

[MSS-27]

THULEP for Giant Benign Prostatic Hyperplasia (≥ 500 cc)

Emre Erdogan¹, Erdal Alkan²

¹Department of Urology, Bahcesehir University, Istanbul

²Department of Urology, Sisli Memorial Hospital, Istanbul

Purpose: This study aims to demonstrate the feasibility and clinical efficacy of Thulium laser enucleation of the prostate (ThuLEP) in the treatment of giant benign prostatic hyperplasia (GBPH).

Material-Methods: Between January 2020 and June 2026, we retrospectively evaluated 6 patients with severe symptomatic BPH larger than 500 mL who underwent ThuLEP.

Before surgery, all patients underwent a thorough assessment, including medical history, digital rectal examination (DRE), International Prostate Symptom Score (IPSS), quality of life (QoL) score, serum PSA and hemoglobin levels, urine culture, prostate volume, post-void residual urine volume (PVR), and maximal urine flow rate (Qmax).

Patients were reassessed postoperatively at 1, 3, and 6 months to determine their IPSS, QoL, serum PSA, PVR, and Qmax. All ThuLEP procedures were performed with the Cyber TM 60 W device (Quanta System, Solbiate Olona, Varese, Italy), using a 550 μ m laser fiber and a 26 Fr resectoscope sheath. A morcellator device (Hawk® JAWS, Minitech Co., China), inserted through a nephroscope sheath, was used in every procedure. Laser energy was consistently set to 35-40 W. All adenomas were progressively and circumferentially dissected from the apex toward the prostatic base, and the enucleated tissue was then pushed into the bladder as a whole. Perioperative data—including operative time, enucleation time, enucleation efficiency (gr/min), morcellation time, morcellation efficiency (gr/min), enucleated tissue weight, enucleation ratio (enucleated tissue weight/prostate volume), serum hemoglobin decrease, hospital stay, catheterization time, and complications—were meticulously recorded.

Results: The median patient age was 71 years (66-78), and the median prostate volume was 515 mL (500-550). Preoperative and postoperative characteristics are summarized in Table 1. By 3 months of follow-up, IPSS, QoL score, PSA level, Qmax, and PVR had all improved significantly compared with the preoperative period (Table 1). Operative data are reported in Table 2. The median catheterization time and hospital stay were 96 hours (72-120) and 64 hours (48-96), respectively. In one case, the enucleated prostate had to be removed openly because of ineffective morcellation. Morcellation proved particularly challenging in 3 of the remaining 5 patients because of hard, "beach ball"-like prostatic tissue. Early postoperative complications—severe hematuria managed endoscopically on postoperative day 1, and a urinary tract infection treated with appropriate

antibiotics—occurred in 2 patients. Only one of the patients had no urinary incontinence in the early postoperative period. Transient urinary incontinence resolved within 3 months after surgery in the other three patients, and all patients had achieved complete continence by 6 months postoperatively.

Conclusion: Surgical management of GBPH—particularly the morcellation phase—remains highly demanding, even for experienced surgeons. Nevertheless, ThuLEP stands out as one the best treatment options for GBPH, delivering marked improvement in QoL with minimal morbidity when performed by an experienced surgical team.

Keywords: enucleation, prostate, THULEP

Table 1-Preoperative and postoperative patient characteristics

Parameters, median (min-max)	Preoperative	Postoperative	p value
IPSS score	31 (29-32)	5 (4-7)	0,031
QoL score	6 (5-6)	1 (1-2)	0,031
PSA (ng/mL)	17,5 (13,2-21,8)	1,8 (1,0-2,4)	0,063
Hb (g/dL)	13,3 (12,5-14,9)	10,8 (9,4-13,4)	0,031
Catheter dependence, n (%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)	0,125

($p < 0.05$)

Table 2-Operative data

Parameters	Median (IQR)
operative time (min)	225 (218-240)
enucleation time (min)	120 (114-138)
enucleation efficiency (gr/min)	3,24 (2,82-3,49)
coagulation time (min)	30 (24-41)

morcellation time (min)	80 (60-95)
morcellation efficiency (gr/min)	4,45 (4,34-6,80)
enucleated tissue weight (gr)	395,0 (372,5-415,0)
enucleation ratio	0,75 (0,71-0,79)

[MSS-28]

Benign Prostat Obstrüksiyonuna Eşlik Eden İnguinoskrotal Mesane Hernisi: Kronik Obstrüksiyonun Nadir Ancak Klinik Olarak Önemli Bir Komplikasyonu

Miraç Ataman¹, Mehmet Emin Ataman², Ercan Yuvaçç², Erdal Yılmaz²

¹Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Siirt

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç

İnguinoskrotal mesane hernisi, inguinal hernilerin yalnızca %1–4’ünde görülen nadir bir klinik antitedir. Çoğunlukla 50 yaş üzeri erkeklerde ortaya çıkmakta ve sıklıkla asemptomatik seyretmektedir. Literatürdeki veriler sınırlı olup çoğunlukla olgu sunumlarına dayanmaktadır. Bu çalışmada, inguinal mesane herniasyonuna dikkat çekilmesi ve olası yanlış tanıların önlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, sağ kasık ağrısı, alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve urge inkontinans şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 10 yıldır sağ skrotumda zaman zaman büyüyen küçülen şişliği olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ inguinal bölgeden skrotuma uzanan ve manipülasyonla küçülen fıtık saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde belirgin patoloji izlenmezken mikroskopik hematüri mevcuttu. Üroflowmetride maksimum akım hızı 17 mL/sn, ortalama akım hızı 7 mL/sn olarak ölçüldü. Hastanın özgeçmişinde 30 yıl önce sağ, 4 yıl önce sol inguinal herni operasyonu ve yaklaşık 10 yıldır benign prostat obstrüksiyonu nedeniyle alfa-bloker kullanımı mevcuttu.

