

14. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

VIDEO BİLDİRİMLERİ

VS01**ROBOTİK RADİKAL PERİNEAL PROSTATEKTOMİ; SİNİR KORUYUCU YAKLAŞIM**

Yusuf İlker Çömez¹, Doğukan Sökmen¹, Serkan Akıncı¹, Volkan Tuđcu¹

¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Introduction & Objective:

We aim to present a robotic perineal radical prostatectomy to the patient who is diagnosed with prostate cancer in this video.

Methods:

Sixty-three-year-old male patient underwent a true-cut biopsy of transrectal ultrasonography on PSA 5,6 and the pathology was reported as 3 + 3 adenocarcinoma in 3/12 focus. There was no extraprostatic extension in the lower abdominal multiparametric magnetic resonance imaging for prostate examination. The patient underwent robotic perineal radical prostatectomy.

Results:

The patient was taken to the lithotomy position in the supine position. Lower extremities were taken to the exaggerated lithotomy position. After the skin and subcutaneous fats have passed, the rectum is released with surrounding oily tissues. After placing the gel port in the perineal region, 3 robotic trocars were placed in the gel port and 1 assistant trocar was placed. The operation time is 110 minutes. Blood loss was measured as 60 cc. The patient was discharged on the second postoperative day. Postoperative pathology is gleason 3+3 adenocarcinoma. Surgical margin is negative.

Conclusion:

Robotic perineal radical prostatectomy is a minimally invasive method that can be safely performed in experienced centers.

Anahtar Kelimeler : Robotik perineal prostatektomi, sinir koruyucu cerrahi, prostat kanser

VS02**14 YAŞ ÇOCUK HASTADA DEV PROSTAT RABDOMYOSARKOMU; ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ**

Doğukan Sökmen¹, Yusuf İlker Çömez¹, Volkan Tuğcu¹

¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Robotik radikal prostatektomi sadece prostatın adenokanseri için değil aynı zamanda diğer onkolojik tipleri için de altın standart cerrahi yöntemdir. Bu vakamızda 14 yaşında prostattan köken alan mesane boynunu invaze etmiş çocuk hastaya uyguladığımız robotik radikal prostatektomiye sunmayı amaçladık.

Olgu:

14 yaşındaki erkek hasta, 1 yaşında idrar yapamama sebebiyle doktor başvurusu yapılmış. Hastanın prostat rabdomyosarkomu tanısı konulmuş. Radyoterapi alıp tümörde tamamen regresyon görülmüş. Sonrasında 13 yıl şikâyetsiz olan hastanın şikayetleri tekrarlaması üzerine yapılan kontrollerinde prostatta invaziv radyomyosarkom nüksü izlenmiş. Yüksek düzey kemoterapi ve radyoterapi almasına rağmen tümör progresyonu izlenen hastaya robotik radikal prostatektomi operasyonu ve lenf örneklenmesi yapıldı. Operasyon süresi 260 dakika, Kanama miktarı 330 cc gözlemlendi. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.^[1]

Sonuç:

Genitoüriner yerleşimli rabdomyosarkomları genellikle idrar yolu tıkanıklığı, hematüri, karın kitlesi veya bağırsak tıkanıklığı bulgusu verir. Son zamanlarda gelişen radyoterapi cihazları başarıyı arttırsa da cerrahi tedavinin yeri her zaman tartışmalıdır. Komplikasyon oranları minimal olan robotik teknik ile cerrahi rabdomyosarkomlar içinde güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler : Rabdomyosarkom, prostat rabdomyosarkomu, robotik cerrahi

VS03

ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE SÜPER GENİŞLETİLMİŞ LENF NODU DİSEKSİYONUNDA İNFERİOR MEZENTERİK ARTER YARALANMASI

Cem Başataç¹, Haluk Akpınar¹

¹Grup Florence Nightingale Hastaneleri

Radikal sistektomide önerilen süper genişletilmiş lenf nodu disseksiyonu, yüksek riskli prostat kanserli hastalarda da robotik olarak uygulanabilir. Bu teknikte standart genişletilmiş pelvik lenf nodu disseksiyonuna ek olarak paraaortik ve interaortakaval lenf nodları da inferior mezenterik artere (İMA) kadar çıkarılmaktadır. Ancak lenfadenektomi sınırlarının genişlemesi ile operasyon süresi ve operatif komplikasyon olasılığı da artmaktadır.

Bu videoda PSA 8,36 ng/ml iken biyopsi ile 10/14 korda Gleason 4+3 prostat kanseri saptanan 55 yaşındaki hastaya yapılan süper genişletilmiş lenf nodu disseksiyonu sırasında gelişen İMA hasarı ve bu hasarın intraoperatif olarak tamiri sunulmaktadır. Üç ay önce hastaya yapılan preoperatif evrelemede Ga-68 PSMA ile 1 adet sol internal iliak, birer adet bilateral common iliak ve İMA'nın 2 cm altında 1 adet interaortakaval lenf nodunda şüpheli tutulum rapor edildiğinden başka bir merkezde total androjen blokajı başlanmıştır. Yapılan preoperatif değerlendirmede robotik prostatektomiye ek olarak İMA'ya kadar süper genişletilmiş LND yapılması planlanmış, paraaortik lenf nodlarının disseksiyonu esnasında İMA yaralanması gelişmiştir. İntraoperatif olarak prograssp forceps ile tampon yapılarak kanama kontrol edilmiş, yaralanan bölgenin proksimaline ve distaline bulldog klempler konulduktan sonra arter hasarı polipropilen separe dikişler ile onarılmıştır. Post op. tahmini kan kaybı ise 440 mL. olarak belirlenmiş, per ya da post operatif kan transfüzyonu yapılmamıştır. Postoperatif dönemi olağan seyreden hasta postoperatif 5. günde taburcu edilmiş, patoloji tarafından disseke edilen 51 adet lenf nodunun hiçbirinde metastaz görülmediği rapor edilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Lenf nodu invazyonu, prostat kanseri, robotik cerrahi, radikal prostatektomi

VS04

ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYON; SEMPTOMATİK LENFOSEL ROBOTİK EKSIZYONU

Vahit Solak¹, Çağrı Akpınar¹, Evren Süer¹, Ömer Gülpınar¹, Kadir Türkölmez¹, Sümer Baltacı¹, Yaşar Bedük¹
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Prostat adenoca nedeni ile gerçekleştirilen robotik radikal prostatektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu sonrası geç dönemde ortaya çıkan ve düşük oranda gözlenen bir komplikasyon olarak semptomatik lenfösel, robot yardımcı cerrahi tedavi

Hasta: 57 yaşında erkek, prostat adenoca tanısı ile 5 yıl önce robotik radikal prostatektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılmış ve prostat spesmen histopatolojisi Gleason GG(4+3) ve pT3bN0 olarak raporlanmış olan hasta. Son 2 yıl içerisinde pelvik bölgede kist nedeni ile iki kez kist aspirasyonu gerçekleştirilmiş olup, hastada yaklaşık 2 aydır devam eden sağ suprapubik ağrı, ateş, titreme şikayetleri nedeni ile çok kez antibiyotik tedavisi uygulanmış. Şikayetleri gerilemeyen ve kliniğimize başvuran hastanın yapılan tahlillerinde lökositozu mevcut olup CRP:62, Kre:0,90 idi. En son bakılan tPSA;0,01 olup çekilen abdominal-pelvik BT de; Sağ ana iliak arter medial komşuluğunda koronal planda 52x45 mm boyutlarında çevresel kontrast tutan yoğun içerikli sıvı kolleksiyonu ve kolleksiyon periferinde yağ planlarında heterojenite, yine sağ parailiak bölgede reaktif 22x12 mm iki adet lenf nodu şeklinde raporlanması üzerine, hastaya robotik kist eksizyonu planlandı.

