

Temiz Aralıklı Katerizasyonun Nadir Bir Komplikasyonu; Mesane İçi Yabancı Cisim

Ercan Kazan¹, Abdullah Akkurt², Nihat Ateş¹

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Üroloji Kliniğı

²Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi üroloji bölümü

1/2

Temiz Aralıklı Katerizasyonun Nadir Bir Komplikasyonu; Mesane İçi Yabancı Cisim

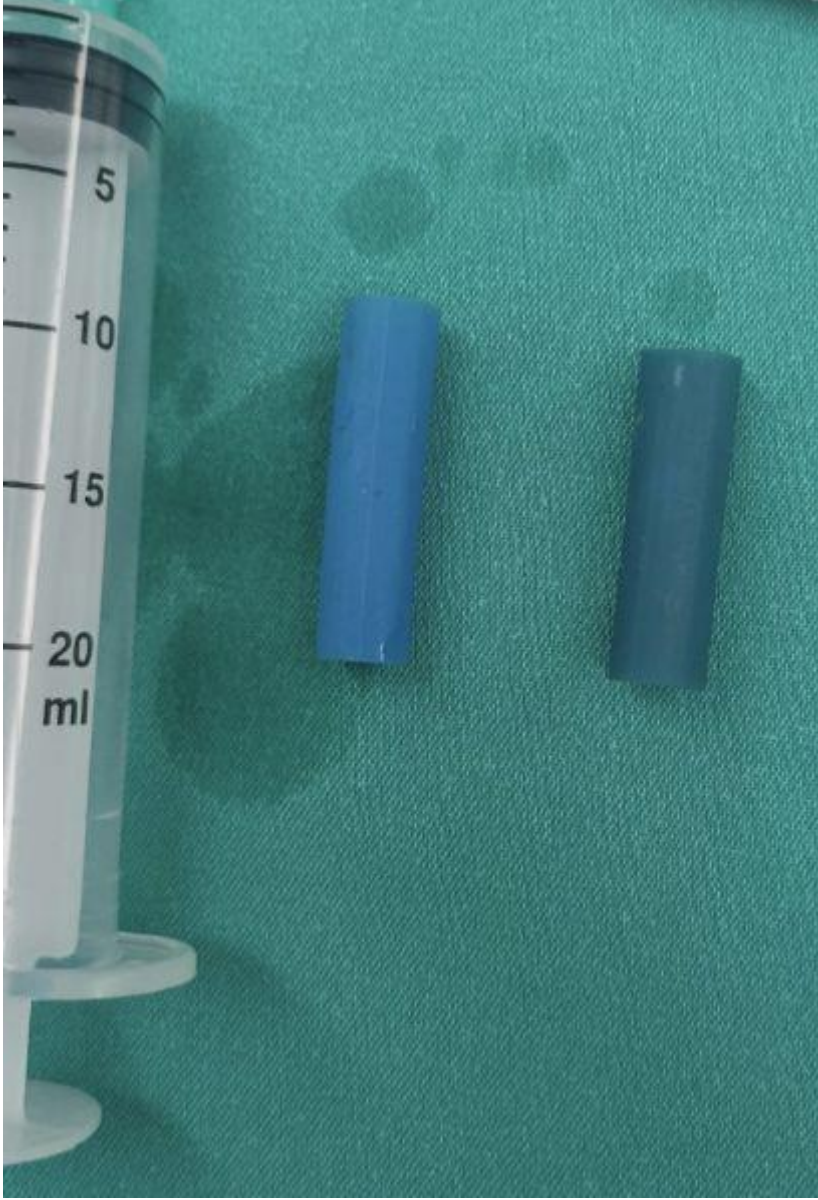
Temiz aralıklı kateterizasyonun (TAK) alt üriner sistem disfonksiyonu (Nörojenik ve non-nörojenik) olan hastaların tedavi yönetiminde en önemli yöntemdir. Daimi kateterizasyona göre avantajları mevcut olmasına rağmen TAK'ın da bazı komplikasyonları olabilmektedir. Bu sunumuzda geç tanı almış nörojen mesane hastasında nadir gelişen TAK komplikasyonunu paylaşmak istedik.

Yakın zamanda geçirmiş olduğı inkontinans cerrahisi (tot) sonrasında idrar retansiyonu ile tarafımıza başvuran 57 yaşındaki diabetik kadın hastanın fizik bakışında üretra kalibrasyonun cerrahiye bağı düşük olduğı düşünöldü ve sonrasında transobturator meshin üretra altı bölümü eksize edildi. Sonrasında yüksek rezidüel idrar olduğı için yapılan ürodinamide yüksek kapasiteli düşük basınçlı mesane saptanması üzerine hastaya TAK planlandı, eğitimi verildi. TAK başlanmasından 5 ay sonra tekrar başvuran hasta, kateterin tutma parçasını işlemiden sonra birkaç kez bulamadığını ifade etmesi üzerine yapılan ultrasonografide mesanede iki adet yabancı cisim gözlemlendi. Lokal anestezi altında sistoskop yardımı ile yabancı cisimler çıkartıldı. Hastaya TAK ilgili eğitim tekrar verildi.

TAK'nın enfeksiyon başta olmak üzere travma, kanama, fistöl, darlık, sfinkter yaralanması, taş gibi komplikasyonu olabildiğı gibi olgumuzda olduğı gibi nadir olarak yabancı cisim komplikasyonu da olabilmektedir. Komplikasyonları azaltmada TAK eğitimi önemli rol oynamaktadır

Anahtar Kelimeler: Temiz aralıklı kateterizasyon, nörojen mesane, komplikasyon

Yabancı cisim



[MSS-14]

Diyabet ve Geç Komplikasyonları: Ürolojik Yaklaşımlar ve Olgu Sunumları

Esat Korğalı, Furkan Fatih Arısoy, Mustafa Uygunlar

Cumhuriyet Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sivas

Giriş

Diabetes mellitus (DM), insülin eksikliği veya insülin etkinliğinde bozulma sonucunda karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını etkileyen kronik, sistemik bir hastalıktır. Dünya genelinde DM prevalansı artış göstermekte olup, bu durum diyabete bağlı komplikasyonların insidansını da artırmaktadır. Diyabetin mikrovasküler (retinopati, nefropati, nöropati) ve makrovasküler (kardiyovasküler hastalıklar) komplikasyonlarına ek olarak nöropati kaynaklı ürolojik komplikasyonlar da önemli bir morbidite kaynağıdır. Diyabetik sistopati, mesanenin otonom sinir sisteminin etkilenmesi sonucu mesane kapasitesinde artış, mesane duyarlılığında azalma ve boşaltma güçlüğü ile karakterize bir tablodur. Fournier gangreni ise perineal bölgeyi tutan, hızlı ilerleyen nekrotizan fasiit tablosu olup, erken tanı ve cerrahi müdahale gerektirir.

Bu bildiride, üç farklı olgu üzerinden diyabetin geç dönem ürolojik komplikasyonlarının kliniği, tanı yöntemleri ve tedavi stratejileri tartışılmıştır.

Olgu Sunumları

Olgu 1: Diyabetik Sistopati

57 yaşındaki kadın hasta, son 10 yıldır aralıklı idrar yapamama ve tekrarlayan kateterizasyon öyküsü ile başvurdu. Özgeçmişinde 4 yıl önce konulan diyabet tanısına rağmen tedaviye uyum göstermediği öğrenildi. Yapılan ürodinamik incelemede mesane duyarlılığında belirgin azalma, detrusor kas kontraktilesinde yetersizlik ve postmiksiyonel rezidü artışı saptandı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya diyabetik sistopati tanısı konuldu. Tedavi planında glisemik kontrol sağlanması, mesane fonksiyonlarının düzenli izlenmesi ve gerektiğinde temiz aralıklı kateterizasyon önerildi.

Olgu 2: Fournier Gangreni

61 yaşındaki erkek hasta, perineal bölgede 10 gündür devam eden ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede nekrotik cilt alanları ve enfeksiyon bulguları tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde kan şekeri 500 mg/dL, HbA1c %13.1 olarak bulundu. Öncesinde diyabet tanısı almamış olan hastaya, mevcut klinik tablo ve laboratuvar bulguları doğrultusunda Fournier gangreni ve eşlik eden yeni tanı diabetes mellitus teşhisi konuldu. Cerrahi debridman, hiperbarik oksijen tedavisi ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulandı.