Bilgisayarlı tomografide sağ inguinal kanaldan skrotuma uzanan ve mesane ile devamlılık gösteren herniasyon izlendi (Şekil 1). Prostat hacmi 42 cc olarak ölçüldü. Bulgular doğrultusunda hastaya sağ inguinoskrotal mesane hernisi tanısı konularak cerrahi planlandı.

Genel cerrahi ekibi ile birlikte gerçekleştirilen operasyonda, Hesselbach üçgeninden herni kesesi içerisinde mesanenin herniye olduğu ve skrotuma uzandığı gözlemlendi. Herniye mesane dikkatlice disseke edilerek anatomik pozisyonuna redükte edildi. İnguinal herni, polipropilen mesh kullanılarak Lichtenstein tekniği ile onarıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hastanın üretral kateteri 7. günde çekildi.

Sonuç

İnguinoskrotal mesane hernisi nadir görülmekle birlikte, özellikle uzun süreli infravezikal obstrüksiyonu olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Preoperatif görüntüleme ile tanı

konulması, cerrahi sırasında oluşabilecek mesane yaralanması gibi komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bu olgu, erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın cerrahi morbiditenin azaltılmasındaki belirleyici rolünü göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesane Hernisi, İnguinal Herni, Bening Prostat Obstrüksyonu

Şekil 1: Sagittal BT kesitinde sağ inguinokrotal mesane hernisi (ok ile işaretli).



[MSS-29]

Uzun süre tedavisiz kalan alt pol taşına bağlı segmental renal atrofinin açık parsiyel nefrektomi ile tedavisi: Olgu sunumu

Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Serkan Özcan, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Kürşad Dönmez, Hakan Tekinaslan, Oktay Gök

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

Amaç

Böbrek taşları uzun süre tedavi edilmediğinde kronik obstrüksiyon, tekrarlayan enfeksiyon ve buna bağlı geri dönüşümsüz parankimal hasara neden olabilir. Fonksiyonunu kaybetmiş renal segmentlerde tüm böbreğin çıkarılması yerine seçilmiş olgularda parsiyel nefrektomi uygulanarak sağlam renal parankim korunabilir. Bu olgu sunumunda, kronik taş hastalığına bağlı alt pol segmental atrofi gelişen ve açık parsiyel nefrektomi ile başarılı şekilde tedavi edilen bir hasta sunulmuştur.

Yöntem

Altmış yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır devam eden sağ yan ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2015 yılında meme kanseri nedeniyle mastektomi ve adjuvan radyoterapi öyküsü mevcuttu. On yıl önce dış merkezde sağ alt polde yaklaşık 1,5 cm böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi önerilmiş ancak hasta cerrahi tedaviyi kabul etmediği için takipsiz kalmıştı.

Başvuru sırasında yapılan kontrastsız bilgisayarlı tomografide sağ böbrek alt polde en büyüğü 24 mm olan, toplam taş yükü yaklaşık 2,4 cm, 1500 HU dansitesinde multipl kalküller izlendi. Alt pol parankiminde ileri derecede atrofi ve bu seviyedeki toplayıcı sistemde dilatasyon mevcuttu. Serum kreatinin değeri 0,6 mg/dL idi.

Olgu multidisipliner üroloji konseyinde değerlendirilerek fonksiyonunu kaybetmiş alt pol segmentine yönelik açık parsiyel nefrektomi planlandı. Sağ flank insizyon ile retroperitoneal alana girildi. Üreterolizis sonrası taş içeren atrofik alt pol eksize edildi ve renal rekonstrüksiyon tamamlandı. Operasyon dren yerleştirilerek sonlandırıldı.

Bulgular

Postoperatif dönemde majör veya minör komplikasyon gelişmedi. Dren üçüncü

postoperatif günde çekildi ve hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patolojik inceleme kronik pyelonefrit ile uyumlu olarak raporlandı.

Postoperatif serum kreatinin değeri 0,7 mg/dL olarak ölçüldü. Birinci ay ultrasonografisinde rezidü taş veya hidronefroz saptanmadı. Hastanın kronik sağ yan ağrısı tamamen geriledi. On sekiz aylık takipte taş nüksü, üriner enfeksiyon veya renal fonksiyon kaybı izlenmedi.

Sonuç

Bu olguda hasarın yalnızca alt pol segmenti ile sınırlı olması, üst ve orta pol parankiminin korunmuş görünmesi ve hastanın normal preoperatif böbrek fonksiyonlarına sahip olması nedeniyle total nefrektomiden kaçınıldı. Standart taş cerrahisinin ise ileri derecede atrofik ve kronik enfekte olduğu düşünülen segmenti ortadan kaldırmayacağı, semptom ve enfeksiyon odağının devam etmesine yol açabileceği öngörüldü. Patolojide kronik pyelonefrit saptanması bu yaklaşımı destekledi. Bu nedenle taşlı, fonksiyonunu kaybetmiş alt pol segmentinin eksizyonu ile sağlam renal parankimin korunmasını sağlayan açık parsiyel nefrektomi tercih edildi.

Kronik taş hastalığına bağlı gelişen segmental renal atrofi olgularında, fonksiyonunu koruyan renal parankimin mevcut olduğu seçilmiş hastalarda açık parsiyel nefrektomi etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Bu yaklaşım taş yükünün tamamen ortadan kaldırılmasını, semptomların düzelmesini ve böbrek fonksiyonunun korunmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, parsiyel nefrektomi, kronik pyelonefrit, renal atrofi, nefron koruyucu cerrahi

BT



SAĞ BÖBREK ALT POL TAŞI

Retroperitoneal fibrozis

Afar Aghakhanlı, Kürşad Dönmez, Serkan Özcan, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Hakan Tekinaslan

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Bu olgu sunumunun amacı, abdominal aort anevrizması nedeniyle uygulanan endovasküler aort onarımı (EVAR) ve femoral-femoral bypass sonrasında gelişen retroperitoneal hematoma, nadir görülen sekonder retroperitoneal fibroze (RPF) ve bilateral üreteral obstrüksiyona nasıl yol açabileceğini ortaya koymaktır. Ayrıca bu tür hastalarda erken klinik farkındalık, uygun radyolojik değerlendirme ve multidisipliner tedavinin böbrek fonksiyonlarının korunmasındaki rolünü vurgulamak amaçlanmıştır.

