

20 cm'lik masif sürrenal kitle ve laparoskopik cerrahi yöntemi-olgu sunumu

Eser Ördek, Yusuf Turunç

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ

Adrenal kitlelerin değerlendirilmesinde hormonal aktivitenin ve malignite potansiyelinin belirlenmesi tedavi planlamasının temelini oluşturmaktadır. Özellikle ileri boyutlara ulaşan, heterojen yapıda ve dejeneratif değişiklikler içeren adrenal kitlelerde adrenokortikal karsinom açısından dikkatli değerlendirme gerekmektedir. Dev adrenal tümörlerde cerrahi yaklaşım ise tümör boyutu, çevre organlarla ilişkisi, metastatik hastalık varlığı ve cerrahın deneyimi göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir.

OLGU SUNUMU

Elli üç yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon bulunan hastanın abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol adrenal lojda 20 × 18 × 16 cm boyutlarında, sol üst kadranı tamamen dolduran, sol böbrek, mide ve dalağı belirgin şekilde deplase eden, heterojen yapıda, yer yer kalsifikasyonlar içeren ve santralinde dejeneratif değişiklikler bulunan dev kitle saptandı. Kitlenin boyutu ve radyolojik özellikleri nedeniyle ön planda adrenokortikal karsinom düşünüldü. Endokrinolojik değerlendirme sonucunda kitle nonfonksiyone olarak değerlendirildi. PET incelemesinde uzak metastaz saptanmadı. Multidisipliner değerlendirme sonrasında cerrahi tedavi kararı alınarak hastaya sol laparoskopik adrenalektomi uygulandı.

Preoperatif hemoglobin 10,3 g/dL, kreatinin 1,09 mg/dL, trombosit 186.000/μL ve INR 0,96 idi. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmedi. Perioperatif dönemde 1 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu uygulandı.

Postoperatif hemoglobin 10,2 g/dL, kreatinin 1,10 mg/dL olarak ölçüldü. Postoperatif birinci günde ACTH düzeyi normal saptandı. Hastanın postoperatif takiplerinde vital bulguları stabil seyretti. Dren üçüncü postoperatif günde çekildi ve hasta dördüncü postoperatif günde komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi.

SONUÇ

20 × 18 × 16 cm gibi dev boyutlara ulaşan, nonfonksiyone ve radyolojik özellikleri nedeniyle adrenokortikal karsinom ön tanısı düşünülen adrenal kitlelerde cerrahi yaklaşım dikkatli ve multidisipliner bir değerlendirme gerektirir.

Sunulan olguda sol üst kadranı tamamen dolduran ve sol böbrek, mide ve dalağı belirgin şekilde deplase eden dev adrenal kitle, uzak metastaz saptanmaması ve uygun cerrahi

koşullar doğrultusunda laparoskopik adrenalektomi ile tedavi edilmiştir. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmemiş, postoperatif dönem sorunsuz seyretmiş ve hasta postoperatif dördüncü günde taburcu edilmiştir.

Bu olgu, seçilmiş hastalarda çok büyük adrenal kitlelerin dahi deneyimli cerrahi ekip tarafından laparoskopik olarak tedavi edilebileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bununla birlikte, özellikle adrenokortikal karsinom şüphesi bulunan dev adrenal kitlelerde cerrahi yaklaşım belirlenirken tümörün onkolojik özellikleri ve cerrahi güvenlik ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kitle, adrenokortikal karsinom, dev adrenal tümör, laparoskopik adrenalektomi

bt görüntüsü



kitle



[MSS-38]

Bilateral renal tümörlü vakada dev 18 cm'lik renal kitlenin robotik parsiyel nefrektomi ile tedavisi: tümör boyutunun ötesinde nefron koruyucu cerrahi destekleyen bir olgu ve literatür derlemesi

Emre Erdoğan, Mahauya Bazibu, Ali Hüseyinoğlu, Yılmaz Salman, Tümay İpkçi, Murat Binbay

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

Dev renal kitlelerde artan cerrahi zorluk ve komplikasyon riski nedeniyle radikal nefrektomi sıklıkla tercih edilmektedir. Bununla birlikte, bilateral renal tümör varlığında renal fonksiyonun korunması kritik önem taşımaktadır. Bu olguda, bilateral renal tümörleri bulunan genç bir hastada 18 cm'lik dev renal kitlenin robot yardımlı parsiyel nefrektomi ile tedavisini ve bu boyuttaki tümörlerde uygulanabilecek cerrahi tekniği sunmayı amaçladık.

Yöntem

Otuz dokuz yaşında erkek hastada hipertansiyon araştırması sırasında senkron bilateral renal kitleler saptandı. Bilgisayarlı tomografide sol üst polde 15,0 × 12,5 × 13,1 cm boyutlarında, ağırlıklı olarak ekzofitik ve renal hilumdan uzak renal kitle ile sağ böbrekte 5,2 cm boyutunda endofitik renal kitle izlendi. Bilateral tümör varlığı ve karşı böbrekte gelecekte tedavi gereksinimi nedeniyle aşamalı bilateral nefron koruyucu cerrahi planlandı. Sol renal kitleye da Vinci Xi platformu kullanılarak transperitoneal robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulandı. Tümörün dev boyutu nedeniyle böbreğin tümüyle mobilize edilmesi yerine, önce renal parankimden tümör eksize edildi; ardından rezeksiyon hattından yararlanılarak tümör çevre dokulardan serbestleştirilerek çıkarıldı. Bu yaklaşımın, dev kitlenin manipülasyonunu ve çevre dokulara gereksiz traksiyonu azaltarak cerrahi komplikasyon riskini düşürmesi hedeflendi.

Bulgular

Ana renal arter ve üst segmental arter klemplenerek gerçekleştirilen enükleorezeksiyon sonrasında yaklaşık %80 renal parankim korundu. Toplam operasyon süresi 125 dakika, sıcak iskemik süresi 22 dakika ve tahmini kan kaybı 200 mL idi. Rezeksiyon sırasında toplayıcı sisteme girilmesi primer olarak onarıldı. Açık cerrahiye veya radikal

nefrektomiye dönüş gerekmedi ve cerrahi sınırlar negatifti. Histopatolojik incelemede 18 × 17 cm boyutunda, 1300 g ağırlığında, yaygın kistik dejenerasyon içeren renal onkositom saptandı. Bir ay sonra karşı renal kitleye parsiyel nefrektomi uygulandı ve kromofob renal hücreli karsinom tanısı konuldu. On ikinci ayda serum kreatinin 1,10 mg/dL, eGFR 88 mL/dk/1,73 m² idi ve lokal nüks veya metastaz izlenmedi.

Sonuç

Dev renal kitlelerde tümör boyutu tek başına radikal nefrektomi için mutlak bir endikasyon olarak değerlendirilmemelidir. Özellikle bilateral renal tümör varlığında nefron koruyucu cerrahi önceliklendirilebilir. Bu tür büyük kitlelerde, böbreğin tamamen mobilize edilmesinden önce tümörün parankimden eksize edilmesi ve sonrasında çevre dokulardan serbestleştirilmesi, cerrahi manipülasyonu kolaylaştıran ve komplikasyon riskini azaltma potansiyeli taşıyan uygulanabilir bir teknik yaklaşım olabilir. Deneyimli merkezlerde uygun seçilmiş hastalarda robot yardımlı parsiyel nefrektomi, çok büyük renal kitlelerde dahi başarılı nefron koruyucu tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: bilateral renal tümör, dev renal kitle, robotik parsiyel nefrektomi

İleus Tablosu Altında Gizlenen Amfizematöz Sistit ve Mesane Tümörü

Ufuk Bozkurt, Meriç Doğukan Demir, Salih Bürlukkara, Özer Baran, Furkan Yavuz

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Amfizematöz sistit (AS) genellikle yaşlı ve diyabetik hastalarda görülen, mesane içi ve detrüsol kas lifleri arasında gaz birikimi ile karakterize komplike bir üriner sistem enfeksiyonudur. Teşhis, şüphe üzerine çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) kesitlerinde mesane içinde hava görülmesi ile koyulur. Kliniğimize ileus kliniği ile sevk edilen AS ve mesane tümörü olgusu sunduk.

Olgu: 80 yaşındaki erkek hasta, 1 haftadır olan kabızlık, bulantı, kusma ve 3 gündür oral alım bozukluğu şikâyeti ile ilçe devlet hastanesinin acil servisine başvurmuş. Hastaya çekilen ayakta direkt batın grafide (ADBĞ) hava-sıvı seviyeleri izlenmiş. İleus ön tanısı ile hasta hastanemize sevk edilmiş. Hastaya çekilen kontrastsız BT’de ileus ve solda daha belirgin olmak üzere her iki pelvikaliksiyel sistemde ve mesane lümeninde yaygın hava değerleri izlenilmesi üzerine hasta Genel Cerrahiye ve tarafımıza danışıldı. Hastanın özgeçmişinde kontrolsüz diyabet ve hipertansiyon mevcuttu. İlk değerlendirmede, hastanın genel durumu orta, bilinci açık olup, arteriel tansiyon 90/60 mmHg, nabız 92 atım/dk, ateş 36.6 C saptandı. Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyeti ve distansiyon mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde üre 143 mg/dl, kreatin 3 mg/dl (bazali 0.8mg/dl), crp 292,1 mg/l, wbc 5100, hgb 13,7 g/dl, tam idrar tetkikinde piyüri gözlemlendi. Hastaya üretral foley kateter takılarak yaklaşık 100 cc pürülan idrar boşaltıldı ve idrar torbasında hava drenajı olduğu izlendi. Hastanın idrar ve kan kültürleri alındı. Hasta Genel Cerrahi tarafından hospitalize edilerek, IV mai, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve destek tedavisi başlanarak hastaya acil laparotomi yapıldı. Omentumun retzius boşluğuna ve told çizgisine yapışık olduğu, ince bağırsağın omentum altında internal herniasyonu izlenmiş. Yapışıklıklar açılmış, nekroz olmadığından rezeksiyon yapılmamış. Post operatif dönemde stabil hale gelen hasta tarafımıza, enterovezikal fistül açısından danışıldı. BT sistografi çekilen hastada, mesanenin suboptimal değerlendirilmesi üzerine hastaya genel anestezi altında fleksible sistoskop ile sistoskopi yapıldı. Sistoskopide mesane posterior duvarda ve kubbede büyüğü 3-4 cm olan multipl papiller tümör izlenmesi üzerine, tümöral dokulara transüretral rezeksiyon (TUR) uygulandı. Post operatif tek doz intravezikal 50 mg Epirubicin C uygulandı. Histopatolojik incelemede yüksek dereceli ürotelyal karsinom (Lamina propria invazyonu mevcut, kas invazyonu yok) saptandı. 4 hafta sonra, eski rezeksiyon alanları ve şüpheli alanlara Re-TUR uygulandı ve patolojisi fokal alanda yüksek dereceli noninvaziv ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hasta intravezikal BCG planlanarak takip protokolüne alındı.

Tartışma: AS oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Vakaların %60'ı diabetes mellitus ile ilişkilidir. Ayrıca, kronik idrar yolu enfeksiyonları, hemorajik sistit, kadın cinsiyet, idrar yolunda obstrüksiyon, mesanenin anatomik anormallikleri, alkolizm ve ileri yaşın da ek risk faktörleridir. AS'de klinik tablo, görüntüleme tetkiklerinde tesadüfen konulan tanıdan şiddetli sepsise kadar çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Hematüri, piyüri, idrar yapma sıkıntısı ve karın ağrısı, bu hastalığın bazı belirtileri ve göstergeleridir. AS'nin tipik belirtisi ise pnömatüridir. Bu durumun enterovezikal ve vezikovajinal fistüllerden ayırt edilmesi gerekir.

Sonuç: AS, sıklıkla yaşlı ve immunsupresif bireylerde karın ağrısı ve septik bulgularla karakterize mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur. Tedavisi üretral kateterizasyon ve antibiyoterapidir. AS düşünülen hastalarda öncelikle ileus gibi akut batına sebep olabilecek durumlar dışlanmalı ve mesanenin ek patolojiler açısından değerlendirilmesi unutulmamalıdır.

