

[MSS-39]

Mesanenin inflamatuvar miyofibroblastik tümörü: Olgu Sunumu

Enes Pay, Faruk Ay, İsmail Ulus, İsmail Engin Kandıralı

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: İnflamatuvar miyofibroblastik tümör (IMT), fibroinflamatuvar hastalıklar grubuna ait çok nadir görülen bir tümördür. Akciğerler başta olmak üzere multipl anatomik lokalizasyonlarda görülebilmesine rağmen mesanede çok nadir örnekleri mevcuttur. Bu bildiri ile mesanenin inflamatuvar miyofibroblastik tümörü vakası sunulmaktadır.

VAKA TAKDİMİ: 53 yaş,erkek hasta, üroloji kliniğine ağrısız makroskopik hematüri şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu mevcuttu. Ultrasonografik incelemede mesane tabanında 78*38*38 mm boyutlarında lobüle kontürlü solid lezyon alanı izlendi ve TUR-mesane operasyonu planlandı. Hastanın sol yan duvarda yaklaşık 7cm lezyonu komplet rezeke edildi, operasyon sırasında sol orifis görülemedi. Histopatolojik incelemede immünohistokimyasal boyama, stromal pozitiflik gösterdi ve düz kas aktini (SMA) ile anaplastik lenfoma kinazı (ALK) pozitif bulundu. Bu özellikler, tümörün IMT ile uyumlu olduğunu gösterdi. Post operatif çekilen bilgisayarlı tomografide sol grade 1 hidroüreteronefroz izlenmesi üzerine sol nefrostomi yerleştirilerek 1 ay sonrasında sistoskopi + sol antegrad urs planlandı. Operasyonda eski rezeksiyon alanından örneklem yapıldı ve muhtemel sol orifis lokalizasyonuna rezeksiyon yapıldı ancak sol orifis açığa çıkarılamadı. Yapılan antegrad kontrastlı grafi ve endoskopik incelemede distal üreterin 3cm'lik segmentte tam obstrükte olduğu görüldü. Distal üreterektomi ve üreteroneosistostomi planlanarak hasta postop 1.gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA: IMT mesanede nadir görülen yaygın olarak akciğer, karaciğer ve gastrointestinal sistemde meydana gelen tümördür. Histolojik olarak, atipik iğsi hücre çoğalması ve karakteristik fibroinflamatuvar ile pseudosarkomatoz bir görünüm sergileyen inflamatuvar hücre infiltrasyonları ile karakterizedir. İmmünohistokimyasal boyamada, IMT için patognomonik olarak kabul edilen ALK pozitifliği gösterilir. Hastalar en sık makroskopik hematüri ve dizüri ile başvurmuş olup,hastamız da makroskopik ağrısız hematüri ile başvurmuştur. Genel olarak benign bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen, malign potansiyeli belirsiz olan IMT, lokal olarak agresif olabilir ve sıklıkla detrusor invazyonuna yol açabilir. Radyolojik olarak, IMT'nin primer mesane tümöründen ayırt edilmesi zordur. Hastamızda, TUR sonrası çekilen BT'de sol distal üreterde tutulum ve sol böbrek grade 1 hidroüretronefroz izlendi ve tümörün sol orifisi

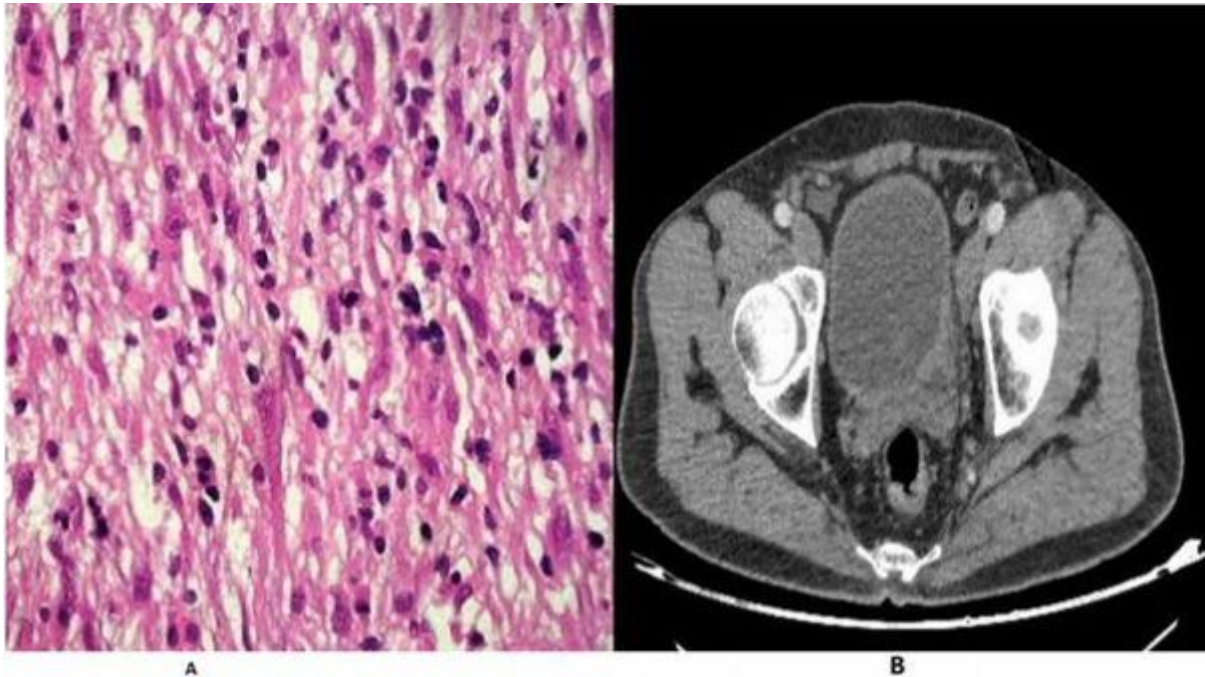
invaze ettiği düşünöldü. IMT lokal olarak agresif olabileceğinden, tümörün komplet rezeksiyonu tedavinin temel taşıdır. Prognoz, cerrahi seçimi ne olursa olsun genellikle iyidir, metastazlar son derece nadirdir. Literatürde IMT ile ilişkili sadece iki uzak metastaz vakası kaydedilmiştir. Hastaların %60,8'inde mesane tümörünün transüretal rezeksiyonu yeterli tedavi olarak kabul edilmiştir. Hastaların %29,2'si parsiyel sistektomi ve %9,2'si ise radikal sistektomi ile tedavi edilmiştir. Ancak, IMT sık rastlanmaması nedeniyle ideal prosedür hakkında bir fikir birliğı yoktur ve mevcut herhangi bir kılavuz bulunmamaktadır.

Metastazların nadir olmasına ve hastalığın nispeten benign ve yavaş ilerleyen seyrine rağmen, cerrahi rezeksiyon sonrası yakın klinik ve sistoskopik takip gereklidir. Çünkü IMT 'nin gerçek biyolojik davranışı hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır.

Sonuç: IMT'ler genellikle iyi huylu klinik seyri olan nadir tümörlerdir. Malign potansiyelleri henüz kesin olarak bilinmemekle birlikte kötü klinik seyirli olabilmektedirler. IMT'nin tercih edilen tedavisi, tam cerrahi rezeksiyon olup, yakın klinik ve sistoskopik takip yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mesane IMT (İnflamatuar Miyofibroblastik Tümör), ALK pozitifliği, Üreteral obstrüksiyon

ŞEKİL 1A: Fibroinflamatuar ve pseudosarkomatöz görünümle karakterize iğısi hücre proliferasyonu ŞEKİL 1B: Mesane sol yan duvar ve sol orifis tümöral tutulum



[MSS-12]

Bilateral Senkron Testiküler Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma: Vaka Sunumu ve Literatür Taraması

Faruk Ay¹, Enes Pay¹, İbrahim Hacıbey², İsmail Engin Kandıralı¹

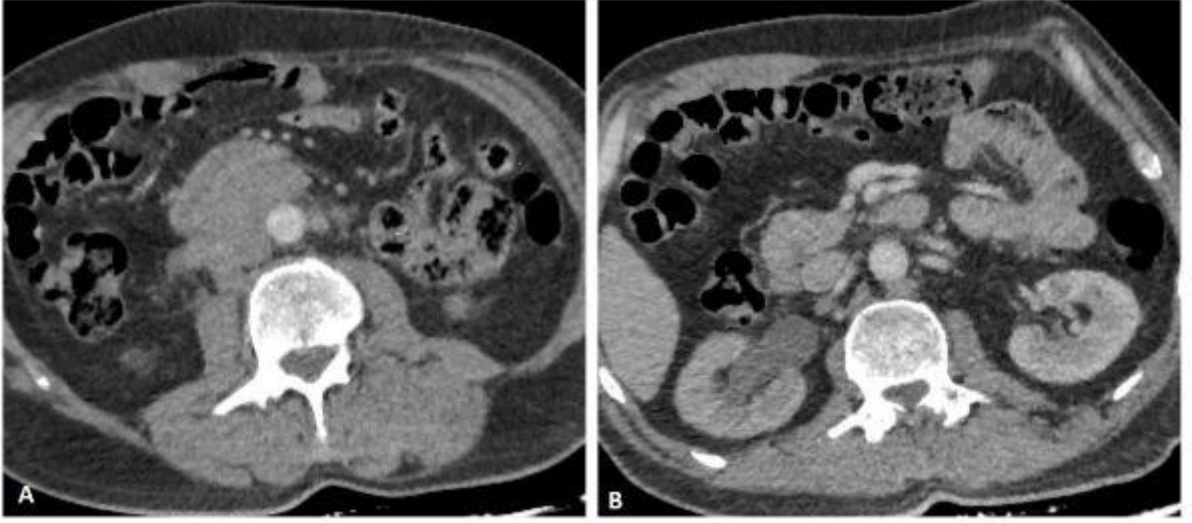
¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Primer testiküler lenfoma(PTL), Non-Hodgkin lenfoma vakalarının %1-2'sini oluşturmakta olup 60 yaş üstü hastalarda daha yüksek bir insidansa sahiptir. En sık görülen histolojik alt tipi ise Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL) oluşturmaktadır. Testis kitlelerinde histopatolojik değerlendirme için radikal orşiektomi yapılması esastır. Bilateral senkron ve multipl metastazlarla seyreden bir testis tümörü nadir görülmektedir. Bu çalışmada da bilateral skrotal şişlik ve sertlik ile başvuran 62 yaşındaki hastanın klinik değerlendirme ve görüntülemelerinin testis tümörü ile uyumlu olması sebebiyle yapılan radikal orşiektomi materyallerinin bilateral Primer testiküler lenfoma lehine değerlendirildiği vaka ve beraberinde yapılan literatür taraması sunulmuştur. Sonuç olarak Bilateral Testiküler Lenfoma'nın nadir görülen ve agresif seyreden bir patoloji olması nedeniyle hızlı ve multidisipliner bir yaklaşım ihtiyacı doğmaktadır.