Yöntem

Olgu sunumunda, acil şartlarda EVAR ve femoral-femoral bypass uygulanan 63 yaşındaki erkek hastanın postoperatif klinik ve radyolojik takip süreci değerlendirildi. Ameliyat sonrasında gelişen yan ağrısı üzerine abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Görüntülemelerde paraaortik alanda, renal seviyeden iliak arter seviyelerine kadar uzanan ve retroperitoneal alana yayılan, en kalın yerinde yaklaşık 2,5 santimetre ölçülen hematoma saptandı. Hematomun çevre dokulara ve üreterlere yaptığı baskıya bağlı olarak her iki böbrekte hidronefroz geliştiği düşünüldü. Böbrek fonksiyonlarını korumak ve idrar akışını sağlamak amacıyla bilateral perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi. Hastanın üçüncü ay kontrolünde yeni bir abdominal BT çekilerek hematomun seyri, üreteral tutulum, hidronefrozun durumu ve olası fibrotik değişiklikler değerlendirildi. Tanı sonrasında üroloji ve romatoloji bölümlerinin önerileri doğrultusunda uygulanan tedavi ve takip sonuçları incelendi.

Bulgular

İlk BT incelemesinde geniş retroperitoneal hematoma ile birlikte bilateral hidronefroz gözlemlendi. Bu bulgular, hematomun kitle etkisi oluşturarak her iki üreterin drenajını bozduğunu düşündürdü. Akut dönemde bilateral perkütan nefrostomi uygulanmasıyla idrar drenajı sağlandı ve böbreklerin basınçtan korunması hedeflendi. Üçüncü ayda gerçekleştirilen kontrol BT'sinde, başlangıçtaki retroperitoneal hematomun sekonder geliştiği değerlendirilen, üreterleri çevreleyen ve retroperitoneal alanda fibrotik tutulum gösteren RPF saptandı. Klinik durumun stabil olması ve hidronefrozun gerilemesi üzerine nefrostomi kateterleri çıkarıldı. Uzun dönemli üreteral drenajı sürdürmek amacıyla her iki tarafa Double-J (DJ) stent yerleştirildi. RPF tanısı kesinleştirildikten sonra hasta romatoloji bölümüne danışıldı ve prednol içeren kortikosteroid tedavisi ile

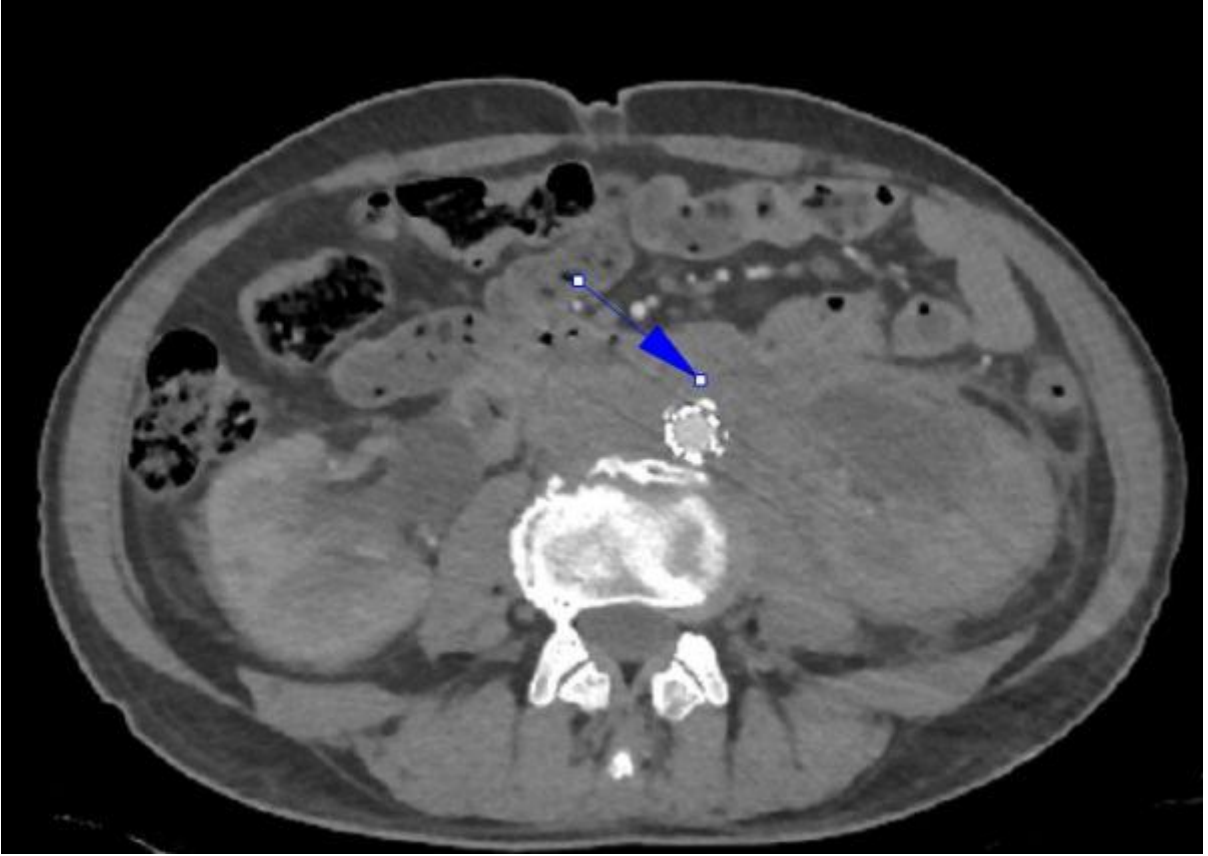
immünsüpresif tedavi başlandı. Hastanın medikal tedaviye ve DJ stentlerle izleme uyumu iyi oldu. Takip sürecinde yeni bir obstrüktif komplikasyon bildirilmedi ve klinik seyir sorunsuz devam etti. Olguda fibrozisin, EVAR sonrası doğrudan bir stent reaksiyonundan çok, retroperitoneal kan birikiminin organizasyonu ve buna eşlik eden inflamatuvar süreç sonucunda gelişmiş olabileceği değerlendirildi.