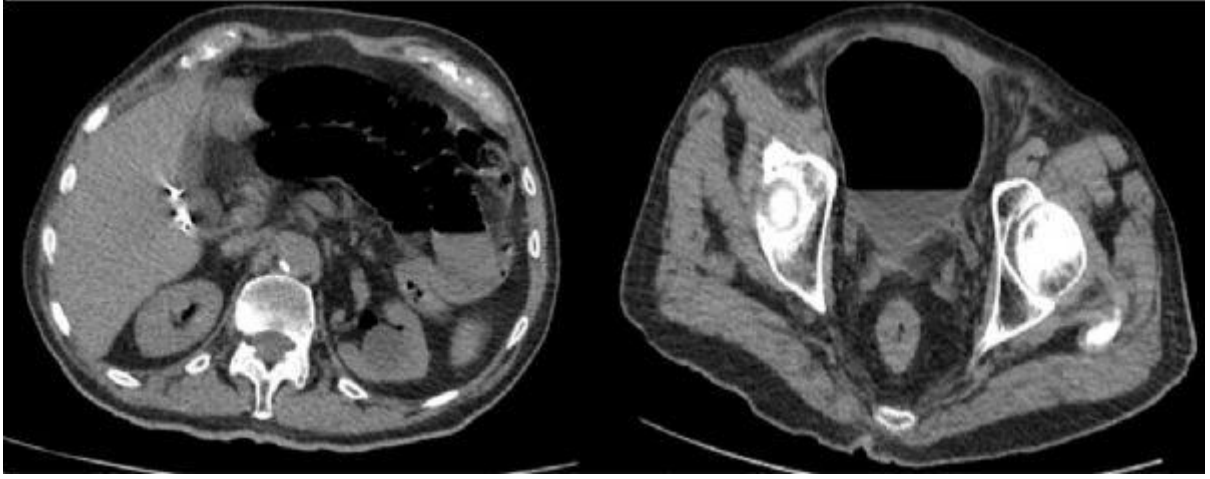
Anahtar Kelimeler: İleus, Amfizematöz Sistit, Mesane Tümörü

Resim 1



ADBG'de hava-sıvı seviyeleri ve mesanede hava

Resim 2



Kontrastsız BT'de bağırsaklarda hava-sıvı seviyesi ve iki pelvikaliksiyel sistem ile mesane lümeninde yaygın hava

[MSS-40]

Retroperitoneal Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümöründe Primer ve Multifokal Lokal Nüksün Böbrek Koruyucu Cerrahi ile Yönetimi: Olgu Sunumu

Mustafa Anıl Kılıç, Şeyhmusa Danışman, Samet Bağcı, Ömer Onur Tantekin, Abdullah Hızır Yavuzsan, Sinan Levent Kireççi

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EAH, ÜROLOJİ, İSTANBUL

Giriş-Amaç: Böbreğe komşu retroperitoneal kitlelerde nefrektomi ile böbrek koruyucu cerrahi arasındaki tercih genellikle intraoperatif olarak netleşir. Malign periferik sinir kılıfı tümörü (MPNST), nadir görülen ve agresif seyirli bir retroperitoneal mezenkimal tümördür; görüntüleme ve biyopsi bulguları diğer tümörlerle örtüştüğünden tanı güçleşir. Bu olguda hem primer cerrahide hem de yaklaşık üç yıl sonra gelişen multifokal nükste böbrek koruyucu cerrahinin uygulanabildiği bir MPNST vakası sunulmaktadır.

Olgu: Diabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküsü olan 73 yaşında erkek hasta, birkaç aydır süren sol yan ağrısıyla başvurdu; muayenede ağrısız, palpabl sol lomber kitle saptandı. Görüntülemede (US, BT, MRG, FDG-PET/BT) sol böbreği anteromediale deplase eden 18 cm çapında retroperitoneal kitle izlendi; farklı modaliteler liposarkom, malign fibröz histiyositom ve leiomyosarkom gibi birbirleriyle çelişen ön tanımlar verdi. Perkütan tru-cut biyopside miksoid morfolojili düşük dereceli mezenkimal tümör saptanarak miksofibrosarkom/GIST ayırıcı tanısı düşünüldü.

Preoperatif invazyon bulgusu izlenmemesi üzerine retroperitoneal eksizyon planlandı. Kitlenin peritona yapışık olduğu ve vaskülaritesinin arttığı görüldü; serbestlendiğinde böbrekle doğrudan ilişkisi olmadığı saptanınca planlanan radikal nefrektomiden vazgeçilerek kitle en bloc eksize edildi ve böbrek korundu. Hasta po 2. günde dren alınıp po 3. günde taburcu edildi. Materyal, kesin ayırıcı tanı için referans patoloji merkezine gönderildi; H3K27me3 ekspresyon kaybı ile yüksek gradeli MPNST doğrulandı, hasta adjuvan tedavisiz onkolojik takibe alındı.

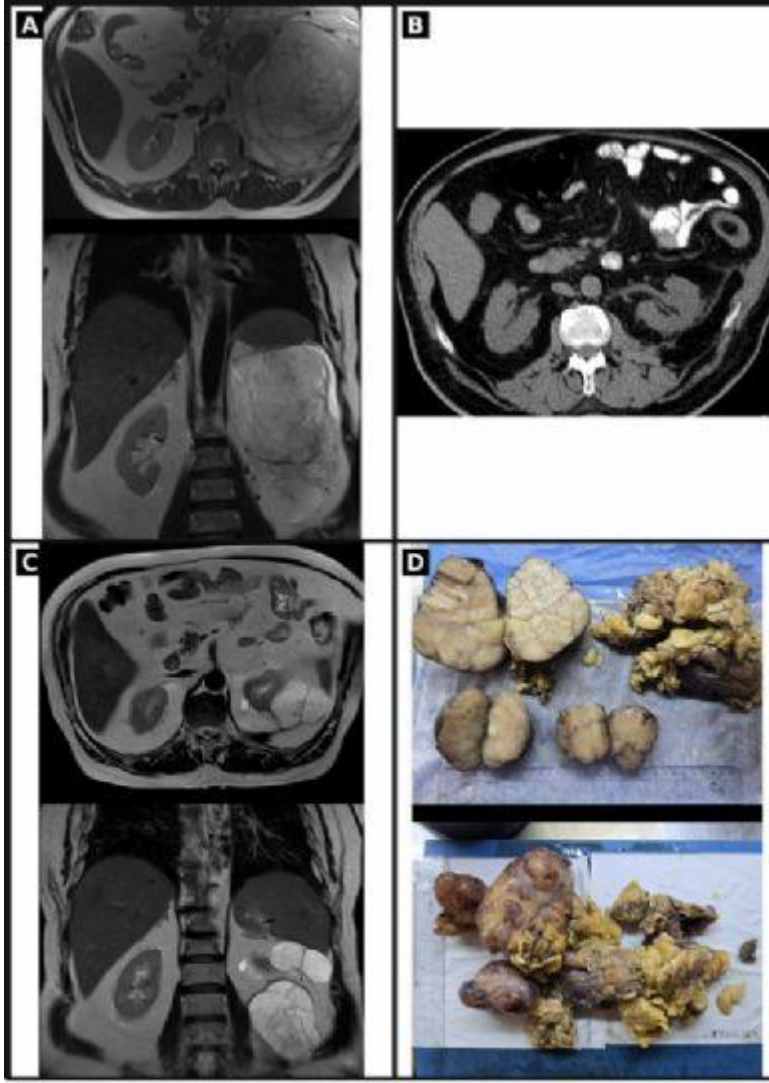
İlk cerrahiden yaklaşık üç yıl sonra takip görüntülemesinde, sol böbreğin inferoposteriorunda 9x7x6 cm ve superiorunda dalağa yapışık 7x5 cm olmak üzere iki ayrı odakta multifokal nüks saptandı. İkinci operasyonda her iki odak da dikkatli diseksiyonla eksize edilerek böbrek korundu; dalak komşuluğu diseksiyonu sırasında gelişen splenik laserasyon, genel cerrahi ekibince splenektomisiz konservatif yönetildi. Patolojide yine miksoid/epiteloid morfoloji nedeniyle GIST ve miksoid liposarkom ayırıcı tanıda değerlendirildi; H3K27me3 kaybının yeniden gösterilmesiyle MPNST nüksü doğrulandı. Hasta po 3. günde dren alınıp po 4. günde taburcu edilerek onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Bu olgu üç açıdan öğreticidir. Birincisi, retroperitoneal MPNST tanısı

görüntüleme ve sınırlı biyopsi materyaliyle sıklıkla kesinleştirilemez; miksoïd morfolojili olgularda H3K27me3 kaybı ayırıcı tanıya kritik katkı sağlayabilir. İkincisi, bu tanısal zorluk primer tümörle sınırlı kalmayabilir; nüks kitlede de GIST ve miksoïd liposarkom yeniden ayırıcı tanıya girmiş, tanı ancak H3K27me3'ün tekrar çalışılmasıyla doğrulanabilmiştir; bu, nüks tanısının önceki patolojik sonuca dayanılarak varsayılmaması gerektiğini göstermektedir. Üçüncüsü, retroperitoneal sarkom cerrahisinde nefrektomi sıklıkla gerekli görülsede, uygun hasta seçimi ve titiz diseksiyon ile hem primer hem nükste böbrek koruyucu cerrahi seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilir. Splenik laserasyonun konservatif yönetilebilmesi, kompleks retroperitoneal cerrahilerde multidisipliner ekip hazırlığının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Malign periferik sinir kılıfı tümörü, retroperitoneal tümör, nüks, böbrek koruyucu cerrahi, H3K27me3

olgu preop/postop göntülemeleri



Şekil 1.

- A— 1. ameliyat preoperatif kontrastlı MR görüntüsü
- B— 1. ameliyat postoperatif kontrastsız BT görüntüsü
- C— 2. ameliyat preoperatif kontrastlı MR görüntüsü
- D— 2. ameliyat sonrası çıkarılan retroperitoneal kitlelerin makroskopik görünümü

[MSS-41]

Perirenal Yağ Dokusundan Köken Alan Dev Liposarkom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ozan Aydoğan, Arif Kol, Özgür Ermişler

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

Amaç:

Retroperitoneal liposarkomlar nadir görülen malign mezenkimal tümörlerdir ve geniş retroperitoneal alan nedeniyle semptom vermeden ileri boyutlara ulaşabilirler. Bu olguda, başlangıçta adrenal kitle olarak değerlendirilen ancak ileri görüntülemelerde perirenal yağ dokusundan köken aldığı düşünülen dev retroperitoneal liposarkomun tanı ve cerrahi yönetiminin sunulması amaçlandı.

Olgu:

Kırk dört yaşında kadın hasta, Nisan 2024 tarihinde karın ağrısı ve karında şişlik yakınmaları nedeniyle dış merkeze başvurdu. Kontrastlı abdominopelvik görüntülemelerde sağ adrenal kitle ön tanısı konulması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Bilgisayarlı tomografide sağ üst kadranı büyük ölçüde dolduran, sağ böbreği çevreleyerek anteromediale deplase eden 150×78×90 mm boyutlarında retroperitoneal kitle izlendi. Fizik muayenede sağ üst kadranı dolduran, orta sertlikte, ağrısız ve mobil olmayan kitle palpe edildi. Laboratuvar incelemelerinde özellik saptanmadı. Kitlenin kökeninin ve komşu organlarla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla adrenal protokollü bilgisayarlı tomografi ve abdominal manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. İleri görüntülemelerde kitlenin adrenal bezden değil, perirenal yağ dokusundan köken aldığı değerlendirildi. Üroonkoloji konseyinde tartışılan hastaya kitle biyopsisi yapıldı ve histopatolojik inceleme iyi diferansiye liposarkom ile uyumlu olarak raporlandı.

Hastaya sağ radikal nefrektomi ile birlikte retroperitoneal kitlenin komplet eksizyonu uygulandı. Kitle, sağ böbrek ve adrenal bez ile birlikte en bloc olarak çıkarıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmedi. Dren postoperatif altıncı günde çekilerek hasta taburcu edildi. Nihai histopatolojik değerlendirme iyi diferansiye liposarkom, pT3 ve FNCLCC Grade 1 olarak raporlandı. Postoperatif üçüncü ay FDG-PET değerlendirmesinde parakaval milimetrik hipermetabolik, reaktif olarak değerlendirilen lenf nodları izlendi; lokal nüks veya uzak metastaz lehine bulgu saptanmadı.