Cerrahi yöntem: Genel anestezi altında steril örtünmeyi takiben kistik lezyonun sağ üretere yakınlığı nedeni ile hastaya robotik cerrahi öncesi litotomi pozisyonu verilerek sağ üretere guide üzerinden ureter kateteri yerleştirildi. Ardından palmar noktasından veress iğnesi ile abdomene girildi. İntraabdominal kavite basıncı 15 cm H2O ya gelince kadar CO2 insülfle edildi. Ardından umblikusun 2 cm üzerinden kamera portu girildi. Kamera portundan 8 cm mesafe ile 1 adet solda ve 1 adet sağda olmak üzere iki adet robotik trokar girildi. Sağ robotik trokarın 8 cm lateralinden 1 adet 12 mm lik girildi. Ardından hasta 30 derece supin trendelenburg pozisyonuna alındı. Sağ robotik kola monopolar makas sol medial kola bipolar fenestra forceps yerleştirildi. İlk olarak sağ ureter bulundu ve askıya alındı. Sonrasında sağ eksternal iliak arter bulundu ve posterior medialinde kalın duvarlı kistik lezyon görüldü. Kist duvarı rezektü edildi. Kist duvarının eksternal iliak vene ileri derece yapışık olması nedeniyle rezeksiyon sırasında eksternal iliak ven açıldı ve eş zamanlı olarak 4/0 prolene sütür ile onarıldı. Lezyonun jelimsi içeriği ile beraber kist duvarı endobag içerisine alındı. Lezyonun olduğu loj rifosin ile yıkanıp redon dren konuldu. Tüm portlar tek tek direkt görüş altında çekildi. Ardından kamera portundan spesmen dışarı çıkarıldı ve tüm port insizyon hatları anatomik plana uygun olarak kapatılarak işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon sırasında sağ eksternal iliak ven yaralanması olan hastada eş zamanlı robotik onarım gerçekleştirildi. Hastada toplam operasyon süresi 230 dk, toplam konsol süresi 150 dk olarak belirlendi. İntraoperatif kan kaybı yaklaşık 120 ml ölçüldü. Postoperatif dönemde bir kez ateşi olan, fakat alınan kültürde üreme görülmeyen hastaya enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile 7 gün antibiyotik tedavisi verildi. Operasyon sonrası dördüncü gün dren alındı ve hasta antibiyotik tedavisi sonrası 7. günde taburcu edildi. Taburuluk sonrası aktif şikayeti olmayan hastada spesmen histopatolojisi, süperatif aktif inflamasyon gösteren fibrolipomatöz doku olarak raporlandı.

Sonuç: Robotik prostatektomi cerrahisi sonrası özellikle yüksek tümör hacmi, seminal vezikül invazyonu bulunan yada pozitif lenf nodu olan olgularda lenfösel gelişimi açısından dikkat edilmedir. Bu hasta grubunda semptomatik hale gelen lenfösel tedavisinde de kombine 3D görüş ve enstrümantel açılma avantajı ile büyük pelvik lenfösel yada seminal vezikül kistlerinin robot yardımcı laparoskopik yaklaşımla eksize edilmesi uygulanabilir bir yöntemdir.

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

VS05**ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ VE EŞ ZAMANLI PARA-AORTİK LENF NODU DİSEKSİYONU**

Doğukan Sökmen¹, Yusuf İlker Çömez¹, Serkan Akıncı¹, Volkan Tuğcu¹

¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Böbrek tümörlerinde robotik parsiyel nefrektomi (RPN), laparoskopik cerrahi ile ilişkili bu dezavantajları elemine etmek için iyi bir alternatif olarak yerini almaktadır. Özellikle ameliyat sonrası komplikasyon riskini arttırmadan ek cerrahi müdahalelere de imkan vermektedir. Bu vakamızda robotik parsiyel nefrektomi sonrasında testis tümöründen kalıntı olan para-aortik kitlenin eksize edilmesini operasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

43 yaşındaki erkek hasta, 10 yıl önce testis tümöründen opere olmuş. Patolojisi mikst germ hücreli karsinom gelmiş ve ameliyat sonrası kemoterapi tedavisini almış. Kontrollerinde 60x40 mm boyutlarında, para-aortik yerleşimli, muhtemelen canlı hücre içermeyen takipli bir lenfadenopatisi mevcutmuş. Fakat son dönem rutin kontroller sırasında yapılan tetkiklerde insidental olarak çekilen kontrastlı tomografide sol böbrek üst polde 32x31mm boyutunda RCC ile uyumlu lezyon izlendi. Hastaya eş zamanlı robotik cerrahi ile sol böbrek tümörüne parsiyel nefrektomi eş zamanlı sol para-aortik lenadenopati eksizyonu yapıldı. Operasyon süresi 180 dakika, Kanama miktarı 100 cc gözlemlendi. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Robotik parsiyel nefrektomi, nefron koruyucu cerrahiye uygun böbrek tümörlerinin tedavisinde, geleneksel yöntemlere göre oldukça üstün şekilde bir cerrahi imkanı vermekle birlikte, seçilmiş bazı vakalarda ek patolojilerin aynı seansta komplikasyonsuz giderilmesi için operasyon imkanı sunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Renal hücreli karsinom, Robotik parsiyel nefrektomi, paraaortik lenfadenopati, testis tümörü

VS06

ALLOGRAFT BÖBREKTE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Yarkın Kamil Yakupoğlu¹, Yakup Bostancı¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, kliniğimizde allograft böbreğe uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizi size sunmayı amaçladık

Hasta ve Metod: 69 yaşında erkek, hipertansiyona sekonder sekonder son dönem böbrek yetmezliği sebebiyle 45 ay hemodiyaliz programı sonrasında, 2006 yılında kliniğimizde kadavradan renal transplantasyon yapıldı. Posttransplant dönemde greft fonksiyonunda sorun saptanmayan hastanın 150. ayda 2018 yılında rutin nefrolojik kontrolleri sırasında yapılan ultrasonografisinde transplante böbrek üst polde 3 cm'lik kitle tespit edilmiş. Yapılan manyetik rezonans (MR) incelemede transplante böbrek üst pol medial kesimde 28x24 mm'lik T2 kesitlerde hipointens düzgün sınırlı, difüzyon kısıtlayan lezyon izlendi ve batin içerisinde diğer organlarda ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) metastaz bulgusu izlenmedi. Kitlenin vasküler yapılar ile ilişkisini anlamak için çekilen BT anjioda sol iliak fossadaki transplante böbreğin medialinde sol nativ üreterin komşuluğunda ve aortanın medialinde olduğu görüldü. Kitle için R.E.N.A.L. skoru 7p idi.

Hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi ve kitlenin kolon komşuluğunda, aortanın medialinde olması nedeniyle ablatif yaklaşımlar için uygun olmadığına karar verildi. Hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı.

Sol 60 derece yan pozisyonda umblikusun 2 cm sağ lateralinden 12 mm'lik optik port girildi. Direk görüş altında sol pararektal umblikusun üzerindeki seviyeden 5 mm, sol pararektal umblikusun altı seviyesinden 12 mm'lik çalışma portu girildi. Son olarak sol subkostal bölgeden ekartasyon için 5 mm'lik çalışma portu girildi.

Öncelikle inen kolon medialize edildi. Greft böbrek ortaya konulduktan sonra intraoperatif laparoskopik ultrason probu yardımı ile kitle sınırları ortaya kondu. Kitlenin greft böbreğin üst pol orta zon bileşkesinde olduğu ve hemen üzerinde sol nativ üreterin seyrettiği, daha medialde ise aortaya komşu olduğu görüldü. Üreter soğuk makas yardımı ile disseke edilerek kitle sınırından ayrıldı. Böbrek inferiorda monopolar koter yardımı ile disseke edildiğinde allograft böbreğin arter ve venine ulaşıldı. Renal vasküler yapılar eksternal iliak arter ve vene kadar disseke edildi. Arter ve ven enbloc olarak vasküler teyp ile askıya alındı. Sonrasında kitle etrafındaki perinefritik yağlı doku ultrason yardımı ile disseke edildi ve kitle sınırlarına monopolar hook koter ile işaret konuldu. Vasküler yapılar 2 adet endo bulldog ile en-bloc olarak tutuldu. Kitle bir miktar sağlam böbrek parankimi ile birlikte bütünlüğü bozulmadan eksize edildi. Sonrasında defektin tabanı 2/0 26 mm V-Loc ile, parankimin kenarları ise 2/0 37 mm vicryl ile kayan klip tekniği ile kapatıldı. Sonrasında bulldog klempler alındı ve kanama olmadığı görüldü. Kitle endobag içerisine yerleştirildi ve sol alt kadrandaki modifiye Gibson insizyonundan vücut dışına alındı.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına çıkışına kadar geçen süre 100 dk, sıcak iskemi süresi 13 dk, tahmini kan kaybı 70 cc idi. Postoperatif 1.gün oral başlandı ve ilerletildi, foley sondası çekildi. Postoperatif 2. gün ateşi çıkan hastaya ampirik piperasilin-tazobaktam başlandı. Postoperatif 3.gün sump direni çekildi. Enfeksiyon etkeni bulunamayan ve takiplerinde ateşi olmayan hasta postoperatif 7.gün taburcu edildi.