Olgu 3: Skrotal Apse ve Fournier Gangreni

31 yaşındaki erkek hasta, sağ skrotal ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede skrotumda hava dansiteleri ve 40x35 mm boyutunda hiperekoik alan tespit edildi. Kan şekeri 381 mg/dL, HbA1c %7.2 olarak olđıldđ. Geğmiş öyküsünde diyabet tanısı bulunmayan hastaya cerrahi müdahale ve antibiyotik tedavisi uygulandı. Endokrinoloji konsültasyonu sonrasında insülin tedavisi başlandı.

Tartışma

Diyabetin ürolojik komplikasyonları, genellikle hastalığın kontrolsüz seyriyle ilişkilidir ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olabilir. Diyabetik sistopati, hipergliseminin otonom sinir sistemine zarar vermesi sonucu mesane fonksiyonlarının bozulması ile karakterizedir. Bu durum enfeksiyonlara, mesane taşı oluşumuna ve böbrek fonksiyon bozukluğuna yol ağabilir.

Fournier gangreni ise yüksek mortalite riski taşıyan, acil cerrahi müdahale gerektiren bir enfeksiyon tablosudur. Diyabetik hastalarda Fournier gangreni sıklıkla kontrolsüz hiperglisemi ve immün yetmezlik dönemlerinde gelişir. Erken cerrahi debridman ve uygun antibiyotik tedavisi, mortalite oranlarını düşürmede kritik öneme sahiptir.

Sunulan olgular, diyabetin erken teşhis ve düzenli taramalarla daha etkin bir şekilde yönetilebileceğini göstermektedir. Glisemik kontrolün sağlanması, bu tür komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde temel bir unsurdur.

Sonuç

Diyabetin geç komplikasyonları, erken tanı ve etkin tedavi stratejileri ile önlenabilir.

Diyabetik sistopati ve Fournier gangreni gibi komplikasyonlarda erken tanı, multidisipliner yaklaşım ve glisemik kontrol sağlanması mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır.

Bu olgu sunumları, diyabetin ürolojik komplikasyonlarının yönetiminde multidisipliner iř birliğinin ve düzenli taramanın önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fournier Gangreni, Diyabetik Sistopati, Diyabetes Mellitus

[MSS-15]

Nadir Bir Olgu Sunumu: Penis Cildinde Pleomorfik Fibroma

Arif Burak Keebaş, Mehmet Tercan, Mehmet zalevli, Ali Ayten, Mücahit Gelmiş, Burak Arslan

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi İSTANBUL

Giriş:

Pleomorfik fibroma ilk kez 1989 yılında Kamino ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Nadir görülen, benign karakterli, iyi sınırlı dermal bir tümördür. Genellikle deri yüzeyinde yavaş büyüyen, ağrısız bir nodül şeklinde kendini gösterir. Bu tümör genellikle ekstremiteler, yüz ve boyun bölgesinde bildirilmiştir. Penis cildinde yerleşimi oldukça nadirdir. Literatürde, vulvada ve genital bölgede yer alan birkaç benzer olgu bildirilmiş olmakla birlikte, penis cildindeki lokalizasyonu son derece sınırlıdır.

Olgu:

27 yaşında erkek hasta, penis cildinde yer alan, 2 yıl önce fark ettiği ve zamanla yavaş yavaş büyüyen bir kitle nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede penis ventralinde frenulum bölgesinde mobil, deri ile sınırlı, 3.5 cm çapında, düzensiz yüzeyli, ağrısız bir kitle izlendi. Hasta lezyon nedeniyle cinsel birliktelik sağlayamıyor. Hastanın herhangi bir sistemik hastalığı veya ilaç kullanımı öyküsü bulunmamaktadır. Aüss yok ve genitoüriner bir semptom tespit edilmedi.

Hastanın dikkat çeken tek anamnez bulgusu, penis cildine uzun yıllar tekrarlayan şekilde yapışkan bant yapıştırmasıdır.

Cerrahi eksizyon planlandı. Spinal anestezi altında yapılan işlemde kitle tamamen eksize edildi. Postoperatif süreç sorunsuz seyretti.

Histopatolojik incelemede; epidermiste hiperkeratoz, akantoz, dermiste vasküler yapılar, kollajen lifleri arasında geniş sitoplazmalı satelit hücreler ve fibroblast benzeri hücrelerin izlendiği, bu hücrelerin pleomorfik özellikte olduğu ancak belirgin atipi veya mitotik aktivite içermediği saptandı.

Bu bulgular ışığında histomorfolojik ve immünohistokimyasal olarak lezyon "Pleomorfik Fibroma" lehine değerlendirildi.

Sonuç:

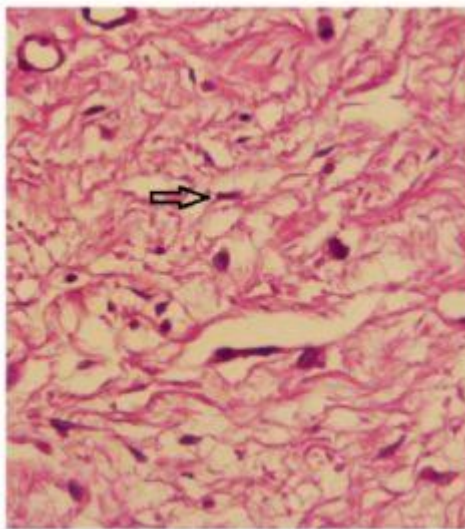
Penis cildindeki bu tip kitleler için ayırıcı tanıda genital siğil, epidermoid kist, dermatofibrom, sklerozan anjiyom, leiomyom, lipom ve nadiren de olsa düşük dereceli mezenkimal tümörler dşnlmelidir.

Penis cildinde yavaş büyüyen, semptomsuz bir kitle ile başvuran olgularda benign tümörler ayırıcı tanıda düşünölmelidir. Pleomorfik fibroma nadir görölen ancak cerrahi eksizyonla kür sağlanabilen bir tümördür. Kronik lokal travmalar potansiyel etiyolojik faktörler arasında yer alır.

Bu olguda dikkat çeken nokta, tek risk faktörü olarak kronik lokal travmaya (yapışkan bant maruziyeti) maruz kalma öyküsüdür. Bu durum, literatürde çok sık geçmeyen olası bir tetikleyici faktör olarak değeriendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Peniste kitle, pleomorfik fibroma, benign lezyon, malign lezyon

preop görüntü, perop görüntü ve histoloji görüntüler



Resim A:Penil kitle makroskopik görüntü, Resim B:Cerrahi kesi sonrası görüntüler, Resim C:Epidermiste hiperkeratoz, hipergranüloz, akantoz (H&E, x2) Resim D:Dermiste vasküler yapılar, kollajen lifleri arasında geniş sitoplazmalı satellit hiperkromatik hücreler izlenen polipoid hücresel proliferasyon (H&E, x10),(H&E, x40) (C,D)

[MSS-16]

COVID-19 Aşısı Sonrası Gelişen Akut Üriner Retansiyon: Sakral Nöromodülasyon ile Tedavi Edilen Bir Olgu

