içi cerrahilerin (%24) neden olmaktadır. İyatrojenik üreter yaralanmalarının spesifik bulgu ve semptomları yoktur, tanısı genelde gecikmiştir ve sadece üçte biri intraoperatif fark edilirler.

BULGULAR
OLGU: Sol yan ağrısı şikâyeti ile polikliniğe bavuran 44 yaşındaki erkek hastaya 2 yıl önce sol hidroüreteronefroz nedeniyle 3 kez tanısal urs ve 2 kez kısa süreli dj stent takılma işlemi uygulanmış. Hastanın bilinen ek hastalığı yok ve haftada 1 paket sigara kullanım öyküsü vardı. Üriner ultrasonografisinde sol böbrekte grade 3-4 pelvikaliektazi izlendi. Dinamik kontrastlı BT görüntülemesinde sol böbrek toplayıcı sistemde ileri düzeyde hidronefroz izlenmekteydi. Sol üreter seyri boyunca belirgin dilate ve tortiyoze görünümdeydi. Yapılan Tc-99m MAG3 dinamik böbrek sintigrafisinde sağ böbreğin total fonksiyona katkısı %52.0, sol böbreğin total fonksiyona katkısı %48.0 olarak hesaplandı, sol böbrek T1/2:33 dakika ve diüretiğe yanıtsız obstrüktif patern izlendi.
Hastaya GAA- sistoskopi yapıldı ve sol üreter orifisi izlenmedi, eş seanslı nefrostomi katateri takıldı, nefrostomiden metilen mavisi verilerek üreter orifisi tekrar kontrol edildi ancak orifis vizualize edilemedi, iyatrojenik üreter darlığı kararı verildi. Hastaya 2. seansta sol laparoskopik üreteroneosistostomi (UNC) operasyonu planlandı. Yapılan antegrad görüntülemede sol nefrostomiden verilen opak maddenin mesaneye geçişi izlenmedi. Hasta yaklaşık 1 ay nefrostomili kaldıktan sonra tarafımızca laparoskopik ekstravezikal tip UNC yapıldı. Sol üretere 4,8Fr 26cm DJS yerleştirildi . Postoperatif 6. günde sondalı olarak taburcu edildi. Hastaya postoperatif 15. günde çekilen sistografide ekstravazasyon izlenmedi ve hastanın sondası alındı. Hastanın patoloji sonucu ‘ sol distal üreter eksizyonel biyopsi transizyonel epitel ile döşeli, kalın musküler tabakaya sahip üreter doku örnekleri ‘ izlendi olarak geldi.

SONUÇ
Üreter travmalarından kaçınmak için üreter anatomisine hakim olunmalı, dikkatli ve titiz bir cerrahi uygulanmalıdır. Özellikle travmatik zorlu endoskopik girişimlerden sonra üreteral darlık insidansı artmaktadır. Deneyimli kliniklerde üreterovezikal anastomoz minimal invaziv bir teknik olan laparoskopik yöntemle tedavi edilebilir.

VS-3) PEYRONIE HASTALIGI: IZOLE LATERAL KURVATUR GREFT ILE ONARIM

ÇAĞRI DOĞAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Peyronie Hastalıgˆı (PH), eytolojisi bilinmemekle birlikte en yaygın kabul go¨ren hipotez mikrovasku¨ler yaralanma veya tunika albuginea travmasıdır. Hastaların %39'unda ilk semptom olarak ele gelen plakların go¨ru¨ldu¨gˆu¨ ve c¸og˘unlukla dorsalde yerles¸tigˆi rapor edilmis¸tir. Cerrahisinde penil plikasyon ve greft ile onarım tercih edilmektedir. Bu c¸alıs¸mada greft yardımlı Peyronie cerrahisi sunulmus¸tur.

GEREÇ-YÖNTEM

48 yas¸ında hastanın ereksiyon sırasında sol laterale 45 derece deviasyon ile bas¸vurdu. Hastanın 3 yıldır s¸ikayetleri mevcut. İlk yılında egˆrilik derecesi progrese olmus¸ fakat son 2 yıldır stabil. Fizik muayenesinde sol dorsalde yaklas¸ık 2x4 cmlik plak palpe edildi. İntrakavernosal enjeksiyon sonrasında sol laterale dogˆru 45 derecelik deviasyon saptandı. Hastaya greft yardımlı Peyronie cerrahisi planlandı.
Supin pozisyonda penise sirkumsizyon hattından kesi yapıldı. Ardından etraf dokular kaba disseksiyon ile penis deglove edildi. Artifisyel ereksiyon gerc¸ekles¸tirilerek plak bulundu ve egˆrilik derecesi tespit edildi. Ardından dartos ve buck fasyası bulundu. Penis ventrolateralden buck fasyası ac¸ıldı. Buck fasyası her iki taraftan penis dorsaline kadar disseke edildi. Peyronie plagˆı H şeklinde insize edildi. Ardından plak kenarları eksize edildi. Defektin ölçümü yapıldı ve greft (sıgˆır perikardı) usulu¨ne uygun olarak yerles¸tirildi ve su¨ture edildi. Ardından buck ve dartos fasyası kapatılıp sirkumsizyon hattı da kapatılarak vaka sonlandırıldı.

BULGULAR

Operasyon su¨resi 120 dakika olarak o¨lc¸u¨ldu¨. Perop komplikasyon gelis¸medi. Postop erektil disfonksiyon gelis¸medi. Ereksiyonda rezidu¨ kurvatu¨r izlenmedi.

SONUÇ

Greft yardımlı Peyronie cerrahisi du¨s¸u¨k komplikasyon ve yu¨ksek bas¸arı oranlarıyla uygun hastalara uygulanabilmektedir.

VS-4) PEYRONIE HASTALIGI: VENTRAL KURVATUR PENIL PLIKASYON

ÇAĞRI DOĞAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Peyronie Hastalıgˆı (PH), eytolojisi bilinmemekle birlikte en yaygın kabul go¨ren hipotez mikrovasku¨ler yaralanma veya tunika albuginea travmasıdır. Hastaların %39'unda ilk semptom olarak ele gelen plakların go¨ru¨ldu¨gˆu¨ ve c¸ogˆunlukla dorsalde yerles¸tigˆi rapor edilmis¸tir. Cerrahisinde penil plikasyon ve greft ile onarım tercih edilmektedir. Bu c¸alıs¸mada penil plikasyon cerrahisi sunulmus¸tur.

GEREÇ-YÖNTEM
50 yas¸ında hastanın ereksiyon sırasında ventrale 60 derece deviasyon ile bas¸vurdu. Hastanın s¸ikayetleri 6 yıldır mevcut. I·ntrakavernosal enjeksiyon sonrasında ventrale dogˆru 60 derecelik deviasyon saptandı. Hastaya penil plikasyon cerrahisi planlandı.Supin pozisyonda penise sirkumsizyon hattından kesi yapıldı. Ardından etraf dokular kaba disseksiyon ile penis deglove edildi. Artifisyel ereksiyon gerc¸ekles¸tirilerek plak bulundu ve egˆrilik derecesi tespit edildi. Buck fasyası bulundu. Buck fasyası no¨rovasku¨ler bundle seviyesine kadar disseke edildi.. Ardından penisin dorsolateral yu¨zu¨nde corpus cavernosum bilateral olarak allis klemp yardımıyla eğriliğin maksimum olduğu yerden tutuldu. Atravmatik 2/0 ethibond su¨turu ile plikasyon su¨turleri konuldu. Tekrar artifisyel ereksiyon sagˆlanarak egˆriligˆin derecesinin du¨zeldigˆi kontrol edildi. Kanama kontrolu¨ ardından sirkumsizyon hattı kapatılarak vaka sonlandırıldı.

BULGULAR
Operasyon su¨resi 50 dakika olarak o¨lc¸u¨ldu¨. Perop komplikasyon gelis¸medi. Postop erektil disfonksiyon gelis¸medi. Ereksiyonda peniste rezidu¨ kurvatu¨r izlenmedi.

SONUÇ
Penil plikasyon cerrahisi du¨s¸u¨k komplikasyon ve yu¨ksek bas¸arı oranlarıyla uygun hastalara uygulanabilmektedir.

VS-5) KOMPLET ÇİFT TOPLAYICI SİSTEM VARLIĞINDA SOL LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ UYGULANAN HASTA

RECEP SERHAT TEPE(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Komplet çift toplayıcı sistem varlığında alt veya üst sistemin gelişim bozuklukları söz konusu olabilmekte ve ilgili alanın eksizyonu gerekebilmektedir. Bu bildirimizde, üst sistemi sorunlu olan erişkin yaş grubundaki olgumuza uygulanan laparoskopik heminefrektomi işlemi sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Sol yan ağrısı nedeni ile incelenirken sol böbrekte çift toplayıcı sistem bulunduğu anlaşılan hasta kliniğimize yönlendirilmişti. Öykü, özgeçmiş ve fizik inceleme sorunsuzdu. Tam idrar tetkiki dışındaki biyokimyasal sonuçları normaldi. Tam idrar tetkikinde üriner sistem enfeksiyonunu düşündüren bulgular saptandı. İdrar kültüründe ise Escherichia coli üremesi oldu. Uygun antibiyoterapi sonrası yapılan ileri incelemede sol üst sistemde ve üreterinde ileri derecede dilatasyon ve fonksiyon kaybı olduğu izlendi. Sol üreterorenoskopi ile değerlendirilen hastada heminefrektomi planlandı.

BULGULAR
Uygun teknikle 4 trokar girişi eşliğinde laparoskopik sol heminefrektomi ve üreterektom işlemi gerçekleştirildi. Operasyon süresi 50 dakika idi. Toplam kanama miktarı 80 mL olarak hesaplandı. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Hastanın postoperatif ikinci günde dreni çekildi. Patoloji sonucu, şiddetli aktif-kronik inflamasyon olarak raporlandı.

SONUC
Çift toplayıcı sistem varlığında uygulanabilecek işlemler arasında yer alan heminefrektomi ve üreterektomi işlemi sunulduğu üzere laparoskopik yöntemle gerçekleştirildiğinde, hastanede daha az kalış süresi ve hasta konforu ile öne çıkmaktadır.

VS-6) DORSAL PEYRONİE HASTALIĞI TEDAVİSİNDE NESPİT KORPOROPLASTİ TEKNİĞİ

TAHİR TURAN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) MEHMET KIRDAR(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Penil Peyronie hastalığı; gelişen fibröz skar dokusu nedeniyle penil kurvatür, ağrılı ereksiyon ve erektil disfonksiyona yol açabilen benign bir hastalıktır. Tipik olarak ele gelen penil cilt altı plaklarla karakterize hastalıkta kronik döneminde cerrahi tedaviler uygulanabilir. Penil kurvatür onarımı için birçok korporoplasti tekniği tanımlanmıştır. Eğriliğin durumu ve cerrahın tecrübesine göre çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bu video sunumda Peyronie hastalığı olan hastada Nespit Korporoplasti tekniği uyguladığımız olgu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

62 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 2 yıl önce başlayan peniste eğrilik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Ek hastalık yok . Yapılan fizik muayenede penis midşaft dorsal kısımda yaklaşık 25 mm ele gelen plak ve dorsal penil kurvatür olduğu saptandı. Kronik dönemde Peyronie hastalığı olması nedeniyle hastaya cerrahi önerildi.

BULGULAR

Sirkümsizyon insizyon ile penil katlar geçildi. İnsizyon Buck fasyasına ulaşacak şekilde derinleştirildi. Buck fasyası geçildikten sonra penis, elde edilen plandan deglove edildi. Sonrasında penis derisi üzerinden penis köküne kadar eldiven parmak turnike şeklinde yerleştirilerek penis kökü klempe edildi. Ardından penis lateral yüzünden 19 gauge kelebek iğne ile rijit ereksiyon sağlanacak kadar izotonik solüsyonu enjekte edildi. Oluşturulan suni ereksiyon eğriliğin yeri ve derecesi hakkında yeterli bilgi edinilmesini sağlar. Suni erkesiyon sağlandıktan sonra eksizyon yapılacak bölge Allis klemp ile işaretlendi. Allis klempleri ile tunika albugineanın en dışbükey kısmından penis düzleşene kadar bir veya daha fazla bölgeden doku büzdürelerek ideal düzeltme elde edildi. 3/0 vicryl ile işaretlenen bölgenin uç kısımlarına askı sütur atıldı. İşaretlenen bölgeler kavernöz dokunun zarar görmemesine dikkat edilerek bistüri ile elipsoid şekilde eksize edildi. Ortaya çıkan elipsoid defekt orta kısmından 5/0 prolen ile tek sütur ile yaklaştırıldı. Ardından 3/0 vicryl ile tek tek atılan süturlar ile defekt kapatıldı. Kanama kontrolü yapıldıktan sonra penis derisi anatomik pozisyonuna getirilerek fasyal yapılar 3/0 vicryl ile tek tek atılan süturlar ile bir araya getirildi. Ardından deri bütünlüğü 3/0 rapid vicryl ile tek tek atılan süturlar ile tekrar sağlandı. Pansuman yapılarak penis koban bandajı ile sarıldı. Hasta 48 saat takip edildi. Postop 48. Saatte taburcu edilen hastanın patoloji sonucu fibröz bağ dokusu olarak değerlendirildi. Hastanın takibine devam edilmektedir.

SONUÇ

Peyronie hastalığı olan uygun hastalarda cerrahi hala en iyi seçenek olup, hasta bazlı değerlendirme ile en uygun cerrahi metod seçilmelidir. Penil peyronie hastalığında Nespit Korporoplasti tekniği uygulaması, deneyimli merkezlerde uygulanabilir güvenli bir cerrahi yöntemdir.

VS-7) İLEAL LOOPU OLAN HASTADA KOMBİNE İNTRARENAL TAŞ CERRAHİSİ

NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1)
MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) MERT EVİRGEN(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Endoskopik Kombine İntrarenal Cerrahi , üst üriner sistemdeki taşları minimal invaziv bir şekilde çıkarmayı amaçlayan modern bir tedavi yöntemidir. Bu prosedür, endoskopik teknolojilerin avantajlarından yararlanarak, özellikle büyük, kompleks ve dağınık yerleşimli böbrek taşlarını daha etkili bir şekilde tedavi edilmesine olanak sağlar.Bu teknik, perkütan nefrolitotomi ve flexible üreterorenoskopi işlemlerinin kombinasyonunu içeren bir tekniktir.Bu videomuzda ileal loopu bulunan kadın hastada kombine intrarenal taş cerrahisi görüntülerini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

65 yaş kadın hasta, daha önce kontrakte mesane sebebiyle sistektomi + ileal loop operasyon geçmişi bulunuyor.Yan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Yapılan tetkiklerde sol böbrekte dağınık yerleşimli büyüğü 1.5 cm olan birkaç adet taş saptandı.Tam taşssızlık hedeflenerek kombine intrarenal cerrahi planlandı.

BULGULAR

Genel anestezi altında modifiye sol supin pozisyonda ureteroskop ile stomadan girilerek sol üreter anastomozu bulundu.Buradan kılavuz tel böbreğe gönderildi.Kılavuz tel üzerinden yerleştirilen üreter katateri aracılığı ile toplayıcı sistem opak madde ile görüntülendi.Perkütan iğne ile alt kaliksten giriş yapıldı.Sırasıyla 16 fr kadar dilate edildi.Eş zamanlı flexible ureteroskop ile retrograd yoldan böbreğe ulaşıldı.Görülen taşlar lazer yardımıyla parçalara ayrılarak basınçlı su ve basket yardımıyla toplandı.Başka taş görülmemesi üzerine renal pelvise single j katater yerleştirildi.Operasyon 120 dk sürdü.Major komplikasyon yaşanmadı.Post op 2. Gün single j katater çekilerek hasta taburcu edildi.

SONUÇ

Artan deneyimle beraber kombine intrarenal cerrahiler, teknik açıdan zor ve dağınık yerleşimli üst üriner sistem taşlarının etkin bir şekilde tedavi edilmesini sağlar. Bu prosedür, operasyon sırasında tam bir kontrol sunarak, tüm taşları güvenli ve minimal invaziv bir şekilde çıkarabilmeyi mümkün kılar.

VS-8) İLERİ DERECE SKOLYOZU OLAN SPİNA BİFİDALI HASTADA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ PROSEDÜRÜ

SERDAR GEYLAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Avrupa Üroloji Derneği kılavuzlarına göre 2 cm üzerindeki böbrek taşlarında önerilen yöntem perkütan nefrolitotomidir (PNL). Genellikle kanama kontrolü ve ikinci girişim için nefrostomi tüpü yerleştirilir.
Biz de bu video sunumumuzda spina bifida anomalili ileri derece skolyozu olan 18 yaş kadın hastada sol PNL ameliyat tekniğini paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Litotomi pozisyonunda sol üretere 6 Fr üreter katateri takıldıktan sonra hasta prone pozisyonuna alındı. Orta-üst polden 30 Fr'e kadar sıralı dilatasyon yapıldı. Taşlar yıkama, basket ve forceps yardımıyla ekstrakte edildi. Ardından tüm sistem kontrol edildikten sonra skopi kontrolü yapıldı. Re-entry nefrestomi katateri takıldı. Antegrad piyelografi yapıldı. Alt polde dolum defekti izlendi. Alt pole ikinci axes yapıldı. Taşlar yıkama ile ekstrakte edildi. Ardından işlem sonlandırıldı.
Postoperatif 1. günde bakılan hemoglobin düzeyi 10,4 g/dL olan hastanın ağrısı ve hematürisi olmadı. Kontrol direkt üriner sistem grafisinde özellik olmayan hasta postoperatif 2. günde nefrestomisi çekildi. Postoperatif 4. günde taburcu edildi.

BULGULAR

18 yaş kadın hasta polikliniğe sol yan ağrısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ile başvurdu. Öncesinde üreterorenoskopi + DJ stent takımı öyküsü olan hastanın hemoglobin düzeyi 12,4 g/dL böbrek fonksiyon testleri normal ve idrar kültürü steril olarak izlendi. Çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol böbrek toplayıcı sistemde 3 cm'ye ulaşan taşa ait görünüm izlendi. Hastaya sol PNL kararı alındı.

SONUÇ

Spina bifida anomalisi olan hastalarda PNL prosedürü güvenle uygulanabilir.

VS-9) VENTRAL PEYRONIE OLGUSUNDA TACHOSIL GREFT KULLANIMI

MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) KADİR CAN ŞAHİN(1) ALPER OKUR(1) HAMDİ ÖZKARA(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Peyronie hastalığı (PH), korpus kavernozumları saran tunika albuginea'da lokalize bir fibröz plağa bağlı penil deformite oluşmasıyla karakterize, edinsel bir bağ doku bozukluğudur. PH'nin stabil döneminde penil deformitenin düzeltilmesinde altın standart tedavi cerrahi yaklaşımdır. Yıllar içinde Peyronie hastalığı cerrahisinde kullanılmaya başlanan pek çok greft materyali (otolog greftler, allogreftler, ksenogreftler ve sentetik greftler) mevcuttur. İdeal greft materyali; ucuz, esnek, kontraksiyona dayanıklı, temin edilmesi kolay, enfeksiyona dirençli olmalıdır ve erektil kapasiteyi koruyabilmelidir. Bu konuda araştırmalar devam etmesine rağmen henüz greftleme için ideal bir materyal tanımlanamamıştır.
TachoSil, insan plazmasından elde edilen pıhtılaşma faktörleri, fibrinojen ve trombin ile kaplanmış bir at kollajen süngeridir. Genellikle hemostaz amaçlı kullanılan bu materyal son yıllarda çeşitli alanlarda greft materyali olarak da kullanılabilmektedir. Türkiye'de TachoSil'i Peyronie greft cerrahisinde ilk deneyen klinik olarak bu materyalin kullanımını bir ventral Peyronie olgusunda göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bilinen diyabetes mellitus tanılı 65 yaş erkek hasta, 2 yıl önce başlayan peniste eğrilik ve sertleşmede güçlük (IIEF-5:19) şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. 2022'de geçirilmiş TUR-P dışında operasyon öyküsü olmayan hastamızın yapılan fizik muayenesinde penis ventral yüzde palpabl fibröz plak mevcut idi. Hastaya TachoSil ile insizyonel greft cerrahisi planlandı.

BULGULAR

Hastanın operasyon süresi 90 dakika idi. Tahmini kanama 30 mL olarak hesaplandı. Hastanın üretral kateteri post-operatif 1. günde alındı. Servis muayenesinde herhangi bir özellik izlenmeyen hasta oral antibiyoterapi reçete edilerek post-operatif 1. günde taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. Uzun dönem kontrollerinde herhangi bir özellik izlenmeyen hastanın ereksiyon halinde kurvatürünün tama yakın düzeldiği gözlendi.

SONUÇ

Peyronie cerrahisinde TachoSil, seçilmiş vakalarda etkin, ucuz ve güvenli bir greft materyali olarak kullanılabilir.

VS-10) ÜÇ PARÇALI PENİL PROTEZ BİLATERAL SİLİNDİRLERİNİN KORPUS KAVERNOZUM DIŞINA DİSLOKASYONU SONRASINDA DACRON GREFT İLE PENİL PROTEZ REVİZYONU

AHMET VURAL(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) FURKAN KUZUCU(1) HAMDİ ÖZKARA(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Penil protez implantasyonu, erektil disfonksiyon (ED) tedavisinde oral ve enjektabl farmakoterapiler ile tatmin edici sonuçlar elde edilemediği durumlarda etkili bir tedavi yöntemidir. 1970'lerde ilk uygulamalarının başlamasından itibaren şişirilebilir penil protez (IPP) teknolojisinde birçok ilerleme kaydedilmesine rağmen, protez mekanik komplikasyonları halen ciddi bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilmektedir.
Bu videoda, şişirilebilir penil protez silindirlerinin spontan dislokasyonu sonrasında Dacron greft ile extratunikal greftleme yapılan hastanın penil protez revizyonu videosu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tekrarlayan Priapizmi olan 53 yaşında erkek hasta, aspirasyona ragmen devam eden ereksiyonu nedeniyle T-şant operasyonu sonrasında ED şikayeti ile kliniğimize başvurdu. ED şikayetine yönelik çekilen penil Doppler ultrasonografisinde, bilateral distal kavernöz cisimlerde fibrosis ile bilateral arteriyal ve venöz kombine yetmezlik saptandı. Hastaya ölçümleri sonrasında 17 cm'lik üç parçalı penil protez implantasyonu gerçekleştirildi. Takiplerde postoperatif 2. ayda penil protezin mekanik disfonksiyonu nedeniyle kliniğimize basvuran hastaya çekilen penil MRI'da penil proteze ait olan her iki silendirin distal uçlarının corpus kavernosumların dışında olduğu saptandı. Hasta kliniğimize tekrar interne edilerek Dacron greft ile kavernotomi alanı üzeri greftleme yapılarak penil protez revizyon ameliyatı gerçekleştirildi. Operasyon sırasında; bilateral Penil protez silendirlerinin kavernöz cisimlerin dışında olduğu ve pompa ile protez şişirildiğinde protezin herhangi bir zarar görmediği görüldü. Ayrıca protez bütünlüğü değerlendirildiğinde, pompa ve rezervuzarın sağlam olduğu saptandı. Her iki Kavernotomi alanın üzerini kapatmak için 4x4 cm boyutunda 6 mm'lik Dacron greft 2-0 Polyglactin 910 sütur kullanılarak ayrı ayrı yama şeklinde tespit edildi. Perioperatif proflaktik olarak 1 gr intravenöz vankomisin ve 400 mg flukonazol verildi. Cerrahi alan ve protez sterilizasyonunun korunması için sıkça antibiyotik (gentamisin + rifampisin) solüsyonu ile irigasyon yapıldı. Penil Protez yerleştirilmesinin ardından dren takılmaksızın katlar anatomik planda kapatıldı.

BULGULAR

Operasyon süresi 150 dakikaydı. Postoperatif 1. Günde üretral kateteri alındı. Hafif baskılı penoscrotal bandajı 1. gün gevşetildi ve 2. gün alındı. Hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi. Taburculuk sonrası antibiyoterapiye 7 gün daha oral formda devam edildi. Penil protezin aktivasyonu yaklasık olarak 6. haftada gerçekleştirildi. Hastanın postoperatif 3. ay kontrolünde ek bir şikayet saptanmadı.

SONUÇ

Penil fibrosis patolojisine bağlı, üç parçalı penil protezin kavernöz cisim dışına dislokasyonu gelişen olgularda erken dönemde Dacron greft ile extratunikal greftleme yapılarak penil protez revizyonu yapılabilmektedir. Penil Protez cerrahisinde, Dacron greftleme tekniği etkili, güvenli ve uygulanabilir bir tedavi seçeneği sunmaktadır.

VS-11) BİLATERAL RENAL KİTLE İÇİN 2 SEANSTA SOL VE SAĞ ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

RABİA HİZARCİ BAL(1) İHSAN BATUHAN DEMİR(1) KARİM SHİRİNLİ(1) EMRE ALBAYRAK(1) TAYYİP KILIÇSOKAN(1) AHMET GÜDELOĞLU(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) CENK YÜCEL BİLEN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı parsiyel nefrektomi günümüzde böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle soliter böbrek, bilateral renal kitle vb. durumlarda uygun hastalarda nefron koruyucu cerrahi önem kazanmaktadır.Bu videodaki amacımız bilateral parsiyel nefrektominin farklı seanslarda minimal invaziv olarak deneyimli merkezlerde gerçekleştirilebileceğini göstermektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu videoda bilateral renal kitlesi olan hastada yapılan robot yardımlı bilateral parsiyel nefrektomi ameliyatlarının aşamaları sunulmuştur.

BULGULAR

68 yaşındaki erkek hasta bilateral yan ağrısı ile dış merkeze başvurmuş olup yapılan görüntülemede bilateral renal kitle tespit edildi. Sol böbrek üst polde 45x30 mm, sağ böbrekte 46x41 mm kistik komponent içeren RCC uyumlu heterojen solid lezyon görüldü. Toraks BT'de tanı anında uzak metastaz saptanmadı. Tanı anında serum kreatinin değeri 1,02 mg/dl, eGFR ise >60 ml/dk olarak ölçüldü. Hastaya öncelikle robot yardımlı sol parsiyel nefrektomi yapıldı. Yapılan sol parsiyel nefrektomide sıcak iskemi süresi 22 dakika olarak kaydedildi. Hastanın postoperatif kreatinini 0,92 mg/dl olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 3.günde taburcu edildi. Patoloji sonucu "Şeffaf hücreli tip RCC" olarak raporlandı. Sol parsiyel nefrektomiden 2 ay sonra hastaya sağ robot yardımlı parsiyel nefrektomi yapıldı. Sıcak iskemi süresi 24 dakika olarak kaydedildi. Hastanın postoperatif kreatinini 0,85 mg/dl olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 2.günde taburcu edildi. Patoloji sonucu " Fokal osseöz metaplazi içeren şeffaf hücreli RCC" olarak raporlandı.

SONUÇ

Sonuç olarak bilateral renal tümörü olan hastalarda, uygun vakalarda robot yardımlı parsiyel nefrektomi kitlenin yerleşimine ve cerrahın deneyimine bağlı olarak tercih edilebilir.

VS-12) BUKKAL MUKOZA GREFTİ İLE ROBOT YARDIMLI MESANE BOYNU REKONSTRÜKSİYONU

RABİA HİZARCİ BAL(1) DURMUŞ ALPTUĞ COŞAR(1) HALİL İBRAHİM ÖZKAN(1) İHSAN BATUHAN DEMİR(1) NAŞİDE MANGIR BOLAT(1) AHMET GÜDELOĞLU(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Tekrarlayan mesane boynu darlığında bukkal mukoza grefti ile robot yardımlı mesane boynu rekonstrüksiyonu: olgu sunumu

GEREÇ-YÖNTEM

Açık, endoskopik ve diğer minimal invaziv prostat cerrahilerine sekonder olarak görülen mesane boynu sklerozu yaygın görülen komplikasyonlar arasındadır. Birçok vakada primer tedavi yönteminde bilateral endoskopik insizyon ve transüretral rezeksiyon tercih edilse de tekrarlayan vakalarda açık, laporoskopik, robot yardımlı cerrahi rekonstrüksiyon önerilen tedavi yaklaşımları arasındadır. Bu videoda tur-prostatektomi sonrası tekrarlayan mesane boynu darlığı olan hastada bukkal mukoza grefti ile robot yardımlı mesane boynu rekonstrüksiyonu ameliyatının aşamaları sunulmuştur.

BULGULAR

Daha önce iki kere tur-prostetoktami ve iki kere endoskopik mesane boynu rezeksiyonu öyküsü olan 60 yaşındaki erkek hasta, obstrüktif alt üriner semptomları ile tarafımıza başvurdu. Başvuru sırasında üriner retansiyonda olduğu tespit edilen hastaya flexible sistoskopi yapıldı, mesane boynunda fibrotik dar segment olduğu görülen hastaya sistoskopi eşliğinde foley katater takıldı ve mesane boynu rekonstrüksiyonu planlandı. Hastaya bukkal mukozadan alınan 2X3 cm'lik greft kullanılarak robot yardımlı mesane boynu rekonstrüksiyonu yapıldı. Post-operatif dönemde sonda 14. Günde çekildi, sonda çekildikten sonra rahat spontan işeme gözlendi. Post-operatif 3. Ayda aktif şikayeti olmayan hastaya yapılan üroflowmetri incelemesinde Qmax 13 ml/sn ortalama alış hızı ise 7 ml/sn olarak ölçüldü İşeme sonrası residüel idrar olmadığı görüldü.

SONUÇ

Sonuç olarak, tekrarlayan mesane boynu darlığı olan olgularda bukkal mukoza grefti kullanılarak yapılan robot yardımlı mesane boyu rekonstürüksiyonu bir tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

VS-13) MESANEYE PROTRÜDE OLAN ÜRETERAL POLİP

ATA ÖZEN(1) UTKU BEKYÜREK(1) SÜLEYMAN ÖNER(1) İYİMSER ÜRE(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Üreteral fibroepitelyal polip, üriner sistemde gelişen nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Bu tümörün etiyolojisi belirsizliğini korumaktadır. Hastalar genellikle obstrüktif hidronefroz ve üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle hematüri ve yan ağrısı ile başvurabilirler. Literatürde az sayıda vaka ve küçük seriler bildirilmiştir. Son zamanlarda, literatürde endoskopik yaklaşım kullanarak komplikasyon veya nüks olmadan olumlu sonuçlar bildirmiştir. Bu olgu sunumuyla üreteral polipi olan hastanın tanı ve tedavi sürecini sizlerle paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
İnatçı dizüri ve hematüri şikayetleri ile başvuran 61 yaşında erkek hastaya, Ağustos 2022'de yapılan üriner ultrasonografide, mesane sol posterior duvarda lümene protrüde 17x12 mm boyutlarında lezyon saptandı. Her iki böbrekte hidronefroz görülmedi. Hastaya tarafımızca tanısal sistoskopi ve gerekli girişim planlandı.

BULGULAR
Tanısal sistoskopi esnasında sağ üreter orifisi doğal görülürken, sol üreter orifisinden mesaneye protrüde olan, üreter peristaltizmi ile de tekrar sol üreter lümenine kollabe olan üreteral polip görüldü. Bunun üzerine rigid üreterorenoskop ile sol üreter orifisinden girildi. Sol üreter distal kesimde saplı üreteral polip gözlendi. Üreteral polip sapı holmium:yttrium aluminium garnet (YAG) lazer (1.8 J, 8 Hz) ile kesildi. Spesmen forceps yardımı ile mesaneye alındı. Polip tabanından ayrıca punch biyopsi alındı. Ardından lezyon seviyesinden üreter proksimaline çıkıldı ve başka tümöral oluşuma rastlanılmadı. Guide kılavuzluğunda skopi kontrolünde sol 6/26 DJ stent takıldı. Mesanedeki spesmen rezektoskop kılıfı içerisinden loop yardımı ile dışarı alındı. Yaklaşık 9 cm üreteral polip spesmeni fibroepitelyal polip olarak; polip tabanından alınan punch biyopsi spesmeni ise kronik inflamasyon olarak raporlandı. Ocak 2023'de tarafımızca DJ stent çekilmesi ve kontrol üreterorenskopi planlandı. Kontrol sol üreterorenoskopide dar segment ve nüks lezyon oluşumu izlenmedi.

SONUÇ
Üreteral polip tedavisinde endoskopik girişimler güvenle ve başarı ile uygulanabilir.

VS-14) OVARYAN VEN SENDROMU NEDENİYLE GELİŞEN ÜRETER OBSTRUKSİYONUNUN ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK ÜRETEROÜRETEROSTOMİ İLE TEDAVİSİ

BÜLENT ÖNAL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) GÖKTUĞ KALENDER(1)
MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) FATİŞ ALTINDAŞ(2) EMRE AKKUŞ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

AMAÇ
Ovaryan ven trombozu (OVT) üretere bası yapabilecek bu nedenle hidronefroza sebep olabilecek nadir görülen bir durumdur. Trombofili, malignite, sepsis, intraabdominal ve pelvik inflamatuar durumlar, pelvik cerrahi müdahaleler, gebelik ve doğum sonrası dönem ile ilişkilidir. Genellikle geç tanı alır. Bu nedenle renal fonksiyonlar etkilenebilir. Bu video ile, OVT nedeniyle sağ üreter darlığı gelişen bir kadın hastada robot yardımlı laparoskopik üreteroüreterostomi tekniğinin uygulanmasını sunmayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM
Otuz beş yaşında hasta dört yıl önce gebelik sırasında saptanan sağ hidronefrotik böbrek nedeni ile takibe alındı. İki yıl önce ikinci gebeliğinde stabil seyretmekte olan sağ hidronefrozun derecesinin arttığı tespit edildi. Doğum sonrası takiplerinde hidronefrozun drenaj bozukluğu düşündürecek şekilde sebat etmesi üzerine kontrastlı kesitsel görüntüleme yapıldı, üreter ve beraberinde seyreden tromboze, kıvrımlı bir ovaryan ven görüldü. Merkaptoasetiltriglisin-3 dinamik incelemede, sağ böreğin drenaj eğrisinin obstrüksiyon ile uyumlu olduğu tespit edilmesi üzerine ameliyat kararı verildi. Cerrahi, Da Vinci XI robotik sistem ile transvers düzlemde sekiz cm aralıkla yerleştirilen üç port kullanılarak yapıldı. Hedef bölgeye ulaşıldığında, sağ ovaryan venin tromboze ve kıvrımlı olduğu ve sağ üreter üzerine baskı uyguladığı görüldü. Üreterolizis yapılarak sağ üreter sağ ovaryan venden serbestlendi. Basının distalinden üreter kesildi, proksimal uç renal venin altından geçirilerek vasküler yapıların üzerine alındı, iki uç spatüle edildi, spatüle edilen uçlar 4/0 polyglactin sütur ile anastamoze edildi ve dren yerleştirilerek işleme son verildi (Video).

BULGULAR
Docking süresi 20 dakika, konsol süresi 70 dakika olarak kaydedildi. Ameliyat esnasında veya sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Sonda ameliyat sonrası birinci gün, dren ikinci gün çekildi. Post-operatif izlemde eGFR değeri, 118 mL/min/1.73 m2 olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası ultrason takiplerinde renal pelvis çapının azaldığı parankim kalınlığının sabit kaldığı görüldü. Port yerleşim bölgelerinde fasya ve cilt ile ilişkili sorun saptanmadı.

SONUÇ
Pelvik, abdominal ve flank ağrı ile başvuran ve hidronefroz saptanan kadınlarda ayırıcı tanıda over ven sendromu göz önünde bulundurulmalıdır. Robot yardımlı laparoskopik rekonstrüksiyon teknikleri bu vasküler yapıların basısı nedeniyle gelişen darlıklarda etkin ve güvenli cerrahilerdir.

VS-15) ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI HEM-O-LOK CLİP MİGRASYONU

BÜLENT ÖNAL(1) AHMET VURAL(1) KADİR CAN ŞAHİN(1) FEYYAZ IRMAK(1)
HÜSEYİN KOÇAN (2) ELİF ALTINAY KIRLI(1) KADİR EMRE AKKUŞ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Robotik yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RALP) sırasında lateral vasküler pediküllerin ve seminal veziküllerin hemostatik kontrolü, vas deferensin bağlanması için emilmeyen Hem-o-lok® (HOLC) klipsler (Weck Surgical Instruments, Teleflex Medical, Durham, NC, ABD) yaygın olarak kullanılır. Bu çalışmanın amacı, RALP sırasında nadir görülen bir komplikasyon olan HOLC migrasyonunun klinik prezentasyonunu, semptomlarını, yönetimini bir video ile tanımlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Prostat kanseri RALP ile tedavi edilen hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak komplikasyon gelişimi açısından değerlendirildi. HOLC ile ilişkili komplikasyon gelişen hastalar çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR

RALP sonrası ortalama iki yıllık takipte, 4 hastada HOLC migrasyonu gözlendi. Hastalar alt üriner sistem semptomları ve dizüri (AÜSS) ile başvurdu. HOLC migrasyonu gözlenen hastaların özelliklerine Tablo-1'de yer verildi. Taşlaşmış HOLC ve mesanedeki taşlar transüretral girişim ile rezektoskop ve yabancı cisim forsepsi kullanılarak çıkarıldı (Video-1). İşlem sonrası semptomlar tüm hastalarda tamamen kayboldu. Hastaların onkolojik takibi stabildir.