Patoloji sonucu papiller tip 1 renal hücreli karsinom, Fuhrman grade 2, patolojik evresi pT1a, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı.

Postoperatif 9 aylık takipleri içerisinde, 1.haftada kreatinin değeri 1,45 mg/dL, 3.ayda 1,55, 6. Ayda 1,42 mg/dL olarak ölçüldü. Kontrollerinde nüks veya metastaz saptanmadı.

Sonuç: Allograft böbrekte kitleler nadir rastlanılan hastalıklar olmakla birlikte, hastalık yönetiminde parsiyel nefrektomi laparoskopik olarak tecrübeli merkezlerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : Allograft böbrek, renal transplantasyon, laparoskopi, parsiyel nefrektomi

VS07**SOL BÖBREK TÜMÖRÜNDE NON-İSKEMİK, TÜMÖR SELEKTİF DAMAR KLEMLİ ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ**

Doğukan Sökmen¹, Yusuf İlker Çömez¹, Serkan Akıncı¹, Volkan Tuğcu¹

¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Robotik parsiyel nefrektomi (RPN), laparoskopik cerrahi ile ilişkili bu dezavantajları elemine etmek için iyi bir alternatif olarak görülmektedir. Fakat tüm cerrahi yöntemlerde böbreğin iskemi süresi önem arz etmektedir. Bu vakamızda hiç iskemi yapılmadan sadece böbrek üst polde bulunan tümöral dokuyu besleyen arter ve venleri kapatarak gerçekleştirdiğimiz robotik parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

54 yaşındaki kadın hasta, rutin kontroller sırasında yapılan tetkiklerde insidental olarak US' de sol böbrek üst polde 52x47mm boyutunda RCC ile uyumlu lezyon izlendi. Çekilen Kontrastlı Abdomen MR da sol böbrek üst pol kitlesi olduğu doğrulandı. Hastaya tümöre spesifik damar selektif teknikle robotik sol parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 150 dakika, Kanama miktarı 300 cc gözlemlendi. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Robotik parsiyel nefrektomi, nefron koruyucu cerrahiye uygun böbrek tümörlerinin tedavisinde, geleneksel yöntemlere göre oldukça üstün şekilde bir cerrahi imkanı vermekle birlikte, seçilmiş bazı vakalarda tümöre spesifik damar selektif teknikle kalan böbrek dokusunun vialitesini etkilemeden operasyon imkanı sunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Böbrek tümörü, RCC, Robotik parsiyel nefrektomi, selektif klemp yöntemi

VS08

MULTİFOKAL BÖBREK TÜMÖRÜNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİÖmer Demir¹, Bilgin Öztürk²¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi , Üroloji Bölümü²İzmir Özel Can Hastanesi, Üroloji Bölümü**MULTİFOKAL BÖBREK TÜMÖRÜNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ****AMAÇ**

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE NEFRON KORUYUCU TÜMÖR CERRAHİSİ ÖNEMLİ BİR YÖNTEMDİR VE UYGULAMA ALANLARI GENİŞLEMEDİR. BU VİDEODADA SAĞ BÖBREKTEN KAYNAKLANAN 3 ADET KİTLESEL LEZYONU OLAN HASTANIN TRANSPERİTONOSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYONU SUNULMAKTADIR.

YÖNTEM

53 YAŞINDAKİ ERKEK HASTANIN KONTROL AMAÇLI YAPILAN TETKİKLERİNDE SAĞ BÖBREKTE 3 AYRI ODAKTA (ÜST POLDE 6 CM, ORTA KESİMDE 1,5 CM VE ALT POLDE 2 CM ÇAPINDA) KİTLE SAPTANDI. NEFRON KORUYUCU CERRAHİ YAPILMASINA KARAR VERİLDİ. TRANSPERİTONEAL YÖNTEMLE YAPILAN OPERASYONDA 5 TROKAR KULLANILDI. KARACİĞER EKARTE EDİLDİKTEN SONRA BÖBREK İNFERİOR VE MEDİALDEN SERBESTLENEREK PEDİKÜLE ULAŞILDI. RENAL ARTER VE VEN AYRI AYRI DİSEKE EDİLDİ VE ASKIYA ALINDI. KİTLELER ÇEVRE DOKULARDAN SERBESTLEŞTİRİLDİ. İLK OLARAK İSKEMİ OLUŞTURULMADAN ALT POLDEKİ VE ORTA KESİMDEKİ KİTLELER SOĞUK MAKAS İLE EKŞİZE EDİLDİ. BÖBREK PARANKİMİ 3/0 V-LOC SÜTÜR İLE KAPATILDI. SONRASINDA RENAL ARTER VE VEN KLEMPLENEREK ÜST POLDEKİ BÜYÜK KİTLE EKŞİZE EDİLDİ. SAĞLIKLI PARANKİM 3/0 V-LOC SÜTÜR İLE KAPATILDI VE HEMAOSTATİK AJAN UYGULANARAK KANAMA KONTROLÜ SAĞLANDI.

BULGULAR

OPERASYON SÜRESİ 150 DAKİKAYDI. OPERASYON SIRASINDA KANAMA 200 MİLİLİTREYDİ. İSKEMİ SÜRESİ 20 DAKİKAYDI. OPERASYON SONRASI 2. GÜNDE HASTANIN DRENİ ÇEKİLDİ, TABURCU EDİLDİ. PATOLOJİ SONUCU TÜM ODAKLAR İÇİN: PAPİLLER TİPTE RENAL HÜCRELİ KARSİNOM, FUHRMAN NÜKLEER GRADE 2, CERRAHİ SINIRLAR (-) OLARAK TESPİT EDİLDİ.

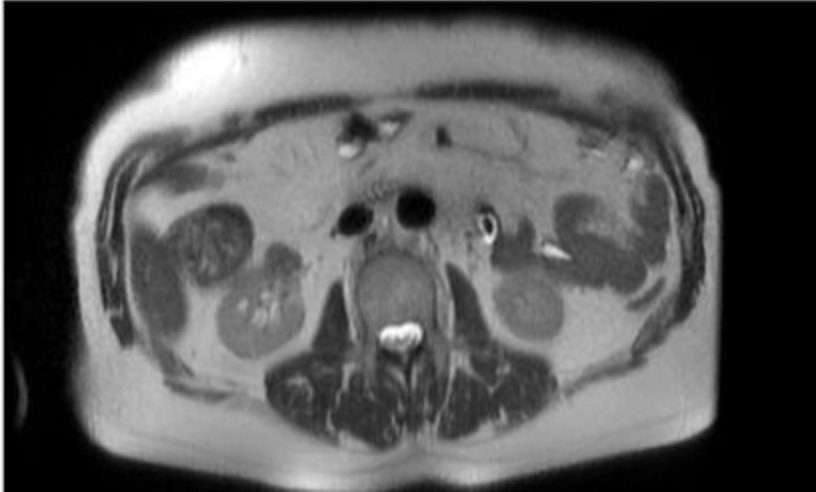
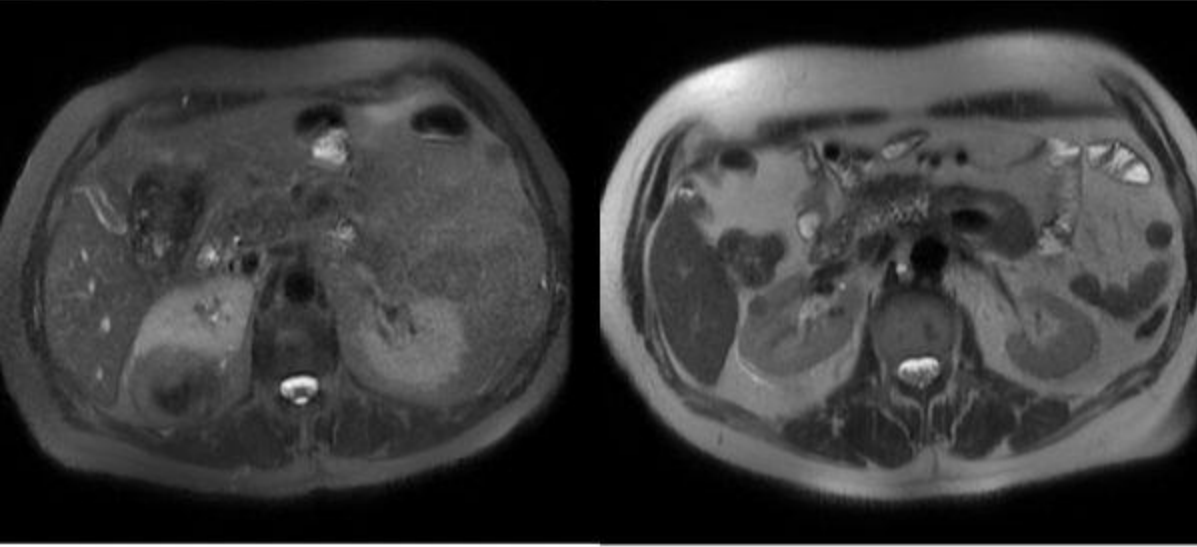
SONUÇ

