

[VS-10]

Kelly Ve Modifiye Cantwell–Ransley Teknikleri Kullanılarak Kombine Mesane Boynu Rekonstrüksiyonu Ve Epispadias Onarımı

Merve Dede Ezer, Tuğçe Merve Orbay, Ayşegül Akbulut, Mehmet Uğur Yılmaz, Nizamettin Kılıç

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, Çocuk Ürolojisi BD

1. AMAÇ

İzole epispadias ve hipokompliyan, düşük kapasiteli mesanesi olan 1 yaşındaki bir erkek hastada Kelly mesane boynu rekonstrüksiyonu ile modifiye Cantwell–Ransley Epispadias onarım tekniğinin birlikte uygulanmasını adım adım gösteren bir cerrahi videonun sunulması.

2. OLGU SUNUMU

Dış merkezden tarafımıza yönlendirilen hastanın fizik muayenesi yapılarak izole epispadias tanısı kondu. Üriner ultrasonografisi normaldi; videourodinami incelemesinde ise VUR olmaksızın beklenen kapasitenin yaklaşık yarısı kadar kapasiteye sahip hipokompliyan bir mesanesi olduğu saptandı.

Kombine mesane boynu ve üretral rekonstrüksiyon uygulanması planlandı.

Üretral meatustan umbilikusa kadar orta hat insizyonu yapıldı ve diseksiyon simfizis pubise kadar ilerletildi. Mesane boynunu ortaya koymak amacıyla pubik simfiz açıldı. Anterior insizyon ile mesane açıldı, mesane tabanı mukozası ve üretral plate bir bütün şeklinde şekilde ortaya kondu. Her iki üreter kateterize edildi ve mesaneden intravezikal şekilde ayrıldı. Cohen Üreteroneosistostomi tekniği kullanılarak yeniden mesaneye implante edildi. Mesane boynu ve üretral plate sınırları belirlendi ve cilt sınırından insize edildi. Bunu takiben sirkümferansiyel insizyon ve tam penil degloving gerçekleştirildi. Penil mobilitiyi artırmak amacıyla posterior kavernozaal bağlantılar serbestlendi. Kelly mesane boynu onarım tekniğinin bir parçası olarak iskiokavernozaal kas yapışık olduğu periost dokusu ile birlikte serbestlendi. Mesane boynu seviyesinde üçgen şeklinde demukozalizasyon yapıldı ve ardından mesane boynunu yapılandırmak amacıyla yaklaştırma sütürleri atıldı. Simfizis pubis ve mesane kapatılarak Kelly rekonstrüksiyonu tamamlandı.

Epispadias onarımı, nörovasküler demeti koruyacak şekilde yapılan iki ventral insizyon ile başlatıldı. Glans düzeyinde yapılan dorsal plate insizyonu mobilizasyona olanak sağladı. Modifiye Cantwell–Ransley tekniği kullanılarak kavernozaal cisimler ayrıldı ve glans ayrılmadan parsiyel penil disassembly uygulandı. Üretral plate ventrale transpozisyon için mobilize edildi ve kavernozaal cisimlerin arasından dorsalden ventrale

alındı. Kateter üzerinden tübülerize edilerek proksimal neo retra oluşturuldu. Kavernoza cisimler orta hatta dış rotasyon yaptırılarak yeniden yaklaştırıldı. Prepsyal greft tübülerize edilerek distal üretrayı oluşturmak üzere hazırlandı. Proksimaldeki nativ üretra ve distal üretra anastomoz edilerek üretral rekonstrüksiyon tamamlandı. Kateter üzerinde hazırlanmış olan üretra subkoronal seviyeden penis dorsaline alınarak glans-üretra anastomozu gerçekleştirildi. Ardından gland loplastisi yapıldı. Penoskrotal a ı düzeltmesi, sirkümsizyon hattının kapatılması ve dorsal Z-plastiler ile işlem sonlandırıldı. Postoperatif dönem sorunsuz seyretti.