SONUÇ

RALP sonrası, uzun dönem takipte gelişen AÜSS semptomları HOLC migrasyonu ile ilişkili olabilir. Üriner sistem USG'sinde mesane taşı olarak raporlanan hiperekojen yapıların HOLC migrasyonuna bağlı olabileceği düşünülmelidir. Cerrahi uygulamada anastomoz hattına yakın HOLC kullanımından kaçınmak ve kullanılan HOLC sayısını azaltmak komplikasyonu önlemede yardımcı olabilir.

olgu	Semptomların başlama zamanı	Post-operatif tümörün evresi	Prosedür	Klip sayısı	Bulgular
1	2. yıl	pT2c	Sistoskopi Rezektoskop ile	1	Klip mesane boynu yerleşimli VUAS'a yakın
2	2. yıl	pT2c	Sistoskopi Yabancı cisim forsepsi ile	6	Klip mesane trigon yerleşimli VUAS'a yakın
3	4.yıl	pT2c	Sistoskopi Lazer litotriptör ile	1	Klip mesane trigon yerleşimli VUAS'a yakın
4	1.yıl	pT2c	Sistoskopi Lazer litotriptör ile	1	Klip mesane taşı içerisinde Mesanede yüzer halde

HOLC Migrasyonu saptanan hastalara ait özellikler

VS-16) PENİL PROTEZ PEYRONİ PLAĞI

ELİF PATAN(1) ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(2)

1. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
2. RUMELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Medikal tedaviye dirençli, özellikle uzun süreli diyabetik hastalardaki erektil disfonksiyon tedavisinde cerrahi olarak penil protez implantasyonu altın standart bir tedavidir. Peyronie hastalığı birlikteliği olan erektil disfonksiyon vakaları ise penil protez implantasyonu açısından korpus kavernosumdaki plaklar nedeniyle cerrahiyi çok daha zorlu kılmaktadır. Biz bu vakamızda peyroni plağı olan ve 3 parçalı penil protez implantasyonu yaptığımız vakayı sizlere aşama aşama sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

69 yaşında erkek hasta, yaklaşık 15 yıldır diyabes mellitus hastalığı mevcut. 4'lü insülin kullanmakta. Hba1c <6,5. Hastamız 30 paket/yıl sigara kullanıyor. Hastamızda medikal tedaviye dirençli erektil disfonksiyon mevcut. Aynı zamanda hastanın kruslarında penis ventralinde sağ penis radiksinde 1x1,5 cm, sol penis radiksinde ise 1x1 cm fibrotik inatçı (rekalsitran) tunika albugineal, intraluminal kavernotoma ve buji dilasyonuna yanıt vermeyen peyroni plakları mevcut.

BULGULAR

Penoskrotal hattan bistüri ile yaklaşık 8 cm'lik bir insizyon yapıyoruz. Keskin ve künt diseksiyonlarla cilt altı ve dartos fasyalarını insize ederek geçiyoruz. Bu esnada sol elimizle penis gövdesini iyi kavramayı unutmuyoruz. Corpus kavernosumun her iki tarafına 2/0 Vicryl ile askı suturları koyuyoruz. Askı suturlarından sonra sağ korpus kavernosumu insize ediyoruz. Dilatasyon aşamasına geçtiğimizde sağ krustaki 1.5 cm'lik plağın 7 numaralı bujinin dilatasyonuna izin vermediğini görüyoruz. Sağdaki plağın granit sertliğinde, kavernotoma ve buji dilatasyonuna yanıt vermeyen rekalsitran bir plak olduğunu anlıyoruz. Makas yardımıyla keskin ve künt diseksiyonlar sonrası 6 numaralı bujinin proksimal korpus kavernosumda ancak ilerleyebildiğini görüyoruz. Daha sonra korpus kavernosumdaki insizyonu proskimale doğru 2 cm daha uzatıyoruz. Yine makas yardımıyla 1x1,5 cm'lik peyronie plağını ince diseksiyonlar sonrası eksize ediyoruz. Aynı işlemleri sol korpus kavernosuma uyguluyoruz. Soldaki plağın diğer taraf kadar dilatasyonu engellemediğini düşünerek eksize etmeme kararı alıyoruz. Sonra 13 buji dilatasyona kadar her iki korpus kavernosumu dilate ediyoruz. Tunika albuginealarda perforasyon olmağını bujilerle kontrol ediyoruz. Bujilerin seviye olarak benzer olmasının iyi bir dilatasyonun göstergesi olarak kabul ediyoruz. Daha sonra penis potezinin ölçüm aşamasına geçiyoruz. Her 2 protezinde 19,5 cm olduğunu proksimal ve distalini ayrı ayrı ölçerek anlıyoruz. Daha sonra 100 cc'lik rezervuarı yerleştiriyoruz. Parmak yardımıyla rezervuar poşunun diseksiyonunu yapıyoruz. Serum fizyolojik ile şişirerek penil protezin çalışır durumda olduğunun bu aşamada mutlaka kontrol edilmesi gerekmektedir. Penil protezi dilate edilen her 2 korpus kavernosuma yerleştiriyoruz. Pompayı ise skrotuma cilt altında poş oluşturarak her 2 testis arasına yerleştiriyoruz. Sonra bağlantıları yapıyoruz, her 2 korpus kavernosumun tunika albuginea tabakasını 2/0 Vicryl ile primer kapatıyoruz. Ardından loja 2 gün sonra çekilmek üzere "Jackson Pratt dren" yerleştiriyoruz. Ardından dartos fasyasını ve cildi kapattıktan sonra penisi kobanla sarılmak suretiyle penoskrotal bölgeye hafif baskılı bir pansuman yaparak işlemi sonlandırıyoruz.

SONUÇ

3 parçalı penil protez operasyonu "rekalsitran" plaklı zorlu vakalarda dahi tecrübeli cerrahlarca başarıyla uygulanabilen bir işlemdir.

VS-17) OBEZ HASTADA RENAL HİLUS KİTLESİNİN LAPAROSKOPİK YÖNETİMİ

İBRAHİM TOPÇU(1) RESUL ÇİÇEK(1) HÜSEYİN ÇELİK(1) AHMET ÇAMTOSUN(1) FARUK KESKİN(1)

1. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

AMAÇ

Renal hilus yerleşimli kitlesi olan hastaya yapılan laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyatının videosunu paylaşmak

GEREÇ-YÖNTEM

73 yaşında kadın hastaya dış merkezde yapılan görüntüleme tetkikleri neticesinde sağ böbrek renal hilusta lokalize yaklaşık 6x5 cm büyüklüğünde renal kitle tespit edilerek kliniğimize refere edildi. Hastaya yapılan tetkiklerde metastaz tespit edilmedi ve parsiyel nefrektomi ameliyatı planlandı. Kreatinin 0,9 mg/dl, hemoglobin 13,5 g/dl ve açlık glukoz değeri 156 mg/dl idi.

BULGULAR

Hastaya lateral dekübit pozisonu verilerek veres iğnesi ile girildi ve pnömoperitnomeum sağlandı. 15 mmHG basınca ulaştıktan sonra göbek lateralinden, subkostal ve karın sağ alt kadrandan 10 mm torakar, lateralden de 5 mm torakar girildi. Kolon medialize edildi, karaciğer alanı kapattığı için ekartasyon amaçlı olarak 5. torakar ksifoid altından girildi. Üreter tespit edilerek superiora doğru gidilerek duodenum medialize edildi ve vena cava ile renal hilus açığa çıkarıldı. Renal arter görüldü, kitle hilus düzeyinde renal artere bitişik seyretiği için diseksiyon normal doku görülene kadar yapıldı. Ardından kitle çevresi işaretlendi ve buldog klemp yerleştirilerek iskemi sağlandı ve eksizyon için makas ve ligasure kullanıldı. 2/0 vycril ile renorafi yapıldı, fluecell kanama durdurucu olarak kullanıldı. Total iskemi süresi 18 dakikaydı. İntraoperatif kanama yaklaşık 250 cc olarak hesaplandı. Patoloji sonucunda 5,5x5 cm boyutlarında tip 1 papiller RCC olarak raporlandı ve cerrahi sınırlar temizdi. Hasta postop 3. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi ve 3. ay kontrol amaçlı çekilen MR'da lobülasyon haricinde anlamlı bulgu yoktu.

SONUÇ

Parsiyel nefrektomi küçük renal kitlelerde standart tedavi yöntemi olmuştur ancak kitlenin yerleşimi, özellikle hilar yerleşimli kitlelerde radikal nefrektomi önerilebilmektedir. Bu ameliyatların laparoskopik olarak yapılması son dekatlarda yaygınlaşmış ancak halen renal hilus tümörlerinde yaygınlaşmamıştır. Biz de renal hilus tümörüne yaptığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi vakamızı sunarak meslektaşlarımızı bu yönde cesaretlendirmek istedik.

VS-18) RADİKAL NEFREKTOMİ SONRASI GEÇ RETROPERİTONEAL NÜKS KİTLENİN LAPAROSKOPİK EKSİZYONU

MURAT IŞITAN(1) ERTUĞRUL KÖSE(2) MURAT GÜLŞEN(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ENDER ÖZDEN(1)

1. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. GAZİ DEVLET HASTANESİ SAMSUN

AMAÇ
Bu videoda böbrek kanseri nedeniyle laparoskopik sağ radikal nefrektomi öyküsü olan hastada retroperitoneal alanda nüks kitle gelişmesi üzerine uyguladığımız laparoskopik nüks kitle eksizyonu deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Yetmiş dört yaşındaki kadın hastada 2018 yılında yapılan tetkiklerinde renal sinüs uzanımı gösteren 8x7x7 cm boyutlarında kitle saptanması üzerine kliniğimizde laparoskopik sağ radikal nefrektomi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu renal hücreli karsinom (onkositik hücreli papiller subtip), pT3a, WHO grade 3, cerrahi sınırlar intakt olarak raporlandı.
2020 yılına kadar yapılan takiplerinde nüks veya metastaz saptanmayan hasta 2024 yılına kadar takipsiz kalmış. Karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerde batın orta hatta, vena cava inferior (VCI) posteriorunda paraaortik alanda 74x43 mm boyutlarında kitlesel lezyon tespit edilmiş. Toraks görüntülemesinde metastatik odak tespit edilmeyen hastanın özgeçmişinde sağ radikal nefrektomiye ek olarak koroner arter bypass greft cerrahisi mevcuttu. Hastaya laparoskopik retroperitoneal nüks kitle eksizyonu planlandı.
60 derece sağ yan pozisyonda Veress iğnesi ile sağ rektus kası lateralinden girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. 12 mm optik port orta hat umblikus altından giridi ve direkt görüş altında rektus sağ lateralinden 5 mm ve 10 mm çalışma portları, sağ alt kadrandan 5 mm asistans portu girildi. Çıkan kolon keskin ve künt disseksiyonlarla, duodenum Kocher manevrasıyla mediale deviye edildi. VCI'yı anteriora doğru yaylandıran, superiorda superior mezenter arter seviyesinde, inferiorda iliak arter bifurkasyosuna kadar devam eden kitle görüldü. VCI askıya alındı. Öncelikle VCI üzerinden proksimale doğru ilerlenerek sol renal ven bulundu. Sol renal venin posteriorunda sağ renal arter güdüğü bulundu ve proksimalden hem-o-lok ile kontrol edildikten sonra kesildi. İnferiorda, inferior mezenter arter seviyesine kadar, superiorda sol renal ven askıya alınarak ve korunarak, lateralde sol üreter korunarak, proksimalde VCI korunarak kitle, interaortakaval alanda en-bloc olarak eksize edildi. Disseksiyon esnasında kitle üzerinden seyreden lumbal ven ve perforan dallar, klipsler ve 3/0 polipropilen sütur yardımıyla bağlandı ve kitleden izole edildi.

BULGULAR
Operasyon süresi 210 dk, ortalama kan kaybı 450 cc idi. Hastanın postoperatif 1.günde sondası, 2. günde dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu sonucu rekürren renal hücreli karsinom (onkositik hücreli papiller subtip), cerrahi sınırlar intakt olarak raporlandı.

SONUÇ
Nüks kitleler, yıllar içerisinde olgu sayısısının ve deneyimin artması ile daha sık karşımıza çıkmakla birlikte tedavisinde laparoskopik yaklaşım güvenle kullanılabilmektedir. Uzun takip sürelerinde patolojik evrelemeye göre güncel kılavuzlarda önerilen periyodik kesitsel görüntülemeler, olası nükslerin erken tespitinde önem arz etmektedir.Ana damarlar komşuluğunda yerleşen nüks kitlelere laparoskopik yaklaşım deneyimli cerrahların elinde güvenle gerçekleştirilebilir.

VS-19) RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ

MURAT IŞITAN(1) MURAT GÜLŞEN(1) YAKUP BOSTANCI(1) ENDER ÖZDEN(1)

1. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Bu videoda mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprostatektomi öyküsü olan hastada laparoskopik nefroüreterektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Yetmiş iki yaşındaki erkek hastaya mesane kanseri nedeniyle 2022 yılında açık radikal sistoprostatektomi,bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu ve ileal konduit operasyonu yapılmıştı. Patoloji sonucu yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom pT2b, N0, tüm cerrahi sınırlar intakt olarak raporlanan hastanın takiplerinde yapılan görüntülemelerde sol üreterde, anastomoz düzeyine yakın kesimde 3 cm boyutlarında, lümeni obstrükte eden kitlesel lezyon izlendi. Hastaya uygulanan 4 kür neoadjuvan kemoterapi sonrası laparoskopik nefroüereterektomi planlandı.
60 derece sol yan pozisyonda Veress iğnesi ile Palmer noktasından girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Sol pararektal alandan 10 mm optik port transperitoneal olarak yerleştirildi ve direkt görüş altında 1 adet 12 mm ve 2 adet 5 mm çalışma portları yerleştirildi. İnen kolon mediale deviye edildi, uygun disseksiyonlar ile 1 adet renal ven ve 2 adet renal artere ulaşıldı ve hem-o-lok klipslerle kontrol edildikten sonra kesildi. Üreter, ileal anastomoz seviyesine kadar disseke edildi. Takiben fleksible üreterorenoskopi (f-URS) ile ileal anastomozdan girildi. Sağ ileal orifisten guide eşliğinde sağ renal pelvise kadar ilerlendi ve tümöral oluşuma rastlanmadı. Sol ileal orifis düzeyinde f-URS'nin ışığının reflesi gözlendi ve sol üreterin üreteroileal anastomoza kadar disseke edildiği konfirme edildi. Sol üreter klemplenerek kesildi ve üreter distal ucu 3/0 poliglaktin ile süturize edildi.

BULGULAR
Operasyon süresi 140 dk, ortalama kan kaybı 50 cc idi. Hastanın postoperatif 2. günde dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom, pT1, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı.

SONUÇ
Sistektomi sonrası üst üriner sistem nükslerine dikkat etmek ve minimal invaziv yaklaşımın, açık radikal geçmişi olan hastalarda uygulanabilirliği ve önemi ile ilgili çalışmalar önem taşımaktadır.

VS-20) NADİR BİR ADRENAL İNSİDENTALOMA: ADRENAL SCHWANNOMA

BÜLENT ÖNAL(1) UĞUR AFERİN(2) GÖKTUĞ KALENDER(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

AMAÇ

Adrenal schwannomalar oldukça nadir görülürler ve genellikle insidental olarak saptanırlar. Tanısı yalnızca histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Prognozu iyi olup nüks ihtimali nedeni ile yakın takip gerektirmektedir. Bu yazımızda 36 yaşındaki kadın hastada insidental olarak saptanan adrenal kitleye yaklaşımımızı sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

Retroperitoneal schwannomalar tüm schwannomaların sadece %1-3'ünü oluştururken tüm retroperitoneal tümörlerin yalnızca %1'ini oluşturmaktadır.
Çoğu hastanın belirgin bir semptomu olmazken, bazen basıya bağlı karın veya bel ağrısı olabilir. Adrenal Schwannoma (AS) hastalarında spesifik semptom ve görüntüleme bulgularının olmaması nedeni ile sıklıkla operasyon öncesi tanı konulamamaktadır.
Bu video sunumumuzda, insidental saptanan AS hastamızın değerlendirmesi, cerrahi tedavisi ve takibi ile ilgili bilgi vermeyi amaçladık.

BULGULAR

36 yaşındaki kadın hasta, rutin kontroller esnasında çekilen ultrasonografide sağ sürrenal kitle saptanması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın hiçbir şikayeti yoktu. Ek olarak herhangi bir hastalığı ve kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktaydı. Hastanın fizik muayenesi normaldi. Bu bilgiler ışığında, hastadan ileri tetkikler istendi.
Hastaya yapılan tüm batın MRG sonucunda sağ sürrenal gland bacağından kaynaklandığı düşünülen, en geniş yerinde 45x26x27 mm boyutunda, kontrastlanan kitle tanımlandı (Resim 1).
Lezyonun fonksiyonel açıdan aktif olup olmadığını belirlemek amacı ile endokrinolojik değerlendirme yapıldı ve non-fonksiyone olduğu görüldü. Robot yardımlı laparoskopik sağ sürrenalektomi operasyonu gerçekleştirildi. Piyesin patolojik incelemesi neticesinde Adrenal Schwannoma tanısı koyuldu. Cerrahi sınırlar negatif olarak saptandı. Hasta yakın izleme alındı.

SONUÇ

Schwannomalar genellikle periferik veya kranial sinirlerin Schwann hücrelerinden köken alarak oluşan ve nadir gözlenen tümörlerdir. Çoğunlukla benign karakterlidir, nadiren malign özellikler gösterirler. Schwannomalar genellikle kafatası, baş, boyun ve ekstremitelerde görülür ancak retroperitonda nadiren karşımıza çıkarlar. Adrenal Schwannomalar tüm schwannomaların yaklaşık %0.7-%2.7'sini oluşturmaktadır. Çoğunlukla spesifik bir bulgu veya şikayete sebep olmazlar, nadiren karın veya bel ağrısına yol açabilirler. Bu nedenle de insidental olarak saptanırlar. Herhangi bir yaşta görülebilmekle birlikte genellikle 40-60 yaş arası kadınlarda gözlenirler.
Spesifik bir görüntüleme bulgusu olmadığı için AS tanısı patolojik inceleme ile konulabilmektedir. Operasyon öncesi tanı koymanın mümkün olmaması nedeni ile tüm hastalarda fonksiyonel endokrinolojik değerlendirme yapılmalıdır.
Operasyon sonrası prognoz oldukça iyi olup, nüks ihtimaline karşılık yakın takip gerektirmektedir.
Biz de vakamızda kitlenin fonksiyone olmadığını saptadık ve operasyon sonrası 6 aylık izlemde herhangi bir nüks veya metastaz gözlenmedi.
Adrenal schwannomalar, adrenal insidentalomaların çok nadir olarak gözlenen bir tipidir. Operasyon öncesi tanı koymak mümkün olmadığı için tüm kitleler için fonksiyonel endokrinolojik değerlendirme yapılmalıdır. AS prognozu oldukça iyi olan bir durumdur ancak operasyon sonrası nüks ihtimali nedeni ile yakın izlem gerektirmektedir.

VS-21) METASTATİK TESTİS KANSERİ TANILI BİR HASTADA ROBOT YARDIMLI RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU: BİR OLGU SUNUMU

ÇETİN DEMİRDAĞ(1) AHMET VURAL(1) ALPER OKUR(1) FURKAN KUZUCU(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Testis kanseri yönetiminde retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND), erken evre non-seminomatöz germ hücreli tümörler ve kemoterapi sonrası rezidüel kitleler için önemli bir tedavi seçeneğidir. 2006'daki ilk Robotik RPLND ameliyatından beri teknoloji ve cerrahi teknikteki sürekli gelişim bu yöntemi daha tercih edilebilir hale getirdi. Açık RPLND, tarihsel olarak standart cerrahi yaklaşım olma özelliğini devam ettirmektedir. Fakat hastalar için önemli oranda morbidite ile ilişkilidir. Bu morbiditeyi azaltma amacıyla robot yardımlı cerrahiye ilgi artmaktadır. Bu videoda, Robot yardımlı RPLND yapılan hastada cerrahi öncesi, cerrahi sırası ve cerrahi sonrası klinik veriler ve cerrahi teknik sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

26 yaşında erkek hasta, skrotal şişlik ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ testis boyutları artmış ve diffüz sert saptanması üzerine çekilen skrotal doppler ultrasonografisinde, sağ testiste 5.5x4 cm boyutlarında kistik açıklıklar içeren izoekoik heterojen kistik lezyonlar saptandı. Preoperatif tümör belirteçleri ß-hCG: 1.18 mIU/mL , LDH: 269 U/L , AFP: 505 IU/ml olarak bulundu. Hastaya sağ radikal inguinal orşiektomi ameliyatı uygulandı. Orşiektomi patolojisi mikst germ hücreli tümör (teratom (%85) + yolk sac tümör (%10) + embriyonel karsinom (%4) + seminom (%1'den az)) olarak saptandı. Orşiektomi sonrasında onkolojik takibinde hasta 4 kür BEP (Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin) protokolünde kemoterapi tedavisi aldı. Takip görüntülemelerinde, tüm abdomen bilgisayarlı tomografide interaortokaval alanda büyüğü 18 mm çaplı santrali nekrotik lenfadenopatiler (LAP) saptandı. Hastaya retroperitoneal LAP'larına yönelik olarak robot yardımlı RPLND uygulandı.

BULGULAR

Toplam operasyon süresi 150 dk, konsol süresi 150 dk idi. Hasta supinde olacak şekilde 30°'lik trandelenburg pozisyonunda, retroperitoneal LAP'ların lokalizasyonuna göre (sağ) robot ameliyat masasının solunda konumlandırıldı. Port yerleşimi ise göbek altında hafif oblik lineer bir hatta yapılarak kamera dahil 8 mm'lik 4 tane robot kolu ve 1 tane 10 mm'lik asistan portu kullanıldı (Resim 1). Vaka boyunca 1. robotik kolda fenestre bipolar forseps, 3. robotik kolda monopolar makas ve 4. robotik kolda ise prograsp forseps kullanıldı. Bu yaklaşım, hastanın yeniden konumlandırılmasına veya ek port konfigürasyonuna gerek kalmadan full template bilateral lenfadenektominin gerçekleştirilmesine olanak sağladı. Postoperatif 1. günde üretral kateteri alındı. Cerrahi ile ilişkili herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın dreni postoperatif 2. günde alınarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası onkolojik takibine devam edildi. Patolojisi, teratom metastazı olarak sonuçlandı. Postoperatif 3. ay kontrolünde nüks saptanmadı.

SONUÇ

Testis kanserlerinde retroperitoneal metastaz nedeniyle uygulanan RPLND cerrahisinde, robotik yöntem uygulanabilir, etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir.

VS-22) NÜKS BÖBREK KİTLESİ OLAN HASTADA SEKONDER PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYONU

ABDULLAH ERDOĞAN(1) OKTAY ŞENER(1) OĞUZCAN TAHA DEMİRÖZ(1) ÜMİT SOYLU(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Nüks kitlelerde daha önceki cerrahiye bağlı yapışıklık nedeniyle cerrahı zorlamakta özellikle laparaskopik başlama kararını etkilemekte . Bu video sunumunda laparaskopik sekonder parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

60 yaş kadın hasta 7 yıl önce dış merkezde sol böbrek kitlesi nedenli sol parsiyel nefrektomi öyküsü mevcut patoloji T1a RCC gelen kontrollerde çekilen btde sol böbrekte önceki kitleden farklı lokalizasyonda 2 cm kitle saptandı toraks bt çekildi metastaz saptanmadı hastaya sol laparaskopik parsiyel nefrektomi yapıldı patoloji T1a RCC geldi.

BULGULAR

Operasyon sol yan pozisyonda 2 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi Kolon medialize edilip sol üreter bulundu daha sonra sol renal artere ulaşıldı arter ve vene buldog klemp konularak sol böbrekteki kitle yeterli parankim parçası ile çıkarılıp açıklık 2/0 0 V-loc süturlerle dikildi buldog klemp alınarak kanama olmadığı görüldü loja 1 adet nelaton dren kondu. Organ çıkarma torbası ile kitle vücut dışına alındı. Kanama kontroü sonrası katlar usulüne uygun olarak kapatıldı. (sıcak iskemi süresi 25 dk)

SONUÇ

Sekonder böbrek kitlesi olan hastalarda laparaskopik parsiyel nefrektomi güvenle kullanılabilir

VS-23) PEYRONİE HASTALIĞI: KUM SAATİ DEFORMİTESİ CERRAHİ YAKLAŞIM

ÇAĞRI DOĞAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Kum saati deformiteli Peyronie Hastalığı penis s¸aftında izole daralma ile kendini go¨stermektedir. S¸ekil bozuklug^unun yanısıra lezyon distalinde ereksiyon kalitesini bozmaktadır. Daha az sıklıkla go¨ru¨lmektedir ve cerrahisi nispeten zorludur. Bu videoda kum saati deformiteli Peyronie Hastalıg^ı cerrahi tedavisi sunulmus¸tur.

GEREÇ-YÖNTEM

53 yas¸ erkek hasta, peniste daralma ve distalde ereksiyonda gu¨c¸lu¨k s¸ikayetiyle geldi. Otofoto ve intrakaverno¨zal alprostadil enjeksiyonu sonrası penis s¸aftta yaklas¸ık 5 cm uzunlug^unda segmentte penis c¸apının azaldıg^ı izlendi. Bu segmentte korpus kavernozum duvarında diffu¨z sertlikler palpe edildi.
Penis deglove edildi, artifisyel ereksiyonda deformite alanı go¨ru¨ldu¨ ve is¸aretlendi. No¨rovasku¨ler bundle Buck fasyası ile beraber u¨retra lateral kenarından bas¸lanarak kaldırıldı. Artifisyel ereksiyonla Segment boyunca kaverno¨z cisim duvarında bilateral longitudinal insizyon yapıldı, insizyon tepelerinde Y şeklinde insizyon olus¸turuldu. Plak kenarları eksize edildi. Greft (sığır perikardı) Korpus kavernozumda bilateral olus¸an defekte sırasıyla usulüne uygun ile anastomoze edildi. Sırasıyla Buck fasyası ve cilt kapatılıp koban bandajla is¸lem sonlandırıldı.

BULGULAR

Bes¸ gu¨n kobanlı takip edilen ve bir ay gu¨nas¸ırı tadalafil kullandırılan hastada 1. Ay otofotoda ve alprostadil enjeksiyonuyla alınan go¨ru¨ntu¨de deformite izlenmedi. De-novo erektil disfonksiyon izlenmedi. Post-op dönemde hastada steroid kullanımına sekonder olarak sütur reaksiyonu izlendi. Lokal ve oral tedavi yardımıyla 1 hafta içerisinde reaksiyon geriledi.

SONUÇ

Kum saati defektli Peyronie Hastalıg^ı cerrahisinde longitudinal Y konfigu¨rasyonu ve sığır perikardı grefti tercih edilebilecek etkin bir metoddur.

VS-24) TRAVMATİK ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI ÜRETER DARLIĞI ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK ÜRETER REKONSTRÜKSİYONU

MURAT IŞITAN(1) MURAT GÜLŞEN(1) ŞABAN SARIKAYA(1) YAKUP BOSTANCI(1) ENDER ÖZDEN(1)

1. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Bu videoda travmatik üreterorenoskopi (URS) sonrası üreter darlığı öyküsü olan hastada laparoskopik üreter rekonstrüksiyonu deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Yirmi üç yaşındaki erkek hasta sağ üreter üst uçta lümeni obstrukte eden 8x7 mm taş nedeniyle dış merkeze başvurmuş ve hastaya sağ URS denenmiş ancak taşa ulaşılamaması nedeniyle üreteral kataterizasyon yapılmış. 1 ay sonrasında URS yapılarak taş fragmante edilmiş ancak 1 ay sonra üreteral stentin çekilmesi sonrası hasta yan ağrısı ile başvurusunda yapılan tetkiklerinde sağ böbrekte grade 3 hidronefroz tespit edilmiş. Hastaya yapılan URS ve retrograde pyelografide (RGP) opak maddenin böbreğe geçişinin olmadığı gözlenmiş. Hastaya sağ perkütan nefrostomi takılarak tarafımıza refere edilmiş. Hastaya laparoskopik üreteroüreterostomi planlandı.
Hastaya öncelikle RGP yapıldı, opak maddenin darlık proksimaline geçişi izlenmedi ve dar segmentin distaline guide eşliğinde üreter katateri yerleştirildi. Hasta 60 derece sağ yan pozisyonda sağ rektus kası lateralinden Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra umblikal 12 mm optik portla transperitoneal yolla abdomene girildi. Midklavikuler hattan ve ksifoid inferiordan çalışma portları yerleştirildi. Çıkan kolon medialize edildi. Gonadal ven ve sonrasında üreter bulundu. Taktil his ile üreter katateti hissedilerek dar segment konfirme edildi. Ardından üreter, laparoskopik bistüri yardımıyla dar segment anteriorundan proksimaldeki ve distaldeki sağlıklı üreter segmentlerine kadar yaklaşık 2 cm boyutlarında açıldı. Distaldeki üreter katateri yardımıyla guide proksimaldeki üretere ve renal pelvise ilerletildi. Takiben 6/26 DJ stent guide üzerinden renal pelvise ilerletildi. Takiben üreter anteriorundaki açılan alan Heineke Mickulicz tekniğiyle 4/0 Vicryl® ile anastomoz edildi.

BULGULAR
Operasyon süresi 70 dk, ortalama kan kaybı 100 cc idi. Hastanın postoperatif 2. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Postoperatif 4 hafta sonra DJ stenti çekilen hastanın postoperatif 6. haftada yapılan ultrasonografisinde sağ böbrekte hidroüreteronefroz izlenmedi. Hastanın böbrek fonksiyonları normal sınırlardaydı.

SONUÇ
Üreter darlıklarının tedavisinde rekonstrüktif cerrahi yönetim, endoürolojik yönetime göre daha iyi uzun dönem sonuçlarına ve daha az nüks oranına sahiptir. Rekonstrüktif cerrahi yönetim günümüz minimal invaziv cerrahi çağında laparoskopik yöntemler ile fonksiyonel sonuçlar açısından güvenle gerçekleştirilebilmektedir. Bu cerrahi sırasında üreterin perfüzyonu düşünülerek maksimal disseksiyondan kaçınılması gerektiği, yine fazla disseksiyonun darlık rekürresinde risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

VS-25) BAŞARISIZ PENOSKROTAL/PROKSİMAL HİPOS TAMİRİ YAPILAN OLGUDA 2 AŞAMALI BUKKAL MUKOZAL GREFT UYGULANMASI: BRACKA TAMİRİ 2. SEANS

ENES ABDULLAH BAYNAL(1) ENGİN TELLİ(1) MELİH ÇULHA(1) ABDULKADİR BACAK(1) CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜGİL(1) MUHLİS ÜNAL(1) NACİ BURAK ÇINAR(2) KEREM TEKE(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KÜTAHYA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bracka onarımı, özellikle karmaşık vakalarda proksimal hipospadias rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılan iki aşamalı bir cerrahi yaklaşımdır. Hedefleri arasında ayakta idrara çıkmaya izin veren fonksiyonel bir üretra oluşturmak, penis eğriliğini düzeltmek ve normal cinsel fonksiyon için kozmetik açıdan tatmin edici bir görünüm elde etmek yer alır. Prosedür, hem fonksiyonel hem de estetik yönleri ele almayı ve bunun sonucunda hastanın yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bracka onarımının ilk aşamasında bukkal mukozal greft üretral yatağa inoküle edildikten 6 ay sonra vaka ikinci aşama operasyon için hazırlandı. Greft yatağı genişliğinin yaklaşık 3 cm olduğu izlendi. Operasyon greftin lateralden serbestlenmesiyle başladı. Hastanın yaşı sebebiyle 16F foley kateter üzerinden üretroplasti işlemi yapıldı. Daha rahat bir anastomoz hattı oluşturmak için mid-vertikal insizyon yapıldı. Üretroplasti, 4/0 polidioksanon (PDS) ile öncelikle 3-4 adet tek sütur ardından yaklaşık 2-3 mm aralıklarla subkutiküler devamlı sütur ile üretral tüp oluşturuldu. Subgreft doku ile tüpün üzeri yer yer interrupted süturlar ile kapatıldı. Sağ testis insizyon proksimalinden doğurtuldu ve tunica vajinalis inguinal kanala kadar serbestlendi. Serbestlenen flepin vaskülerize kısmı üretral tüp üzerine gelecek şekilde yerleştirildi. Bu şekilde su geçirmez (waterproof) tabaka oluşturuldu. Glansplasti 5/0 PDS ile tek kat halinde kesintili dikiş tekniği ile yapıldı ve cilt kapatıldı. Penis etrafına antibiyotikli gazlı bez uygulandı ve emici gazlı bez pansumanı verildi. Operasyon sonunda ereksiyon kontrolü için epidural kateterizasyon yapıldı. Operasyon süresi 180 dakika olarak ölçüldü. Ameliyat sonrası 5. günde pansuman değiştirildi ve ameliyat sonrası 21. günde üretral kateter çıkarıldı.

BULGULAR

Operasyon sonrası takiplerinde greft kaybı, kordi, fistül, üretral darlık izlenmedi. Fonksiyonel sonuçlarda ise ayakta idrar yapabildiği ve ereksiyon sırasında ağrı olmadığı izlendi. 6. ay üroflowmetrisinde ise Qmax 17.6 mm/s olarak ölçüldü.

SONUÇ

Şiddetli proksimal hipospadias vakalarında, iki aşamalı Bracka onarımı tatmin edici sonuçlar veren iyi bir seçenektir. Bukkal mukoza ile üretra yeniden oluşturulur. Fistül oluşumunu önlemek için tunika vajinalis flebi gibi ikinci katman materyallerinin kullanılması oldukça önemlidir. İki aşamalı Bracka onarımı çok iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuçlara sahip güvenilir bir tekniktir.

VS-26) TESTİS TÜMÖRLÜ HASTADA KEMOTERAPİ SONRASI ROBOTİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

CENK YÜCEL BİLEN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) AHMET GÜDELOĞLU(1)
İHSAN BATUHAN DEMİR(1) ALPTUĞ COŞAR(1) TAYYİP KILIÇSOKAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu, ürolojik onkolojide cerrahi teknik olarak zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sıklıkla açık cerrahi yaklaşım tercih edilmekle olan RPLND ameliyatında robot yardımlı cerrahi ile minimal invaziv olarak deneyimli merkezlerde başarılı sonuçlar alınabileceğini göstermek

GEREÇ-YÖNTEM
Bu videoda mixed germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür BEP kemoterapisi alan ve sonrasında robot yardımlı retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur. Hasta poliklinik takiplerinde ve ara dönem telefon görüşmesiyle takip edilmiş ve "yüksek derecede memnun" olarak bize geri dönüt sağlamıştır.

BULGULAR
Testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu, ürolojik onkolojide cerrahi teknik olarak zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sıklıkla açık cerrahi yaklaşım tercih edilmekle birlikte günümüzde ileri robotik cerrahi deneyimi olan az sayıda merkezde robot yardımlı RPLND de uygulanabilmektedir. Bu videoda mixed germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür BEP kemoterapisi alan ve sonrasında robot yardımlı retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur. Yirmi beş yaşındaki erkek hastada sol testiste ağrısız kitle nedeniyle yapılan skrotal Doppler ultrasonografide sol testisi tümüyle kaplayan 50x41 mm boyutunda kitle tespit edildi. Serum alfa feto protein değeri 147 ng/ml, beta hCG değeri ise 154 mIU/ml olarak saptanan hastaya sol inguinel orşiektomi yapıldı ve patoloji sonucu mixed GHT (%60 ECA, %20 yolk sac, %20 teratom) olarak raporlandı. Evreleme amacıyla çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) paraaortik alanda sol renal hilus düzeyinde en büyüğü 21x15 mm boyutlarında hipodens lenf nodları tespit edilmesi üzerine hastaya 3 kür BEP (Bleomisin, Etoposide ve Sisplatin) kemoterapisi uygulandı. Kemoterapi sonrası BT görüntülemesinde sol renal hilus düzeyindeki lenf nodlarının boyutlarında progresyon (24x19 mm) gözlendi. Serum tümör belirteçleri (AFP ve hCG) normal seviyelerde olan hastaya kemoterapi bitiminden 1 ay sonra robotik retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon olmadı ve hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu 4 adet lenf nodunda teratom metastazı, 18 reaksiyoner lenf nodu (toplam 22 lenf nodu) olarak rapor edildi.