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ DİĞER YÖNTEMLERE GÖRE DAHA AZ İNVAZİV BİR YÖNTEMDİR. LAPAROSKOPİ DENEYİMİ ARTTIKÇA RENAL KİTLELERDE DAHA GENİŞ UYGULAMA ALANLARINDA HASTA ADINA GEREK ONKOLOJİK GEREK CERRAHİ AVANTAJLARIYLA BAŞARIYLA UYGULANABİLECEK BİR YÖNTEMDİR.

Anahtar Kelimeler : LAPAROSKOPİ, PARSİYEL, NEFREKTOMİ, RCC

Resimler :

Resim Açıklaması: MR



Resim Açıklaması: PATOLOJİ: PAPİLLER TİPTE RCC, FUHRMAN GRADE 2, CERRAHİ SINIRLAR (-)



VS09**LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL KİTLE EKSIZYONU: PARAGANGLİOMA**

Uğur Yücetaş¹, Erkan Erkan¹, Semih Aktaş¹, Cihat Genç¹, Erkan Sönmezay¹, Mustafa Kadıhasanoğlu¹, Mahmut Gökhan Toktaş¹

¹Sbü İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Amaç: Bu video sunumda laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu sonrası patolojisi paraganglioma olarak gelen olguya ait operasyonu sunmayı amaçladık.

Olgu: Ultrasonografide sol böbrek renal hilus düzeyinde kitle saptanması sonucu üroloji bölümüne sevk edilen 68 yaşında erkek hastanın çekilen MR görüntülemesinde 47*41 mm boyutunda lobüle konturlu malign özellikte kitle olduğu tespit edildi. Hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanım öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde ve laboratuvar incelemesinde özellik yoktu. Evrelendirme amacıyla yapılan PET-BT'de kitlenin metabolik aktivitesinin olduğu ve metastatik başka bir lezyon olmadığı saptandı. Hastaya laparoskopik olarak kitle eksizyonu planlandı. Sağ lateral dekübitis pozisyonuna alınan hastada operasyon 2 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon devriye edildikten sonra böbrek alt polü seviyesinde üreter bulundu ve takip edilerek renal pediküle ulaşıldı. Bu seviyede yaklaşık 5 cm boyutunda kistik görünümde kitle görüldü. Künt ve keskin diseksiyon ile vasküler yapılardan izole edilerek eksizyon tamamlandı. Hemostaz sağlandıktan sonra organ torbasına yerleştirilen tümör trokar insizyonundan dışarı alındı. Loja bir adet silikon dren konularak işleme son verildi. Peroperatif herhangi bir sorun olmadı. Postoperatif 2. gün dreni alınan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu paraganglioma (Pigmente tip, cerrahi sınır negatif) olarak rapor edildi. Postoperatif 6. ayında yapılan radyolojik incelemede nüks saptanmayan hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: Retroperitoneal paraganglioma, sempatik zincirle bağlantılı olarak aort boyunca simetrik olarak dağılmış nöral krest hücrelerinden kaynaklanmaktadır. Bu dokular adrenal medullada oluşursa feokromositoma adını alır ve katekolamin salgılar. Paraaortik bölgede kaldığında ekstra adrenal, retroperitoneal paraganglioma olarak gelişebilir. Paragangliomaların çoğu iyi huylu olup, postop hasta konforu ve kozmetik endikasyonlarından ötürü laparoskopik cerrahi ile eksizyon öncelikli olarak tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Laparoskopi, Paraganglioma, Retroperiton

VS10**DİVERTİKÜL İÇİ MESANE TÜMÖRLÜ OLGUDA ENDOSKOPİK DİVERTİKÜL EKSIZYONU : VIDEO GÖSTERİM**Cavit Can¹, Ata Özen¹, İyimser Üre¹¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ad

45 yaşında erkek hasta kliniğimize aralıklı hematüri ve idrar yapma güçlüğü ile başvurdu. Yapılan üriner ultrasonografisinde mesane içerisinde yer kaplayan multipl tümöral lezyonlar görülmesi nedeniyle hastaya sistoskopi yapıldı. Yapılan sistoskopide mesane sağ yan duvarda miks yapıda multipl tümöral oluşumların yanı sıra sağ alt köşede divertikül yapısı ve bu divertikül içerisinde de papiller tümöral oluşumlar görüldü. Hastaya aynı seansta tümöral oluşumların rezeksiyonu sonrasında divertikül içi tümörlere transüretral endoskopik divertikül eksizyonu işlemi yapıldı.

Bu bildiride, yapılan divertikül eksizyonu işlemi görsel olarak sunulmaktadır. Divertikül içi tümörleri nadiren görülürler. Bu tip hastalarda TUR işlemini gerçekleştirmek mümkün değildir. Bu olguda; divertikül boynu Collins bıçağı ile çepeçevre insize edilerek seroza düzeyine kadar inilmiştir. Divertiküler yapının detrusör adelesi ile bağlantılı yerleri tümüyle ayrıldıktan sonra serozal düzeyde elektrik akımı kullanılmadan Collins bıçağı ve standart loop ile künt diseksiyonla divertikül duvarı serozadan ayrıştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler : mesane kanseri, divertikülektomi

VS11**SOLID MESANE TÜMÖRLERİNİN BİPOLAR LOOP İLE TRANSÜRETRAL EN-BLOCK REZEKSİYONU: TEKNİK VE ONKOLOJİK ENDİŞELER**

Mehmet Umut Kütükoğlu¹, İlker Tinay¹

¹Marmara Üniversitesi Üroloji Abd

SOLID MESANE TÜMÖRLERİNİN BİPOLAR LOOP İLE TRANSÜRETRAL EN-BLOCK REZEKSİYONU: TEKNİK VE ONKOLOJİK ENDİŞELER

Mehmet Umut Kütükoğlu¹, İlker Tinay¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Tek ve solid görünümlü mesane tümörü nedeniyle en-block rezeksiyon uygulanan iki hastanın ameliyat görüntüleri ve patolojik bulguları eşliğinde, teknik ve onkolojik olarak

dikkat edilmesi gereken ayrıntıların tartışılması

Olgular ve Bulgular:**i) Birinci Hasta:**

Elli yedi yaşında erkek hastada sağ yan duvarda ultrasonografi ile saptanan 20x20 mm. boyutta tümöral kitlenin transüretal cerrahi tedavisinde bipolar loop kullanılarak en-block rezeksiyon tekniği uygulandı. Tümör çevresinde koterize edici akım ile mukoza işaretlendikten sonra kesici akım kullanılarak, derin kas tabakası ile birlikte tümöral kitle rezeke edildi. Ana tümörün en-block çıkarılmasından sonra, görsel olarak yeterli derinlikte rezeksiyon yapıldığının izlenmesi üzerine rezeksiyon alanının kenarları koterize edilerek işleme son verildi. Postoperatif erken dönemde intravezikal kemoterapi uygulanmadı. Postoperatif 24. Saatte üretal kateter çekildi. Hastaya postoperatif 6. Haftada uygulanan reTUR patolojisi ürotelyal displazi (incelenen örnekte lamina propria ve muskularis propria görülmüş olup, invazyon izlenmemiştir.) olarak rapor edildi.