3. SONUÇ

Bu video, Kelly mesane boynu rekonstrüksiyonu ile modifiye Cantwell-Ransley epispadias onarımının entegre uygulanabilirliğini ve etkinliğini göstermektedir. Kombine yaklaşım, izole epispadias ve eşlik eden mesane disfonksiyonu bulunan infant hastalarda kapsamlı bir   z m sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: izole epispadias, mesane boynu onarımı, epispadias onarımı, kelly rekonstrüksiyonu, modifiye cantwell-ransley tekniği

izole epispadias tanılı postoperatif hasta görüntüsü



izole epispadias tanılı preoperatif hasta görüntüsü



[VS-11]

Managing a Complex Complete Obliterative Posterior Urethral Stenosis Following 66 Interventions for Simple BPH: A 9-Year Quest for a Cure Ending with Partial Pubectomy-Assisted Vesicourethral Anastomosis

Ardahan Arda¹, Ramazan Topaktaş¹, Şinasi Yavuz Önel²

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Önel Üroloji Merkezi

Introduction

Severe iatrogenic posterior urethral stenosis (PUS) with massive pelvic fibrosis is a debilitating complication of recurrent endoscopic interventions. We present the surgical management and 7-year outcomes of a highly refractory case of obliterative PUS resulting from 66 prior procedures for benign prostatic hyperplasia (BPH).

Case Presentation

A 57-year-old male presented with a 1.5-year history of cystostomy dependency and severe psychological distress. Clinical evaluation revealed a markedly indurated prostate (PSA: 0.5 ng/ml). Since an initial TUR-P in 2008, the patient had undergone 61 failed transurethral procedures (resections and dilations), three urethral stent applications, and an unsuccessful open graft reconstruction in 2016 for complete obliterative PUS.

Results

Definitive reconstruction was achieved via partial pubectomy-assisted vesicourethral anastomosis. The early postoperative course was complicated by pubic bone hemorrhage, necessitating surgical exploration and transfusion. The catheter was removed on postoperative day 21 following a normal pericatheter urethrogram. Transient urge incontinence resolved within one month, and suprapubic crepitation subsided by six months. Over a 7-year follow-up, the patient remained stricture-free with full urinary continence and preserved erectile function.

Conclusion

Extensive iatrogenic PUS is a profound consequence of repetitive, unsuccessful transurethral interventions. This case demonstrates that even in anatomically distorted and highly refractory scenarios, partial pubectomy-assisted vesicourethral anastomosis offers a durable and definitive cure, providing long-term stricture-free patency and functional preservation.

Keywords: Partial Pubectomy, Posterior Urethral Stenosis, Vesicourethral Anastomosis

[VS-12]

Laparoskopik Piyeloplastide Renal Vene Yanlışıklıkla Uygulanan Titanyum Klipin Vasküler Hasar Oluşturmadan Çıkarılması

Yunus Erol Bozkurt

Üroloji Kliniği, Manisa Şehir Hastanesi, Manisa, Türkiye

Amaç

Laparoskopik piyeloplasti sırasında gelişen venöz kanamalar, sınırlı görüş alanı nedeniyle hızlı müdahale gerektirmekle birlikte telaşlı davranmanın ek komplikasyon doğurabileceği durumlardır. Kanama kaynağının kesin olarak görülemediği anlarda uygulanan hemostatik girişimler, komşu vasküler yapıların yanlışıklıkla klemplenmesi riskini taşır. Renal ven gibi majör bir damara istemsiz klip uygulanması fark edilmediğinde venöz konjesyon ve parankim hasarına yol açabilirken, klipin uygunsuz biçimde çıkarılmaya çalışılması ven duvarında yırtık ve kontrolü güç bir kanamaya neden olabilir. Bu bildiride, sağ laparoskopik piyeloplasti sırasında gonadal ven kanamasına müdahale edilirken renal vene yanlışıklıkla uygulanan titanyum klipin vasküler hasar oluşturmadan geri alındığı bir olgunun video eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Gereç - Yöntem

