

[MSS-19]

Yüksek Doz Trazodon ve Kronik Alkol Kullanımı ile İlişkili Refrakter İskemik Priapizm: Olgu Sunumu

Tuncer Bahçeci, Mustafa Tıpırdamaz

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Arka plan: İskemik priapizm, tedavi edilmediğinde kavernoza fibrozis ve kalıcı erektil disfonksiyonla sonuçlanabilen ürolojik bir acildir. Bir antidepresan olan trazodon, en yaygın farmakolojik tetikleyicilerden biridir ve alkol kullanımı şiddetini artırabilir.

Giriş

İskemik priapizm, venöz drenajın bozulması sonucu kavernoza dokuda hipoksi ve asidoz gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan persistan ağırlı ereksiyon ile karakterizedir. Tedavi edilmediğinde hızla fibrozis ve erektil disfonksiyon gelişir. İlaç kaynaklı priapizm olgularının önemli bir kısmından trazodon sorumludur. Kronik alkol tüketimi de vasküler ve nöro hormonal düzenekler üzerinden priapizm riskini artırabilir.

Çoğu trazodon ilişkili priapizm aspirasyon ve sempatomimetik enjeksiyonlarla düzelirken, refrakter ve nekroz gelişen olgularda erken penil protez önerilmektedir. Bu yazıda, kronik alkolik bir hastada 48 saatlik refrakter iskemik priapizm olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

45 yaşında erkek hasta, 20 yıldır günlük yaklaşık 1 litre rakı, viski veya bira tüketmekteydi. 48 saattir devam eden ereksiyon şikayetiyle başvurdu. İlk 24 saatte ağrısız, sonraki 24 saatte ağırlı hale gelmişti. Son bir haftadır insomnia nedeniyle günde 300-400 mg trazodon kullanmaktaydı. Psikiyatrik yatış öyküsü vardı ve olanzapin, mirtazapin, ketiapin kullanmıştı.

Dış merkezde kavernoza aspirasyon ve iki kez adrenalin enjeksiyonu yapılmış ancak sonuç alınamamıştı. Kavernoza kan gazında pH <7.0, pCO₂ 93 mmHg, pO₂ 6 mmHg bulundu.

Acil olarak T-shunt uygulandı fakat 3 saat içinde ereksiyon tekrar etti. Ardından penoskrotal dekompresyon ve kavernoza dilatasyon yapıldı ancak kalıcı detümessans sağlanamadı. Kliniğimizde MR görüntüleme yapıldı. MR'da kavernoza nekroz doğrulandı. Hastaya kavernoza nekroz bilgisi verildi ve penil protez gerekliliği anlatıldı ancak hasta

protezi reddetti. Psikiyatri konsültasyonu ile trazodon kullanımı ve alkol bağımlılığı teyit edildi.

Erken protez implantasyonunu reddermesi nedeniyle analjezik ve destek tedavisi verildi. Taburculukta parsiyel ereksiyon vardı. Bir hafta sonra ağrı yok, ereksiyon grade 2/4 düzeyindeydi. Birinci ayda fizik muayenesi olağan, ağrısı yok ancak kalıcı erektil disfonksiyon gelişmişti.

Tartışma

Trazodon, iskemik priapizm ile en sık ilişkilendirilen antidepresandır. Alkol bağımlılığı ise bağımsız bir risk faktörüdür ve prognozu kötüleştirebilir. Bu olguda her iki faktör sinerjistik etki göstererek refrakter seyir oluşturmuştur.

12 saatten sonra kavernoza düz kas ölümü başlamakta, 24–48 saatte nekroz gelişmektedir. MR görüntüleme, kavernoza canlılık değerlendirmesinde yüksek duyarlılığa sahiptir. Nekroz saptandığında erken penil protez önerilir. Gecikmiş implantasyon ise komplikasyonları ve teknik zorlukları artırır.

Sonuç

Bu vaka, Trazodon yüksek doz ve kronik alkol kullanımının nadir fakat ciddi refrakter iskemik priapizme yol açabileceğini göstermektedir. T-shunt ve penoscrotal dekomprasyona yanıtız hastalarda erken penil protez tatbiki ilk basamaktır. Ancak bu tedavi için hasta uyumu oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İskemik Priapizm, Trazodon, Kronik Alkolizm

Resim 1



T-Shunt Öncesi Rigit Penid

Resim 2



Penil MRI Coronal Kesitte Penil Fibrozis

AuthorToEditor: Değerli Vaktinizi Ayırdığınız İçin Teşekkürler

[MSS-27]

Romatoid Artrit Tedavisinde Etanersept Kullanımına Bağlı Gelişen Retroperitoneal Fibrozis: Olgu Sunumu

Mustafa Tıpırdamaz¹, Hakan Gemalmaz¹, Taşkın Şentürk², Özgür Ermişler¹, Mehmet Dünder¹, İzzet Koçak¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş

Retroperitoneal fibrozis (RPF), üreteral obstrüksiyon ve ilerleyici böbrek fonksiyon kaybına neden olabilen nadir bir fibro-inflamatuvar hastalıktır. Çoğu olgu idiyopatikdir; ancak otoimmün hastalıklar, maligniteler, enfeksiyonlar ve bazı ilaçlara bağlı sekonder formlar da görülmektedir. TNF- α inhibitörleri, romatoid artrit (RA) tedavisinde etkili olmalarına rağmen nadiren paradoksal inflamatuvar reaksiyonlara yol açabilir. Bu olgu sunumunda, RA hastasında etanersept tedavisine ikincil olarak gelişen RPF olgusu paylaşılmaktadır.

Olgu Sunumu – Öykü

51 yaşında erkek hasta, romatoid artrit tanısı ile takip edilmekteydi. Kasım 2023'te sol yan ağrısı ile başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sol böbrekte grade 2 hidronefroz saptandı. 1 Aralık 2023'te sol perkütan nefrostomi takıldı. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) sonucunda sol üreter tutulumu ile uyumlu retroperitoneal fibrozis (RPF) düşünüldü.

29 Aralık 2023'te hastaya sol retrograd pyelografi (RGP), sol tanısal üreterorenoskopi (URS) ve sol üreteral balon dilatasyonu uygulandı. İşlem sırasında intramural üreterden başlayan yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda ciddi darlık izlendi. Retroperitoneal fibrozis açısından şüpheli olan bu segmentte balon dilatasyon yapıldı ancak darlık tam olarak açılmadı. Double J stent takılamadı.

Hasta o dönemde haftada 50 mg etanersept, metotreksat ve hidroksiklorokin kullanmaktaydı. Etanerseptle bağlı RPF olabileceği düşünüldü ve Romatoloji görüşü sonrası etanersept kesildi, steroid ve metotreksat ile tedaviye devam edildi. Mart 2024'te hidronefrozun kaybolduğu, Anterior piyelografide mesaneye kontrast madde geçişinin olduğu izlendi ve nefrostomi kateteri çıkarıldı. CRP değeri 67,2 mg/L'den 2 mg/L'ye geriledi. IgG 20 g/L den 3 g/L ye geriledi. 27 Temmuz 2025 itibarıyla hasta upadasitinib ve düşük doz prednizolon kullanmakta olup, ürolojik açıdan stabildir.

Tartışma

RPF insidansı yılda yaklaşık 1,3/100.000'dir. Sekonder nedenler arasında ilaçlar da yer almakta, TNF- α inhibitörleri ile ilişkili olgular nadirdir. Literatürde etanersept sonrası gelişen RPF vakalarında ilacın kesilmesi ve kortikosteroid başlanması ile düzelme sağlanmıştır. Bu olguda da benzer şekilde etanersept kesilerek steroid tedavisi verilmiş, obstrüksiyon düzelmiştir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, böbrek fonksiyonlarının korunmasında kritik öneme sahiptir.

Sonuç

Biyolojik ajan tedavilerinin nadir ancak önemli bir yan etkisi olarak RPF akılda tutulmalıdır. Biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda açıklanamayan ürolojik obstrüksiyon durumlarında RPF olasılığı göz önünde bulundurulmalı, erken tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonlar önlenmelidir.

Kaynaklar

1. Vaglio A, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis. Lancet. 2006;367:241–251.
2. Ramos-Casals M, et al. Autoimmune diseases induced by TNF-targeted therapies. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008;22:847–861.
3. Yamamoto K, et al. Etanercept-induced retroperitoneal fibrosis: a case report. Mod Rheumatol. 2018;28:356–359.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal Fibrozis, Etanersept, Biyolojik Ajan, Perkütan Nefrostomi

Bilgisayarlı Tomografide Sol Böbrekte Grade 2 Hidronefroz



Bilgisayarlı Tomografide Sol Böbrekte Grade 2 Hidronefroz

Sol Böbrek Anterograd Pyelografi Sol Böbreğe Takılan Perkütan Nefrostomiden Çekilen Anterograd Piyelografide Sol Distal Üreterde Asimetrik UzunSegment Darlık



Sol Böbrek Anterograd Pyelografi Sol Böbreğe Takılan Perkütan Nefrostomiden Çekilen Anterograd Piyelografide Sol Distal Üreterde Asimetrik UzunSegment Darlık

AuthorToEditor: Değerli Vaktinizi Ayırdığınız İçin Teşekkür Eder İyi çalışmalar Dilerim.
Saygılarımla

[MSS-26]

Travma sonrası tekrarlayan böbrek hematomu ile tanı ve tedavisi güçleşen böbrek tümörü; erişkin wilms tümörü olgu sunumu

Yasir Muhammed Akça¹, Deniz Gül¹, Hasan Salih Köse¹, Yavuz Tarık Atik²

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Medstar Antalya Hastanesi, Üroloji, Antalya

GİRİŞ: Wilms tümörü çocukluk çağıının en sık görülen böbrek tümörüdür. Ortalama görülme yaşı erkek çocuklarda 36,5 ay, kız çocuklarda ise 42,5 aydır. Erişkinlerde ise ender görülür ve insidansı yılda 0.2/1.000.000'dan azdır. Renal travma tüm travma vakalarının yaklaşık %5'ini oluşturur. En sık genç erkeklerde görülür ve genel insidansı 100.000'de 4.9'dur. Çoğu yaralanma, başarılı bir organ koruma stratejisi ile ameliyatsız yönetilebilir. Olgumuzda künt batın travması sonrası acil servis başvurularında renal hematoma nedeni böbrek kitlesinin tespiti zorlaşan bir olgu tartışılmıştır.