En-block rezeke edilen tümör dokusunun histopatolojik inceleme sonucu evre pT1 (lamina propria invazyonu mevcuttur, muskularis propria izlenmemiştir) yüksek dereceli (WHO 2016/ISUP) ürotelyal karsinom olarak rapor edildi.

ii) İkinci Hasta:

Elli yaşında erkek hastada sağ yan duvarda USG ile saptanan 15x20 mm. boyutta tümöral kitlenin transüretal cerrahi tedavisinde bipolar loop kullanılarak en-block rezeksiyon tekniği uygulandı. Tümör çevresinde koterize edici akım ile mukoza işaretlendikten sonra kesici akım kullanılarak, derin kas tabakası ile birlikte tümöral kitle rezeke edildi. Ana tümörün en block çıkarılmasından sonra tümör tabanında yeterli rezeksiyon sağlanmadığı düşünüldü ve tümör

tabanına rezeksiyon uygulanarak ayrı olarak patolojiye yollandı. Postoperatif erken dönemde intravezikal kemoterapi uygulanmadı. Postoperatif 24. Saatte üretral kateter çekildi.

En-block rezeke edilen tümör dokusunun histopatolojik inceleme sonucu evre pT1 (lamina propria invazyonu mevcuttur, muskularis propria izlenmemiştir) yüksek dereceli (WHO 2016/ISUP) ürotelyal karsinom, tümör tabanı olarak gönderilen spesmenin histopatolojik inceleme sonucu pT2 (muskularis propria invazyonu "pozitif ") yüksek dereceli (WHO 2016/ISUP) ürotelyal karsinom olarak rapor edildi.

Sonuç:

Solid mesane tümörlerinin en-block rezeksiyon tekniği ile çıkarılması, histopatolojik değerlendirme açısından avantajlıdır. Ancak endoskopik görüntü altında yeterli derinlikte rezeksiyon yapıldığı düşünülse de patolojik değerlendirmede kas dokusu mevcut olmayabilir. Solid tümörlerde en-block rezeksiyon sonrasında tümör tabanından ek örnekleme yapılması, onkolojik açıdan daha güvenli gözükmektedir.

Uygun teknik ile yapılan en-block tümör rezeksiyon tekniğinin, güvenlik ve onkolojik sonuçlar açısından konvansiyonel mesane tümörü TUR yöntemine kıyasla farklılık yaratıp yaratmadığı konusunda yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: solid mesane tümörü, en block rezeksiyon, TUR

Anahtar Kelimeler : solid mesane tümörü, en block rezeksiyon, TUR

VS12

ALT ÜRETER TÜMÖRÜNDE HOLMİYUM LAZER ABLASYONİlker Akarken¹, Hasan Deliktaş¹, Hüseyin Tarhan¹, Hayrettin Şahin¹¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Üroloji A.d**GİRİŞ**

Üriner sistemin ürotelial kanseri ile oldukça sık karşılaşılmasına rağmen, bu tümörlerin yaklaşık %90-95'ini mesane kanserleri oluşturmakta, kalan %5-10'luk kısım ise üst üriner sistem ürotelial kanserlerinden (ÜÜST) oluşmaktadır¹. ÜÜST insidansı yüz binde ikidir ancak son iki dekatta, gelişmiş görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile, giderek yükselmektedir. Benzer şekilde, ortalama tanı yaşı 68'den 73' çıkmıştır². ÜÜST tedavisinde altın standard radikal nefroüretrektomi olmasına karşın üreterorenoskopi tanı aşamasının yanı sıra, minimal invaziv tedavide de kullanılmaktadır.

OLGU

84 yaşında sol distal üreterde tümörü olan hastaya yapılan üreterorenoskopi ve holmiyum lazer ablasyonu rapor ettik. Soy geçmişinde özellik olmayan hastanın özgeçmişinde KBY, KOAH, DM ve hipertansiyon vardı. Nefroloji kliniğinden tarafımıza konsülte edilen hastanın sol yan ağrısı, nefes darlığı ve bacaklarda şişlik yakınmaları vardı. Fizik muayenede sol kostovertebral açı hassasiyeti ve bacaklarda üç pozitif pretibial ödem dışında bulgu saptanmadı. Biyokimyasal tetkiklerinde üre-kreatin yüksekliği (üre:114,6,1- kre:3,18, tGFR: 17,85) vardı, hemogram değerleri normaldi. Üriner sistem USG' sinde her iki böbrekte en büyükleri sağda 8 cm çapa ulaşan çok sayıda kist, sol böbrek orta kesiminde 3 mm boyutlarında taş ve sol böbrekte grade 2 hidronefroz mevcuttu. Kontrastsız batın tomografisinde ultrason bulgularına ek olarak sol üreterin distale kadar dilate olduğu ve mesaneye yaklaşık 2-3 cm'lik kesimde, üreter lümeninde yumuşak doku dansitesinde 10 mm çaplı nodüler oluşum izlendi (Resim1). Hastaya sol üreterorenoskopi ve holmium lazer ile tümör ablasyonu uygulandı (Resim2). Post-op dönemde komplikasyon gelişimi izlenmedi ve hasta post-op 1. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu; düşük dereceli, non-invaziv papiller ürotelyal karsinom, lamina propria invazyonu izlenmemiştir (pTa) olarak raporlandı. Hastaya üçüncü ay kontrolünde tekrar tanısal üreterorenoskopi yapılması planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

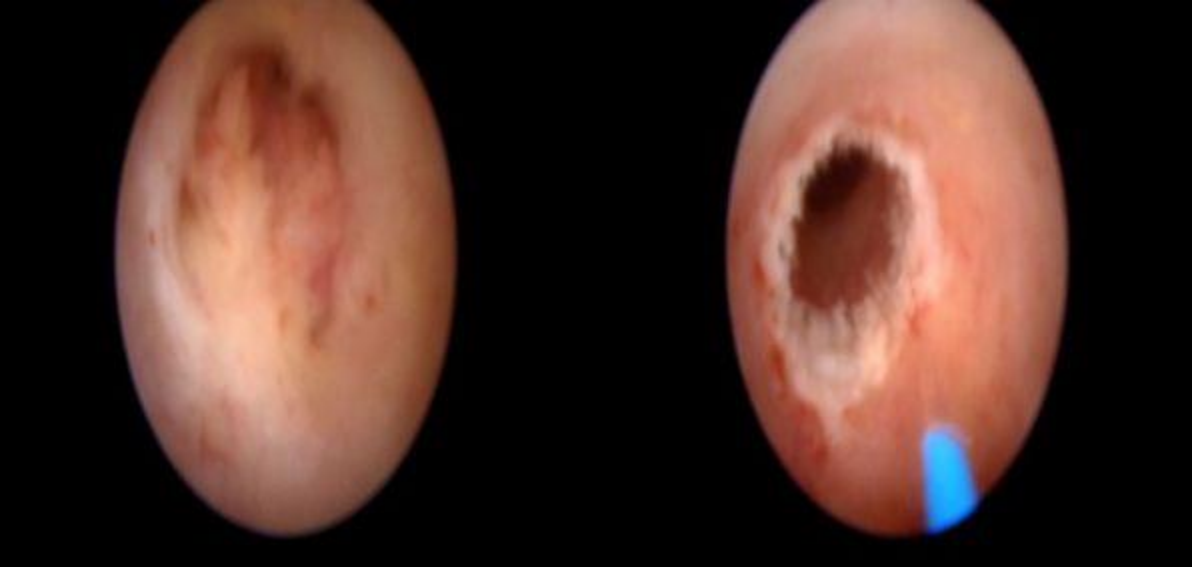
Nadir bir hastalık olarak ÜÜST tanı ve tedavisi gelişim göstermeye devam etmektedir. Özellikle düşük riskli hastalıkta böbrek koruyucu minimal invaziv tedaviye yönelik ilgi giderek artmaktadır. Ancak, böbrek koruyucu cerrahiye uygun hastaları belirlemek zorlayıcı olabilmektedir. Yanlış hasta seçimi onkolojik olarak yetersiz sonuçlar ortaya çıkartabilir. Bizim hastamızda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği, KOAH gibi komorbiditeler varlığında ve 1cm'den küçük soliter tümör varlığında minimal invaziv yöntemler, nüks olasılığı göz önünde bulundurularak, güvenle uygulanabilmektedir. Patoloji sonucunda düşük grade tümör saptananların 5 yıllık kansere özgü sağ kalımı %96'ya kadar ulaşabilmektedir³.