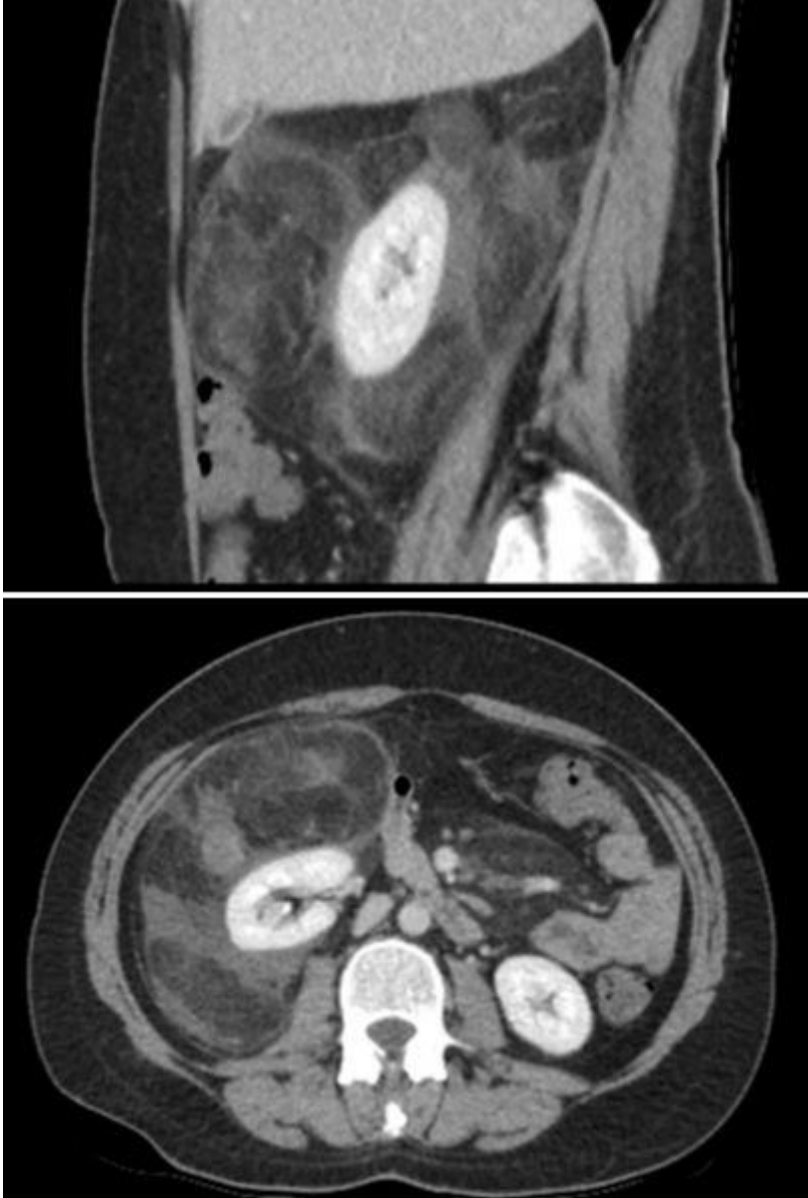
Sonuç:

Retroperitoneal liposarkomlar, geniş retroperitoneal alanda sessiz seyrederek büyük boyutlara ulaşabilmeleri nedeniyle tanı ve cerrahi tedavi açısından güçlük oluşturabilir.

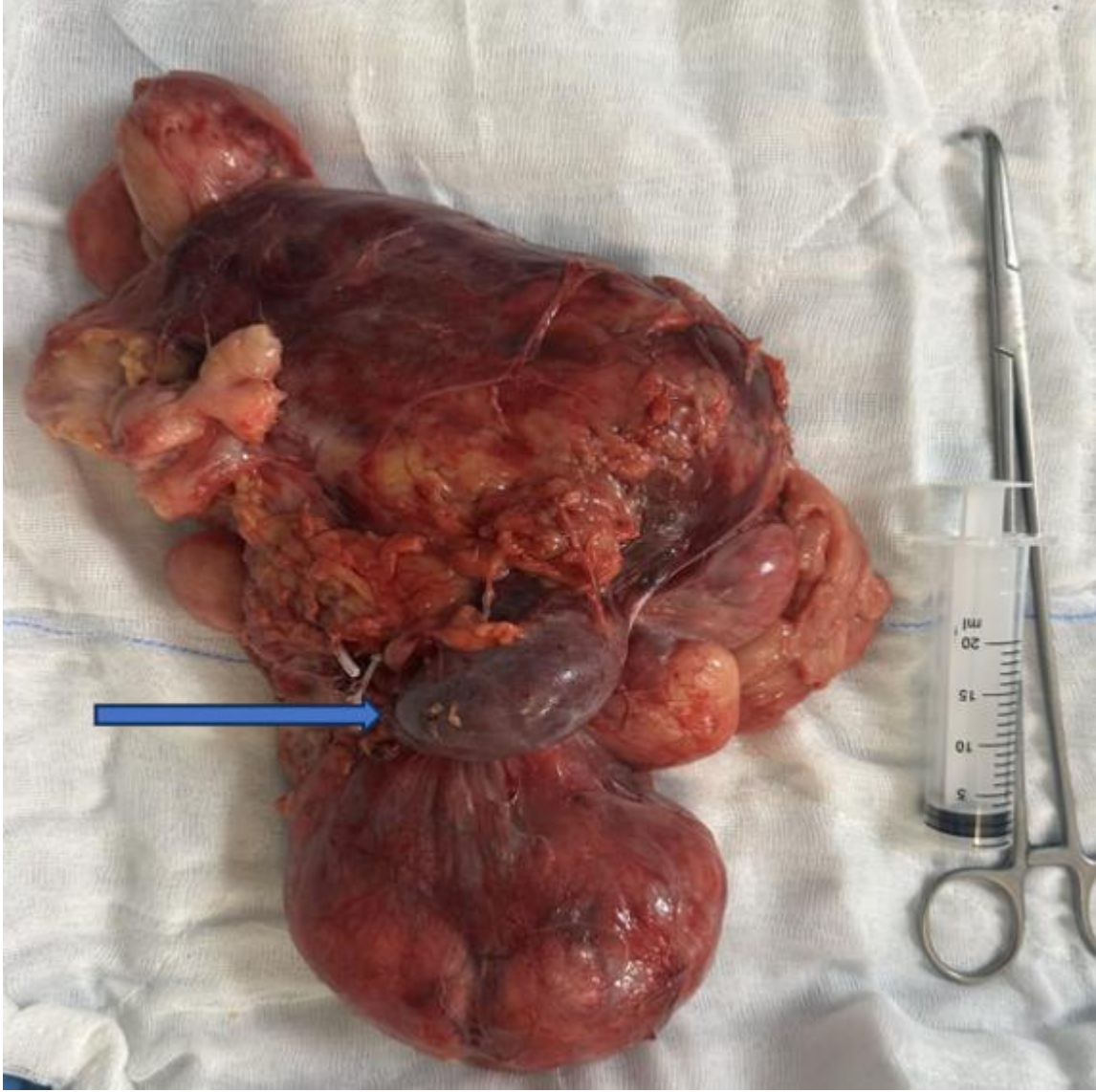
Preoperatif görüntüleme ile kitlenin kökeninin, yayılımının ve komşu organlarla ilişkisinin doğru şekilde ortaya konulması cerrahi planlama açısından önemlidir. Rezektabl olgularda temel tedavi, makroskopik komplet rezeksiyonun ve uygun cerrahi sınırların sağlanmasıdır. Tümörün komşu organlarla yakın ilişkisi veya komplet rezeksiyonun sağlanabilmesi için gerekli durumlarda en bloc organ rezeksiyonu uygulanabilir. Lokal rekürrens riski nedeniyle cerrahi sonrası uzun süreli ve düzenli takip önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal liposarkom, perirenal yağ dokusu, radikal nefrektomi, cerrahi rezeksiyon

Görüntüleme



Spesmen



Sağ böbrek ve adrenal bez ile en bloc eksize edilen retroperitoneal liposarkom spesmeni

Tekrarlayan Düşük Dereceli pTa Ürotelyal Karsinom ile takipli hastada gelişen ALK-Yeniden Düzenlenmiş İnflamatuvar Miyofibroblastik Tümör: Bir Olgu Sunumu

Ahmad Bijilov¹, Mert Emre Erden¹, Selçuk Erdem², Özge Hürdoğan³, Yasemin Özlük³, Öner Şanlı², Faruk Özcan²

¹Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

²Ürolojik Onkoloji Bilim Dalı, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

³Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş

İnflamatuvar miyofibroblastik tümör (İMT), iğsi miyofibroblastik hücre proliferasyonu ve inflamatuvar infiltrasyonla karakterize, mesanede nadir görülen mezenkimal bir neoplazidir. Klinik ve histolojik olarak ürotelyal karsinom (ÜK) nüksünü ve diğer iğsi hücreli maligniteleri taklit edebildiğinden tanısız güçlük oluşturur. Anaplastik lenfoma kinaz (ALK) geninde yeniden düzenlenmenin gösterilmesi lezyonun neoplastik doğasını destekler ve ayırıcı tanıda belirleyicidir.

Olgu Sunumu

Elli beş yaşında, diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan, sigara kullanma öyküsü olmayan erkek hasta 2016 yılından bu yana kasa invaziv olmayan mesane kanseri tanısıyla düzenli takip altındayken, beş kez transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) uygulanmış, en yüksek patolojik evresi düşük dereceli pTa ÜK olarak raporlanmış ve ilk rezeksiyonun ardından 6+3+3 protokolü ile intravezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tedavisi verilmiş ve takiplerinde üst üriner sistem malignitesi saptanmamıştır. Mart 2026'da yapılan TUR-M operasyonunda mesane yan duvarları, karşı duvar ve kubbede yerleşik, en büyüğü 2 cm olmak üzere yaklaşık 10 adet papiller tümör komplet olarak rezeke edilmiş; histopatoloji düşük dereceli pTa ÜK olarak raporlanmıştır. Yaklaşık bir ay sonra makroskopik hematüri ile başvuran hastaya yapılan USG'de üst üriner sistem patolojisine rastlanmamış olup mesanede 62x28 mm hematoma/tümör ayrımı yapılamayan lezyon raporlanmıştır. Mayıs 2026'da yapılan sistoskopiye mesane boynu saat 11 hizasında yaklaşık 3 cm, mesane sol yan duvarında 4 cm ve 5 mm boyutlarında saptanan üç adet tümör komplet rezeke edilmiştir. Histopatolojik inceleme iğsi hücreli mezenkimal tümör olarak raporlanırken; morfoloji ve immünohistokimya İMT lehine olup, floresan in situ hibridizasyon (FISH) ile ALK yeniden düzenlenmesi gösterilerek tanısı doğrulanmıştır. Hastaya Ağustos 2026 tarihinde TUR-M uygulanmış ve patoloji sonucu bildirinin yazıldığı tarihte raporlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Olgunun ayırt edici yönü; yaklaşık on yıllık tekrarlayan düşük dereceli pTa ÜK ile takipli olan, çok sayıda TUR-M ve intravezikal BCG öyküsü bulunan bir hastada, son TUR-M operasyonundan yalnızca bir ay sonra ALK-yeniden düzenlenmiş İMT gelişmesidir. Mesane İMT'lerini değerlendiren sistematik derlemelerde prognoz genel olarak iyidir: Teoh ve ark. 182 hastada olguların %65'ini ALK-pozitif, lokal nüksü %4 bildirirken uzak metastaz raporlanmamıştır.¹ Hage ve ark. 75 olguda %68 ALK-pozitiflik, ortalama 14 aylık takipte yaklaşık %9 nüks ve %4 metastaz saptamıştır.² Hensley ve ark. ise 35 olguluk seride yalnızca TUR-M ile izlenen organa sınırlı hastaların %33'ünde nüks geliştiğini ve tüm nükslerin ilk altı ayda ortaya çıktığını göstererek agresif endoskopik rezeksiyon ile erken ve yakın izlemi desteklemiştir.³ İMT patogenezinde inflamasyon, travma veya önceki cerrahi olası tetikleyici olarak öngörülse de kesin predispozan ya da etyolojik faktör kanıtlanmamıştır; bu olguda tekrarlayan endoskopik girişim ve BCG öyküsü dikkat çekici olmakla birlikte, son yapılan TUR-M en güçlü predispozan faktör olarak düşünülmektedir. ALK yeniden düzenlenmesinin gösterilmesi de gerçek bir neoplastik süreci desteklemektedir. Sonuç olarak, tekrarlayan ÜK öyküsü olan bir hastada saptanan ve yakın bir cerrahi öyküsünden hemen sonra gelişen mesane kitlesi ile karşılaşıldığında ÜK nüksü ile birlikte İMT ayırıcı tanıda düşünülmeli ve histomorfoloji, immünohistokimya ve ALK analizinin birlikte değerlendirilmesiyle tanı konulmalıdır. Prognoza negatif katkısı gösterilmeyen bu histopatoloji saptandığında ÜK protokolü değiştirilmeden hasta takibine devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, Neoplazi, inflamatuvar myofibroblastik tümör, ürotelyal karsinom