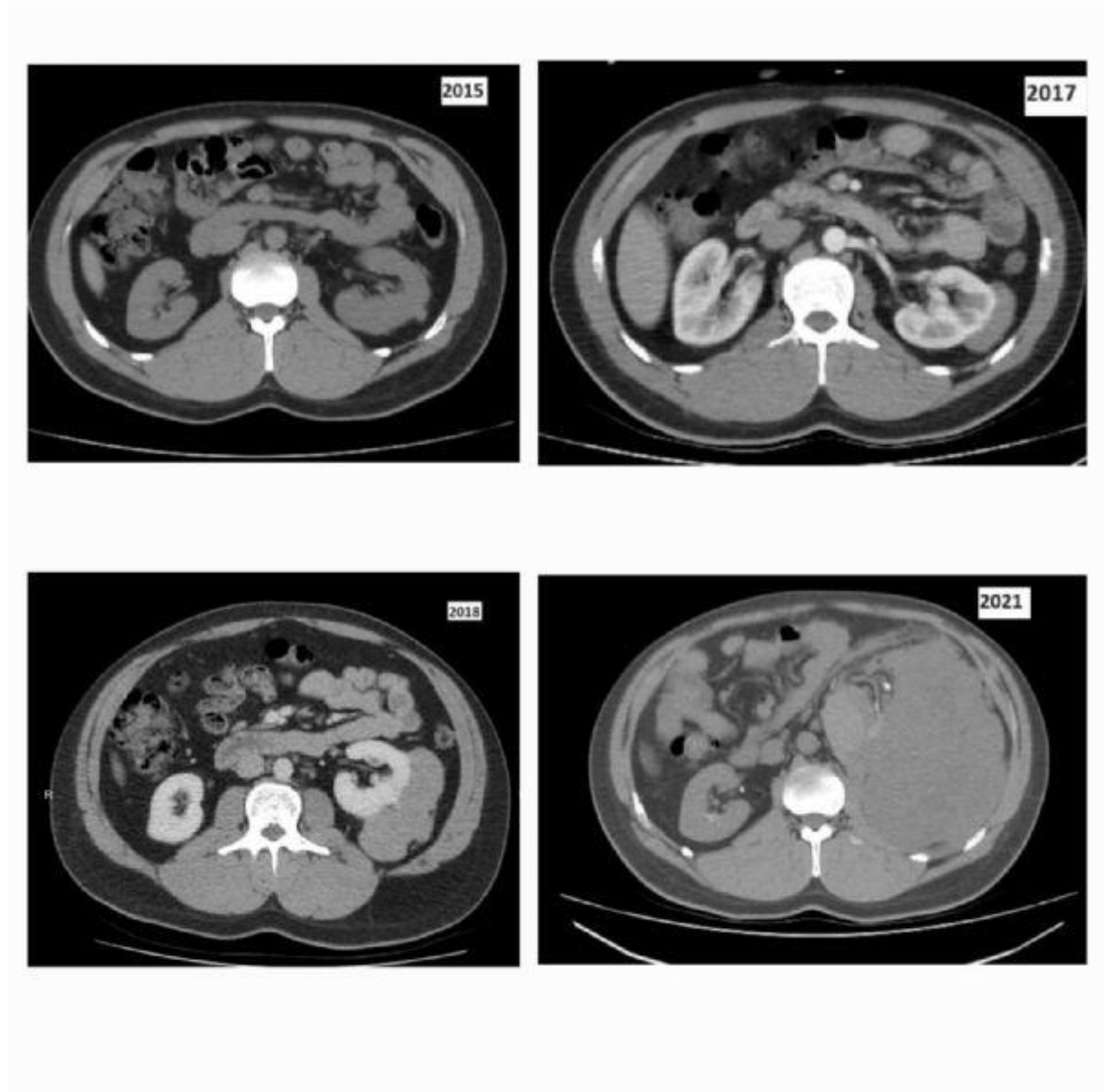
Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Yapılan tetkiklerinde, bilgisayarlı tomografide sol perirenal alanda 15 cm'lik hematoma saptanması nedeniyle hasta acil serviste tarafımızca değerlendirildi. Biyokimyasal testlerinde üre: 28 mg/dL, kreatinin: 0,73 mg/dL, hgb: 13,2 g/dL, tam idrara analizinde ise özellik saptanmamıştı. Yatarak takibinde mobilizasyon kısıtlaması ve seri hemogram ölçümleri yapılan hastanın hgb 12g/dL'ye kadar düştüğü ancak bu seviyede stabil kaldığı gözlenmişti. Hastanın konservatif tedaviden fayda gördüğü düşünüldü, fakat 2018 ve 2019 yıllarında da künt batın travması sonrası tomografi ve ultrasonografi görüntülerinde perirenal hematoma izlenmiş olan hastanın yeni görüntülemelerinde düzensiz kontürlü kitlesel görünüm olması nedeniyle nefrektomi yapılmasına karar verildi. Patoloji sonucu nefroblastoma (wilms tümörü) olarak raporlandı. Pozitron emisyon tomografisinde operasyon lojunda multiple metastatik implantlar saptanması üzerine 20 gün radyoterapi aldı. ardından kemoterapi programına alındı: 1.basamak (aktiamisin-vinkristin-doksorubisin) 2. basamak 3 kür (ifosomid,karboplatin,etoposid,mesna) şubat 2022 de otolog kit yapıldı.(wilms tm tutulumu bağlı) eylül 2022 sitoredüktif cerrahi + hipec (oksaliptatin) oral etoposid mart 2023-ekim 2023 arası topotekan - siklofosamid-mesna kasım 2023 pozitron emisyon tomografide progresyon saptanması üzerine tekrar kemoterapi planı yapıldı fakat 4 gün sonra hasta eksitus oldu.

Sonuç: erişkin wilms tümörü son derece nadir görülmektedir. bu olgumuz perirenal hematoma nedeniyle 2018 ve 2019 yıllarında konservatif olarak takip edilmiştir. 2021 yılında ağrı şikayeti ile geldiğinde sol böbrekte kitlesel görünüm nedeniyle opere edilmiştir. Geriye dönük incelendiğinde o yıllardaki görüntülerin de hematoma ziyade

kitleye ait olabileceği düşünölmüştür. Literatürde pediatrik hastalarda travma sonrası konservatif tedavi yetersiz olduğuunda yapılan nefrektomi sonrası malignite saptanan olgular mevcuttur. Bu vakada önceki yıllarda kitle yerine hematoma olduğu düşünölerek ve konservatif tedavinin de yeterli olması nedeniyle nefrektomi yapılmamış ve wilms tümör tanısı alması gecikmiştir. Bu açıdan perirenal ve renal hematomaun olası kitlelerin fark edilmesinde veya ayırt edilmesinde zorluklara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: erişkin wilms tümörü, nefrektomi, renal hematoma

BT



[MSS-28]

Gecikmiş Şekilde Başvuran Fournier Gangreni Vakasında Bilateral Orşiektomi ve Penektomi

Eralp Yılmazçoban, Enis Mert Yorulmaz, Serkan Özcan, Osman Köse, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş

Fournier gangreni genital ve perineal bölgeyi tutan nadir ve çok hızlı ilerleyen nekrotizan fasit durumudur. Hızlı şekilde gerekli debridman yapıp tedavi edilmez ise sepsis ve ölüm ile seyredebilir. Penisin zengin vasküler yapısından dolayı tabloya eklenmesi oldukça seyrek görülmektedir. Penis uç arterler ile beslendiği için nekrozu durumunda ekstremite parmaklarında görülene benzer şekilde distal nekroz ile karşımıza çıkmaktadır. Fournier gangreni yönetimi nekrotik ve enfekte dokuların seri debridmanı, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve altta yatan patolojilerin giderilmesini içermektedir. Nadir de olsa ilerlemiş vakalar orşiektomi ve penektomi gibi organ kayıplarına gidebilir.

Olgu sunumu

53 yaşında diyabet, hipertansiyon ve son dönem böbrek hastalığı tanıları bulunan erkek hasta 10 gündür olan skrotal bölgede şişlik ve renk değişikliği şikayeti ile acil servise başvurdu. Tarafımızca değerlendirilen hasta interne edildi. Hasta durumu hakkında ve takipleri konusunda detaylı şekilde bilgilendirildikten sonra gerekli tüm onamları alınıp acil debridman yapıldı ve geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Hastaya 3 günde bir olacak şekilde seri debridman yapıldı ve vaka aralarında hasta negatif basınçlı pansuman cihazı ile takip edildi. Hastanın ilk vakasında suprapubik bölgeye ve perineal bölgeye ilerleyen skrotumu tamamiyle tutan bir nekrotizan fasiiti olduğu görüldü. Hastaya çok geniş bir şekilde debridman yapıldı. İlk vakada sağ testisin kanlanması olmadığı nekroza gittiği görüldü ve sağ orşiektomi uygulandı. Sol testis ve penisin kanlanması olağan izlendi. Hasta ilk debridman sonrasında genel durumu bozulması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. İkinci debridmanda ise sol testisin de kanlanması olmadığı nekroza gittiği ve penisin de hemen tamamının nekroza gittiği, üretranın da ileri derecede enfekte olduğu izlendi. Hastaya öncelikle suprapubik bölgeden temiz cilt bölgesinden mesanesi doldurularak perkütan sistostomi kateteri takıldı. Sonrasında hastaya önce sol orşiektomi uygulandı. Ardından üretra corpus cavernosumlardan ayrımlandı. Üretranın distal nekrotik ve enfekte kısmı eksize edildi. Kalan salim görülen üretradan foley sonda takıldı. Ardından penis kruslarına kadar serbestlendikten sonra penis krusları ayrı ayrı kesildi. Penis pubis arası ligamanlar kesildi ve kanama kontrolü sonrası penektomi yapıldı. Hasta 21 gün yoğun bakım

ünitesinde takip edilmiş olup seri debridmanlara rağmen mortal seyretmiştir.

Sonuçlar

Fournier gangreni çok hızlı şekilde ilerleyen bir patolojidir. Erken tanı konulup agresif debridman, geniş spektrumlu antibiyotik tedavi ve altta yatan nedenlerin giderilmesi ile tedavi edilebilir. Olgumuzda da görüldüğü gibi geç başvurular gecikmiş tedavilere yol açacağından testis ve penis gibi organ kayıpları, sepsis ve ölüm gibi komplikasyonlara yol açmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, Orşiektomi, Penektomi

Debridman Öncesi



Orşiektomi ve Penektomi Öncesi

Debridman Sonrası



Orşiektomi ve Penektomi Sonrası

[MSS-29]

Testiküler Enfarktüs:Akut Epididimoorşitin Nadir bir Komplikasyonu

Mustafa Özer¹, Mert Hamza Özbilen¹, Yusuf Enes Kök¹, Ali Yitik², Nil Akçalı², Ediz Vuruşkan¹, Hakan Erçil¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ

Akut epididimoorşite klinik pratikte sıkça karşılaşılr ve akut skrotumun önemli ayırıcı tanılarından biridir. Tedavinin temelini uygun antibiyoterapi ve antiinflamatuvar tedavi oluşturur. Nadir durumlarda epididim ve testisi etkileyen şiddetli ve ilerleyici enfeksiyöz süreçler ve testis kaybına yol açabilir. Testiküler enfarktüs, epididimoorşitin nadir ancak katastrofik bir komplikasyonudur. Testiküler enfarktüsün en sık nedeni testis torsiyonu olmakla beraber vaskülitler, enfeksiyöz süreçlerden de kaynaklanabilir. Burada zamanında tedavi edilmeyen akut epididimoorşite sekonder gelişen testiküler enfarktüs görülen bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