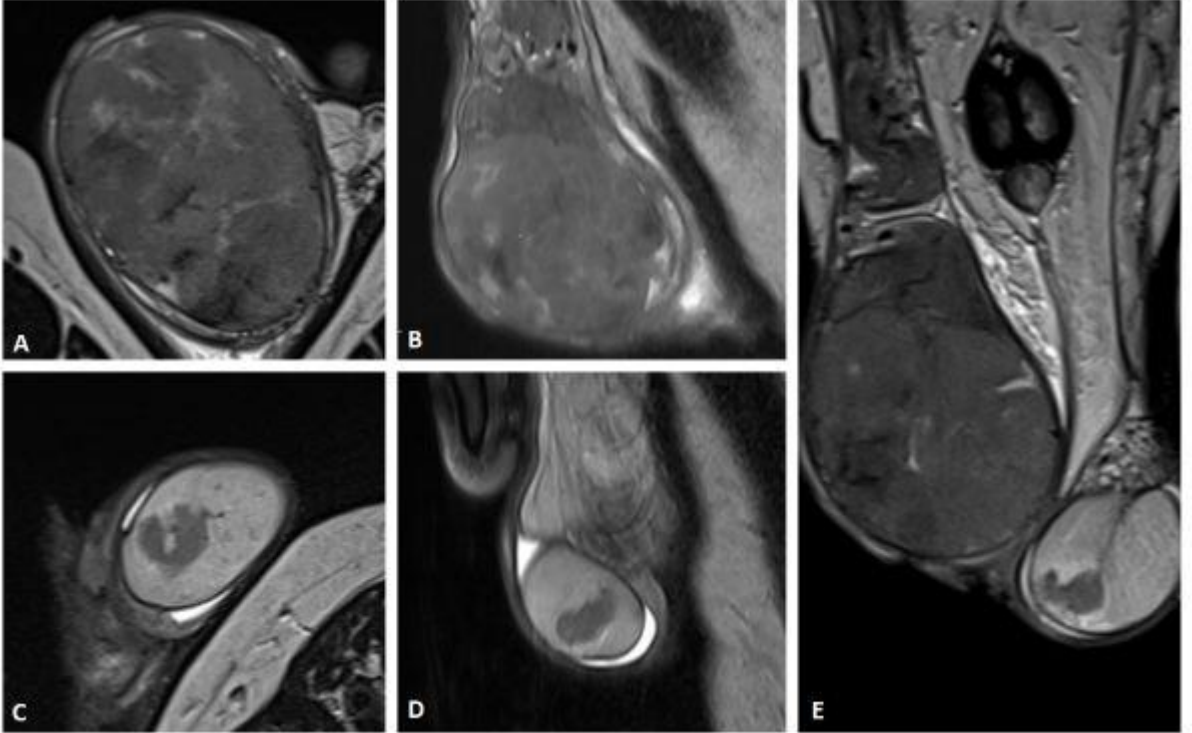
Anahtar Kelimeler: testis tümörü, testiküler lenfoma, non-hodgkin lenfoma

Resim 3



Resim 3: Sağ paraaortik alanda yaklaşık 5 cm boyutunda konglomere lenfadenopati ve buna sekonder gelişen sağ böbrekte grade 2 hidronefroz

Resim1



Resim 1: Preoperatif Skrotal MR görüntüleri A: Sağ testis aksiyel plandaki görünüm B: Sağ testis sagittal plandaki görünüm C: Sol testis aksiyel plandaki görünüm D: Sol testis sagittal plandaki görünüm E: Bilateral testis coronal plandaki görünüm

AuthorToEditor: Literatür tarandığında ise Primer Testiküler Lenfoma ile ilgili Zhang J. ve

arkadaşlarının yürüttüğü 2024 yılında yayınlanan bir meta-analiz göze Bilateral Primer Testiküler Lenfoma olarak bildirilmiş 24 vaka olması sebebiyle vakamız önem arz etmektedir. Kıymetli görüşleriniz için teşekkür ederiz.

[MSS-40]

Gebelikte Hayatı Tehdit Eden Nadir Görülen Masif Hematüri Nedeni: Kromofob tip Renal Hücreli Karsinom

Mert Hamza Özbilen¹, Yusuf Enes Kök¹, Mehpere Suntur Yıldırım², Mustafa Özer¹, Ferhat Ortoğlu¹, 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

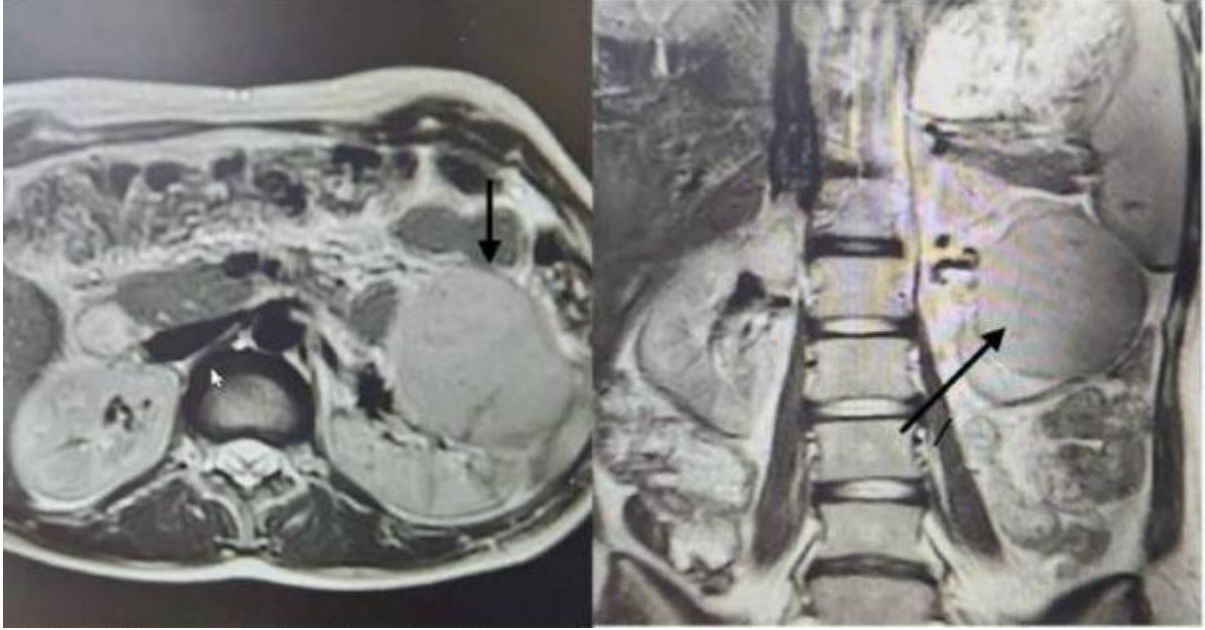
GİRİŞ:Gebelikte kansere nadiren rastlanır. Yaklaşık 1000 hamile kadından 1'ine doğumdan önce kanser teşhisi konur. Gebelikte üriner sistem kanserleri çok daha nadirdir. Renal Hücreli Karsinom (RHK) gebelikte en sık görülen üriner sistem kanseridir. Günümüze kadar literatürde yaklaşık 100 olguda gebelikte RHK tespit edilmiş ve yalnızca 10 tanesinde kromofob tip saptanmıştır. Bu bildiride masif hematüriyle başvuran RHK'lı ve gebeliği olan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 19 yaş G1P0Y0 20 haftalık gebe kadın acil servise makroskopik hematüri şikayeti ile başvurdu. Bilinen ek hastalık öyküsü yoktu. Gelişinde hastanın hemoglobini(Hb) 5.9 g/dl, kan basıncı 80/50 mm/Hg, nabız 138 atım/dakika idi. Acil serviste çekilen tüm batin ultrasonografide sol böbrek orta kesimde 68x70 mm yoğun vasküler kodlanma izlenen heterojen kitle görünümü(RHK?) saptanması üzerine hastaya abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme(MRG) çekildi. MRG'de sol böbrek orta alt kesimde T2a'da kortekse göre hipointens düzgün sınırlı içinde vasküler yapıya ait içerisinde hipointens yapılar içeren yaklaşık 6,5x7 cm boyutunda kitlesel lezyon(Lenfoma? RHK?) olarak raporlandı(Figür 1). Eritrosit süspansiyon desteğine rağmen Hb düşüşü izlenmesi nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum kliniği ve radyoloji kliniği ile multidisipliner yaklaşımı takiben hasta ve hasta yakınlarıyla görüşülüp hastaya acil sol radikal nefrektomi yapıldı. Hastada preoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve doğum miadında gerçekleşti. Radikal nefrektomi materyali kromofob tip RHK(Figür 2) olarak raporlandı. FLCN (Birt-Hogg-Dube sendromunun etken geni) tüm gen analizi yapıldı ve normal olarak raporlandı.

Sonuç: Gebe RHK hastaları, hastanın durumuna ek olarak fetüsün güvenliğinin de dikkate alınması gereken benzersiz bir popülasyondur. Bu hastalar tanı, tedavi ve kapsamlı klinik yönetim için multidisipliner bir ekibe ihtiyaç duyarlar. Dahası, hastanın durumuna ve fetüsün gelişimine göre kişiselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmalıdır.