[MSS-43]

Penil Üretrada İnsidental Saptanan Nefrojenik Adenom: Olgu Sunumu

Mustafa Eren Yıldız, Ertuğrul Ertürk, Cagdas Senel, Gülay Turan, Zeynep Mısırlı

Balıkesir Üniversitesi, Üroloji, Balıkesir, Türkiye

Amaç: Nefrojenik adenom (NA), ürotelyum ile döşeli yapılarda gelişen nadir, benign bir lezyondur. En sık mesanede görülür; üretra yerleşimi daha seyrek ve penil üretra tutulumu literatürde oldukça az sayıda bildirilmiştir. Bu çalışmada, üreter taşı nedeniyle uygulanan endoskopik girişim sırasında penil üretrada rastlantısal olarak saptanan bir NA olgusu sunulmuştur.

Olgu: Sağ yan ağrısı ile başvuran 65 yaşındaki erkek hastanın kontrastsız bilgisayarlı tomografisinde sağ proksimal üreterde 8 mm boyutunda tıkalı taş saptandı.

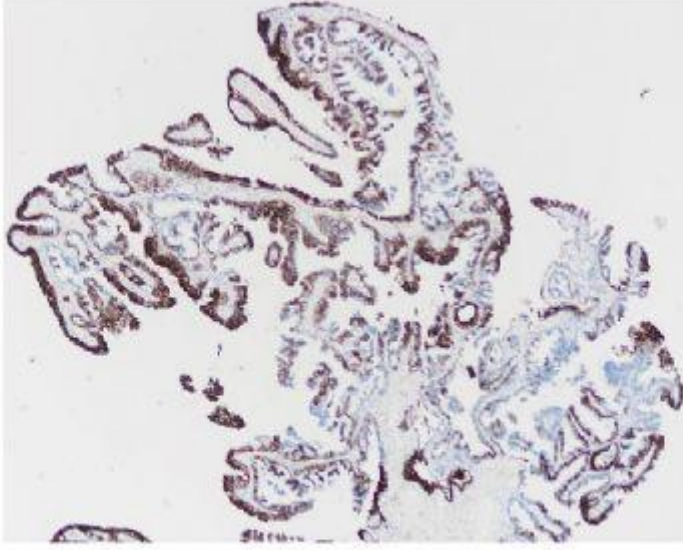
Uygulanan endoskopik taş tedavisi sırasında, üretroskopi aşamasında proksimal penil üretrada saat 7 hizasında yaklaşık 3 mm çapında papiller görünümüne lezyon izlendi.

Lezyon biyopsi forsepsi ile total olarak eksize edildi. Histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme sonucu nefrojenik adenom olarak raporlandı.

Sonuç: Üretral papiller lezyonlar makroskopik olarak ürotelyal karsinom ile karışabilir. Rutin endoskopik girişimler sırasında üretranın dikkatli değerlendirilmesi, bu tür lezyonların erken dönemde tanınmasını sağlar; kesin tanı ise histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile konur.

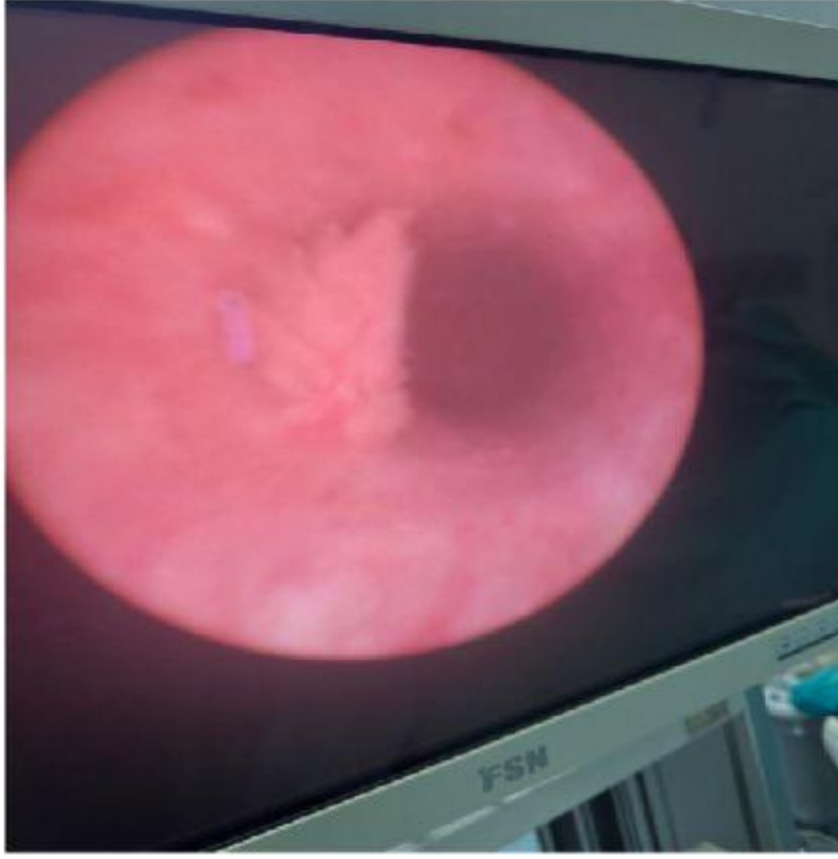
Anahtar Kelimeler: Nefrojenik adenom, penil üretra, üretroskopi, ürotelyal karsinom, immünohistokimya

inceleme



*İmmünohistokimyasal incelemede epitelyal hücrelerde yaygın ve güçlü pozitif reaksiyon.
(40x, H&E)*

Lezyon



Üretroskopide proksimal penil üretrada saat 7 hizasında izlenen yaklaşık 3 mm çapındaki papiller lezyonun endoskopik görünümü.

Persistan Makroskopik Hematüri ile Başvuran Genç Kadında Mesane Kanseri: Olgu Sunumu

Faruk Altuntaş¹, İsmail Ulus¹, Dorukhan Özeroğlu²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mesane kanserleri, ürolojik maligniteler arasında önemli bir yere sahip olup görülme sıklığı ileri yaşlarda ve erkek hastalarda artarken, genç erişkinlerde oldukça nadir görülmektedir. Genç hastalarda makroskopik hematürinin üriner sistem enfeksiyonu başta olmak üzere daha sık görülen benign nedenlerle ilişkilendirilmesi, altta yatan olası onkolojik patolojilerin gözden kaçmasına ve tanıda gecikmeye yol açabilmektedir.

Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta, makroskopik hematüri şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, 2020 yılında femur başındaki benign bir kitlenin cerrahi eksizyonu dışında özellik yoktu. Kasiyer olarak çalışan hastanın yaklaşık 1,5 paket-yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu ve bunun dışında bilinen belirgin bir mesane kanseri risk faktörü bulunmamaktaydı. İlk değerlendirmede üriner sistem enfeksiyonu düşünülerek antibiyotik tedavisi başlandı. Ancak tedaviye rağmen makroskopik hematürinin devam etmesi üzerine hasta yeniden değerlendirildi.

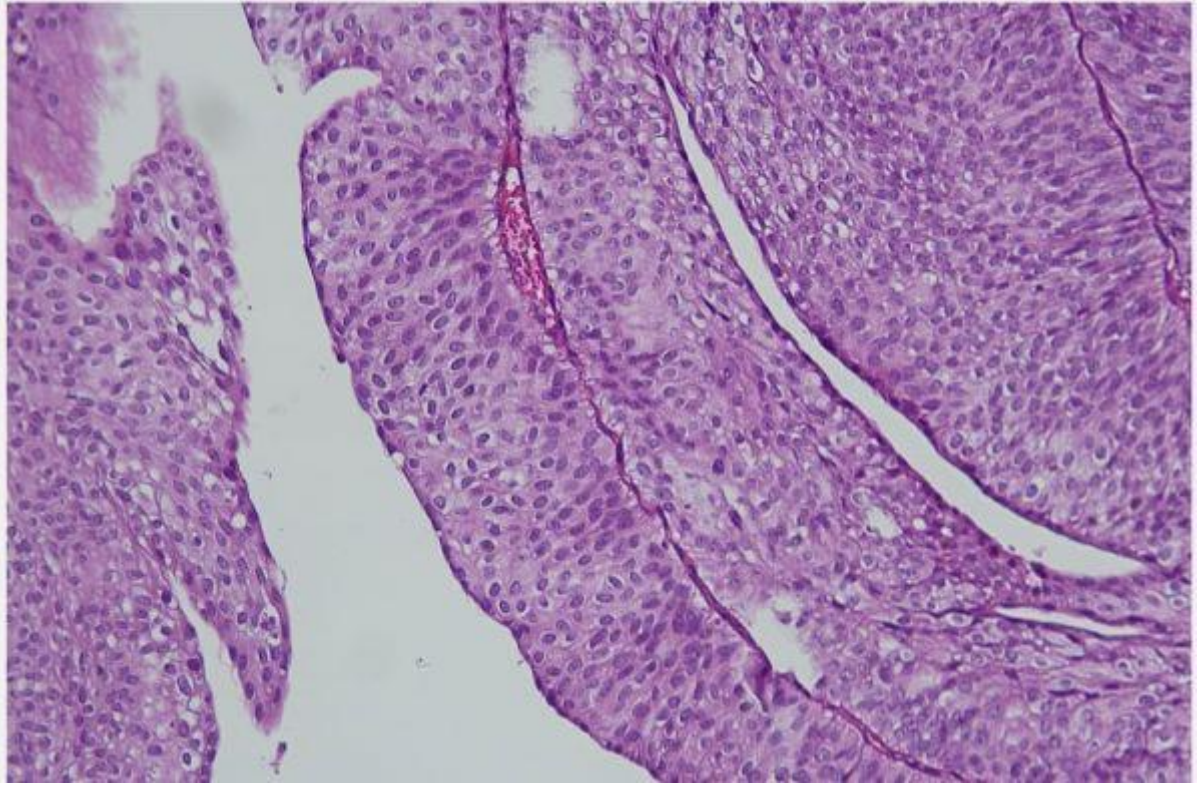
Yeniden değerlendirmede hemogloblin düzeyi 9,6 g/dL olarak saptandı. Üriner sistem ultrasonografisinde mesane lümeninde düzensiz sınırlı, yaklaşık 6,5 cm boyutunda hiperekojen ve dağınık yerleşimli bir alan izlendi ve bu görünüm öncelikle hematoma lehine değerlendirildi. İleri inceleme amacıyla yapılan bilgisayarlı tomografide mesanenin posterolateral duvarında kontrast dolum defekti saptandı. Bunun üzerine yapılan sistoskopide mesane sağ yan duvarında yaklaşık 4 cm boyutunda papiller tümör ve sol yan duvar-dom bileşkesinde yaklaşık 5 mm boyutunda ikinci bir lezyon izlendi. Her iki lezyon transüretal olarak rezeke edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik değerlendirme sonucunda her iki lezyon da pTa düşük dereceli (low-grade) papiller ürotelyal tümör olarak raporlandı.