OLGU

35 yaşında erkek hasta üroloji polikliniğine 2 gündür var olan sol skrotal ağrı şikayeti ile başvurdu.Özgeçmişinde ek hastalık, ilaç kullanım öyküsü yoktu.Ateş, üretral akıntı,geçirilmiş idrar yolları enfeksiyonu,şüpheli cinsel ilişki öyküsü,üriner girişim öyküsü mevcut değildi.Genital muayenede sol testis ve epididim sert kıvamda,spermatik kord ödemli,skrotum cildi hiperemik ve skrotum cildinde ısı artışı mevcuttu.Sağ testis doğal palpe edildi.Skrotal Doppler ultrasonografi (USG) incelemesinde Sol testis ve epididim vaskülarizasyonu ve boyutunun eşleniğine göre arttığı, sağ testis ve epididimin olağan olduğu saptandı.Tam idrar tetkiki ve idrar kültürü istenen hasta tarafımızca hasta akut epididimoorşit olarak değerlendirildi.Hastaya seftriakson 1000 mg intramüsküler tek doz,doksisiklin 100 mg 2x1 ve antiinflamatuvar reçete edildi. Soğuk uygulama,skrotal elevasyon önerildi.Hasta 4 gün sonra sol skrotumda şiddetli ağrı ve 38.5 °C’i bulan ateş şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu.Anamnezinden hastanın önerilen tedaviyi uygulamadığı öğrenildi. Kan tetkiklerinde lökositoz ve enfektif değerlerinde artış saptandı.Skrotal doppler USG’de sol testis ve epididim heterojen ve normalden büyük, sol epididimde belirgin vaskülarizasyon artışı izlendiği ve bilateral hemiskrotum cilt cilt

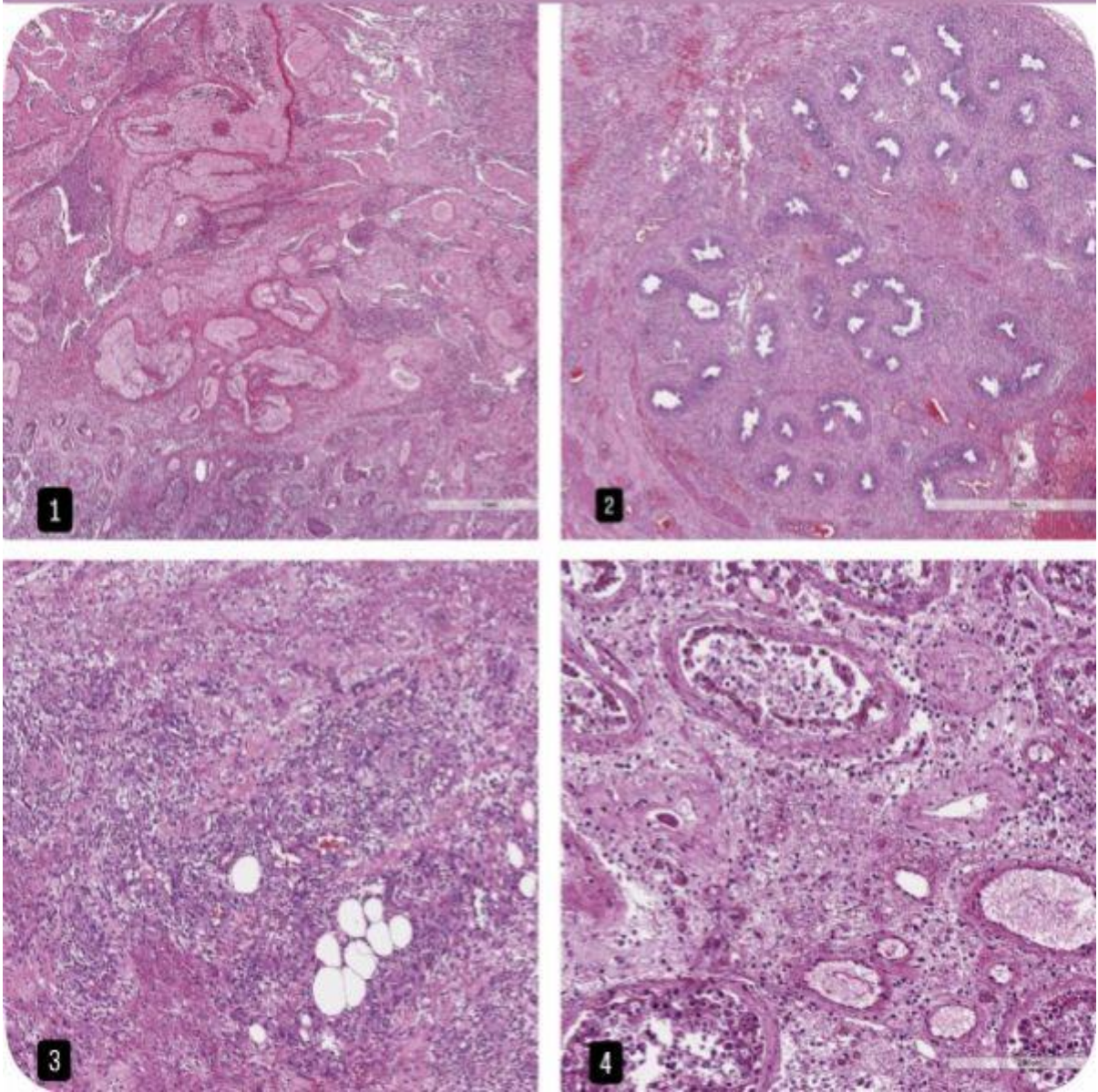
altında ödem raporlandı.Hasta kliniğimizce yatırılarak intavenöz antibiyoterapisi başlandı.Yaklaşık 48 saatlik gözlem süresinde tekrarlayan ateş, şiddetli sol skrotal ağrı ve enfektif değerlerinde artış meydana gelen hastaya yeniden skrotal doppler USG çekildiğinde sağ testis ve epididim parankimi ve boyutu sonografik olarak olağan görünümde izlenmiş olup vaskülarizasyonda hafif artış izlendi. Sol spermatik kord düzeyinde belirgin ekojenite artışı ayrıca spermatik kord ve epididimde belirgin vaskülarizasyon artışına ek olarak sol testis boyutu simetriğine göre artmış olduğu ve parankiminin hipoekoik görünümde olduğu tespit edildi. Sol testise yönelik yapılan incelemelerde sol testis parankiminde vasküler kodlanma alınmadı. Bunun üzerine acil skrotal eksplorasyon kararı alındı.Operasyonda sol tunica vaginalis yaprakları arasından apse içeriği boşaltıldı.Testis torsiyonu izlenmedi.Epididimin oldukça ödemli olduğu sol testisin kanlanması bozulduğu ve yamasal tarza nekrotik alanlar olduğu saptandı. Sol skrotal orşiektomi uygulandı.Operasyon sonrası hastanın kliniğinde ve laboratuvar değerlerinde düzelme izlendi. 10 gün sonra hasta taburcu edildi.Patolojide incelenen kesitlerde epididim ve çevre yağlı dokuda konjesyone vasküler yapılar, polimorf nüveli lökositlerin eşlik ettiği iltihabi hücre infiltrasyonu, fibrozis, granülasyon dokusu izlendi. Rete testiste ektazi, hemoraji alanları görüldü. İnterstisyumda belirgin hemoraji alanları arasında intratübüler germ hücrelerinde deskuamasyon ve nekrotik debrisleri dikkat çeken seminifer tübüller ve bazı seminifer tübüllerde hyalinizasyon izlendi. Doku hasarı histolojik olarak Grade 3 olarak değerlendirildi ve mikroskopik bulgular hemorajik infarktüs ile uyumlu izlendi.

SONUÇ

Erken dönemde uygun tedavi almayan akut epididimorşitin nadir bir komplikasyonu olarak testiküler enfarktüs görülebilir.Uygun antibiyoterapiyi takiben yapılan seri doppler USG incelemelerinde klinik ve radyolojik olarak iyileşme olmaması tanıyı doğrulayıcı niteliktedir ve testis kaybı ile sonuçlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enfarktüs, epididimoorşit, orşiektomi

Patoloji mikroskopisi



1-Rete testiste, ektazi ve hemoraji 2,3-İltihabi granülasyon dokusu ve inflmasyon dokusu
4-Intratübüler germ hücrelerinde nekroz

[MSS-30]

Prostatın Monopolar Transüretral Rezeksiyonu Sırasında Gelişen Mesane Patlaması, Nadir bir Komplikasyon

Ozan Aydoğan, Ahmet Emre Şahin, Tuncer Bahçeci, İzzet Koçak, Mehmet Dünder

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP), prostat büyümesine bağlı tıkanıklıkların tedavisinde en sık tercih edilen cerrahi yöntemdir. Genellikle güvenli bir işlem olarak kabul edilse de, nadiren hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlar gelişebilir. Hidrojen, hidrokarbonlar ve yüksek oranda oksijen içeren gaz karışımının, diatermi sırasında alev alması sonucunda meydana gelen mesane içi patlama, oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Bu olgu sunumunda benign prostat hiperplazisi tanısıyla TURP yapılan 77 yaşındaki erkek hastada gelişen mesane patlamasının erken tanısı ve hızlı cerrahi onarım sürecini sunmayı amaçladık.

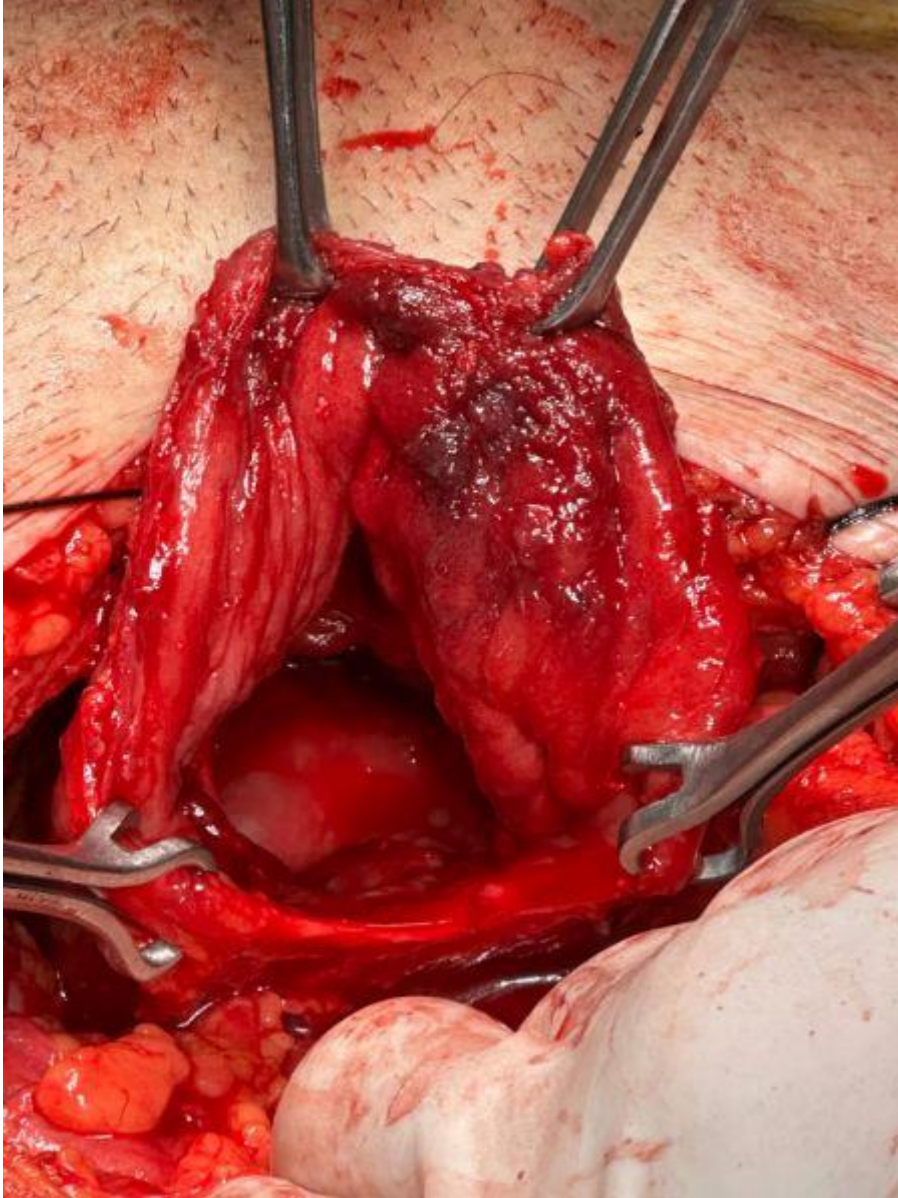
Olgu: 77 yaşında erkek hasta Aralık 2024 tarihinde akut üriner retansiyon ile başvurdu. Hastanın öyküsünde dış merkezde alfa bloker ile dekateterizasyon denendiği ve başarısız olduğu, rekaterize edildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde patoloji izlenmedi. Transabdominal ultrasonografi ile mesanede intraluminal lezyon saptanmadı. Mesane duvarı kalınlaşmış izlendi ve prostat hacmi 48 cc saptandı. Hastaya anestezi onayı sonrası TURP planlandı. Şubat 2025 tarihinde spinal anestezi altında monopolar TURP yapıldı.