SONUÇ
Sonuç olarak, deneyimli merkezlerde düşük tümör hacimli kemoterapi sonrası rezidü kitlelerin eksizyonu için robotik RPLND bir tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

VS-27) PROSTAT ENUKLEASYON CERRAHİSİ SONRASI ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

SERHAT ÇETİN(1) TEVFİK SİNAN SÖZEN(1) ENDER CEM BULUT(1)
MURAT YAVUZ KOPARAL(1) MAHMUT UĞURLU(1) MUSTAFA KABA(1)

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Prostat enukleasyon cerrahi öyküsü olup prostat kanseri tanısı alan hastaya yapılan robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi operasyonunun sunulması

GEREÇ-YÖNTEM
Hasta litotomi pozisyonuna alınarak öncelikle sistoüretroskopi yapıldı.Ardından hastaya 1'i asistan portu olmak üzere 5 port girişi yapıldı.robotun kurulması ve kollarının yerleştirilmesinin ardından posterior periton diseke edilerek rektovesikal bileşkeden prostatın posterioru apexe kadar serbestlendi.Seminal vesiküller ve denonvilliers' fasyası diseke edildikten sonra anterior yaklaşıma geçildi.Peritonun sağ oblitere umblical arter ve sol oblitere umblical arterden düşülmesi ile mesane serbestlendi. Endopelvik fasya,mesane ve prostat üzerine hafif lateral traksiyon uygulanarak puboprostatik ligamanentin lateral kenarından medial prostatik fasyaya kadar bilateral olarak kesildi.Puboprostatik ligamentler simfizis pubisin alt sınırında kesildi ve üretranın üzerinde kalan derin dorsal ven kompleksi 2/0 v-loc ile sütüre edildi.Ardından mesane boynu ön yüzü prostat ile birleştiği yerden insize edildi.sonda balonu söndürülerek kateter hafifçe yukarı traksiyona alındı ve posterior mesane duvarı kesildi ve diseksiyona posterolateral olarak devam edildi.Ardından dorsal ven kompleksi ve üretra kesilerek spesimen endobag içerisine yerleştirildi.3/0 v-loc ile posterior rekonstriksiyon sütürü atıldı.Ardından iki ucu iğneli 3/0 17 mm, 32 cm stratafix ile vesikoüretral anastomoz sütürü atıldı.Yeni kateter takıldıktan sonra anastomoz hattının su geçirmez olduğu teyit edildi.Kanama kontrolünü takiben operasyon lojuna 1 adet dren yerleştirilerek işleme son verildi.

BULGULAR
Hastada perioperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Hasta postoperatif 3. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji raporu ısup grade 2 prostat adeno karsinom olarak raporlandı.prostat hacmi:30 cc,tümör hacmi:0.7 cc ,cerrahi sınır negatif, ekstraprostatik yayılım mevcut izlenmiştir.

SONUÇ
Teknolojinin gelişmesi ile birlikte BPH'a yönelik yeni tedavi yöntemleri gelişmektedir.Son zamanlarda Holmium laser ile yapılan prostat enukleasyon cerrahisi oldukça popüler hale gelmiştir.Bizim video bildirimizde HoLEP cerrahi öyküsü olan hastada gelişen prostat kanserine yönelik uygulanan robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi operasyonunu göstermiş olduk.

VS-28) PENİL PROTEZ MEKANİK CİHAZ HASARI SONRASI SEKONDER İMPLANTASYON

ARAZ MUSAEV(1) ALKAN OKTAR(1) MUHAMMED ARİF İBİŞ(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Mekanik cihaz arızası nedeniyle penil protez değişimi vakasını paylaşmak, bu tür komplikasyonların yönetiminde karşılaşılan zorlukları ve elde edilen klinik sonuçları tartışmak

GEREÇ-YÖNTEM

Sekiz yıl önce prostat kanseri nedeniyle robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi ameliyatı geçiren ve iki yıl sonra erektil disfonksiyon nedeniyle ambicor (iki parçalı penil protez) implantasyonu yapılan hasta, polikliniğimize penil protezin çalışmaması şikayeti ile başvurdu. Yapılan değerlendirmeler ve hasta isteği doğrultusunda mevcut protezin malleable penil protez ile değiştirilmesine karar verildi.

Ameliyat sırasında hastaya 16 F steril sonda takıldı ve kleplendi. Penoskrotal bileşke hizasında transvers insizyon yapılarak katlar geçildi. Lone Star Ring ekartör kullanılarak yeterli ekspojur sağlandı. Protez kabloları (tubing) çevre dokulardan serbestleştirildi. Kablolar kılavuzluğunda önce pompaya doğru künt ve keskin diseksiyonlar yapıldı. Protez pompası serbestleştirildikten sonra, kablosu kılavuzluğunda, kunt ve keskin diseksiyon ile korpus kavernozuma doğru diseksiyona devam edildi. Yeterli diseksiyon sağlandıktan sonra, kabloların her iki yanından korpus kavernozuma 2-0 polydioxanone ile askı sütürleri konuldu. Askı sütürlerinin arasından korpus kavernozum insize edilerek protez silindirleri çıkarıldı. Hegar dilatatör yardımıyla dilatasyon yeterliliği kontrol edildi. Daha önce protez yerleştirilmiş olan hastada silindir uzunluğu 17 cm olarak ölçülmüştü. Bu vakada ise yeni protez uzunluğunun 18 cm olması bekleniyordu. Her iki kavernöz cismin distal ve proksimal kısımlarının uzunluğu ölçülerek, malleable protezin toplam uzunluğu hesaplandı ve 18 cm olarak doğrulandı. Aralıklı olarak antibiyotikli solüsyon ile irrigasyon yapıldı. Malleable protezler her iki korpus kavernozuma manipülasyonlarla yerleştirildi. Korporotomiler tek tek 2-0 poliglactin ile sütüre edilerek kapatıldı. Tabakalar usulüne uygun kapatılarak işlem sonlandırıldı.

BULGULAR

Hastanın üretral kateteri ilk 24 saatte çekildi ve hasta taburcu edildi. Postoperatif 3. günde skrotal ekimoz tespit edildi. Postoperatif 14. Güne kadar ekimoz gerileyerek kayboldu. Postoperatif 4. haftada eğitim verildi, 7. haftada hasta protezini kullanmaya başladı

SONUÇ

Şişirilebilir penil protezlerin reoperasyonlarının en yaygın nedenleri mekanik arıza, erozyon/enfeksiyon ve hasta memnuniyetsizliğidir. Silindirlerde anevrizmal genişleme veya tüp bükülmeleri gibi cihaz bağlantılı sorunlar görülebilse de, cihazdan sıvı kaçağı mekanik hasarın en sık rastlanan sebeplerindendir. Şişirilebilir penil protez implantasyonundan sonra, cihazların %96'sının 5 yıl içinde, %60'ının ise 15 yıl içinde işlevini sürdürebildiği görülmektedir. Bu ameliyatlar arttıkça, mekanik hasara bağlı revizyon ameliyatları da artabilir. Tanı genellikle öykü alımı ve fizik muayene ile konulabilir; ancak kompleks vakalarda bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme gibi ek görüntüleme yöntemleri tanıya katkıda bulunabilir.

VS-29) FEMALE TO MALE TRANSGENDER OPERASYONU SONRASI ÜRETRA DARLIĞI GELİŞEN HASTADA STAGED ÜRETROPLASTİ

OZAN BOZKURT(1) CAN SİNİRSİZ(1) KAAN DEMİRDÖVEN(1) ALPER EGE SARIKAYA(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) SAFA EREN ATILMIŞ(2) ALPER GEYİK(2)
CENK DEMİRDÖVER(2) VOLKAN ŞEN(1) AHMET ADİL ESEN(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ,ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ,PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI, İZMİR

AMAÇ
Transgender operasyonu uygulanan neo-falluslu hastalarda üretral rekonstrüksiyon komplikasyonları sıklıkla gözlenebilmektedir. Hastalarda uzun vadede üretral striktür, fistül gibi durumlar gelişebilmektedir ve tekrarlayan operasyonlara sebep olabilmektedir.Biz female to male transgender operasyonu sonrası üretra darlığı gelişen hastada gerçekleştirdiğimiz staged BMG-üretroplasti olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
26 yaş erkek. Hastaya Mayıs 2021'de plastik cerrahi ve rekonstrüksiyon ekibi tarafından female to male transgender operasyonu yapılmış. Falloplasti ve neoüretral rekonstrüksiyon amaçlı radial ön kol serbest flep kullanılan hastanın postoperatif 12. ayından sonra neoüretra ile nativ üretra ayrışması ve neoüretradan cilde fistül gelişmesi nedeniyle çoklu operasyon öyküleri mevcut. Tarafımızca takibe alınan hastaya preoperatif üretral hazırlık için sistostomi kateteri takıldı ve hastaya staged üretroplasti planlandı.

BULGULAR
Haziran 2023 tarihinde 1. seans üretroplasti için opere edildi. Nativ üretra ortaya çıkarılıp foley ile açıklığı doğrulandı. Neofallustaki üretral yataktaki skar dokuları temizlenerek bukkal mukozal grefte uygun hale getirildi. Hazırlanan üretral yatağın uzunluğu 12 cm ölçüldü ve bilateral bukkal mukozadan toplam 12 cm uzunluğunda ve 2 cm genişliğinde greft alındı. Bukkal mukoza greftleri defeatting sonrası sağlıklı ventral yatak üstüne 4/0 biocyn sütür ile devamlı şekilde sütürize edildi. Hastaya postoperatif 2. gününde rejim 1-2, postoperatif 3. gününde rejim 3 ve mobilizasyon başlandı. Hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Postoperatif 4. hafta sondası çekilen hastaya 6 ay sonrası için 2. seans üretroplasti planlandı. Hasta Nisan 2024 tarihinde 2.seans üretroplasti amacıyla opere edildi. Neofallusdaki bukkal mukozal greft ile oluşturulan üretral yatağın tübülerizasyonu amacıyla yaklaşık 1 cm'lik lateral marj verilerek insizyon yapıldı. 12 Fr sonda proksimal nativ üretradan mesaneye gönderildi. Ardından 4/0 biocyn sütür ile neoüretra sonda üzerinden tübülerize edildi. Üretra tübülerizasyonu sonrası vajen cuff kısmı rekonstrüksiyonu yapıldı. Cilt altı ve cilt dokuları uygun şekilde sütürize edildi ve steril baskılı pansuman sonrası işlem sonlandırıldı. Hastaya postoperatif 2. gününde rejim 1-2, postoperatif 3. gününde rejim 3 ve mobilizasyon başlandı. Hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Postoperatif 4.haftada sondası çekilen hastanın takibinde herhangi bir komplikasyon gerçekleşmemiştir.

SONUÇ
Üretral fistül ve darlıklar falloplastinin en sık görülen komplikasyonları olmakta ve sıklıkla revizyon cerrahisi gerekmektedir. Uygulanan tekniklere bağlı olarak postoperatif dönemde fistül ve darlık oranları değişmekte olup sırasıyla %5-47 ile %33,3-87,5 oranlarında izlenebilmektedir. Kısa segment darlıklar tek aşamalı üretroplasti yöntemleri ile tedavi edilebilirken özellikle uzun segment komplike darlıklarda iki aşamalı staged üretroplasti tercih edilmektedir. Kompleks üretra darlıklarında staged BMG üretroplasti başarılı bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Transgender operasyonlarının tecrübeli merkezlerde multidisipliner şekilde gerçekleştirilmesinin başarı oranlarını arttıracağını ve komplikasyon oranlarını azaltacağını düşünmekteyiz.

VS-30) ISUP 3 HASTADA ANTERİOR RETZİUS KORUYUCU LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: OLGU SUNUMU

ÖMER FARUK GEÇİCİ(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Laparoskopik radikal prostatektomi işlemi anterior retzius koruyucu olarak da tamamlanabilmektedir. Bu video bildirisinde anterior retzius koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi işlemini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Rutin kontroller sırasında prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği saptanan hastaya dış merkezde transrektal prostat biyopsisi işlemi uygulanmıştı ve patolojik inceleme sonucu altı korda Gleason 3+3, iki korda Gleason 3+4, bir korda Gleason 4+3 (ISUP 3) prostat adenokarsinomu ile uyumlu gelmişti. Ardından hastaya radikal prostatektomi kararı alındı. Uygun teknikle 4 trokar girişi eşliğinde lenf nodu diseksiyonunu da içeren (Briganti %43) laparoskopik transperitoneal radikal prostatektomi işlemi gerçekleştirildi.

BULGULAR

Operasyon süresi 180 dakika idi. Bilateral nörovasküler demet korunarak işlem gerçekleştirildi. Toplam kanama miktarı 150 mL olarak hesaplandı. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Hastanın postoperatif ikinci günde dreni, yedinci günde de sistogram sonrası üretral kateteri çekildi. Patoloji sonucu cerrahi sınır negatif gleason 4+4 (ISUP 4) prostat adenokarsinomu, reaktif lenf nodu ile uyumlu geldi.

SONUÇ

Anterior retzius koruyucu radikal prostatektomi işlemi uygun hastalarda uygulanabilecek bir cerrahidir.

VS-31) PEYRONIE HASTALIĞI: KONJENİTAL KORDİ PENIL PLIKASYON

SERKAN ŞERAMET(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1)
ÇAĞRI DOĞAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Peyronie Hastalıgˆı (PH), eytolojisi bilinmemekle birlikte en yaygın kabul go¨ren hipotez mikrovasku¨ler yaralanma veya tunika albuginea travmasıdır. Hastaların %39'unda ilk semptom olarak ele gelen plakların go¨ru¨ldu¨gˆu¨ ve c¸og˘unlukla dorsalde yerles¸tigˆi rapor edilmis¸tir. Cerrahisinde penil plikasyon ve greft ile onarım tercih edilmektedir. Bu c¸alıs¸mada penil plikasyon cerrahisi sunulmus¸tur.

GEREÇ-YÖNTEM
50 yas¸ında hastanın ereksiyon sırasında ventrale 60 derece deviasyon ile bas¸vurdu. Hastanın s¸ikayetleri 6 yıldır mevcut. Fizik muayenesinde plak izlenmedi. I·ntrakavernosal enjeksiyon sonrasında ventrale dogˆru 60 derecelik deviasyon saptandı. Hastaya penil plikasyon cerrahisi planlandı.Supin pozisyonda penise sirkumsizyon hattından kesi yapıldı. Ardından etraf dokular kaba disseksiyon ile penis deglove edildi. Artifisyel ereksiyon gerc¸ekles¸tirilerek egˆrilik derecesi tespit edildi. Buck fasyası bulundu. Buck fasyası no¨rovasku¨ler bundle seviyesine kadar disseke edildi. No¨rovasku¨ler bundle korunarak asıldı. Ardından penisin dorsolateral yu¨zu¨nde corpus cavernosum bilateral olarak allis klemp yardımıyla eğriliğin maksimum olduğu yerden tutuldu. Atravmatik 2/0 ethibond su¨turu ile plikasyon su¨turleri konuldu. Tekrar artifisyel ereksiyon sagˆlanarak egˆriligˆin derecesinin du¨zeldigˆi kontrol edildi. Kanama kontrolu¨ ardından sirkumsizyon hattı kapatılarak vaka sonlandırıldı.

BULGULAR
Operasyon su¨resi 40 dakika olarak o¨lc¸u¨ldu¨. Perop komplikasyon gelis¸medi. Postop erektil disfonksiyon gelis¸medi. Ereksiyonda peniste rezidu¨ kurvatu¨r izlenmedi.

SONUÇ
Penil plikasyon cerrahisi du¨s¸u¨k komplikasyon ve yu¨ksek bas¸arı oranlarıyla uygun hastalara uygulanabilmektedir.

VS-32) PEYRONIE HASTALIĞI: DORSAL KURVATUR GREFT İLE ONARIM

ALKAN ÇUBUK(1) ÇAĞRI DOĞAN(2) MEHMET FATİH ŞAHİN(2) SERKAN ŞERAMET(2) ERDEM CAN TOPKAÇ(2) FURKAN BATUHAN TUNCER(2) CENK MURAT YAZICI(2)

1. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
2. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Peyronie Hastalıgˆı (PH), eytolojisi bilinmemekle birlikte en yaygın kabul go¨ren hipotez mikrovasku¨ler yaralanma veya tunika albuginea travmasıdır. Hastaların %39'unda ilk semptom olarak ele gelen plakların go¨ru¨ldu¨gˆu¨ ve c¸og˘unlukla dorsalde yerles¸tigˆi rapor edilmis¸tir. Cerrahisinde penil plikasyon ve greft ile onarım tercih edilmektedir. Bu c¸alıs¸mada greft yardımlı Peyronie cerrahisi sunulmus¸tur.

GEREÇ-YÖNTEM

54 yas¸ında hastanın ereksiyon sırasında dorsale 60 derece deviasyon ile bas¸vurdu. Hastanın 3 yıldır s¸ikayetleri mevcut. İlk yılında egˆrilik derecesi progrese olmus¸ fakat son 3 yıldır stabilmis¸. Fizik muayenesinde dorsalde yaklas¸ık 2x5 cmlik plak palpe edildi. İntrakavernosal enjeksiyon sonrasında dorsale dogˆru 60 derecelik deviasyon saptandı. Hastaya greft yardımlı Peyronie cerrahisi planlandı.Supin pozisyonda penise sirkumsizyon hattından kesi yapıldı. Ardından etraf dokular kaba disseksiyon ile penis deglove edildi. Artifisyel ereksiyon gerc¸ekles¸tirilerek plak bulundu ve egˆrilik derecesi tespit edildi. Ardından dartos ve buck fasyası bulundu. Penis ventrolateralden buck fasyası ac¸ıldı. Buck fasyası her iki taraftan penis dorsaline kadar disseke edildi. No¨rovasku¨ler demet korunarak hemen altından buck fasyası kaldırıldı ve no¨rovasku¨ler demet plak u¨zerinden laterale c¸ekildi. Peyronie plagˆı çift Y şeklinde insize edildi. Eksizyon defektine greft (sıgˆır perikardı) usulu¨ne uygun olarak yerles¸tirildi ve su¨ture edildi. Tekrar artifisyel ereksiyon sagˆlanarak egˆriligˆin derecesinin du¨zeldigˆi kontrol edildi. Ardından buck ve dartos fasyası kapatılıp sirkumsizyon hattı da kapatılarak vaka sonlandırıldı.

BULGULAR

Operasyon su¨resi 100 dakika olarak o¨lc¸u¨ldu¨. Perop komplikasyon gelis¸medi. Postop erektil disfonksiyon gelis¸medi. Ereksiyonda rezidu¨ kurvatu¨r izlenmedi.

SONUÇ

Greft yardımlı Peyronie cerrahisi du¨s¸u¨k komplikasyon ve yu¨ksek bas¸arı oranlarıyla uygun hastalara uygulanabilmektedir.

VS-33) TEKRARLAYAN RENAL HİDATİK KİST NEDENİYLE SAĞ LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ

RECEP SERHAT TEPE(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Hidatik kist nedeni ile böbrek cerrahisi yaşamışlığı bulunan ve nüks renal hidatik kist için cerrahi tedavi planlanan hasta sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Hasta (34 yaşında kadın) sağ üst kadranda ele gelen kitle ve ağrı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde sağ böbrek kist eksizyonu olduğu öğrenildi (hidatik kist ve sonrasında albendazol tedavisi uygulanmış). Kliniğimizde planlanan bilgisayarlı tomografide sağ böbrek alt polde 56 x 52 mm boyutunda, kalın duvarlı, içerisinde kız veziküller bulunan DSÖ tip 2 kist hidatik ile uyumlu komplike kistik lezyon izlendi. Dissimine kist hidatik açısından araştırılan hastada karaciğer ve diğer dokularda lezyon görülmedi. Yapılan ekokardiyografisinde patoloji saptanmadı. Enfeksiyon Hastalıkları önerisi alınarak kist hidatik indirekt hemaglütinasyon (İHA) testi 1/1280 titrede pozitif sonuçlandı. Karaciğer fonksiyon testleri ve diğer biyokimya parametleri normaldi. Hastaya ek medikal tedavi önerilmedi. Kliniğimizce sağ nefrektomi kararı alındı.

BULGULAR
Uygun teknikle 3 trokar girişi eşliğinde laparoskopik sağ nefrektomi işlemi gerçekleştirildi. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Patoloji sonucu, kist hidatik ile uyumluydu.

SONUÇ
Reküren hidatik kist varlığında uygulanabilecek cerrahi işlemler arasında yer alan nefrektomi işlemi sunulduğu üzere laparoskopik yöntemle gerçekleştirildiğinde, hastanede daha az kalış süresi ve hasta konforu ile öne çıkmaktadır.

VS-34) PENİL VE MEMBRANÖZ ÜRETRA DARLIĞINDA ÇİFT BUKKAL MUKOZA GREFTİ YARDIMIYLA ÜRETROPLASTİ

ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) TOLGA ERSÖZLÜ(1) ERDOĞAN GÜLTEKİN(1) TUNAHAN KAYA(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Anterior üretra darlıkları daha çok inflamasyon, iyatrojenik veya travma sonucu oluşurken, posterior üretra darlıkları pelvik fraktür sonrası veya cerrahi girişim sonucu iyatrojenik oluşur. Cerrahisinde internal üretrotomi ve üretroplasti (anastomotik veya greft yardımlı) uygulanır. Bu çalışmada kombine darlıkta çift bukkal greft yardımıyla üretroplasti tekniği sunulmuştur. İşeme güçlüğü bulunan 61 yaşında erkek hasta daha önce bir kez TUR-P (transüretral rezeksiyon prostat) ve bir kez üretral dilatasyon öyküsü mevcut. Yapılan klinik değerlendirmesinde üroflowmetrisinde maksimum akış 9.2 ml/s ortalama akış 7.2 ml/s PVR (post voiding rezidü) 60 cc, sistoskopisinde penil üretrada sistoskopun geçişine izin veren darlık ve membranöz üretrada kuş gözü darlık, çekilen üretrografisinde penil üretrada uzun segment ve membranöz üretrada kısa segment iki adet darlık izlenmesi üzerine hastaya çift bukkal greft yardımlı üretroplasti cerrahisi uygulandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Litotomi pozisyonunda sistoskopi yardımıyla meadan 5 cm ileride başlayıp 4-5 cm uzanan darlık bölgesi ve bulbar-membranöz üretra bileşkesinde kuş gözü kısa segment darlık görüldü. Ardından darlık bölgesinden sensör guidewire ilerletildi. Sonrasında perineal orta hatta vertikal kesi uygulandı. Wilson retraktör yerleştirildi. Cilt ve cilt altı geçildikten sonra bulbospongioz kas görülene kadar diseksiyona devam edildi. Bulbospongioz kas görüldükten sonra üretra üzerinden bulbospongioz kas orta hattan insize edildi. Ardından üretra görüldü ve üretra lateralleri disseke edildi. 24Fr buji dilatatör darlık segmentini tespit etmek amacıyla üretradan ilerletildi. Marker kalemi yardımıyla darlık segmenti işaretlendikten sonra darlık bölgesine bistüri yardımıyla horizontal kesi yapıldı. Ardından kesi fibrotik alanı içerecek şekilde sol dorsolateral kesime yaklaşık 6 cm olacak şekilde uzatıldı. Ardından meadan tekrar 24fr buji bilatatör ilerletildi membranöz üretradaki darlık segmenti tespit edildi. Darlık segmenti bistüri yardımıyla açıldı ve mesaneden idrar geldiği gözlendi. Ardından 24fr buji dilatatör ile darlık segmenti olmadığı kontrol edildi. Penil üretradaki darlık segmentinin dorsolateraline 5 cmlik bukkal mukozadan alınan greft korpus kavernosuma sabitlendikten sonra 5.0 vicryl yardımıyla üretraya anastomoz edildi. 16 fr silikon sonda mesaneye kadar ilerletildi ardından bukkal mukozadan alınan greft diğer darlık bölgesine dorsal inlay olarak 5.0 vicryl ile süture edildi. Bulbospongioz kas 2.0 vicryl ile süture edildi. Ardından cilt altı ve cilt kapatıldıktan sonra baskılı pansuman yapılıp vaka sonlandırıldı.

BULGULAR

Operasyon süresi 255 dakika olarak ölçüldü. Perop komplikasyon yaşanmadı. Postop işeme yakınması izlenmedi. Post op 1.ayda yapılan üroflowmetrisinde maksimum akış 14.2 ml/s ortalama aış 12.2 ml/s PVR (post voiding rezidü) 25 cc ölçüldü.

SONUÇ

Çift bukkal greft yardımlı üretroplasti, kombine üretral darlığı olan hastalarda düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranlarıyla uygulanabilmektedir.

VS-35) MORBİD OBEZİTESİ OLAN HEMODİYALİZAN HASTADA ANTİAGREGAN EŞLİĞİNDE ROBOTİK RENAL TRANSPLANTASYON

MURAT BEYATLI(1) ABDURRAHMAN İNKAYA(1) KAMİL KÜL(1) HACI MURAT AKGÜL(1) EYÜP VELİ KÜÇÜK(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Morbid obezitesi ve kronik böbrek yetmezliği olan 3/7 hemodiyalizan hastada antiagregan eşliğinde yapılan robotik renal transplantasyon olgumuzu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Morbid obezitesi olan 68 yaş kadın hasta Ocak 2023 itibari ile nefroloji kliniği tarafından kronik böbrek yetmezliği nedeni ile haftada 3 gün hemodiyaliz programına alınmıştır. Özgeçmişinde; kardiyak by-pass (Nisan 2023) öyküsü mevcut idi. Hastanın pre-operatif kreatinin:5.96mg/dL, GFR:6.75mg/dk/1.73m² ve Hematokrit:31.7 olarak (Hemodiyaliz programı öncesi) ölçülmüştü. Hastanın hipertansiyon, diabetus mellitus ve koroner arter hastalığı mevcut idi. Hastanın vücut kitle indeksi:64.88 (kilo:146kg, boy:150cm) idi. Gerekli uygunluk prosedürü sonrası, hastanın vericisi ek hastalığı olmayan 43 yaşındaki oğlu olarak planlandı. Hastanın morbid obezitesi olması nedeniyle öncelikli olarak 'robotik renal transplantasyon' operasyonu planlandı. Hastanın kardiak risk faktörlerinin yüksek olması nedeniyle operasyonu antiagregan - asetilsalisilik asit (ASA) altında yapıldı.

BULGULAR
Hastanın vericisinden eşzamanlı olarak 'laparoskopik donör nefrektomi' uygulandı. Morbid obez olan hastaya genel anestezi altında supin pozisyonunda umblikus inferior ve süperiorundan orta hat 6 cm insizyonla girilip peritona kadar ulaşıldı. Gel port yerleştirilip pnömoperitoneum sağlandı. Gel-port içerisinden robotik kamera trokarı ve asistans trokarı yerleştirildi. 3 adet robotik trokar ve sağ iliak alana 10 mm asistans trokarı yerleştirildi. Ardından external iliak arter ve eksternal iliak ven serbestlendi. Loj hazırlığı tamamlandıktan sonra greft böbrek soğuk iskemi altında gel porttan geçirilerek batına yerleştirildi. Greft böbrekte 1 arter ve 1 ven olduğu görüldü. Ardından v./a.ilaca eksterna önce distal sonra proximalinde bulldog ile klempe edildi. Ven ve arter sırasıyla robotik mikro makasla spatülize edilerek heparin ile yıkandı ve 6-0 gore-tex teflon sütür ile anastomoz edildi. Ven ve arterde anastomoz bölgesinde kaçak olmadığı izlendi. Soğuk iskemi süresi 109 dk idi. Greft böbrek sağ iliak fossada hazırlanan uygun alana yerleştirilip periton yaprakları hemoklip yardımıyla yaklaştırıldı. Greft üreteri usulüne uygun submukozal tünel oluşturularak mesaneye anastomoz edildi ve 4 Fr - 16 cm DJ stent yerleştirildi. Antiagregan altında yapılan cerrahide toplam kanama 150 cc ölçüldü.

SONUÇ
Hastanın postoperatif dönemde greft böbrek fonksiyonlarının iyi olduğu ve hemodiyaliz ihtiyacının kalmadığı görüldü (Postoperatif Kreatinin:1.09 mg/dL). Morbid obez olup kronik böbrek yetmezliği nedenli hemodiyalizan olan 'seçilmiş hasta grubunda' antiagregan eşliğinde robotik renal transplantasyon uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir.

VS-36) PEDİATRİK HASTALARDA LAPAROSKOPİK PROSTATİK UTRİKUL KİST EKSİZYONU

GÖKHAN KARAKURT(1) HAKAN KESKİN(2) AHMET GÜDELOĞLU(2) SERDAR TEKGÜL(2) H. SERKAN DOĞAN(2)

1. SAMANDAĞI DEVLET HASTANESİ
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Semptomatik prostatik utrikül kisti olan çocuk hastalarda laparoskopik eksizyon tecrübemizi sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Proksimal hipospadias öyküsü olan ve hipospadias onarımı sonrası takiplerde prostatik utrikül kisti saptanan iki (3 ve 9 yaş) hastada tekrarlayan epididimorşit ve karın alt kadran ağrısı sebebiyle kist eksizyonu kararı verildi. Eksizyon laparoskopik olarak gerçekleştirildi.

BULGULAR
Prostatik utrikül, verumontanum üzerindeki iki ejekulatuar kanal arasına açılan, medyan epitel ile kaplı bir sinüstür. Orta hatta, mesane ile rektum arasında yer alır ve genellikle prostatik üretra ile ilişkilidir. Utriküler anomaliler, müllerian kanal kalıntılarının tam olmayan gerilemesinden veya ürogenital sinüsün androjen aracılı eksik kapanmasından kaynaklanır. Hastaların çoğu proksimal hipospadias, inmemiş testis ve prostatik utrikül triadına sahiptir. Normal popülasyonda nadir görülür ve çoğunlukla asemptomatiktir. Gerçek görülme sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte proksimal hipospadiaslı hastaların %14'ünde, perineal hipospadiaslı hastaların ise %57'sinde görülmektedir. Hipospadiasın şiddeti arttıkça prostatik utrikül görülme sıklığı da artar. Semptomatik hastalarda cerrahi eksizyon önerilir. Ancak kılavuzlarda henüz standart bir cerrahi yöntem bulunmamakla beraber; endoskopik (transüretral kist kateterizasyonu ve aspirasyonu, kist orifisi dilatasyonu veya deroofing), açık ve minimal invaziv (laparoskopik/robotik) prosedürler tanımlanmıştır. Kistin büyük olması nedeniyle endoskopik yöntemlerin yetersiz kalması, açık cerrahinin ise cerrahi alan darlığı ve komşu organ yaralanma riski taşıması nedeniyle laparoskopik yaklaşım tercih edilmiştir. Cerrahi yöntem video eşliğinde tarif edilmiştir.

SONUÇ
Proksimal hipospadias ve inmemiş testis hastalarında prostatik utrikül varlığı akla getirilmelidir. Pelvik ultrasonografi gibi basit görüntüleme tekniği ile tanı konulabilmektedir ve şüphe durumunda hipospadias cerrahisi sırasında sistoskopi yapmak faydalı olacaktır. Prostatik utrikülün varlığı, semptomlar gelişmediği sürece cerrahi müdahaleyi gerektirmez. Prostatik utrikül eksizyonunda laparoskopik yaklaşım, minimal invaziv bir yöntemle total eksizyonu kolaylaştırmaktadır. Utrikülün anatomik lokasyonu ve çocuk hastalardaki küçük cerrahi alan nedeniyle zorlayıcı olabilecek bir prosedürdür ancak açık cerrahi yaklaşıma göre avantajlı olması nedeniyle uygulanabilir görünmektedir.

VS-37) İKİ RENAL ARTER VE ÜÇ RENAL VEN İÇEREN BÖBREKTEKİ SOLİTER KİTLE TEDAVİSİNDE ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ

RABİA HİZARCİ BAL(1) İHSAN BATUHAN DEMİR(1) HALİL İBRAHİM ÖZKAN(1) MÜJDAT AYVA(1) EMRE ALBAYRAK(1) FATİH KESKİNLİOĞLU(1) AHMET GÜDELOĞLU(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) CENK YÜCEL BİLEN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
İki renal arter ve üç renal ven içeren böbrekteki soliter kitle tedavisinde robot yardımlı parsiyel nefrektomi deneyimimiz: olgu sunumu

GEREÇ-YÖNTEM
Robot yardımlı parsiyel nefrektomi günümüzde böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Cerrahi sırasında renal hilusun serbestlenmesi ve vasküler blokajı sırasında çoklu vasküler yapıların bulunması cerrahiyi zorlaştırabilmektedir. Bu videoda İki renal arter ve üç renal ven bulunan böbrekteki soliter kitleye uyguladığımız robot yardımlı parsiyel nefrektomi ameliyatının aşamaları sunulmuştur.

BULGULAR
50 yaşında erkek hastaya check-up sırasında yapılan ultrason görüntülemesinde sağ böbrek alt polde 50X47 mm egzofitik uzanımlı solid kitle tespit edilmesi üzerine hasta tarafımıza başvurdu, yapılan BT görüntülemede kitle 6.7X5.5 cm, ortasında nekroz alanı bulunan 3 cm'lik kistik komponent içeren RCC uyumlu kitle olarak raporlandı. Hiler uzanım, lenfadenopati ve uzak metastaz saptanmadı. Tanı anında serim kreatinin değeri 0.92 mg/dL, eGFR ise >60 ml/dk olarak ölçüldü. Hastaya robot yardımlı sağ parsiyel nefrektomi yapıldı. İntra operatif dönemde böbrek ve hilusu serbestlendikten sonra iki adet renal arter ve üç adet renal ven olduğu görüldü. İki renal ven bir adet bulldog klemp ile, iki adet renal arter ve üçüncü renal ven bir diğer bulldog klemp ile klemplenerek vasküler blokaj yapıldı. Kitle tabanı temiz olacak şekilde çıkarıldı ve sıcak iskemi süresi 42 dk. olarak kaydedildi. Hasta post operatif 6. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu şeffaf hücreli tip renal hücreli karsinom olarak raporlandı, cerrahi sınırlar salim izlendi. Post operatif dönemde serum kreatinin düzeyi 0.96 mg/DL olarak ölçüldü.

SONUÇ
Sonuç olarak, deneyimli merkezlerde hilusta multiple vasküler yapıların varlığında robot yardımlı parsiyel nefrektomi bir tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

VS-38) SOLİTER BÖBREKTE RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN CERRAHİ TEDAVİSİNDE ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

RABİA HİZARCİ BAL(1) KARİM SHIRINLI(1) MÜJDAT AYVA(1) EMRE ALBAYRAK(1)
HAKAN KESKİN(1) AHMET GÜDELOĞLU(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)
CENK YÜCEL BİLEN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Soliter böbrekte renal hücreli karsinomun cerrahi tedavisinde robotik parsiyel nefrektomi deneyimimiz: Olgu sunumu

GEREÇ-YÖNTEM
Robot-yardımlı parsiyel nefrektomi, günümüzde böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Soliter böbrekte tümörü olan hastalarda açık parsiyel nefrektomi veya perkütan ablasyon gibi tedavi yöntemleri önerilmekle birlikte ileri robotik cerrahi deneyimi olan merkezlerde robot-yardımlı parsiyel nefrektomi de uygulanabilmektedir. Bu videoda soliter böbrekte 6 cm'lik kitlesi olan hastaya uyguladığımız robot-yardımlı parsiyel nefrektomi ameliyatının aşamaları sunulmuştur.

BULGULAR
50 yaşındaki erkek hastaya rutin yapılan ultrason görüntülemesi sırasında sağ soliter böbrekte kitle tespit edildi. Tanı anında serum kreatinin değeri 0.98 mg/dl, eGFR ise >60 ml/dk olarak ölçüldü. Yapılan magnetik rezonans görüntülemede sağ böbrek inferior kesimde 6 cm çaplı, içerisinde kontrastlanan septaları bulunan, duvarı en kalın yerinde 5 mm ölçülen kistik kitle gözlendi. Hastaya robot-yardımlı sağ parsiyel nefrektomi yapıldı. İntraoperatif dönemde her hangi bir komplikasyon olmadı ve sıcak iskemi süresi 27 dk olarak kaydedildi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren hasta ameliyat sonrası 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu erişkin tip kistik nefrom olarak raporlandı. Postoperatif 3. ayda yapılan tetkiklerinde kreatinin değeri 1.1 mg/dl olarak ölçüldü.

SONUÇ
Sonuç olarak, deneyimli merkezlerde soliter böbrekte tümörü olan hastalarda robot-yardımlı parsiyel nefrektomi bir tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

VS-39) OFİS ŞARTLARINDA MESANEYE BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONU SONUÇLARIMIZ

İHSAN BATUHAN DEMİR(1) RABİA HİZARCİ BAL(1) FUNDA ATİLLA(1)
NAŞİDE MANGIR BOLAT(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Mesaneye botulinum toksin (BoNT/ A) enjeksiyonu, medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesanenin tedavisinde güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir. BoNT/ A hem idiopatik hem de nörojenik detrusor aşırı aktivitesi olan hastalarda kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye' deki yaygın pratiğin aksine tamamen ofis şartlarında, fleksible aletler kullanılarak mesaneye botulinum toksin enjeksiyonu sonuçlarımızı değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı' na antikolinerjik ve/ veya beta-3 agonisti ile tedaviye dirençli idiopatik ya da nörojenik mesane aşırı aktivitesi nedeniyle müracaat eden hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastalar enjeksiyon öncesi hikaye, fizik muayene, semptom skorları (ICIQ- Female/ Male, IQoL ve Nörojen Mesane Semptom Skoru) ve ürodinamik incelemeler ile değerlendirilmiştir. İşlem öncesi tüm hastalar Üroloji hemşiresi tarafından değerlendirilmiş, işlem hakkında bilgilendirilmiş ve TAK eğitimi almıştır. Randevu gününde tüm hastalara sistoskopi ünitesinde, 17 Fr fleksible sistoskop ve fleksible enjeksiyon iğneleri kullanılarak belirlenen dozda botulinum toksini enjekte edilmiştir. Hastalar enjeksiyon sonrası 2. ve 6. haftalarda kontrole çağırılmış, rezidüel idrar ölçümü ve semptom değerlendirmesi yapılmıştır.