Tartışma ve Sonuç: Hastamızda mesane kanserinin genç yaşta ortaya çıkması ve belirgin risk faktörlerinin bulunmaması dikkat çekicidir. Genç hastalarda mesane kanseri olasılığı düşük olmakla birlikte, persistan makroskopik hematürinin yalnızca daha sık görülen benign nedenlerle ilişkilendirilmesi altta yatan malignitelerin tanısında gecikmeye yol açabilir. Bu nedenle persistan makroskopik hematürisi olan genç

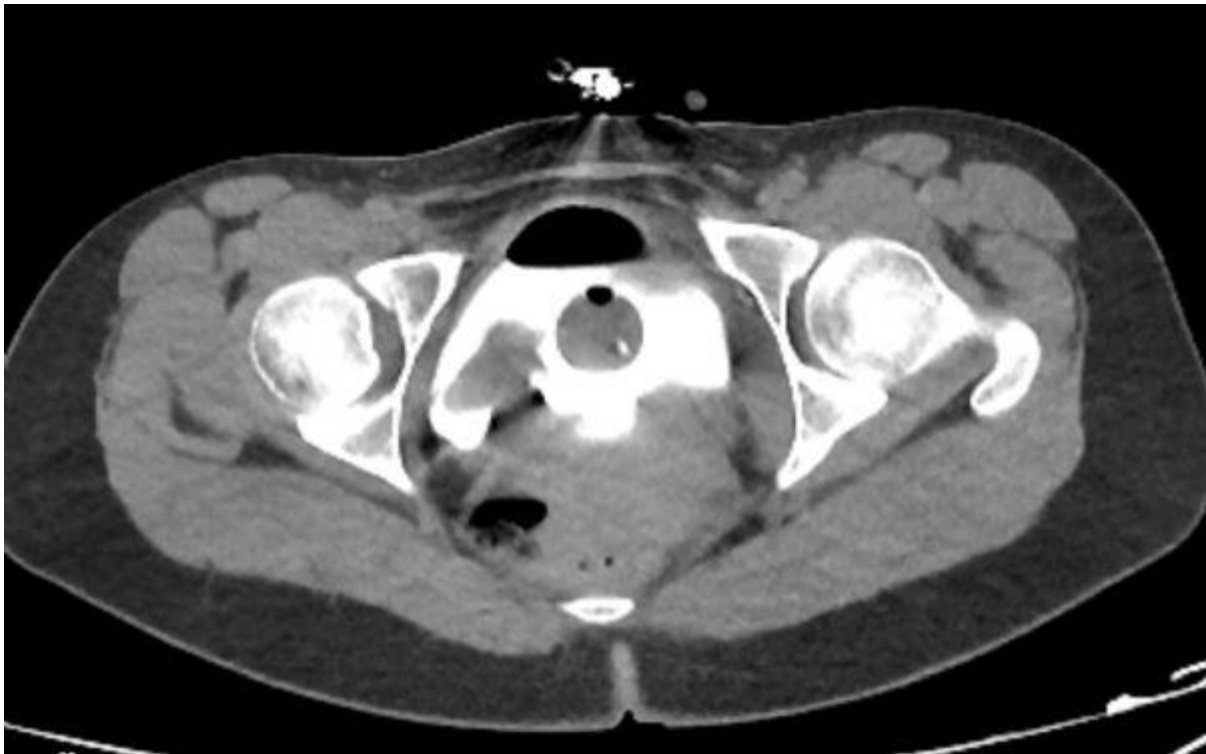
hastalarda ayrıntılı değerlendirme yapılmalı, klinik bulgular doğrultusunda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalı ve özellikle sistoskopik değerlendirme geciktirilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Genç kadın, makroskopik hematüri, mesane tümörü, sistoskopi, ürotelyal tümör

Patoloji



Preop BT



[MSS-45]

Robot-assisted partial nephrectomy with continuous cold renal perfusion for an endophytic renal tumor in a solitary kidney

Mahauya Bazibu, Emre Erdoğan, Ali Hüseyinoğlu, Yılmaz Salman, Tümay İpekçi, Murat Binbay

Bahçeşehir Üniversitesi

Robot-Assisted Partial Nephrectomy With Continuous Cold Renal Perfusion for an Endophytic Renal Tumor in a Solitary Kidney

Objective

Nephron preservation is critical in the management of complex renal tumors in patients with a solitary kidney. Prolonged ischemia may be required for completely endophytic tumors and may compromise postoperative renal function. We present the treatment of an endophytic renal tumor in a solitary kidney using robot-assisted partial nephrectomy (RAPN) with continuous cold renal perfusion.

Methods

A 48-year-old woman with a solitary right kidney, following left nephrectomy at 1.5 years of age, presented with recurrent urinary tract infections and hematuria. Her preoperative serum creatinine was 0.76 mg/dL and estimated glomerular filtration rate (eGFR) was 93 mL/min/1.73 m². Magnetic resonance imaging revealed a 36 × 27 mm endophytic mass in the posteromedial middle pole of the right kidney. The lesion had increased from approximately 15 mm on imaging performed in 2022.

A transperitoneal multiport RAPN was performed. Tumor boundaries were delineated using intraoperative ultrasonography. Intravenous heparin was administered before vascular incision to reduce the risk of thrombosis. After clamping the renal artery and vein, approximately 3-mm incisions were made in both vessels. A 6-Fr feeding catheter was inserted into the renal artery, and continuous cold renal perfusion was established using Custodiol histidine-tryptophan-ketoglutarate (HTK) solution. The tumor was excised under cold ischemia. The opened collecting system and tumor bed were reconstructed, and the vascular incisions were closed with 6/0 polypropylene sutures before restoring renal perfusion.

Results

Total cold ischemia time was 50 minutes, and estimated blood loss was 150 mL. No intraoperative complications occurred. The early postoperative course was uncomplicated. Serum creatinine transiently increased to 1.12 mg/dL and subsequently decreased to 0.90–0.98 mg/dL. eGFR initially decreased to 58 mL/min/1.73 m² and subsequently improved to 68–76 mL/min/1.73 m². No transfusion or major postoperative complication was observed.

Conclusion

RAPN with continuous cold renal perfusion may be a feasible nephron-sparing strategy for complex endophytic renal tumors in solitary kidneys when prolonged ischemia is anticipated. In this case, 50 minutes of cold ischemia was associated with only transient postoperative deterioration in renal function.

Keywords: Solitary kidney; robot-assisted partial nephrectomy; cold renal perfusion; renal hypothermia; histidine-tryptophan-ketoglutarate; endophytic renal tumor.

Keywords: Histidine-tryptophan-ketoglutarate, Renal hypothermia, Robot-assisted partial nephrectomy, Solitary kidney

Abdominal MRI Coronal section



Endophytic renal tumor

Axial section of the abdominal MRI



Endophytic renal tumor

[MSS-46]

inoperabilite retropeironel kitle

Halis Okan Oktay, Kürşad Dönmez, Kaan Bal, Serkan Özcan, Yiğit Akın, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Hakan Tekinaslan

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

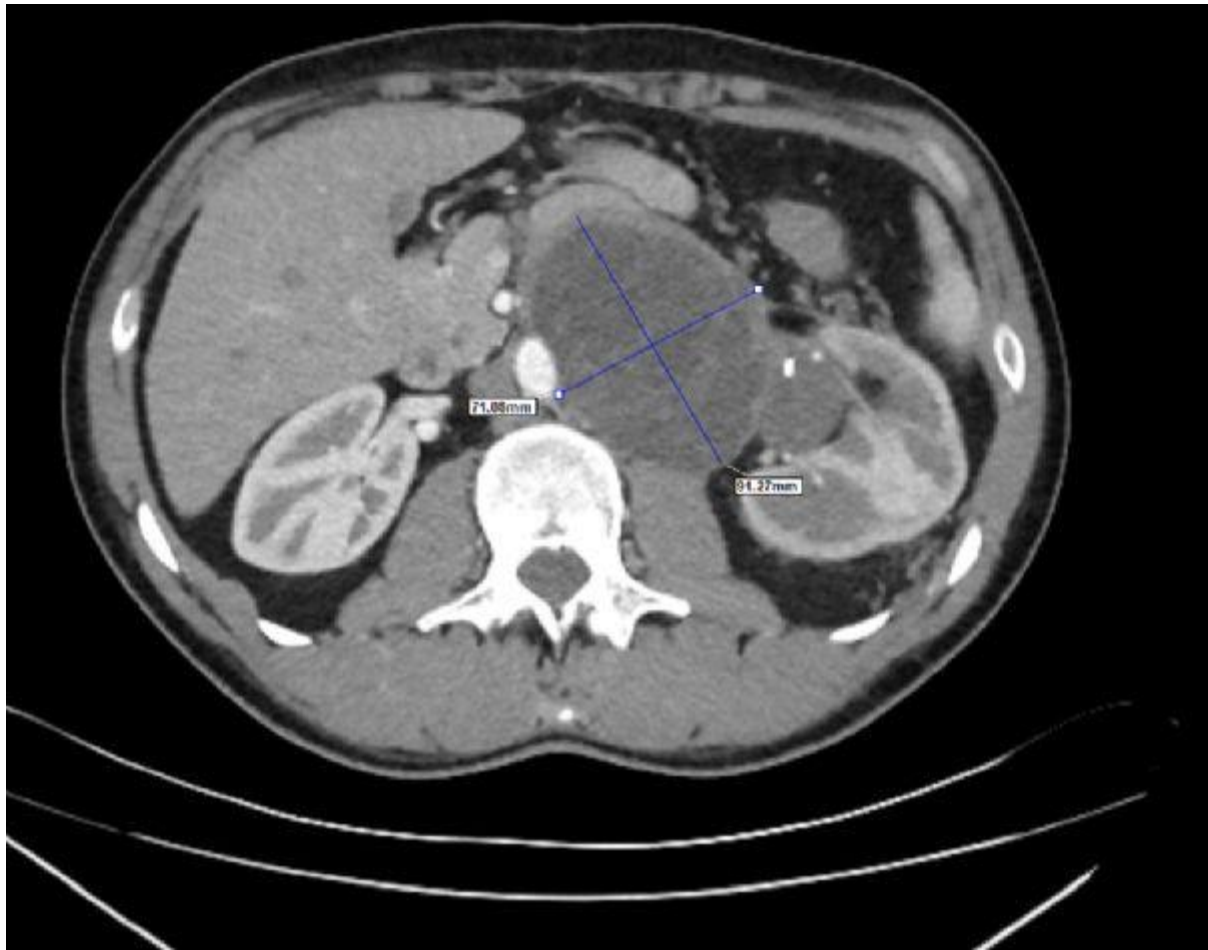
İleri Evre Nonseminomatöz Germ Hücreli Tümörde Kemoterapi Sonrası Rezidüel Retroperitoneal Kitlenin Cerrahi Olarak Çıkarılamaması: Olgu Sunumu Olgu Sunumu Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, sol testiste ağrı ve şişlik yakınmalarıyla üroloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sol testiste palpabl kitle saptanması üzerine skrotal Doppler ultrasonografi ve tümör belirteçleri istendi. Ultrasonografide yaklaşık 3 cm çapında solid intratestiküler lezyon izlendi. Serum beta-human koryonik gonadotropin (β -hCG) düzeyi 41 olarak ölçüldü. Klinik, ultrasonografik ve biyokimyasal bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya sol radikal inguinal orşiektomi uygulandı. Orşiektomi materyalinin histopatolojik incelemesinde embriyonel karsinom ve yolk sac tümörü komponentlerinden oluşan nonseminomatöz germ hücreli tümör saptandı. Tümörün rete testis infiltrasyonu gösterdiği, cerrahi sınırların ve spermatik kordun tümör açısından negatif olduğu bildirildi. Ameliyat sonrası torakoabdominopelvik görüntülemelerde, en büyüğü yaklaşık 1,5–2 cm olan iki adet paraaortik lenf nodu izlendi. Evreleme amacıyla gerçekleştirilen F-18 florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (F-18 FDG PET/BT) incelemesinde paraaortik ve supraklaviküler bölgelerde artmış FDG tutulumu saptandı. Bulgular metastatik lenf nodu tutulumu ile uyumlu değerlendirilerek hastaya dört kür bleomisin, etoposid ve sisplatin (BEP) kemoterapisi verildi. Kemoterapi sonrası takip görüntülemelerinde sol paraaortik lenf nodu paketinin yaklaşık 7 cm'ye ulaştığı ve progresyon gösterdiği görüldü. Bunun üzerine hasta üroonkoloji konseyinde değerlendirildi ve postkemoterapötik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu planlandı. Operasyon sırasında retroperitoneal kitlenin renal vene ve pankreasa ileri derecede fikse olduğu görüldü. Kitlenin çevre yapılardan güvenli biçimde serbestleştirilmesinin mümkün olmadığı değerlendirilerek operasyon sonlandırıldı ve hasta cerrahi açıdan inoperabl kabul edildi. Olguya intraoperatif olarak genel cerrahi ekibi de dahil oldu; ancak kitlenin ileri derecede yapışık olması nedeniyle rezeksiyon gerçekleştirilemedi. Postoperatif dönemde hasta üç kür ek sistemik kemoterapi aldı. İzlem sırasında rezidüel sol paraaortik lenf nodu kitlesinin sol üretere bası yaptığı ve buna bağlı olarak sol böbrekte hidronefroz geliştiği saptandı. Üriner obstrüksiyonun kontrolü amacıyla hastaya double-J (DJ) stent yerleştirildi ve stentin yıllık olarak değiştirilmesine karar verildi. Hasta halen düzenli torakoabdominopelvik görüntülemeler ve tümör belirteci kontrolleri ile üroloji ve tıbbi