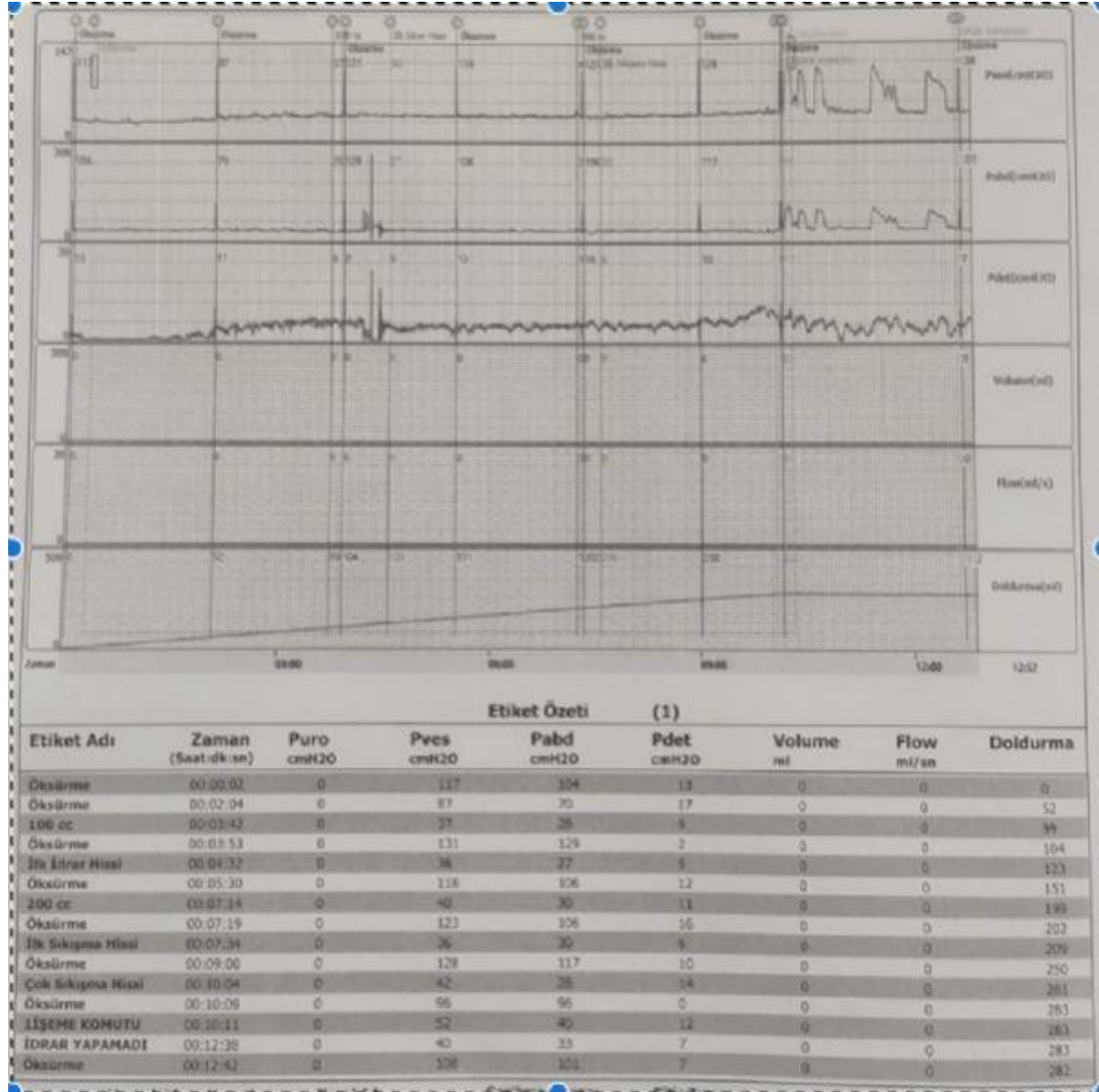
Taylan Tıǒlı, Mehmet Yoldaş

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniğı, İzmir

Covid-19 enfeksiyonu dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite sorunu olarak etkilerini göstermiştir. Bu etkilerden bazıları Covid-19 aşıları sonrası etkiler olarak halen tanı almaktadır. Covid-19 aşısı (Biontech) sonrası akut üriner retansiyon gelişen bir hastamızın yapılan ürodinami çalışması dahil sakral nöromodülasyon (SNM) uygulamasına kadar giden sürecini paylaşıyoruz. Covid-19 aşıları sonrası LUTS/alt üriner sistem disfonksiyonu ve yönetimi hakkında olan vaka sunumumuz gibi bu tarz nadir vakaların farkedilmesi ve yönetimi açısından daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sakral Nöromodülasyon, Covid-19, Üriner Retansiyon, Ürodinami

Hasta Ürodinami Sonucu



AuthorToEditor: Değerli editör, Literatürde COVID-19 enfeksiyonu sonrası gelişen üriner retansiyon vakaları bildirilmiş olsa da, aşı sonrası gelişen ve SNM ile tedavi edilen vakaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle, sunduğumuz bu olgunun, COVID-19 aşılmasının nadir görülen ürolojik komplikasyon profiline önemli bir farkındalık ve katkı sağlayacağına inanıyoruz. Kongrenize bu ilginç vaka sunumu ile katkı sağlamak istiyoruz.

[MSS-17]

Zinner sendromu: nadir bir olgu sunumu

Ümit Uysal, Berkay Ekinci, Adem Altunkol, Ergün Alma, Hakan Erçil

Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: Zinner sendromu, ürogenital sistemin nadir görülen bir konjenital malformasyonudur. Seminal vezikül kisti, ejakülatör kanalların tıkanıklığı ve ipsilateral renal agenezisi üçlüsüyle karakterizedir. Embriyogenezin beşinci haftasında distal mezonefrik kanal veya Wolffian kanalının gelişmemesinden kaynaklanır. Bu sendrom genellikle asemptomatiktir ve yaşamın ikinci ve dördüncü on yılları arasında, yani cinsel ve üreme aktivitesinin en yoğun olduğu dönemde tesadüfen keşfedilir. Semptomatik olgularda ise, idrar yaparken zorluk, dizüri, ağrılı ejakülasyon, karın ağrısı, hematospermi, hematüri, epididimit veya infertilite bulunabilir. Tanıda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve özellikle manyetik rezonans görüntüleme (MRG) büyük önem taşır. MRG, seminal vezikül kisti ve içeriğini ve ejakülatör kanal tıkanıklığını ortaya çıkararak tanıyı doğrularken, BT böbrek agenezisini doğrular. Asemptomatik hastalar genellikle konservatif tedavi görür ve infertiliteyi önlemek için takip edilir. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen veya büyük semptomatik kistleri olan hastalar için cerrahi müdahale (açık veya laparoskopik cerrahi ve ejakülatör kanal balon dilatasyonu) önerilir. Zinner sendromlu genç bir hastayı bildiriyoruz.

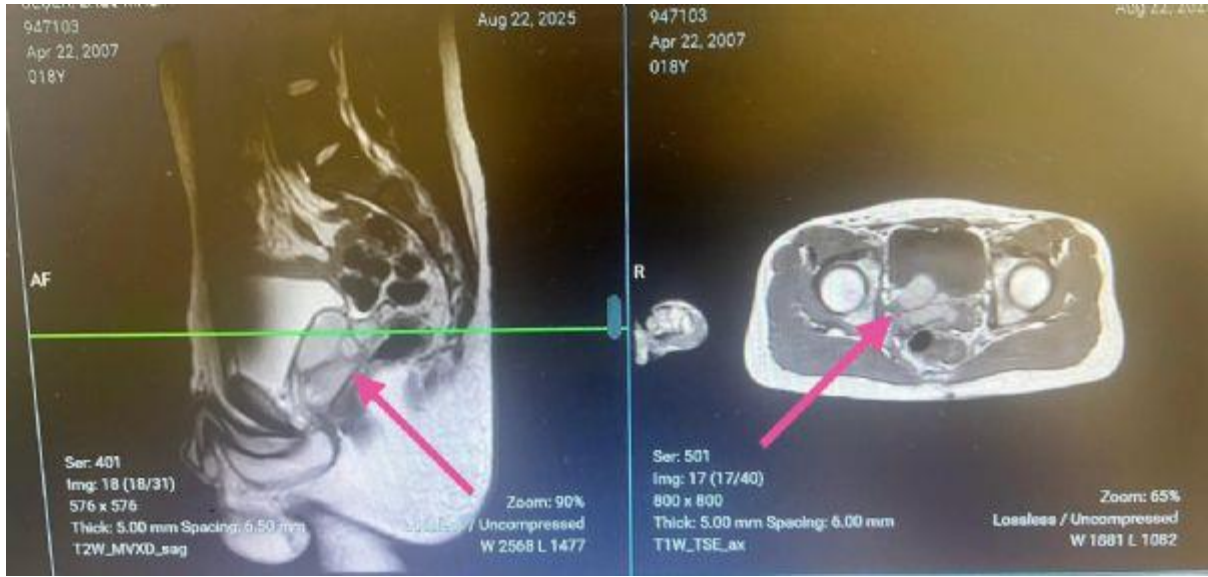
Olgu: On sekiz yaşında erkek hasta, idrar yaparken zaman zaman yanma ve ejakülasyon sırasında ağrı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde çocukluk döneminden itibaren soliter sol böbrek nedeniyle pediatri kliniğinde aralıklı takip yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki ve idrar kültürü normal bulundu. Çekilen tüm batın MRG da, sağ böbrek izlenmedi. Mesane sağ posterolateral komşuluğunda 56*37 mm boyutlarında T2 de hipointens, T1 de hafif hiperintens lezyon izlendi (sağ seminal vezikül kisti). (Şekil 1-2). Sağ renal agenezi ve eşlik eden aynı taraflı seminal vezikül kisti nedeniyle bulgular Zinner sendromu ile uyumludur şeklinde raporlandı. Antiinflamatuvar tedavi başlanan hastada semptomlar düzeldi. Enfeksiyon bulgusu olmaması nedeniyle antibiyotik tedavisi verilmedi ve hasta 6-12 ay aralıklarla ürolojik izleme alındı.