Sonuç

EVAR ve vasküler bypass cerrahileri sonrasında gelişen retroperitoneal hematomlar yalnızca akut kanama, dolaşım bozukluğu veya kitle etkisi bakımından değerlendirilmemelidir. Bu hastalarda hematomun zaman içinde organize olması, kronik inflamasyonu tetiklemesi ve sekonder RPF oluşturmaya mümkündür. Özellikle ameliyat sonrası dönemde yan ağrısı, idrar akımında azalma, hidronefroz veya böbrek fonksiyonlarında bozulma ortaya çıktığında üreteral obstrüksiyon olasılığı akılda tutulmalıdır. Erken abdominal BT, hematomun boyutunu ve üreterlerle ilişkisini göstermede önemlidir. Akut dönemde nefrostomi ile hızlı dekompresyon sağlanması, ilerleyen dönemde ise DJ stent kullanılması böbreklerin korunmasına yardımcı olabilir. Bunun yanında kortikosteroid ve gerekli durumlarda immünsüpresif tedavi, fibrotik sürecin ilerlemesini sınırlamak amacıyla romatoloji tarafından planlanmalıdır. Sonuç olarak, erken radyolojik tanı, zamanında ürolojik drenaj ve romatoloji desteğini içeren multidisipliner yaklaşım, böbrek yetmezliği riskini azaltabilir ve hastanın uzun dönem morbiditesini düşürebilir. Düzenli görüntüleme ve stent kontrolleri, olası nükslerin erken saptanmasına katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal fibrozis, retroperitoneal hematoma, EVAR

RETROPERITONEAL HEMATOM



RETROPERITONEAL HEMATOM

AuthorToEditor: 2,5 SENELİK ÜROLOJİ ASİSTANİYİM. KONGREYE KATILMAK İSTERİM.

[MSS-31]

Mor idrar torbası sendromu: Ürosepsis ve obstrüktif üropati zemininde gelişen nadir bir olgu

Serhat AL, Doğukan Bilgi, Oktay Gök, Özgür Sancaklı, Hakan Tekinaslan, Kürşad Dönmez, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın

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

Amaç: Mor idrar torbası sendromu (MİTS), özellikle ileri yaş, uzun süreli üriner kateterizasyon ve üriner sistem enfeksiyonu bulunan hastalarda görülen nadir bir klinik tablodur. İdrar torbası ve idrarın karakteristik mor renk değişikliği ile ortaya çıkar. Bu olguda, tekrarlayan ürosepsis ve obstrüktif üropati nedeniyle takip edilen hastada gelişen MİTS sunulmuştur.

Yöntem: Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta 2022 yılından beri tekrarlayan amfizematöz piyelonefrit ve ürosepsis nedeniyle yıllık sağ double-J (DJ) stent değişimi ile takip edilmekteydi. Son stent değişimi yaklaşık bir yıl önce yapılmıştı. Bilgisayarlı tomografide bilateral pelvikalisijel sistem ve üreterlerde dilatasyon ile sol böbrekte yeni gelişen hidronefroz saptandı. Laboratuvar incelemesinde C-reaktif protein 268 mg/L, kreatinin 5,5 mg/dL ve lökosit $4,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ idi. Tam idrar tetkikinde 256 lökosit ve 400 bakteri saptandı. Hasta yatırılarak kan ve idrar kültürleri alındı, meropenem tedavisi başlandı ve sol nefrostomi uygulandı.

Bulgular: Servis takibi sırasında idrar torbasında belirgin mor renk değişikliği fark edildi. Alınan idrar örneğinde hematüri saptanmadı. İdrar kültüründe 10^5 koloni oluşturan birim/mL düzeyinde Escherichia coli üremesi tespit edildi. Antibiyogramda etkenin meropenem, imipenem, ertapenem, amikasin ve piperasilin-tazobaktama duyarlı; sefazolin, seftazidim, seftriakson, ampisilin, gentamisin, tobramisin, siprofloksasin, levofloksasin ve trimetoprim-sülfametoksazole dirençli olduğu görüldü. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası antibiyotik tedavisi düzenlenerek sürdürüldü. Tedavi sonrasında idrar renginin normale döndüğü ve kontrol idrar kültürünün steril hale geldiği gözlemlendi.