Bulgular: Cerrahinin 45. dakikasında koagülasyon esnasında yüksek bir patlama sesi duyuldu. Tekrar mesaneye bakıldığında mukoza devamlılığı izlenmedi. Perivezikal yağlar izlenmesi üzerine sistogram çekildi. Sistogramda bariz opak ekstrevasyonu izlenmesi üzerine eksplorasyon kararı alındı. Hastaya 18 F 2 yollu Foley sonda kılavuzluk etmesi için bırakıldı. Supin pozisyona alındı. Hasta entübe edildi, göbek altı median insizyon yapıldı. Perivezikal yağlar uzaklaştırıldı. Mesane kubbe-anterior duvar boyunca vertikal 10 cm perforasyon izlendi. Perfore olan mukozada yer yer termal hasar izlenmekteydi. Kılavuz sonda çıkarıldı. 24 F 3 yollu Foley sonda takıldı. Mesane çift kat 2.0 emilebilir suture ile onarıldı. 200 cc SF ile sızdırmazlık kontrol edildi. Dren yerleştirildi. Katlar usulüne uygun kapatılarak işlem sonlandırıldı. Dren 2. gün boş olması üzerine çekildi. Hastaya 10 gün sonra sistogram çekildi, ekstrevasyon izlenmemesi üzerine dekateterize edildi. Üroflowmetride maksimum akış hızı 19, postvoiding rezidü 20 cc izlendi. Patoloji benign prostat hiperplazi olarak sonuçlandı.

Sonuç: Mesane patlamasının prostatın transüretral rezeksiyonu esnasında meydana gelebilecek nadir bir komplikasyon olduğunu aklımızda tutmalı, gereksiz morbiditeyi önlemek ve bu komplikasyonu engellemek için gerekli tüm önlemleri almalıyız.

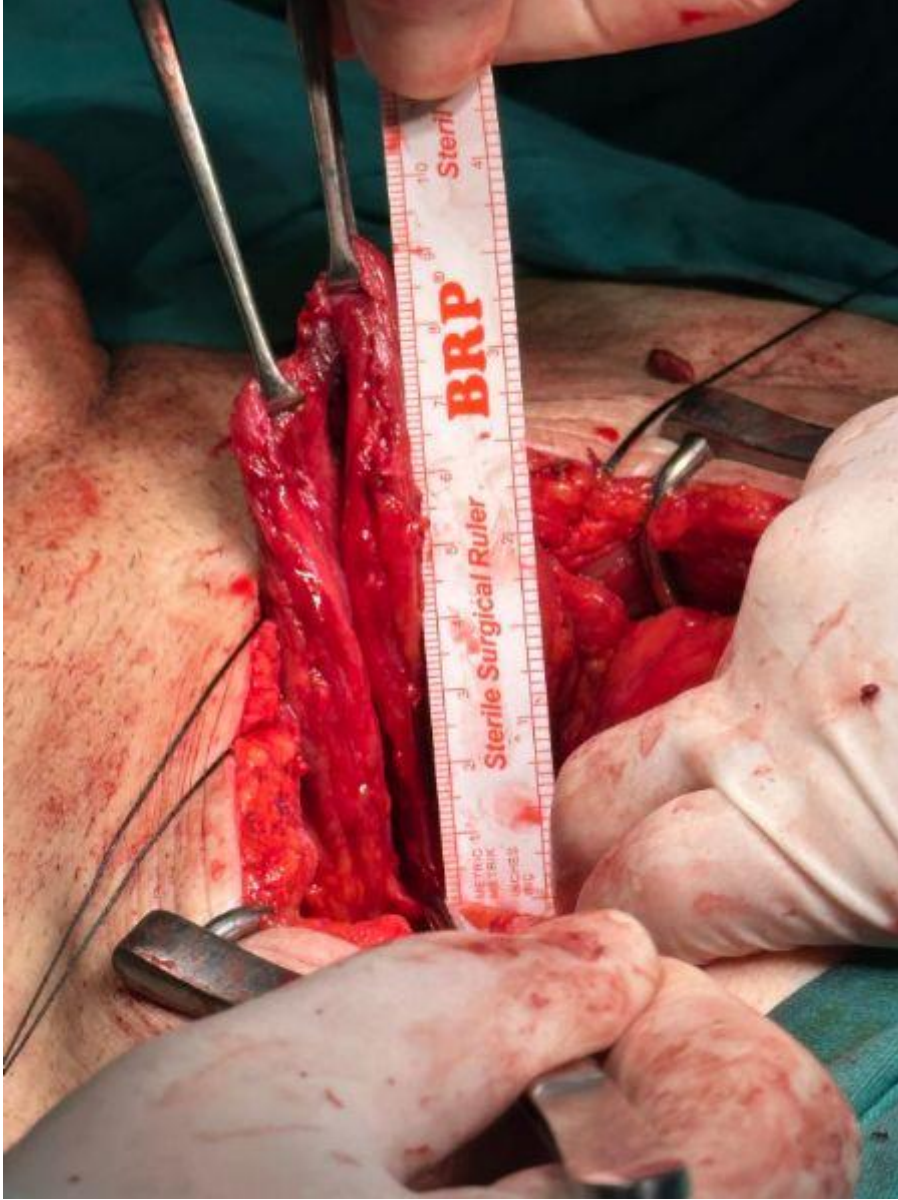
Anahtar Kelimeler: Mesane rüptürü, Transüretral rezeksiyon, Rekonstrüksiyon, Komplikasyon

Rüptüre Mesane



Rüptüre olmuş mesane görseli

Rüptüre Mesane - Defektin Boyutu



Rüptüre olmuş mesaneye ait cetvelle ölçülmüş makroskopik görünüm

[MSS-31]

Böbrek ve Karaciğer Kist Hidatiğinin Eş Zamanlı Cerrahi Tedavisi

Enis Mert Yorulmaz¹, Kürşad Dönmez², Serkan Özcan¹, Osman Köse¹, Sacit Nuri Görgel¹, Yigit Akın¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş

Hidatik hastalık (ekinokokkozis), Echinococcus türlerinin neden olduğu ve halk sağlığı açısından önemli bir zoonotik enfeksiyondur. Etken genellikle E. granulosus, nadiren E. multilocularis'tir. Hastalar asemptomatik kalabildiğinden veya spesifik olmayan şikâyetlerle başvurduklarından tanı zordur. Yetişkin parazit köpeklerin ince bağırsağında yaşar; yumurtalar dışkı ile atılır, koyun gibi ara konaklarda onkosferler dolaşımına karaciğer veya diğer organlara ulaşarak hidatik kist oluşturur. İnsanlar kontamine gıdalarla enfekte olur.

Kistin klinik sunumu yerleşim yerine göre değişir; büyüdükçe semptom veya perforasyon gelişebilir. Karaciğer en sık tutulan organdır (%75). Daha nadir akciğer, dalak, böbrek, beyin ve kemik etkilenebilir. Böbrek hidatidozu genellikle sistemik yayılımı gösterir, izole renal tutulum nadirdir. Burada, eş zamanlı karaciğer ve sol böbrek hidatik hastalığı olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

65 yaşında kadın hasta 6 aydır sol yan ağrısı ile başvurdu. Fizik muayene ve hemogram normaldi, sadece hipertansiyon öyküsü vardı. Kırsal alanda yaşayan hasta tarımla uğraşıyordu.

USG'de karaciğerde 132x117 mm tip 4 hidatik kist ile uyumlu lezyon, ayrıca sol böbrekte 68x49 mm kalsifiye kistik lezyon görüldü. Abdominal MRG'de karaciğerde 92x92x83 mm kist hidatik ve sol böbrekte 65x42x47 mm endofitik yerleşimli kist izlendi (Resim 1a,1b).

İHA testi negatifti. Enfeksiyon hastalıkları önerisiyle albendazol (400 mg, günde iki kez, 3 hafta kullanım/1 hafta ara, 2 kür) verildi. Konsey kararıyla sol nefrektomi ve karaciğer kist eksizyonu planlandı (Resim 1c).

Sol flank insizyon ile nefrektomi yapıldı, kist duvarı korunarak gerota fasyasıyla çıkarıldı. Ardından orta hattın laparotomi ile karaciğer kisti açıldı, serum salı ile irriye edildi, kist içi temizlendi ve duvar eksize edildi.

Postoperatif erken komplikasyon olmadı; drenler üçüncü gün çekildi, hasta dördüncü gün taburcu edildi. Postoperatif albendazol (15 mg/kg/gün, 1–3 ay) profilaksisi başlandı.

Tartışma

Hidatik kist hastalığı köpeklerden insanlara bulaşan paraziter bir enfeksiyondur. Semptomlar titreme, ateş veya ilgili organ bulgularıdır. Böbrek hidatidozu nadirdir, en sık yan ağrısı görülür. Kist kalikslere açılırsa hematüri veya hidatidüri gelişebilir; bu böbrek hidatiğinin patognomonik bulgusudur.

İHA testi yanlış negatif verebilir. Görüntülemelerde USG ilk tercih, BT ve MRI detaylı bilgi sağlar. USG’de kız veziküller karakteristiktir.