onkoloji kliniklerinin ortak takibindedir.

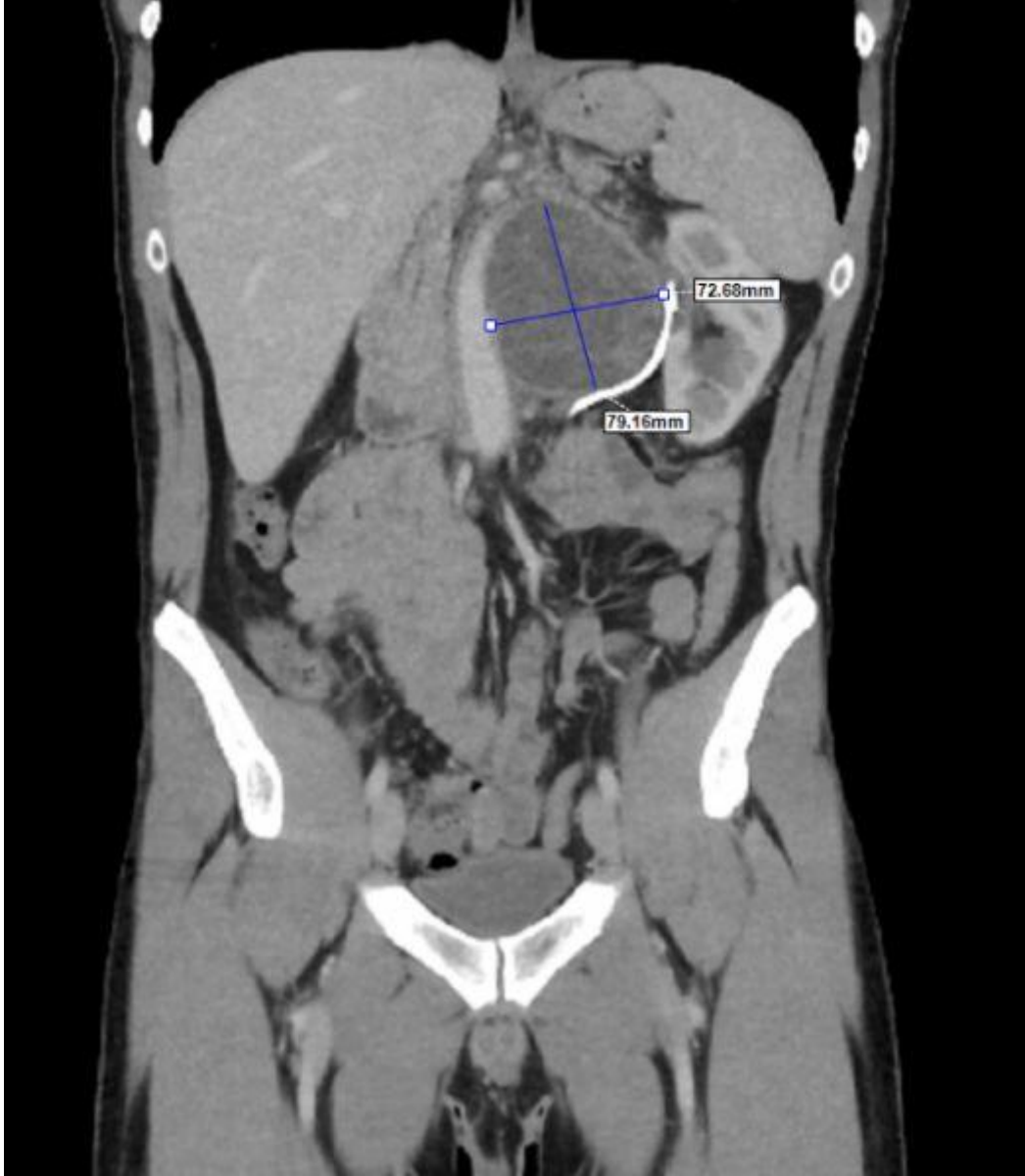
Tartışma=Bu hastada başlangıçta sınırlı boyutlu görünen paraaortik lenf nodlarının kemoterapi sonrasında belirgin progresyon göstermesi ve rezidüel kitlenin renal ven ile pankreasa ileri derecede fikse olması, tedavi sürecinin temel güçlüklerini oluşturmuştur. İntraoperatif rezeksiyondan kaçınılması, olası vasküler ve pankreatik komplikasyonların önlenmesi açısından gerekli bir yaklaşım olmuş tur. İzlemde gelişen üreteral baskıya bağlı hidronefroz ise tümör kontrolünün yanı sıra üst üriner sistemin korunmasının da önemini göstermiştir. Bu nedenle benzer olgularda tedavi kararı, histopatolojik bulgular ve kemoterapi yanıtının yanı sıra kitlenin anatomik ilişkileri, cerrahi morbidite riski ve böbrek fonksiyonları birlikte değerlendirilerek verilmelidir. Sonuç Bu olgu, nonseminomatöz germ hücreli tümörlerde kemoterapiye rağmen progresyon gösteren ve majör retroperitoneal damarlar ile komşu organlara ileri derecede yapışıklık nedeniyle cerrahi olarak çıkarılamayan rezidüel kitlelerin yönetimindeki güçlüğü ortaya koymaktadır. Özellikle genç hastalarda tedavi planının üroloji, tıbbi onkoloji, genel cerrahi ve gerektiğinde girişimsel radyoloji ekiplerinin katıldığı multidisipliner konseylerde belirlenmesi önem taşımaktadır. Cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda sistemik tedavi, yakın radyolojik izlem ve obstrüktif üropatinin zamanında tedavisi, hastanın klinik durumunun korunması açısından kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: BEP, RETROPERİTONEAL, TESTİS TM

LENFADENOPATİ



LENFADENOPATİ



AuthorToEditor: HASTA YAŞI, ALINAN TEDAVİ SONRASI VCI VE PANKREAS YAPIŞIKLIK ? GİBİ KOMPLİKE VAKANIN KONGREYE ÇEŞİTLİLİK KATACAĞINI DÜŞÜNÜYORUM.SAYGIDEĞER BİLİM KURULU ÜYELERİ BU BİLDİRİNİN KABUL EDİLMESİ DURUMUNDA ÜROLOJİ KONGRESİ OLARAK İLK KEZ KATILIM SAĞLAYACAK OLMAK BENİ FAZLASIYLA HEYECANLANDIRIYOR.BU HEYACANIMIN KONGREYE KATILIM SAĞLAYIP DEVAM ETMESİ DİLEĞİYLE. SAYGILARIMLA DR.HALİS OKAN OKTAY

İzole Renal Hidatik Kist: Renal Maligniteyi Taklit Eden Nadir Bir Olgu

Osman Mert Yirmibeş

Dr. Vefa Tanır Ilgın Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya

Giriş: Hidatik hastalık en sık karaciğer ve akciğerleri tutmakla birlikte, renal yerleşim oldukça nadir görülmektedir. Böbrek tutulumu tüm olguların yaklaşık %2–4’ünü oluştururken, izole renal tutulum oldukça seyrektr. Bu durum tanıyı zorlaştırmakta, radyolojik açıdan renal neoplazileri taklit edebilmekte ve bazı olgularda böbrek tümörü şeklinde yanlış değerlendirilebilmektedir. Bu çalışmada, atipik şikayetle başvuran, böbrek malignitesi olarak tanı konulan, cerrahi tedavi kapsamında sağ radikal nefrektomi uygulanan ancak histopatolojik incelemesinde renal kist hidatik olduğu ortaya çıkan nadir bir olgu sunulmaktadır.

Vaka: Otuz yaşında kadın hasta, tek kez yaşadığı işeme güçlüğü ve ardından mukoid bir materyalin(Resim:1) gelmesiyle rahatlama şikâyetiyle başvurdu. Daha önce benzer bir durum yaşamadığını belirten hastanın anamnezinde, kentsel bölgede yaşadığı ve köpek, koyun veya sığırla temas öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri normaldi. Kontrastsız bilgisayarlı tomografide sağ böbrek alt pol anteriorunda, 37×29 mm boyutunda kalsifikasyon içeren kitle(Resim:2) saptandı. Ultrasonografide sağ alt polde, periferik kalsifikasyon ve nekrotik alanlar içeren 4,5×3 cm heterojen lezyon izlendi. Manyetik rezonans görüntülemeye kontrastlanan lineer kitle görünümü mevcuttu. Renal malignite ön tanısıyla radikal nefrektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme renal hidatik kist ile uyumlu bulundu. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve albendazol tedavisi başlandı.

Tartışma: Hidatik hastalık vücudun herhangi bir bölgesini tutabilse de üriner sistem yerleşimi nadirdir ve renal tutulum tüm olguların yaklaşık %2–4’ünü oluşturur. Bu nedenle izole renal hidatik kistler oldukça seyrektr. Hastalık uzun süre asemptomatik kalabilmekle birlikte, olgularda kitle (%84), ağrı (%73) ve hidatidüri (%29) bildirilmektedir. Hidatidüri dışındaki bulgular renal hidatidoz için özgül değildir ve diğer renal patolojilerle karışabilir. Olgumuzda lezyonun toplayıcı sistemle ilişkisine rağmen idrar incelemesinde hidatidüri veya hastalığı düşündüren patolojik bulgu saptanmamıştır.

Renal hidatik kistlerin tanısında görüntüleme yöntemleri temel rol oynar. Ultrasonografi; septasyon, kız vezikülleri ve hareketli membranlar içeren kompleks kistik yapıların değerlendirilmesinde ilk basamak yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, lezyonun anatomik özelliklerini ve yayılımını daha ayrıntılı gösterir. Ancak vakamızdaki gibi ileri olgularda psödotümöral hidatik kistin kistik renal

hücreli karsinomdan ayrımı güçleşebilir.

Renal hidatik hastalıkta temel tedavi, cerrahi olarak kistin ortadan kaldırılmasına dayanmaktadır. Cerrahi yöntemin seçiminde lezyonun boyutu ve lokalizasyonu, renal parankimin durumu ve karşı böbreğin fonksiyonu belirleyicidir. Uygulanabilecek cerrahiler arasında total-parsiyel kistektomi, parsiyel nefrektomi gibi nefron koruyucu cerrahilerin yanı sıra, ileri derecede renal parankim hasarı veya uygun olmayan anatomik koşullarda radikal nefrektomi bulunmaktadır. Antiparaziter tedavi ise özellikle cerrahi öncesi ve sonrası dönemde, rekürrens ve hastalığın yayılım riskini azaltmaya yönelik olarak tedaviye eklenebilmektedir.