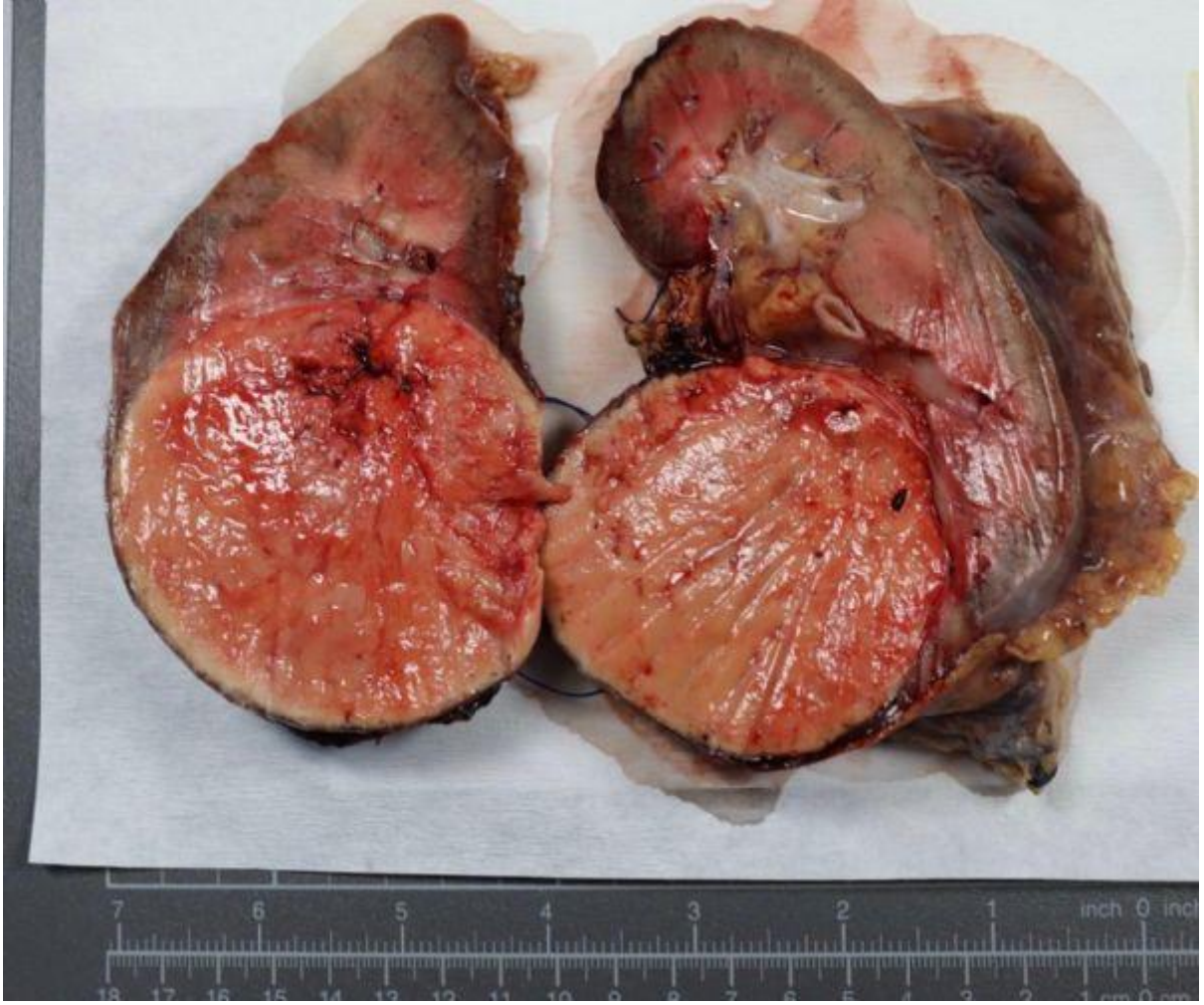
Anahtar Kelimeler: gebelik, hematüri, kromofob, renal hücreli karsinom

Figür 1



MRG'de sol böbrek orta alt düzeyinde nodüler görünümde T2a'da kortekse göre hipointens düzgün sınırlı içinde vasküler yapıya ait içerisinde hipointens yapılar içeren yaklaşık 6,5x7 cm boyutunda kitlesel lezyon(Lenfoma? RHK?)

Figür 2



Renal pelvise kadar uzanım gösteren böbreğe sınırlı 9x7x8 cm boyutlarında lezyon

[MSS-41]

Sekiz Yıl Sonra Ortaya Çıkan Nadir Bir Metastaz: İzole Testiküler Metastaz

Emre Can Gökşin, Gökhan Sönmez, Numan Baydilli, Emre Can Akınsal, Halil Tosun, Deniz Demirci

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

Amaç:

Prostat kanseri, erkeklerde en sık tanı alan kanser olup, kansere bağlı ölümlerde beşinci sıradadır [1]. Metastazları genellikle ve öncelikli olarak kemiklerde görülür. Hastalığın ilerleyen evrelerinde tüm vücuda metastaz yapma potansiyeline sahip olmasına rağmen, literatürde izole testis metastazı oldukça nadir bildirilmiştir [2-4]. Bu bildiride tedaviden 8 yıl sonra ortaya çıkan izole testis metastazı olan prostat kanseri olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

Sekiz yıl önce lokal prostat kanseri (Gleason skoru 3+4) tanısı konan hastaya radyoterapi ve androjen yoksunluk tedavisi (ADT) uygulanmış, ADT tedavisi iki yılın sonunda sonlandırılmıştır. Düzenli kontrollerine gelmeyen hasta, sağ testisinde şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvurmuştur. Serum PSA değeri 21 ng/ml olarak ölçülmüştür. Fizik muayenede, sağ testiste 2 cm çapında ağrısız lezyon saptanmıştır. Skrotal Doppler ultrasonografide, intratestiküler yerleşimli, belirgin vaskülarizasyon gösteren, biri 28×21 mm, diğeri 33×20 mm iki lezyon saptanmıştır. Ön tanıda primer testis tümörü düşünülen hastada, tüm vücut bilgisayarlı tomografisinde başka metastaz odağına rastlanmamıştır. Hastaya sağ radikal inguinal orşiektomi uygulanmıştır. Histopatolojik incelemede sağ testiste prostat asiner adenokarsinom metastazı saptanmıştır. Spermatik kord sağlam izlenmiştir ve tunika vajinalise invazyon izlenmemiştir. Hastada başka bölgelerde metastaz olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Gallium-68 (Ga-68) prostat spesifik membran antijeni (PSMA) PET-BT çekilmiş ve başka bir metastaz saptanmamıştır. Ameliyattan altı ay sonra hastanın PSA değeri <0,001 ng/ml olarak ölçülmüş ve klinik takipleri sürmektedir.

Sonuç:

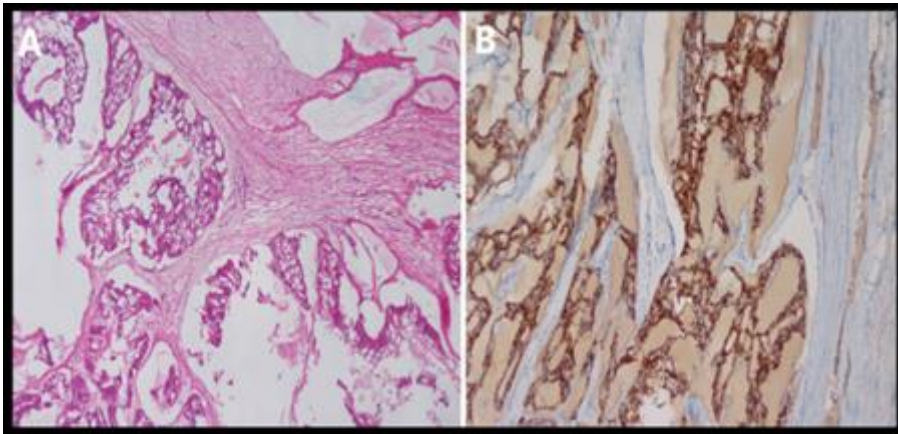
Prostat kanserleri ilerleyen evrelerde vücudun neredeyse tüm bölgelerine metastaz yapma potansiyeline sahiptir [2]. Ancak prostattan kaynaklanan kanserlerin, lokalize durumda bile testise metastaz yapabildiği bildirilmektedir. Kwon ve ark. radikal prostatektomiden iki ve on yıl sonra gelişen izole testis metastazı olguları bildirmiştir [3]. Bizim hastamızda ise primer radyoterapiden sekiz yıl sonra izole testis metastazı gelişmiştir. Güncel bir çalışmaya göre Ga-68 PSMA PET-BT, prostat kanserinin testiküler metastazının tespitinde uyarıcı bir araç olabilir [4]. Skrotal ultrasonografideki tüm bulguların primer testis kanseriyle uyumlu olması ve tomografide başka metastatik odaklara rastlanmaması, olgumuzun başlangıcında prostat kanseri metastazını

maskelemiştir. Bu nedenle hastamıza Ga-68 PSMA PET-BT yerine tüm vücut BT yapılmıştır. Ancak serum PSA değerinin 21 ng/ml olması, aslında bize ipucu vermeliydi. Tedavi yaklaşımı değişmeyecek olsa da, testis bölgesinde Ga-68 aktivitesinin artmış olması, preoperatif dönemde testiküler metastaz tanısının atlanmasını önleyebilirdi. Sonuç olarak, prostat kanserinde izole testiküler metastaz oldukça nadir görülmesine rağmen, özellikle uzun dönem takiplerde dikkatli olunması gereken bir durumdur. Düzenli fizik muayene, uygun görüntüleme yöntemleri ve PSA takibi bu tür metastazların erken tanınmasında kritik rol oynar. Ga-68 PSMA PET-BT gibi ileri teknikler tanısal süreçte ek katkı sağlayabilir. Bu nedenle hastaların multidisipliner yaklaşımla ve uzun süreli olarak izlenmesi önemlidir.