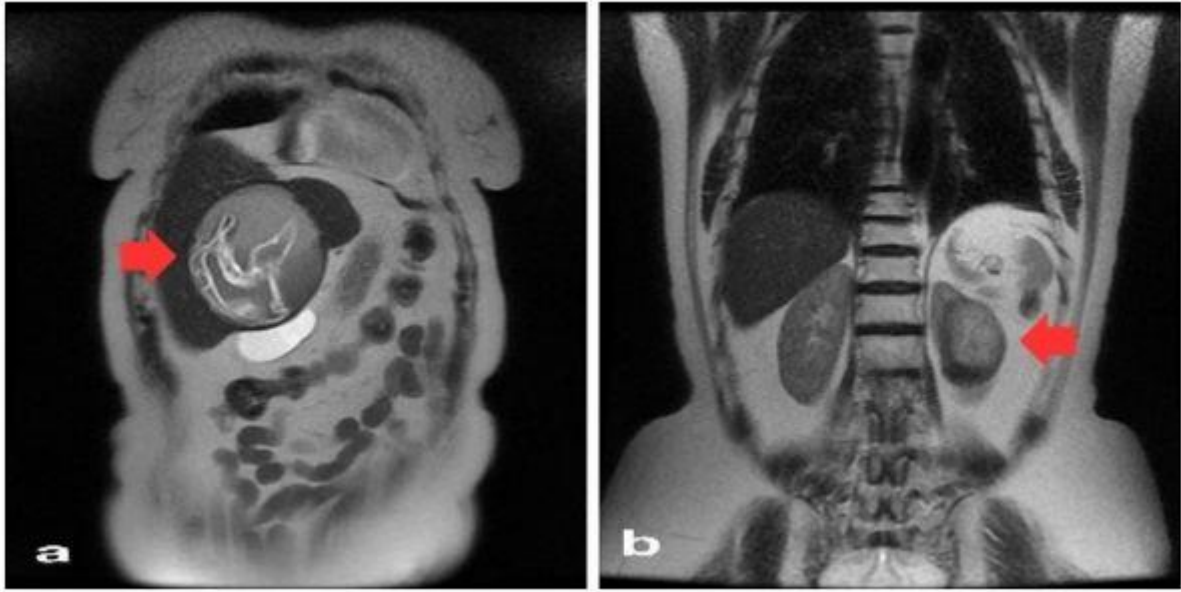
Tedavi seçenekleri medikal, perkütan ve cerrahidir. Küçük (<5 cm) kistler albendazol ile tedavi edilebilir. Büyük kistler cerrahi gerektirir. Postoperatif albendazol nüks riskini azaltır. Böbrek koruyucu cerrahi tercih edilse de bazı olgularda nefrektomi kaçınılmazdır. Cerrahiye uygun olmayanlarda albendazol ± prazikuantel uygulanabilir, ancak nüks riski yüksektir.

Sonuç

Böbrek hidatidozu nadirdir ve geç tanı alabilir. Asemptomatik seyir böbrek fonksiyon kaybına yol açabilir. Endemik bölgelerde yan ağrısı veya hematüri olan hastalarda, seroloji negatif olsa bile tanıda akılda tutulmalıdır. Görüntüleme yöntemleri tanı için kritik öneme sahiptir. Eş zamanlı tutulumlarda multidisipliner yaklaşım gerekir. Düzenli tedavi ve takip nüksü önlemek için şarttır.

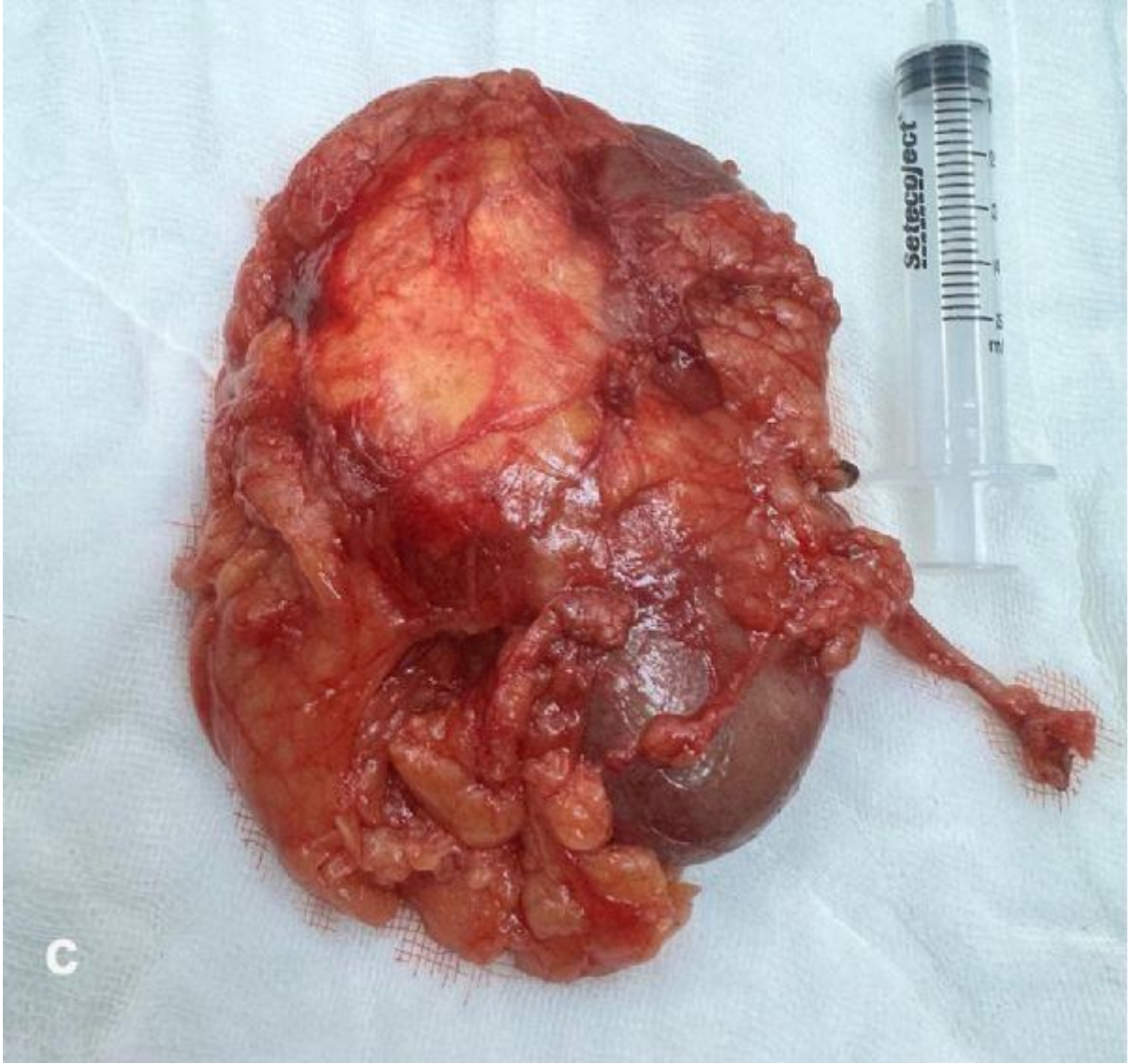
Anahtar Kelimeler: böbrek hidatik kisti, hidatik kist, karaciğer hidatik kisti

Kontrastlı abdominal MRG



'Karaciğer sağ-sol lob bileşkesinde 92x92x83mm boyutlarında iyi sınırlı, düzgün konturlu, kalın duvarlı, içerisinde ayrılmış germinatif membranlar barındıran ve kontrastlanmayan kist hidatik ile uyumlu kitlesel lezyon izlendi. Sol böbreğin incelemesinde; orta kesimde endofitik yerleşimli 65x42x47mm boyutlarında iyi sınırlı, düzgün konturlu, kalın duvarlı, kalsifiye, kontrastlanmayan, heterojen içerikli kist hidatik ile uyumlu kitlesel lezyon izlendi.

Vaka görüntüsü



sol nefrektomi ve karaciğer kist eksizyonu

[MSS-32]

RCC-Retroperitoneal apse olgu sunumu

Doğukan Bilgi, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Serkan Özcan, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Bu çalışmada retroperitoneal apseyle gelen takiplerinde RCC tanısı alan hastayı, süreci ve hastalık yönetimini aktarmayı amaçladık ,68 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, sağ inguinal bölgede ağrı ve 39°C'ye kadar yükselen ateşle acil servise başvurdu. BT'de sağ retroperitoneal alanda böbrek medialinde 13x12x10 cm, iliopsoas kasını içine alan 8x8x7 cm, quadriceps femoris kasının içinde 7x5x6 cm'lik kistik yapılar içeren apseiform alanlar tespit edildi. Mikrobiyolojik testler tüberküloz ve kist hidatik açısından negatif sonuç verdi.Takip sürecinde enfektif halin klinik bulguları devam etti. BT ile yapılan takiplerde ise apse alanının minimal gerilediği ve sağ böbrekte Bosniak Tip 4 kist (RCC?) olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak hastaya sağ nefrektomi uygulandı ve patolojik inceleme renal hücreli karsinomun papiller tipi olarak raporlandı.

Bu vaka, retroperitoneal apse ile renal hücreli karsinomun kombinasyonunu göstermektedir. Bu hastada enfeksiyonun yönetimi ile birlikte renal hücreli karsinomun tanısı cerrahi müdahaleyle sonuçlanmıştır. Bu tür vakaların yönetimi multidisipliner bir yaklaşımı ve dikkatli izlemeyi gerektirir.

Bu vaka, retroperitoneal enfeksiyon ile birlikte renal hücreli karsinomun bir örneğini sunmakta olup erken tanı, uygun cerrahi müdahale ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Retroperitoneal enfeksiyonların yönetimi sırasında altta yatan maligniteler göz önünde bulundurulmalı ve hastalar dikkatle izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fistülektomi, Renal hücreli kanser, Retroperitoneal apse

[MSS-33]

Fekalüri ve hematüri şikayeti ile poliklinik başvurusu olan hastada kolovezikal fistül vakası

Mustafa Temizel, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı,İZMİR

Amaç: KOLOVEZİKAL FİSTÜLLER,KOLON İLE MESANE ARASINDA ANORMAL BAĞLANTININ OLUŞMASIYLA KARAKTERİZE NADİR KLİNİK TABLOLARDIR.KOLOVEZİKAL FİSTÜL KOMPLİKE DİVERTİKÜLER HASTALIĞIN NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONUDUR VE TAHMİNİ PREVELANSI %2 İLE %23 ARASINDADIR. EN SIK ETYOLOJİK NEDEN DİVERTİKÜLLER HASTALIKLAR OLMAKLA BİRLİKTE MALİGNİTELER,CHRON HASTALIĞI,TRAVMA VE RADYASYON DA KOLOVEZİKAL FİSTÜLE YOL AÇABİLİR.KOLOVEZİKAL FİSTÜL OLAN HASTALAR GENELLİKLE TEKRARLAYAN ÜRİNER ENFEKSİYONLAR,PNEUMATURİA(İDRARLA GAZ ÇIKIŞI),FEKALÜRİ,SIK İDRARA ÇIKMA, ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE NADİREN HEMATÜRİ İLE KENDİNİ GÖSTERİR. TANI KLİNİK ŞÜPHE,GÖRÜNTÜLEME(BİLGİSİYARLI TOMOGRAFİ,SİSTOGRAFİ,KOLONOSKOPİ,SİSTOSKOPİ)İLE KONUR.

BULGULAR

41 YAŞINDA HERHANGİ BİR EK HASTALIK ÖYKÜSÜ OLMAYAN SİGARA ÖYKÜSÜ OLMAYAN ERKEK HASTA 1 AYDIR DEVAM EDEN FEKALÜRİ,İDRARDA YANMA VE ARA ARA OLAN HEMATÜRİ ŞİKAYETLERİ İLE POLİKLİNİĞE BAŞVURDU. FİZİK MUAYENEDE BELİRGİN BİR PATOLOJİ RASTLANMADI. LABORATUAR TESTLERİNDE KREATİN DEĞERİ OLAĞAN İZLENMEKLE BERABER LÖKOSİTOZ VE İDRAR ANALİZİNDE BAKTERİÜRİ, LÖKOSİTÜRİ VE MİKROSKOPİK HEMATÜRİ GÖZLENDİ.BİLİNER EK HASTALIĞI OLMAYAN HASTAYA BİLGİSAYARALI TOMOGRAFİ İŞLEMİ PLANLANDI.