Renal hidatik hastalıkta tedavi, kistin cerrahi olarak çıkarılmasına dayanır. Cerrahi seçenekler lezyonun özellikleri ve renal fonksiyona göre belirlenir. Total veya parsiyel kistektomi, nefron koruyucu cerrahi ve gerektiğinde nefrektomi uygulanabilir.

Antiparaziter tedavi, cerrahi öncesi ve sonrası dönemde destekleyici olarak kullanılabilir. Olgumuzda, preoperatif değerlendirme sonucunda sağ renal malignite ön tanısı konulmuş ve bu doğrultuda hastaya sağ radikal nefrektomi uygulanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde albendazol tedavisine başlanmıştır.

Sonuç: Renal hidatik kistler yavaş büyüyerek uzun süre asemptomatik seyredebilir ve özellikle izole olgularda renal maligniteleri taklit edebilir. Görüntüleme bulguları hidatik hastalık lehine karakteristik özellikler taşısa da, izole renal tutulumun son derece nadir olması nedeniyle bu lezyonlar renal neoplazilerle karıştırılabilmektedir. Bu nedenle, kistik renal lezyonların ayırıcı tanısında, özellikle endemik bölgelerde, ayırıcı tanıda hidatik hastalık göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: böbrek kitlesi, böbrek psödotümörü, renal kist hidatik

Resim 1: İdrardaki mukoid cisim



Resim 2: Lezyonun BT görüntüsü



[MSS-48]

Böbreğin nadir bir tümörü olarak:renal medullar karsinom

Bilal Kulak¹, Erbay Tümer²

¹KİLİS PROF.DR ALAİDDİN YAVAŞÇA DEVLET HASTANESİ

²GAZİANTEP ÖZEL NCR HOSPİTAL

GİRİŞ:

Renal medullar karsinom çok nadir görülen bir hastalıktır ve ilk olarak 1995 yılında tanımlanmıştır. 1995 tarihli orijinal çalışmada tanımlanan RMC'li hastaların yarısı, teşhisten sonra 4 aydan fazla yaşamamıştır. Mevcut tedavilerle bu süre 13 aya çıkarılmıştır ve yeni ve daha iyi tedaviler bulmak için araştırmalar devam etmektedir. En sık erkeklerde ve Afrikalı Amerikalılarda görülür. Renal medullar karsinom ayrıca ergenlerde ve genç yetişkinlerde de daha yaygındır. Olgular çoğunlukla hematüri, yan ve karın ağrısı,kilo kaybı şikayetleriyle kliniğe başvururlar.Orak hücre taşıyıcısı veya orak hücre hastalığı olan kişilerde bu hastalığın gelişme riski daha yüksektir.

Olgu:

Bu olgumuzda herhangi bir ek hastalığı olmayan,sigara kullanmayan 56 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu.Çekilen üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrekte hidronefroz gözlenmesi üzerine kontrastsız bilgisayarlı tomografi çekildi.Çekilen BT de sağ böbrek anterior duvarda hilusla ilişkisi net değerlendirilemeyen sınırları belirsiz üretere bası yapan kitle gözlendi.Bunun üzerine hastaya kontrastlı BT çekildi.Bt ‘’ Sağ böbrekte renal pelvis hemen inferiorundan vena kava inferiora doğru uzanım gösteren, vena kava inferior lümenini ve sağ renal veni invaze görünümde yoğun kontrast tutulumu gösteren yaklaşık 53x27 milimetrelik kitle lezyonu izlenmiştir. Renal hilus komşuluğunda, vena kava inferiorun hemen posteriorunda 3.5 cm'lik nodülerite izlenmiş olup, primer kitle lezyonunun devamı olarak değerlendirilmiştir.

Sağda perirenal yağlı planlarda kirlenme izlendi.’’ Şeklinde yorumlanması üzerine hastaya sağ radikal nefrektomi kararı alındı.Vena cava invazyonu ve VCI posterioruna uzanan kitleden bahsetmesi nedeniyle açık radikal nefrektomi kararı alındı.

Hastaya sağ radikal nefrektomi ve VCI korunarak LAP ve kitle eksizyonu yapıldı.

Patoloji sonucu RENAL MEDULLER KARSİNOMA, NOS -Tümör toplam geniş çapı 12,0 cm dir. -Majör renal venlere invazyon (POZİTİF) -Vena kava inferiora invazyon (POZİTİF) - Renal parankime, kapsüle ve perirenal dokulara invazyon (POZİTİF) şeklinde geldi.

Hasta operasyon sonrası kemoterapi açısından medikal onkolojiye yönlendirildi.Şuan postop 10. Ayda takip edilmektedir.

Sonuç:

Sonuç olarak renal med  llar karsinom diğ r böbrek tümörlerine oranda daha nadir görülüp daha agresif seyretmektedir. Diğ r böbrek tümörlerinden ayırıcı tanı gerektirir. Standart tedavilerin çoğunun RMC'de etkili olmadığı görüldüğünden tedavi seçenekleri sınırlıdır. Metastatik hastalığı olan, iyi bir performans durumu ve düşük metastatik yükü olan hastalarda, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ile önceden sitoredüktif nefrektomi ve ardından sistemik platin bazlı kemoterapi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Renal Medullar Karsinom,Nefrektomi,Orak Hücreli Anemi

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, Orak Hücreli Anemi, Renal Medullar Karsinom

böbrekteki kitle



Renal Vene invade Kitle



Üreter Orifis Darlığında Endoskopik Rezeksiyon: Beş vaka deneyimi

İlker Teke¹, Muhammet Alpaydın¹, Kağan Kutay Başar¹, Mert Emre Erden¹, Arda Tunç Aydınoğlu¹, Kazım Can Oba¹, Seyfettin Anıl Tantekin¹, Selçuk Erdem², Tzevat Tefik¹, Öner Şanlı², Faruk Özcan²

¹Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

²Ürolojik Onkoloji Bilim Dalı, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Üreter orifisini tutan veya orifise yakın mesane tümörleri, hem onkolojik tam rezeksiyon hem de üst üriner sistem drenajının korunması açısından üroloji pratiğinde özel bir yönetim gerektirir. Agresif rezeksiyon üreter darlığı ve renal fonksiyon kaybı riskini artırırken, yetersiz rezeksiyon rezidü tümör ve tekrarlayan cerrahi girişim ihtiyacını beraberinde getirebilir. Literatürde bu konuda standardize bir teknik ve sonuç verisi sınırlıdır. Bu çalışmada, kliniğimizde mesane tümörüne bağlı orifis tutulumu ve seçilmiş orifis bileşke darlığı olgularında uygulanan endoskopik orifis rezeksiyonunun peroperatif tekniği, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, işlem öncesi sistoskopi ve görüntülemelerde mesanede aktif tümör veya nüks bulunmayan, üreterovezikal bileşke düzeyinde kısa segmentli darlığı bulunan, ipsilateral böbrek fonksiyonu korunmuş olan 5 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, preoperatif ve postoperatif renal fonksiyon parametreleri (kreatinin, GFR), hidronefroz derecesi, postoperatif komplikasyonlar ve onkolojik takip verileri kaydedildi. İşlem sırasında hastaların nefrostomi traktından kontrast madde verildi. Floroskopi görüntülemelerinde rezektoskop monopolar loopu ve kontrast maddenin geçişinin olduğu en distal üreter ile kesiktirilerek üreter orifisi lokalize edildi. Ardından hastanın nefrostomi traktından metilen mavisi verildi. Bir hastada ise kontrast madde ve metilen mavisi aynı anda verildi. Floroskopi yardımı ile lokalize edilen muhtemel üreter orifisi monopolar loop ile metilen mavisinin rezeksiyon alanından eflusu görülene kadar rezeke edildi. Eflusun görülmesinin ardından orifisten hidrofilik kılavuz tel ilerletildi kılavuz tel üzerinden DJ stent yerleştirilerek işlem tamamlandı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 63,4 yıl (aralık 36-82) olup, 3'ü erkek, 2'si kadındı. Hastaların 4'ü geçirilmiş TUR-T ye bağlı orifis darlığı, 1'i tümör dışı (üreter taşı nedeniyle endoskopik girişim) orifis darlığı nedeniyle takipli olup hastalar nefrostomi ile takip edilmekteydi. Preoperatif dönemde hastaların %60'ında orta-ileri derecede hidronefroz mevcuttu. Ortalama preoperatif kreatinin ve GFR değerleri sırasıyla 1,10 mg/dL ve 69,8 mL/dk iken, postoperatif dönemde 1,08 mg/dL ve 77,8 mL/dk olarak saptandı. Bir

hastada (%20) DJ stent alınmasını takiben renal kolik ve hidronefroz gelişmesi üzerine DJ stent yerleştirildi. Hiçbir hastada tekrardan nefrostomi yerleştirilmesi endikasyonu gelişmedi. Hastaların takip süresinde nüks veya metastaz saptanmadı.

Sonuç: Endoskopik orifis rezeksiyonu, seçilmiş orifis darlığı olgularında, üriner sistem fonksiyonunu koruyarak düşük komplikasyon oranıyla uygulanabilen etkili ve güvenli bir tekniktir. Serimizde mesane tümörüne bağlı nüks izlenmemesi ve renal fonksiyonların korunması, iyi seçilmiş hasta grubunda bu yaklaşımın onkolojik ve fonksiyonel açıdan makul bir denge sağlayarak hastaların yaşam kalitesini arttırdığını gösterebilir. Sınırlı hasta sayısı nedeniyle bu bulguların daha geniş, çok merkezli serilerle desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik Rezeksiyon, Mesane Tümörü, Orifis Rezeksiyonu

Tablo 1. Hasta özellikleri ve sonuçların özeti

Tablo 1. Hasta özellikleri ve sonuçların özeti

Hasta	Yaş/Cins.	Komorbidite	Endikasyon	Patoloji	Preop GFR	Postop 1. AY GFR	Komplikasyon	Rezeksiyon Sonrası Takip Süresi (Ay)	Nüks (Takip süresi)
Hasta 1	50 / E	Yok	TUR-T	LgTa	86	123	Yok	2	Yok (16)
Hasta 2	82 / K	HT, AF, Hiperlipidemi	TUR-T	HgT1	75	40	Yok	2	Yok (9)
Hasta 3	36 / E	Yok	TUR-T	HgT2	46	37	Var (renal kolik + İYE + sekonder girişim)	28	Yok (54)
Hasta 4	75 / K	Hipotiroidi	Üreter taşı endoskopik girişim	-	62	66	Yok	8	-
Hasta 5	74 / E	DM	TUR-T	HgT1b	80	123	Yok	1	Yok (9)

Paratestiküler Kitlelerin Nadir Bir Ayırıcı Tanısı: Paraganglioma

Cemal Derman, Can Aksu, Serkan Akan, Ayhan Verit

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç:

Paragangliomalar, nöral krest kökenli ekstraadrenal kromaffin dokudan gelişen nadir nöroendokrin tümörlerdir. Genitoüriner sistem tutulumu oldukça seyrek olup paratestiküler bölge ve spermatik kord yerleşimi literatürde son derece az sayıda olguda bildirilmiştir. Paratestiküler paragangliomaların çoğunda katekolamin fazlalığına bağlı klinik bulguların bulunmaması preoperatif tanıyı güçleştirmekte ve bu lezyonlar sıklıkla benign paratestiküler kitleler ile karıştırılmaktadır. Bu bildiride, klinik olarak sessiz seyreden ve organ koruyucu cerrahi ile tedavi edilen nadir bir paratestiküler paraganglioma olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu:

Yirmi üç yaşında erkek hasta, kendi kendine muayene sırasında fark ettiği, birkaç aydır mevcut olan ağrısız ve yavaş büyüyen sol skrotal kitle nedeniyle başvurdu. Hastada hipertansiyon, baş ağrısı, çarpıntı, flushing veya aşırı terleme gibi katekolamin fazlalığını düşündürecek semptomlar bulunmamaktaydı. Fizik muayenede sol testisten ayrı, epididime komşu, yaklaşık 2,5 cm boyutunda, mobil ve ağrısız paratestiküler kitle saptandı. Skrotal ultrasonografide sol epididim gövdesine komşu 24×17 mm boyutlarında, iyi sınırlı, solid ve belirgin vaskülarizasyon gösteren paratestiküler lezyon izlendi. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide 20×16 mm boyutlarında, hiperdens ve periferik yoğun kontrastlanan nodüler lezyon saptandı; lenfadenopati veya uzak metastaz izlenmedi.