Otuz beş yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı şikâyetiyle başvurdu; görüntülemelerde sağ üreteropelvik bileşke darlığı ve grade 3 hidronefroz saptandı. Preoperatif Tc-99m DTPA diüretik renografide sağ böbrekte obstrüktif drenaj paterni izlendi (T½ 22 dk); split renal fonksiyon sağ %38, sol %62 ölçüldü. Preoperatif Tc-99m DMSA sintigrafisinde sağ böbrek relatif fonksiyonu %37 olup kortikal skar izlenmedi. Hastaya transperitoneal yaklaşımla sağ laparoskopik dismembered piyeloplasti uygulandı. Diseksiyon sırasında gonadal venden kanama gelişti; sınırlı görüş alanında kaynak başlangıçta saptanamadı ve hemostaz amacıyla uygulanan titanyum klip yanlışıklıkla renal ven üzerine yerleştirildi. Ardından kanama kaynağının gonadal ven olduğu anlaşılarak bu venin klemplenmesiyle hemostaz sağlandı ve görüş alanı berraklaştı. Bu aşamada renal ven üzerindeki klipin malpozisyonu fark edildi. Klip, laparoskopik atravmatik grasper ile kavranarak ven duvarına dik değil laterale doğru, kademeli ve nazik traksiyon uygulanacak şekilde çekildi; ani ve kuvvetli hareketten kaçınıldı, her adımda ven duvarının gerilimi görsel olarak kontrol edildi.

Bulgular

Titanyum klip, laterale uygulanan kontrollü traksiyon ile ven duvarını yırtmadan yandan kayarak çıktı. Doğrudan inspeksiyonla renal vende yırtık, laserasyon, sızıntı tarzında

kanama veya intimal hasar bulgusu izlenmedi; venöz onarım, sütür veya ek hemostatik ajan gereksinimi olmadı. Operasyon süresi 145 dk, tahmini kan kaybı 80 mL idi; a  k cerrahiye geçiş gerekmedi. Hasta postoperatif 3. günde sorunsuz taburcu edildi, komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 6. ayda tekrarlanan DTPA diüretik renografide drenaj paterni obstrüktif olmayan nitelikteydi (T   8 dk); split fonksiyon sa   %41   l  ld  . Kontrol DMSA sintigrafisinde sağ böbrek relatif fonksiyonu %40 olup yeni kortikal skar veya fonksiyon kaybı saptanmadı.

Sonuc

Bu olgu, kanama anında kaynağı doğrulamadan uygulanan hemostatik girişimlerin komşu vasküler yapılara hatalı klip riskini artırdığını göstermektedir; öncelik daima kanama kaynağının kesin olarak görülmesi olmalıdır. Bununla birlikte oluşmuş bir malpozisyon her zaman kalıcı değildir; doku b  t  nl     korunmuşsa titanyum klip ven duvarına zarar vermeden geri alınabilmektedir. Manevranın güvenliği atravmatik alet kullanımına,   eki   yönünü laterale ayarlanmasına ve hareketin kademeli, kontrollü ve sabırlı uygulanmasına bağlıdır. İnteroperatif hataların ve başarılı kurtarma yöntemlerinin şeffaf paylaşımı benzer durumlarla karşılaşan cerrahlar için önemli eğitsel değer taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: intraoperatif komplikasyon, laparoskopik piyeloplasti, renal ven, titanyum klip, vasküler yaralanma

AuthorToEditor: Bildiri, laparoskopik piyeloplastide renal vene yanlışlıkla uygulanan titanyum klipin vasküler hasar oluşturmadan çıkarıldığı bir intraoperatif kurtarma manevrasını sunmaktadır. Olguyu, başarılı bir teknik gösterimi olarak değil, gerçekleşen bir hatanın ve düzeltilmesinin şeffaf paylaşımı olarak sunuyoruz; eğitsel değerinin bu   effaflıkta olduğunu d    n  yoruz. Hasta onamı alınmış olup videoda kimlik belirleyici veri yoktur.   ıkar   atı  ması bulunmamaktadır.

[VS-13]

The Boari Flap Technique in Iatrogenic Ureteral Trauma: Surgical Reconstruction and Clinical Efficacy

Ramazan Topaktaş¹, Rıdvan Kayar², Ardahan Arda¹, Mehmet Kaan Aydın¹, Şinasi Yavuz Öno³

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi

²İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Öno³ Üroloji Merkezi

Introduction

Iatrogenic ureteral injuries (ligation, crush, laceration, avulsion, stretching, transection, and devascularization) are a serious concern in abdominal and pelvic surgeries and are among the most feared complications, especially in gynecological operations. This study aims to present the technique of creating a new ureteral segment using a bladder flap (Boari flap) in the reconstruction of iatrogenic ureteral injuries, along with our clinical results regarding this method.