1. Sung, H., et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. Smelzo, S., et al., Prostate cancer testicular metastasis: are they underestimated? Case report and analysis of the literature. Urologia Journal, 2022. 89(4): p. 645-647.
3. Kwon, S.Y., et al., Solitary testicular metastasis of prostate cancer mimicking primary testicular cancer. Korean Journal of Urology, 2011. 52(10): p. 718.
4. Jain, Y., et al., 68-Gallium prostate-specific membrane antigen positron emission tomography/computed tomography detects rare testicular metastasis from prostate cancer. Indian Journal of Nuclear Medicine, 2021. 36(2): p. 229-230.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, testis metastazı, radyoterapi sonrası metastaz, üroonkoloji

testis histopatoloji



testis histopatolojik görüntüsü

AuthorToEditor: Söz konusu olgu sunumu, başlangıçta poster bildiri olarak planlanmış olup, sistemde ilgili seçenek bulunmadığı için sözlü bildiri kategorisinde yüklenmiştir.

[MSS-42]

Nadir bir metastaz: renal hücreli karsinomun vajinaya agresif yayılımı

Emre Can Gökşin, Gökhan Sönmez, Numan Baydilli, Emre Can Akınsal, Halil Tosun, Deniz Demirci

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

Amaç:

Renal hücreli karsinom (RCC), böbrek tümörlerinin agresif bir tipidir ve olguların üçte biri tanı anında metastatiktir. Kadınlarda vulva kanserleri nadir görülmekte olup vakaların yaklaşık %8'i metastatik kökenlidir. Vajinaya metastazlar ise genellikle uterus, serviks ve over gibi komşu organlardan kaynaklanır [1]. RCC'nin vajinaya metastazı oldukça nadir olup, literatürde bildirilen vaka sayısı oldukça sınırlıdır [2, 3]. Bu sunumda, nadir görülen bu duruma ilişkin bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:

Ellili yaşlarında, tip 2 diyabet ve derin ven trombozu öyküsü olan kadın hasta, iki aydır vajinada ele gelen kitle ve iki gündür aktif vajinal kanama şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Son bir aydır lekelenme tarzında vajinal kanamalar mevcuttu. Litotomi pozisyonunda yapılan muayenede, üretradan 2 cm derinde, 3 cm çapında, fikse bir kitle tespit edildi. Pelvik tomografi'de vajinanın anterior boşluğunda, üretranın distal hattında 33 × 26 mm boyutlarında solid karakterli bir lezyon saptandı. Hastaya yapılan üç fazlı spiral tomografi'de, sağ böbreğin hiler düzeyinde anterior kortikal alandan başlayarak inferior perirenal yağ dokusuna uzanan, santral nekrotik özellikte 10 cm çapında bir lezyon saptandı. Vajinal kitleden alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesi RCC olarak raporlandı. Hastanın vajinal kanaması geriledikten sonra sitoredüktif radikal nefrektomi yapıldı. Böbrek lezyonunun patolojisi RCC olarak doğrulandı. Tıbbi onkolojiyle yapılan konsültasyon sonrası hastaya sunitinib tedavisi başlandı. Ancak yanıt alınamaması üzerine tedavi axitinib ile değiştirildi ve kemik metastazı nedeniyle sakrum bölgesine yoğunluk ayarlı radyoterapi (IMRT) uygulandı. Axitinib tedavisine rağmen hastalık ilerledi ve tibia önünde cilt metastazları ile mediastinal metastazlar gelişti. Solunum sıkıntısı nedeniyle IMRT uygulanamadı ve bunun yerine nivolumab rejimine geçildi. Hasta, ameliyattan 13 ay sonra solunum sıkıntısı ve sekonder kardiyak yetmezlik nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç:

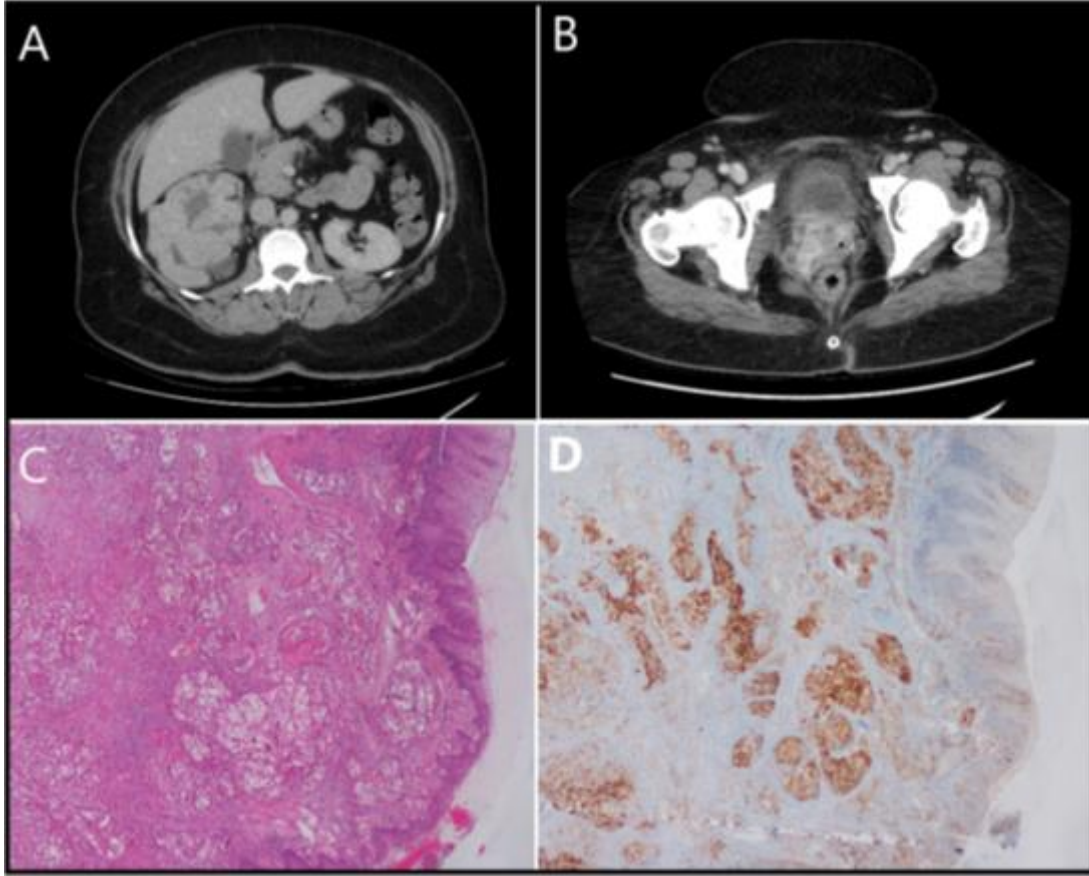
Renal hücreli karsinomun (RCC) vajinal metastazı, oldukça nadir görülen ve agresif seyreden klinikopatolojik bir tablodur. Literatürde, RCC'nin vajinal metastazı olan hastaların çoğunun vajinal kanama şikâyetiyle kliniğe başvurduğu bildirilmiştir [1, 4]. Bizim olgumuzda olduğu gibi, bazı hastalarda vajinal kanama ilk semptom olarak ortaya

ıkabilir [2]. Ayrıca bazı olgularda ilk bulgu, ileri derecede trombositopeni gibi paraneoplastik sendromlara bağlı da olabilir [3]. Bizim hastamızda trombositopeniye bağlı persistan vajinal kanama olmadığından palyatif tedaviye ihtiyaç duyulmamıştır. Literatürde bu hastaların uzun dönem sağkalımına ilişkin net bir kanıt bulunmamakla birlikte, Geng ve ark. tanıdan dokuz ay sonra hastalarının eksitus olduğunu bildirmiştir [1]. Bizim olgumuzda ise çoklu metastatik odaklar gelişmiş ve hasta tanıdan 13 ay sonra eksitus olmuştur. Vajinal kanama ile başvuran hastalarda RCC öyküsünün bulunması ya da görüntüleme sırasında böbrekte kitle saptanması durumunda, RCC'nin vajinal metastazı mutlaka akılda tutulmalıdır.

1. Geng, Z., et al., Severe vaginal bleeding due to vaginal metastasis from renal cell carcinoma with inferior vena cava tumor thrombus: A case report. *Medicine*, 2022. 101(3): p. e28586.
2. Jimenez, A.R., et al., Vaginal bleeding as initial presentation of an aggressive renal cell carcinoma: a case report and review of the literature. *Case Reports in Pathology*, 2018. 2018(1): p. 2109279.
3. Allard, J.E., et al., Vaginal metastasis and thrombocytopenia from renal cell carcinoma. *Gynecologic oncology*, 2004. 92(3): p. 970-973.
4. Benbrahim, Z., et al., Gynecologic bleeding revealing vaginal metastasis of renal cell carcinoma. *Pan African Medical Journal*, 2013. 14(1).

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, vajinal metastaz, üroonkoloji, nadir metastaz

tomografi ve histopatoloji görüntüleri



(A) Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte renal kitle. (B) Bilgisayarlı tomografide vajinal duvar ile mesanenin inferioru arasında yerleşmiş yaklaşık 32 × 30 mm boyutlarında metastatik kitle. (C) Vulvanın çok katlı yassı epiteli altında yerleşmiş berrak hücreli karsinom metastazı (HE × 40). (D) İmmünohistokimyasal incelemede metastatik hücrelerde CD10 pozitif boyanma (IHK × 40).

AuthorToEditor: olgu poster sunumu olarak planlandı fakat sistemde sözlü ya da video bildiriyi yükleme seçeneği olduğu için sözlü bildiri olarak yüklendi.

[MSS-43]

Nadir Bir Olgu Sunumu: Sol Böbreğe Metastaz Yapan Hepatoselüler Karsinom

Emre Can Gökşin, Gökhan Sönmez, Numan Baydilli, Emre Can Akınsal, Halil Tosun, Deniz Demirci

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

Amaç:

Hepatoselüler karsinom (HSK) en sık akciğer, kemik ve lenf nodlarına metastaz yapar. Böbreğe metastaz çok nadir olup çoğunlukla sağ böbrekte görülür. Literatürde sol böbreğe metastaz yapan HSK olgu sayısı oldukça sınırlıdır. Bu bildiride, sol böbreğe metastaz yapan nadir HSK olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

Altmış yaşında kadın hasta, sol yan ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Üç fazlı abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografisinde (BT), 87 × 82 mm boyutlarında, nekrotik alanlar içeren sol böbrek kitlesi saptandı. Ayrıca karaciğer segment 6'da hipodens nodüler lezyon izlendi ve bu lezyon renal hücreli karsinom (RCC) metastazı şüphesiyle değerlendirildi. PET-BT'de karaciğer lezyonunda anlamlı aktivite saptanmadı. Hastaya radikal nefrektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda böbrekteki kitlenin HSK metastazı olduğu raporlandı. Kesin tanı için yapılan karaciğer biyopsisi, primer HSK olarak değerlendirildi. Vücudun başka bölgelerinde metastaz saptanmayan hasta, Tıbbi Onkoloji birimine konsülte edildi ve fokal tedavi + adjuvan kemoterapi planlandı.