BULGULAR

Yaş ortalaması 51,2 (min: 19- max: 82) yıldı. 2022- 2024 arasında toplam 61 hastanın 38 (%62,3)'ine 1 kez, 16 (%25,8)' sına 2 kez, 6 (%9,8)' sına 3 kez ve 1 (%1,63)' ine 4 kez enjeksiyon yapıldı. Ortalama ağrı skorları (VAS) 4,24 (±3,0 ve min: 0 max: 10) idi. Bir uygulamada verilen botoks miktarı 31 (%50,8) hastada 100 IU, 20 (%32,7) hastada 200 IU ve 10 (%16,3) hastada 300 IU idi. Botoks enjeksiyonu sonrası 2. Haftada hasta tarafından bildirilen fayda oranı (PGI:Patients Global Improvement) ortalama %51,67 (±32,0) olarak rapor edildi. İnkontinans ile ilişkili yaşam kalitesi (I-QoL) skorları botoks öncesi ve sonrası sırasıyla 59,3 (±29,90) ve 71,3 (±33,6) (p=0.72) idi. Daha önce TAK yapmayan 1 hastada 2 haftadan az süren TAK ihtiyacı gelişti. Bir hasta gross hematüri nedeniyle hastaneye yatırıldı ve mesane irrigasyonu ile düzeldi. Bir hasta botoks sonrası 4. Günde SVO geçirdi.

SONUÇ

Ofis şartlarında, fleksibl enstrümanlar kullanılarak hem erkek hem kadın hastalara etkili ve güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilmektedir. Ameliyathane yoğunluğundan etkilenmemesi bu uygulamanın en önemli avantajlarından biridir.

Cinsiyet	n (%)	-
Kadın	44 (%72,1)	-
Erkek	17 (%27,9)	-
Botoks endikasyonu	-	-
Nörojen Mesane	24 (%39,3)	-
Dirençli AAM	36 (%59)	-
Diğer	1 (%1,7)	-
VAS skoru	-	-
Kadın	4,5 (± 3,3)	-
Erkek	3,6 (± 1,5)	-
ICIQ- Semptom	-	-
Pre-op	52,55 (±16,0)	0,18
Post-op	42,3 (± 27,5)	-
ICIQ-I	-	-
Pre-op	42,8 (±18,4)	0,001
Post-op	24,2 (±16)	-

Tablo 1

VS-40) MEMBRANÖZ ÜRETRA DARLIĞINDA VENTRAL BUKKAL MUKOZA GREFTİ YARDIMIYLA ÜRETROPLASTİ

ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) ÇAĞRI DOĞAN(1)
MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(2)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Anterior üretra darlıkları daha çok inflamasyon, iyatrojenik veya travma sonucu oluşurken, posterior üretra darlıkları pelvik fraktür sonrası veya cerrahi girişim sonucu iyatrojenik oluşur. Cerrahisinde internal üretrotomi ve üretroplasti (anastomotik veya greft yardımlı) uygulanır. Bu çalışmada posterior darlıkta ventral bukkal greft yardımıyla üretroplasti tekniği sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

İşeme güçlüğü bulunan 76 yaşında erkek hasta daha önce üç kez üretral dilatasyon ve tekrarlayan glob vesicale nedeniyle acil kateterizasyon öyküsü mevcut. Hasta 3 senedir aralıklı olarak self dilatasyon uyguluyor. Yapılan klinik değerlendirmesinde üroflowmetrisinde maksimum akış 7.6 ml/s ortalama akış 6.1 ml/s PVR (post voiding rezidü) 20 cc, sistoskopisinde membranöz üretrada kuş gözü darlık, çekilen üretrografisinde membranöz üretrada darlık segmenti izlenmesi üzerine hastaya ventral bukkal mukozal greft yardımlı üretroplasti cerrahisi uygulandı.

BULGULAR

Litotomi pozisyonunda sistoskopi yardımıyla membranöz üretradaki darlık görüldü. Ardından darlık bölgesinden sensör guidewire ilerletildi. Sonrasında perineal orta hatta vertikal kesi uygulandı. Wilson retraktör yerleştirildi. Cilt ve cilt altı geçildikten sonra bulbospongioz kas görülene kadar diseksiyona devam edildi. Bulbospongioz kas görüldükten sonra üretra üzerinden bulbospongioz kas orta hattan insize edildi. Ardından üretra görüldü ve üretra lateralleri disseke edildi. 24Fr buji dilatatör darlık segmentini tespit etmek amacıyla üretradan ilerletildi. Marker kalemi yardımıyla darlık segmenti işaretlendikten sonra darlık bölgesine bistüri yardımıyla horizontal kesi yapıldı. Ardından kesi fibrotik alanı içerecek şekilde dorsolateral kesime toplam 4 cm olacak şekilde uzatıldı. Ardından mesaneden idrar geldiği görüldü. 24 f buji ile harici darlık olmadığı ve mesaneye bujinin rahat ilerlediği gözlemlendi. Darlık bölgesi iyice açıldıktan sonra 18 fr silikon sonda mesaneye kadar ilerletildi ardından bukkal mukozadan alınan greft darlık bölgesi üzerine 5.0 vicryl ile süture edildi.Corpus spongiosum ve Bulbospongioz kas usulüne uygun süture edildi. Ardından cilt altı ve cilt kapatıldıktan sonra baskılı pansuman yapılıp vaka sonlandırıldı.

SONUÇ

Operasyon süresi 150 dakika olarak ölçüldü. Perop komplikasyon yaşanmadı. Postop işeme yakınması izlenmedi. Post op 1.ayda yapılan üroflowmetrisinde maksimum akış 15 ml/s ortalama akış 11.5 ml/s PVR (post voiding rezidü) 10 cc ölçüldü.Ventral bukkal greft yardımlı üretroplasti, düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranlarıyla uygun hastalarda uygulanabilmektedir.

VS-41) BULBAR ÜRETROPLASTİ SONRASI GELİŞEN ÜRETROKUTANÖZ FİSTÜL CERRAHİSİ

ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) ÇAĞRI DOĞAN(1)
MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(2)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Üretra darlıkları en sık üretranın bulbar lokalizasyonunda görülür. Etyolojisinde sıklıkla cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üretral travmalar yer alır. Cerrahisinde internal üretrotomi ve üretroplasti (anastomotik veya greft yardımlı) uygulanır. Bu çalışmada bulbar üretroplasti yapılan bir hastada postop dönemde gelişen fistülün onarımı sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM
İşeme güçlüğü bulunan 76 yaşında erkek hastaya proksimal bulbar üretrada 2-3 cm uzunluğundaki darlık segmenti nedeniyle bukkal mukozal greft yardımıyla üretroplasti yapılmış olup hastanın postop takiplerinde operasyon bölgesinde akıntı sebebiyle çekilen üretrografisinde operasyon segmentinde fistül traktı görülmesi üzerine hastaya fistül onarım cerrahisi uygulandı.

BULGULAR
Litotomi pozisyonunda sistoskopi yardımıyla fistül bölgesi görüldü. Sonrasında perineal orta hatta vertikal kesi uygulandı. Wilson retraktör yerleştirildi. Cilt ve cilt altı geçildikten sonrabulbospongioz kas görülene kadar diseksiyona devam edildi. Bulbospongioz kas görüldükten sonra üretra üzerinden bulbospongioz kas orta hattan insize edildi. Ardından üretra görüldü ve üretra lateralleri disseke edildi. Fistül traktı serbestlendikten sonra fistül traktı eksize edildi. Fistül traktı içerisinden sensör guidewire ilerletildi. Sensör guidewire yardımıyla fistül traktı biraz daha eksize edildi. Ardından mesaneden idrar geldiği görüldü. Ardından fistül hattı makas yardımıyla genişletildi. Darlık bölgesi iyice açıldıktan sonra 18 fr silikon sonda mesaneye kadar ilerletildi ardından sonda üzerinden üretro mukozası ve ardından corpus spongiosum primer olarak kapatıldı. Bulbospongioz kas 2.0 vicryl ile süture edildi. Ardından cilt altı ve cilt kapatıldıktan sonra baskılı pansuman yapılıp vaka sonlandırıldı.

SONUÇ
Operasyon süresi 140 dakika olarak ölçüldü. Perop komplikasyon yaşanmadı. Postop işeme yakınması izlenmedi. Post op 1.ayda yapılan üroflowmetrisinde maksimum akış 13.8 ml/s ortalama akış 10.9 ml/s PVR (post voiding rezidü) 35 cc ölçüldü. Yapılan sistoskopisinde üretra doğal izlendi.Üretroplasti sonrası gelişen fistül cerrahinin olası komplikasyonları arasında olup hastanın takiplerinde fistül traktında kapanma görülmemesi durumunda fistülün cerrahi olarak onarılması gerekmektedir.

VS-42) EKTOPİK PELVİK BÖBREKTE LAPAROSKOPİ YARDIMLI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

MEHMET ÖZEN(1) MÜCAHİT UĞUR(1)

1. SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu sunumda, sol ektopik böbrek taşına uyguladığımız laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi yöntemimizi sunmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

.

BULGULAR

58 yaşındaki erkek hasta, sol yan ağrısı nedeni ile kliniğimize başvurması üzerine değerlendirildi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sol böbreğin pelvik bölgede ektopik yerleşimli olduğu izlendi ve renal pelvis içerisinde yaklaşık 26 mm böbrek taşı mevcuttu. Hastaya laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi planlandı. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda sol böbreğe 5 fr üreter katateri yerleştirildi. Katater, foley sondaya tespit edildi ve hasta supin pozisyonuna alındı. Palmer noktasından Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Ardından orta hat umbilikus 2 cm proksimalinden 11 mm optik port girildi. Görüntüleme eşliğinde 2 adet 5 mm ve 1 adet 10 mm çalışma portları yerleştirildi. Periton arka yaprağı insize edildi ve retroperitoneal alana girilerek pelvik böbreğe ulaşıldı. Gerota fasyası insize edilerek böbrek parankimi bulundu, sol alt kadrandan 18 G iğne ile girildi ve laparoskopik görüş altında floroskopi yardımı ile böbrek alt polünden giriş sağlandı. Berrak idrar gelişi görülmesi sonrası "guide-wire" üzerinden dilatasyon uygulandı. 30 fr Amplatz dilatasyon kılıfı yerleştirildikten sonra 26 fr nefroskop ile böbrek pelvisine girildi. pelvis içerisindeki taş pnömotik litotriptor ile kırılarak dışarı alındı. Endoskopik ve skopik olarak "stone free" izlendi. 4,8/16 no DJ stent retrograd olarak takıldı ve 16 fr foley sonda nefrostomi olarak konuldu. Kanama kontrolunu takiben loja 1 adet "sump" dren konuldu ve insizyon hatları sütürize edilerek işlem son verildi. Post operatif 1. günde foley nefrostomi, 2. günde foley sonda ve 3. günde sump dren çekilerek hasta taburcu edildi.

SONUÇ

Laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi, pelvik ektopik taşlı böbreklerde etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

VS-43) NADİR BİR VAKA: VEZİKOÜRETERAL REFLÜ TEDAVİSİNDE DEKSTRANOMER HİYALURONİK KOPOLİMER ENJEKSİYONUNDA 20 YIL SONRA GELİŞEN MESANE SUBMUKOZAL TAŞ OLUŞUMU

AYDEMIR ASDEMIR(1) ESAT KORGALI(1) HUSEYIN SAYGIN(1) FURKAN FATIH ARISOY(1)

1. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

AMAÇ
Dekstranomer hiyaluronik kopolimer (Deflux®) endoskopik subüreterik implantasyonu, vezikoüreteral reflü (VUR) tedavisinde güvenli ve etkili kabul edilmektedir. Deflux implantasyonu, yüksek başarı oranı ve minimal komplikasyonları ile popülerdir. Yirmi yıl önce VUR için Deflux ile subüreterik endoskopik tedavi gören 24 yaşındaki kadın hasta, dizüri ve hafif sağ böbrek kolik ağrısı şikayetleriyle değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografi, sistolitotripsi ve deflux kalıntısının veya taş oluşumunun enükleasyonu ile çıkarılan taşların varlığını doğruladı. Deflux ile endoskopik subüreterik implantasyonun VUR çözümünde yüksek başarı oranı olsa da, potansiyel uzun vadeli komplikasyonları önlemek için takip döneminde dikkatli olunması gerekmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM
Vezikoüreteral reflü (VUR), tahmini %10 prevalansa sahip yaygın bir pediatrik anomali olup enfeksiyon, skarlaşma ve son dönem böbrek yetmezliğine yol açabilir (1). EAU (European Association of Urology) kılavuzları, kalıcı yüksek dereceli reflü olan hastalara açık cerrahi düzeltme ve düşük dereceli reflü için endoskopik düzeltme önerir. Ayrıca, ebeveynlerin kesin tedaviyi tercih etmesi durumunda veya böbrek fonksiyonları bozulmuş yüksek riskli hastalarda daha agresif bir multidisipliner yaklaşım gereklidir (2). AUA (American Urological Association) kılavuzları ise yüksek dereceli reflü, başlangıçta daha ileri yaşta başvuru, spontan çözülme olasılığının düşük olması, antibiyotik profilaksisine rağmen ateşli üriner sistem enfeksiyonları, böbrek skarları ve ebeveyn tercihi gibi cerrahi müdahale için göreceli endikasyonlar belirler (3). Bu çalışmada, 20 yıl sonra dekstranomer hiyaluronik kopolimer (Deflux®) enjeksiyonuna bağlı kalsifiye dolgu maddesi nedeniyle dizüriye neden olan nadir bir sunumu bildirdik.

BULGULAR
24 yaşındaki kadın hasta, son 2 aydır dizüri ve hafif sağ böbrek kolik ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Dört yaşındayken dekstranomer hiyaluronik kopolimer (Deflux®) ile sağ subüreterik enjeksiyon geçirmişti. Bilgisayarlı tomografisinde birkaç mesane taşı görüldü. Sistoskopide üretra ve mesane boynu normal görüldü; ancak sağ üreter orifisin medialinde fikse submukozal mesane taşı görüldü. Üreter 5Fr üreteral kateter ile kateterize edildi. Taş ve kalsifiye subüreterik enjeksiyon malzemesi için 550µ fiber kullanarak 10W, 1J ve 10Hz ayarlarında holmium lazer enükleasyonu yapıldı. Ardından 4.8Fr 24cm JJ stent takıldı. Üretral kateter postoperatif beşinci günde çıkarıldı. Hastanın durumu iyiydi ve altıncı günde taburcu edildi. Dört hafta sonra görüldüğünde abdominal ultrasonografisi normaldi.

SONUÇ
Deflux® sonrası komplikasyonlar arasında üriner sistem enfeksiyonu, üreterik obstrüksiyon ve malzemenin taş oluşumu veya kalsifikasyonu bulunmaktadır (5). Uzun vadeli komplikasyonlar arasında ise taş oluşumu ve üreterik obstrüksiyon görülebilir (7, 8).Bizim vakamızda literatürde bulunan en uzun geç sunumu (20 yıl sonra) bildirdik. Amerikan Üroloji Derneği'nin (AUA) VUR yönetimi için en son kılavuzları, çözümü sağlamak için müdahale sonrası işeme sistografisini önerir (6). Ancak, müdahale sonrası takip süresinin süresi hakkında öneriler hala tanımlanmamıştır.Dekstranomer hiyaluronik kopolimer (Deflux®) ile endoskopik subüreterik enjeksiyon sonrası uzun vadeli komplikasyonlar yıllar sonra ortaya çıkabileceğinden, dikkatli bir takip programı gereklidir.

VS-44) NADİR GÖRÜLEN SKENE BEZİ KİSTİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ

ERDEM ORMAN(1) NALAN KURUCA(1) BÜLENT YILMAZ(1) HAKKI UZUN(1) EYÜP DİL(1) SELİM YAZAR(1) GÖRKEM AKÇA(1)

1. RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Bu video bildiride, oldukça nadir görülen skene bezi kistinin tanı ve tedavisinden bahsedilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
36 yaşında evli ve 2 çocuk sahibi kadın hasta, 3 aydır vajeninde ele gelen kitle nedeni ile başvurdu. Ele gelen kitle hissi dışında bir şikâyeti olmadığını belirten hastanın fizik muayenesinde üretranın sağ tarafında üretal meayı sola doğru iten ağrısız yaklaşık 3 cm boyutunda kistik kitle izlendi. Kan ve idrar tetkikleri normal olan hastaya sistoüretroskopi yapıldı. Kistin üretra ve mesane ile ilişkisi olmadığı anlaşıldıktan sonra spinal anestezi altında paraüretral insizyon ile kist üretra duvarından cerrahi olarak eksize edildi.

BULGULAR
Kadınlarda üretranın iki tarafında bulunan, paraüretral veya skene bezleri olarak adlandırılan bu bezler prostatik bezlerin homoloğu olarak kabul edilir. Seksüel aktivite sırasında mukoid bir salgı salgılayarak kayganlığı kolaylaştıran bu bezlerin kanalları enfeksiyon sonucu bazen tıkanarak kistleşmektedir. Hastalarda genellikle ele gelen kitle, idrar akış yönünün değişmesi, disparoni gibi şikayetlere neden olmaktadır. Fizik muayene bulguları birbirine benzeyen üretral divertikül, Gartner kisti ve ektopik üroterosel gibi patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmeli ve skene bezi kistinden ayırt edilmelidir. Bu amaçla sistoüretroskopi mutlaka yapılmalıdır.

SONUC
Skene bezi kisti tanısı konulan hastalarda kistin tam olarak eksize edilmesi uygun bir yaklaşımdır. Ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. Bunun için anamnez ve fizik muayeneye ek olarak radyolojik görüntülemeler ve endoskopik yöntemlerden faydalanılmalıdır.

VS-45) MİNİMAL İNVAZİV DORSAL MİNİ LOMBOTOMİ İLE PİYELOPLASTİ

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1) ELİF PATAN(2)

1. RUMELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Açık pyeloplasti yerini giderek endoskopik ve laparoskopik tekniklere bırakmaktadır. Adale kesimini gerektirmeden üreteropelvik bileşkeye ulaşım sağlayan bu teknikle piyeloplasti günübirlik minimal invaziv bir işlem olarak önemini ve yerini koruyacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2009—2024 tarihleri arasında 4'ü bilateral 56 renal üniteye dorsal posterior mini lombotomi insizyonu ile pyeloplasti yapılmıştır. 52 hastanın 33'ü erkek, 19'u kız çocuğu idi. Bilateral olan her dört vaka da erkekti. Ortalama yaş 7,8 (4 ay-16.5 yaş) idi. Bir vaka soliter böbrekti. Beş vakada beraberinde kalkül mevcuttu. 44 renal üniteye dismembred pyeloplasti, 12 renal üniteye de y-v pyeloplasti uygulandı. Lateral dekubitus pozisyonunda lumbal üçgende 12. kotun hemen altından sakrospinal adalenin dış kenarından başlayan 3-5 cm'lik transvers veya vertiko-transvers kesi yapılır. Bilateral onarımda pron pozisyonu kullanılır. Cildin hemen altında lumbodorsal fasya latissimus dorsinin lateral kenarından adale kesilmeksizin kesilir. Gerota fasyasına, üreteropelvik bileşkeye ulaşılır. Uygun olgularda UPB ciltten dışarıya alınır. Pyeloplasti tamamen eksrakorporeal yapılır. Uygun olmayan olgularda otomatik anoskopla UPB vizüalize edilir. 4/0-6/0 poliglaktin sütürle su geçirmez, devamlı bir şekilde sütüre edilir. Her vakada transanostomotik stent uygulanır.

BULGULAR

Tek taraflı olgularda operasyon zamanı 45-90 dakika, kesi 3-6 cmdir. 11 renal ünitede ekstrensek, 45'inde ise intrensek darlık mevcuttu. 38 vaka aynı gün, 14 vaka postop 1. günde taburcu edildi. Hastalar ilk ay idrar tahlili ve ultrasonografi ile takip edildi. 6 ay sonra diüretik renogramla bakıldı. Hastaların takiplerinde komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ

tandart açık flank insizyonda adele kesilmesi, ameliyat sonrası ağrı, kötü skar ve insizyonel herni nedeniyle potansiyel dezavantaj gösterir. Uyguladığımız teknikte adele kesilmediği için postoperatif ağrı sözkonusu değildir. Operasyon süresi kısadır. UPB'ye minimal doku travması ile hemen ulaşım sağlanır. Kısa hastanede yatış süresi ve postoperatif konfor sağlar. Endoskopik ve laparoskopik yöntemlere göre daha kısa operasyon süresi ve daha düşük maliyetli bir yöntemdir.

VS-46) AYNI BÖBREKTEKİ İKİ FARKLI KİTLE İÇİN TEK SEANSTA İSKEMİK VE NON-İSKEMİK ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ

RABİA HİZARCİ BAL(1) İHSAN BATUHAN DEMİR(1) KARİM SHIRINLI(1)
DURMUŞ ALPTUĞ COŞAR(1) HACER OĞRAK(1) AHMET GÜDELOĞLU(1)
MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) CENK YÜCEL BİLEN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Aynı böbrekteki iki farklı kitle için tek seansta iskemik ve non-iskemik robot yardımlı parsiyel nefrektomi deneyimimiz: olgu sunumu.

GEREÇ-YÖNTEM
Robot yardımlı parsiyel nefrektomi günümüzde böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kitlenin yerleşimi ve cerrahın tecrübesine bağlı olarak kanama riskinin daha az ancak iskemik hasara bağlı nefron kaybı riskinin daha yüksek olduğu iskemik yöntemler ya da iskemik hasara bağlı nefron kaybı riskinin daha az olduğu ancak kanama riskinin daha fazla olduğu non-iskemik yöntemler tercih edilebilmektedir. Bu videoda aynı böbrekteki iki farklı kitlenin eksizyonu için iskemik ve non-iskemik robot yardımlı parsiyel nefrektomi ameliyatının aşamaları sunulmuştur.

BULGULAR
44 yaşındaki erkek hastaya morbid obezite nedeniyle sleeve gastrektomi planlanmış olup pre-operatif değerlendirmede yapılan MR görüntüleme de sol böbrekte alt polde 3X3.5 cm, üst polde 3.5X4 cm boyutlarında RCC uyumlu kitle izlendi. Tanı anında serum kreatinin değeri 0.81 mg/dL, eGFR ise >60 ml/dk olarak ölçüldü. Tanı anında uzak metastaz saptanmadı. Hastaya robot yardımlı sol parsiyel nefrektomi yapıldı. Üst polde yer alan egzofitik kitle non-iskemik olarak çıkarılarak tümör tabanına surgiflow sıkıldı. Ardından renal hilus klemplenerek alt poldeki kitle iskemik olarak çıkarıldı ve sıcak iskemi süresi 21 dk. olarak kaydedildi. Post operatif 3. günde taburcu edilen hasta post operatif 10. günde şikayeti ile ağrı ve halsizlik şikayeti ile tarafımıza başvurmuş olup yapılan görüntülemede nefrektomi lojunda psödoanevrizma saptanmıştır. Girişimsel radyoloji tarafından sol böbrek alt ve üst kesimde segmenter- interlober arterlerden köken alan psödoanevrizmaya embolizasyon uygulanmıştır. Ve hasta bir gün yatış sonra şifa ile taburcu taburcu edilmiştir. Patoloji sonucu üst poldeki kitle için kromofob tip RCC alt poldeki kitle için şeffaf hücreli tip olarak saptanmış olup her iki kitle için cerrahi sınırla salim raporlanmıştır. Post op 1. Ayda serum kreatinin değeri 0.98 mg/dL olarak ölçülmüştür.

SONUÇ
Sonuç olarak, deneyimli merkezlerde yapılan robot yardımlı parsiyel nefrektomilerde iskemik ve non-iskemik yöntemler kitlenin yerleşimine ve cerrahın deneyime bağlı olarak tercih edilebilir.

VS-47) ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİ ADRENALEKTOMİ HACETTEPE ÜROLOJİ DENEYİMİMİZ

CENK YÜCEL BİLEN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) AHMET GÜDELOĞLU(1)
İHSAN BATUHAN DEMİR(1) RABİA HİZARCİ BAL(1) BEŞİR MUTUKHOV(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Fonksiyone olan veya olmayan adrenal bez kaynaklı kitlelerde, kitlenin olabildiğince az şekilde manipüle edilerek çıkarılmasına olanak sağlayan robot yardımlı laparoskopik adrenal cerrahilerin intraoperatif ve post operatif dönemde hasta konforu ve komplikasyon oranının daha az olabileceğini vaka bazlı olarak göstermek

GEREÇ-YÖNTEM
Fonksiyone adrenal kitlesi olan hastaya, Pre op endokrinoloji önerileri ve tetkik değerlendirmeleri ile intra operatif anestezi önlem ve gözlemleri ile gerçekleştirilen robot yardımlı laparoskopik adrenalektomi vakası

BULGULAR
70 yaşındaki erkek hasta, tarafımıza 2008 yılında insidental olarak saptanan adrenal kitle ve hipertansiyon şikayeti ile başvurdu.Hastanın operasyonda öncesinden 2 yıldır süregelen sistolik hipertansiyonu mevcutdu

İlk olarak 2008 yılında 32x32 mm boyutlarında saptanan kitlenin boyutlarının stabil kalması ve non fonksiyone olmasından dolayı hastaya takip önerilmiş.Hastaya en son 2016 yılında dış merkezde takipli olduğu birimce çekilen MRG'de kitlenin aksiyel aksının 76 mm olarak raporlanmasından sonra hastaya ileri bir merkeze başvurması önerilmiş.

Hasta sağ flank ağrı, geçmeyen baş ağrısı ve hipertansiyon şikayeti ile tarafımıza başvurdu.Hasta tarafımızca yatılı olarak değerlendirildi. Endokrinoloji önerileri alındı ve hastaya MRG planlandı.Çekilen MRG'da kitlenin boyutlarının 113x93 mm olarak raporlanmış olup çevre organlara belirgin bir yayılımı gözükmemekte , yağ içeriği açısından zengin ve düzgün sınırlı olarak değerlendirildi.Endokrinoloji önerileri ile alınan idrar ve plazma katekolamin düzeylerinin yüksek gelmesi üzerine hastaya tarafımızca operasyon planlandı.Endokrinoloji pre operatif önerileri ile birlikte hasta için anestezi birimince intraoperatif hazırlıklar tamalandı.Docking ve hastanın ayılması dahil operayon 3 saat sürdü, intraoperatif hastanın kan basınçlaeı 285/145 gibi yüksek değerleri gördü, anestezi ekibince yüksek tasniyona müdahale edilirken tarafımızca da kitle olabildiğince az manipüle edildi ve olabilecek en kısa zamanla ile katekolamin salımını engellemek amacıyla kitleyle bağlantısı olan ven yapıları ivedilikle mümkün olan en az manipülasyon ile bağlandı ve kesildi.İntraop drenaj toplamda 50cc olarak gerçekleşti. Hastanın post operatif izleminde cerrahi dreni toplamda post operatif 48. Saate çekildi ve totalde 270 cc drenajı mevcutdu, hasta dren çekilmesi takiben taburcu edildi.

Patoloji :Feokrositoma ,spesmen ağrılığı 200 gr olarak kayıtlara geçmiştir.Hastanın aktif kontrollerinde bir sıkıntısı bulunmamaktadır.

SONUÇ
Kliniğimizde 2021yılında başlayarak totalde 10 adet Robotik yardımlı laparoskopik adrenalektomi gerçekleştirdik. Bu vakalardan ikisi bilateral , 8 adet unilateral olarak gerçekleşti. Endokrinolojik olarak fonksiyone olan veya olmayan hiçbir hastamız intraoperatif veya postopetaif olarak mortalite veya morbidite oluşturacak bir komplikasyon gerçekleşmedi.Robotik harici laparoskopik olarak gerçekleştiridiğimiz 23 vaka ile birlikte fonksiyone olsun veya olmasın minimal invaziv cerrahi seçeneklerinin adrenalektomi vakaları için kitlenin manipülasyonun en az olarak gerçekleştirilmesi, hastanın post operatif konforu ve komplikasyon nriskinin daha düşük olmasından dolayı robotik veya laparoskopik adrenalektominin deneyimli merkezlerde ilk tercih olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

VS-48) REKTOÜRETRAL FİSTÜL TANILI HASTADA TRANSPERİNEAL YAKLAŞIM İLE FİSTÜL ONARIM OLGUSU

SÜMEYYE TERZİ(1) ANIL ÖCAL(1) TAYFUN BİŞGİN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Pediatrik dönemde anal atrezi nedeniyle rektum operasyonu öyküsü olan, makattan idrar gelişi nedeniyle yapılan tetkiklerinde bulbomembranöz üreteradan rektuma kontrast madde geçişi saptanan hastada transperineal yaklaşımla rektoüretral fistül onarımı yaptığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
OLGU

BULGULAR
OLGU

SONUÇ
34 yaş erkek hasta, pediatrik dönemde anal atrezi nedeniyle rektum operasyonu öyküsü olan hastanın makattan idrar gelişi nedeniyle yapılan tetkiklerinde bulbomembranöz üreteradan rektuma kontrast madde geçişi saptandı. Yapılan sistoskopisinde bulbomembranöz üretrada fistül ağzı gözlendi, mesanede fistül gözlenmedi. Hastaya transperineal yaklaşımla genel cerrahi ekibi ile birlikte rektoüretral fistül onarımı yapıldı. Ameliyat 90 dakika sürdü. Ameliyat sonrası kanama ve komplikasyon gözlenmedi. Post operatif 2. gününde rejimi açıldı. Post operatif 3. gün baskılı pansumanı açıldı ve mobilize edildi. Komplikasyon gözlenmeyen hastanın post operatif 6. gün taburcu edildi. Post operatif 1. ayda sondası çekildi.
Rektoüretral fistül tanısı olan hastalarda fistülün yeri, boyutu vb. özelliklerine göre transperineal/transvezikal yaklaşım tercih edilmekte olup transperineal yaklaşımla fistül onarımı güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

VS-49) SKENE BEZİ KİST EKSİZYONU

MÜCAHİD OĞUZHAN PERU(1) ALİ FURKAN BATUR(1) EMRE ALTINTAŞ(1)

1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu video bildirideki amaç üretral kist çeşitlerinden birisi olan Skene Bezi kistlerinde eksizyon cerrahisinin uygulanmasının gösterimidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Skene bezi kisti paraüretral bezlerin en büyüğü olan Skene bezinin kanallarının obstrüksiyonu sonucu oluşur. Dizüri, disparoni ve ele gelen kitle olarak kendisini gösterebilir. Tanıyı doğrulamada MRG, USG, ve sistoüretrografi gibi görüntüleme tetkikleri kullanılır. Ayırıcı tanısında bulunan üretral divertiküllerin aksine üretral lümen ile bağlantıları bulunmaz. Hastalığın tedavisinde aspirasyon, marsupializasyon, insizyon, drenaj, basit eksizyon ve antibiyotik tedavisi yer alır. Skene bezinden adenokarsinom gelişen vakalar da bildirilmiştir. Sebep olarak embriyolojik gelişiminin prostat ile homolog olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Vaka: 44 yaşında kadın hasta, üretrada ele gelen kitle ile başvurdu. Hastaya yapılan pelvik muayene ve sistoskopide üretra sağ anteroinferiorunda yaklaşık 1.5x1.5 cm boyutunda kistik lezyon görüldü. Hastanın muayenesinde herhangi bir ek patolojiye rastlanmadı. Hastanın çekilen pelvik MR görüntülemesinde üretra sağ lateral komşuluğunda 11x10x15 mm boyutlarında T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens IVKM enjeksiyonu sonrası kontrast tutmayan düzgün sınırlı kist mevcut olduğu görüldü.

Teknik: Genel anestezi altında gerçekleştirilen operasyonda alçak litotomi poziyonunda üretraya 16F foley sonda yerleştirildi. Labiumlar bacak iç kısmına tespit edildi. Üretra sağ lateral komşuluğunda 11x10x15 mm düzgün sınırlı kist çevresinden insize edilerek çıkarıldı. İnsizyon uygun şekilde kapatıldı. Vajene antibiyotikli spanç konarak işleme son verildi.

BULGULAR

Operasyon 15 dakika sürede tamamlandı. Hastada perioperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Postop 1.günde vajendeki tampon alınarak miksiyon sonrası hasta taburcu edildi. Hastanın kontrollerinde yara iyileşmesinin düzgün olduğu görüldü. Nüks rastlanmadı.

SONUÇ

Skene bezi kistinde eksizyon cerrahisi hızlı ve uygun bir yöntemdir.

VS-50) MULTİPL BÖBREK TAŞI OLAN OLGUDA LAPAROSKOPİK PİYELOLİTOTOMİ İLE KOMBİNE İNTRAOPERATİF PORT GİRİŞLİ FLEKSİBL RENOSKOPİ

ADEM SANCI(1) BERK YASİN EKENCİ(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) KUBİLAY SARIKAYA(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Ürolitiazis, %10-15 prevalans ve %50 nüks oranıyla yaygın bir sağlık sorunu olup, uzun bir geçmişe sahip olan cerrahi tedavisinde hâlâ tartışmalı konular bulunmaktadır (1). Optimum tedavi için taş yükü, yeri, bileşimi ve böbrek-iskelet anormallikleri dikkate alınmalıdır. Laparoskopik piyelolitotomi, büyük renal pelvis taşlarının yönetimi için laparoskopik piyeloplasti ile birlikte ilk olarak 20 yılı aşkın bir süre önce tanımlanmıştır (2). Laparoskopik piyelolitotomi, PCNL'ye kıyasla nefron koruyucu olup, büyük taş yükü, parçalanmaya dirençli taşlarda veya zor PCNL erişimi olan hastalar için alternatif bir yaklaşım sunar ve yüksek taşsızlık oranı (%85-100) sağlar. Laparoskopik piyelolitotomi esnasında intraoperatif eş zamanlı fleksibl renoskopiş kullanılması oldukça yüksek taşsızlık oranları sağlamaktadır. Laparoskopik olarak ulaşılamayan taşların dışarıya alınmasında kullanılabilir. Renal pelviste ve renal kalisklerinde multipl taşları olan hastada laparoskopik piyelolitotomi ile eş zamanlı port girişli fleksibl renoskopi olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

58 yaşında erkek hasta tarafımıza sağ yan ağrısı ile başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde sağda KVAH pozitif olarak görüldü. Özgeçmişinde 2 defa sağ URS öyküsü olan hastanın kan tahlili normaldi, tam idrar tetkikinde mikroskopik hematüri dışında anormallik yoktu. Hastaya çekilen kontrastsız abdomen BT'de sağ böbrekte grade 2-3 HUN, sağ renal pelviste yaklaşık 45mm x 35mmlik obstrükte taş ve sağ böbreğin alt kaliks gruplarında boyutları 5mm ile 15mm arasında değişen multip taşlar görüldü. FM'de KVAH pozitif olması ve HUN olması nedeniyle hastaya sağ nefrostomi katateri takıldı ve hastaya laparoskopik piyelolitotomi planlandı.4 port girilerek, transabdominal yolla sağ üreter ve sağ renal pelvise ulaşıldı. Pelvis insize edilerek pelvisteki taş dışarı alındı. Ardından kaliksler içindeki boyutları 10mm kadar olan 3 taş dışarı alındı. Ardından 10mmlik çalışma portundan fleksibl renoskopi ile girildi. İnsize edilmiş olan renal pelvisten girilerek alt kalikstekı yaklaşık 8mmlik taş basket yardımıyla dışarı alındı. Fleksibl renoskopi ile tüm kaliksler tarandı ve başka taş olmadığı görüldükten sonra 4,7fr 26cm dj katater takıldı. Postoperatif dönemi sorunuz geçen hasta postoperatif 4.günde nefrostomi katateri ve dreni çekilmiş bir duruma taburcu edildi.

BULGULAR

Laparoskopik piyelolitotomi, büyük renal pelvis taşlarını tek seansta yöneterek %85-100 yüksek taşsızlık oranı sağlayabilir (3). Laparoskopi ve intraoperatif port girişli fleksibl renoskopi kombinasyonu, güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilir ayrıca diğer yöntemler başarısız olduğunda yüksek taşsızlık oranları elde etmeye yardımcı olabilir

SONUC

Multipl böbrek taşlarının yönetiminde laparoskopik piyelolitotomi ile eş zamanlı fleksibl renoskopi etkili, minimal invaziv bir yöntem olarak uygulanabilir.