Materials and Methods

Nine female patients diagnosed with iatrogenic ureteral injury between 2005 and 2021, who presented with symptoms of ureteral obstruction in the acute or late phase of the disease (ranging from 1 day to 5 months), were included in the study. Upon examining the etiology of the injuries, it was observed that 7 cases developed secondary to gynecologic oncology surgery, and 2 cases secondary to cesarean section (C/S). Significant hydronephrosis was detected in all patients, and percutaneous nephrostomy was initially performed in 6 patients. In the preoperative evaluation, the urine cultures of all patients were sterile; urodynamic parameters evaluating bladder capacity, function, and outflow obstruction were confirmed to be within normal limits.

In the surgical technique, dissection of the injured ureter was avoided. In the retroperitoneal space, the bladder dome and lateral walls were dissected from the peritoneum and mobilized, thereby freeing the bladder dome. The ureter was located in healthy tissue proximal to the iliac crossing in the retroperitoneal space. The Boari flap, prepared with a broad base from the bladder, was tubularized into a circular structure, advanced to the level of the healthy ureter, and anastomosed. The surgical approach was performed entirely extraperitoneally in 7 patients, and combined extra- and intraperitoneally in 2 patients; kidney mobilization was not required in any of the cases.

Results

The mean follow-up period of the patients was recorded as 61 months (range: 6-82 months). Antegrade pyelography performed in the second postoperative month

confirmed that the ureteral replacement was functioning without issues, the need for nephrostomy was eliminated, and urethral catheters were successfully removed in all patients. Follow-up of the kidneys and hydronephrosis was performed using ultrasonography every 3 months during the first year, and once a year during the second year. Computed tomography and scintigraphy were used to evaluate the kidneys during the second-year follow-ups. During the follow-up period, no deterioration in kidney functions or progression in the degree of hydronephrosis was observed in any patient.

Conclusion

The Boari flap technique is the best method to be preferred in the presence of an indication for ureteral replacement. Compared to other replacement alternatives such as the ileal ureter, it offers superior clinical outcomes in terms of complications. However, the most significant limitation of the technique is the requirement for adequate bladder compliance and sufficient bladder capacity to allow the preparation of a long flap.

Keywords: Boari flap, Iatrogenic ureteral injury, Ureteral reconstruction

[VS-14]

Modified Lich-Gregoir Ureteral Reimplantation: Achieving Same-Day Discharge in High-Grade Reflux

Ardahan Arda¹, Rıdvan Kayar², Ramazan Topaktaş¹, Şinasi Yavuz Önel³

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi

²İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Önel Üroloji Merkezi

Objective

Open ureteral re-implantation is the gold standard method for high-grade reflux. Intravesical approaches are associated with morbidity and long hospitalization when bladder integrity is impaired. Classic extravesical approaches offer low morbidity but may require urethral catheterization due to bladder hypotonia, especially in bilateral cases. In this study, we present our experience with a modified Lich-Gregoir re-implantation technique that reduced the length of hospital stay to a single day (one-daily discharge).

Materials and Methods

A Pfannenstiel incision was utilized as a minimally invasive approach, as it avoids muscle transection and provides access to both ureters through the same incision. This incision is considered advantageous in facilitating same-day patient discharge. In the modified technique, after the distal ureter was freed (without disrupting the ureterotrigoal integrity), the ureter was fixed with detrusorrhaphy from the ureterovesical junction to the level of the umbilicus. The detrusorrhaphy line was closed by passing 1-2 mm through the ureteral adventitia every few sutures.

Results

In the modified Lich-Gregoir technique, no bladder hypotonia was observed because there was no innervation damage and the ureterotrigoal integrity was not impaired. Consequently, there was no need for catheterization. Furthermore, the omission of a ureteral stent eliminated the need for re-anesthesia. The procedure demonstrated low overall morbidity. In bilateral cases, no voiding dysfunction was observed with this method, and the bladder could be emptied normally.