Sonuç:

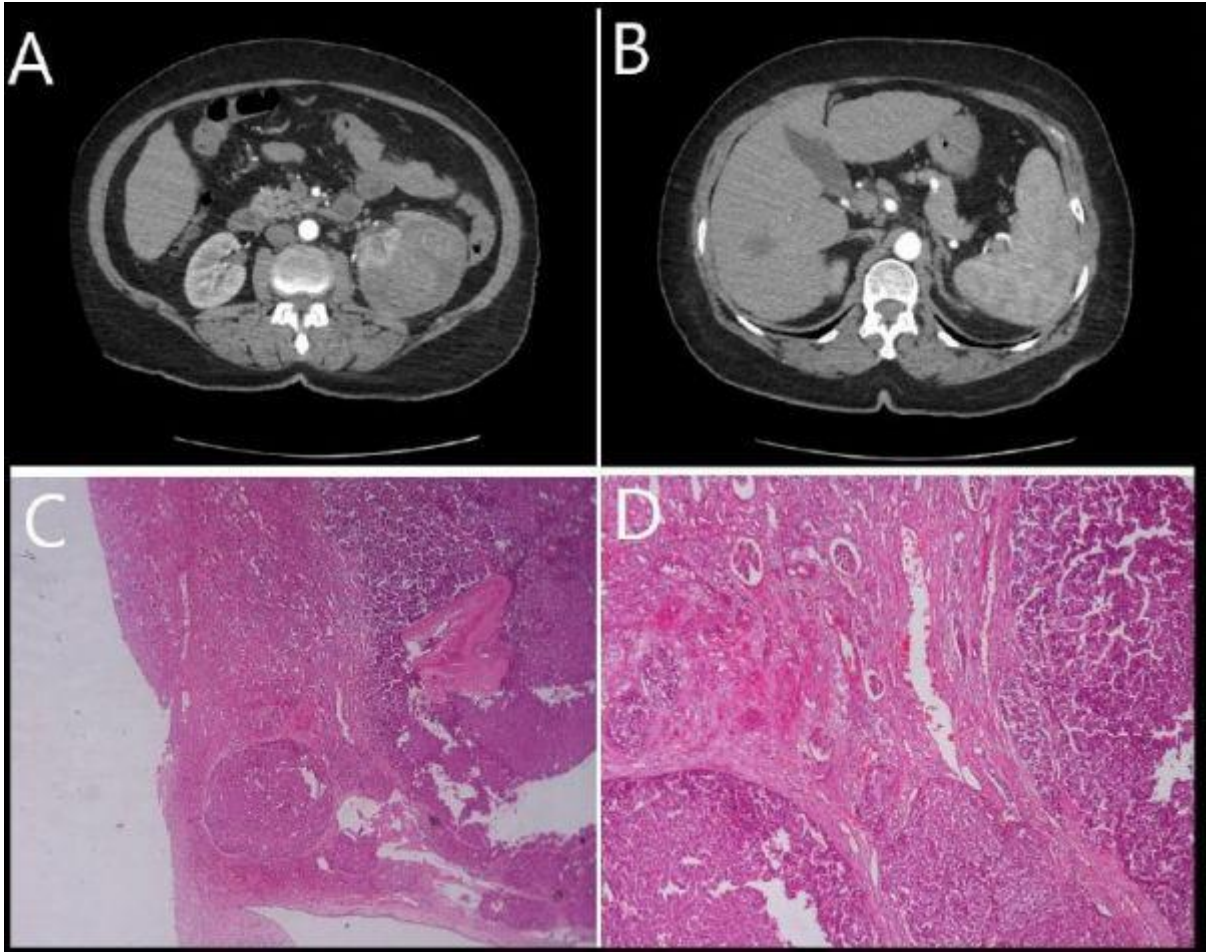
HSK'nin (hepatoselüler karsinom) böbreğe metastazı nadiren görülen bir durumdur. PubMed araştırmamıza göre bu vaka, HCC'nin böbreğe metastaz yaptığı 11. vaka ve sol böbreğe metastaz yaptığı 2. vakadır [1-4]. Bu olguların bazılarında primer HSK tanısı başlangıçta konulamamış, ancak radikal nefrektomi sonrası tanı netleşmiştir [2]. Bizim olgumuzda da PET-BT'de karaciğer lezyonunda anlamlı aktivite saptanmamış olması, primer karaciğer tümöründen şüphelenmememize neden oldu. Ancak radikal nefrektomi materyalinin değerlendirilmesi sonrasında tanı HSK olarak konuldu. Diğer olgularda olduğu gibi, tanı genellikle yan ağrısı ile konulmakta ya da tamamen tesadüfen saptanabilmektedir. Ancak literatürde tanı anında tümör rüptürü ile başvuran olgular da bulunmaktadır [3]. Bu durum, klinik tablonun daha gürültülü ve karmaşık seyretmesine yol açabilir. HSK'nin böbreğe metastazı nadir görüldüğü için, bu olguların çoğunda hastalar radikal nefrektomi ile tedavi edilmektedir [4]. Sonuç olarak, karaciğer lezyonuna senkron böbrek lezyonu olan hastalarda tedavi prensiplerinde büyük bir değişiklik olmasa da, metastatik tümörlerin prognozunun mutlaka göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Kaynakça:

1. D'Antonio A, Caleo A, Caleo O, Addesso M, Boscaino A. Hepatocellular carcinoma metastatic to the kidney mimicking renal oncocytoma. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International: HBPD INT*. 2010 Oct;9(5):550-552. PMID: 20943467. <https://europepmc.org/article/med/20943467>
2. Ong KW, Joseph B, Gyomber DV, Bolton DM, Lawrentschuk N. Nephrectomy for a renal metastasis of undiagnosed hepatocellular carcinoma arising from an orthotopic liver transplant undertaken for cryptogenic cirrhosis. *Korean J Urol*. 2013;54:715–7. doi: <https://doi.org/10.4111/kju.2013.54.10.715>
3. Mezawa S, Homma H, Doi T, et al. Re: Spontaneous rupture of renal metastasis of hepatocellular carcinoma: management by emergency transcatheter arterial embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2001;24:143–4. doi: <https://doi.org/10.1007/s002700000381>
4. Yamanaka R, Sekino Y, Babasaki T, et al. Renal metastasis from primary hepatocellular carcinoma: a case report. *Int Cancer Conf J*. 2020;9:141–145. doi: <https://doi.org/10.1007/s13691-020-00409-3>

Anahtar Kelimeler: Hepatoselüler karsinom, böbrek metastazı, nadir metastaz, üroonkoloji

tomografi ve histopatoloji görüntüleri



(A) Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sol böbrekte renal kitle. (B) Abdominal bilgisayarlı tomografide karaciğerde primer hepatoselüler karsinom odağı. (C) Hematoksilen-eozin (HE) boyasında böbrekte hepatoselüler karsinom metastazı (HE $\times 10$). (D) Böbrekte hepatoselüler karsinom metastazı (HE $\times 40$).

AuthorToEditor: poster sunumu olarak planlandı fakat sistemde sadece sözlü ve ya video bildiri yükleme seçenekleri olduğu için sözlü bildiri olarak yüklendi.

[MSS-44]

Malign epiteloid anjiomyolipom

Veli Duman, Rahmi Aslan, Nedim Bedir

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Üroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Anjiomyolipomlar(AML), düz kas hücreleri, kan damarları ve yağ hücreleri içeren mezenkim kökenli böbrek tümörleridir,%2-6,4 oranında gözlenirler.Renal AML, tüberoz skleroz(TSC) veya pulmoner lenfanjiyoleiomyomatozisle (LAM) birlikte veya sporadik olabilir. AML'lerin %80'i sporadiktir.AML'lerin iki ana histolojik varyantı vardır: klasik ve epiteloid(EAML).Varyantlar birbirlerinden sadece biyopsi ile ayırt edilir. Yaklaşık 200 hastadan oluşan vaka serisinde,TSC'li hastaların yüzde 25'inde epiteloid varyantları kaydedilmişken,TSC'si olmayan hastalarda yüzde 6'dır. TFE3 amplifikasyonu epiteloid tümörlerde zaman zaman bulunur ve tümör patogeneziye katkıda bulunabilir.Klasik varyantın aksine, epiteloid varyant malign olabilir. Bu vakada,renal kitle nedeniyle cerrahi yapılan ve EAML olarak değerlendirilen olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

VAKA SUNUMU

Sağ yan ağrısı nedeniyle yapılan ultrasonografisinde(usb) sağ böbrekte 18 cm kitlesel lezyon görülen 71 yaşında erkek hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde sağ böbrekte, subhepatik alandan böbrek orta kesimine doğru uzanan,14x13x18 cm boyutlarında kitle lezyon izlenmiştir(RCC?). Hastaya sağ radikal nefrektomi yapıldı.Patolojisi EAML olarak raporlandı.Hastanın postoperatif taramasında TSC ile uyumlu bulguya rastlanmamıştır.Postop 16.ayda sağ yan ağrısı devam etmesi nedeniyle yapılan usgde sağ böbrek lojundan 93*68 mm boyutunda heterojen hipoeoik lezyon ve karaciğerde büyüğü 5,5 cm çaplı multipl lezyonlar izlenmiştir.Hastaya kontrastlı BT istendi.BT'de KC'de büyüğü segment 6 düzeyinde yaklaşık 55 mm boyutlu multiple metastaz ile uyumlu görünümüm izlendi.Sonrasında KC biyopsisi yapıldı.Biyopsi sonucu malign EAML metastazı olarak raporlandı.PET CT istendi,raporu;Sağ nefrektomi lojunda izlenen kitlede ve karaciğer her iki lobunda izlenen hipodens lezyonlarda patolojik artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir,şeklindeydi.Hasta tıbbi onkoloji kliniğine devredildi.