Sonuç: MİTS, özellikle ileri yaşta, kronik üriner sistem patolojisi ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu bulunan hastalarda akılda tutulması gereken nadir bir klinik bulgudur. Mor renk değişikliği hematüri ile karıştırılabilmekle birlikte, olgumuzda hematüri saptanmaması ve Escherichia coli üremesi enfeksiyon ilişkisini desteklemiştir. Uygun antimikrobiyal tedavi sonrasında idrar renginin normale dönmesi ve kültürün

steril hale gelmesi, MİTS'nin altta yatan ürener sistem enfeksiyonuna işaret eden önemli bir klinik bulgu olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mor idrar torbası sendromu, Ürener sistem enfeksiyonu, Escherichia coli, Ürener kateterizasyon, Obstrüktif üropati

Mor idrar torbası sendromu



Mor idrar torbası sendromu

[MSS-32]

Soliter Böbrekte Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığına Bağlı Kist İçi Kanama ve Akut Üremi: Nefrektomi Sonrası Diyaliz Başlanan Nadir Bir Olgu

Tolga Yavaş, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Serkan Özcan, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Kürşad Dönmez, Hakan Tekinaslan

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH), böbreklerde progresif kist oluşumu ile karakterize olup zamanla renal fonksiyon kaybına yol açabilir. Soliter böbrekli hastalarda bu süreç daha dramatik seyredebilir ve akut üremik semptomlarla başvuru kritik bir klinik durumdur. Kist içi kanama, ODPKBH'nin bilinen komplikasyonlarından biridir ve hematüri ile prezente olabilir. Bu olgu, doğuştan sol agenezik böbrekli bir hastada soliter böbrekte gelişen ODPKBH'nin akut komplikasyonlarını ve tedavi sürecini ortaya koyması açısından dikkat çekicidir.

Olgu Sunumu

Hasta: 41 yaş, erkek

Özgeçmiş: Doğuştan sol renal agenezi → sağ böbrek soliter

Başvuru: Üremik semptomlar (bulantı, kusma, halsizlik), kreatinin yüksekliği

Laboratuvar: Kreatinin yüksek, üre yüksek, hematüri

Görüntüleme: Sağ böbrekte multipl kistler, ODPKBH ile uyumlu görünüm; mesanede hematüriyi açıklayacak patoloji izlenmedi.

Sistoskopi: Hematüri etiyolojisi için yapılan sistoskopide mesane ve prostatta patoloji kanama odağı izlenmedi.

Klinik değerlendirme: Soliter böbrekte ODPKBH, kist içi kanamaya bağlı hematüri ve hemoglobini düşüşü, akut böbrek fonksiyon bozukluğu.

Açıklama: Koronal kesitte sağ böbrekte multipl kistik yapılar izlenmektedir. Kistlerin bir kısmı heterojen dansitede olup intrakistik kanama ile uyumludur.

Açıklama: Aksiyel kesitte sağ böbrekte yaygın kistik görünüm izlenmektedir. Sol böbrek alanı renal agenezi ile uyumludur.

Açıklama: Eksize edilen böbrek dokusunda kist duvarında kronik inflamasyon, fibrozis ve hemorajik alanlar izlenmektedir. Patoloji bulguları ODPKBH ile uyumludur.

Tedavi ve Klinik Seyir

Hastanın yatışı sonrası hematüri devam etmiş, mesane kaynaklı bir patoloji saptanmamıştır. Kist içi kanama olasılığı ön planda değerlendirilmiştir. Soliter böbrekte ODPKBH'ye bağlı ciddi fonksiyon kaybı ve üremik tablo nedeniyle sağ böbreğe nefrektomi kararı alınmıştır. Cerrahi sonrası hasta rutin hemodiyaliz programına alınmıştır.

Tartışma

ODPKBH, bilateral böbrek tutulumu ile seyreder; ancak soliter böbrekli hastalarda hastalığın etkisi daha ağırdır. Literatürde soliter böbrekte ODPKBH gelişimi nadir bildirilmiştir. Kist içi kanama, ODPKBH'nin sık görülen komplikasyonlarından biri olup hematüri ile prezente olabilir. Bu olguda hematürinin mesane kaynaklı olmadığı, böbrek kistlerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Soliter böbrekte ciddi fonksiyon kaybı geliştiğinde tedavi seçenekleri sınırlıdır. Bu hastada nefrektomi sonrası diyaliz, klinik olarak kaçınılmaz bir süreçti.

Sonuç

Bu vaka, soliter böbrekte gelişen ODPKBH'nin akut komplikasyonlarının dramatik seyrini göstermektedir. Kist içi kanama hematüriye yol açabilir ve renal fonksiyon kaybı hızla ilerleyebilir. Soliter böbrekli hastalarda ODPKBH'nin yakın takip edilmesi ve komplikasyonların erken yönetimi kritik öneme sahiptir. Nefrektomi sonrası diyaliz, bu tür ileri vakalarda kaçınılmaz bir tedavi seçeneği olabilir.

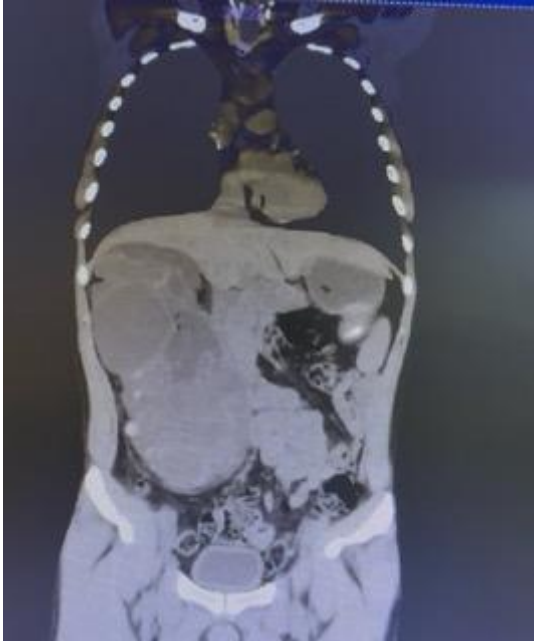
Anahtar Kelimeler: hematüri, nefrektomi, otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı

Resim 1



Nefrektomi Patoloji Resmi

Resim 2



Bt Görüntüsü

AuthorToEditor: 0178 nolu bildirimi gönderirken teknik aksaklık yaşadığım için düzeltilmiş şeklinde sizlere bu bildirimde attım. Kliniğimizde karşılaşmış olduğumuz bu nadir olguyu sizler de uygun görürseniz heyecan ile beklediğim kongrenizde sunmak isterim.