Conclusion

Long-term success was high, as the ratio of the newly created submucosal tunnel was not impaired by the applied technique. By preserving innervation and eliminating the need for stents and catheters, this modified extravesical approach stands as a safe and effective surgical option for high-grade reflux, offering the notable advantages of low morbidity and same-day discharge.

Keywords: Lich-Gregoir Technique, Same-Day Discharge, Ureteral Reimplantation, Vesicoureteral Reflux

[VS-15]

Salvage Reconstruction for a Refractory Vesicoperianal Fistula Following Failed Laparoscopic Repair

Ardahan Arda¹, Ramazan Topaktaş¹, Şinasi Yavuz Öñol²

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakóltesi

²Öñol Üroloji Merkezi

Introduction

We present the case of a 26-year-old female who presented with a chief complaint of urine discharge originating from the perianal area. The patient's past medical history was notable for a prior Cesarean section in 2018.

Case presentation

Her current illness trajectory began in April 2021, when she underwent a Fistula Laser Closure (FiLaC) procedure for a standard perianal fistula. This treatment was complicated by the development of an iatrogenic vesicoperianal fistula. In May 2021, an initial attempt at surgical correction via a transperitoneal laparoscopic fistula repair was performed but proved unsuccessful. Due to persistent symptoms, the patient was referred to our center in June 2021 for advanced management.

Diagnostic imaging utilizing radiopaque contrast demonstrated a clear pathological tract. The contrast passage was visualized extending directly from the bladder into a perianal abscess cavity and the associated fistula tract, confirming the complex vesicoperianal communication.

An open reconstructive approach was selected. The patient's previous Pfannenstiel incision was reused for surgical access, followed by the separation of the rectus muscle. To ensure precise anatomical orientation and safe dissection, the peritoneum was mobilized entirely from the bladder, which facilitated the identification of the ureter. During the procedure, balloon retraction was strategically utilized to provide an adequate and secure manipulation field. Critical intraoperative assessments included evaluating the exact proximity of the ureteral orifices to the fistula tract to avoid secondary injury. Upon successful exposure of the fistula tract, remnant suture materials from the prior failed laparoscopic repair were identified and systematically removed to clear the field for primary repair.

Following the reconstructive surgery, the patient returned with complaints of fluid discharge from the anus. Examination during the first postoperative week revealed the recurrence of a transsphincteric perianal fistula. Given the colorectal nature of this recurrence, the patient was appropriately referred to the general surgery department. In September 2021, the general surgery team performed a core-out fistulectomy. This

multidisciplinary intervention yielded excellent definitive results. The patient has been closely monitored and reports no further problems or symptom recurrence over a 3-year follow-up period.

Conclusion

Iatrogenic vesicoperianal fistulae represent severe complications of the FiLaC procedure. This case demonstrates that managing such refractory defects requires meticulous open urological reconstruction and underscores the vital role of multidisciplinary surgical collaboration in achieving definitive, long-term clinical resolution.

Keywords: Reconstructive Urology, Salvage Surgery, Vesicoperianal Fistula

[VS-16]

Non-endemik bir ülkede schistosoma haematobium'a bağlı ürotelyal karsinomu taklit eden mesane kitlesi

Burak Ünal, Özgür Çınar, Oğuzhan İsmail Kallımcı, İpek Şen, Melih Yeşil, Gudrat İmanlı, Selahattin Bedir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç

Non-endemik bölgelerde nadir görülen üriner schistosomiasis, mesane tümörünü taklit ederek tanısız zorluklara yol açabilir. Bu çalışmada, mesane kitlesi ile başvuran genç bir hastada schistosomiasis tanısının preoperatif olarak saptanması sunulmaktadır.

Yöntem

Alt üriner sistem semptomları ile başvuran 20 yaşında, Somali kökenli erkek hasta değerlendirildi. Hastada sigara öyküsü veya mesane kanseri açısından bilinen risk faktörleri yoktu. Preoperatif değerlendirmede idrar mikroskopisi yapıldı. Sistoskopi sonrası transüretral rezeksiyon (TUR-MT) uygulandı.