SONUÇ

AML klasik ve epiteloid olmak üzere iki histolojik tipe ayrılırken, EAML malignleşme riski nedeniyle önemlidir.Nefrektomi patolojisi EAML olan hastalarda postop malignleşme olasılığı göz önünde bulundurularak metastaz taraması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, Epiteloid Anjiomyolipoma, tüberoskleroz

Leydig hücreli Tümör

Veli Duman, Kerem Taken, Muhammed Fatih Keleş, Ahmet Demir

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Üroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Leydig hücreli tümörler testis tümörlerinin %1-3'ünü oluşturur. Genellikle tek taraflı, 3-5 cm çaplı, iyi sınırlı tümörlerdir. 20-60 yaş arasında görülmekle birlikte pediatrik yaş grubunda da ortaya çıkabilir. Genellikle asemptomatiktir fakat aktif hormon üretebilen tümörlendendir. Ağrı şikayeti ile başvuran hastaların yanında hormonların sebep olduğu semptomlar ile de başvurabilirler. Steroid hormon üretimine bağlı jinekomasti ve libido kaybına neden olabilir. Çocuklarda ise genellikle 5-9 yaş arasında pubik kıllanma ve peniste büyüme ile karakterize puberte prekoks ile başvuru söz konusudur. Leydig hücreli tümörlerin %10 kadarı özellikle komşu lenf nodları, akciğer ve karaciğere metastaz potansiyeli taşıyan malign davranış gösterebilir.

VAKA SUNUMU

24 yaşında erkek hasta Üroloji polikliniğine sağ skrotal ağrı nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenede sağ testiste ele gelen sert kitle palpe edildi. Skrotal doppler ultrasonografide sağ testiste 20x18 mm ebatlarında, düzgün sınırlı, heterojen, hipoekoik belirgin vaskülarite kodlanan kitle izlendi. Yapılan tetkiklerde serum AFP ve B-hCG normal, LDH: 290 idi. Hastaya sağ orşiektomi yapıldı. Patolojisi leydig hücreli tümör geldi. Daha sonra tıbbi onkolojide yönlendirildi ve takiplerinde metastaz görülmedi.

SONUÇ

Leydig hücreli tümörler, nadir olarak görülen, çoğunluğu benign olan testis tümörleridir. Ancak % 10 sıklıkta malign de olabilirler. Metastaz dışında maligniteyi gösteren bir morfolojik bulgu yoktur. Metastaz kesin malignite bulgusudur. Malign davranışı öngören parametreler; >5 cm tümör çapı, >3/10 BBA mitoz aktivite, atipik mitoz, nekroz, nükleer pleomorfizm, infiltratif sınırlar, lenfovasküler invazyon ve çevre dokulara invazyonudur. Yaygın metastaz yaptığı yerler lenf nodları, akciğer ve karaciğerdir. Metastatik olan olguların prognozu kötüdür ve radyoterapiye dirençlidirler.

Anahtar Kelimeler: Testis, tümör, leydig hücreli

[MSS-46]

Sessiz Bir Tehdit: Aralıklı Hematüri ile Ortaya Çıkan Nadir Bir Toplayıcı Duktus Karsinomu Olgusu

Burhan Baylan, Melih Şenkol, Muhammed Ali Ulucak

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi, Afyonkarahisar

Giriş

Toplayıcı duktus karsinomu (TDK), böbrek tümörlerinin yalnızca %1'inden azını oluşturan, medüller kaynaklı, nadir ve yüksek derecede agresif seyreden bir tümördür. Klinik olarak genellikle hematüri, yan ağrısı ve sistemik semptomlarla kendini gösterse de, görüntüleme bulguları spesifik değildir; bu nedenle kesin tanı için histopatolojik inceleme ve immünohistokimyasal değerlendirme şarttır. Literatürde çoğu olgu ileri evrede tanı almakta ve prognoz genellikle kötüdür. Biz de bu olgu sunumuyla, nadir görülmesine rağmen klinik pratikte karşılaşılabilecek bu agresif tümöre dikkat çekmeyi ve tanı-tedavi sürecine katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu Sunumu

76 yaşında erkek hasta, aralıklı hematüri şikayetleri ile başvurdu. Hastanın daha önce farklı merkezlerde yapılan sistoskopi işlemleri temiz olarak raporlanmıştı. Bilinen herhangi bir komorbidite öyküsü bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesi ve bilgisayarlı tomografi incelemesi sonucunda sol üreter ve sol böbreğin üst pol pelvikaliksiyal sistem duvarında minimal kalınlık artışı tespit edildi. ECOG performans durumu orta seviyede olup, preoperatif laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Hastaya yapılan sistoskopi patolojik bulgu saptanmadı. Takip eden sol tanısız üreterorenoskopi (URS) sırasında sol proksimal üreterde minimal papiller kalınlık artışı gözlemlendi ve sol böbreğin üst pelvikaliksiyal sisteminde papiller tümöral oluşumlar saptandı. Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı. Tümör tespit edilen hastaya radikal nefroüretrektomi önerildi ve operasyon gerçekleştirildi. Cerrahi sonrası hastanın genel durumu stabil olup, sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu, toplayıcı duktus karsinomu olarak raporlandı. Patoloji raporunda tümör nekrozu pozitif, pelvikaliksiyal sistem ve renal sinüs invazyonu mevcut olmakla birlikte cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirildi. Hastanın onkoloji konsültasyonu yapıldı ve PSMA PET görüntülemesinde karaciğerde malignite açısından kuşkulu bir alan tespit edildi. Bu alanın değerlendirilmesi amacıyla girişimsel radyolojiye biyopsi alımı için başvuruldu. Alınan biyopsi materyalinin patolojik incelemesinde karsinom infiltrasyonu doğrulandı. Tüm tetkikler, patoloji ve cerrahi geçmişi onkoloji konseyinde değerlendirilen hastaya sistemik kemoterapi başlanmasına karar verildi. Hasta halen medikal tedavisine devam etmektedir.

Tartışma

Toplayıcı duktus karsinomu (TDK), böbreğin medüller kısmından kaynaklanan nadir ve agresif bir tümördür. Tüm renal karsinomlar içinde %1'den az görülür ve tanı ile tedavi bilgisi sınırlıdır. Hastalar genellikle hematüri ve yan ağrısı gibi nonspesifik semptomlarla başvurduğundan erken tanı zordur. Standart görüntüleme TDK'ya özgü bulgu bulunmadığı için tanı histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemeye dayanır. Olgumuzda, hematüri ve tekrarlayan temiz sistoskopi sonrası üst üriner sistemde minimal duvar kalınlığı artışı ve papiller lezyonlar tespit edildi. Üreterorenoskopi ile tümör görüntülenip biyopsi alınması tanıda kritik oldu. Radikal nefroüretrektomi agresif tümörlerde standart tedavidir. Patolojide tümör nekrozu ve renal sinüs invazyonu agresifliği gösterdi; cerrahi sınırlar negatifti. PSMA PET'te karaciğerde kuşkulu lezyonun biyopsisi malign infiltrasyonu doğruladı; bu da TDK'nın erken metastaz yapma eğilimini gösterir. Literatürde çoğu olgu ileri evrede tanı almakta ve prognoz genellikle kötüdür. Cerrahi sonrası sistemik kemoterapi ve multidisipliner yaklaşım yaşam kalitesini artırır.

Sonuç

Toplayıcı duktus karsinomu (TDK), nadir görülmesine rağmen yüksek agresifliği ve erken metastaz riski nedeniyle klinikte dikkat edilmesi gereken önemli bir malignitedir. Tanıda erken şüphe, üst üriner sistemin detaylı incelenmesi ve histopatolojik doğrulama çok önemlidir. Tedavide radikal nefroüretrektomi uygulanırken, sistemik yayılım riski nedeniyle kemoterapi ve düzenli takip gereklidir. Olgumuz, TDK'nın tanı ve tedavi sürecindeki zorlukları vurgulamakta, erken tanı ve kapsamlı tedavinin prognozu iyileştirmede kritik olduğunu göstermektedir. Bu nedenle benzer klinik tablolarla karşılaşıldığında üst üriner sistem tümörleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: böbrek, duktus, nefrektomi, patoloji, toplayıcı

AuthorToEditor: Ben Muhammed Ali Ulucak, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı 3. sınıf asistanıyım. Klinik deneyimimizde karşılaştığımız bu nadir olguyu, değerli kongrenizde sözlü sunum olarak paylaşma fırsatı bulmaktan onur ve mutluluk duyacağız. Kongrenizde yer almak ve değerli bilgilerden faydalanmak, asistanlık sürecim için çok değerli olacaktır. İlginiz ve nazik değerlendirmeniz için şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

[MSS-47]

Mesane Kanserinin Thulium Lazer ile Tedavisi

Burak Kaan Manyas, Mehmet Caniklioğlu, Sercan Sarı, Volkan Selmi, Mehmet Şakir Taşpınar, Emre GÜDÜK, Levent Işıkay

Bozok Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Mesane kanseri genitoüriner sistemin en sık görülen 2. kanseridir. Tüm kanserler içinde 9. sırada ve kansere bağlı ölümler içinde 13. sırada yer almaktadır. Sigara ve mesleki karsinojenler en önemli risk faktörleridir. Mesane tümörünün transüretral rezeksiyonu(turm), mesane kanseri için altın standart tedavi olmaya devam etmektedir ancak son zamanlardaki thulium lazer tekniklerindeki yenilikler, mesane kanserinin tedavisinde uygulamaya olanak sağlamıştır.