[MSS-33]

Rektum Kanseri Hastasında Üreter Yaralanması Komplikasyonunun Yönetimi: Nadir Bir Olgu

Tunahan Topuz, Doğukan Bilgi, Enis Mert Yorulmaz, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Serkan Özcan, Osman Köse, Kürşad Dönmez, Hakan Tekinaslan

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Pelvik lokal nüks gösteren rektum kanserinde önceki radyoterapi, cerrahi ve tümöral invazyon, üreter yaralanması ve üriner kaçak riskini artırmaktadır. Bu bildiride, lokal nüks rektum adenokarsinomu nedeniyle pelvik ekzenterasyon uygulanan ve tümöre invaze distal sağ üreterin eksizyonu sonrasında komplike üriner kaçak gelişen hastanın yönetimi sunulmuştur.

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta, Kasım 2023'te kabızlık ve rektal kanama yakınmalarıyla başvurmuştur. Kolonoskopik biyopsi ile rektum adenokarsinomu tanısı konulmuştur. Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide rektumda yaklaşık 7,5 cm'lik metabolik aktif kitle ve presakral-perirektal lenf nodları izlenmiştir. Hastaya üç kür neoadjuvan ve üç kür adjuvan mFOLFOX-6 kemoterapisi (Oksaliptatin, Lökoverin, Florourasil kombinasyonu), eş zamanlı kapesitabin ve 28 kür radyoterapi uygulanmış, Temmuz 2024'te Miles cerrahisi gerçekleştirilmiştir.

İzlemde presakral bölgede progresif metabolik aktivite gelişmiş, Şubat 2026 tarihli manyetik rezonans görüntülemesinde 57 × 52 × 57 mm boyutlarında, uterus posterior duvarına invaze lokal nüks ile uyumlu kitle saptanmıştır. Sağ üreterde dilatasyon ve hidronefroz izlenmiştir. Mart 2026'da presakral kitle eksizyonu, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, segmenter çekum rezeksiyonu ve apendektomiye içeren pelvik ekzenterasyon uygulanmıştır. Tümöre invaze yaklaşık 3 cm'lik distal sağ üreter segmenti çıkarılmış, üreter spatüle edilerek 4,7 French double-J stent üzerinden mesaneye reimplante edilmiştir. İntraoperatif sol üretere bakılmamış olup, mesane dolum testinde kaçak izlenmemiştir.

Postoperatif dönemde pelvik apse gelişmiş ve perkütan drenaj yapılmıştır. Dren sıvısı kreatinin düzeyinin 154,9 olması üriner kaçak şüphesini artırmıştır. Kontrastlı BT'de mesane komşuluğundaki koleksiyonda üriner kontrast izlenmiştir. Sağ URS (üreterorenoskopi) ve double-J stent değişimi yapılmasına rağmen kaçak şüphesi devam etmiştir. Mesane posterior duvarında defekt ve çekilen antegrad piyelografide persistan kaçağın sol üreterovezikal bileşkeden saptanması üzerine Haziran 2026'da tarafımızca sol UNC (üreteroneosistostomi) operasyonu gerçekleştirilmiştir. Takipte presakral apse ve fistül traktları gelişmiş, perkütan drenaj, bilateral nefrostomi ve seri BT/MR kontrolleri uygulanmıştır.

Sonuç: Distal üreter yaralanmalarında, canlı ve yeterli uzunlukta üreter mevcutsa stentli üreteroneosistostomi uygun bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. Bununla birlikte, radyoterapi, tekrarlayan cerrahiler, tümöral invazyon ve pelvik fibrozis iyileşmeyi bozarak geç üriner kaçak ve fistül riskini artırabilir. Dren sıvısı kreatinin ölçümü, BT ürografi, endoskopik değerlendirme ve gerektiğinde nefrostomi, postoperatif kaçak yönetiminin temel bileşenleridir. Bu olgu, pelvik ekzenterasyon sonrasında üroloji, genel cerrahi, jinekolojik onkoloji ve girişimsel radyoloji ekiplerinin koordineli çalışmasının önemini göstermektedir. Özellikle intraoperatif olarak üreter bütünlüğü korunmuş görünse bile, radyoterapiye bağlı doku hasarı ve komplike pelvik enfeksiyonlar nedeniyle kaçak gecikmeli olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle dren miktarı ve biyokimyasal özellikleri düzenli izlenmeli, hidronefroz veya koleksiyon geliştiğinde gecikmeden ileri görüntüleme yapılmalıdır. Üriner sistemin düşük basınçlı drenajı, enfekte koleksiyonun kontrolü ve uygun zamanda yapılan rekonstrüksiyon, böbrek fonksiyonlarının korunması ve sepsis riskinin azaltılması açısından temel hedeflerdir. Multidisipliner yaklaşım, hem onkolojik tedavinin sürdürülmesine hem de cerrahi komplikasyonların aşamalı biçimde kontrol edilmesine olanak sağlar.

Kaynaklar:

1. European Association of Urology. Guidelines on Urological Trauma.
2. American Urological Association. Urotrauma Guideline.
3. Smith AP, Bazinet A, Liberman D. Iatrogenic ureteral injury after gynecological surgery. Canadian Urological Association Journal. 2019;13(6 Suppl 4):S51-S55.