YÖNTEM

HASTANIN ÇEKİLEN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLEMESİNDE SİGMOİD KOLONDA KALIN DUVARLI DİVERTİKÜLLER VE YAĞ PLANLARINDA İNFLAMATUAR DENSİTİTE ARTIŞI İZLENDİ. KOLON ANTERİOR İNFERİOR DUVARINDAN MESANE ÜST DUVARINA UZANIMLI HAVA LÜSENSİ İÇEREN FİSTÜL TRAKTİ MESANE LÜMENİNDE HAVA BİRİKİMİ İZLENDİ. AKUT DİVERTİKÜLİT PERFORASYONUNA SEKONDER MESANEYE FİSTÜLİZASYON DÜŞÜNÜLDÜ.ÇEKİLEN BT SONRASI HASTAYA SİSTOSKOPİ İŞLEMİ PLANLANDI VE SİSTOSKOPİ DE MESANE ARKA DUVARINDA FİSTÜL AĞZI GÖZLENDİ.SONDA TAKILDI VE HASTA GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜNE

YÖNLENDİRİLDİ. HASTAYA ÖNCELİKLİ OLARAK GENEL CERRAHİ TARAFINDAN LAPAROSKOPİK OLARAK TRANSVERS BAGET OSTOMİ AÇILDI. HASTA TAKİBE ALINDI. BU VAKADA OLDUĞU GİBİ FİSTÜLLERLE KOMPLİKE OLAN DİVERTİKÜLLER HASTALIKLARIN TEDAVİSİ MESANE TUTULUMU DA DÜŞÜNÜLDÜĞÜNDE KOLOREKTAL CERRAHİ VE ÜROLOJİ ALANLARININ MULTİDİSİPLİNER BİR YAKLAŞIMINI GEREKTİRİR.

SONUÇ

KOLOVEZİKAL FİSTÜLLER NADİR GÖRÜLMEKLE BİRLİKTE KLİNİK BULGULAR EŞLİĞİNDE DİKKATLİ SORGULANMASI GEREKMEKTEDİR. EN SIK DİVERTİKÜLER HASTALIK ZEMİNİNDE GELİŞEBİLİR FEKALÜRİ TANI AÇISINDAN AYIRT EDİCİ SEMPTOMLARDANDIR. PNÖMATÜRİ, FEKALÜRİ, TEKRARLAYAN İDRAR YOLU ENFEKSİYONU, HEMATÜRİ SEMPTOMLARI OLAN HASTALARDA KOLOVEZİKAL FİSTÜL AKLA GELMELİDİR. BT YÜKSEK DUYARLILIK SAYESİNDE TANI SÜRECİNDE EN ÇOK TERCİH EDİLEN GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMİ OLUP SİSTOSKOPİ AYIRICI TANIDA YARDIMCI OLMAKTADIR. TANI KONULMAMIŞ KOLOREKTAL FİSTÜL HASTALIĞI NADİREN HEMATÜRİ İLE ORTAYA ÇIKSA DA POLİKLİNİĞE BAŞVURAN DİVERTİKÜLOZU OLAN HASTALARDA BU DURUM GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR.

BU OLGU KLİNİK FARKINDALIKLA MULTİDİSİPLİNER BİR YAKLAŞIMIN İLE ERKEN TANININ VE YÖNLENDİRMENİN MORBİDİTEYİ AZALTMADA NE KADAR ÖNEMLİ OLDUĞUNU GÖSTERMEKTEDİR.

Anahtar Kelimeler: FEKALÜRİ, HEMATÜRİ, KOLOVEZİKAL FİSTÜL

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

SİSTOSKOPİ



SISTOSKOPI

Comparative Evaluation of the Oruba Inalys™ and Siemens Clinitek Status+® in Urine Strip Analysis

Erdem Öztürk¹, Çiğdem Sönmez², Muhammed Zübeyr Canbolat¹

¹Department of Urology, University of Health Sciences Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

²Department of Biochemistry, University of Health Sciences Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Background

Urinalysis has been used for more than 6,000 years and remains one of the most common diagnostic tests in clinical practice. However, due to the instability of certain urine components, samples must be analyzed within one hour of collection or stored at 4°C for a maximum of 24 hours. To address workflow and hygiene challenges, the Oruba Inalys™ was developed as a contactless, automated system that combines uroflowmetry and urinalysis in a single platform. The device employs a special cassette for urine test strips, a dripping–imaging module, and an automated color analysis system. This study aimed to compare the analytical performance of Inalys™ with the Siemens Clinitek Status+® analyzer, which is widely used in clinical laboratories.

Methods

This comparative study evaluated the results obtained from Siemens Multistix® 10 SG reagent strips analyzed on two different systems: the Siemens Clinitek Status+® analyzer and the Oruba Inalys™ module. For quality control, Siemens Chek-Stix® solutions were used both in stock form and at serial dilutions to cover semi-quantitative ranges. Output reports from the Clinitek device were collected and digitally recorded, while Inalys results were directly transferred to the Oruba data system and later exported to Excel. For statistical evaluation, the linearly weighted Cohen's kappa (κ) coefficient was calculated for each parameter, including glucose, bilirubin, ketone, blood, protein, urobilinogen, nitrite, and leukocyte. Interpretation of κ values followed standard cutoffs: excellent (0.81–1.00), good (0.61–0.80), moderate (0.41–0.60), fair (0.21–0.40), and poor (≤ 0.20). This approach allowed assessment of the level of agreement between the two systems on a parameter-by-parameter basis.

Results

A total of twenty strips were analyzed in parallel with both devices. The observed and expected agreement rates, together with κ values, demonstrated that Inalys and Clinitek yielded highly comparable results across most parameters.

Excellent: glucose 95% $\kappa 0.91$; ketone 99% 0.84; blood 98% 0.93; protein 97% 0.91;

nitrite 100% 1.00. Moderate: bilirubin 79% 0.46; urobilinogen 97% 0.34; leukocyte 97% 0.50; clinically acceptable.

Conclusion 97% 0.84 0.47 1.00 0.50 Excellent Excellent Excellent Moderate Excellent Moderate The findings of this study confirm that the Oruba Inalys™ provides results highly comparable to the Clinitek Status+® analyzer for the majority of urine strip parameters. Especially for glucose, ketone, blood, protein, and nitrite, the agreement reached excellent levels. Although moderate concordance was observed in bilirubin, urobilinogen, and leukocyte, these results are still within clinically acceptable ranges. Overall, the integration of uroflowmetry and urinalysis in a contactless, automated single system positions the Oruba Inalys™ as a practical and innovative solution for routine clinical use. Larger-scale studies with patient samples are recommended to further validate these findings and to explore its potential benefits in everyday diagnostic workflows.

Keywords: urine sample, urinalysis, uroflowmetry

AuthorToEditor: Kurulunuzun değerlendirmesine sunmak istediğimiz çalışmada, iki yaygın point-of-care idrar strip analizörünün (Inalys ve Clinitek) sonuç uyumunu paralel ölçümlerle karşılaştırdık. Amacımız, klinik uygulamada cihazlar arası değiştirilebilirliğe (interchangeability) ilişkin kanıt sağlamaktır.

[MSS-35]

Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonu Öyküsü Olan Hastada Nadir Olgu: Üreterosele Sekonder Mesane Taşı

Yusuf Buğra Arslantaş, Ahmet Furkan Sarıkaya

Viranşehir Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Şanlıurfa

Amaç

Mesane taşları, özellikle tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) öyküsü olan kadın hastalarda nadir ancak klinik açıdan önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu olgu sunumunda, sık İYE öyküsü bulunan 52 yaşındaki bir kadın hastada üreterosel kesesi içinde yerleşmiş mesane taşı ve uygulanan cerrahi tedavi süreci tartışılmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Hastamız 52 yaşında kadın olup, dizüri ve sol yan ağrısı şikâyetleri ile polikliniğe başvurdu. Ayrıca idrar yaparken zorlanma tarifledi. Geçmiş öyküsünde sık İYE atakları mevcuttu. Başvuru sırasında hemogram ve biyokimya değerleri normaldi, eGFR 101 ml/dk/1.73m² olarak ölçüldü. İdrar kültüründe üreme saptanmadı, ancak tam idrar tahlilinde lökosit pozitifliği izlendi.

Bulgular

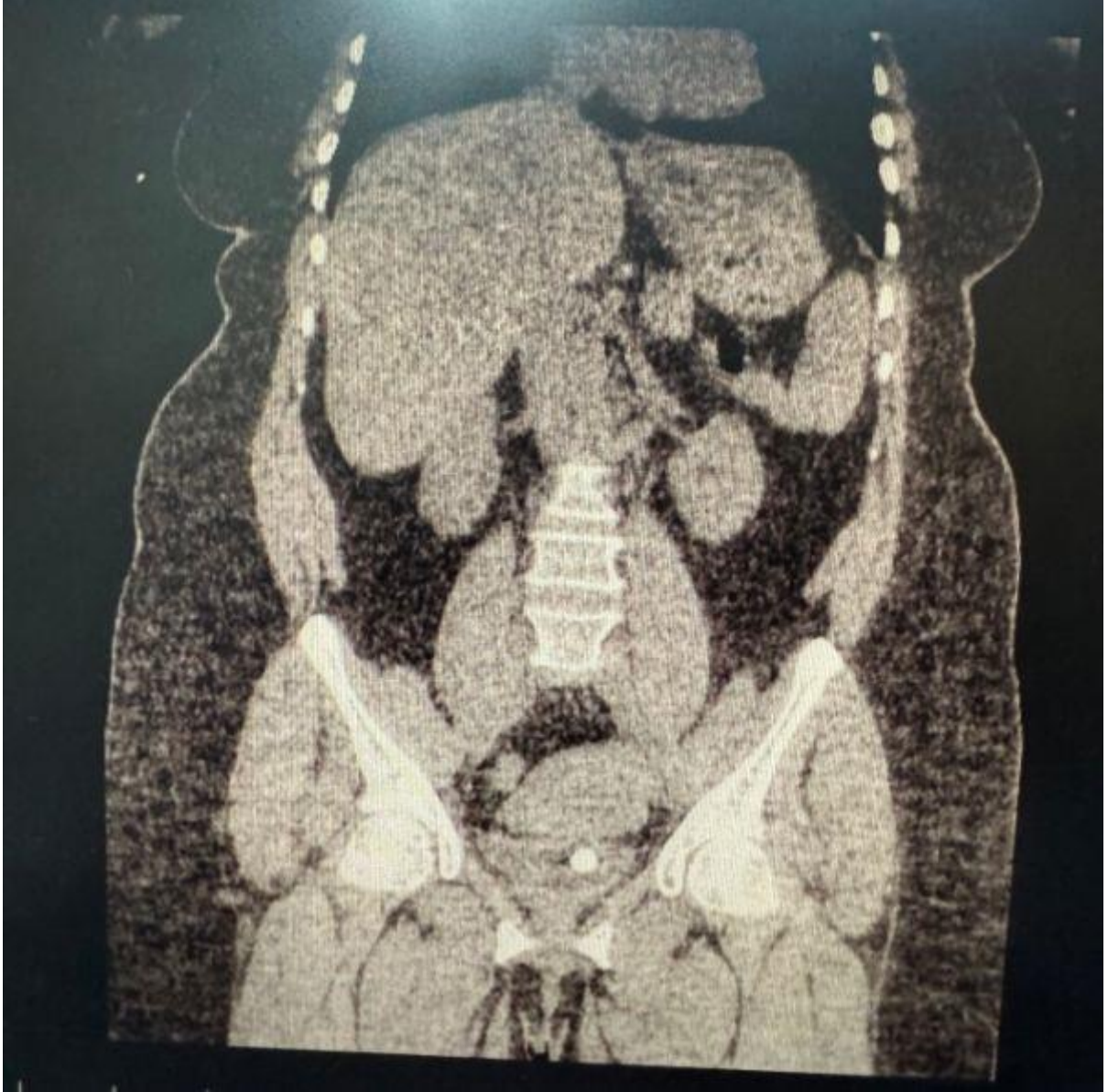
Son 3 yılda yapılan ultrason raporları incelendiğinde hidronefroz ve mesane taşına dair kayıt bulunamadı. Hastanın geçmiş tam idrar tahlillerinde tekrarlayan lökosit varlığı dikkat çekmekteydi. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde 18 mm mesane taşı saptandı; hidronefroz izlenmedi. Yapılan sistoskopiye taşın üreterosel kesesi içinde yerleştiği görüldü. Üreterosel kesesi rezektoskop ile açıldı ve taş lazer litotripsi yöntemiyle fragmente edildi. Postoperatif 1. günde sonda çekildi. Hastanın 1. hafta kontrolünde tüm şikâyetlerinin geçtiği belirlendi.