Olgu: 52 yaşında boya işçisi 170 paket/yıl sigara öyküsü ve hematürisi olan erkek hasta. görüntülemelerde mesane sağ yan duvar ve trigonda yer kaplayan lezyon izlendi. operasyonda sağ yan duvarda mesaneyi tama yakın olarak dolduran trigona ve mesane boynuna uzanım gösteren papillomatöz yaklaşık 11 cm lik tümöral oluşum izlendi. Thulium lazerle tümör tabanı ve seroza arasında bir operasyon boşluğu oluşturuldu. tümörün sapı ayrıldı. ardından ayrılan tümör kısmına morselasyon uygulandı. Kalan tümör dokularına bipolar rezektoskopi ile rezeksiyon ve koterizasyon uygulandı. takiplerinde hastanın vitalleri stabil seyretti ve hemodinamisinde herhangi bir sorun yaşanmadı. Patoloji Talg (lamina propria ve muskularis propria mevcut ve tümöral invazyon izlenmedi) olarak raporlandı. Hastaya başka bir seansta return yapıldı. Patoloji benign olarak raporlandı. hastanın takiplerinde çekilen kontrastlı görüntülemelerinde yer kaplayan lezyon/kitle saptanmaması üzerine hasta 3 yıl bcg protokolüne alındı.

Sonuç: Thulium lazer ile geliştirilen, yüksek performanslı teknikler mesane kanserini tedavi etmek için güvenli ve etkili prosedürleri temsil eder. Mesane kanseri tedavisinde thulium lazer uygulamalarının avantajlarını sistematik olarak doğrulamak için daha uzun takip süreli, prospektif, çok merkezli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

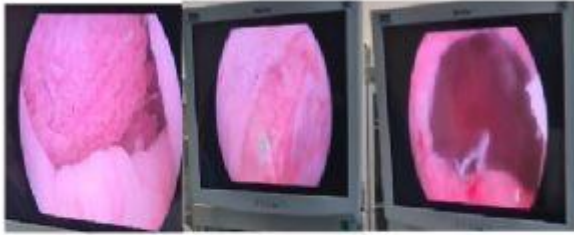
Anahtar Kelimeler: mesane tümörü, thulium lazer, morselasyon

IV kontrastlı BT mesane kesiti



IV kontrastlı BT de mesane sağ yan duvardan mesaneye doğru uzanım gösteren mesaneyi kısmı olarak doluran 11 cmlik lezyon

SİSTOÜRETROSKOPİ GÖRÜNTÜSÜ



Görüntü 1 Mesaneyi tamamen kaplayan lezyon görüntüsü

Görüntü 2 Tizajaj işlemi sırasında görüntü

Görüntü 3 Operasyon sonrasındaki rezeksiyon sonrasındaki görüntüsü

Preoperatif-İntraoperatif-Postoperatif sistoüretroskopi görüntüsü

[MSS-48]

Nefrektomi Sırasında Subkostal Sinir Yaralanması

Burak Kaan Manyas, Mehmet Caniklioğlu, Volkan Selmi, Sercan Sarı, Mehmet Şakir Taşpınar, Beraat Budak, Levent Işııkay

Bozok Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Subkostal sinir hasarı ürolojik açık cerrahiler sırasında görülebilen komplikasyonlardan biridir. Yapılan primer onarım sonrası 6 ay sonrasında motor ve duysal sekellerin düzeldiği görülmüştür. Bu olgu sunumunda laparoskopik olarak başlanıp açık cerrahiye geçilen radikal nefrektomi vakasında açık cerrahi esnasında gelişen subkostal sinir hasarının intraoperatif yönetimi ve takibini sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaş kadın hasta sağ yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sağ böbrek boyutları 5x4 cm boyutunda olarak ölçüldü, sağ böbrekte 25 mm çapında t2a görüntülerde hiperintens periferik kontrast tutulumu gösteren duvarında kalsifikasyon barındıran kistik yapıda lezyon izlendi. Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi planlandı. Operasyonda kanama olması üzerine açık cerrahiye geçildi. Katlar açılırken subkostal sinir hasarı olduğu görüldü. Kanama durdurulup radikal nefrektomi tamamlandıktan sonra sinir onarımı yapıldı. Hastanın takiplerinde yapılan muayenelerde subkostal hasara bağlı olarak motor ve duysal herhangi bir sekel olmadığı teyit edildi.

Sonuç: Ürolojik açık cerrahilerde subkostal sinir hasarı görülebilmektedir. Bu tarz durumlarda primer onarım tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Radikal nefrektomi, subkostal sinir hasarı, açık cerrahi, primer onarım

Postoperatif insizyon yeri



radikal nefrektomi sonrasında subkostal insizyon yara yeri görüntüsü

[MSS-49]

Radikal Nefroüreterektomi + Mesane Cuff Eksizyonu Sonrası Mesane Nüksü Olan Hastaya Yaklaşım

Alaattin Ekinci, Volkan Selmi, Sercan Sarı, Mehmet Caniklioğlu, Mehmet Şakir Taşpınar, Vakkas Bozanoglu, Levent Işıkay

Bozok Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Ürotelyal karsinom (ÜK), gelişmiş ülkelerde tüm ürolojik maligniteler içerisindeki en sık ikinci kanserdir. ÜK'lar, üst üriner sistem tümörlerinin %90'ından fazlasını oluşturur. Bilgisayarlı tomografi (BT) ürografi tanıda kullanılmaktadır. Tanısal fleksible üreterorenoskopi (URS) ve biyopsi tanıyı doğrulamak için kullanılmaktadır.

Vaka: 49 yaşında erkek hasta hematüri ve yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 1 yıl önce attan düşme ve 25 paket / yıl sigara öyküsü mevcuttu.

Görüntülemede sol renal hilus düzeyinde yaklaşık 45x20mm boyutunda medüller yerleşimli lobule konturlu solid vasıfta lezyon izlendi.Yapılan fleksible URSde sol böbrek pelvisin alt pol girişinde yaklaşık 4 cm boyutunda olan yaygın papilomatöz tümöral lezyonlar izlendi. Alınan punch biyopsi patolojisi invaziv ürotelyal karsinoma olarak raporlandı.Hastaya nefroüreterektomi + mesane cuff eksizyonu yapıldı. Patoloji yüksek dereceli ürotelyal karsinoma olarak raporlandı ve cerrahi sınır negatif olarak belirtildi. Ardından hasta sistoüretroskopi takibine alındı. 12. ay kontrol sistoüretroskopisinde mesane boynunda 5mm boyutunda papiller tümöral oluşum izlenmesi üzerine komplet transüretral rezeksiyon (TUR-M) yapıldı. Patoloji düşük dereceli noninvaziv papiller ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hasta BCG tedavi protokolüne alındı ve takiplerine devam edilmesi planlandı. Takiplerinde patoloji saptanmadı.

Sonuç: Mesane cuff rezeksiyonu + radikal nefroüreterektomi, üst sistem tümörlerinin tedavisinde altın standart olmaya devam etmektedir. Üst üriner sistem tümörleri olan hastalar mesane karsinomu gelişimi açısından risk altındadır. Sistoüretroskopi nüksü tespit etmede en duyarlı araçtır. Hastaların dikkatli takibi nükslerin erken dönemde teşhisi ve tedavisi açısından önem arz etmektedir.

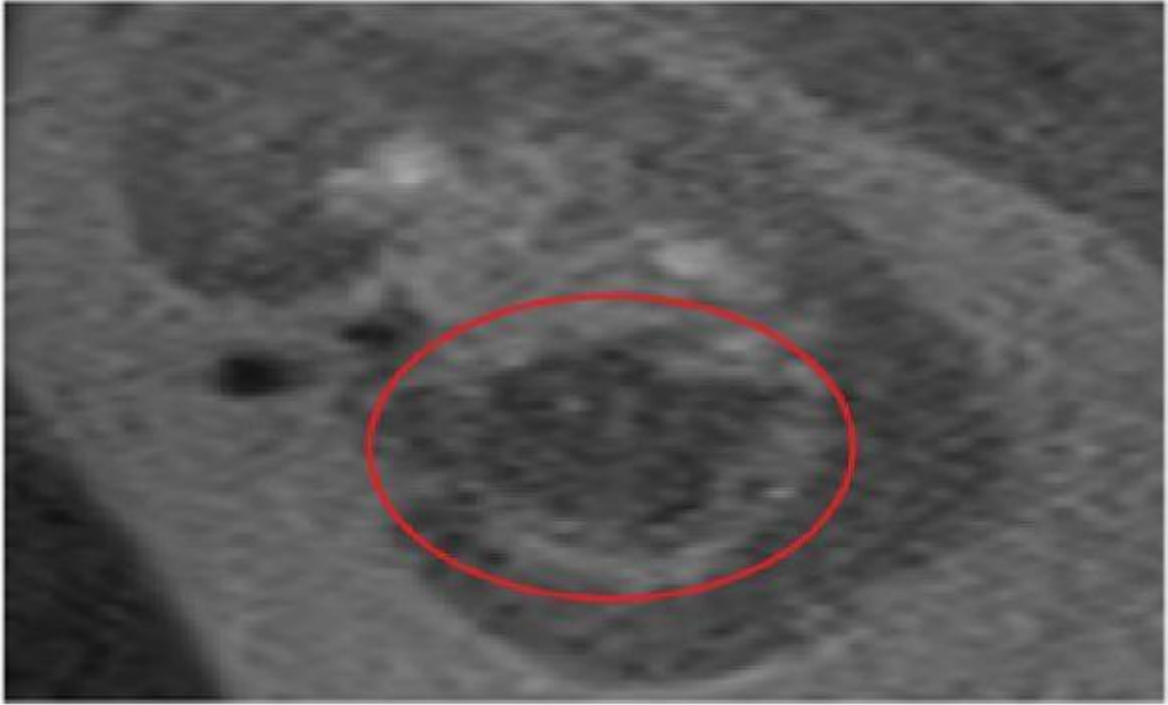
Anahtar Kelimeler: üst üriner sistem ürotelyal karsinomu, nüks, radikal nefroüreterektomi, cuff eksizyonu

Sol böbrek renal hilusa uyan lokasyonda kitle (BT; transvers kesit)



Sol böbrek renal hilus düzeyinde yaklaşık 45x20mm boyutunda parankimle benzer dansitede lezyon

Sol böbrek renal hilusa uyan lokasyonda kitle (MRG)



sol renal hilus düzeyinde yaklaşık 45x20mm boyutunda medüller yerleşimli lobule konturlu solid vasıfta lezyon

[MSS-50]

Von Hippel-Lindau Hastalığında Renal Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Mostafa Sultanı Afghan, Sercan Sarı, Volkan Selmi, Mehmet Caniklioğlu, Mehmet Şakir Taşpınar, Murat Daşdemir, Levent Işııkay