VS-51) PRİMER OBSTRUKTİF MEGAÜRETERİN ROBOTİK ÜRETERAL TAPERİNG VE ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ İLE ONARIMI

BÜLENT ÖNAL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) FEYYAZ IRMAK(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) FATİŞ ALTINDAŞ(1) KADİR EMRE AKKUŞ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Amacımız semptomatik primer obstrüktif megaüreter tanısı alan bir çocukta robotik üreteral tapering ve üreteroneosistostomi (UNC) tekniğinin ayrıntılarını bir video ile sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Prenatal tanılı sol hidroüreteronefroz nedeni ile takip edilen 8 aylık erkek çocuğunun doğum sonrası takiplerinde radyolojik olarak sol böbrek parankiminin ince (4 mm), pelvikalisiyel yapıların dilate (pelvis AP çapı: 20 mm, kaliks çapı 30 mm) ve üreterin trasesi boyunca dilate (distalde 14 mm) olduğu tespit edildi. Fonksiyonel değerlendirmede sol böbreğin supranormal fonksiyon gösterdiği (%57) ve drenaj eğrisinin obstruktif olduğu görüldü. Voiding sistoüretrografide vezikoüreteral reflü yoktu. İdrar yolu enfeksiyonu nedeni ile antibiyotik tedavisi ve sonrasında proflaksisi başlanan çocuğa obstruktif megaüreter tanısı koyuldu ve robotik üretral tapering ve UNC yapıldı. (Video).

BULGULAR
Toplam ortalama ameliyat süresi ve cerrahın konsol süresi sırasıyla 110 ve 65 dakika olup tahmini kan kaybı 30 mL'den azdı. Hastanın oral beslenme post operatif dördüncü saatte başlandı. Rutin analjezik kullanımı 48 saat devam etti (parasetamol 10mg/kg X4). Üretral sonda ve dren ikinci gün çekildi ve çocuk üçüncü günün taburcu edildi. Double J katateri 1. ayda çekildi. İzlemde erken dönemde idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile tedavi edilmesi dışında klinik sorun yaşanmadı. İzlemi devam etmektedir.

SONUÇ
Üreter dilatasyonu nedeni ile yeterli submukozal tünel etkinliğinin sağlanamayacağı düşünülen hastalarda, robotik üreteral tapering ile kalibrasyonu normalleştirilen üreter ile reimplantasyon güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilir. Üreter dilatasyonu varlığı robotik cerrahinin uygulanması için bir engel kabul edilmemelidir.

VS-52) KLİPPEL TRENAUNAY WEBER SENDROMU İLE İLİŞKİLİ NON-PALPABLE TESTİSİN CERRAHİ YÖNETİMİ

UĞUR AFERİN(1) ELİF ALTINAY KIRLI(2) FEYYAZ IRMAK(3) MUSTAFA MACİT(2) EMRE AKKUŞ(2) BÜLENT ÖNAL(2)

1. T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Klippel-Trenaunay Weber Sendromu venöz ve lenfatik sistemleri etkileyen, yumuşak doku ve kemik hipertrofisi görülen nadir bir konjenital sorundur. En sık eşlik eden ürogenital sistemi patolojisi inmemiş testistir. Sendrom ile ilişkili hemanjiomatöz lezyonlar nedeni ile bu sorunun cerrahi yönetimi zordur. Bu video ile on yaşında Klippel-Trenaunay Sendromu tanılısı ile takip edilen ve inmemiş testis şikâyeti olan bir çocukta laparoskopik tedavi yaklaşımımızı sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

Doğumda Klippel-Trenaunay Sendromu tanısı alan on yaşında erkek çocuk sol non-palpable testis şikâyeti nedeni ile değerlendirildi. Öyküsünden laparoskopik sağ orşiyopeksi ve sol abdominal testis için Fowler Stephans 1. aşama operasyonu yapılmış olduğu ve skrotumda palpe edilen sağ testisin atrofik olduğu görüldü. Ayrıca alt ekstremide skrotumu da içeren yaygın hemanjiomatöz lezyonların varlığı görüldü (Figür-1). Radyolojik değerlendirmeden ve önceki ameliyat notundan hemanjiom lezyonlarının karın ön duvarında da yer aldığı öğrenildi. Sirolimus tedavisi almakta olan hastaya sol laparoskopik explorasyon ve ikinci seans Fowler-Stephens prosedürü uygulanması kararı verildi.

BULGULAR

Prosedür için endoskop trokarı göbek üstünden (5mm), iki çalışma trokarı ise karın ön duvarında yer alan hemanjiomdan uzak kalacak şekilde yerleştirildi. Sol testisin karın içinde internal ring'e yakın yerleştiği gözlendi. Çevre dokulara Fowler Stephans 1. aşamanın etkisi ile ileri derecede yapışık olduğu görüldü. Fowler Stephens Prosedürüne uygun olarak diseksiyon tamamlandı, testis skrotuma indirilmeye çalışıldı. Diğer testisin atrofik olması nedeniyle daha fazla diseksiyon yapılmadan yüksek skrotal olarak yerleştirildi. Ameliyat sırasında veya sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Skrotal Doppler Ultrason ile yapılan 6. ay takibinde, yüksek skrotal yerleşimli testis, 2x1x1 cm boyutunda ve kanlanması doğal izlendi.

SONUÇ

Özellikli çocuklarda laparoskopik orşiopeksi zor bir cerrahidir. Çocuğun anatomik yapısı göz önüne alınarak trokar yerleri belirlenmelidir. İki aşamalı Fowler Stephens düşünülüyorsa, 2. Aşamada aşırı yapışıklıklardan kaçınmak için 1. aşamada geniş diseksiyon yapılmamalı, sadece spermatik korda klip yerleştirilerek işlem sonlandırılmalıdır.

VS-53) RAHİM İÇİ ARACIN MESANE VE REKTUMA MİGRASYONU

ERDEM CAN TOPKAÇ(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) RAFET METE(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

25 yaşında kadın hasta idrar yaparken yanma ve ağrı şikayetiyle kliniğimize başvuruyor. Alınan anamnezinde son 4 yıldır olan idrar yaparken yanma şikayeti ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatış öyküleri mevcut. Hastanın bu dönemde yapılan bir görüntülemesi bulunmamakta.İdrar kültüründe tekrarlayan üremeleri olan hastaya çekilen BT'de bir kısmı mesanede diğer kısmı kolonda olan rahim içi araç (RİA) mevcut. Yapılan sistoskopisinde mesanede RİA'nın bir ucu izlenmiş olup ucunda taşlaşma mevcut. Hastaya endoskopik olarak gastroenteroloji ABD ile ortak RİA çıkarılması işlemi planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastaya işlem öncesi bağırsak hazırlığı yapıldı. Kolonoskopiden 1 gün önce sedasyon altında ameliyathane şartlarında sistoskop ile mesaneye girildi. Mesanede RİA'nın bir ucu görüldü ve ucunda taşlaşma olduğu izlendi. Lazer yardımıyla litotripsi yapıldı. Ardından 1 gün sonra kolonoskopi yapıldı ve RİAnın diğer ucu kolonda izlendi. Forceps yardımıyla RİA vücut dışına alındı. Perop komplikasyon izlenmedi.

BULGULAR

Postop dönemde 4 gün oral stop olarak takip edildi. Oral kapalı iken IV TPN hastaya uygulandı. Ardından orali sırasıyla R1-R2 olarak açıldı. TPN stoplandı ve hasta postop 7. Günde R2 ile taburcu edildi. Postop 2. Haftada R3 e geçildi. Ardından postop 1. Ayda çekilen sistogramda kaçak izlenmedi.

SONUC

Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarında nadir olarak RİA migrasyonu görülebilir. Sonuç olarak tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ayırıcı tanısında görüntüleme yöntemlerinin önemini görmekteyiz.

VS-54) VON HİPPEL LİNDAU SENDROMUNDA 8 ADET RENAL KİTLEYE UYGULANAN PARSİYEL NEFREKTOMİ

EFEKAN KOYUNCU(1) ALP AKYOL(1) SÜLEYMAN ORDU(1) KASIM EMRE ERGÜN(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Böbrek tümörlerinin tedavisinde böbrek koruyucu cerrahi olarak parsiyel nefrektomi teknik olarak mümkün olduğu sürece tercih edilmesi gereken altın standart operasyon haline gelmiştir. Cerrahi sırasında renal arter ve vene klemp konularak eksizyon yapılmakta, iskemi süresinin olabildiğince kısa olması amaçlanmaktadır. Bu video bildiride Von Hippel Lindau Sendromu tanılı ve bilateral multipl RCC şüpheli kitleleri olan genç hastaya yapılan parsiyel nefrektomide enükleorezeksiyon teknikleri, selektif sütürleme ve bipolar hemostaz gibi nefron koruma amacına yönelik tecrübelerimizi paylaşmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda 53 yaş Von Hippel Lindau Sendromu tanılı radyolojik görüntülemelerde sağ böbrekte 3 sol böbreğinde 4 adet RCC uyumlu kitlesi olan hastaya açık sol parsiyel nefrektomi operasyonu uygulanmıştır. Abdomen MR raporunda sol böbrekteki şüpheli kitlelerin boyutları sırasıyla 4 cm, 1.5 cm, 2 cm ve 1 cm idi. Kitle sayısının ve renal nefrometri skorlarının daha yüksek olması nedeniyle önce sol böbreğine operasyon planlanmıştır.
Hastaya kitlelerin pelvikalisiyel sistem yakınlığı sebebiyle operasyon öncesi DJ stent tatbik edilmiştir.
Sol böbrek ve hilus ortaya konduktan sonra, detaylı inspeksiyon ve intra-operatif ultrason bakısı sonucu toplam 8 adet şüpheli kitle saptanmıştır.
Kitlelerin 4 tanesi klemp konmadan selektif süturizasyon, bipolar koterle koagülasyon ve hemostatik ajanlar kullanılarak enükle edilmiştir. Daha sonra renal arter ve vene klemp konularak kalan 4 kitle çıkartılmıştır.

BULGULAR

Hastanın sol böbreğindeki kitlelerin renal nefrometri skorları 10ph, 8p, 5x ve 6a olarak ölçülmüştür.
Hastanın operasyonu yaklaşık 204 dakika sürmüş olup, kan kaybı yaklaşık 650 cc ölçülmüştür. Sıcak iskemi süresi 26 dakika olarak ölçülmüştür. 1 adet dren yerleştirilmiştir. Hastanın foley sondası post-op 1. günde, dreni post-op 3. günde alınmıştır.
Hastanın post-op gfr değeri 55’ in üstünde olup, 1 ünite perop eritrosit transfüzyonu ihtiyacı olmuştur.
Görüntülemelerde 4 kitle saptanan hastada, 8 kitle çıkarılmış; nihai patoloji sonucu hepsinin berrak hücreli RCC olduğunu göstermiştir. Kitlelerin boyutları 1-4 cm arası değişmekteydi.
8 adet kitleye eş zamanlı parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastada böbrek fonksiyonları ve hemodinamik parametrelerde ciddi bozulma yaşanmadan, major komplikasyon yaşanmadan post-op 3.günde taburculuk gerçekleştirilmiştir.

SONUÇ

Von Hippel Lindau Sendromu tanılı hastalarda multipl renal kitlelerin tedavisinde parsiyel nefrektomi, böbrek koruyucu cerrahi tekniklerle başarılı sonuçlar vermektedir. Bu olguda, sol böbrekte RCC şüphesi taşıyan 8 kitlenin enükleorezeksiyon, selektif sütürleme ve bipolar hemostaz ile çıkarılması, minimal sıcak iskemi süresi ve kontrol edilen kan kaybı ile gerçekleştirilmiştir. Postoperatif dönemde hastanın böbrek fonksiyonları korunmuş, nihai patoloji tüm kitlenin berrak hücreli RCC olduğunu göstermiştir. Parsiyel nefrektomi, uygun teknikler ve planlama ile bu tür komplike olgularda etkili ve güvenli bir yaklaşımdır.

VS-55) ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK EKSTRAVEZİKAL VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI

ARAZ MUSAEV(1) ÖMER GÜLPINAR(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ

AMAÇ
Robot Yardımlı Laparoskopik Ekstravezikal yolla yapılan vezikovajinal fistül onarımı ameliyatımızı sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM
1 yıl önce açık TAH -BSO ameliyatı geçiren ve sonrasında VVF tanısı ile vajinal onarım ameliyatı geçiren 57 yaş kadın hasta nüks şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan FM'de vajen anterior duvarında fistül traktı izlendi. POP izlenmedi.
Hastaya tarafımızca sistoskopi yapıldı. Mesane tabanında fistül traktı izlendi. Bilateral üreter orifisleri intakt izlendi. Kılavuz tel üzerinden fistül traktına üreter kateteri gönderilerek vajenden dışarı alındı. Bilateral üreterlere üreter kateteri konuldu. Sistoskop çıkılarak hastaya 20 Fr. 3 yollu sonda konuldu. Üreter kateterlerinin serbest uçları sondaya sabitlendi. Takiben hastaya pozisyon verilerek robotik portlar sırasıyla girildi. Batın içindeki yapışıklıklar künt ve keskin disseke edilerek vajen cuff'ı ve mesane ortaya konuldu. Vajene bükülebilir ekartör yerleştirildi. Mesane steril SF ile doldurularak vajen ve mesane sınırı belirlendi. Künt ve keskin diseksiyon yardımıyla mesane ve vajen duvarı arasına girildi. Fistül traktı vizüalize edildi. Fistül traktı etraf dokulardan çepeçevre serbestleştirildi.. Mesane ve vajen duvarı birbirinden ayrıldıktan sonra fistül traktındaki üreter kateteri kılavuzluğunda mesane duvarı su sızdırmaz şekilde onarıldı. Mesaneye 100 ml steril SF verilerek kaçak olmadığı görüldü. Vajen duvarı onarıldı. Omentum interpose edilerek fistül traktının üzerine gelecek şekilde dikildi.

BULGULAR
Postoperatif 2.gün üreter kateterleri çekilerek hasta sondalı taburcu edildi. Postoperatif 30.gün hastanın sondası çekildi. Takipte nüks gelişmedi.

SONUÇ
Robot Yardımlı Laparoskopik Ekstravezikal Vezikovajinal fistül onarımı uygun hastalarda uygulanabilecek etkili cerrahi alternatif yöntemlerden biridir.

VS-56) ATNALI BÖBREKTE ÜRETERAL KATETER YARDIMLI SOL LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL PİYELOLİTOTOMİ

İLTÜRK ÖZDOĞAN(1) SERDAR TOKSÖZ(1) KEMAL GÜMÜŞ(1)

1. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu vakada atnalı böbrek laparoskopik piyelolitotomi cerrahisinde üreter kateteri kullanımı ve operasyona katkılarını tartışmayı amaçladık.

50 yaşında erkek hasta tetkiklerinde atnalı böbreklerde, sağ üreteropelvik bileşke darlığına bağlı hidronefroz ve sol renal pelvis taşı(40mm) saptandı. Üreter kateteri yardımlı sol laparoskopik transperitoneal piyelolitotomi ve farklı bir seansta üreter kateteri yardımlı sağ laparoskopik transperitoenal dismembered piyeloplasti operasyonları yapıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastaya litotomi pozisyonunda üreterorenoskop eşliğinde guidewire üzerinden 6F
üreter kateteri yerleştirildi. İşlem sırasında üreter kateterinin mea-mesane boynu arasındaki mesafe antegrad Double J Stent uygulaması sırasında kullanılmak üzere ölçü olarak alındı. Ardından üreter kateteri böbreğe kadar uzanacak şekilde yerleştirildi. Hasta laparoskopi işlemi için sol dekübit pozisyona alındı ve kateter steril alanda kalacak şekilde hazırlık yapıldı.

BULGULAR

İşlem öncesi yerleştirdiğimiz kateter disseksiyon sırasında ihtiyaç duyduğumuz noktalarda üreteri ve renal pelvisi tanımlama amacıyla serum fizyolojik ile hidrodistansiyon sağlamak için kullanıldı. Gerektiği durumlarda renal pelvisin distansiyonunu azaltarak gözlem yapma manevrası için de kullanıldı. Bu üriner sistem anatomisine rahatlıkla hakim olmayı ve güvenli cerrahi planlara ulaşmayı sağladı. Bu cerrahi prosedürün önemli landmarkı olarak üreter hızlıca tanımlanıp elevasyona alındı. Hidroditansiyon yardımıyla renal pelvis dissekisyonu güvenle yapıldı. Parankim sınırı rahatlıkla tespit edildi. Taş ekstraksiyonu sonrası ürter kateteri yardımıyla double J stent hızlıca yerleştirildi. Üreter kateterinin kademeli ölçülü çıkarılma manevrası sayesinde stentin distal ucu mesaneye yerleştiğinden emin olundu. Skopi ile kontrol ihtiyacı duyulmadığından zaman kaybı olmadı radyasyon maruziyetinden kaçınmış olduk.

İşlem süresi 95 dk
Kanama 30 cc
Hasta postop 72. Saatte taburcu edildi.

SONUÇ

Bizim uyguladığımız üreter kateteri yardımlı üriner sistem laparoskopik cerrahisiyle zaman
kaybı olmadığı gibi daha güvenli cerrahi ve daha az komplikasyon oranı ile başarılı bir şekilde operasyonlar gerçekleştirilebilmektedir. Literatürde bu yöntemi uyguladığını bildiren klinik henüz olmamıştır.

VS-57) ANTEGRAD YAKLAŞIMLA AÇIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE KONTİNÜ VEZİKOÜRETRAL ANASTOMOZ: ADIM ADIM CERRAHİ TEKNİK

EFE HANÇER(1) ALP AKYOL(1) BUĞRA YILDIZ(1) KASIM EMRE ERGÜN(1)
MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) ADNAN ŞİMŞİR(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Açık radikal prostatektomi, prostat kanserinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu prosedürün başarısı, cerrahi teknik ve üretrovezikal anastomozun kalitesi ile yakından ilişkilidir. Bildirinin amacı, antegrad yaklaşımla açık radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniğinin cerrahi prosedürünü sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamızda prostat kanseri tanısı almış ve cerrahi kararı verilmiş hastalarda antegrad yaklaşımla açık radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniği anlatılmıştır. Preoperatif hastaların tıbbi öyküleri alınmış, fizik muayeneleri yapılmış ve laboratuvar testleri tamamlanmıştır.

BULGULAR
Hastalar, genel anestezi altında klasik açık retropubik radikal prostatektomi pozisyonunda opere edilmiştir. Suprapubik bölgeden yapılan orta hat insizyon ile retropubik ekstraperitoneal alana girilmiştir. Endikasyonu olan hastalarda genişletilmiş pelvik LND uygulanmıştır. Endopelvik fasya insizyonu ve prostatın laterallerinin künt diseksiyon ile serbestlenmesi sonrası puboprostatik ligamanlar kesilmiş, ardından apeks ekartörü ile dorsal vasküler kompleks kontrol edilmiştir. Antegrad yaklaşımda insizyon sınırının belirlenmesinde foley sonda mesane boynuna çekilmiş veya puboprostatik ligamanların prostat kapsülü üzerinde birleştiği bölge kullanılmıştır. Manuel palpasyon, doğru insizyon yerinin belirlenmesinde avantaj sağlamaktadır. Foley sondanın palpe edilmesi ile diseksiyon iğne uçlu koter yardımıyla yapılmış ve uygun boyutta mesane boynu elde edildikten sonra mukoza açılarak foley sonda görülmüştür. Mesane boynu diseke edildikten sonra mesane ile prostat arasındaki plan posteriora doğru ilerletilmiş, bilateral vaz deferensler diseke edilip kesilmiş, ardından bilateral seminal veziküllerin diseksiyonu yapılmıştır. Seminal veziküller asılarak prostat ile rektum arasındaki plana girilmiş ve Denonvillier fasyası korunarak apekse doğru posterior diseksiyon gerçekleştirilmiştir. Prostat pedikülleri diseke edilip bağlandıktan sonra apekse doğru posterolateral diseksiyon yapılmış ve bilateral nörovasküler bundle korunmuştur. İnce bistüri yardımıyla üretra prostat apeksinden diseke edilerek yeterli fonksiyonel üretra uzunluğu sağlanmış ve üretra tabanına çift iğneli 3/0 PDS kullanılarak taban sütürleri yerleştirilmiştir. Apeksin ayrılması ve prostatın seminal veziküller ile çıkarılmasından sonra üretra tabanına yerleştirilen sütür kullanılarak kontinü vezikoüretral anastomoz yapılmıştır. Anastomozun su sızdırmaz ve gerilimsiz olmasına dikkat edilmiştir. Bu amaçla, kontinü sütür tekniği kullanılarak 3-0 monofilament emilebilir dikiş materyali ile anastomoz gerçekleştirilmiştir.

SONUÇ
Antegrad yaklaşım ile gerçekleştirilen açık radikal prostatektomi ve kontinü vezikoüretral anastomoz tekniği sayesinde, açık cerrahide de güvenli NVB diseksiyonu ve üretrovezikal anastomoz yapılabileceğini, ayrıca yüksek riskli ve lokal ileri kanseri olan hastalarda diseksiyon kolaylığı sağlayarak rektal yaralanma riskinin azaltılabileceğini düşünmekteyiz. Bu cerrahi teknik, anastomoz bölgesinde darlık oluşumunu minimalize ederek hastaların postoperatif dönemdeki yaşam kalitesini arttırabilir. Dolayısıyla, bu cerrahi teknik, prostat kanseri cerrahisinde güvenle kullanılabilecek etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir.

VS-58) FOKAL TEDAVİLER SONRASI YAPILAN SALVAGE ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ ZOR MU? HIFU SONRASI ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ OLGUSU.

MUHAMMET YAYTOKGİL(1) OSMAN GÜCÜK(1) ADNAN ŞİMŞİR(2)

1. ÖZEL EKOL HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ AB

AMAÇ

Fokal terapi lokalize orta riskli prostat kanseri olgularında uygulanan bir tedavi seçeneğidir. Kabul edilebilir yan etkileri nedeniyle tercih edilen fokal tedaviler sonrası lokal rekürrenslerin görülmesiyle ilgli literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Biz de HIFU tedavisi sonrası rekürrensi olan olgumuzda HIFU tedavisinin robotik radikal prostatektomiye etkisini göstermek istedik.

GEREÇ-YÖNTEM

56 yaşında olan hastamıza 2019 yılında PSA değeri 5,2 olması üzerine biyopside isup gr-1 tespit edilip aktif izleme alınmış. 2022 de PSA 5,8 iken biyopsi yapılmadan HIFU yapılmış. Şubat 2024 de PSA değeri 8,1 olması üzerine MP-MR çekilmiş MR da sağ ve sol periferik zonlarda solda 12mm sağda 13mm pirads 4 lezyon saptanmış ve mr-füzyon biyopsi yapılmış. Sonuçta isup gr-2 olarak rapor edilince radikal prostatektomi kararı alındı.

BULGULAR

Hastaya Nisan 2014 de Robotik Radikal Prostatektomi ve BELND yapıldı. Op süresi: 2saat 40 dakika konsol süresi 1 saat 42 dakika. Kanama 200 cc Hb/Htc 15,1/42,9 giriş, perop 14,2/38,1. Po2. Gün dren alındı po 7 de sonda alındı. Preop orta ED postop şiddetli ED, inkontinans yok.
Patoloji: ISUP gr 3 sağ+sol lob+, sağda %10, solda %15, lenf nodları negatif.gl 4 paterni %60

SONUÇ

Prostat kanseri tedavisinde henüz standart tedavi seçenekleri arasına girmese de fokal tedaviler sınırlı yan etkileri nedeniyle seçilmiş hasta grubunda uygulanabilmektedir. Fokal tedavi sonrasında yapılan cerrahilerde, komşu organ yapışıklıkları gibi nedenlerle komplikasyon ya da teknikde zorlanmalar görülebilmektedir.

VS-59) PENİL OGMENTASYON ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ: OLGU SUNUMU

HİLMİ SARI(1) ABDUL SAMET ERKARTAL(1) BERK YASİN EKENCİ(1)
HÜSEYİN MERT DURAK(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üretral darlıklar , genellikle başarısız hipospadias onarımı , liken skleroz , travma/kataterizasyon, enfeksiyon veya idiyopatik nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir. Darlık gelişen hastalarda retrograd üretrografi, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, sistoskopi gibi görüntüleme yöntemleri yapılarak darlık segmenti ve derecesi tespit edilir. Üretral darlık durumunda uygulanacak tedavi hasta özelinde seçilmelidir. Uygulanması planlanan cerrahi tekniğe karar verirken günümüzde darlığın özellikleri dikkate alınmakta, hasta odaklı düşünülmekte ve cerrahın deneyimi ve tercihi göz önünde tutulmaktadır. Üretra darlıklarında darlık uzunluğu 1 cm den kısaysa ön planda internal üretrotomi denenebilir. Ancak penil üretra darlıkları kompleks darlıklardır. Penil üretrada uygulanacak üretrotomi interna korpus kavernozum yaralanması gibi komplikasyonlar ile sonuçlanabilir. Bu sebeple penil üretra darlıklarına altın standart tedavi üretroplastidir. Biz penil üretra darlığı olan hastamıza bukkal mukozal greftli augmentasyon üretroplasti olgumuzu sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

BULGULAR

68 yaşında erkek hasta mesane tümörü nedeniyle takip ediliyor. En yüksek patolojisi T1G3 olarak raporlanmış. Yaklaşık 1 yıl önce üretral darlık nedeniyle 1 kez internal üretrotomi öyküsü mevcut. Son olarak Kasım 2023 tarihinde TUR-M öyküsü mevcut ve patolojisi TaG1 olarak raprolanmış. Hasta bu süreçte ek tedavi almamış. Hasta son TUR-M sonrası başlayan idrar yapmakta zorlanma ve dizüri tarifliyor. Hastaya yapılan üroflowmetri sonucunda Qmax değeri 4,7 mL/sn olarak görüldü ve üretral darlık işeme paterni izlendi. Yapılan retrograd üretrografi görüntülemede penil üretrada yaklaşık 5. cm itibariyle başlayan 3 cm uzunluğunda dar segment görüldü. Fleksible sistoskopide 5. cmde sistoskop geçişine izin vermeyen darlık izlendi. Dar segment uzunluğu ve yeri değerlendirilerek üretroplasti planlandı.
Öncelikle 7,5 f semirijid renoskop ile meadan girildi. Üretra 5. cm kuşgözü darlık izlendi. Renoskop ile dar segment geçildi. Mesaneye ulaşıldı. Mesanede aktif tümör izlenmedi. Üretroplasti kararı alındı. Litotomi pozisyonda perineal insizyon ile katlar anatomik planda inildi. Üretra bulundu ve askıya alındı. Diseksiyonlar ile dar segmente ulaşıldı. Penis deglove edildi ve diseksiyonlar derinleştirildi. 4 cm uzunluğunda dar segment olduğu görüldü. Üretra dorsalden açıdı. Dar segmenttin proksimali ve distalinde üretra kalibrasyonun yeterli olduğu görüldü. 1 cm segmentin oldukça dar olduğu görüldü. Bu segment çıkarıldı ve üretra bu seviyede anastomoz yapıldı. Ardından sol yanak iç yüzünden sol stenon kanalı korunarak 4x 2 cm bukkal mukozal greft alındı. Greft dorsalde korpus kavernozum üzerine 4/0 vicryl ile tespit edildi. 18 f foley kalıcı sonda yerleştirildi. Üretra bukkal mukoza ile augmented anastomoz yapıldı. Jackson pratt dren yerleştirildi. Post op 3. Gün hastanın dreni çekildi. 28. Gün sonda çekildi. Hastanın sonda çekilmesi sonrası işeme semptomu olmadığı öğrenildi. Üroflowmetride Qmax 27 mL/sn ölçüldü.

SONUÇ

Penil üretra darıkları kompleks darlıklardır. Tedavi planlanırken dar segment yeri ve uzunluğu göz önüne alınmalıdır ve hasta özelinde tedavi kararı verilmelidir. Bukkal mukozal greftli üretroplasti penil darlıklarda güvenli ve başarılı şekilde uygulanabilir.

VS-60) RADİKAL NEFREKTOMİ VE VENA KAVA TÜMÖR TROMBEKTOMİSİ: TORAKOABDOMİNAL EKSTRAPERİTONEAL EKSTRAPLEVRAL YÖNTEM

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1) ELİF PATAN(2)

1. RUMELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Böbrekte kitle ile başvuran hastaların %4-10'unda majör venöz sisteme progresyon gösteren tümör trombüsü tespit edilmektedir. Bu videoda ekstraplevral, ekstraperitoneal açık radikal nefrektomi ve kaval tümör trombektomi tekniği sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

1996-2024 yılları arasında böbrekte kitlesi olan ve trombüsü vena kavaya kadar uzanan 32 hasta ameliyat edildi. Evre 1, 2, 3 ve 4 trombüslü hasta sayısı sırasıyla 5, 9, 3 ve 1 idi. Tüm hastalara, yan ve ilk yardım pozisyonundaki 9-10 veya 11 numaralı kaburgaların çıkarılmasıyla ekstraperitoneal, ekstraplevral torakoabdominal radikal nefrektomi ve tümör trombektomisi uygulandı. Böbreğin çevre dokulardan diseksiyonu sağlandıktan sonra öncelikle renal arter kontrol edildi ve daha sonra dikildi. Renal ven ve vena kava diseke edildikten sonra evre 1 trombusta Satinsky klemp ile lateral kaval klemp uygulandı. Evre 2, 3, 4 trombüslü 14 hastada sırasıyla proksimal vena kava, kontralateral renal ven ve distal vena kava Bulldog veya Satinsky kros klemplerle klemplendi ve trombüs kavatomi ile çıkarıldı. Bir vakada, atriyuma uzanan trombüsün tespit edilmesi üzerine tümör trombüsü parmakla çıkarıldı. Sol böbrek tümörlü 4 hastada aorta ve vena kavanın daha iyi görülebilmesi için rektus kası kesilip periton mediale taşınarak işleme retroperitoneal olarak devam edildi. Vena kava öncelikle onarıldı. Plevra yaralanması toraks tüpüne gerek kalmadan diyafram kası ile birlikte dikildi. Operasyon süresi, kan kaybı miktarı, preoperatif ve postoperatif kreatinin değerleri, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve tümörün nüksü kaydedildi.

BULGULAR

Ortalama operasyon süresi 130 dakika idi. Ortalama kan kaybı 1700 cc (dağılım; 500-3000 cc) idi. Ortalama hastanede kalış süresi 6 gün (dağılım; 2-10 gün) idi. Medikal tedavi ile tedavi edilen 3 hastada postoperatif paralitik ileus gözlendi. Ortalama takip süresi 26 (dağılım; 10-54) ay olup, 2 yıllık takipte 4 hastada uzak metastaz görüldü.

SONUÇ

Yüksek torakoabdominal ekstraplevral-ekstraperitoneal yaklaşım, renal kitle ve kaval trombüsü olan hastalarda vena kava, aort ve diğer damarların tam kontrolünü sağlar. Bu yaklaşım operasyonun olası morbiditesini azaltır.

VS-61) İATROJENİK ÜRETER YARALANMASI SONRASI İNDOSİYANİN YEŞİLİ YARDIMLI LAPAROSKOPİK ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ

ORÇUN BURAK KARADAĞ(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) HİLMİ SARI(1)
KUBİLAY SARIKAYA(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üreter yaralanmaları nadirdir (%1), ancak jinekolojik ve abdominal cerrahilerde %75-80 oranında iatrojenik olarak meydana gelir. Erken teşhis ve tedavi edilmezse ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Üreteral yaralanmalar kontinans cerrahilerinde (%1,2-3), laparoskopik histerektomide (%0,2-6) ve kolorektal cerrahilerde (%0,15-10) daha sık görülür. Bu yaralanmalar sütür, klempleme, termal hasar veya iskemi ile oluşabilir. Laparoskopik üreteroneosistostomi (UNC) gibi minimal invaziv cerrahiler etkilidir ancak doku manipülasyonu iskemiye neden olabilir. İndosiyanin yeşili (ICG) floresan boya, yakın kızılötesi ışıkla üreterin gerçek zamanlı tanımlanmasını sağlar. Bu makalede, laparoskopik histerektomi sonrası üreter yaralanması olan bir hastada ICG ile yapılan laparoskopik UNC olgusu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

46 yaşında kadın hasta, endometrioid atipik hiperplazi nedeniyle bir yıl önce laparoskopik histerektomi geçirmiştir. Hipertansiyon dışında ek hastalığı olmayan hastada, histerektomiden 9 ay sonra solda grade 3 hidroüreteronefroz (HUN) tespit edildi. Fizik muayene ve kan değerleri normaldi. Kontrastlı BT ürografi sol üreterin distal kısmına kadar dilate olup, over seviyesinde ani sonlandığını gösterdi. Sol nefrostomi takılarak yapılan antegrad piyelografi, distal üretere kadar opak madde geçişini gösterdi, ancak mesaneye geçiş olmadı. Sistoskopide sol üreter orifisinden jet akım görülmedi. Hastaya laparoskopik sol üreteroneosistostomi (UNC) planlandı. Genel anestezi altında, düşük litotomi ve hafif trendelenburg pozisyonunda beş port yerleştirildi. Batın içindeki adezyonlar diseke edilip kolon medialize edildi. Nefrostomiden verilen ICG ile üreter trasesi belirlendi. Üreterin overin hemen inferiorunda devamlılığının olmadığı görüldü, fibrotik kısım eksize edilip üreter spatülize edilerek mesaneye double J kateter yerleştirildi. Lich-Gregoir tekniği ile üreter mesaneye anastomoz edildi. Kaçak kontrolü yapılıp operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hastanın dren ve nefrostomi kateterleri çekilerek taburcu edildi

BULGULAR

Jinekolojik ameliyatların %0,1-2,5'inde üreteral yaralanmalar görülür. Minimal invaziv prosedürlerin artışıyla bu yaralanmalar da artmıştır. Ürolojik olmayan cerrahilerde yaralanmalar genellikle postoperatif fark edilirken, ürolojik cerrahilerde genelde intraoperatif tespit edilir. Laparoskopik histerektomi sonrası üreteral yaralanma oranı %0,5-14 olup, genellikle distal üreterde meydana gelir. Cerrahi sırasında diüretik kullanımı veya preoperatif üreteral kateterizasyon önerilir. Olgumuzda, laparoskopik histerektomi sırasında sol distal üreterin ligasyonu yapılmış ancak intraoperatif fark edilmemiştir. Üreteral yaralanmaların tanısında kontrastlı BT ürografi tercih edilmelidir. Tanıda kontrast madde ekstravazasyonu önemlidir, ancak bu olguda ligasyon nedeniyle izlenmemiştir. Antegrad piyelografi ile tanı netleşmiş ve rekonstrüksiyon yapılmıştır. ICG, intraoperatif kullanıma uygun bir kontrast ajanıdır ve doku tanımlaması ve perfüzyon değerlendirmesi için kullanılır. ICG, üreter ve hasarlı dokunun hızlı ve güvenli şekilde belirlenmesini sağlamış ve vaka güvenli ve hızlı ilerlemiştir.

SONUÇ

İntraüreteral ICG enjeksiyonu ve yakın kızılötesi ışık, üreterin hızlı ve doğru bir şekilde tanımlanmasına yardımcı olur, böylece üst idrar yolu rekonstrüksiyonlarına katkıda bulunur. Teknik güvenli, gerçekleştirilmesi kolay ve tekrarlanabilirdir.

VS-62) MİKST GERM HÜCRELİ TESTİS TÜMÖRÜNDE KEMOTERAPİ SONRASI LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

ÖMER ONUR TANTEKİN(1) ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1) İBRAHİM HALİL BALOGLU(1) TANER HACIOSMANOGLU(1)

1. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

AMAÇ
Kemoterapi (KT) sonrası retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu(RPLND) ileri evre testis tümörlerinde sağkalım sonuçlarına çok büyük katkıda bulunan ancak cerrahi teknik açısından üro-onkoloji alanındaki zorlu cerrahilerden birisidir. Bu olguda mikst germ hücreli testis tümöre sekonder gelişen, sisplatin bazlı KT rağmen progresyon gösteren retroperitoneal lenf nodunun laparoskopik diseksiyonunun zorlu aşamalarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
31 yaşında erkek hasta sol hemiskrotumda büyüme ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede sol testiste ağrısız sert kitle saptandı. Bilinen ek hastalık ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Skrotal renkli doppler ultrasonografide; yaklaşık 87x63x50 mm boyutlu, çoğunluğu solid olan, mikst ekoik kitle lezyonu saptandı. Serum tümör belirteçleri ß-HCG:20.18U/L, LDH:250U/L, AFP:32.5µg/l olduğu görüldü. Preoperatif çekilen kontrastlı toraks ve tüm batın bilgisayarlı tomografisinde(BT) özellik saptanmadı. Sol radikal orşiektomi yapıldı. Patolojisi: Mikst Germ Hücreli tümör (teratom:%85,yolk sac tümörü %10,seminom,intertübüler tip%5) cerrahi sınır negatif, şeklinde raporlandı. Tıbbi onkolojide 3 kür KT (etoposid ve sisplatin) aldı. KT sonrası yapılan Pet CT: İliak bifurkasyon superioru düzeyinde sol paraaortik alanda yaklaşık 18 mm. çaplı lenf nodunda yoğun artmış FDG tutulumu(SUVmax:8.35) saptandı. Takiplerinde serum tümör belirteçlerinde yükselme görülmedi. Takip kontrastlı torakoabdominal BT lenfadenopati kitlesinde belirgin boyutsal progresyon izlendi, en geniş yerinde 36x31 mm boyutunda heterojen lobule konturlu lenfadenopati kitlesi saptandı. Bunun üzerine laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu planlandı. Abdominal aortanın lateralinde, üreter proksimalinin medialinde, böbrek alt pol seviyesinde; abdominal aortaya ve psoas kasına oldukça yapışık yaklaşık 4 cm lenf nodu diseke edildi. Loja 1 adet Jackson-Pratt dren konuldu.