Anahtar Kelimeler : üreter kanseri, holmiyum lazer, ablasyon

Kaynakça : 1. Siegel, R. L., Miller, K. D. & Jemal, A. Cancer statistics, 2018. CA. Cancer J. Clin. 68, 7–30 (2018). 2. Soria, F. et al. Epidemiology, diagnosis, preoperative evaluation and prognostic assessment of upper-tract urothelial carcinoma (UTUC). World J. Urol. 35, 379–387 (2017). 3. Almås, B., Halvorsen, O. J., Gjengstø, P., Ulvik, Ø. & Beisland, C. Grading of urothelial carcinoma of the upper urinary tract according to the World Health Organization/International Society of Urological Pathology classification from 2004 is a valuable tool when considering whether a patient is suitable for endoscopic treatment. Scand. J. Urol. 50, 298–304 (2016).

Resimler :

Resim Açıklaması: Resim-2: Üreter tümörü endoskopik görünüm



Resim Açıklaması: Resim-1: Üreter tümörü tomografi görüntüsü



VS13

VAKA SUNUMU; BİLİNER MESANE TÜMÖR TANILI BİLATERAL ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜMÖRÜ OLAN HASTADA ENDOLÜMİNAL ENÜKLEASYON

Çağrı Akpınar¹, Eralp Kubilay¹, Evren Süer¹, Sümer Baltacı¹, İlker Gökçe¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Mesane tümörü tanısı ile takipli olan ve takiplerinde çekilen BT ürografide bilateral ureterlerde kitle saptanan hastada lazer ile endolüminal enükleasyon tedavisi

Hasta: 60 yaşında erkek, bilinen diabetes mellitus ek hastalığı bulunan, serum kreatinin düzeyi 0,89 olan ve daha öncesinde T1 high grade mesane tümörü tanısı ile izlenen hastanın takiplerinde makroskopik hematürisi olması üzerine yapılan sistoskopi de mesane içerisinde tümör izlenmeyen ve sitoloji sonucu malignite lehine gelmesi üzerine çekilen BT Ürografide sağ böbrekte grade 2 hidronefroz ile birlikte sağ proksimal ureterde 4 cm lik segmenti etkileyen kitle ve ayrıca sol distal ureterde de UV bileşke ile iliak çapraz arasında multiple kitle olarak raporlanması üzerine hastaya tanısız URS planlandı.

Cerrahi yöntem: Genel anestezi altında genel sterilizasyon ve örtünmeyi takiben litotomi pozisyonu verilen hastaya 9f URS ile öncelikle sol uretere girildi. Sol ureter boyunca yaygın tümöral oluşum görüldü. Bunun üzerine sol uretere ek bir eş zamanlı tedavi düşünülmedi ve sağ uretere tanısız olarak girildi. Sağ proksimal ureterde UP bileşkenin 2 cm distalinde yaklaşık 3-4 cm'lik segment boyunca ureteri dolduran kitle olduğu görüldü. Kitlenin ureter lümeninden gelmeyeceği düşünülerek öncelikle 1.0 J & 10 Hz'de lezyona lazer ablasyon uygulandı. Ardından tümör tabanından lazer yardımıyla tümör enükleasyonu gerçekleştirildi ve sonrasında tümöral dokunun proksimal bölümünde tutan doku parçaları olduğu görüldü, bunun üzerine URS'den eş zamanlı olarak iki ayrı çalışma kanalından basket ve lazer gönderildi. Kitle basket ile tutuldu ve tümörün proksimal kesiminde tutan ekler lazer yardımı ile kesildi. Lezyon basket ile dışarı alındı. Rezidü lezyonlar lazer ile ablate edildi. Road runner guide gönderildi ve guide üzerinden 6f 26 cm DJ kateter takıldı. Hastaya 16f sonda takılarak işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Üretral kateter postoperatif yedinci gün alındı. Sağ ureter lezyon histopatolojisi T2 high grade olarak gelmesi üzerine ve sol ureter boyunca da yaygın tümörü bulunan hastaya sol nefroüretrektomi parsiyel sistektomi kararı alındı ve sağ ureter için hasta adjuvan tedavi açısından tıbbi onkolojiye yönlendirildi. 6. Ay kontrol FDG-BT'sinde sağ böbrek ve ureter de herhangi rekürrens izlenmezken kontrol sistoskopilerinde mesane içi tümör görülmedi.

Sonuç: Endolüminal enükleasyon tedavisi minimal invaziv, daha iyi tolere edilebilir olması ve özellikle yüksek grade olduğu düşünülen lezyonlarda doğru patolojik evrelendirme açısından önemli bir tedavi seçeneğidir. Bilateral ureter tümörü olan ve bilateral nefroüretrektomi seçeneğini kabul etmeyen hastalarda postoperatif yakın takip ve adjuvan tedavi ile birlikte minimal invaziv tedavi seçeneği bu grup hastalarda düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler : Üreterorenoskopi, Üst üriner sistem tümörü, Lazer enükleasyon, Endoskopik tedavi

VS14

RADİKAL SİSTEKTOMİLİ VE İLEAL LOOP BULUNAN HASTADA, RENAL PELVİS TÜMÖRÜNÜN PERKÜTAN LAZER ENÜKLEASYONU

Çağrı Akpınar¹, Utku Baklacı¹, Evren Süer¹, Kadir Türkölmez¹, Sümer Baltacı¹, Yaşar Bedük¹, İlker Gökçe¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Mesane tümörü nedeni ile sistektomi ve ileal loop tedavisi yapılmış olan ve takiplerinde yapılan görüntüleme ile sol renal pelviste hidronefroz ve şüpheli kitle saptanan hastada perkütan lazer enükleasyon tedavisi

Hasta: 72 yaşında erkek, bilinen hipertansiyonu bulunan, daha öncesinde invaziv mesane tümörü nedeni ile sistektomi ve ileal loop tedavisi yapılmış hastanın serum kreatinin düzeyi 2,10 olup hastanın takiplerinde sol yan ağrısı nedeni ile çekilen kontrol Üst Abdomen Dinamik MRG'sinde sol böbrek pelvikalisiyel yapılarda ve üreterde grade 2 hidronefrotik görünüm, renal pelvis alt duvarda lümene doğru uzanım gösteren kitle şeklinde raporlanması üzerine hastaya perkütan tümör rezeksiyonu planlandı.

Cerrahi yöntem: Genel anestezi altında genel sterilizasyon ve örtünmeyi takiben Galdakao-Modifiye Valdivia pozisyonu verildi. Sol nefrostomi kateterinden kontrast madde verilerek toplayıcı sistem görüntülendi ve çekilen antegrad piyelografi ile dolun defekti görüntülendi. 19G perkütan giriş iğnesi ile alt-orta kaliksten perkütan giriş sağlandı, idrar geldiği görüldü ve guide wire gönderildi. Guide üzerinden 15 Fr dilatasyon yapıldı ve 16 Fr amplatz sheath yerleştirilerek nefroskop ile girildi. Toplayıcı sistem görüntülendi. Nefrostomi kateterinin etrafında renal pelvisten sol proksimal üretere doğru uzanan papiller lezyon görüldü. Lazer yardımı ile tümör tabanından papiller lezyonun enükleasyonu gerçekleştirildi. Ardından kitle basket ile tutuldu ve dışarı alındı. Rezidü lezyonlar lazer ile ablate edildi. Road runner guide gönderildi ancak ileal loop üreter anastomozu geçilemedi. Bunun üzerine amplatz sheath içerisinden access sheath gönderilerek f-URS ile girildi. Anastomoz hattına ilerlendi ve sensör guide yardımı ile anastomoz hattı geçildi. Guide ucu ileal loop cilt anastomozundan dışarı alındı. Guide üzerinden antegrad 6f 26 cm karbon kaplı DJ kateter takıldı. İşlem sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi. Sol renal pelvis lezyon histopatolojisi Ta High grade olarak geldi. Hasta adjuvan tedavi açısından tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Perkütan lazer enükleasyon tedavisi minimal invaziv seçenek olarak postoperatif yakın takip ve adjuvan tedavi ile birlikte akılda bulundurulabilecek bir alternatiftir

Anahtar Kelimeler : Renal Pelvis tümörü, Radikal Sistektomi, Perkütan Lazer Enükleasyon, Minimal İnvaziv Tedavi

VS15**ROBOT YARDIMLI İNTRAKORPORİYAL İLEAL NEOBLADDER OPERASYONU İÇİN YENİ BİR TEKNİK: ANATOLIAN POŞ**Bülent Önal¹, Çetin Demirdağ¹, Berin Selçuk¹, Uğur Aferin¹, Sinharib Çitgez¹, Zübeyr Talat¹, N. Ahmet Erözenci¹¹Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı**GİRİŞ**

Preoperatif evrelemede özellik saptanmayan, non-metastatik T1 yüksek grade mesane tümörü tanılı, 49 yaşında bir erkek hastaya, robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi ve intrakorporiyal Anatolian Poş ileal neobladder operasyonu uyguladık. Hastamızın vücut Kitle indeksi 21.2 idi. ASA (American Society of Anesthesiologists) skoru 1 olarak hesaplandı.