Bulgular

İdrar mikroskopisinde Schistosoma haematobium ile uyumlu terminal dikenli yumurtalar saptandı.

Sistoskopide yaklaşık 2 cm çapında, malignite şüphesi uyandıran sesil mesane kitlesi ve diffüz sarımsı granüler “sandy patches” görünümü izlendi.

Rezeksiyon sonrası histopatolojik incelemede eozinofil ağırlıklı kronik inflamasyon ve subepitelyal parazitik yumurtalar görüldü. Malignite saptanmadı.

Sonuç

Schistosomiasis, özellikle endemik bölgelerden gelen genç hastalarda mesane kitlesi ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Preoperatif idrar mikroskopisi ve karakteristik sistoskopik bulgular erken tanıda kritik rol oynayarak gereksiz agresif tedavileri önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: schistosoma haematobium, schistosomiasis, mesane kitlesi, mesane tümörü

AuthorToEditor: This video demonstrates a rare case of bladder schistosomiasis mimicking urothelial carcinoma in a non-endemic region, with preoperative diagnosis via urine microscopy.

[VS-17]

Video olgu sunumu: Polikistik böbrekte laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında toplayıcı sistem iletişimini belirlemek için peroperatif üreteral kateterizasyon ve metilen mavisi kullanımı

Takhir Khakimov

ankara bilkent şehir hastanesi

Bilateral polikistik böbrek hastalığı bulunan hastada sağ böbrek üst polde yaklaşık 2,5–3 cm renal kitle saptandı ve laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. Cerrahi eksplorasyon sırasında renal kistler dekomprese edildi ve toplayıcı sistem ile ilişkili olduğu görülen bir kistin kavitesi içerisinde idrar gelişi izlendi. Parsiyel nefrektomiye geçilmeden önce sağ üretere peroperatif olarak üreteral kateter yerleştirildi. Toplayıcı sistem iletişimini ve olası üriner ekstrevasasyonu belirginleştirmek amacıyla kateterden metilen mavisi verildi. Metilen mavisinin yalnızca ilişkili kist kavitesi içerisine ekstrevasyon olduğu görüldü ve bu bulgu kist ile toplayıcı sistem arasındaki iletişimi doğruladı. Renal pelviste, üreterde veya böbreğin diğer parankimal alanlarında ek ekstrevasyon izlenmedi. Laparoskopik parsiyel nefrektomi tamamlandı ve double-J üreteral stent yerleştirildi. Postoperatif ilk 24 saatte drenaj yaklaşık 100 mL idi ve sonrasında anlamlı drenaj olmadı. Dren, postoperatif 2. günde ek anlamlı drenaj izlenmemesi üzerine çekildi. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ve postoperatif 3. günde taburcu edildi. Double-J stentin yaklaşık 6. haftada çıkarılması planlandı. Bildiri gönderimi sırasında renal kitlenin histopatolojik incelemesi henüz sonuçlanmamıştı.

Anahtar Kelimeler: polikistik böbrek, böbrek, toplayıcı sistem

[VS-18]

**Video olgu sunumu; Polikistik Böbrekte Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi.
Perioperatof yönetim**

Takhir Khakimov, Yılmaz Aslan, Tanju Keten, Doruk Demirel, Kazım Ceviz

ankara bilkent şehir hastanesi

Amaç; Renal kistlerin cerrahi anatomiye maskeleyebildiği ve toplayıcı sistem yaralanması riskini artırabildiği polikistik böbrek hastalığında, laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında toplayıcı sistem ile kist arasındaki iletişimin intraoperatif olarak belirlenmesine yönelik pratik bir yaklaşımı sunmak.