Sonuç: Zinner sendromu nadir görülen ve çoğu zaman asemptomatik olup tesadüfen saptanabilmektedir. Ancak ağrılı işeme, hematüri ve ağrılı ejakülasyon gibi semptomlarla da başvuru olabilir. Tek taraflı böbrek agenezisi olan erkeklerde kistik pelvik kitleler varlığında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Günümüzde BT ve MRG, doğru tanı için

en güvenilir yöntemlerdir. İnfertilite riskini önlemek ve uygun tedavi sürecini belirlemek amacıyla asemptomatik olguların da dikkatli takibi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital ürogenital anomaliler, Renal agenezi, Seminal vezikül kisti, Zinner sendromu

Şekil 1: Sağ seminal vezikül kisti, tüm batın manyetik rezonans görüntülemesinde T2 ağırlıklı sagittal (sol) ve T1 ağırlıklı aksiyel (sağ) kesitler (oklar).



Şekil 2. T2 ağırlıklı tüm batın manyetik rezonans görüntülemesinde sağ seminal vezikülde kistik lezyon ile uyumlu görünüm (ok) ve konjenital sağ böbrek agenezisine sekonder sol soliter böbrek izlenmektedir.



[MSS-18]

Görünüşte Erkek, Genetikte "De La Chapelle" infertilite Tanısında Nadir Bir Vaka

Mustafa Furkan Özova, Emre Doğan, Kerem Han Gözükara, Adem Altunkol, Hakan Erçil, Zafer Gökhan Gürbüz, Kadir Karkin, Ediz Vuruşkan, Ergün Alma

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana.

Amaç: 46 XX erkek sendromu çok nadir görülen bir hastalık olup, ilk olarak 1964 yılında De La Chapelle ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Doğum sırasında ambiguus genitalya ile tespit edilen olguların bilindiği gibi nadir durumlarda erişkin yaşta infertilite nedeni ürolojik ileri incelemeler sonucunda da tespit edilebilmektedir. Bildirimizde literatürde görülen nadir bir infertilite nedenini vurgulayarak klinisyenlerin farkındalığını artırmayı amaçlanmıştır.

Olgu: Bu bildiride, 28 yaşında, yaklaşık 1.5 yıldır evli ve evliliklerinin başından beri düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamayan primer infertil bir erkek hastanın tanısına giden süreç ele alınmaktadır. Hastanın eşi de 28 yaşında olup, jinekolojik muayenelerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmamış ve çift infertilitede erkek faktörünün değerlendirilmesi amacıyla üroloji kliniğimize başvurmıştır. Değerlendirme sürecinde önce detaylı anamnez alınmış, hastanın özgeçmişinde herhangi bir cerrahi öyküsü ya da bir kronik hastalığının var olmadığı ilaç kullanımı kemoterapi ve radyoterapi öyküsünün olmadığı öğrenilmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluklarının olmadığı sorulan sorular sonucunda netleştirilmiştir. Yapılan fizik muayenede billateral testisler küçük palpe edilmiş olup başka ek bir patolojik bulgu olmadığı belirlenmiştir. Vücut kıllanması normal erkek paterninde ve hastanın erkek fenotipi de tipik olarak normal gözlenmiştir.

Yöntem: Tanı sürecinde skrotal doppler ultrasonografi yapılmış ve radyoloji tarafınca testis boyutlarının normalin altında olması dışında herhangi bir anormallik raporlanmamıştır. Hormonal incelemede FSH, LH seviyeleri yüksek ve Testosteron alt sınırdan ölçülmüştür ve mükerrer azospermik spermiyogram sonuçları mevcuttur. Bunun üzerine genetik inceleme kararı alınmıştır. Genetik analiz sonucunda hastanın 46,XX karyotipine sahip olduğu, incelenen genetik materyalde SRY gen bölgesine ait sinyal olmadığı yani tipik bir Y kromozomunun bulunmadığı raporlanmıştır. DNA örneğinde Y mikrodelsiyonu Y kromozomu ile ilişkili AZF(a-b-c) gen bölgelerinin yokluğu gösterilmiştir. Böylece hastaya SRY negatif De la Chapelle sendromu tanısı konulmuştur.

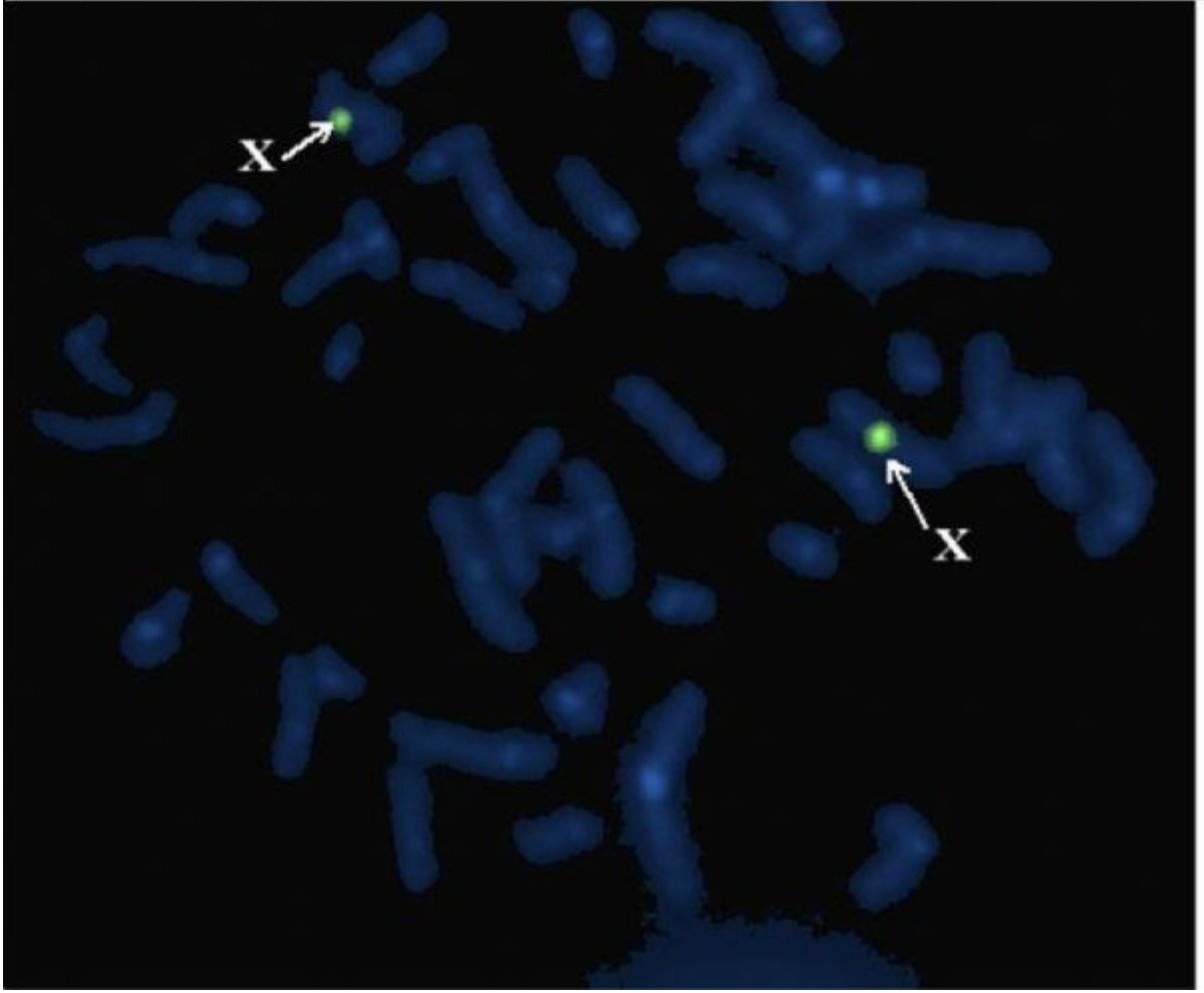
Bulgular: SRY pozitif 46,XX durumunda Y kromozomu olmamasına rağmen, Y'den

kaynaklanan SRY geninin X kromozomuna transloke olması sonucu gelişir. Bu gen erkek fenotipinin oluşmasını sağlar. Translokasyon genellikle baba sperminde mayoz sırasında rastgele ortaya çıkmaktadır. Böylece birey, XX kromozom yapısına sahip olmasına rağmen erkek olarak gelişir. Olgumuzdaki gibi SRY negatif olgular ise 46,XX erkek sendromunun %20'sini oluşturmaktadır. SRY negatif olgularda X kromozomlarından birinin üzerinde bulunan alternatif bir genin (SOX9, DAX-1, WT1, WNT4, FGF9 ve RSPO1) erkek fenotip oluşumunu üstlendiği bilinmektedir. Olgumuzda X kromozomlarından birinde SOX9 gen duplikasyonu şüpheli olduğu rapor edilmiştir. Bu sendromun insidansının yaklaşık olarak 20.000 ila 25.000 erkek doğumda bir olduğu bilinmektedir