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri, lokal nüks, üreter yaralanması, üreteroneosistostomi, üriner kaçak

[MSS-34]

Çocukluk Yaş Grubunda Çift Toplayıcı Sistemle Beraber Üreterosel ve Üreter Taşı: Olgu Sunumu

Veli Duman, Nedim Bedir, Murat Demir, Rahmi Aslan

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Van

Amaç: Çift toplayıcı sistem (ÇTS) anomalisi, üriner sistemin en sık rastlanan anomalilerindendir. Bu anomaliye sıklıkla üreterosel, vezikoüreteral reflü (VUR) ve ektopik üreter eşlik edebilmektedir. ÇTS varlığı; böbrek taşı hastalığı ve idrar yolu enfeksiyonu (İYE) riskini artırabilmektedir. Bu sunumda, nadir bir birliktelik olan ÇTS, üreterosel ve üreter taşı bulunan pediatrik olgunun tanı ve tedavi süreci sunulmuştur. **Gereç-Yöntem:** Karın ağrısı, dizüri ve idrarda kötü koku şikayetleriyle kliniğimize başvuran 3 yıl 11 aylık erkek hastanın değerlendirmesi yapıldı. Fizik muayenede sol kostovertebral açı hassasiyeti saptanması üzerine üriner ultrasonografi (USG) ve kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) ile görüntüleme sağlandı. Hastaya elektif şartlarda sistoskopi ve endoskopik taş cerrahisi planlandı.

Bulgular: Laboratuvar parametreleri ve idrar kültürü normal saptanan hastanın üriner USG'sinde mesane sol üreter hizasında kalkül imajı izlendi. Abdomen BT'de mesane sol posteriorda 12x8 mm boyutlarında hiperdens görünüm (taş) rapor edildi. Operasyon sırasında yapılan sistoskopik değerlendirmede üreterosel saptandı. Üreterosel insizyonu yapıldıktan sonra taşlar temizlendi ve insizyonun altından çift üreterin mesaneye açıldığı (çift toplayıcı sistem) gözlemlendi. Taşlar başarılı bir şekilde endoskopik olarak çıkarıldı.

Sonuç: Çocukluk çağında tekrarlayan üriner semptomlarla başvuran hastalarda anatomik anomaliler ve buna eşlik eden taş hastalığı akılda tutulmalıdır. Çift toplayıcı sistem ve üreterosel gibi anomaliler, taş oluşumuna zemin hazırlayabilir. Bu olgularda endoskopik yaklaşımlar, hem anatomik anomalinin (üreterosel insizyonu) hem de taş hastalığının tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntem sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çift toplayıcı sistem, Üreterosel, Üreter taşı, Pediatrik üroloji, Endoskopi

üreterosek



[MSS-35]

Tüberoskleroz Zemininde Antikoagülan Kullanımı Sırasında Gelişen Dev Rüptüre Renal Anjiyomiyolipom Nedeniyle Acil Nefrektomi: Olgu Sunumu

Doğukan Bilgi, Tunahan Topuz, Kürşad Dönmez, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Serkan Özcan, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Hakan Tekinaslan

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Renal anjiyomiyolipom (AML), yağ dokusu, düz kas ve anormal damar yapılarından oluşan benign mezenkimal bir böbrek tümörüdür. Sporadik olguların yanında tüberoskleroz kompleksi ile ilişkili olgular daha erken yaşta ortaya çıkar, bilateral ve multipl yerleşim gösterir ve daha büyük boyutlara ulaşabilir. Büyük AML'lerde intratümöral anevrizmalar nedeniyle spontan rüptür ve retroperitoneal kanama gelişebilir. Antikoagülan tedavi de kanama riskini artıran önemli bir faktördür. Hemodinamik instabil hastalarda acil cerrahi yaşam kurtarıcıdır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık on saat önce başlayan sağ yan ağrısı, bulantı ve kusma nedeniyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde tüberoskleroz, epilepsi, hipotiroidi, antifosfolipid sendromu, iki kez iskemik inme ve ventriküloperitoneal şant öyküsü bulunmaktaydı. Düzenli warfarin kullanıyordu. Fizik muayenede sağ flank hassasiyeti mevcuttu. Kontrastlı BT'de sağ böbrek lojunda yaklaşık 15 cm boyutunda aktif kontrast ekstravazasyonu içeren hematoma saptandı ve rüptüre AML düşünüldü. Sol böbrekte en büyüğü 4 cm olan multipl AML odakları izlendi. Hasta acil ameliyata alındı. Sağ chevron insizyon ile retroperitona girildi. Yaygın hematoma izlendi. Üreter bağlanıp kesildi, renal pedikül kontrol altına alındı. Kanamanın sürrenal bölgeye uzanması nedeniyle sağ adrenaektomi ile birlikte sağ nefrektomi tamamlandı. Lojda aktif kanama izlenmedi, dren yerleştirildi. Hasta postoperatif dönemde yoğun bakım ve ardından üroloji servisinde takip edildi. Toplam altı ünite eritrosit süspansiyonu replase edildi. Dren debisinin azalması üzerine dren çekildi ve hasta komplikasyonsuz taburcu edildi.

Tartışma: Tüberoskleroz ilişkili AML'ler sporadik olgulara göre daha agresif davranış gösterir. Bilateral yerleşim ve çoklu tümör varlığı sık görülür. Tümör çapı arttıkça ve anevrizmatik damar yapıları geliştikçe spontan kanama riski yükselir. Warfarin tedavisi de bu riski artırmaktadır. Güncel yaklaşımda hemodinamik olarak stabil hastalarda selektif arteriyel embolizasyon ön plandadır. Ancak aktif kanama, büyük hematoma veya instabilite varlığında acil cerrahi uygulanmalıdır. Sunulan olguda dev hematoma, aktif ekstravazasyon ve antikoagülan kullanımı nedeniyle cerrahi tercih edilmiştir. Cerrahi sırasında adrenal dokunun da kanamaya katılması nedeniyle adrenaektomi eklenmiştir. Kontralateral böbrekte AML bulunması nedeniyle uzun dönem böbrek fonksiyonlarının

korunması ve radyolojik takip önem taşımaktadır. Bu hasta grubunda uygun olgularda nefron koruyucu tedaviler ve mTOR inhibitörleri değerlendirilebilir.