Sonuç

Tekrarlayan İYE öyküsü bulunan kadın hastalarda, mesane taşı ve özellikle üreterosel gibi eşlik eden anatomik anomaliler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu, uzun süredir devam eden pyüri varlığında, idrar kültürü steril olsa dahi detaylı görüntüleme ve endoskopik değerlendirme yapılmasının önemini ortaya koymaktadır. Erken tanı ve uygun cerrahi müdahale ile semptomların tamamen ortadan kalkabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mesane taşı, Üreterosel, İdrar yolu enfeksiyonu

Mesane taşı



Coronal BT görüntülerinde saptanan mesane taşı

[MSS-36]

Renal Transplantasyon Sonrası Kronik Ağrı Nedeniyle Uygulanan Tek Taraflı Nefrektomi: Dev Polikistik Böbrek Olgusu

Emre Onur Güven, Bektaş Saray, Taha Döner, Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç:

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH), erişkin dönemde sık görülen kalıtsal bir böbrek hastalığı olup son dönem böbrek yetmezliğinin başlıca nedenlerinden biridir. Hastalık genellikle üçüncü veya dördüncü dekatta semptom vermeye başlar ve bilateral dev kistik böbreklerle karakterizedir. ODPBH’da semptomatik olmayan olgularda genellikle konservatif yaklaşım tercih edilmekle birlikte, hematüri, kanama, tekrarlayan enfeksiyon, ciddi ağrı veya batın içi bası bulguları gibi komplikasyonlar geliştiğinde nefrektomi endikasyonu gündeme gelir. Bu çalışmada, renal transplantasyon sonrası kronik karın ağrısı nedeniyle tek taraflı açık nefrektomi uygulanan dev ODPBH olgusu sunulurken, cerrahi endikasyon ve yaklaşımın literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, 14 yıl önce erken başlangıçlı hipertansiyon nedeniyle yapılan tetkiklerde ODPBH tanısı aldı. Hastalık progresyonu sonucunda gelişen son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 18 ay hemodiyaliz tedavisi aldı ve 31.03.2021 tarihinde renal transplantasyon gerçekleştirildi. Fizik muayenede belirgin batın distansiyonu ve bilateral kitle etkisi izlendi. Hastada özellikle transplantasyon sonrası dönemde artan karın ve yan ağrıları, iştahsızlık ve gastrointestinal bası semptomları mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde, batın içi diğer organları komprese eden bilateral dev kistik böbrekler saptandı. Mevcut klinik tablo doğrultusunda sol açık nefrektomi planlandı.

Cerrahi, sol lateral dekübit pozisyonunda lombotomi insizyonu ile gerçekleştirildi. Operasyon sırasında genişlemiş renal vasküler yapıların diseksiyonu dikkatle yapıldı. Alınan böbreğin ağırlığı 4000 gram, boyutu 15×35×9 cm olarak ölçüldü. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta beşinci günde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme, parankimi ileri derecede azalmış, multikistik yapıda, ODPBH ile uyumlu böbrek dokusu olarak raporlandı. Üçüncü ay kontrollerinde hastanın ağrılarının tamamen gerilediği ve greft fonksiyonlarının stabil olduğu görüldü.

Tartışma:

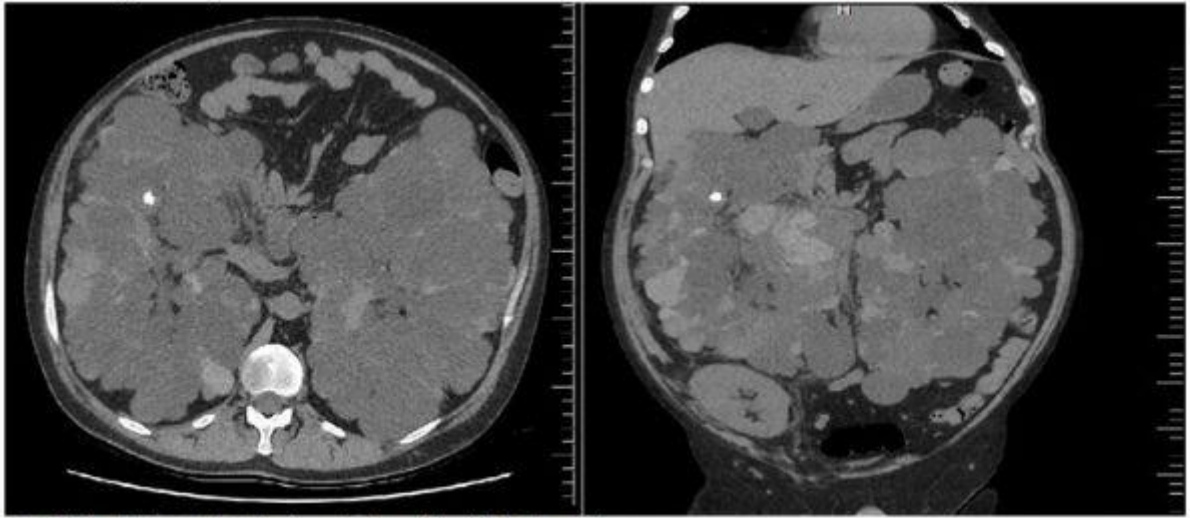
ODPBH olgularında nefrektomi kararı genellikle semptomatik olgular veya böbrek nakli öncesinde batin içi yer darlığı durumlarında değerlendirilir. Ancak, nakil sonrası dönemde devam eden ağrı, infeksiyon veya bası semptomları cerrahi endikasyonu oluşturabilir. Literatürde transplantasyon sonrası tek taraflı nefrektomi olgularının sınırlı sayıda bildirildiği, buna karşın mortalite ve morbidite oranlarının bilateral nefrektomiye göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bizim olgumuzda da greft fonksiyonları korunmuşken kronik ağrı nedeniyle yapılan unilateral açık nefrektomi sonrası semptomların tamamen düzeldiği ve komplikasyon gelişmediği görülmüştür.

Sonuç:

ODPBH'da nefrektomi kararı hastanın klinik bulgularına göre bireyselleştirilmelidir. Renal transplantasyon sonrası dönemde dirençli ağrı veya bası semptomları bulunan olgularda unilateral açık nefrektomi güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu olgu, transplant sonrası dev kistik böbreklerin yönetimine dair güncel literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Böbrek, Nefrektomi, Polikistik, Transplantasyon

BT Görüntülemesindeki Dev Poliistik Böbrekler



Şekil 1: BT görüntüsünde dev kistik böbrekler

Üreter Anomalisi Olan Bir Hastada Üriner Sistem Tüberküloz Olgusu

Kazım Can Oba¹, Selçuk Erdem², Seyfettin Anıl Tantekin¹, Tayfun Mevlüt Otkar¹, Faruk Özcan²

¹1) Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²2) Ürolojik Onkoloji Bilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Mycobacterium tuberculosis genitoüriner sistemde kronik granülomatöz enfeksiyona neden olabilmektedir. Genitoüriner tüberküloz, genellikle primer pulmoner tüberkülozun hematojen yayılımı sonucu, böbreklerde başlamaktadır ve ekstrapulmoner tüberkülozun periferik lenfadenopati sonrası %30 oranında ikinci sıklıkla karşılaşılan formudur. Bir çalışmada konjenital üriner sistem anomalilerinde ürogenital tüberkülozun 2-4 kat kadar sıklığı arttığı saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde bu oran daha düşük bildirilmektedir. Ortalama görülme yaşı 14 ile 70 yaş gibi geniş bir aralıkta olmakla birlikte çoğunlukla 50 yaştır. Primer pulmoner enfeksiyon sonrası renal tüberküloz semptomları 3-10 yıl sonra veya daha geç ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde 3 kata kadar daha sık görülmektedir. Bu yazıda üriner tüberküloz tanısı alan ve inkomplet çift toplayıcı sistem anomalisi olan bir hastanın tanı ve tedavi yönetimi sunulacaktır.

Olgu: 2 yıldır devam eden makrohematüri ve eşlik eden alt üriner sistem semptomları ile 2023 yılında dış merkeze başvuran hastanın, tetkiklerinde PSA: 8.44 ng/dl saptanması üzerine hastaya Trus-Bx yapılmış ve patolojisi 14/14 odakta 'Granülomatöz Prostatit' olarak raporlanmış. Yapılan üriner sistem USG'de sol üreterde duplikasyon anomalisi saptanan ve semptomları devam eden hastada yapılan kontrastlı batin BT ve BT-Ürografi'de; sol inkomplet çift toplayıcı sistem saptanmış ve sol böbrek alt pol kaliksiyel yapıları içerisinde büyüğü 15 mm çaplı birkaç adet kalkül görülmüş. Bunun yanında, sol üreterin normalden geniş olduğu, üst polü drene eden üreterin belirgin ektazik olduğu ve her iki üreterin orta 1/3'lük kesimde birleştiği görülmüş. (Resim 1; İnkomplet Çift Toplayıcı Sistem)