Sonuç: Yardımcı üreme tekniklerinden ve TESE yöntemlerinden sonuç alınamayacağı testis biyopsisi yapılması halinde sertoli ve leydig hücresi görüleceği ancak spermatogenez olmadığından dolayı sperm bulunamayacağı anlatılmış ve hasta genetik danışmanlığa ve androjen replasman ihtiyacı açısından endokrinoloji takibine yönlendirilmiştir. Bildirimiz De la Chapelle sendromunun tanısal sürecini, genetik testlerin rolünü ve hastanın multidisipliner yönetimini ortaya koymaktadır. Erkek fenotipine sahip bir bireyde infertilite nedeninin De la Chapelle Sendromu olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Azospermi, Genetik, İnfertilite

Figür1



FISH yöntemi ile SRY gen bölgesinin değerlendirilmesi.

Figür2



46,XX kromozomal dizilimi

AuthorToEditor: Saygıdeğer hocalarım kongreyle ilgili en başından beri tüm gelişmeleri heyecanla takip ediyorum bilimsel tartışmaları dinlemek ve robotik, laparoskopik kurs uygulamalarınıza katılmak için sabırsızlanıyorum. Umarım bu değerli kongreye gönderdiğim bildirim kabul olur ve her aşamasını yakından takip etme fırsatı yakalarım şimdiden her şey için çok teşekkür ederim, saygılarımla.

[MSS-20]

Tamsulosin ve priapizm: nadir bir olgu sunumu

Ümit Uysal¹, Mehmet Şirin Ertek², Burak Sağmak¹, Ergün Alma¹, Adem Altunkol¹

¹Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

²Manisa Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Priapizm, cinsel uyarılmayla ilgisi olmayan dört saatten uzun süren penis ereksiyonu olarak tanımlanır. Penis dokusunun oksijenizasyonuna göre; iskemik (düşük akımlı), iskemik olmayan (yüksek akımlı) ve rekürren (tekrarlayan) priapizm olmak üzere alt tiplere ayrılır. Priapizm, ilaç kaynaklı, travmaya bağlı, idiyopatik, metabolik bozukluklar, hematolojik bozukluklar, enfeksiyonlar ve neoplazmalarla ilişkili olabilir. Selektif alfa-1 adrenerjik reseptör antagonisti olan tamsulosin, benign prostat hiperplazisi, üreteral stent ile ilişkili semptomlar ve distal üreter taşlarına bağlı alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. İskemik priapizm, tamsulosinin nadir görülen ancak ciddi bir yan etkisidir. Bu çalışmada tamsulosin kullanımına bağlı priapizm gelişen nadir bir olgu sunuldu.

Olgu: Sağ üreter proksimal kesimde 17 mm'lik taşı olan 44 yaşındaki erkek hastaya retrograd intrarenal cerrahi planlandı. Hastaya preoperatif üreter distal kesim dilatasyonu amacıyla günde 0.4 mg tamsulosin başlandı. Hasta 11 gün sonra tarafımıza 14 saat aralıksız süren ağrılı ereksiyon şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde akciğer ca tanılı ve beyin metastazı nedeni ile opere, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü mevcut olup, hasta kür evresindeydi. Ek ilaç kullanımı, travma öyküsü ve herhangi bir hematolojik hastalık öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde penis şaftı sert, hassas ereksiyon ve yumuşak glans vardı (Şekil 1). Hastaya intrakavernozal aspirasyon ve irrigasyon uygulandı. İntrakavernozal kan gazı analizinde pH: 7,16, PO₂: 26 mmHg, PCO₂:61 mmHg idi. Ardından 1/10.000'lik adrenalın enjeksiyonu yapıldı. Adrenalin enjeksiyonu sonrası penis gevşek ve ağrısız hale geldi (Şekil 2). 6 aylık takipte hasta normal ereksiyon fonksiyonunu yeniden kazandı

Sonuç: Tamsulosin kullanımıyla ilişkili priapizm, nadir görülmesine rağmen klinik açıdan önemlidir ve ereksiyon yeteneğinin işlevsel olarak iyileşmesi için erken müdahale şarttır. Tedavi edilmezse, kalıcı ereksiyon bozukluğuyla birlikte penis korporeal doku nekrozu ve fibrozis oluşur. Hekimlerin tamsulosin reçete ederken, hastalar bu komplikasyon olasılığı hakkında bilgilendirilmeli ve ağrılı istemsiz ereksiyonların ilk gözlemlerinde, ilacı bırakmaları ve en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna başvurmaları önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 adrenerjik antagonist, İskemik priapizm, Priapizm, Tamsulosin

Şekil 1: Priapizm ile başvuran hastanın fizik muayenesinde sert ve hassas penis shaftı ile yumuşak glans görünümü.



Şekil 2: İntrakavernozal aspirasyon, irrigasyon ve adrenalın enjeksiyonu sonrası penisin normal, gevşek görünümü.



[MSS-21]

Sperm kuyruk anomalileri ve tekrarlayan IVF başarısızlığı: Genetik analizi normal bir olgu

Çetin Kocabıyık, Özgür Çınar, Alper Murat Albayrak, Selçuk Sarıkaya, Selahattin Bedir
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Erkek infertilitesi tüm infertilite vakalarının yaklaşık %40–50’sinden sorumludur ve spermatozoa morfolojik anomalileri önemli bir etyolojik faktördür. Kısa, kıvrılmış veya kuyruksuz spermatozoa gibi kuyruk defektleri ağır asthenozoospermi ve fertilizasyon başarısızlığı ile yakından ilişkilidir. Çoğu olguda aksonemal veya flagellar proteinlere ait genetik mutasyonlar (ör. DNAH1, CFAP43/44) sorumlu tutulsa da, genetik analizi normal olan fakat ağır kuyruk anomalileri sergileyen olgular tanı ve tedavi açısından ayrı bir zorluk oluşturmaktadır (Jouannet ve ark., 2008; Escalier, 2006). Bu bildiride, genetik analizi normal olan, çoklu sperm kuyruk anomalileri ve iki başarısız IVF denemesi bulunan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

31 yaşında erkek hasta, iki yıllık primer infertilite ve iki başarısız IVF öyküsü ile başvurdu.

- Muayene: Bilateral testis hacmi normal, varikosel yok, sekonder seks karakterleri normal.

- Genetik analiz: Normal (patolojik mutasyon saptanmadı).

- Spermiogram (WHO 2021 kriterleri):

- Hacim: 2,3–2,9 mL
- Konsantrasyon: $6-10 \times 10^6/\text{mL}$ (↓)
- Toplam sperm sayısı: $23-39 \times 10^6$ (↓)
- Motilite: %0 ileri, %0–2 non-progresif, %98–100 hareketsiz (ağır asthenozoospermi)
- Morfoloji (Kruger kriteri): %1 normal form; %14 baş anomalisi, %3 orta parça anomalisi, %69 kuyruk anomalisi.

- Hormon profili: FSH, LH ve testosteron normal; estradiol (47 pg/mL) ve TSH (5,96 mIU/L) hafif yüksek.

- Mikroskopik Bulgular: Çok sayıda kısa, kıvrılmış ve kopmuş kuyruklu sperm; orta parça kalınlaşmaları; yuvarlak baş anomalileri ve sitoplazmik artıklar gözlemlendi.