Bozok Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Von hippel-lindau(VHL) sendromu olan olguların %35-75'inde renal hücreli kanser (RHK) bildirilmektedir. Multipl bilateral RHK, VHL sendromunda sık görülen bir durumdur. Hayat boyu tekrarlama riski taşımaktadır. Bu nedenle mümkün olduğunca nefron koruyucu cerrahi uygulamakta fayda vardır. Aynı zamanda hastanın takibi, tekrarlama riski olması nedeniyle önem taşımaktadır. Bu çalışmada VHL sendromu olan tarafımızca böbrek koruyucu cerrahi uygulanıp sonrasında 5 yıl içerisinde tekrar aynı tarafta renal kitle tespit edilen ve tarafımızca yine böbrek koruyucu cerrahi uygulanan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın serebellar hemanjioblastom nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Kreatinin değeri 0.5 mg/dl idi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek anteriorunda 4,9 cm boyutunda kitle saptandı. Hastaya sağ böbrek koruyucu cerrahi yapıldı. Postoperatif takipleri normal olan hastanın patolojisi berrak hücreli RHK şeklinde raporlandı. Postoperatif 2. yıl yapılan görüntülemelerde patoloji saptanmadı. Herhangi bir şikayeti olmayan hasta 3 yıl sonra kliniğimize başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sağ böbrek üst polde kısmen egzofitik uzanım gösteren 26x25 mm boyutunda heterojen kontrast tutan lezyon saptandı. Hastaya tarafımızca yine böbrek koruyucu cerrahi yapıldı. Patolojisi berrak hücreli kanser şeklinde raporlandı. Hastanın postoperatif 6.ay ultrasonografisinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: VHL tanısı almış olan hastalar renal hücreli karsinom açısından değerlendirmeli ve tedavide nefron koruyucu cerrahi tercih edilmelidir. Bu tür hastalar tedavi sonrası tüm yaşamları boyunca malignite açısından taranmalı ve takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Von hippel lindau, parsiyel nefrektomi, renal hücreli karsinom

İv kontrastlı bilgisayarlı tomografi.



ilk lezyon Sağ böbrek anteriorunda 4,9cm lezyon

[MSS-51]

Vena cava basısı oluşturan dev sağ böbrek tümörü

Ferhat Taşkır, Bilal Kulak

KİLİS PROF.DR. ALAEDDİN YAVAŐÇA DEVLET HASTANESİ

GİRİŞ:

Renal kanserler, ürogenital kanserler içinde prostat ve mesane kanserinden sonra 3. sıklıkta görülür. Böbrek malign tümörleri arasında kromofob renal hücreli karsinoma nadir görülen bir türdür. Yetişkin primer böbrek tümörlerinin %5 ini oluşturur.

Olgu:

57 yaşında erkek. Hasta kliniğimize sağ yan ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. fizik muayenede karın sağ yarımında ele gelen yaygın bir şişlik tespit edildi. Yapılan radyoloji görüntülemede batın sağ yarımını tama yakın dolduran 22 cm boyutunda ve vena cavada ciddi bası etkisi gösteren dev renal kitle izlendi. batın içi ve akciğerde metastaz izlenmedi. Renal ven invazyonu izlenmedi.

TEDAVİ:

Transperitoneal anterior subcostal insizyon ile sağ radikal nefrektomi yapıldı. Vaka sırasında kitlenin kemik pelvis ve diyafram arasını tama yakın doldurduğu görüldü. Patolojisi kromofob renal hücreli karsinoma geldi.

Anahtar Kelimeler: böbrek, tümör, kromofob

Ven cavayı tama yakın komprese eden dev sağ böbrek tümörü



Ven cavayı tama yakın komprese eden dev sağ böbrek tümörü



Prostat Arter Embolizasyonu Sonrası Gelişen Glans Penis Nekrozu Vaka Sunumu

Ali BÖREKOĞLU¹, Mehmet TOR¹

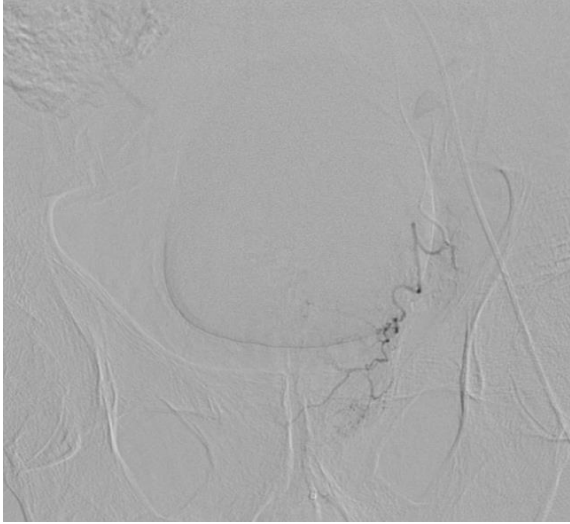
¹ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş-Amaç: Benign prostat hiperplazisi (BPH) ve buna bağlı alt üriner sistem semptomları yaşam kalitesine olumsuz etkilere neden olabilir. Endoskopik cerrahi, farmakolojik tedavilere dirençli BPH için standart tedavi yöntemidir. Prostat arter embolizasyonu (PAE), özellikle yüksek riskli cerrahi adaylarında minimal invaziv bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Prostat arter embolizasyonu (PAE), partikül mikroembolik ajanların doğrudan prostat arterine enjeksiyonu yoluyla iskemi ve ardından büyümüş prostatın küçülmesini sağlamak için tasarlanmış minimal invaziv bir radyolojik müdahaledir. Bununla birlikte, süper seçici anjiyoembolizasyon ortamında bile hedef dışı embolizasyon meydana gelebileceğinden embolize olmuş pelvik organlarda iskemi ve ülserasyona yol açabilir. Bu olguda prostat arter embolizasyonundan sonra glans penis nekrozu gelişen hastamızı sunduk.

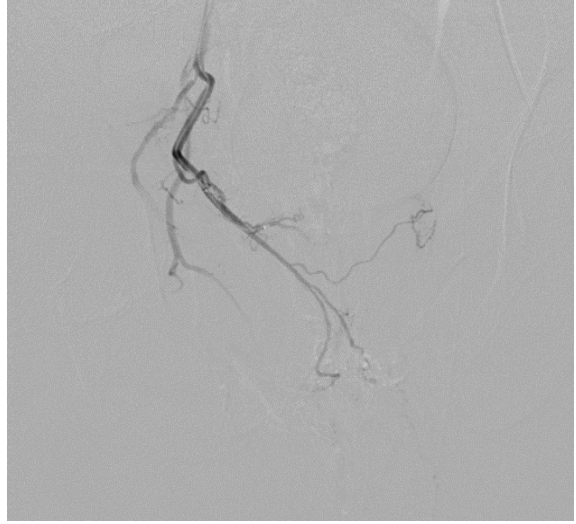
Olgu: Uzun süredir devam eden alt üriner sistem semptomları olan 80 yaşında erkek hasta. 5 yıldır tamsulosin kullanıyor ve fayda görmüyor. Tıbbi geçmişinde hipertansiyon hastalığı mevcut. USG ölçümünde prostat hacmi 123 ml ölçülüyor. Psa:0,47, Maksimum idrar akış hızı 5 ml/s idi. Hastamız tedavi olarak Prostat arter embolizasyonunu (PAE) tercih etmiş. İşlem öncesi planlama, bilgisayarlı tomografi anjiyografisi kullanılarak yapıldı. Hastanemizin Girişimsel Radyoloji Kliniğinde Prostat arter embolizasyonu (PAE) işlemi yapıldı. İşlem, lokal anestezi altında bilateral prostat arterinin mikrokürelerle embolize edilmesini içeriyordu (şekil 1). İşlem sırasında çekilen görüntülemelerde lateral prostat arterinden penise uzanan kollateral damarların varlığı ve penis arterinin hedef dışı embolizasyonu izlendi (şekil 2). Hasta, embolizasyondan 10 gün sonra gelişen penil glans nekrozu ile uyumlu ağrılı ve koyu renkli bir glans penis (Şekil 3), perineal ağrı ve şiddetli dizüri, idrar yapmakta zorlanma ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde hastanın hemodinamik ve solunumsal olarak stabil olduğu, ateşi olmadığı görüldü. Hastaneye yatışında hastanın karaciğer, böbrek ve kan pıhtılaşma fonksiyonları normal değer aralığında Crp:10,5, Prokalsitonin:0,16 olarak değerlendirildi. Hastaya sistostomi katateri takıldı ve analjezik (tramadol), ilioprost, meropenem ve Hiperbarik oksijen tedavisi başlandı. Prostat arter embolizasyonundan sonra 10. günde penis başı nekrozu (şekil 3), 15. günde penis başı nekrozu (şekil 4), 20. günde penis başı nekrozu (şekil 5), 30. günde penis başı ülserasyonu (şekil 6) ve 45. günde penis başı ülserasyonu (şekil 7) ve 6 aylık incelemede çözülen penis başı nekrozu (şekil 8). 2. Ayda hasta idrarını yapabildi. 6. ayda glans penis tama yakın düzeldi.

SONUÇ: Prostat arter embolizasyonu (PAE), penis, mesane veya rektumu etkileyebilecek olası komplikasyonlar da dahil olmak üzere risksiz bir teknik değildir. Bu riskler, anatomik varyasyonların yaygınlığından, işlemin operatöre bağlı yapısından ve embolizasyon tekniğinin kendisinden kaynaklanmaktadır. Hastaların PAE'nin cinsel ve üriner fonksiyonlar üzerindeki olası etkileri hakkında tam olarak bilgilendirilmeleri, bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmak için çok önemlidir. PAE'nin olası komplikasyonlarının şiddeti göz önüne alındığında, iyi huylu prostat hiperplazisi (BPH) için alternatif tedavilerin tartışılması önemlidir. İskemik penil nekroz gibi komplikasyonların erken teşhisi ve yönetimi, şiddeti azaltmak ve sonuçları iyileştirmek için hayati önem taşır.

Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

Şekil 5





Şekil 6



Şekil 7



Şekil 8