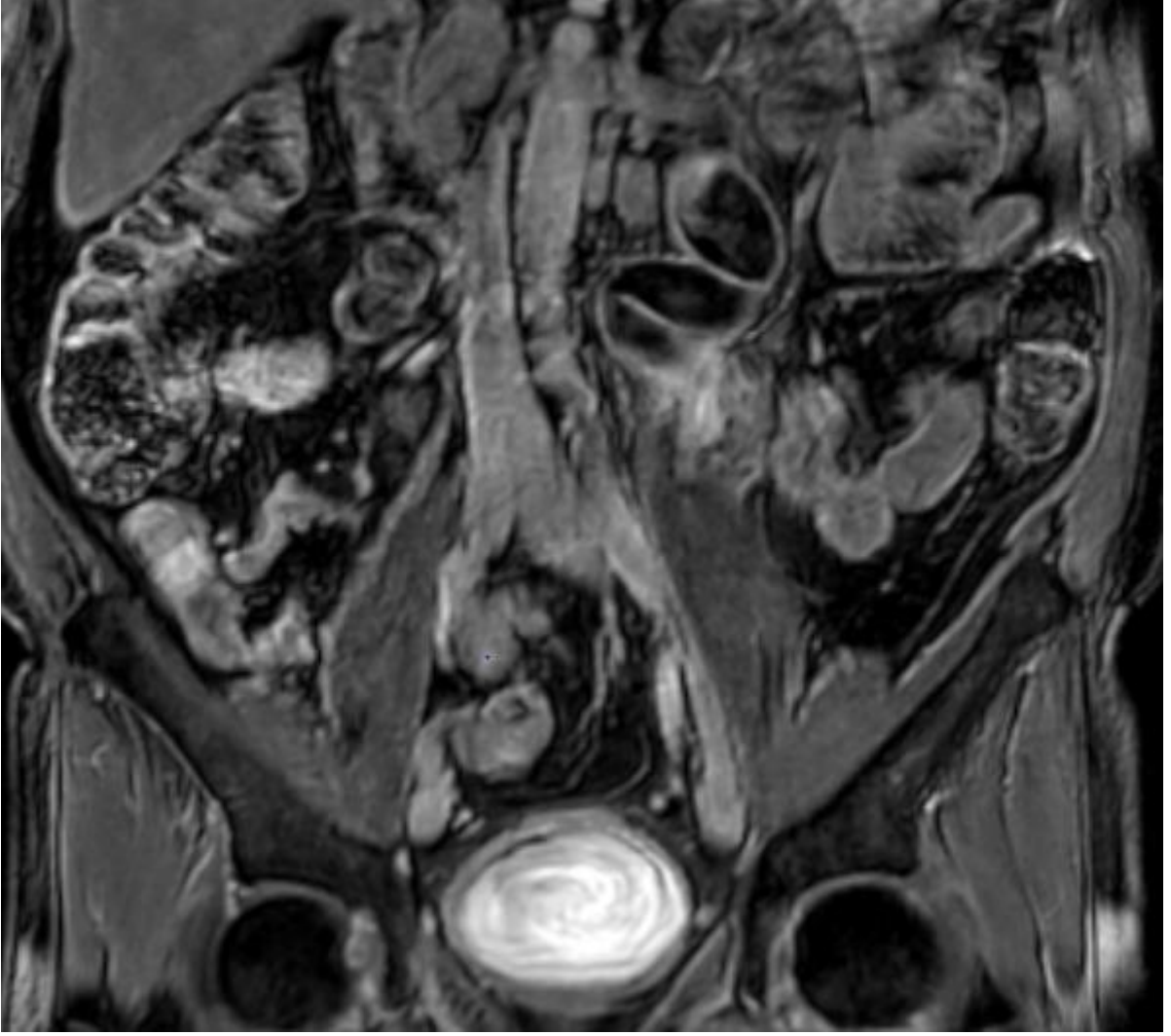
Bu bulgularla, alt üriner sistem semptomları için alfa-bloker başlanan hasta, makrohematüri şikayeti devam etmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Anamnezinde diabetes mellitus ve 20 paket/yıl sigara öyküsü olan hastaya tarafımızca yapılan MR ürografide sol böbrekte grade-3 pelvikalektazi, alt polde daha belirgin olmak üzere fokal kortikal incelmeler ile pyelonefrit düşündürülen yer yer difüzyon kısıtlayan alanlar ve sıvı seviyelenmesi saptanırken, üreter medial 1/3 kesimde birleşen inkomplet çift toplayıcı sistem anomalisi doğrulandı. (Resim 2). Bununla birlikte, renal pelvis düzeyinden

itibaren üreter posterior duvarında iliak çapraz düzeyine kadar malignitenin dışlanamadığı duvar kalınlık artışı izlendi. Bu bulgularla, hastaya tarafımızca tanısal fleksibl-URS yapıldı (Resim 3). F-URS’de üreter mukozasının fragil, ödemli, hemorajik olduğu izlenirken; renal pelvise kadar üroepitelyal tümör yönünde bir bulguya rastlanmadı. URS ile sitoloji, idrar kültürü ve tüberküloz kültürü amacıyla idrar örnekleri alındı. Operasyon sonrası 2. gününde tüberküloz kültüründe aside dirençli bakteri saptandığı (ARB+) raporlandı. İdrar kültürü steril raporlandı. Bunun üzerine yapılan Toraks BT kronik granülomatöz değişiklikler olarak raporlandı. Mycobacterium tuberculosis tanısı için yapılan Quantiferon testi pozitif olarak bildirildi. Hastaya Enfeksiyon hastalıkların önerisi ile 4’lü anti-tüberküloz (izoniazid,rifampisin,etambutol,pirazinamid) tedavisi başlandı.

Sonuç: Üriner sistem tüberkülozu, üriner sistem anomalilerinde sıklığı artan ve yaşam kalitesini düşüren kronik bir enfeksiyon olarak önemini korumaktadır. Özellikle makrohematüri ve alt üriner sistem semptomları olan hastalarda üriner sistem malignitelerinin ayırıcı tanısında muhakkak akılda tutulmalıdır.

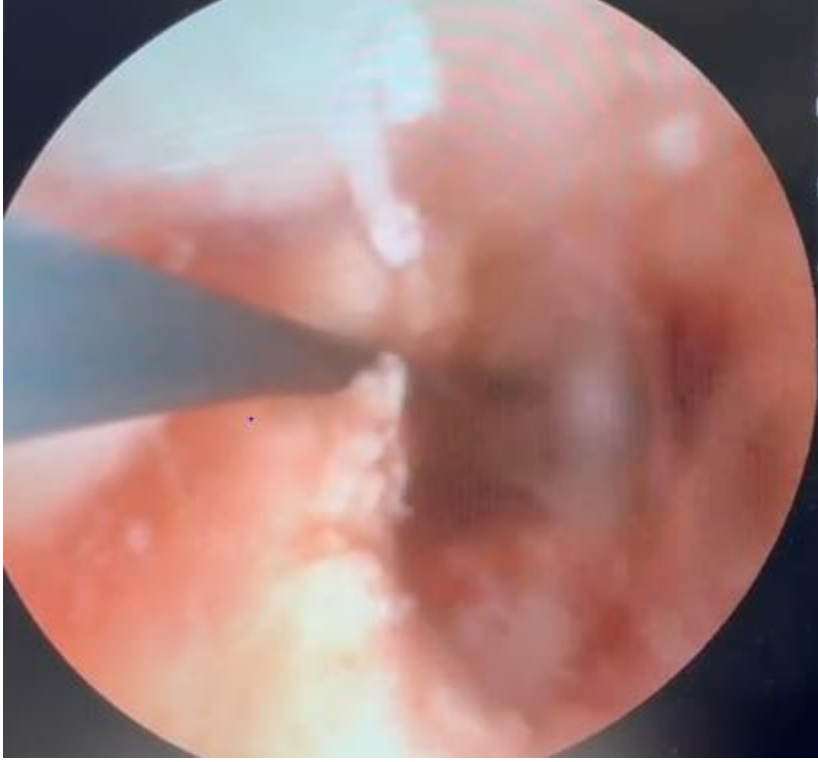
Anahtar Kelimeler: ürogenital, tüberküloz, Mycobacterium Tuberculosis

Mr Ürografi görüntüsü



Üreter duvarında kalınlaşma

Urs görüntüsü



Urs de bifurkasyon görüntüsü

AuthorToEditor: Birden fazla ürolojik patoloji barındıran bu vaka sunumunda katılımcıların faydalanacağı tecrübeler olduğunu düşünmekle birlikte sizlerin onayına sunuyoruz.

[MSS-38]

Unutulmuş ve Taşlaşmış Üreteral Double J Stentin Tek Girişimli Endoürolojik Yönetimi: Bir Olgu Sunumu

Emre Onur Güven, Taha Döner, Turan Müsevitoğlu, Cabir Alan, Hasan Anıl Kurt, Ahmet Reşit Ersay

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç:

Üreteral Double J (DJ) stentler, üriner drenajın sağlanması ve cerrahi sonrası komplikasyonların önlenmesi amacıyla ürolojik girişimlerde sıklıkla kullanılan materyallerdir. Ancak uzun süre üreterde unutilan veya takibi yapılmayan DJ stentler; enfeksiyon, taşlaşma, obstrüksiyon, böbrek fonksiyon kaybı ve mukozal yaralanma gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu olgu sunumunda, yaklaşık bir yıl boyunca üreterde unutulmuş ve taşlaşmış DJ stentin, tek girişimli perkütan nefrolitotomi (PNL) yöntemiyle başarılı bir şekilde çıkarıldığı bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:

Yirmi yedi yaşında erkek hasta, aralıklı sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde üç yaşında açık sistolitotomi ve bir yıl önce başka bir merkezde sağ üreterorenoskopi (URS) sırasında DJ stent takılması mevcuttu. Sosyokültürel düzeyi düşük olan hasta, stent takibine gelmemişti. Yapılan tetkiklerde serum kreatinin değeri 2.1 mg/dl olup, bilgisayarlı tomografide sağ renal pelviste 40×35 mm boyutunda taş ve DJ stent boyunca 3–5 mm'lik multipl kalkül odakları izlendi. Ayrıca sol böbrekte staghorn tipi taş formasyonu saptandı. Hastaya genel anestezi altında transüretral sistolitotripsi ve sağ PNL planlandı.

Steril koşullarda foley sonda yerleştirildikten sonra, prone pozisyonda floroskopi eşliğinde 18 G iğne ile alt pol kaliksinden böbreğe giriş sağlandı. Rehber tel üzerinden dilatasyon tamamlanarak 30 Fr amplatz sheat yerleştirildi. Nefroskopi girilen böbrek alt toplayıcı sisteminde, taşla kaplı DJ stent görüldü. Taşlar pnömotik litotriptör ile fragmente edildi, ardından grasping forceps yardımıyla DJ stent tamamen çıkarıldı. İşlem sonrası antegrad nefrogramda pelvik pasajın açık olduğu gözlemlendi ve 20 Fr nefrostomi tüpü yerleştirildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta taşsız ve enfeksiyonsuz şekilde taburcu edildi.

Tartışma:

Uzun süreli unutulmuş DJ stentler, endoürolojik cerrahide ciddi zorluklar yaratır.

Taşlaşmanın yoğun olduğu olgularda endoskopik çıkarım güçleşir ve bazen açık cerrahi gerekebilir. Ancak uygun olgularda, tek girişimle PNL yöntemi hem etkin hem de minimal invaziv bir seçenektir. Bizim vakamızda, DJ stentin üreter boyunca taşla kaplı olmasına rağmen, alt uçta taşlaşma olmaması üreter orifisinin korunmasını sağladı ve ikinci bir transüretral girişim gereksinimini ortadan kaldırdı. Böylece hasta tek seansta tamamen taşsız hale getirildi.

Sonuç:

Unutulmuş ve taşlaşmış DJ stentlerin endoürolojik yönetimi dikkat ve deneyim gerektiren bir süreçtir. Uygun olgularda, tek girişimli perkütan nefrolitotomi yöntemi güvenli, etkili ve minimal invaziv bir tedavi seçeneği sunar. Bununla birlikte, bu tür komplikasyonların önlenmesi için stent takılan hastalara ve yakınlarına takip planı açıkça anlatılmalı, hatırlatma sistemleri uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Double J Stent, Endoürolojik Cerrahi, Perkütan Nefrolitotomi, Taşlaşma, Unutulmuş Stent