Tartışma:

Bu olgu, kuyruk anomalilerinin baskın olduğu ağır oligoastenoteratozoospermi (OAT) tablosu ile uyumludur. Yüksek orandaki kuyruk anomalileri (%69), literatürde tanımlanan multiple morphological abnormalities of the sperm flagella (MMAF) fenotipini andırmaktadır. Ancak hastada genetik analiz normaldir; bu durum çevresel, epigenetik

veya henüz tanımlanmamış genetik faktörlerin rolünü düşündürmektedir. Yüksek immotil sperm oranı, hastada görülen tekrarlayan IVF başarısızlıklarını açıklamaktadır. Literatürle uyumlu olarak (Jouannet ve ark., 2008; Escalier, 2006), aksonem disorganizasyonu ve mitokondriyal kılıf defektleri ATP üretiminde yetersizlik ve flagellar immobilitateye yol açmaktadır. Bu tür olgularda konvansiyonel IVF başarısız olma eğilimindedir, en etkili yardımcı üreme yöntemi ise intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)'dir. Genetik analiz normal olsa da genetik danışmanlık önerilmelidir.

Sonuç:

Bu olgu, genetik analizi normal olsa dahi sperm kuyruk anomalilerinin ağır infertilite ve tekrarlayan IVF başarısızlığına yol açabileceğini göstermektedir. Sperm morfolojisi ve ultrastrüktürel inceleme infertilite yönetiminde kritik öneme sahiptir. Bu hasta grubunda ICSI en uygun tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

- Jouannet, P., Escalier, D., Albert, M., ve ark. (2008). Multiple morphological abnormalities of the sperm flagella: a genetic condition. *Andrologia*, 40(4), 207–217.
- Escalier, D. (2006). Structural defects of the sperm flagellum: genetic heterogeneity and ultrastructural phenotype. *Fertility and Sterility*, 86(6), 1589–1604.

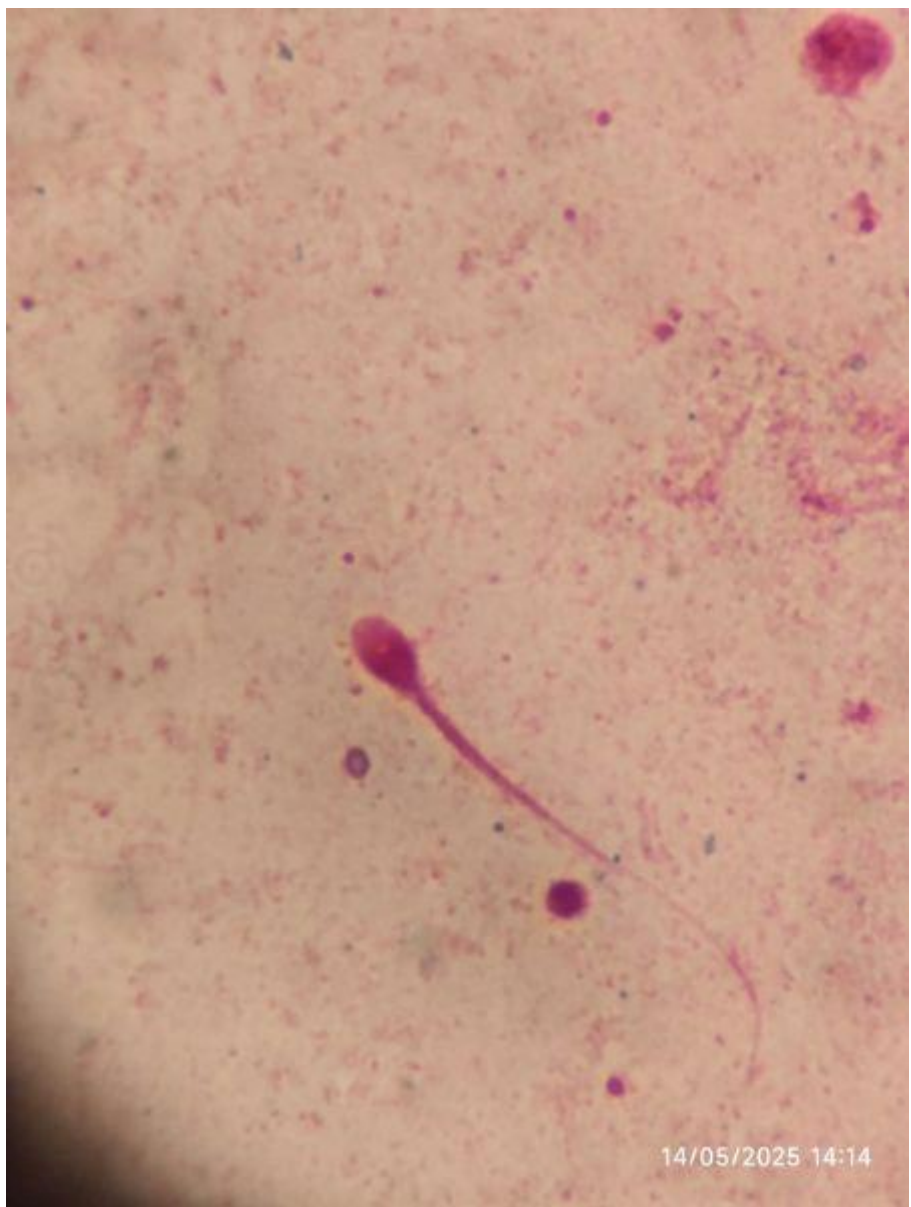
Anahtar Kelimeler: Erkek infertilitesi, sperm kuyruk anomalileri, MMAF fenotipi, IVF başarısızlığı, ICSI

olgumuza ait anomalili sperm görüntüsü



Mavi: Mikst tip baş-boyun anomalisi, Kırmızı: Stump tail

Olgumuza ait normal görünümde sperm



14/05/2025 14:14

[MSS-22]

Süregelen Nonspesifik Genitoüriner Semptomlarda Akla Gelmesi Gereken Bir Tanı: Genitoüriner Tüberküloz

Buğrahan Durmaz, Asilhan Sabuncu, İsmail Ulus, İsmail Engin Kandıralı

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

GİRİŞ

Tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis complex adını alan bir grup mikobakteri türünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Genitoüriner tüberküloz(GÜTB) kronik latent tüberküloz enfeksiyonunun hematojen yayılımı sonucu görülür ve tüm genitoüriner sistemi tutabilir. Ülkemizde tüm akciğer dışı tüberküloz vakaları içinde yaklaşık %5’lik bir orana sahiptir. Kliniğimizde nadir görülen ve genitoüriner sistemin sık karşılaşılan patolojileriyle karışabilen genitoüriner tüberküloz vakasını takdim etmek istiyoruz.

VAKA TAKDİMİ

Temmuz 2024 tarihinde 50 yaşındaki erkek hastamız kliniğimize sağ yan ağrısı ve dizüri şikayeti ile başvurdu.

Haziran 2024 USG’de hastanın sağda grade 2 ektazisi mevcuttu.

Temmuz 2024 Kontrastsız BT’de sağ böbrek pelvikaliksiyel yapılarında grade I-II ektazi izlendi. Sağ üreterproksimal ve orta kesimde hafif dilateydi. Ancak sağ üreter boyunca kalkül saptanmadı.

Kasım 2024 BT Ürografi’de sağ böbrek pelvikaliksiyel yapıları sağ üreter seyri boyunca grade I-II ektazi

görünümde izlendi. Sağ üreter proksimal kesimde daha belirgin olmak üzere üreter boyunca duvarında kalınlık artışı izlendi.

Bunun üzerine hastaya Mart 2025’te GAA Sistoskopi+Sağ Tanısal URS

yapıldı.Operasyonda mesanede şüpheli alanlar rezeke edildi,sağ üreterde enfektif materyal görüldü, sağ üreterdeki şüpheli alandan biyopsi alındı.

Sitolojik incelemede hemorajik zeminde polimorf nüveli lökositlen baskın iltihap hücreleri arasında az sayıda nükleer irileşme ve nükleer membran düzensizliği gösteren hücre görüldü. Malignite şüphesi mevcuttu.Patolojide neoplazi izlenmedi.