Sonuç: Tüberosklerozlu ve antikoagülan kullanan hastalarda gelişen rüptüre AML nadir ancak yaşamı tehdit eden bir acildir. Erken tanı, hızlı görüntüleme, multidisipliner yaklaşım ve uygun cerrahi tedavi mortaliteyi azaltmaktadır. Bu olgu, yüksek kanama riski taşıyan AML hastalarında zamanında cerrahi müdahalenin başarılı sonuç verebileceğini göstermektedir

Anahtar Kelimeler: Renal anjiyomiyolipom, tüberoskleroz kompleksi, spontan rüptür, warfarin, nefrektomi

BT KORONER KESİT



HASTANIN FENOTİPİK YÜZ GÖRÜNÜMÜ



[MSS-36]

Unutulmuş double-J stente bağlı dev mesane taşı ve atrofik böbrek: nadir ve komplike bir olgu sunumu

Onur Varatlı, Hakan Tekinaslan, Kürşad Dönmez, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir, Türkiye

Giriş:

Unutulan üreteral double-J stentler; enkrustasyon, taş oluşumu, enfeksiyon ve böbrek fonksiyon kaybı gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Erken takip ve zamanında stent çekimi bu komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bu stentlerin aylar, hatta yıllarca vücutta kalması durumunda, stentin üzeri tamamen kalsifiye olabilmekte; hastalar hayatı tehdit eden sepsis tabloları ve açık cerrahi gerektiren masif taş yükleri ile başvurabilmektedir. Bu bildiride, 12 yılı aşkın süre unutulmuş bir üreteral stentin neden olduğu kronik inflamasyon, böbrek atrofisi ve dev mesane taşının multidisipliner yaklaşımla yönetildiği zorlu bir vaka sunulmaktadır.

Olgu:

86 yaşında kadın hasta, ateş, yan ağrısı, bulantı ve kusma ile pyelonefrit kliniğinde acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünde 2013 yılında 8 mm sağ proksimal üreter taşı nedeniyle ureterorenoskopi (URS) yapıldığı, işlem sırasında taşın renal pelvise migrasyonu üzerine o dönemde retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) imkânı bulunmadığından sağ DJ stent yerleştirildiği ve ileri tedavi için refere edildiği öğrenildi. Takiplere gelmeyen hastanın özgeçmişi derinleştirildiğinde; hastanın 2023 yılında yine bir pyelonefrit atağı geçirdiği, ancak cerrahi müdahaleyi reddederek yalnızca medikal antibiyoterapi aldığı öğrenildi.

Ekim 2025'te ateş, kostovertebral açısı hassasiyeti, lökositoz ve akut böbrek yetmezliği tablosu ile tekrar acil servise başvuran hasta, taşlı akut pyelonefrit tanısıyla kliniğimize interne edildi. Bilgisayarlı tomografisinde (BT); sağ böbrekte non-üniform parankimal inceltme ve atrofi saptandı. Sağ renal pelviste 2.5 cm, üreter distalinde 1.5 cm ve mesane içerisinde 6.5*7 cm boyutunda dev opak taş izlendi. Akut enfeksiyon tablosu antibiyoterapi sonrası gerileyen ve kültür negatifliği sağlanan hastanın anestezi hazırlığı başlatıldı. ASA-4 risk grubunda olan hasta için nefroloji (bikarbonat replasmanı) ile kardiyoloji onayları alınarak elektif cerrahi planlandı.

Operasyona sağ subkostal (Chevron) insizyon ile başlandı. Batın içi eksplorasyonda,

uzun süreli kronik inflamasyona sekonder olarak barsakların batın ön duvarına ve böbreğe; böbreğin ise superior bölgede karaciğer ve diyaframa ileri derecede yapışık olduğu gözlemlendi. Zorlu künt ve keskin diseksiyonlarla sağ nefroüretorektomi tamamlandı. Ardından Pfannenstiel kesi ile mesaneye ulaşılarak açık sistolitotomi uygulandı ve mesaneden 7 cm boyutundaki dev taş tek parça halinde çıkarıldı.

Postoperatif dönemde serviste izlenen hastanın 6. gününde ateşinin yükselmesi ve sepsis tablosu gelişmesi üzerine hasta 2 gün yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedaviye alındı. YBÜ takibinde enfeksiyon parametreleri gerileyen ve hemodinamisi stabilize olan hasta, postoperatif 8. günde tekrar servise alınarak 14. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Unutulan DJ stentler, uzun dönemde ciddi morbiditeye ve radikal cerrahi gereksinimine yol açabilmektedir. 12 yılı aşkın süre unutulmuş olan stent; yalnızca organ kaybı ve dev taş oluşumuyla kalmamış, aynı zamanda çevre dokularda cerrahi eksplorasyon ve diseksiyonu majör ölçüde zorlaştıran fibrotik yapışıklıklara neden olmuştur. İleri yaş ve komorbiditeleri olan bu tip hastalarda postoperatif sepsis riski oldukça yüksektir. Bilgisayar tabanlı uyarılar gibi etkin stent takip sistemlerinin kullanılması ve hastaların düzenli kontrollere yönlendirilmesi bu önlenabilir komplikasyonların azaltılmasında büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: dev mesane taşı, enkrustasyon, nefroüretorektomi, postoperatif sepsis, unutulan double-J stent

mesane taşı+nefroüreterktomi



mesane taşı+nefroüreterktomi 2