Lezyon lokal anestezi ve monitörize anestezi bakımı altında skrotal yaklaşımla eksize edildi. İntraoperatif değerlendirmede iyi sınırlı, kapsüllü ve belirgin vasküler kitle izlendi. Testis, epididim ve vas deferens korunarak komplet eksizyon gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede zengin vasküler stroma ile çevrili karakteristik “zellballen” paterni görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde chromogranin A, synaptophysin ve CD56 pozitifliği, sustentaküler hücrelerde ise S100 pozitifliği saptandı. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %3 olarak değerlendirildi ve bulgular paratestiküler paraganglioma ile uyumlu bulundu.

Tartışma:

Paratestiküler paragangliomalar, benign görünümlü ekstratestiküler kitlelerin nadir bir

ayırıcı tanısıdır. Klinik olarak sessiz seyretmeleri nedeniyle operasyon öncesinde tanınmaları güçtür. Bununla birlikte, görüntülemelerde belirgin hipervaskülarizasyon paraganglioma açısından uyarıcı bir bulgu olabilir. Histopatolojik inceleme ve nöroendokrin belirteçlerle yapılan immünohistokimyasal değerlendirme kesin tanıda temel rol oynar. Paragangliomaların metastatik potansiyeli ve kalıtsal mutasyonlarla ilişkisi nedeniyle cerrahi sonrası uzun dönem takibi önem taşımaktadır.

Sonuç:

Özellikle genç hastalarda saptanan solid ve belirgin hipervasküler paratestiküler kitlelerin ayırıcı tanısında paraganglioma akılda tutulmalıdır. Anatomik olarak uygun olgularda komplet lokal eksizyon ile testis ve paratestiküler yapıların korunması mümkün olabilir. Hastamızda altı aylık takip süresince lokal nüks saptanmamıştır.

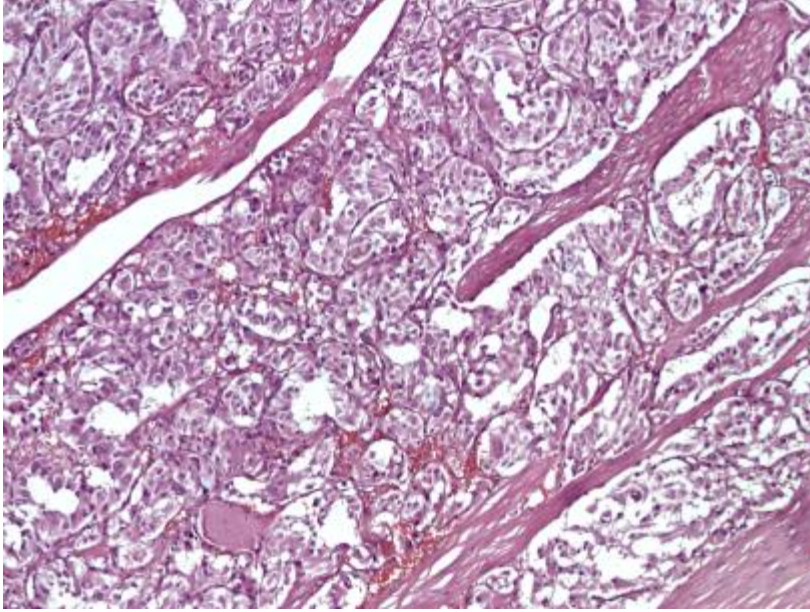
Anahtar Kelimeler: hipervasküler kitle, nöroendokrin tümör, organ koruyucu cerrahi, paraganglioma, paratestiküler kitle

Paratestiküler kitlenin BT görüntüsü



Kontrastlı aksiye BT görüntüsünde sol testise komşu, iyi sınırlı ve belirgin kontrastlanan paratestiküler kitle

Paratestiküler paragangliomanın histopatolojik görünümü



H&E boyamada "zellballen" paterni ve tümör hücre kümelerini çevreleyen zengin fibro-vasküler stroma

Paratestiküler Paragangliomaların Literatür Özeti

Bildirilmiş olgu sayısı	2024 derlemesinde 17 skrotal olgu; 2025 ve 2026'da ek olgular
Tanı yaşı	15–69 yıl, ort. ~41,9; olgumuz: 23 yaş
Taraf	Sağ %53 (9/17); sol %47 (8/17); olgumuz: sol
Anatomik lokalizasyon	Spermatik kord %88 (15/17); kord/testis bileşkesi %6 (1/17); paratestiküler/epididimal %6 (1/17)
Tümör boyutu	1,5–10 cm; olgumuz: 2,4×1,8×1,5 cm
Fonksiyonel durum	Klinik non-fonksiyonel/non-sekretuar %71 (12/17); fonksiyonel %29 (5/17); olgumuz: klinik olarak sessiz
Metastaz/nüks	%17,6 (3/17); olgumuz: 6 aylık takipte hastalıksız
Germline genetik test	Olguların %29'unda (5/17) bildirilmiş; SDHB ve SDHD mutasyonları saptanmış

Literatürde Bildirilen Paratestiküler Ve Spermatik Kord Paragangliomalarının Klinikopatolojik Özellikleri ve Olgumuzun Karşılaştırılması

[MSS-51]

İndirekt İnguinal Herniyi Taklit Eden Dev Paratestiküler Liposarkom Olgusu

Arda Tongal¹, Mert Hamza Özbilen¹, Hakan Türk¹, Adem Tunçekin¹, Yasin Aktaş¹, Ayberk Dursun², Bilge Günay Gülen³, Musab Köse¹, Ali Nihat Gökcan¹, Oğuzhan Ertan¹, Mehmet Gökaslan¹

¹Uşak Üniversitesi Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uşak

²Uşak Üniversitesi Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uşak

³Uşak Üniversitesi Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Uşak

GİRİŞ

Skrotal kitlelerin malignite potansiyelleri yüksektir. Tüm skrotal kitlelerin %2-3'ünü paratestiküler kitleler ve %30'unu sarkomlar oluşturur. Skrotal sarkomlar arasında en sık rabdomyosarkom ve liposarkomlar görülür. Literatürde yaklaşık 300 adet paratestiküler liposarkom bildirilmiştir. Bu bildiride indirekt inguinal herniyi taklit eden dev paratestiküler liposarkom olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

41 yaş erkek hasta 3 aydır olan ve giderek büyüyen sol skrotal ve inguinal şişlik ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Genel cerrahide yapılan fizik muayene inguinal herniye eşlik eden skrotal kitle şüphesi ile kliniğimize yönlendirildi. Yapılan fizik muayenede skrotumda yer yer sert, testisi periferite iten kitle ile uyumlu olan şişlik muayene edildi. Çekilen skrotal renkli doppler ultrasonografi "Sol inguinal kanaldan sol hemiskrotum içerisine uzanan, sol testis ve epididimi periferite iten, geniş yerinde yaklaşık 130x84x154 mm ölçülen, yer yer ılımlı vaskülarite kodlanan hipoekoik heterojen solid kitlesel lezyon" ile uyumlu raporlandı. Herninin varlığına ilişkin genel cerrahi önerisiyle çekilen bilgisayarlı tomografi ise "Sol inguinal bölgede mezenterik doku belirgin herniye görünümünde izlenmiş olup herni kesesi içerisinde 65x44 mm boyutunda heterojen dansitede lobüle konturlu alan dikkati çekmiştir. Olası lezyon ekarte edilememiştir." şeklinde raporlandı (Resim 1). Hastanın B-HCG, AFP ve LDH değerleri normal aralıktaydı. Hasta ile görüşülüp inguinal eksplorasyon kararı alındı. İnguinal kesi ile girildi. Hastada direkt inguinal herni kesesi saptandı. Spermatik korddan çevre dokulardan keskin ve künt diseke edildi. Testis ve kitle doğurtuldu ve bağlanarak kesildi. İntraoperatif olarak kitlenin adipoz yapıda olduğu değerlendirildi (Resim 1). Ardından genel cerrahi tarafından direkt inguinal herni onarımı yapıldı, operasyon lojuna dren yerleştirilerek işleme son

verildi. Hasta postoperatif 2.günde dreni çekilerek komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu "Paratestiküler yerleşimli kitlenin en büyük boyutunun 23 cm'dir. Histopatolojik incelemede adipositlerde yer yer şekil ve boyut farklılıkları, hemoraji,inflamasyon bulguları yanı sıra fokal miksoid değişiklikler izlenmiştir. Stromada multinükleer dev hücreler,bizar nükleer özellikler gösteren pleomorfik hücreler dikkati çekmiştir. İnfiltratif büyüme, nekroz ve belirgin mitotik aktivite izlenmemiştir.Yapılan immunhistokimyasal incelemede CDK4 pozitifliği ve MDM2 pozitifliği saptandı. FISH'te MDM2 amplifikasyonu görüldü. Sonuçlar iyi diferansiye liposarkom ile uyumludur." şeklinde raporlandı(Resim 2). Hasta patoloji sonucuyla multidisipliner üroonkoloji konseyinde değerlendirildi. Hastaya takip kararı verildi. Hasta mevcut haliyle postoperatif 3.ayındadır. Herhangi bir nüks ve metastaz saptanmamıştır.

SONUÇ

Skrotal ve inguinal şişlik yakınmasıyla gelen hastalarda paratestiküler tümörler nadiren görülür. Liposarkom bu hastalarda var olabilecek patolojilerden biridir. Anatomik yakınlık nedeniyle bu kitlelerin inguinal herniyi taklit edebileceği ve gerekli görüldükçe ileri inceleme gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

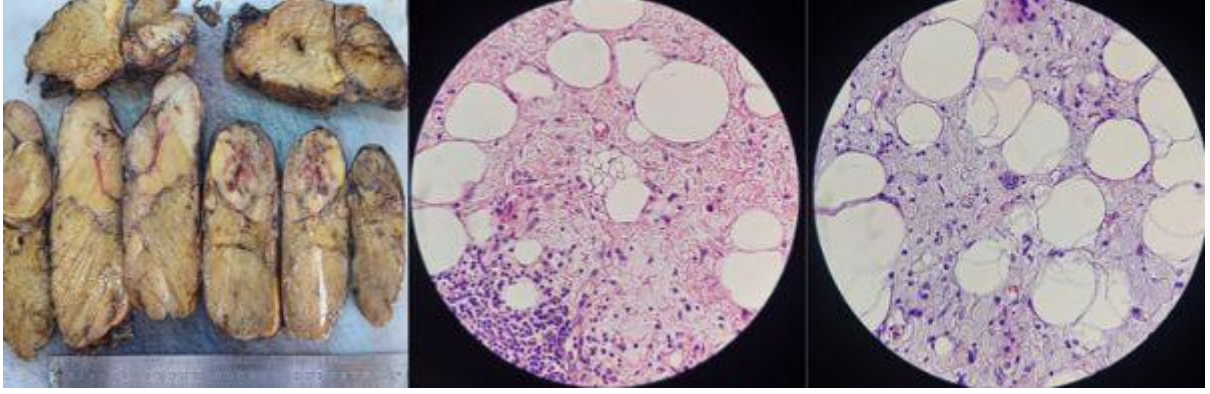
Anahtar Kelimeler: Radikal orşektomi, Liposarkom, İnguinal herni

Resim 1.



Testis ve epididimi periferite iten skrotal kitle BT görüntüsü, İndirekt inguinal herniyi düşündüren uzanım varlığı BT görüntüsü, İntraoperatif görüntü

Resim 2.



Radikal orşektomi materyali makroskopi görüntüsü, Lipoblast-multivakuole, hiperkromatik nükleuslu hücreler, Bizar nükleer özelliklere sahip atipik stromal hücreler