Haziran 2025 MR Ürografi’de sağ böbrek toplayıcı sistemde özellikle üst ve orta pol düzeyinde ektazik görünüm mevcuttu. Pelvis normalden geniş, proksimal üreter hafif geniş, sağ ürteter ikinci darlık bölgesine kadar normalden geniş olarak izlendi. Ancak

mesaneye kadar geçişinde pasaj açık olarak izlendi. T1 post kontrast kesitlerde sağ üreterin L2-L3-L4-5 düzeyinde çevresinde kontrast etkileşimi, ayrıca peristaltizmde azalma dikkati çekmekteydi. Peristaltizmde azaldığı kraniokaudal uzanımı yaklaşık 8cmlik segment görüldü. Ayrıca üreter çevresindeki yumuşak dokularda da kontrast etkileşimi ve sinyal artışı mevcuttu.

Bunun üzerine hastanın idrarında ARB arandı. Sonuç pozitif olarak geldi.Hasta tedavi için enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi.

TARTIŞMA

GÜTB hastaları, çok çeşitli semptom ve bulgular ile hekime başvurabilirler. Ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, sık idrara çıkma, idrarda zorlanma, abdominal, suprapubik ve lomber bölgede ağrı, kostovertebral açı hassasiyeti, makroskopik-mikroskopik hematüri, persistan steril piyüri, menstrüel anomaliler, infertilite görülebilir.GÜTB tanısı için spesifik tek bir tanısal test mevcut değildir.Ayrıca tüm hastalarda Mtb varlığını göstermek de mümkün olmayabilir.

SONUÇ

GÜTB, hekimlerin tüberküloz hakkındaki farkındalığının düşük olması, geniş bir spektrumda non spesifik bulgular ile kendini gösteren bir hastalık olması ve çok sık karşılaşılan bir tanı olmaması sebebiyle klinik pratikte kolaylıkla atlanabilecek bir tanıdır.Tanıda gecikme; hastalığın ilerlemesine, üreteral darlıklara, mesane kontraktürlerine, obstrüktif nefropatiye, renal parankimal hasara ve son dönem böbrek yetmezliğine neden olabilir.Süregelen non spesifik genitoüriner semptomlarla başvuran ve altta yatan nedenin bulunamadığı hastalarda ayrıntılı anamnez, klinik ve laboratuvar bulguları ile GÜTB akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, genitoüriner, enfeksiyon, nonspesifik semptom

AuthorToEditor: Bağcılar EAH üroloji kliniği 1.yıl asistanıyım. Bilimsel toplantılara, kongrelere katılarak kendimi geliştirmek istiyorum. Kongrenizde vakamızı sunmayı arzulamaktayım. Saygılarımla

[MSS-23]

Penil Protez Komplikasyonu Enfeksiyon: Olgu Sunumu

Emre Güdük, Levent Işııkay, Mehmet Şakir Taşıınar, Mehmet Canıklioğlu, Volkan Selmi, Sercan Sarı

Bozok niversitesi, roloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Erektıl disfonksiyon, tatminkar bir cinsel performans için yeterli ereksiyona ulaşamama yahut ulaşılsa da sürdürememe olarak tanımlanır. Erektıl disfonksiyon ile ilgili tedavi seçenekleri sınırlı olmakla birlikte farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen hastalarda en sık başvurulan cerrahi tedavi yöntemi penil protez implantasyonudur. Penil protez enfeksiyonları, penil protez implantasyonu sonrasında meydana gelen ciddi komplikasyonlardır. Bu tür enfeksiyonlar, implantın yerleştirilmesinden haftalar, aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilir ve tedavi gerektiren durumlar yaratabilir. Bu yazıda, penil protez enfeksiyonları ile ilgili bir olgu sunumu ve literatürden elde edilen bilgiler özetlenecektir.

Olgu: 73 yaşında erkek hasta, başvurusunda 6 yıldır erektıl disfonksiyon Şikayeti vardı. Fosfodieasteraz 5 inhibitörü ve intrakavernozal alprostadil enjeksiyon tedavilerinden fayda görmemişti. Bilinen hipertansiyon, diabetis mellts vardı. Libido kaybı yoktu, sabah ereksiyonu yoktu. Çekilen penil doopler ultrasonografisinden arteriyal yetmezlik dşnld. Bunun zerine hastaya 3 parçalı şişirebilir penil protez implantasyonu yapıldı. Takiplerinden hafif penoskrotal ekimoz haricinden herhangi bir sıkıntısı olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Taburculuktan 1 hafta sonra hastanın yara yerinde akıntı ve sütür hattında açılma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yara yeri bakımı ve medikal tedavi açısından hasta interne edildi. Antibiyoterapi düzenlenmesi için enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Enfeksiyon hastalıkları önerisiyle yara yerinden sürüntü alındı ve piperasilin-tazobactam tedavisine başlandı. Yara dudaklarına günde 3 defa nekrotik dokular debride edilerek rifamsin ile pansuman yapıldı. Antibiyoterapi ve pansuman tedavisi sonrasında yara yeri ameliyathane şartlarında fibrotik ve nekrotik dokular eksize edilerek sütüre edildi. Takiplerinde herhangi bir sıkıntı olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Rutin kontrollerinde yara yerinde akıntı, kızarıklık, yara yerinde açılma yoktu. Protez aktivasyonunda da bir sorun ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Penil protez enfeksiyonları, komplikasyonlar açısından ciddiye alınması gereken durumlardır. enfeksiyonlarının yönetiminde, enfekte olmuş implantın çıkarılması ve mevcut yabancı materyalin temizlenmesi esas bir yaklaşımdır. Uygun tedavi metotları arasında geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ve düzenli takip yer alır. Bu tür

enfeksiyonların yönetiminde proaktif bir yaklaşım, komplikasyonların en aza indirilmesine yardımcı olur. Bu vakada uygun antibiyoterapi ve yara yeri bakımı yapılarak protez implantasyonun çıkarılmasına gerek olmadan tedavi sağlanmıştır

Anahtar Kelimeler: Erektile Disfonksiyon, penil protez, enfeksiyon

Penil Protez Yara Yeri



Resim 2. Postoperatif 1.ay yara yeri görünümü ve penil protez aktivasyonu

Penil Protez Yara Yeri



Resim 1. Postoperatif 1.hafta yara yeri

[MSS-24]

Bir bruselloz komplikasyonu olan testis apsesi

Mostafa Sultanı Afghan, Mehmet Caniklioğlu, Volkan Selmi, Sercan Sarı, Mehmet Şakir Taşpınar, Vakkas Bozanoglu, Levent Işıkey

Bozok Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

Giriş; Brucella, dünyanın farklı yerlerinde karşımıza çıkan zoonotik bir hastalıktır. Bruselloz %2-20 oranında genitoüriner sistemi etkilemektedir. Genitoüriner sistemde en fazla epididimoorşit olarak karşımıza çıkmaktadır. Ürolojik enfeksiyonları arasında akut epididimoorşit hastalarda sık görülen bir hastalıktır. Brucella özellikle enfekte olan süt ürünleriyle temas sonucu ortaya çıkan tanı konulması güç bir hastalıktır. Bu tanıdaki güçlükler, gecikmiş tedaviler ve uygun olmayan tedaviler sonucu apse, atrofi, nekroz ve infertilite gibi komplikasyonlar gelişebilir. Biz bu olgu sunumunda brucella tanısı alan, testiste apse gelişen, medikal tedaviye rağmen semptomları ve kliniğinde düzelme olmayan ancak apse eksizyonu sonrası iyileşen olguyu sunuyoruz.

Vaka sunumu;

28 yaşında erkek hasta yaklaşık 45 gündür olan sol testis ağrısı, sol skrotumda kızarıklık, kas ve eklem ağrısı, gece terlemesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya başka bir merkezde brucella epididimoorşiti tanısı konulmuştu ve 4 haftadır rifampisin 600mg/gün ve doksisisiklin 200mg/gün peroral tedavisini başlanmıştı. Halen tedavisi devam ediyordu. Hastaya çekilen skrotal doppler USG'sinde sol testis parankiminde 4.5cm boyutunda apse ile uyumlu lezyon izlendi. Hastanın testiküler tümör markerları normaldi. Hastanın brucella aglütinasyon testi 1/80 pozitif ve Rose bengal testi pozitif saptandı. Skrotal MRG'da sol hemiskrotumda yaklaşık 3cm boyutunda lobule konturlu lezyon izlendi(resim 1). Kan biyokimyası, tam idrar tetkiki ve tümör markerları normal sınırlarda bulundu. Hastaya rifampisin ve doksisisiklin tedavisi devam edildi. Kontrol muayane 7 haftalık medikal tedaviye rağmen hastanın ağrısı devam ediyordu ve semptomlarında azalma olmamıştı. Kontrol skrotal doppler USG'sinde sol testisteki lezyonun boyutu aynıydı. Hastaya tarafımızca skrotal eksplorasyon yapıldı. Kalın duvarlı kistik lezyon içerisinde sarı renkli pürülan sıvı mahiyette apse materyali izlendi. İntraoperatif frozen incelemesi yapıldı. Frozen sonucu apse duvarı ile uyumlu benign lezyon olarak raporlandı. Apsle duvarıyla birlikte eksize edildi ve testis çoğunlukla korundu(resim 2,3). Apsle materyali ve apse duvarından alınan kültürlerde üreme olmadı. Patoloji sonucu nekrotizan granülomatöz orşit olarak raporlandı. Hastanın postoperatif 7.gününde skrotal ağrısı yoktu. Postoperatif 6. ayında kontrol skrotal USG'sinde sol testis kanlanması homojen olarak izlendi.