BULGULAR
Operasyon sırasında ve postoperatif takibinde kan replasman gereksinimi olmadı. Post-op 3. gün dren alındı ve post-op 5.gün taburcu edildi. Patoloji mikst germ hücreli tümör metastazı olarak raporlandı.

SONUÇ
Sisplatin tabanlı etkin KT ve iyi teknikle uygulanan RPLND ile testis kanserlerinde genel sağkalım oranları %90'ların üzerine ulaşmıştır, Bununla birlikte Laparoskopik RPLND, açık RPLND ile ilişkili morbiditeyi azaltmak için geliştirilmiştir, ancak olası komplikasyonlar nedeniyle deneyim gerektiren teknik açıdan zorlu bir prosedürdür.

VS-63) EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK SOL ADRENALEKTOMİ VE SOL ÜRETERE KOMŞU RETROPERİTONEAL KİSTİK KİTLE EKSİZYONU ; OLGU SUNUMU

EMRE HEPŞEN(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) TARIK KÜÇÜK(1)
AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

1992 yılında Gagner tarafından ilk kez tanımlandığından beri laparoskopik adrenalektomi (LA), adrenal lezyonların tedavisinde standart yöntem haline gelmiştir (1).Geleneksel transperitoneal yaklaşımla gerçekleştirilen LA'nın olumlu sonuçlarına dayanarak, posterior retroperitoneoskopik adrenalektomi veya robotik adrenalektomi gibi diğer cerrahi teknikler de geliştirilmiştir (2,3). Ayrıca transperitoneal yaklaşımlı LA'da eş zamanlı olarak intraperitoneal veya retroperitoneal patolojilerin de cerrahisi yapılabilmektedir. Öte yandan retroperitoneal kistik kitleler klinisyenler için teşhisi ve yönetimi zor olan nadir patolojilerdir(4).Bu olgu sunumunda transperitoneal yöntemle laparoskopik adrenalektomi ile eş zamanlı yapılan retroperitoneal kitle eksizyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Sunacağımız olgu sunumunda transperitoneal yöntemle laparoskopik adrenalektomi ile eş zamanlı yapılan retroperitoneal kitle eksizyonu olgusunu tartışmayı amaçladık

BULGULAR

52 yaşında kadın hasta, çarpıntı ve baş ağrısı şikayeti ile iç hastalıkları polikliniğe başvuruyor ve hipertansiyon(HT) tanısı konulup, HT nedeniyle araştırılırken sol adrenal glandda adenom ve proksimal üreter seviyesinde retroperitoneal kistik bir kitle görülmesi üzerine tarafımıza konsülte ediliyor. Fizik muayenesi doğal olan hastanın kan labarotuvar tetkiklerinde ve idrar tetkikinde herhangi bir patoloji saptanmadı. HT ve astım dışında ek hastalığı olmayan hastanın özgeçmişinde sistosel nedeniyle opere olduğu ve başka operasyon geçirmediği görüldü. Hastaya tarafımızca transperitoneal yaklaşımla sol adrenalektomi ve sol retroperitoneal kitle eksizyonu planlandı. Öncelikle retroperitoneal kitlenin sol üretere oldukça yakın olması nedeniyle laparoskopik giriş öncesi hastaya sistoskopi ile sol DJ katater yerleştirildi. 4 adet laparoskopi portu yerleştirildikten sonra hastaya öncelikle sol adrenalektomi ardından sol reroperitoneal kitle eksizyonu uygulandı. Operasyon esnasında sol üreterde herhangi bir travma olmaması nedeniyle DJ stent vaka bitiminde endoskopik olarak çıkartıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hastanın postop 4.günde dreni çekildi, Adisson protokolünün tamamlanmasının ardından postop 7.günde hasta taburcu edildi. Adrenal gland patolojisi adrenokortikal adenom olarak raporlanan hastanın, retroperitoneal kitlesinin de patolojik olarak benign ve kistik özellikte olduğu görüldü.

SONUÇ

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda açık teknikle karşılaştırıldığında, LA daha iyi klinik sonuçlar, düşük cerrahi travma, daha düşük perioperatif morbidite ve mortalite, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuçları olduğu gösterilmiştir (5). Öte yandan retroperitoneal kistik kitleler nadir görülen ve genellikle başka nedenlerle yapılan görüntülemeler esnasında insidental olarak saptanan lezyonlardır. Retroperitoneal anatomi gözönüne alındığı zaman özellikle tanısal yöntemler ultrason eşliğinde drenaj ve cerrahi eksizyondur (6). Olgumuzdaki gibi adrenal adenom benzeri başka patolojilerin eşlik etmesi durumunda laparoskopik eksizyon önerilebilir.

VS-64) ENDOFİTİK BÖBREK KİTLESİ OLAN HASTADA ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE YAPILAN LAPARASKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

UĞUR AKGÜN(1) RIDVAN ÖZCAN(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Böbrek kanserinde en önemli tedavilerden birisi laparoskopik parsiyel nefrektomidir. Bu ameliyat açık,laparaskopik veya robotik olarak gerçekleştirilebilir. Parsiyel kitlelerde bazı endoskopik küçük kitlelerde ultrasonografi gerekliliği vardır. Nefron koruyucu cerrahi açısından ultrasonografi olmadığında açık cerrahi gerekliliği doğabilir. Bazı vakalarda ultrasonografi, rektal prob ile kullanılarak kitlenin yerini saptamada yardımcı araç olarak kullanılabilir. Kitlenin endofitik yerleşimli olması cerrahi sınırları belirlemekte zorlaştırıcı bir etken olup bu vakada cerrahi sınırları belirlemek için ultrasonografiden yardım alınarak yapılan laparoskopik parsiyel nefrektomiyi anlatmaya çalıştık

GEREÇ-YÖNTEM

Genel anestezi altında sağ lateral dekübitis pozisyonunda veres iğnesi ile yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 4 adet port konularak batına girildi. Sol üreter bulundu ve kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Kitle olduğu düşünülen yer keskin ve künt disseksiyonlarla belirlenmeye çalışıldı ancak kitle net olarak ayırt edilemedi bunun üzerine ultrasonografi yardımı alınması planlandı. Batın portundan rektal prob geçirilerek kitlenin sınırları ultrasonografi eşliğinde belirlendi. Renal artere bulldog klemp konularak, kitle yeterli parankim parçası ile çıkarıldı. Geri kalan açıklık süturize edildi. Bulldog klemp çıkarılarak kanama olmadığı izlendi. Kanama kontrolü sonrası loja 1 adet dren konuldu. Organ çıkarma torbası ile kitle dışarı alındı. Kanama kontrolü sonrası katlar usüle uygun olarak kapatılarak vakaya son verildi.

BULGULAR

58 yaşında hasta, dış merkezden tetkiklerinde böbrekte kitle şüphesi olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastaya laparaskopik parsiyel nefrektomi kararı alınarak vakaya hazırlandı.

SONUÇ

Endofitik böbrek kitlelerinde ultrason yardımlı laparoskopik parsiyel nefrektomi de önemli cerrahi seçenekler arasındadır. Vakada alınan kitlenin patoloji sonucu cerrahi sınırları intakt olan 1,5cm çapında tümörle uyumlu Clear Cell RCC olarak raporlanmıştır.

VS-65) BAŞARISIZ RIRS VE PCNL ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA ECIRS OLGUSU

CAN SİNİRSİZ(1) MEHMED EMİN KAYACAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ,ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

AMAÇ
Perkütan nefrolitotomi büyük ve kompleks taşlarda başarılı bir tedavi yöntemidir. Endoürolojik enstrümantasyonların gelişimi ile taş operasyonlarının başarı şansı giderek artmaktadır. ECIRS (Endoskopik Combined Intrarenal Surgery) da bu hedef doğrultusunda geliştirilen, modifiye supin pozisyonda PCNL ile fURS yönteminin kombine edildiği bir cerrahi yöntemdir. Biz daha önce başarısız PCNL ve RIRS öyküsü olan hastada gerçekleştirdiğimiz ECIRS olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
33 yaş erkek hasta, 2021 yılında sol prone perkütan nefrolitotomi öyküsü mevcut olan hastaya 2022 yılında da iki kez sol RIRS uygulanmış. Rezidü taş ve sol yan ağrısı nedeniyle Aralık 2023'de tarafımıza başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde sol renal pelviste 2,5 cm ve alt polde en büyüğü 2 cm'lik multipl taşlar saptandı. Hastaya sol ECIRS yapılması kararı verildi.

BULGULAR
Hastaya Galdakao Modifiye Valdivia pozisyonu verildi ve akses için güvenli bölge işaretlemesi yapıldı. 22 Fr sistoskop yardımıyla sol üreter orifisinden kılavuz tel gönderildi. Kılavuz tel üzerinden 11 Fr üreteral akses kılıfı sol renal pelvise kadar ilerletildi. Ardından fURS akses kılıfı içerisinden böbreğe gönderildi. Sol renal pelvisteki ve alt poldeki taşlar izlendi. Kaliks boyunları dar olarak izlendi. Taşlar lazer litotriptör yardımıyla fragmante edildi. Ardından akses kılıfı içerisinden kontrast madde verilerek perkütan akses için uygun kaliks belirlendi. Sol böbrek alt polden akses yapıldı ve trakt 24 Fr'e kadar metal dilatatör yardımıyla dilate edildi. İlk olarak alt poldeki taşlar taş forcepsi yardımıyla toplandı. fURS basket kateteri yardımıyla renal pelvisteki fragmente edilen taşlar nefroskopa doğru getirildi ve taş forcepsi yardımıyla taşlar dışarı alındı. Ardından nefroskop ve fURS ile kaliksler vizüelize edildi ve taşsızlık doğrulandı. Hastaya 6 Fr 28 cm JJ stent takılarak operasyona son verildi. Tam taşsızlık sağlanan hastada operasyon süresi 60 dakika ve skopi süresi 20 saniye olarak kaydedildi. Postoperatif 1. gün sondası çıkarılan hastanın rejimi açıldı ve mobilizasyonuna başlandı. Postoperatif 2. gün takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Postoperatif 2. ayında hastanın JJ stenti çıkarıldı.

SONUÇ
ECIRS böbrek taşları için güvenli ve efektif bir yöntemdir. Özellikle kompleks böbrek taşlarının cerrahi yönetimi için uygun bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Deneyimli merkez ve ekiplerce endoürolojik cerrahide sıkça tercih edilen bir yöntem haline geleceğini düşünmekteyiz.

VS-66) BÖBREKTE 7 CM KİTLESİ OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYONU

ONUR SERİN (1) ÖZGÜR EKİCİ(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Böbrekte böbrek orta zonda 7.5x6 cm çaplı böbrek ile ara bağlantısı net ayırt edilemeyen kistik nekrotik alanlar içeren kitle olan hasta ekziyon planlandı.Bu video sunumunda laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

51 yaş kadın hasta 1.5 aydır devam eden şiddetli sağ yan ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.Çekilen tomografisinde sağ böbrek orta zonda 7.5x6 cm çaplı böbrek ile ara bağlantısı net ayırt edilemeyen kistik nekrotik alanlar içeren görünüm izlendi.(RCC?) Girişimsel radyoloji görüşü alındı.girişimsel radyoloji tarafından Sağ böbrek posteriorunda kontrastlanan kalın septaları bulunan içine kanamış komplike tip 3 kist mevcuttur , eksizyon önerilir şeklinde görüş alındı. Hastaya laparoskopik eksizyon planlandı

BULGULAR

Sağ yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben veres iğnesi ile batına girildi. Yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 4 adet port batına kondu. Sağ üreter bulundu, kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Renal artere buldog klemp konarak, sağ böbrek orta-üst pol posteriordaki 7x6 cm'lik kitlenin böbrek parankimi ile çok az bağlantısı olduğu gözlendi,kistik kitle kapsülüyle beraber çıkarıldı.Yeterli parankim parçası ile kistik kitle çıkarılıp geri kalan açıklık 2/0 v-lock sütürlerle dikildi. Buldog klemp alınarak kanama olmadığı görüldü. Loja 1 adet nelaton dren kondu. Organ çıkarma torbası ile kitle vücut dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun olarak kapatıldı. (sıcak iskemi süresi 19dk)

SONUÇ

Retroperitoneal olduğu düşünülen kitlelerin böbrekle bağlantısının olabileceği düşünülmeli ve parsiyel nefrektomi olma ihtimali akla gelmelidir.

VS-67) YÜKSEK PROSTAT VOLÜMÜ VE MESANE TAŞLARI OLAN PROSTAT KANSERLİ OLGUDA LAPARASKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE EŞ ZAMANLI PERKUTAN MESANE TAŞI OPERASYONU

VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) ÖMER YERLİKAYA(1) İLYAS YILMAZ(1) NİYAZİ SERHAT YOLAY(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Protat kanserinde en önemli tedavilerden birisi radikal prostatektomidir. Bu ameliyat açık,laparaskopik veya robotik olarak gerçekleştirilebilir.Onkolojik sonuçlar açısından bu tekniklerin birbirine pek üstünlüğü yoktur. Büyük prostat volümü ve mesane taşları bu ameliyatı zorlaştıran faktörlerden bazılarıdır. Biz de bu video sunumumuzda 200 gram prostat volümü ve mesane taşları olan g3+3 prostat kanserli hastanın ameliyat tekniğini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Genel anestezi altında tradelenburg pozisyonunda 5 port konarak batına girildi. Periton öncelikle prostat büyük olduğu için vas deferensler takip edilerek posteriordan açıldı.seminal veziküller bulundu ve asıldı.prostat apexe kadar serbestlendi.endoplevik fasyalar açıldı.Puboprostatik ligaman ve dorsal venöz kompleks kesildi. Mesane boynu ortaya kondu. üretra kesisini takiben prostat eksize edildi. Mesane boynundan girilerek.mesane taşları alınmaya çalışıldı. Açıdan dolayı mesane içine ulaşılamadı. Suprapubik bölgeden bir adet 30 f e kadar dilatasyon yapılarak axess yapılarak kılıf yerleştirildi.nefroskop yardımıyla girilerek mesane taşları mesane boynundan girilerek forseps yardımıyla toplandı.anastomoz sütunları atıldı.anastomoz kontrolü yapılarak işlem komplikasyonsuz tamamlandı.
Postop 3 te dren çekilerek hasta sondalı taburcu edildi.

BULGULAR
66 yaşında erkek hasta dış merkezden psa yüksekliği ile başvurdu.Bilinen hipertansiyon ve bph tanıları var. Tamsulosin kullanıyor.prosta volümü 200 gramdı. 2015 te psa sı 15 iken yeni psa 46 olan tuşesi grade 2 sert hastaya trus bx planlandı.idrar kültürü temizdi ve antikoaglan kullanmıyordu. Biyopi patolojisi g3+3 1/12 tümör yüzdesi %30 gelen hastanın psma pet te tm lokalize gelince radikal prostatektomi planlandı.

SONUÇ
Büyük prostat volümü ve mesane taşları olan hastalarda da laparskopik radikal prostatektomi güvenilir şekilde uygulanabilir. Eş zamanlı Mesane taşlarına laparaskopik olarak ulaşmanın güç olduğu hastalarda perkutan yolla batına girilerek mesane boynundan taşlar güvenle alınabilir.

VS-68) SOL BÖBREKTE ÇİFT TOPLAYICI SİSTEMİ OLAN NON FOKSİYONE SİSTEMİN VAJENE AÇILDIĞI OLGUDA LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ

ERHAN SARI(1) ERGİN KALKAN(1) GÜNGÖR ARIÇ(1) MEHMET AKİF ER(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Böbrekte çift toplayıcı sistem genellikle yan ağrısı gibi daha tipik şikayetlerle karşımıza çıkmaktadır ama bu vakada olduğu gibi devamlı inkontinansı olan bir hastada ektopik üreter varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır.Biz bu vakada böbrek çift toplayıcı sistemlerden birinin vajene açıldığı sol laparoskopik heminefrektomi vakasını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Damlama şeklinde sürekli idrar kaçırma şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastaya yapılan diagnostik sistoskopi ve vajinal muayenede vajene açılan üreter orifisi saptandı.Çekilen kontrastsız tüm batın tomografisinde kistik kitle lezyonu saptandı.Hastaya Laparoskopik eksplorasyon planlandı

BULGULAR

Operasyon 2 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon medialize edilip nonfoksiyone üreter ve vakanın başında urs yapılarak 6f dj stent yerleştirilen sağlam üreter bulunduktan sonra üreterler takip edilerek sol renal pediküle ulaşıldı. Renal arter ve renal ven bulunarak serbestlendi. Djs takılmayan üreter çevre dokulardan disseke edildi.Dj stent olmayan üreter klip konulup kesildikten sonra renal pedikül altından geçirilerek, çevre dokulardan serbestlendi. Non fonksiyone sistem sağlam böbrek parankiminden ayrılarak eksize edildi. . Tomografide saptanan kistik kitle böbrek parankiminde tespit edildi.Sağlam böbrek parankiminden enerji cihazı ile eksize edildi.Materyal organ torbasıyla dışarı alındıktan sonra loja dren yerleştirilerek işleme son verildi. . Operasyon esnasında ve operasyon sonrası komplikasyon gözlenmedi.Operasyon sonrası kistik kitlenin patolojisi kronik interstiyel inflamasyon olarak değerlendirildi.Hastanın yaşam boyu inkontinansı operasyon sonrası düzeldi.

SONUÇ

Devamlı inkontinansı olan genç kadın hastalarda ektopik üreter orifisinin ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken olası patolojilerden biri olduğu unutulmamalıdır..Heminefrektomiden önce diagnostik sistoskopi ve urs ile değerlendirmek gerekir. Çift toplayıcı sistemi olan non fonksiyone segmentli böbrekte heminefrektomi operasyonunu etkin ve güvenilir bir minimal invaziv yöntemdir.

VS-69) EKTOPİK BÖBREKLİ HASTADA LAPAROSKOPİK PİYELOLİTOTOMİ OLGUSU

SÜMEYYE TERZİ(1) KAAN DEMİRDÖVEN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Tekrarlayan taş düşürme öyküsü olan, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol ektopik yerleşimli böbrekte taş saptanan hastada laparoskopik piyelolitotomi yaptığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

58 yaş kadın hasta, tekrarlayan üriner sistem taş düşürme öyküsü olan hastanın karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol böbrek, pelviste aynı tarafta ektopik yerleşimli olup renal pelvisi içinde 28x17 mm boyutunda taş saptandı.

Hastaya low litotomi pozisyonunda transperitoneal laparoskopik piyelolitotomi yapıldı. Ameliyat 150 dakika sürdü. Ameliyat sonrası kanama ve komplikasyon gözlenmedi. Post operatif 1. gününde mobilize edildi ve rejimi açıldı. Komplikasyon gözlenmeyen hastanın post operatif 7. gün sondası ve dreni çekilerek taburcu edildi. Post operatif 3. ayda DJ stenti çekildi.

Ektopik yerleşimli böbrekte taş olgularında laparoskopik piyelototomi güvenle uygulanabilecek minimal invaziv bir yöntemdir.

GEREÇ-YÖNTEM

OLGU

BULGULAR

OLGU

SONUÇ

Tekrarlayan taş düşürme öyküsü olan, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol ektopik yerleşimli böbrekte taş saptanan hastada laparoskopik piyelolitotomi yaptığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

58 yaş kadın hasta, tekrarlayan üriner sistem taş düşürme öyküsü olan hastanın karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol böbrek, pelviste aynı tarafta ektopik yerleşimli olup renal pelvisi içinde 28x17 mm boyutunda taş saptandı.

Hastaya low litotomi pozisyonunda transperitoneal laparoskopik piyelolitotomi yapıldı. Ameliyat 150 dakika sürdü. Ameliyat sonrası kanama ve komplikasyon gözlenmedi. Post operatif 1. gününde mobilize edildi ve rejimi açıldı. Komplikasyon gözlenmeyen hastanın post operatif 7. gün sondası ve dreni çekilerek taburcu edildi. Post operatif 3. ayda DJ stenti çekildi.

Ektopik yerleşimli böbrekte taş olgularında laparoskopik piyelototomi güvenle uygulanabilecek minimal invaziv bir yöntemdir.

VS-70) ÇİFT TOPLAYICI SİSTEMİ OLAN SOL BÖBREKTE NONFONKSİYONE ÜST POLE UYGULANAN TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ

SİNAN AVCI(1) EFE ÖNEN(1) MİRAÇ GÜVEN(1) MEHMET DOĞAN(1) ENES BAŞKIRAN(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Böbrekte çift toplayıcı sistem çocukluk çağından itibaren sık görülen üriner sistem anomalilerinden olup, farklı anatomik varyasyonlardan oluşabilir. Bu hastaların yönetiminde henüz standardize edilmiş bir yöntem yoktur. Bu video sunumunda çift toplayıcı sistemi ve nonfonsiyone üst pol böbreği olan semptomatik bir hastada uyguladığımız transperitoneal laparoskopik heminefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Operasyon 2 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon medialize edilip nonfoksiyone üreter ve vakanın başında urs yapılarak 6f dj stent yerleştirilen sağlam üreter bulunduktan sonra üreterler takip edilerek sol renal pediküle ulaşıldı. Renal arter ve renal ven bulunarak serbestlendi. Üreterler atravmatik forceps ile kontrol edilerek dj stent olmayan nonfonksiyone üst pol böbrek kısmına ait olan üreter tespit edildi. Üreter takip edilerek böbreğe doğru diseksiyona devam edildi. Öncelikle renal arter sonrasında renal venden ayrılan ve nonfonksiyone üst pol böbreğe ait damarlar klip konularak kesildi. Akabinde dj stent olmayan üreter klip konulup kesildikten sonra renal pedikül altından geçirilerek, hidronefrotik nonfonksiyone üst pol böbrek dekomprese edilerek serbestlendi. Bu kısım sol böbrek parankimine kadar disseke edildi ve parankime zarar vermeksizin en yakın noktadan enerji cihazı ile kesildi. Heminefrektomi materyali organ torbasıyla dışarı alındıktan sonra loja dren yerleştirilerek işleme son verildi. Cerrahi süresi 105 dakika idi. Operasyon esnasında ve operasyon sonrası komplikasyon gözlenmedi. Herhangi bir şikayeti olmayan hastanın rutin takipleri kliniğimizde yapılmaktadır.

BULGULAR
Sol yan ağrısı ve özelllikle son 3-4 aydır sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ile kliniğimize başvuran ve görüntüleme yöntemleri ile sol çift toplayıcı sistem nonfonksiyone üst pol tanısı alan 24 yaşındaki kadın hastaya sol laparoskopik heminefrektomi planlandı.

SONUÇ
Nonfonsiyone üst pol böbreği olan semptomatik bir hastada laparoskopik heminefrektomi operasyonunu etkin ve güvenilir bir minimal invaziv yöntemdir.

VS-71) AÇIK NEFROLİTOTOMİ ÖYKÜLÜ HASTADA LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ OLGUSU

MEHMED EMİN KAYACAN(1) ANIL ÖCAL(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)
ÖMER DEMİR(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Daha öncesinde nefrolitiyazis nedeniyle açık nefrolitotomi ve ESWL öyküleri olan sol yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkikler sonucu sol böbrek alt polde Bosniak Tip 4 kist saptanan ve parsiyel nefrektomi yaptığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

68 yaş erkek hasta, nefrolitiyazis nedeniyle 30 yıl önce açık nefrolitotomi ve tekrarlayan ESWL öyküleri mevcut. Sol yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkikinde sol böbrek alt pol lateralde, egzofitik uzanan 1,5 cmlik Bosniak Tip 4 kompleks kistik lezyon saptandı. Nefrometri skoru 4p olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaya 70 derece sol flank pozisyonda transperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi yapıldı. Ameliyat 120 dakika sürdü. Ameliyat sonrası kanama ve komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 1. gün sondası 3. gün dreni çekildi. Alınan kitlenin patolojisi pT1a papiller renal hücreli karsinom olarak sonuçlandı.

SONUÇ

Geçirilmiş açık taş cerrahisi olan renal kitle saptanan olgularda laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenle uygulanabilecek minimal invaziv bir yöntemdir.

VS-72) SENTRAL-HİLAR YERLEŞİMLİ RENAL KİTLELERDE AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ: İŞLEMİ KOLAYLAŞTIRAN TEKNİK İNCELİKLER

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1) ELİF PATAN(2)

1. RUMELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Sentral hilar yerleşimli renal kitlelerin parsiyel olarak çıkartılması oldukça güçtür. Bu çalışma ile işlemi kolaylaştıran teknik incelikler ve sonuçları sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

2004-2023 yıllarında böbrek hilusunda yerleşimli kitle nedeniyle 28hastanın (17 erkek, 11 kadın) opere edildi. Kitle boyutu ortalama 5 cm'di (4- 8 cm). 3 hasta tek böbrekliydi ve bunların 2'sinin karşı böbrek atrofik, 1 hastanın ise soliter böbrekliydi. Torakoabdominal insizyon ile 9, 10 veya 11. kot alınarak ekstreperitoneal-ekstraplevral yaklaşım uygulandı. Böbreğin tamamen serbestlenmesini takiben 5 hastaya soğuk iskemi, 8 hastaya ise sıcak iskemi ile rezeksiyon tamamlandı. Tümör 1-5 mm çevresinden insize edilerek parankim diseksiyonu esnasında rastlanılan segmental arterler anında bağlanıp kesildi. Klempaj açıldıktan sonra yapılacak kanama kontrolu diseksiyon esnasında yapılarak minimal kanama hedeflendi. Renal pelvis sistemi hemen onarılarak işleme devam edildi. Parankim U ya da devamlı olacak şekilde no:1 vicryl ile birbirine yaklaştırıldı. Ameliyat süresi, kanama miktarı, post-op kreatinin değerleri, per-postop komplikasyonlar ve takiplerinde rekurrens olan hastalar kayıt edildi.

BULGULAR

Ortalama sıcak ve soğuk iskemi zamanı sırasıyla 13 ve 37 dakika olarak tespit edildi. Kanama miktarı ise 70-600 ml arasındaydı. Pelvikalisiyel sistemin onarıldığı 7 hastaya DJ stent konuldu ve takiplerinde ürinom ve fistül tespit edilmedi. Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 4.8 gün (2-7) olarak tespit edildi. Patoloji sonuçları değerlendirildiğinde 11 hastada renal hücreli karsinom, 1 hastada anjiomiyolipom ve 1 hasta da ise onkositoma olarak bildirildi. Hastaların ortalama 25 ay (9-50) takiplerinde lokal rekürrens ve sistemik metastaz tespit edilmedi. Hastaların son kontrollerinde kreatinin değerleri 1.9 mg/dl'den yüksek rapor edilmedi.

SONUÇ

Santral hilar yerleşimli böbrek tümörlerinde segmental arterlerin parankim diseksiyonu esnasında karşılaşıldığında hemen bağlanması, zor parsiyel nefrektomi olgularında işlemi kolaylaştıran bir tekniktir.

VS-73) ROBOT YARDIMLI RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU: TESTİS KANSERİNDE MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM

BÜLENT ÖNAL(1) UĞUR AFERİN(2)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
2. T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ

AMAÇ

Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND), evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörler (NSGCT) için birinci basamak tedavi olarak ve kemoterapi sonrası rezidüel kitle varlığında uygulanabilir.Açık RPLND (A-RPLND) uzun zamandır standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir ancakson yıllarda Robotik RPLND (R-RPLND)'ye olan ilgi giderek artmaktadır.Üstün hareket becerisi yanında iyi görüntü sağlamasıveA-RPLND'ye kıyasla daha düşük morbiditeye sahip olması nedeni ile güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

Bu video sunumuzda, 38 yaşında bir erkek hastada gerçekleştirdiğimiz R-RPLND operasyonumuzu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Sol testiste mixt germ hücreli tümör (%40 seminom, %60 teratom) anamnezi olan 38 yaşında erkek hasta 3 kür BEP tedavisi sonrası sebat eden sol retroperitoneal kitle nedeni ile tarafımıza yönlendirildi. Çekilen torakoabdominal BT'de sol paraaortik alanda 6x5 cm boyutlarında metastatik LAP görüldü. Tümör belirteçleri normal sınırlarda olan hasta için R-RPLND operasyonu kararı alındı.

BULGULAR

Hasta supin pozisyonda yatırıldıktan sonra umblikusun 5 cm inferiorundan 8 mm robotik trokar açık teknik ile batın içerisine girildi. Pnömoperitoneum sağlandıktan sonra diğer 3 adet robotik 8 mm trokar direk görüş altında düz bir hat şeklinde batın içerisinde girildi. 12 mm asistans portu da sağ yandaki iki robotik trokarın ortasına denk gelecek şekilde yaklaşık 5 cm inferiordan batın içerisine yerleştirildi. Operasyon da Vinci XI sistem ile gerçekleştirildi. Pozisyonun supin şekilde modifiye edilmesi ve da Vinci XI sistemi sayesinde hem bilateral RPLND için hem de spermatik kordun eksizyonu için robotik sistemin yeniden dock edilmesi gerekmedi.

SONUÇ

R-RPLND, üstün hareket becerisi yanında iyi bir görüntü sağlamasıveA-RPLND'ye kıyasla daha düşük morbiditeye sahip olması nedeni ile güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Robotik teknolojilerdeki gelişmeler ve hasta pozisyonundaki modifikasyonlar sayesinde hastayı yeniden konumlandırmaya veya robotu yeniden yerleştirmeye gerek kalmadan tam bilateral diseksiyon ve spermatik kord eksizyonu gerçekleştirilebilmektedir.

VS-74) SAĞ ÜST POL POSTERİOR ENDOFİTİK RENAL KİTLE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ CERRAHİSİNDE KARACİĞER MANİPÜLASYONU

NURULLAH MUSTAFA ŞİŞİK(1) FERHAT YAKUP SUÇEKEN (1) MURAT BEYATLI(1) MURAT AKGÜL(1) EYÜP VELİ KÜÇÜK(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Sağ üst pol renal kitle cerrahilerinde özellikle büyük karaciğer yapısı, operasyonu zorlaştıran faktörlerin başında gelmektedir. Sunumumuzda; sağ böbrek üst pol posterior lokalizasyonunda, endofitik yerleşimli renal kitleye uygulanan laparoskopik parsiyel nefrektomi cerrahisinde, uygun karaciğer manipülasyonu sağlayarak geniş cerrahi alan oluşturmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Sağ yan ağrısı ile başvuran 40 yaş erkek hastanın MR görüntülemesinde sağ böbrek üst pol posteriorda endofitik yerleşimli 23*20 mm boyutunda renal hücreli karsinom (RCC) şüphesi olan kitle saptandı. Hastanın operasyon öncesi hematokriti 45, kreatinin 0.9 mg/dl olarak ölçüldü. Hastanın bilinen herhangi bir komorbiditesi yoktu. Hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonu planlandı.

BULGULAR

Hastaya genel anestezi altında, sol lateral dekübit pozisyonunda veress iğnesi ile insüfle edildi. Üç adet 5 mm ve iki adet 10 mm trokar girildi. Sağ kolon medialize edildikten sonra, karaciğer uygun disseksiyon ile serbestlendi. Karaciğerin büyük olduğu ve böbrek üst pol cerrahi alanı daralttığı görüldü. Gonadal ven ve üreter bulunup takip edilerek renal pediküle ulaşıldı. Pedikül disseksiyonu ile renal ven ve posteriorunda renal arter izlendi. Ek olarak izlenen bir adet minör ven sakrifiye edildi. Böbrek superoposterolateral yüzeyindeki 2 cm'lik egzotfitik kitle serbestlendi, kitle sınırları laparoskopik ultrasonografi ile belirlendi. Karaciğer ekartörü alınarak böbreğin karaciğer üzerine konumlanması sağlandı. Böylece kitle eksizyonu için daha uygun bir cerrahi alan sağlandı. Renal arter 1 adet bulldog klemp ile kapatıldı. Kitle soğuk makas ile eksize edildi. Tümör tabanı 1 adet 3.0 v-lock, 5 adet CT-1 vicryl ile süture edildi. Sıcak iskemi süresi 11 dk olarak hesaplandı. Kanama kontrolü yapıldı, aktif kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag içerisine yerleştirilerek vücut dışına alındı. Patoloji; papiller RCC, perirenal yağ doku invazyonu mevcut (T3a), cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Renal fonksiyonların postoperatif dönemde korunduğu görüldü (operasyon öncesi ve sonrası kreatinin 0.9mg/dL).

SONUÇ

Özellikle sağ üst pol posterior yerleşimli tümörlerde ve karaciğerin büyük olduğu durumlarda, karaciğer ekartörü alınarak böbreğin karaciğer üzerine konumlanması ile daha efektif bir cerrahi alan sağlanabilir

VS-75) SOLİTER BÖBREKLİ HASTADA HİLER BÖLGEDEKİ ENDOFİTİK BİLOBER RENAL KİTLEYE İSKEMİSİZ ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

ÖMER FARUK ÖRNEK(1) RESUL SOBAY(1) FERHAT YAKUP SUÇEKEN(1) MURAT AKGÜL(1) EYÜP VELİ KÜÇÜK(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Soliter böbrekli hastada hiler bölge lokazisyonunda 2,4 cm ve 2,2 cm çapında endofitik bilober renal kitleye iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi olgumuzu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

İnsidental sol renal kitle ile başvuran 80 yaş erkek hastanın MR görüntülemesinde sol böbrek orta zon anterior kesimde endofitik yerleşimli bilobule karakterize 24*22 mm ve 19*22 mm boyutlarında kitle renal hücreli karsinom (RCC) lehine değerlendirildi. Özgeçmişinde sağ açık radikal nefrektomi (2008) ve laparoskopik kolesistektomi (2019) öyküsü olan hastaya perkütan böbrek biyopsi işlemi uygulanmıştır. Biyopsi patolojisi RCC olarak raporlanmıştır. Hastanın pre-operatif kreatinin: 1,99 mg/dL ve hematokrit 40,4 olarak ölçüldü. Hastanın hipertansiyon, diabetus mellitus ve koroner arter hastalığı mevcut idi. Hastanın soliter böbrekli olması ve kronik böbrek yetmezliği bulgularının olması nedeniyle iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi operasyonu planlandı.

BULGULAR

Hastaya genel anestezi altında, sağ lateral dekubit pozisyonu verilerek veress iğnesi ile batın insufle edildi. Ardından batına umbilikus sol superolateralinden ve trianguler şekil oluşturacak şekilde midklavikular hizadan 3 adet 8 mm 'lik robotik portlar; umbilikus inferolateralinden 1 adet 11 mm 'lik asistan portu ; sol anterior aksiller hattan 1 adet 5 mm 'lik asistan portu yerleştirildi. İntrapertoneal yaklaşım ile usulüne uygun olarak kolon medialize edildi ve gerota fasyası görüldü. Distalde psoas kası bulunarak renal hiluma dek ilerlenildi. Renal hilum disseke edildi, renal arter ve renal ven askıya alınarak ortaya konuldu. Sonrasında perinefritik yağlı doku eksize edildi ve hilusa komşu olan tümöral oluşumlar görüldü. Peritümöral yağ dokuları disseke edilerek laparoskopik ultrason ile sınırları net olarak öngörülmeye çalışıldı. Ardından iskemisiz olarak bilober renal kitle tamamen eksize edildi. Tümör tabanından ayrıca cerrahi sınır gönderildi. 2 adet V-lock ve 4 adet CT-1 vicryl sütür kullanılarak renografi uygulandı. Karın içi basınç düşülerek kanama kontrolü yapıldı. Loja soft dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

Patoloji Raporu
- SOL BÖBREK; PARSIYEL NEFREKTOMİ:
- TÜMÖR TİPİ: MULTİFOKAL CLEAR CELL RENAL HÜCRELİ KARSİNOM
- NÜKLEER GRADE: 2/4 (WHO/ISUP)
- SARKOMATOİD DİFERANSİASYON : İZLENMEDİ.
- TÜMÖR LOKALİZASYONU : SOL BÖBREK ORTA ZON
- BÜYÜME PATERNİ : ASİNER
- TÜMÖR BOYUTU :

*1. ODAK : 2.4X2.2 CM
*2. ODAK : 1.9X1.5X2.2 CM
* PATOLOJİK EVRE: m pT1b,Nx, R0

SONUÇ

Hastanın postoperatif dönemde cerrahi sınırlarının negatif olduğu ve renal fonksiyonlarının korunduğu görüldü. (Preoperatif Kreatinin : 1,99 mg/dL , Postoperatif Kreatinin:1,87 mg/dL) Soliter böbrekli ve kronik böbrek yetmezliği bulguları olan 'uygun hasta grubunda' hem onkolojik hem renal fonksiyonlar açısından iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

7. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer

16-20 EKİM 2024
ELEXUS KONGRE MERKEZİ - K.K.T.C.