Yöntem; Bilateral polikistik böbrek hastalığı bulunan hastada sağ böbrek üst polde yaklaşık 2,5–3 cm renal kitle saptandı ve laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. Hastanın cerrahi eksplorasyondan önce sağ ureter kateteri yerleştirilerek toplayıcı sistemin görüntüleme hazırlığı yapılmıştır. Cerrahi eksplorasyon sırasında renal kistler dekomprese edildi ve toplayıcı sistem ile ilişkili olduğu görülen bir kistin kavitesi içerisinde idrar gelişini izlendi. Toplayıcı sistem iletişimini ve olası üreterik ekstrevasyonu belirginleştirmek amacıyla kateterden metilen mavisi verildi. Bulgular Metilen mavisinin yalnızca ilişkili kist kavitesi içerisine ekstrevasyon olduğu görüldü ve bu bulgu kist ile toplayıcı sistem arasındaki iletişimi doğruladı. Renal pelviste, üreterde veya böbreğin diğer parankimal alanlarında ek ekstrevasyon izlenmedi. Laparoskopik parsiyel nefrektomi tamamlandı ve double-J üreteral stent yerleştirildi. Postoperatif ilk 24 saatte drenaj yaklaşık 100 mL idi ve sonrasında anlamlı drenaj olmadı. Dren, postoperatif 2. günde ek anlamlı drenaj izlenmemesi üzerine çekildi. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ve postoperatif 3. günde taburcu edildi. Double-J stentin yaklaşık 6. haftada çıkarılması planlandı. Bildiri gönderimi sırasında renal kitlenin histopatolojik incelemesi henüz sonuçlanmamıştı.

Sonuç; Anatomik olarak kompleks polikistik böbreklerde, peroperatif üreteral kateterizasyon sonrasında metilen mavisi verilmesi, parsiyel nefrektomi sırasında toplayıcı sistem ile kist arasındaki iletişimin erken ve lokalize olarak belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu video olgu sunumunda, metilen mavisinin yalnızca iletişimli kist içerisine ekstrevasyonunun görülmesi, ilişkili kistin tanımlanmasını kolaylaştırmış ve cerrahinin güvenli şekilde tamamlanmasına katkı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Metilen mavisi, Parsiyel nefrektomi, Toplayıcı sistem

[VS-19]

Nefrolitiyazis Cerrahisinde SBES (simultaneous bilateral endoscopic surgery) Yaklaşımı

Mehmet Umut Evci, Cemil Emre Yurtseven

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği,
İstanbul

Amaç: İki taraflı böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde, anestezi süresini ve hastanede yatış süresini optimize etmek amacıyla uygulanan SBES (simultaneous bilateral endoscopic surgery) yaklaşımımızın ve klinik sonuçlarımızın video eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: İki taraflı yan ağrısı olan, DM (diabetes mellitus) ve ESWL (ekstrakorporeal şok dalga litotripsi) öyküsü bulunan hastanın kontrastsız BT (bilgisayarlı tomografi) incelemesinde; sağ renal pelviste 8 mm, sol renal pelviste büyüğü 20 mm çapında kalküller ve solda G1-2 ektazi saptandı. Hastaya cerrahi tedavi olarak tek seansta bilateral müdahale planlandı. Yöntem olarak; genel anestezi altında Galdakao-modifiye supine Valdivia pozisyonu sağlandıktan sonra, bir cerrahi ekibin sağ üreterden access sheath (erişim kılıfı) yerleştirilerek RIRS (retrograd intrarenal cerrahi) yapması, diğer ekibin ise eş zamanlı olarak sol böbrek alt polden perkütan giriş ile 22 Fr mini-PNL (mini-perkütan nefrolitotomi) uygulaması kurgulandı.

Bulgular: Operasyon planlandığı şekilde, iki farklı endoürolojik girişimin tamamen eş zamanlı yürütülmesiyle başarıyla gerçekleştirildi ve toplam operasyon süresi 109 dakika olarak kaydedildi. Sağ böbrekteki taş lazer (0.8 Joule enerji ve 10 Hertz frekans ayarlarında) ile, sol böbrekteki taş yükü ise pnömatik litotriptör ile kırılarak ekstrakte edildi ve tam taşsızlık sağlandı. Eş zamanlı çalışma sayesinde toplam anestezi ve operasyon süresi belirgin şekilde kısaltıldı. İşlem sonunda sağa retrograd, sola antegrad yolla DJS (double J stent) yerleştirildi ve sol böbrek nefrostomisiz (tubeless) bırakılarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif izlemde majör komplikasyon yaşanmadı ve stabil seyreden hasta 2. günde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 26. günde LAA (lokal anestezi altında) fleksibl sistoskopi ile bilateral DJS'ler komplikasyonsuz çekildi.