METOD

6 portlu transperitoneal teknik kullanıldı. Tüm portlar robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomiye kıyasla daha kranyal olacak şekilde yerleştirildi. Kamera portu umblikustan 2 cm ölçülerek kranyale doğru olacak şekilde girildi. Endo GIA stapler için sol tarafa 12 mm bir adet trokar yerleştirildi. 3 adet 8 mm robotik trokar ve 1 adet 10 mm asistan trokarı yerleştirildi. Postoperatif gastrointestinal problemleri engellemek için ileoçekal valvden 15-20 cm ilerlenerek 45 cm lik bir ileal segment ayrıldı. Sol üreter transpoze edildi. Robot un-dock edilmeden önce iki üreter birbirine Wallace tekniği ile anastomoz edildi. İleal segmentin bağlantısı kesildi ve 60 mm Endo GIA linear stapler kullanılarak entero-enterostomi işlemi gerçekleştirildi. Ayrılmış olan ileal segment detübularizasyon için antimezenterik hattan kesildi. İleal lopun proksimal ve distal uçları yan-yan anastomoz edildi ve simit biçimli detubularize ileal segment oluşturuldu. Anastomozun medial sınırından başlanarak 3 eş nokta belirlendi ve ortada birleştirildi. İleal loopun medial kenarları 3-0 v-lock sütür ile devamlı dikilerek merkezde birleştirildi ve kaz ayağı görünümü sağlandı. 18 fr transüretal kateter kullanılarak 3-0 30 cm v-lock dikiş ile üretroileal anastomoz sağlandı. Üreterler ve ileal lopun aferent ağzı sağ tarafa alındı. 4.0 vicryl dikiş kullanılarak Wallace anastomoz sağlandı. Ön duvarda aferent ağzın hemen altında, üreterlere yerleştirecek olan üreteral stentlerin geçeceği küçük bir açıklık bırakıldı. İki adet 6 fr üreteral stent üretral kateter içine yerleştirildi. Ardından anterior duvardaki küçük açıklık kapatıldı.

SONUÇ

Docking süresi 9 dakika idi. Robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi 1 saat 45 dakika, neobladder 2 saat 55 dakika, total operasyon süresi ise 5 saat 15 dakika idi. Tahmini kanama miktarı 400 ml olarak hesaplandı. Kan transfüzyonu ihtiyacı olmadı.

TARTIŞMA

Bu video , günümüzde mesane kanseri tedavisinde önem kazanan robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi sonrası Anatolian Poş ileal neobladder'ın uygulanabilirliğini göstermektedir. Bu yöntemin diğer ileal neobladder tekniklerine alternatif oluşturabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler : sistoprostatektomi, ileal neobladder, robot yardımcı

VS16**ROBOTİK RADİKAL SİSTO-PROSTATEKTOMİ VE İNTRAKORPOREAL ORTOTOPİK NEOBLADDER**Serkan Akıncı¹, Doğukan Sökmen¹, Yusuf İlker Çömez¹, Volkan Tuđcu¹¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul**Amaç:**

Bu videoda invaziv mesane tümörü nedeniyle robotik radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılmış olan hastaya robotik teknikle devam edilerek intrakorporal ineobladder yapımını göstermeyi amaçladık.

Olgu:

65 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri nedeniyle başvurduğu dış merkezlerde mesanede sol yan duvarda kitle saptanması üzerine yapılan sisto-üretroskopide mesanede sol yan duvarda solid özellikte tümöral lezyon izlenmiş. Yapılan patolojik örnekleme sonucu pT2 HG gelmiş. Tarafımıza başvuran hastaya radyolojik tetkiklerle evrelendirilmesinin ardından robotik radikal sistektomi, bilateral genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunu takiben robotik intrakorporeal ortotopik neobladder yapıldı.

Tartışma:

Ürolojide robot yardımcı cerrahi son dekatta önemli gelişmeler kaydetmiştir. Prostat ve böbrek kanseri için robot yardımcı tekniklerin artan bir hızda gelişmesiyle robotik ileal loop ve neobladder yapımına olan ilgiyi arttırmaktadır. Bu ilginin artmasıyla sistektomi sonrası ileal kondüit oluşturulması işlemide robotik olarak minimal invaziv şekilde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca robotik sistemlerin 10-15 kat büyütülmüş üç boyutlu görüntü ve derinlik hissi vermeleri, ince ve açılı hareket imkânı gibi avantajları olmasının yanında ileal kondüit yapımının zor bir teknik olup, çok ciddi tecrübe gerektirmesi ve maliyeti bir nebze arttırması göz önüne alınması gereken noktalarıdır.

Sonuç:

Robotik cerrahide öğrenme eğrisini tamamlamış, tecrübeli, gelişmiş merkezlerde invaziv mesane tümörü tedavisinde sistektomi ve lenf nodu diseksiyonu sonrası neobladder işleminin de robotik olarak intrakorporeal devam edilmesi son zamanlarda rağbet gören tedavi seçenekleri arasındadır.

Anahtar Kelimeler : Mesane tümörü, robotik cerrahi, ileal kondüit, bricker, intrakorporal ileal kondüit

VS17

UNİLATERAL ADRENAL KİTLE CERRAHİSİNDE ETKİN BİR YÖNTEM OLAN LAPAROSKOPİK PARSİYEL ADRENALEKTOMİ: OLGU SUNUMUAlihan Kokurcan¹, Nihat Karakoyunlu¹, Anar Aghayev¹, İbrahim Kartal¹, Şerafettin Kaymak¹, Levent Sağnak¹, Hikmet Topaloğlu¹¹Sbü Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eah, Üroloji Kliniği

Giriş

Hormon aktif adrenal kitlelerin cerrahi tedavisinde günümüzde daha az intraoperatif kanama, kısa hospitalizasyon süresi ve erken normal hayata dönüş nedeniyle laparoskopik yöntemler tercih edilmektedir. Parsiyel adrenalektomide ise total adrenalektomi ile karşılaştırıldığında benzer cerrahi işlem süreleri, kanama miktarı ve operasyon sonuçlarının görülmesi ; öte yandan daha fazla adrenal fonksiyonu koruma, daha az steroide bağlı komplikasyon oluşumu ve adrenal yetmezlikten korunma amacıyla parsiyel adrenalektomi günümüzde tercih edilebilecek bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz de bu olgu sunumunda laparoskopik parsiyel adrenalektomi operasyonu uyguladığımız hastayı size aktarmaya çalıştık.

Olgu Sunumu

42 yaşında kadın hasta, kontrol edilemeyen Diabetes Mellitus(DM) ve Cushingoid semptomlar nedeniyle hastanemiz Endokrinoloji bölümü tarafınca takip edilmekteyken, etioloji araştırılması amacıyla hastaya kontrastlı tüm abdomen Bilgisayarlı Tomografi(BT) planlanmış. Yapılan BT'de sol adrenal bezde 28*18mm'lik nodüler lezyon görülmesi üzerine kliniğimize danışıldı. Tarafımızca değerlendirilen hastanın kortizol seviyesinin yüksek olması, kontrolsüz DM ve Cushingoid semptomları olması nedeniyle hastaya genel anestezi altında operasyon planlandı. Hastanın yapılan BT'sinde lezyonun yaklaşık 2 cm olarak değerlendirilmesi nodüler lezyonun düzgün kontürlü olması üzerine operasyon türünün laparoskopik parsiyel adrenalektomi olmasına karar verildi. Operasyon sonrasında hastanın sıkıntısı olmaması üzerine Endokrinoloji bölümü önerileri alınarak taburcu edildi. Patolojisi adrenokortikal adenom olan ve cerrahi sınırlarda tümöral oluşum gözlenmeyen hastanın takiplerinde rekürrensi olmadığı görüldü. Medikal steroid tedavisi kesilen hastada adrenal yetmezlik tablosu görülmezken tedavi bitiminde kortizol seviyesinin normale geldiği görüldü. Hastanın takiplerinde sıkıntısı olmadığı gözlemlendi.