Sonuç:

Brucella epididimoorşiti olan hastalar öncelikle medikal tedavi uygulanmalı. Medikal tedaviden fayda görmeyen olgularda apse gibi komplikasyonların eşlik edebileceği ve testis maligniteleri gibi ayırıcı tanıların akılda bulunması gerekir. Testis apsesisi etyolojisinde brucelloz nadir görülmesine karşın uygun medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri ile testisin korunma şansı artacaktır. Tedavi yönetiminde daha ileri inceleme yöntemlerinin geliştirilmesi, intraoperatif frozen incelemesi yapılması tedavi başarısını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, testis apsesi, epididimoorşit

Resim 1 Skrotal MRG.



sol hemiskrotumda yaklaşık 3cm boyutunda lobule konturlu lezyon görüntüsü

Resim 3



Sol testis apsesi duvarıyla birlikte eksizyon yapıldıktan sonra sol testis görüntüsü

[MSS-25]

Travmatik Penis Amputasyonunun Cerrahi Tedavisi: Bir Olgu Sunumu ve Dünya Literatürünün Gözden Geçirilmesi

Kadri Sergen Akça¹, Furkan Çapar¹, İsmail Emre Ergin¹, Servet Kaya², Adem Sancı¹, Semih Yaşar Sargın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

Giriş

Penis amputasyonu nadir görülen ancak ciddi fonksiyonel ve psikolojik etkileri olan bir ürolojik acil durumdur. Genital yaralanmaların %33-66'sı genitoüriner nedenlerdendir ve erkekler anatomik yapıları nedeniyle daha yatkındır(1). Tüm genital travmaların %80'i künt travmalardan gelişirken, penis amputasyonlarının %87'si psikiyatrik nedenlerle kendine zarar verme şeklindedir(1,2). Daha az oranda kazalar, travmatik mastürbasyon veya saldırılarla oluşur.

Olgu Sunumu

60Y, komorbiditesi olmayan erkek hasta bıçaklanma sonrası penis proksimalinden kesi ile (>6 saat soğuk iskemi) acil servise başvuruyor., başvuru anında sistostomi kateteri takıldı. Sol korpus kavernozum ve üretranın tam, sağ korpus kavernozumun büyük oranda kesildiği saptandı; USG'de tama yakın amputasyon izlendi. Ventral deri sağlamdı ve nekroz yoktu.

Üretra corpus spongiosumdan serbestlendi, 20fr silikon uretral kateter yerleştirilerek uç uca anastomoze edildi. Ardından corpus cavernosumlar 4.0 prolene ile primer onarıldı.

Üretra uç uca anastomoz edildi. Dorsal ven için plastik cerrahi görüşü alındı, rekonstrüksiyon ürolojiye bırakıldı. Operasyon 2 saat sürdü

Sonrasında rifli, thiocilline'li spanç ve koban uygulaması yapıldı. Postoperatif dönemde hasta sabah ereksiyonları tarifledi; 4. günde doppler USG'de kavernoöz arterlerde akım izlendi

Po 12'de sondalı taburcu edildi. Sonrasında glans penisten başlayarak ventralde nekroz gelişti, ancak akım devam ediyordu. Po 25'te yeniden yatırıldı, sondası çekildi, yara kültüründe E. coli üredi ve antibiyotik başlandı. Hiperbarik oksijen tedavisine uygun bulunmadı. Po 42'de taburcu edildi.

Tartışma

İlk penis replantasyonu vakası 1929'da Ehrich tarafından rapor edilmiştir. 1977'de Cohen, ilk başarılı mikroskobik penis replantasyonunu bildirmiştir.

Literatürde amputasyondan 16 saat sonrasına kadar başarılı sonuçlar raporlanmış, ilk 24 saatte müdahale önerilmiştir. (3). Yayınlanan veriler eksik olmasına rağmen idrar diversiyonu amacıyla geçici suprapubik kateter yerleştirilmesini önermiştir.

Replantasyon kararı, güdük ve kopan segmentin durumuna bağlıdır; yara uygun değilse debridman yapıp güdük kapatılmalı ve sekonder rekonstrüksiyon tercih edilmelidir.

Başarılı bir replantasyon; debrisin temizlenmesi, nekrotik dokunun çıkarılması, üretra anastomozu, korporal cisimlerin onarımı ve dorsal nörovasküler pleksusun mikrocerrahi onarımını gerektirir. En sık komplikasyon deri nekrozu olup, olguların yaklaşık %54'ünde bildirilmiştir. Mikroskop kullanılmayan onarımlarda erektil disfonksiyon ve üretral darlık daha sık görülmektedir. [5].

Amputasyon, tam ve kısmi olarak sınıflandırılmaktadır ancak kısmi amputasyonun kesin bir tanımı yoktur (7) İlginç olarak, tam amputasyon cerrahın nörovasküler yapılara daha net ulaşabilmesini sağladığından kimi zaman daha iyi sonuç verebilmektedir (.5).

Bu vakada, Riyach ve arkadaşlarının vakasına benzer olarak spongiozal cisim korunmuştu. Rekonstrüksiyon sonrası üçüncü günde distal şaftta belirgin ödem yoktu ve duyunun yavaş yavaş ger geldiği görüldü. Mikroskobik teknik kullanılmamasına rağmen venöz drenajın sağlanması başarılı olmuş, bu da spongiozal cisimlerin penil kan akımı ve ereksiyondaki rolünü göstermiştir.

Daha önceki bıçak kullanılarak gerçekleştirilen penil ampütasyon vakaları incelendiğinde, Riyach'ın 2014'teki olgusunda, 6 saatlik iskemi sonrası mikroskopsuz replantasyonda penil his azalması gelişmiş; El Harrech'in 2013 çalışmasında ise 5 saatlik iskemi sonrası erektil disfonksiyon görülmüştür. Mikroskopla yapılan 8 replantasyonda ise en sık komplikasyon deri nekrozudur (6).

Bize göre, replantasyona kadar olan yaklaşık 7 saatlik süre, mikroskop kullanılmaması, uygun tedaviye rağmen taburculuk sonrası penisin ventral kısmında başlayan E coli enfeksiyonu, başarılı anastomozu engelleyen önemli faktörlerdi.

Sonuç

Penis amputasyonlarında hızlı müdahale ve mikroskobik nörovasküler rekonstrüksiyon altın standarttır. Ancak kaynak yetersizliğinde mikroskopsuz replantasyon da fonksiyonel sonuçlar sağlayabilir. Enfeksiyon kontrolü ve postoperatif izlem başarıda kritik rol oynar. Başarı; duyunun geri dönüşü, erektil fonksiyonun kazanılması ve idrar fonksiyonlarında darlık/bozukluk olmaması ile değerlendirilir.

Anahtar Kelimeler: Mikroskobik onarım, penil ampütasyon, replantasyon, Travma

Penis Replantasyon Sonrası Süreç



A-) Figure 1. Kesi sonrası B-)Figure 2..Intraop replantasyon öncesi C-)Figure 3. Post op D-)Figure 4.Post op 17. günde glans peniste nekroz mevcut E-)Figure 5 Post op 17. günde penis dorsalinde nekroz ve yumuşak doku enfeksiyonu F-)Figure 6 Post op 34. günde glans penisi saran nekroz ve ventral kısımda görülen üretra G-)Figure 7 Post op 58. günde penis ventrali H-)Figure 8 Post op 58. günde peniste yaygın nekroz I-)Figure 9 Post op 58. günde penisin güncel durumu