GENÇ AKADEMİSYENLER SUNUMU

"Erken Kaybettiklerimiz Anısına"

GENÇ AKADEMİSYENLER SUNUMU (01 / 09)

01) GÜNCEL KILAVUZLAR EŞLİĞİNDE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI NELERDİR?

HAKAN ŞIĞVA

SBÜ. VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Retrograd intrarenal cerrahi (RİRS) , böbrek taşlarının minimal invaziv yöntemlerle tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Son yıllarda teknolojik ilerlemelerle birlikte, fleksible üreterorenoskopi gibi yöntemler üroloji pratiğinde önemli bir yer edinmiştir. RİRS'in avantajları ve dezavantajları, güncel ürolojik kılavuzlar ve literatür ışığında şu şekilde özetlenebilir:

Avrupa Üroloji Derneği (EAU) ve Amerikan Üroloji Derneği (AUA) gibi önde gelen kılavuzlar, minimal invaziv doğası nedeniyle RİRS'i özellikle küçük ve orta boyutlu böbrek taşlarının tedavisinde önermektedir(1). Ciltte kesik açılmadan yapılması, hastaların daha az ağrı hissetmesine ve daha hızlı iyileşmesine olanak tanır. Güncel kılavuzlar, RİRS'in özellikle böbreğin alt polünde yer alan taşlarda yüksek başarı oranları sunduğunu belirtmektedir(2). Taşların tamamen temizlenme oranı genellikle %80-90 civarındadır(3). Fleksible üreterorenoskopinin böbrek içindeki tüm alanlara ulaşabilmesi, yüksek taş temizleme oranlarına katkıda bulunur.Güncel kılavuzlar, RİRS'in perkütan nefrolitotomiye (PNL) göre daha az komplikasyon riski taşıdığını vurgulamaktadır. Kanama, enfeksiyon ve diğer komplikasyonlar minimal düzeydedir. Daha kısa hastane yatışı ve daha az postoperatif ağrı gibi avantajlar sunar. RİRS, gerektiğinde tekrarlanabilir bir prosedürdür. Özellikle diğer yöntemlerle temizlenemeyen taşlar için etkili bir alternatiftir.

Güncel kılavuzlar, fleksible üreterorenoskopi kullanımının teknik zorluklar barındırdığını ve deneyimli cerrahlar tarafından yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu, özellikle küçük merkezlerde bir dezavantaj olabilir. Cerrahlar için uzun bir öğrenme eğrisi gerektirebilir. Güncel kılavuzlar, RİRS'in cihaz maliyetlerinin yüksek olabileceğine dikkat çeker. Kullanılan endoskopik cihazlar, tek kullanımlık enstrümanlar ve lazer litotripsi gibi teknolojiler, tedavi maliyetini artırabilir(4). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, bu teknolojilere erişim zor olabilir. RİRS sırasında radyolojik görüntüleme sıkça kullanıldığından, hem hasta hem de cerrah radyasyona maruz kalabilir. Güncel kılavuzlar, bu durumun dikkatlice yönetilmesi gerektiğini belirtmektedir. RİRS, 2 cm'den büyük böbrek taşlarının tedavisinde daha az etkili olabilir ve ek tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulabilir. Bu durum, perkütan nefrolitotomi gibi daha invaziv yöntemlerin tercih edilmesine neden olabilir(5).

Sonuç olarak güncel kılavuzlar ışığında RİRS, böbrek taşlarının tedavisinde etkili ve güvenli bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Ancak, teknik zorluklar, maliyet ve belirli taş tiplerinde sınırlamalar gibi dezavantajları göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik pratikte, hastanın bireysel durumu ve taşın özelliklerine göre tedavi yöntemi seçilmelidir.

Referanslar

1. Karakoyunlu N, Çakıcı MC, Sarı S, Hepşen E, Bikirov M, Kısa E, Özbal S, Özok HU, Ersoy H. Efficacy of various laser devices on lithotripsy in retrograde intrarenal surgery used to treat 1–2 cm kidney stones: A prospective randomized study. *Int J Clin Pract.* 2021;75:e14216. doi: 10.1111/ijcp.14216
2. Yaghoubian, A.J., et al. Displacement of Lower Pole Stones During Retrograde Intrarenal Surgery Improves Stone-free Status: A Prospective Randomized Controlled Trial. J Urol, 2023. 209: 963.
3. Liaw CW, Khusid JA, Gallante B, Bamberger JN, Atallah MW, Gupta M. The T-Tilt Position: A Novel modified patient position to improve stone-free rates in retrograde intrarenal surgery. J Urol. 2021;206:1232–1239. doi: 10.1097/JU.0000000000001948.
4. Van Compernolle, D., et al. Reusable, Single-Use, or Both: A Cost Efficiency Analysis of Flexible Ureterorenoscopes After 983 Cases. J Endourol, 2021. 35: 1454.
5. Gravas, S., et al. Postoperative infection rates in low risk patients undergoing percutaneous nephrolithotomy with and without antibiotic prophylaxis: a matched case control study. J Urol, 2012. 188: 843.

02) LAZER ENÜKLEASYON CERRAHİSİ, ENERJİ KAYNAKLARI, TEKNİKLER VE ENSTRÜMANTASYON

ERALP KUBİLAY[1]

[1]YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ AD., LEFKOŞA, KKTC

Benign prostat hiperpazisi cerrahi tedavisinde lazer enükleasyon cerrahisi giderek önem kazanmakta ve altın standart yöntem olma yolunda emin adımlarla ilerlemektedir. İlk kez 1996 yılında uygulanan ve EAU ve AUA kılavuzları güncel önerileri ile en az TUR kadar efektif, perioperatif morbidite açısından üstün ve prostat hacminden bağımsız bir yöntem olması avantajları arasında yer almaktadır [1, 2]. Öğrenme eğrisinin oldukça zor olması nedeni ile geliştirilen farklı yöntem ve tekniklerin yanı sıra, hızla gelişen teknoloji ile enerji kaynağı (lazer) alternatiflerinin artması ve enstrümantasyondaki minyatürizasyon pratik uygulamanın yanında teorik olarak da bu cerrahiye hakim olmayı gerektirmektedir[3]. Bu bilgiler doğrultusunda yapılacak sunumda görsel videolar ve güncel literatür eşliğinde enükleasyon teknikleri, lazer enerji kaynakları ve özellikleri ve enstrümantasyon ile ilgili bilgiler verilecektir.

Enükleasyon cerrahisinin açık cerrahiden transüretral cerrahiye evrilmesi minimal invaziv cerrahinin gelişmesi ile hız kazanmıştır[4]. Açık prostatektomiye nazaran hospitalizasyon ve üretral kateter süresinde kısalma, daha az kan kaybı ve benzer sonuçlar ile enükleasyon cerrahisi günümüzde prostat hacminden bağımsız altın standart yöntem olma yolunda ilerlemektedir[5].

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte enükleasyon cerrahisinde farklı lazer enerji kaynakları kullanılmaya başlanmış ve bu kaynakların doku üzerindeki etkisi ile cerrahi üzerine etkisini karşılaştıran çalışmalar yapılmıştır. Ho:YAG, Thulium fiber (TFL), continous wave Tm:YAG, pulsed Tm: YAG ve Greenlight lazerler gibi farklı enerji kaynakları, bu kaynakların çalışma prensipleri, güçleri, çeşitli özellikleri, günümüzde ekonomik olarak ulaşılabilirlikleri ve cerrahi sırasında efektiviteleri karşılaştırılmıştır[6]. Ex-vivo yapılan bir çalışmada lazer kaynakları domuz böbreğinde denenmiş ve doku üzerinde bıraktığı etki ve karbonizasyon arasındaki farklar gözlenmiştir. İnsizyon derinliği, genişliği ve koagülasyon alınının Ho:YAG ve pTm:YAG lazerlerde TFL'ye göre daha geniş olduğu, Ho:YAG lazerde karbonizasyon görülmediği belirtimiştir[7].

Tri-lober, bi-lober ve en-blok teknikler enükleasyon cerrahisinin temelini oluşturmakta, farklı insizyonlarla prostat loblarını bölerek ya da tüm şekilde kapsülden ayrılmasını sağlanmaktadır. Scoffone ve arkadaşları, "en blok no touch" tekniği tanımlamış ve öğrenme eğrisini kolaylaştıracağını savunmuşlardır[8]. En blok teknik ile trilober tekniği karşılaştıran bir çalışmada en-blok teknikte enükleasyon ve morselasyon süresinin daha kısa olduğu, enükleasyon için gereken lazer enerjisinin daha düşük olduğu gösterilmiştir [9]. pTm:YAG lazer ile yapılan başka bir çalışmada yine en-blok ve bilober teknikte enükleasyon, morselasyon ve toplam cerrahi sürenin daha kısa olduğu fakat post operatif sonuçlar ve komplikasyonlar açısından her üç grubun da benzer sonuçlara sahip olduğundan bahsedilmiştir[10]. 2512 hastanın dahil edildiği ve çok merkezli yapılan bir çalışmada ise en-blok teknik ve en-blok teknikle yapılmayan enükleasyon cerrahileri iki gruba ayrılarak karşılaştırılmış, önceki çalışmaların aksine toplam cerrahi süresi en-blok teknik uygulanan grupta daha uzun olduğu görülmüş fakat enükleasyon süresinin yine bu grup lehine olduğu gösterilmiştir[11]. Bu tekniklerin yanı sıra bahsedilen tüm teknikler ile birlikte uygulanabilecek erken apikal serbestleme eksternal üriner sfinkteri erken dönemde prostatik mukozadan ayırmakta, post-operatif dönemde kontinans ve yaşam kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde katkı sağlamaktadır[12]. Tüm endoskopik cerrahilerde olduğu gibi enstrümantasyonda minyatürizasyon enükleasyon cerrahisinde de ortaya çıkmıştır. Bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcut olsa da 22f ve 26 f lazer rezektoskop kullanılarak yapılan enükelasyon cerrahileri iki gruba ayrılmış, minyatürizasyonun efektivite üzerine bir fark yaratmadığı fakat meatal dilatasyon ve kullanılan irrigasyon sıvısı miktarını azalttığı gösterilmiştir[13].

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJ: Lazer enükleasyon cerrahisinde teknolojinin ilerlemesi, vaka sayısı ve kazanılan tecrübe ile enerji kaynağı ve teknikler gelişmeye devam edecektir. Öğrenme eğrisinin zorluğu göz önünde bulundurulduğunda bu cerrahiyi uygulayacak cerrahların teknik ve teorik bilgisinin yeterli düzeyde olması ciddi düzeyde fayda sağlayacak, pratik uygulamaya katkıda bulunacaktır.

Referanslar

1. Magistro, G., et al., *Enucleation vs. Resection: A Matched–pair Analysis of TURP, HoLEP and Bipolar TUEP in Medium–sized Prostates.* Urology, 2021. **154**: p. 221-226.

2. Park, S., et al., *Efficacy of holmium laser enucleation of the prostate in patients with a small prostate (≤ 30 mL).* World J Mens Health, 2017. **35**(3): p. 163-169.

3. Chavali, J.S.S., M.E. Rivera, and J.E. Lingeman, *HoLEP Learning Curve-Resident Perspective: Survey of Senior Residents from High-Volume Tertiary Center.* Journal of Endourology, 2024.

4. Gross, A.J., et al., *Development of endoscopic enucleation of the prostate.* Aktuelle Urologie, 2024.

5. MOODY, J.A. and J.E. LINGEMAN, *HOLMIUM LASER ENUCLEATION FOR PROSTATE ADENOMA GREATER THAN 100 GM.:: COMPARISON TO OPEN PROSTATECTOMY.* The Journal of urology, 2001. **165**(2): p. 459-462.

6. Aybal, H.C., et al., *Comparison of HoLEP, ThuLEP and ThuFLEP in the treatment of benign prostatic obstruction: a propensity score-matched analysis.* World Journal of Urology, 2024. **42**(1): p. 374.

7. Kutchukian, S., et al., *Comparison of holmium: yttrium-aluminium-garnet (YAG), thulium fiber laser, and pulsed thulium: YAG lasers on soft tissue: an ex vivo study.* BJU international, 2024.

8. Scoffone, C.M. and C.M. Cracco, *The en-bloc no-touch holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) technique.* World journal of urology, 2016. **34**: p. 1175-1181.

9. Tamalunas, A., et al., *Efficacy, efficiency, and safety of en-bloc vs three-lobe enucleation of the prostate: a propensity score-matched analysis.* Urology, 2023. **175**: p. 48-55.

10. Cantiello, F., et al., *Refining surgical strategies in ThuLEP for BPH: a propensity score matched comparison of En-bloc, three lobes, and two lobes techniques.* World Journal of Urology, 2024. **42**(1): p. 431.

11. Juliebø-Jones, P., et al., *Real world propensity score matched analysis evaluating the influence of en-bloc vs. non en-bloc techniques, energy and instrumentation on enucleation outcomes for large and very large prostates.* World Journal of Urology, 2024. **42**(1): p. 299.

12. Heidenberg, D.J., et al., *The Impact of Standard vs Early Apical Release Holmium Laser Enucleation of the Prostate Technique on Postoperative Incontinence and Quality of Life.* Urology, 2024.

13. Taha, T., et al., *Mini-HoLEP (MILEP) vs HoLEP: a propensity score-matched analysis.* World Journal of Urology, 2023. **41**(10): p. 2801-2807.

03) LABORATUVAR VE HAYVAN DENEYLERİNİN ÖTESİNDE: IN SİLİCO BİR DEVRİM Mİ?

TUNAHAN ATEŞ

Geçmişten günümüze kadar in vivo deneyler sıkça kullanılmıştır. Ancak, etik kaygılar, yüksek maliyetler ve uzun süre gerektirmesi nedeniyle deney hayvanlarına yönelik alternatif yöntemler aranmıştır. In silico, bunların yerine bilgisayarda veya teorik analiz yoluyla gerçekleştirilen testleri/simülasyonları ve hesaplamalı modeller aracılığıyla yürütülen deneyleri ifade eder. In silico araştırmalar, moleküler etkileşimler, protein katlanması ve genetik kontrol gibi çeşitli yönleri araştırmak için kullanılır [1]. Sanal tarama (VS), moleküler dinamikler (MD) ve kenetlenme simülasyonları (moleküler docking) gibi teknikler yaygın olarak kullanılmaktadır [2–4]. Bu çalışmalar, farmakokinetik ve farmakodinamiklerin tahmin edilmesine, yeni ilaç adaylarının daha verimli bir şekilde filtrelenmesine ve seçilmesine ve geleneksel deneysel testlerle ilişkili maliyetlerden tasarruf edilmesine yardımcı olur [5–7]. In silico yöntemler, ilaç hedeflerinin klinik başarısını ileriye dönük olarak tahmin etmede etkileyici bir yetenek göstermiş, böylece ilaç geliştirme ve klinik testlerin verimliliğini artırmıştır [8]. Buna en güzel örnek ise yakın bir geçmişte tüm dünyada etkili olan COVID-19 salgınında in silico çalışmalar, çeşitli SARS-CoV-2 reseptörleri ile etkileşime giren ilaç adaylarının belirlenmesinde çok önemli olmuş ve ilaç keşif sürecini önemli ölçüde hızlandırmıştır [3].

In silico çalışmalar, çok sayıda ilaç adayını hızlı bir şekilde tarama olanağı sunarak geleneksel ilaç keşif yöntemlerinin içerdiği zaman ve maliyeti azaltır [3,4]. Sonuçlar; çoğaltılabilir, karşılaştırılabilir ve standardize edilebilir. İlaç adaylarının bağlanma afinitesinin ve potansiyel etkinliğinin tahmin edilmesine olanak tanıyarak in vitro ve in vivo testlere geçmeden önce değerli bilgiler sağlarlar [2,3]. Bu çalışmalar, hayvan modellerinin kullanımını sınırlandırarak daha sürdürülebilir araştırma uygulamalarını teşvik edebilir ve hayvan araştırmalarında 3R (Replacement, Reduction, Refinement) ilkelerine uyum sağlayabilir [7,9]. In silico çalışmaların en büyük avantajı, hayvan deneylerinin yerine geçebilecek bir simulasyon olmasıdır.

EMA ve FDA gibi düzenleyici kurumlar in silico çalışmaları onaylamakta, klinik ve düzenleyici süreçlerde kullanımları için rehberlik ve destek sağlamaktadır [9,10]. Verimlilik, maliyet etkinliği ve etik hususlar açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Ancak bu simulasyon eksikleriyle karşımıza geliyor. Bunlardan en önemlileri; validasyon ve biyolojik sistemlerin karmaşıklığıdır. Bu bilgisayar simulasyonları verileri daha önceden yapılmış in vitro ve in vivo çalışmalardan aldığı için, önceki deneylerin doğruluğu büyük önem taşımaktadır [11]. Bilgisayar simulasyonundan sonra sonuçların in vitro ve in vivo deneylerle doğru metadoloji kullanarak valide edilebilir olması da şarttır [12]. Etik olarak hayvanlara olan ihtiyacın azalması, pozitif bir yönüdür [13]. In silico simulasyonun, in vitro ve in vivoya göre çok daha yeni olduğu ortadadır. Bu nedenle eksiklerinin olması gayet olağan bir durumdur. Ancak her geçen gün artan veri seti ve teknolijiyle birlikte bu durumlar minimalize edilmeye çalışılmaktadır.

Gelecekte ise: Daha güçlü bilgisayarların / bulut tabanlı bilgi işlem platformlarının geliştirilmesi gibi gelişmeler, araştırmacıların giderek daha karmaşık simülasyonlar ve analizler gerçekleştirmesine olanak sağlayacaktır [1]. In silico çalışmalar mutlaka in vitro ve/veya in vivo yöntemlerle doğrulanmalıdır.. Gelecekteki gelişmelere bağlı olarak belki de ileride labaratuvar ve hayvan çalışmalarını görmeyeceğiz. Ancak bunun için çok yol katedilmesi gerektiğini aşikardır.

Referanslar

1. Yusuf M. Insights into the in-silico research: Current scenario, advantages, limits, and future perspectives. *Life in Silico*. 2023;1(1):13-25.

2. Tamay-Cach F, Villa-Tanaca ML, Trujillo-Ferrara JG, et al. In Silico Studies Most Employed in the Discovery of New Antimicrobial Agents. *Curr Med Chem*. 2016;23(29):3360-3373. doi:10.2174/0929867323666160210141912

3. Mushebenge AGA, Ugbaja SC, Mbatha NA, B Khan R, Kumalo HM. Assessing the Potential Contribution of In Silico Studies in Discovering Drug Candidates That Interact with Various SARS-CoV-2 Receptors. *Int J Mol Sci*. 2023;24(21):15518. doi:10.3390/ijms242115518

4. Nash DB. In Silico Pharmacology. *Am Health Drug Benefits*. 2016;9(3):126-127.

5. Scotti L, Scotti MT. Editorial: In Silico Studies in Drug Research Against Neurodegenerative Diseases. *Curr Neuropharmacol*. 2018;16(6):647-648. doi:10.2174/1570159X1606180608103840

6. Kumar D, Sharma P, Mahajan A, Dhawan R, Dua K. Pharmaceutical interest of in-silico approaches. *Physical Sciences Reviews*. 2023;8(9):2547-2560. doi:10.1515/psr-2018-0157

7. Kommalapati HS, Pilli P, Golla VM, Bhatt N, Samanthula G. In Silico Tools to Thaw the Complexity of the Data: Revolutionizing Drug Research in Drug Metabolism, Pharmacokinetics and Toxicity Prediction. *Curr Drug Metab*. 2023;24(11):735-755. doi:10.2174/0113892002270798231201111422

8. Zhu F, Li XX, Yang SY, Chen YZ. Clinical Success of Drug Targets Prospectively Predicted by In Silico Study. *Trends Pharmacol Sci*. 2018;39(3):229-231. doi:10.1016/j.tips.2017.12.002

9. Saldanha L, Langel Ü, Vale N. In Silico Studies to Support Vaccine Development. *Pharmaceutics*. 2023;15(2):654. doi:10.3390/pharmaceutics15020654

10. Pappalardo F, Russo G, Tshinanu FM, Viceconti M. In silico clinical trials: concepts and early adoptions. *Brief Bioinform*. 2019;20(5):1699-1708. doi:10.1093/bib/bby043

11. Yavuz O, Marangoz Ö. Farmakoloji ve Toksikolojide İn Siliko Yöntemlerin Kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Vet Sci Pharmacol Toxicol-Special Topics*. 2018;4(3):35-42.

12. Contrera JF. Validation of Toxtree and SciQSAR in silico predictive software using a publicly available benchmark mutagenicity database and their applicability for the qualification of impurities in pharmaceuticals. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2013;67(2):285-293. doi:10.1016/j.yrtph.2013.08.008

13. Leo CG, Tumolo MR, Sabina S, et al. Health Technology Assessment for In Silico Medicine: Social, Ethical and Legal Aspects. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1510. doi:10.3390/ijerph19031510

04) KAVERNÖZ SİNİR HARİTALAMA TEKNİKLERİ

SELMAN ÜNAL[1]

[1]ÜROLOJİ KLİNİĞİ, ÜRGÜP DEVLET HASTANESİ, NEVŞEHİR, TÜRKİYE

Giriş

Radikal prostatektomi (RP) sırasında kavernöz sinirlerin korunması operasyonun en kritik aşamalarından biridir. Çünkü, kavernöz sinirin hasarlanması RP sonrası erektil disfonksiyonun başlıca sebeplerindendir. Kavernöz sinir, prostatın her iki yanında uzanmakta ve bu sinirin dalları ağ benzeri bir dağılım göstererek kişiden kişiye değişen bir anatomik yapı sergilemektedir. Bu yüzden standart kavernöz sinir koruma teknikleri, RP sonrası erektil fonksiyonların korunması için yeterli olmamaktadır. Tüm bunların sonucunda kişiye özgü kavernöz sinir haritalama teknikleri üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaları Sinir uyarım yöntemleri ve Görüntüleme/Spektroskopi yöntemleri olarak iki ana gruba ayırmak mümkündür. Bir diğer grup ise bu iki ana gruba dahil olan tekniklerin kombine halde kullanılmasıyla meydana gelen Multimodal yöntemlerdir.

Teknikler

1. **Sinir Uyarım Yöntemleri;**

a. Elektirksel Sinir Uyarım Yöntemleri: Kavernöz sinirin bulunma olasılığı olan alanlara elektriksel uyarılar verilerek ereksiyon cevabı ölçülmesi temeline dayanmaktadır. CaverMAP (Uromed Corporation), intraoperatif intrakavernozal basınç ölçümleri ya da korpus kavernozum elektromyografisi teknikleri kullanılarak yapılan ilk çalışmalarda umut vaat eden sonuçlar alınmış olsa da, takip eden çalışmalarda tatmin edici sonuçlar elde edilememiştir.

b. Optik Sinir Uyarım Yöntemleri: Bu yöntemde elektriksel uyarım yöntemlerine benzer şekilde sinirsel uyarım yapılması ve buna bağlı oluşan ereksiyon cevabının değerlendirilmesi temeline dayanmaktadır. Tek fark, elektriksel uyarımların aksine optik uyarımda fiziksel temas gerekmemesidir. Optik sinir uyarımı için başlangıçta Holmiyum-YAG lazer kullanılırken takip eden yıllarda doku penetrasyonu daha iyi olan ve düşük maliyetli-düşük enerjili alternatif olan near-infrared lazerler kullanılmıştır.

2. **Görüntüleme/Spektroskopi Yöntemleri:**

a. Optik Koherans Tomografisi: Non-invaziv, yüksek çözünürlüklü, kesitsel görüntülerin gerçek zamanlı olarak elde edilmesine olanak tanıyan bir tekniktir. Bu teknik, oftalmoloji ve kardiyoloji alanında güncel olarak kullanılmakta olan, ürolojide ise henüz deneysel aşamada olan bir görüntüleme yöntemidir.

b. Boya Bazlı Floresans Görüntüleme: Boya uygulanan farklı dokuların, farklı dalga boylarındaki ışınlara verdiği farklı yanıtların değerlendirilmesi temeline dayanmaktadır. Günümüzde kullanımı onaylanmış olan fluorescein ve indocyanin green boyaları çeşitli cerrahilerde anatomik yapıların birbirinden ayırt edilmesi için kullanılmaktadır. Kavernöz sinir lokalizasyonunu belirlemek için retrograde taşıyıcılara bağlanmış floresan boyaların penise enjekte edilmesi, ya da sistemik dolaşıma floresan boyaların uygulanması gibi teknikler preklinik ve klinik aşamalarda denenmiştir. Prostat spesifik membran antijenine özel problar kullanılarak tümörlü alanların ayırt edildiği çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, gelecekte tümör ve sinirlerin aynı anda ayırt edilebilmesini sağlayacak görüntüleme yöntemleri mümkün olabilecektir.

c. Konfokal ve Multifoton Mikroskobi: Konfokal ve multifokal mikroskoplar, incelenen dokularda optik kesitler alınmasını sağlayarak, görüntü parazitini azaltmakta ve yüksek kalitede görüntüler elde edilmesini sağlamaktadırlar. Bu mikroskopların endoskopik problar üzerine entegre edilebiliyor olması, klinik kullanımlarını kolaylaştırmaktadır.
d. Scattering Spektroskopi ve Görüntüleme: Herhangi bir işaretleyici kullanmadan, non-lineer uyarılar gönderilerek doku içindeki kimyasal farklılıkların ayırt edilmesini amaçlayan görüntüleme yöntemidir.
e. Ultrasonografi: RP sırasında transrektal ultrason ya da robotik RP sırasında robotik kollara yerleştirilen endoskopik ultrasonların, Doppler fonksiyonunun da kullanılmasıyla vasküler yapılara eşlik eden sinirlerin lokalizasyonunu belirlemeyi amaçlayan görüntüleme tekniğidir.
f. Manyetik Rezonans Görüntüleme: Günümüzde hem tümörlü alanın hem de bu alanın kavernöz sinirlerle ilişkisinin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan görüntüleme yöntemidir.

3. Multimodal Yöntemler

a. Voltaj duyarlı boya: Elektriksel sinir uyarımı ile floresan boyama yönteminin kombine edildiği bir tekniktir. Voltaj duyarlı bir boyanın periprostatik alana uygulanmasını takiben kavernöz sinirin uyarılması, voltaj duyarlı boyanın depolarize olan kavernöz sinir içine girmesi ve near-infrared kameralarla floresan görüntünün yakalanması temeline dayanmaktadır.
b. Fotoakustik Görüntüleme: Optik koherans tomografisi ve ultrasonografinin kombine edildiği bir tekniktir. Dokuya kısa bir lazer uyarımı uygulandıktan sonra, lazerin neden olduğu akustik dalgalanma tomografik görüntüye dönüştürülmekte ve böylece kavernöz sinirler diğer dokulardan ayırt edilmeye çalışılmaktadır.
c. Ultrason Elastografi: Elastografi, farklı dokuların uygulanan baskıya farklı dirençler göstermesi prensibine dayanarak dokuların ayırt edilmesi temeline dayanır. Ultrason elastografide ise, ses dalgaları kullanılarak dokulara baskı uygulanmakta ve dokuların dirençleri ultrason yardımıyla ayırt edilmektedir.
d. Fonksiyonel Erektojenik Sinir Haritalama: Elektriksel sinir uyarımı ile erektojenik sinirlerde meydana gelen fosforillenmiş nöronal Nitrik oksit sentazın floresan boyamalar ile tespit edilmesi prensibine dayanmaktadır. Bütün sinirler yerine, yalnızca fonksiyonel erektojenik sinirlerin ayırt edilmesini hedeflemesi açısından diğer tekniklerden ayrılmaktadır.

Sonuç

Çok sayıda kavernöz sinir haritalama tekniği üzerinde çalışılmış, bunların bir kısmı henüz preklinik aşamalardayken bazıları klinik aşamalara ulaşmıştır. Ancak, hiçbir sinir haritalama tekniği klinik uygulamada kendine yeterince yer bulamamıştır ve erektil disfonksiyon halen RP operasyonu geçiren hastaların en büyük problemlerinden biri olmaya devam etmektedir. Devam eden çalışmalar ve teknolojik gelişmelerle birlikte, mevcut tekniklerin sınırlılıklarının aşılması, erektojenik sinirlere spesifik olarak bağlanan ve operasyon sırasında gerçek zamanlı olarak kullanılabilecek boyaların üretilmesi RP sırasında sinirlerin optimal düzeyde korunmasını sağlayabilecektir.

05) KRONİK ÜRİNER RETANSİYONLU HASTALARDA SAKRAL NÖROMODÜLASYON ETKİLİ BİR TEDAVİ MİDİR VE ÜLKEMİZDE YAYGINLAŞMASI BEKLENİYOR MU?

İBRAHİM HALİL ŞÜKÜR

Giriş: Sakral nöromodülasyon (SNM), 1980'lerin başında geliştirilmiştir[1] ve aşırı aktif mesane tedavisinde kullanıldığı gibi nonobstrüktif kronik üriner retansiyona(KÜR) yol açan dirençli alt üriner sistem disfonksiyonu olan hastalar için de bir tedavi yöntemi haline gelmiştir[2].

KÜR'ü olan bazı seçilmiş hastalarda SNM, yaşam kalitesini önemli ölçüde arttıran, temiz aralıklı kateterizasyon ve kalıcı suprapubik veya transüretral kateter gereksinimini azaltan önemli bir terapötik alternatif sunar[3]. İşeme fonksiyonunu geri kazandırmadaki etkinliği ile yaşam kalitesini iyileştirebilir ve bu hasta grubu ile ilgili sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir. Etki Mekanizması: Sakral nöromodülasyonun etki mekanizması henüz net olarak anlaşılmamıştır. Uygulanan tedavi, periferik afferent sinirlerin inhibisyonu yoluyla beyin ve spinal reflekslerin modülasyonunu sağlıyor gibi görünmektedir. Elektriksel uyarılar sürekli veya döngüsel olarak alt üriner sistem ve pelvik tabanı innerve eden sakral sinirleri uyarır. En sık modülasyon noktası üçüncü sakral sinir köküdür.

Hasta Seçimi: Hasta seçiminde öncelikle hastanın mevcut durumu ve tıbbi özgeçmişi bir üroloji uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. KÜR, detrüsör yetersizliği, mesane çıkım obstrüksiyonu (BOO) veya her ikisinin kombinasyonu nedeniyle oluşabilir. Detrüsör yetersizliği, nörojenik-miyojenik faktörler, ilaçlara bağlı olarak veya Fowler sendromu (üretral sfinkterin gevşememesinden kaynaklanan detrüsör inhibisyonu) nedeniyle ortaya çıkabilir. Altta yatan nedenin belirlenmesi için basınç-akım çalışmaları gereklidir[4].

Cerrahi Teknik: Teknik gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan iki aşamalı prosedür başarısızlık, komplikasyon ve cerrahi revizyon oranlarını önemli ölçüde azaltmıştır. Bu sayede SNM daha uygulanabilir, minimal invaziv bir tedavi haline gelmiştir. Uygun hasta seçiminden sonra, geleneksel olarak sakral foramen S3'e geçici bir unipolar elektrotun cerrahi olarak yerleştirilmesinden sonra, 'perkütan' veya 'periferik' sinir değerlendirmesi olarak bilinen 4-7 günlük bir test stimülasyonu gerçekleştirilir. Mesane günlüğü değişkenlerinde (örn. işeme sayısı, işeme sonrası kalan idrar hacmi, kateterizasyon sayısı ve kateterizasyon başına idrar hacmi) %50'den fazla iyileşme genellikle pozitif bir test süreci olarak kabul edilir. Ardından kalıcı pile geçilir.

Sonuçlar: Literatüre bakıldığında, idrar retansiyonu için SNM kullanımını bildiren çalışmaların çoğu vaka serileridir. Bu çalışmalarda, ortalama takip süresi 15 ila 71 ay arasında değişmektedir. Yayınlanmış literatürde idrar retansiyonunun nedeninin sıklıkla belirtilmediği ve hastaların çoğunun kadın olduğu dikkat çekmektedir. Geleneksel tedavinin obstrüktif olmayan, kronik idrar retansiyonu olan hastalardaki başarı oranı %33-66 aralığında bildirilmiştir[5-8]. Bu hasta grubunda SNM'nin etkinliği için en ikna edici kanıtlardan birisi prospektif, çok merkezli, randomize kontrollü bir çalışmadır [9]. Bu çalışmaya göre implantlarla tedavi edilen hastaların %69'unda 6. ayda kateterizasyonu ortadan kaldırılmıştır. Sakral nöromodülasyon tedavisinin geçici olarak inaktivasyonu, rezidü idrar hacimlerinde anlamlı bir artışa neden olmuş ve SNM'nin etkinliği implanttan 18 ay sonra da devam etmiştir.

Bir meta analizde implantasyondan sonra, postvoid rezidünün ortalama 236 ml azaldığı (95% CI: 219-253, P < 0,00001) ve işenen idrar hacminin 299 ml arttığı (95% CI: 280-318, P < 0,00001) gösterilmiştir [10]. İmplantasyon başarısını öngörebilecek faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada 29 hasta (15'i erkek ve 14'ü kadın) değerlendirildi. Tüm hastalar TAK kullanıyor olsalar da 18'i boşaltım yapabiliyordu (>50 cc). Geriye kalan 11 hastada minimum (<50 cc) veya hiç boşaltım yeteneği yoktu. Boşaltım yapabilen 18 hastanın 12'sine (%67) kalıcı implantasyona geçilirken, boşaltım yapamayan 11 hastanın yalnızca 2'sinde (%18) kalıcı implantasyona geçilebildi[11]. Bu sonuç hasta seçimi açısından önem taşımaktadır. Genel olarak mevut literatüre göre SNM nonobstrüktif KÜR tedavisinde etkili olduğu noktalar, işeme sonrası rezidüde azalma, işenen hacimde artma ve TAK kullananlarda kateterizasyon sayısında azalma olarak öne çıkmaktadır.

Ülkemizdeki Durum: Ülkemizde daha çok aşırı aktif mesane endikasyonuyla kullanılıyor olsa da seçilmiş hastalarda tecrübeli merkezlerde üriner retansiyon nedeniyle kullanımı yaygınlaşmaktadır. Yaygınlaşmasının önündeki en büyük engeller özellikle geri ödeme ile ilgili problemlerdir. Ülkemizde tedavinin geri ödeme kriterlerine baktığımızda nörojen bir patoloji olmamalıdır. Endikasyonları, refrakter aşırı aktif mesane, kronik üriner retansiyon ve mesane ağrı sendromu/interstisyel sistittir. KÜR endikasyonunda; bu sürecin en az 1 yıl devam ettiği hastalara uygulanmalıdır. Ürodinamik olarak; mesane kapasitesi ve kompliyans normal olmalı, İnfravezikal obstrüksiyon olmamalı, detrüsör kontraksiyon bozukluğu olmalı ve bu durumun etyolojisinde miyojenik nedenler olmamalıdır.

Genel olarak, SNM kronik üriner retansiyon için birinci basamak tedavi değildir. Seçilmiş vakalarda mesane fonksiyonunu iyileştirmeye yardımcı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Referanslar

1. Tanagho, E.A. and R.A. Schmidt, *Bladder pacemaker: scientific basis and clinical future.* Urology, 1982. **20**(6): p. 614-619.
2. Kessler, T.M., et al., *Sacral neuromodulation for refractory lower urinary tract dysfunction: results of a nationwide registry in Switzerland.* European urology, 2007. **51**(5): p. 1357-1363.
3. De Ridder, D., D. Ost, and F. Bruyninckx, *The presence of Fowler's syndrome predicts successful long-term outcome of sacral nerve stimulation in women with urinary retention.* european urology, 2007. **51**(1): p. 229-234.
4. Takeda, M., et al., *Diagnosis and treatment of voiding symptoms.* Urology, 2003. **62**(5): p. 11-19.
5. Swinn, M.J., et al., *Sacral neuromodulation for women with Fowler's syndrome.* European urology, 2000. **38**(4): p. 439-443.
6. Aboseif, S., et al., *Sacral neuromodulation as an effective treatment for refractory pelvic floor dysfunction.* Urology, 2002. **60**(1): p. 52-56.
7. Bross, S., et al., *The role of the carbachol test and concomitant diseases in patients with nonobstructive urinary retention undergoing sacral neuromodulation.* World journal of urology, 2003. **20**: p. 346-349.
8. Datta, S.N., et al., *Sacral neurostimulation for urinary retention: 10-year experience from one UK centre.* BJU international, 2008. **101**(2): p. 192-196.
9. Jonas, U., et al., *Efficacy of sacral nerve stimulation for urinary retention: results 18 months after implantation.* The Journal of urology, 2001. **165**(1): p. 15-19.
10. Gross, C., et al., *Sacral neuromodulation for nonobstructive urinary retention: a meta-analysis.* Urogynecology, 2010. **16**(4): p. 249-253.
11. Goh, M. and A.C. Diokno, *Sacral neuromodulation for nonobstructive urinary retention—is success predictable?* The Journal of urology, 2007. **178**(1): p. 197-199.