Sonuç

Tek taraflı hormon salgılayan adrenal kitle ile başvuran hastada seçilecek cerrahi tedavi modalitesi hastaya özgü olarak planlanmalıdır. Uyguladığımız laparoskopik parsiyel adrenalektomi sonrasında başarı oranlarının laparoskopik total adrenalektomi ile benzer olduğu ve postoperatif daha az komplikasyon gelişme riski olması nedeniyle uygun bir alternatif cerrahi yöntem olarak tercih edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Adrenal Kitle, Cushing Sendromu, Laparoksopi, Parsiyel Adrenalektomi

VS18**VENA KAVA POSTERİORUNA UZANAN FEOKROMASİTOMADA LAPAROSKOPIK ADRENELEKTOMİ**Ertuğrul Köse¹, Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Yakup Bostancı¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, hormonal açıdan feokromasitoma olarak değerlendirilen, vena kavanın arkasına uzanan adrenal kitleye uyguladığımız laparoskopik sağ adrenalectomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod: 55 yaşında erkek, tip 2 diyabetes mellitus nedeniyle takipli olan hastanın rutin tetkiklerinde sağ adrenalde kitle tespit edildi. Manyetik rezonans görüntüleme bu kitlenin 33x29 mm boyutlarında olup, adrenal gövdesinden çıkarak vena kava posterioruna uzandığı görüldü. Preoperatif endokrinolojik değerlendirmesinde kitlenin hormonal olarak feokromasitoma ile uyumlu olduğu anlaşıldı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastaya laparoskopik sağ adrenalectomi planlandı.

Hasta sağ 90 derece lateral dekubit pozisyona alındıktan sonra paramedian hattan Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Midklaviküler hattan subkostal olarak 12 mm'lik optik port transperitoneal olarak yerleştirildi. Sonrasında 1 adet 10 mm ve 1 adet 5 mm'lik çalışma portları yine subkostal olarak girildi. Karaciğer ekartasyonu için ksifoid altından 5mm'lik dördüncü port girildi. Öncelikle karaciğer adrenalden ayrılarak süperiora ve mediale ekarte edildi. Sonrasında kitle tansiyon yükseklikleri sebebiyle fazla manipüle edilmeden vena kavadan keskin ve künt disseksiyonlar ile serbestlendi. Bu esnada adrenal ven metal klipler ile klemlendi ve kesildi. Ardından adrenal bez, böbrekten ve çevre dokulardan monopolar hook koter ve Thunderbeat yardımı ile diseke edilerek ayrıldı. Ancak kitlenin vena kavanın posterioruna devam eden kısmı için ekartasyonun operasyonun bu aşamasından sonra yeterli olmaması sebebiyle kitlenin çıkarılacağı modifiye Gibson insizyonunun iz düşümünden 5 mm'lik çalışma portu girildi. Karaciğer bu porttan ekarte edilirken ksifoid altındaki porttan vena kava grasper ile mediale ekarte edildi. Kitle posteriorda interaortakaval alana kadar disseke edilerek eksize edildi. Sonrasında 10 mm'lik porttan endobag batın içerisine gönderilerek kitle endobag içerisine alındı. Kitle sağ alt kadrandaki 4 cm'lik insizyondan vücut dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben hastaya 5 mm'lik çalışma portundan sump dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Operasyon sırasında gelişen hipertansiyon ve kitle çıktıktan sonraki hipotansiyon atakları sebebiyle hasta entübe şekilde yoğun bakıma devir edildi.

Bulgular: ilk portun girişinden kitlenin vücut dışına çıkışına kadar geçen süre 65 dk, tahmini kan kaybı 50 cc idi. Postoperatif 1.gün yoğun bakımdan devir alınan hastaya oral verildi ve rejim ilerletildi. Postoperatif 2. gün sump direni çekildi. Postoperatif takiplerinde tansiyon problemi yaşanmayan hasta postoperatif 2.gün taburcu edildi.

Patoloji sonucu feokromasitoma, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı.

Sonuç: Laparoskopik adrenalectomi, uygun adrenal lezyonların tedavisinde neredeyse altın standart haline gelmiş bir yöntem olmakla birlikte majör vasküler yapılar ile ilişkili bu tarz zorlayıcı kitlelerde dahi güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Feokromasitoma, vena kava, laparoskopik adrenalectomi

VS19

NONSEMİNOMATÖZ METASTATİK GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE KEMOTERAPİ SONRASI ROBOTİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSSEKSİYONU

Yakup Kordan¹, Murat Can Kiremit¹, Ömer Acar¹, Ersin Köseoğlu², Ahmet Musaoğlu³, Mert Kılıç³, Tarık Esen¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Koç Üniversitesi Hastanesi

³Vkv Amerikan Hastanesi

Giriş: Retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu (RPLND), kemoterapi tedavisine rağmen retroperitoneal alanda kitlesi bulunan ileri evre germ hücreli tümörlerde (GHT) etkili bir tedavi seçeneğidir. Cerrahi teknolojide gelişmeler ile birlikte, bu hastalar için açık cerrahiye alternatif yaklaşımlar arasında laparoskopik ve robot yardımlı laparoskopik RPLND gibi minimal invaziv cerrahi yöntemler de bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde non-seminomatöz GHT için kemoterapi sonrası robot yardımlı laparoskopik RPLND'nin etkinliği, güvenilirliği ve kısa dönem onkolojik sonuçlarını bildirmektir.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2010 – Ağustos 2019 tarihleri arasında klinik evre IIA ve II B non-seminomatöz GHT'si olan 19 hastaya kemoterapi sonrası modifiye şablon robot yardımlı RPLND yapıldı. Hastalara ait demografik, perioperative ve postoperative veriler retrospektif olarak gözden geçirildi.

Bulgular: Ortalama hasta yaşı 31.3±10.5 idi. Tanı anında 11 (%57.8) hastanın tümörü sol; 6 (%31.8) hastaninki ise sağ taraflı idi. 1 (%5.2) hastada bilateral testis tümörü tespit edildi. 1 hastanın ekstragonadal GHT'si mevcuttu. Patolojik değerlendirmede testis tümörlerinin 3 (%15.7) tanesi embriyonel karsinom, 15 (%79.9) tanesi mikst GHT, 1 (%5.4) tanesi in situ germ hücreli neoplazi olarak raporlandı. 10 (%52.6) hasta klinik evre IIA; 9 (%47.6) klinik evre IIB idi. BEP (Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin) kemoterapi rejimi 9 (%47.6) hastaya 3 kür uygulanır iken; 10 (%52.6) hastaya 4 kür uygulandı. RPLND öncesi tüm hastaların tümör belirteçleri normaldi. Ortalama operasyon süresi 6 (90-450) dakika; kan kaybı ise 126.3 ml (50-250 ml) idi. Hiçbir operasyon esnasında açık cerrahiye geçilmedi. Ortalama çıkartılan lenf nodu sayısı 30 (4-41) idi. 9 (%47.3) hastada nihai patoloji teratom, 2 (%10.5) hastada nekroz, 6 (%31.7) hastada fibrozis, 2'sinde (%10.5) ise Yolk Sac tümör olarak raporlandı. 4 (%21) hastada uzamış lenfatik drenaj gözlendi. 1 (%5.2) hastada transfüzyon gerektiren retroperitoneal hematoma saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 6.2 (3-30) gün idi. Ortalama 14.6±4.9 aylık takip süresi sonunda, 2 (%10.5) hastada ejakülasyon problemleri mevcuttu. Hiçbir hastada nüks gelişmedi.

Sonuç: Kemoterapi sonrası robotik RPLND'nin perioperatif verileri, morbidite oranları ve erken onkolojik sonuçları ümit vericidir. Robotik RPLND uygun hastalarda ve deneyimli merkezlerde uygulanabilecek güvenli ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : Testis, retroperitoneal lymphadenectomy, minimally invasive