06) ÜROLOGLAR İÇİN YURT DIŞI STAJ İMKANLARI, BURS FIRSATLARI, NASIL KABUL ALIRIM ?

İBRAHİM HALİL BALOĞLU

1- EAU kaynaklı burs imkanları ve staj fırsatları

European Urology scholarship programı kapsamında her yıl 5 farklı bur programı düzenlenmektedir. Bunları 4 tanesi asistan ve uzmanlara yöneliktir. Avrupada klinik ve denysel çalışmaları teşvik etmek için kullanılır.

Başvuru için son tarihler; 1 ocak, 1mayıs, 1 eylül dır.

1 yıllık scholarship : Avrupa'da önde gelen araştırma kurumlarında 1 yıllık araştırma programı için burs imkanı. Proje kabul olursa 30 bin euro destek imkanı

Başvuru için Gerekenler

1- EAU üyesi
2- 45 yaş ve altı bir ürolog veya üroloji stajyeri. Dikkate alınmaya değer projeler için istisnalar yapılabilir.
3- (Tercihen) 3 veya daha fazla hakemli uluslararası PubMed yayınının yazarı, yayınlardan en az birinin ilk yazarı olmanız

Gereken Evraklar

1- Özgeçmiş
2- PubMed yayınlarınızın PubMed kimlik numaralarıyla listesi
3- Proje hakkında motivasyon mektubu
4- Ülkenizdeki bir kurumdan en az 1 kıdemli ürolog tarafından imzalanmış tavsiye mektubu, kurumun antetli kağıdına
5- Ev sahibi merkezin Başkanı ve/veya Program Direktöründen imzalanmış onay mektubu, kurumun antetli kağıdına

Zaman dilimiyle birlikte ayrıntılı bir proje açıklaması (lütfen Proje Teklifi Proforma şablonunu buradan indirin

Clinical Visit: 6 hafta'dan 3 aya kadar değişen sürelerde avrupa ülkelerinde klinik ziyaretçiler için burs imkanı.

- Başvuran kişinin en az 1 tane; birinci isim veya ortak birinci yazar olduğu, pubmed yayını olmalıldır. Eau üyesi olmalıdır.

Burs ödemesinin %80 i program başlamadan yaklaşık 1 ay önce yapılır. %20 si yaklaşık program bitişi fatura ve proje ibrazıyla verilir.

Fellowship: Yurt dışında 3 ile 6 ay arasında değişen sürelerde gelişim hedefiniz olan bir alanda çalışmanız için burs imkanı. Programlar düzenli olarak ilgili linkten yayınlanır. İlgili programa göre başvuru şartları değişkenlik gösterebilmektedir.

Short Visit: Bir yıllık scholarship veya fellowship programlarına hazırlık kapsamında yapılan 2-3 haftalık kısa ziyaretler için maksimum 2.000 eura'ya kadar hibe desteği.

2- AUA kaynaklı burs imkanları ve staj fırsatları

1993 yılında AUA ve EAU, genç üroloji öğretim üyelerine ürolojik tıp konusunda uluslararası bir bakış açısı sağlamak için tasarlanmış bir ödül programı başlattı. Program yalnızca bilgi ve deneyim paylaşımına olanak sağlamakla kalmıyor, aynı zamanda AUA ve EAU arasında daha yakın bir ittifak oluşturmak ve her iki organizasyon içinde gelecekteki liderleri belirlemeye yardımcı olmak için tasarlandı. Tek sayılı yıllarda, Avrupalı ürologlar Kuzey Amerika'daki merkezleri ziyaret ediyor ve çift sayılı yıllarda, Kuzey Amerikalı ürologlar Avrupa'daki ev sahibi sitelere seyahat ediyor.

Bu karşılıklı program, Avrupa'daki akademik merkezlerde 2 haftalık bir eğitim deneyimi ve EAU Yıllık Toplantısına katılımı içeriyor. Değişim sırasında katılımcılar ürolojik ameliyatları/prosedürleri gözlemliyor, kliniklere katılıyor, dersler veriyor ve personel faaliyetlerinde yer alıyor. Değişimler "sadece gözlem" niteliğindedir; katılımcılar uygulamalı ameliyat yapmazlar.

Program Gereksinimleri

Avrupalı akademisyenler iki hafta boyunca ABD kurumlarını ziyaret edecek ve 26-29 Nisan 2025 tarihlerinde yapılacak Amerikan Üroloji Derneği Yıllık Toplantısına katılacaklardır.

Uygunluk Gereksinimleri

- Başvuru sırasında 45 yaşında veya daha genç olması
- Tıp Doktoru (MD), tüm ikamet ve/veya burs gereksinimlerini tamamlamış olması, AUA üyesi olması
- Üç (3) haftaya kadar seyahat edebilmesi

Başvuru Süreci

- Özgeçmiş (CV)
- Programa katılımın kendisine hem kişisel hem de profesyonel olarak nasıl fayda sağlayacağını açıklayan motivasyon mektubu (300 kelime veya daha az)
- Bölüm başkanından bir destek mektubu (antetli ve ıslak imzalı)

2026 Programı için başvurular 2025 sonbaharında kabul edilecektir.

3- ÜCD Burs İmkanları

- 3 ay süreyle burs desteği sağlama
- her yılın Haziran ve Aralık ayları içinde yapılacak
- Her 6 aylık dönem için yurtdışına 1, yurtiçinde 2 adayın başvurusu kabul edilmekte 1 yılda 2 yurtdışı, 4 yurtiçi burs verilmekte.

Başvuru için Gerekenler:

1. Ürolojik Cerrahi Derneği asıl üyesi olmak.
2. Burs başvurusu sırasında adayın 40 yaşından gün almamış olması.
3. Yurtdışı burs başvurusu için bir eğitim kliniğinde çalışıyor olmak.
4. Özgeçmiş
5. ÜDS/KPDS/YDS'da 70 ve üzeri puan almış olmak.
6. Ulusal yeterlilik yazılı ve sözlü sınavlarında başarılı olmak.
7. Journal of Urological Surgery de özgün makalesi olması ve ürolojik cerrahi derneği ulusal kongrelerinde ödül almış olmak adayın seçilmesi açısından tercih nedeni olacaktır.

8. Asgari iki adet doçent ya da profesör ünvanına sahip öğretim üyesi/eğiticiden referans mektubu başvuruya eklenmelidir.

9. Adayın çalışacağı kurumdan kabul edildiğine dair yazı ve orada geçireceği süre içinde yapmayı/katılmayı planladığı projenin sunulması.

10. Adayın çalıştığı kurumdan projeyi gerçekleştirmek üzere kliniğinden ayrılmasında sakınca olmadığına yönelik yazı.

11. Projenin gerçekleştirildiği dönemde aday Türkiye'deki herhangi bir kurumdan parasal destek almışsa veya alacaksa bildirmesi.

12. Geri döndüğünde çalışması hakkında en geç 2 ay içinde rapor sunması gereklidir. Burs ücretinin üçte birlik kısımı bu raporun sunulması sonrasında verilecektir.

13. Burs kapsamında yapılacak yayınlarda, derneğimiz tarafından burs desteği verildiğinin belirtilmesi.

14. Dernek bursları bir kişiye bir defaya mahsus verilir.

15. Aday başka bir kurumdan burs alıyorsa bildirmekle yükümlüdür. Kısmi destek almış olan üyelerin burs kriterleri tekrar değerlendirmeye alınır. Bildirim yapmayan kişilerin bursu iptal edilir.

4- Nasıl kabul alırım?

Mail örnekleri, yer seçiminde dikkat edilmesi gerekenler örneklerle açıklanmıştır.

Referanslar:

1- www.uroweb.org/education/scholarships
2- AUA and European Association of Urology (EAU) Academic Exchange Program - American Urological Association (auanet.org)
3- Ürolojik Cerrahi Derneği (urolojikcerrahidernegi.org)

07) ÜROLOJİK CERRAHİNİN GELECEĞİ: ÜROLOGLAR TARAFINDAN YAPAY ZEKA YARDIMLI & ÜROLOGLARIN DENETİMİNDE ROBOTİK & OTONOM ROBOTİK?

İSMAİL ÖNDER YILMAZ

Otonom robotik cerrahi, cerrahın müdahalesini ortadan kaldırarak cerrahi işlemleri yüksek bir otonomi düzeyinde gerçekleştirebilen robotik sistemleri tanıtan öncü bir alandır. Otonom robotik cerrahi, yapay zeka (YZ) ,makine öğrenimi (ML) ve derin öğrenme (DL) ile desteklenen ve cerrahi müdahalelerde artan otonomi derecelerine sahip robotik sistemlerin entegrasyonunu içeren bir alandır. [1]

Diğer Branşlarda Kullanım Alanları:

STAR (Smart Tissue Autonomous Robot) isimli robot, cerrahlar tarafından belirlenen planlar doğrultusunda çalışır ve insan müdahalesi olmadan barsak anastomozunu otonom olarak gerçekleştirir. [2] TSolution One robotik sistemi, diz protezi ameliyatlarında, kemik oyma işlemlerini belirli bir plan doğrultusunda otonom olarak gerçekleştirir. [3]

Ürolojide Kullanım Alanları:

- **Transüretral Prostat Rezeksiyonu:** PROBOT, ilk ürolojik robot olarak transüretral prostat rezeksiyonunda kullanılmıştır. Bu robot, cerrahın hareketlerini takip ederek prostat dokusunu otonom olarak rezeke etmiştir.[4]

- **Perkütan Taş Cerrahisinde Otomatik Renal Akses:** Nayoga Şehir Üniversitesinde geliştirilen floroskopik otonomik renal akses sistemi ve ultrasonografik konvansiyonel aksesin karşılaştırıldığı çalışmada; ultrasonografik girişin aksine (%14), otonom sistemde hiçbir vakada (%0) erişim sağlanamama durumu olmamakla birlikte, erişim için iğne girişi sayısı otonom sistemde 0.73 kat düşük bulunmuş (p=0,021). [5]

- **Prostatik Aqua Ablasyon:** Aquablation™ isimli sistem yüksek basınçlı su yardımıyla prostat ablasyonuna yaramakta ve büyük ölçüde otonom özellikler içermektedir. Cerrahi sırasında sistoskopik görüntü ve USG kullanılarak prostat otomatik olarak haritalandırılmaktadır. Haritalandırmadan elde edilen veriye göre gönderilen suyun hızı otomatik olarak cihaz tarafından belirlenmektedir. [6]

- **Prostat Brakiterapi:** EUCLIDIAN prostat brakiterapi sistemi; otomatik iğne yönlendirme, gerçek zamanlı görüntüleme ve navigasyon sistemi, otonom doz planlama gibi özellikler içermektedir. [7]

- **Ürolojide Robotik Cerrahi Konsollar:** Ürolojik birçok operasyonda kullanılan Robotik Platformlarda çeşitli otonomik yardımcı uygulamalar mevcuttur; cerrahi alandaki damarlar, sinirler ve diğer kritik anatomik yapılar tanınabilmekte, üç boyutlu haritalama ile cerraha görsel olarak işaretlenebilmekte, dokulara uygulanan kuvveti algılayan sensörler yardımı ile cerraha doku sertliği ve damar içi basınç hakkında haptik geri bildirim verilebilmekte, sisteme entegre navigasyon sistemi ile preoperatif görüntüleme (örneğin, MR veya CT taramaları) ile elde edilen veriler kullanılarak damarlar ve diğer kritik anatomik yapıların cerrahi sırasında izlenmesine yardımcı olunabilmekte, otomatik anjiografi ile ameliyat sırasında damarlar görüntülenebilmekte ve cerrahi işlemin damarlara zarar verip vermediği anında değerlendirilebilmektedir.

Sonuç: Teorik olarak yeterli veri ile cerrahın tüm deneyimi, cerrahi sırasında karar verme mekanizması, hasta bazlı karar verme yetisi, kısacası cerrahı cerrah yapan tüm özellikler otonom sistemlere öğretilebilmektedir. Ancak bunun maksimal cerrahi güvenlikle oluşturulabilmesi için uzun zaman gerekiyor gibi görünmektedir. Gelecekte tam otonomik Ürolojik sistemler oluşturulsa dahi, etik açıdan Ürologların denetiminde hibrid sistemler daha olasıdır.

Kaynaklar:

1. Shademan A, Decker RS, Opfermann JD, Leonard S, Krieger A, Kim PCW. Supervised autonomous robotic soft tissue surgery. Sci Transl Med. 04 Mayıs 2016;8(337):337ra64.

2. Saeidi H, Opfermann JD, Kam M, Wei S, Leonard S, Hsieh MH, vd. Autonomous robotic laparoscopic surgery for intestinal anastomosis. Sci Robot. 26 Ocak 2022;7(62):eabj2908.

3. Liow MHL, Chin PL, Pang HN, Tay DKJ, Yeo SJ. THINK surgical TSolution-One® (Robodoc) total knee arthroplasty. SICOT J. 2017;3:63.

4. Yang GZ, Cambias J, Cleary K, Daimler E, Drake J, Dupont PE, vd. Medical robotics-Regulatory, ethical, and legal considerations for increasing levels of autonomy. Sci Robot. 15 Mart 2017;2(4):eaam8638.

5. Taguchi K, Hamamoto S, Okada A, Sugino T, Unno R, Kato T, vd. A Randomized, Single-Blind Clinical Trial Comparing Robotic-Assisted Fluoroscopic-Guided with Ultrasound-Guided Renal Access for Percutaneous Nephrolithotomy. J Urol. Eylül 2022;208(3):684-94.

6. Hwang EC, Jung JH, Borofsky M, Kim MH, Dahm P. Aquablation of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev. 13 Şubat 2019;2(2):CD013143.

7. Podder TK, Buzurovic I, Huang K, Showalter T, Dicker AP, Yu Y. Reliability of EUCLIDIAN: an autonomous robotic system for image-guided prostate brachytherapy. Med Phys. Ocak 2011;38(1):96-106.

08) GENÇ HASTALAR İÇİN ÜROLOJİK YOLCULUK: PEDİATRİK ÜROLOJİDEN ERİŞKİN ÜROLOJİYE GEÇİŞ

AYKUT AKINCI

DENİZLİ DEVLET HASTANESİ, ÇOCUK ÜROLOJİ

Ürogenital sistemin konjenital hastalıkları ile yaşayan birçok birey için yaşam boyu takip esastır. Bu bireylere ergenlik döneminden itibaren sağlanan ürolojik bakım olarak tanımlanan geçiş ürolojisi, son yıllarda daha fazla bireyin yetişkinlik dönemine geçmesiyle birlikte artan bir önem kazanmıştır[1].

Pediatrik bakımdan yetişkin bakımına geçiş yapmak ve genç bir yetişkini kendi sağlık bakımında daha büyük bir rol oynamaya teşvik etmek hem hastalar hem de sağlık çalışanları için zorlayıcı olmaya devam etmektedir. Doğuştan ürolojik sorunları olan hastalar için, ergenlik yıllarında ve sonrasında ürolojik yönetim hedefleri şunları içerir: üst yolların işlevini sürdürmek, mümkünse kontinans sağlamak, enfeksiyonları en aza indirmek, cinsel işlevi iyileştirmek, doğurganlık potansiyelini en üst düzeye çıkarmak ve genel yaşam kalitesini optimize etmek[2]. Pediatrik ürolog tarafından görülen hastaların çoğu uzun süreli takip gerektirmese de, yetişkinlikte de devam eden sorunları olan hastalar yaşam boyu takipten fayda görebilir.

Çocuklardaki nörolojik durumlar arasında meningomyelosel, gergin omurilik, serebral palsi, sakral agenezi ve diğer spinal disrafizmler yer alır. Bu çocuklar idrarı güvenli bir şekilde depolayamaz veya idrarı verimli bir şekilde boşaltamaz. Sonuç olarak, bakımları ömür boyu sürer ve klinik durum kötüleşebileceğinden takip gerektirir. Nörojenik mesanesi olan çocuklar enfeksiyon, üst yol hasarı, nefrolitiazis, üretral darlık ve mesane kanseri riski altındadır. Mesane augmentasyonu metabolik asidoz, kemik mineral yoğunluğu anormallikleri, B12 vitamini eksikliği, augmentasyon perforasyonu ve augmentasyon içinde tümör oluşumu risklerini artırır. İlk augmentasyondan 10 yıl sonra yeniden augmentasyon riski %3,7-5,9 olarak bildirilmiştir[3]. Malignite insidansı %0,6'dır ve tüm hastalar metastazlarla başvurmuş ve hastalıktan ölmüştür[4]. Minnesota ve Utah Üniversitelerindeki yetişkinlere özel spina bifida kliniklerinde yapılan bir inceleme, genç yetişkinlerin %85'inin ilk yetişkin değerlendirmesi sırasında aktif bir sorun bildirdiğini belgelemiştir. Bu genç yetişkinlerin %34'ü cerrahi müdahale gerektirmiştir[5]. Erkek hastalar sıklıkla elektroejakülasyon da dahil olmak üzere üreme konusunda yardıma ihtiyaç duymaktadır.

Hipospadias yaklaşık olarak 200 ila 300 canlı erkek doğumundan 1'inde görülür. Az sayıda çalışma hipospadiasın ve onarımının yetişkinlerde cinsel işlev üzerindeki uzun vadeli sonuçlarını incelemiştir. Hipospadiastaki cinsel işlev bozukluğu en yaygın olarak kordi şiddetinden kaynaklanır. Hipospadias onarımı geçiren erkeklerde penis uzunluğu kontrollere kıyasla önemli ölçüde daha kısa bulunurken, cinsel memnuniyet ve libido kendi kendine bildirilen anketlere göre farklı bulunmamıştır[6]. Doğurganlık, bu durumun anatomik sonuçlarından veya testiküler disfonksiyondan etkilenebilir. Nüfus temelli çalışmalar, hipospadiaslı erkeklerde doğum oranlarının düştüğünü ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının arttığını ortaya koymuştur[7]. Distal onarımları olan erkeklerde semen kalitesi daha düşük bulunmazken, daha proksimal onarımları olan erkeklerde konsantrasyon ve aktif hareketli sperm yüzdesi gibi semen parametrelerinin azaldığı bulunmuştur[8]. Hipospadiasta infertilitenin gerçek insidansı ve etiyolojisi, özellikle ejakülasyon bozukluğu veya azalmış spermatogenezden kaynaklanabileceği düşünüldüğünde, net değildir.

Posterior üretral valfli erkek çocuklar da böbrek fonksiyonlarını korumak ve mesane ile üst kanallarda daha fazla hasarı önlemek için uzun süreli takip gerektirir. Primer valf ablasyonu veya idrar yolu diversiyonu tipik olarak bebeklik döneminde gerçekleşse de, valf mesane sendromu yıllar içinde gelişmeye devam eden ilerleyici bir durumdur. Ürologlar, risk faktörlerini tanımalıdır. Bu risk faktörleri arasında mesane duvarı kalınlaşması, belirgin mesane boynu, rezidüel posterior üretral valfler, üretral darlıklar, poliüri ve dilate üst üriner sistemler yer almaktadır[9]. Uzun süreli bir takip çalışması, yaşam boyu son dönem böbrek hastalığı riskinin %28,5 olduğunu belgelemiştir; bu hastaların %32'si 13 yaşından sonrasına kadar son dönem hastalığa ilerlememiştir[10].

Posterior üretral valvli erkekler yetişkinliğe ulaştıklarında cinsel işlev bozukluğu ve infertiliteden etkilenebilir. Posterior üretral valfli erkekler için uzun vadeli etkilerin gerçek spektrumunu aydınlatmak için yetişkin ve pediatrik doktorlar arasında daha fazla araştırma ve işbirliği gereklidir.

Ekstrofi-epispadias kompleksi bağırsak ve mesane interpozisyonu ile ilişkili uzun vadeli komplikasyonlar açısından risk altındadır. Erkekler ergenlik ve yetişkinlik dönemine ulaştıkça, cinsel işlev, doğurganlık ve kozmetik ile ilgili endişeler ortaya çıkar. Azalan korporeal hacim ve genişleyen pubik simfiz, fonksiyonel penis uzunluğunun azalmasına neden olur. Epispadiaslı erkekler ejakülasyonda da zorluklar yaşayabilir. IIEF ile değerlendirildiğinde, mesane ekstrofisi olan yetişkin erkekler penis uzunluğu, cinsel yetersizlik, kötü kozmetik ve inkontinans ile ilgili endişeler bildirmiştir. Erkeklerin %50'sinden fazlası retrograd ejakülasyon, %20'si ise anejakülasyon bildirmiştir[11]. Kadınlar artan uterus prolapsusu riski ve cinsel işlev bozukluğu nedeniyle daha fazla rekonstrüktif cerrahi gerektirebilir. Mesane ekstrofisi olan yetişkin kadınlarda (ortalama yaş 32) yapılan bir ankette, kadınların %57'si pelvik organ prolapsusu bildirmiş ve bunların %88'i cerrahi müdahale gerektirmiştir. Ankete katılan kadınlar, standart normlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük kadın cinsel işlev endeksi skorları bildirmiştir[12]. Gebelik mümkündür ancak erken doğum riski artmaktadır.

Geçiş sürecinin olumsuz sonuçları olarak hastaneye yatış ve acil servis ziyaretlerinin sayısı ve ek ameliyat ihtiyacı da araştırılmış ve geçiş yapamayan hastaların yatarak tedavi ve acil bakım alma ihtimalinin arttığı gösterilmiştir. Şu anda geçiş ürolojisi konusunda global bir fikir birliği yoktur ve bu hastalar için ürolojik geçişin rolünü inceleyen çok az sayıda bireysel çalışma bulunmaktadır[13]. Ülkemizde de pediatrik ürolojiden, genel ürolojiye geçiş yapan bu hasta gruplarında takip ve tedavi açısından problem yaşanabilmektedir.

Referanslar

1. Morlacco, A., M. Bianco, and F. Dal Moro, (2022), *Transitional care in urology: the road to independence.* Nature Reviews Urology. **19**(12), 691-692.

2. Geada, A., D. Jivanji, D.M. Tennenbaum, A. Ghomeshi, R. Reddy, M. Sencaj, et al., (2024), *Long-term impact of commonly performed operations in pediatric urology on reproductive and sexual health.* Ther Adv Urol. **16**17562872241249083 DOI: 10.1177/17562872241249083.

3. Vajda, P., C.S. Buyukunal, Y. Soylet, N. Danismed, Z. Juhasz, and A.B. Pinter, (2006), *A therapeutic method for failed bladder augmentation in children: re-augmentation.* BJU international. **97**(4), 816-819.

4. Metcalfe, P., M. Cain, M. Kaefer, D. Gilley, K. Meldrum, R. Misseri, et al., (2006), *What is the need for additional bladder surgery after bladder augmentation in childhood?* The Journal of urology. **176**(4S), 1801-1805.

5. Summers, S.J., S. Elliott, S. McAdams, S. Oottamasathien, W.O. Brant, A.P. Presson, et al., (2014), *Urologic problems in spina bifida patients transitioning to adult care.* Urology. **84**(2), 440-444.

6. Kumar, S., V. Tomar, S.S. Yadav, S. Priyadarshi, N. Vyas, and N. Agarwal, (2016), *Fertility potential in adult hypospadias.* Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. **10**(8), PC01.

7. Skarin Nordenvall, A., Q. Chen, C. Norrby, C. Lundholm, L. Frisén, A. Nordenström, et al., (2020), *Fertility in adult men born with hypospadias: A nationwide register-based cohort study on birthrates, the use of assisted reproductive technologies and infertility.* Andrology. **8**(2), 372-380.

8. Miller, M. and D. Grant, (1997), *Severe hypospadias with genital ambiguity: adult outcome after staged hypospadias repair.* British journal of urology. **80**(3), 485-488.

9. Taskinen, S., J. Heikkilä, and R. Rintala, (2012), *Effects of posterior urethral valves on long-term bladder and sexual function.* Nature Reviews Urology. **9**(12), 699-706.

10. Heikkilä, J., C. Holmberg, L. Kyllönen, R. Rintala, and S. Taskinen, (2011), *Long-term risk of end stage renal disease in patients with posterior urethral valves.* The Journal of urology. **186**(6), 2392-2396.

11. Salem, H.K. and M. Eisa, (2012), *Long-term follow-up (18–35 years) of male patients with history of bladder exstrophy (BE) repair in childhood: erectile function and fertility potential outcome.* The Journal of Sexual Medicine. **9**(5), 1466-1472.

12. Deans, R., L.M. Liao, D. Wood, C. Woodhouse, and S.M. Creighton, (2015), *Sexual function and health-related quality of life in women with classic bladder exstrophy.* BJU international. **115**(4), 633-638.

13. O'Kelly, F., L. t'Hoen, B. Burgu, B.B. Marco, R. Lammers, S. Sforza, et al., (2023), *A cross-sectional analysis of paediatric urologists' current practices, opinions and areas of perceived importance in the delivery of adolescent & transitional care.* Journal of Pediatric Urology. **19**(4), 430. e431-430. e438.

09) KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ TANISINDA BELİRSİZ BİR ÖNERİ SUNAN PI-RADS 3 'GRİ ZON' LEZYONLARDA BİYOPSİ KARARI, STRATEJİMİZ NE OLMALI?

DR. ÇAĞRI AKPINAR

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTNAESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Biyopsi-naive erkeklerde sistematik biyopsiye multiparametrik Magnetik Rezonans Görüntüleme (mpMRI) hedefli biyopsinin eklenmesinin klinik anlamlı prostat kanseri (csPCa) tespitini artırdığı bilinmektedir (1,2) ve son kılavuzlar tüm erkekler için biyopsi öncesi mpMRI'yı csPCa'nın iyileştirilmiş tanısının ayrılmaz bir parçası olarak önermektedir (3,4).

Tek başına mpMRI yolağı okuyucular ve merkezler arası değerlendirme farklılıkları nedeniyle özellikle PI-RADS 3 lezyonlarda önemli bir sınırlamaya sahiptir. Çünkü, önceki çalışmalar PI-RADS 3 lezyonların %3-50 gibi çok geniş bir aralıkta csPCa tanısıyla sonuçlanabileceğiNİ bildirilmiştir (5,6). Bu da PI-RADS 3 lezyonların ne kadar heterojen biyopsi sonuçlarına sahip olduğunu göstermektedir. Gereksiz biyopsileri azaltmak adına PI-RADS 3 lezyonlu hangi hastalarda biyopsinin atlanması güncel bir tartışma konusudur. Ayrıca bu sonuç “PI-RADS 3 lezyonu olan tüm hastalarda biyopsi yapmak iyi bir strateji midir?” sorusunu da gündeme getirmektedir.

Tanı süreci boyunca csPCa'nın risk değerlendirmesini optimize etmek için risk hesaplayıcılar kullanılabilir. Yaş, rektal muayene bulguları, prostat spesifik antijen (PSA) seviyesi, prostat hacmi gibi klinik verileri mpMRI ile birleştiren risk hesaplayıcıları, csPCa potansiyel riskini bireysel bazda belirlemeye yardımcı olarak csPCa tespiti ve biyopsi sayısı arasındaki dengeyi iyileştirmeyi hedefler (7). Ancak risk hesaplayıcılar ile oluşturulan model hastalık prevelansına olan bağımlılıkla sınırlıdır ve mevcut toplumda farklı hastalık prevelansı varsa hatalı kalibrasyon gösterebilir. Özellikle PI-RADS 3 grubu bir hastada, PSA dansitesine (PSAd) göre biyopsi kararı alınabilecek iken risk hesaplayıcılar daha düşük risk sunabilir.

Geliştirilen risk sınıflandırmalarından bir diğeride, mpMRI ve prostat spesifik antijen dansitesinin (PSAd) kombine edildiği bir stratejidir (8,9). mpMRI tabanlı çok değişkenli risk araçlarının validasyon süreçleri hala devam ederken, klinik uygulama kolaylığı nedeniyle PSAd değerlerini mpMRI bulgularıyla birleştiren stratejinin rutin kullanımdaki önemi artmaktadır.

PSAd’si yalnızca biyopsi sonucunu değil aynı zamanda csPCa'yı tahmin etmede yararlıdır (10,11). PSAd'nin mpMRI'ye eklenmesinin PI-RADS skorlamasının negatif öngörü değerini iyileştirdiği gösterilmiş ve PSAd ≥0.2 içeren stratejilerin, özellikle mpMRI ile birleştirildiğinde çok yararlı olduğu vurgulanmıştır (5). 2021 de yayınlanan PROMOD raporu, PI-RADS 3 grubunda, biyopsi sayısı ve csPCa tespiti arasındaki en yararlı iki stratejinin birbirine çok yakın oranlarla, PSAd >0.2 yada PSAd >0.15 olan hastalar olduğunu ve %11 oranında csPCa tespit edilememesi pahasına %40-45 gereksiz biyopsinin önlendiğini raporlamıştır (12). Bu benzeri multicenter çalışmalar da ise mpMRI okuyucu standardizasyonun sağlanamaması bu stratejilerin en önemli basamağı olan PI-RADS skoru doğru tespitini sınırlayabilir.

Deneyimli iki radyolog tarafından biyopsileri yapılan ve aynı iki radyolog tarafından mpMRI bulguları tekrar değerlendirilen, homojen bir hasta grubunu içeren bir çalışmanın karar eğrisi analizi sonuçlarıda birbirine yakın en faydalı stratejilerde yaklaşık %50 oranında önlenmiş gereksiz biyopsi ve azalmış ISUP grade 1 tanısı ile birlikte, yaklaşık %17 hastada csPCa tanısının kaçırıldığını raporlar (13). PI-RADS 3 hastalarda bu stratejilerin en önemli ortak özellikleri ise PSAd≥0,15 cut-off değeridir**.** Bununla birlikte bu cut-off değeri ile klinik olarak en faydalı yaklaşıma rağmen, csPCa kaçırma oranını ve ilişkili klinik riskleri hastaların kabul etmeyebileceğini de vurgular. Cut-off PSAd ≥0,10 kabul edildiğinde csPCa kaçırma riskinin %9'a düştüğünü, fakat bu durumda %70'e yakın gereksiz biyopsi yapılmış olacağını da belirtir. Yine de, klinik riskleri kabul etmeyen hastalar için bu strateji daha değerlidir.

Sonuçların genel olarak PI-RADS 3 lezyonlu hastalarda PSAd<0.15 ise biyopsiden kaçınılması gerektiğini desteklediğini söyleyebiliriz. Güncel EAU Kılavuzu ise PI-RADS 3 hastalarda PSAd'si <0.10 ise csPCa tanısı alma olasılığının çok düşük olduğunu (%4) raporlar ve biyopsi önermez. Ancak %1'de olsa csPCa tanısını atlamak istemeyen klinisyenlerin tüm PI-RADS 3 hastalardan biyopsi yapmak isteyeceği gerçeği de göz ardı edilmemelidir. Bu noktada en yararlı olanın klinisyen ve hastanın her ihtimali bireysel olarak birlikte değerlendirerek karar vermesi olacaktır. Çünkü herkes için tek genel yaklaşım kavramı doğru değildir ve her klinisyen ya da hastanın taşıdığı endişeler ve önceliği farklı olabilir.

Bu noktada gelecek vaat eden önemli yaklaşım ise PSMA/PET MRI'dır ve PI-RADS 3 lezyonlarda çok daha iyi csPCa yakalama oranları ile daha net sonuçlar elde edilebileceğine dair raporlar mevcuttur. 2024 yılında yayınlanmış çok güncel bir veri, Ga-PSMA PET/MRI ile PRIMARY skor hesaplanan PI-RADS 3 lezyonlu hastaları sınıflandırmış ve PRIMARY skor kullanımı ile csPCa tespitinde %91'lik bir doğruluk oranı elde edilmiştir. Ayrıca bu raporda PRIMARY skor 1 ve 2 de hiç csPCa tespit edilmemiş, skor 3 de ise sadece %6'lık cPCa tespit edilmiş ve bu nedenle PRIMARY skoru 4 veya 5 ise PI-RADS 3 lezyonlardan biyopsi yapılmasının daha doğru olduğunu vurgulamıştır (14). Henüz klinik yaygınlığı oluşmamış olsa da PI-RADS 3 lezyonlarda yüksek ayırt ediliciği ve csPCa yüksek pediktive oranları ile gelecekte önemli bir game-changer olarak umut vaad etmektedir.

Referanslar

1. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med*. May 10 2018;378(19):1767-1777. doi:10.1056/NEJMoa1801993

2. Rouvière O, Puech P, Renard-Penna R, et al. Use of prostate systematic and targeted biopsy on the basis of multiparametric MRI in biopsy-naive patients (MRI-FIRST): a prospective, multicentre, paired diagnostic study. *Lancet Oncol*. Jan 2019;20(1):100-109. doi:10.1016/s1470-2045(18)30569-2

3. Bjurlin MA, Carroll PR, Eggener S, et al. Update of the Standard Operating Procedure on the Use of Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for the Diagnosis, Staging and Management of Prostate Cancer. *J Urol*. Apr 2020;203(4):706-712. doi:10.1097/ju.0000000000000617

4. Froehner M, Koch R, Graefen M. Re: Nicolas Mottet, Roderick C.N. van den Bergh, Erik Briers, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol 2021;79:243-62: Comorbidity Measurement in Patients with Prostate Cancer. *Eur Urol*. May 2021;79(5):e138. doi:10.1016/j.eururo.2021.02.005

5. Jambor I, Verho J, Ettala O, et al. Validation of IMPROD biparametric MRI in men with clinically suspected prostate cancer: A prospective multi-institutional trial. *PLoS Med*. Jun 2019;16(6):e1002813. doi:10.1371/journal.pmed.1002813

6. Maggi M, Panebianco V, Mosca A, et al. Prostate Imaging Reporting and Data System 3 Category Cases at Multiparametric Magnetic Resonance for Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus*. May 15 2020;6(3):463-478. doi:10.1016/j.euf.2019.06.014

7. Louie, K.S., Bir Seigneurin, P Cathcart, P Sasieni. Do prostate cancer risk models improve the predictive accuracy of PSA screening? A meta-analysis. *Ann Oncol.* Nov 2015. 26: 848. doi: 10.1093/annonc/mdu525

8. Distler FA, Radtke JP, Bonekamp D, et al. The Value of PSA Density in Combination with PI-RADS™ for the Accuracy of Prostate Cancer Prediction. *J Urol*. Sep 2017;198(3):575-582. doi:10.1016/j.juro.2017.03.130

9. Washino S, Okochi T, Saito K, et al. Combination of prostate imaging reporting and data system (PI-RADS) score and prostate-specific antigen (PSA) density predicts biopsy outcome in prostate biopsy naïve patients. *BJU Int*. Feb 2017;119(2):225-233. doi:10.1111/bju.13465

10. Kosaka T, Mizuno R, Shinojima T, et al. The implications of prostate-specific antigen density to predict clinically significant prostate cancer in men ≤ 50 years. *Am J Clin Exp Urol*. 2014;2(4):332-6.

11. Kundu SD, Roehl KA, Yu X, Antenor JA, Suarez BK, Catalona WJ. Prostate specific antigen density correlates with features of prostate cancer aggressiveness. *J Urol*. Feb 2007;177(2):505-9. doi:10.1016/j.juro.2006.09.039

12. Falagario UG, Jambor I, Lantz A, et al. Combined Use of Prostate-specific Antigen Density and Magnetic Resonance Imaging for Prostate Biopsy Decision Planning: A Retrospective Multi-institutional Study Using the Prostate Magnetic Resonance Imaging Outcome Database (PROMOD). *Eur Urol Oncol*. Dec 2021;4(6):971-979. doi:10.1016/j.euo.2020.08.014

13. Akpinar Cagri, Kuru Oz Digdem, Oktar Alkan, et al. Risk-adapted strategy combining magnetic resonance imaging and prostate-specific antigen density to individualize biopsy decision in patients with PI-RADS 3 'gray zone' lesions *Clin Genitourin Cancer*. 2024 Jun;22(3):102071. doi: 10.1016/j.clgc.2024.102071.

14. Jingyan Shi, Danyan Li, Mengxia Chen, The Value of 68Ga-PSMA PET/MRI for Classifying Patients with PI-RADS 3 Lesions on Multiparametric MRI: A Prospective Single-Center Study *J Nucl Med.* 2024 Apr 1;65(4):555-559. doi: 10.2967/jnumed.123.266742.

ÜCD DERNEK SEKRETARYASI VE KONGRE OFİSİ

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

Angora Cad. Mutlukent Mah. 2007.sok
Vadikent 90 sit. No:41 Beysukent/ Ankara
Tel: 0 312 236 18 55 E-posta: ucd@dernekyonetimi.org
www.urolojikcerrahidernegi.org

ORGANİZASYON SEKRETARYASI

INVICTUS TURİZM KONGRE ve ORGANİZASYON

19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.
Cumhuriyet Apt. No:7 D:1, 34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 230 78 68 Faks: 0 212 234 78 68
E-posta: ucd@invictuscongress.org

www.ucd2024.org