Sonuç: Galdakao-modifiye supine Valdivia pozisyonunda gerçekleştirilen SBES (simultaneous bilateral endoscopic surgery), her iki böbreğe aynı anda ergonomik erişim imkanı sunmaktadır. Kompleks bilateral taş hastalığında tubeless mini-PNL ve RIRS'in eş

zamanlı kombinasyonu; operasyon süresini kısaltan, hasta morbiditesini azaltan ve multipl cerrahi seans ihtiyacını ortadan kaldıran güvenilir bir tedavi alternatifidir.

Anahtar Kelimeler: Endoüroloji, Mini-PNL, Nefrolitiazis, RIRS, SBES

AuthorToEditor: Video bildiri sunum dosyası yüklemede 30MB sınırı olduğu için görüntü kalitesi ve fps düşürülmüştür.

[VS-20]

Hematüri İle Başvuran Hastada Mesaneye İnvaze Olan Taşlaşmış Mesh Sabitleyicinin Lazer Ve Rezeksiyon İle Tedavisi

Muhammed Emre Topçu, Abdullah Esmeray

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Pelvik organ prolapsusu (POP) cerrahisinde kullanılan mesh ve sabitleyicilerin komşu organlara erozyonu nadir ancak yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir komplikasyondur. Bu video bildiride, on yıl önce POP cerrahisi geçiren ve mesaneye invaze olarak taşlaşan mesh sabitleyicisinin endoskopik yöntemlerle minimal invaziv tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem:

On yıl önce pelvik prolapsus cerrahisi öyküsü bulunan kadın hasta, kliniğimize hematüri şikayeti ile başvurdu. Yapılan tanısal sistoskopide, mesane lümenine invaze olmuş ve üzerinde taş formasyonu gelişmiş mesh sabitleyicisi izlendi. Endoskopik müdahale kararı alınan hastada, öncelikle taşlaşmış materyal lazer litotripsi(1.5 Joule, 10 Hertz ayarında) kullanılarak kırıldı. Ardından, mesh sabitleyicinin mesane duvarına invaze olduğu alana derin transüretral rezeksiyon uygulandı. Titiz bir kanama kontrolü sağlandıktan sonra operasyon, mesaneye üç yollu 22 Fr (French) üretra sondası yerleştirilerek sonlandırıldı. Operasyon süresi 66 dakika olarak kaydedildi.

Bulgular:

Operatif süreç herhangi bir komplikasyon gelişmeden başarıyla tamamlandı. Rezeke edilen dokuların patolojik inceleme sonucu benign olarak raporlandı. Hastanın postoperatif dönemde aktif bir şikayeti veya kanaması olmadı. İdrar çıkışı berrak olan hastanın sondası post-operatif 3.günde çekildi ve şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Geçmişte pelvik rekonstrüktif cerrahi öyküsü olan ve hematüri ile başvuran hastalarda, geç dönem yabancı cisim erozyonları mutlaka akılda tutulmalıdır. Mesaneye invaze olan ve taşlaşan sabitleyicilerin tedavisinde, lazer litotripsi ve derin rezeksiyon kombinasyonu, morbiditesi düşük, güvenli ve son derece etkili bir cerrahi seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Endoüroloji, Hematüri, Mesh Sabitleyici, Mesane Taşı

[VS-21]

Da vinci single port robotik adenomektomi

Mustafa Müdüroğlu, Ahmet Gürbüz, Şevval Meşe, Alp Erşan Çağlar, Yakup Kordan, Abdullah Erdem Canda

Koç Üniversite Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Amaç:

Medikal tedaviye dirençli, büyük hacimli benign prostat hiperplazisi (BPH) olan hastalarda uygulanan Da Vinci Single Port (SP) robot yardımlı adenomektomi tekniğinin cerrahi adımlarını ve kısa dönem fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem:

68 yaşında erkek hasta medikal tedaviye yanıtızsız alt üriner sistem semptomları ile başvurdu. Başvuru anında yapılan üroflowmetri testinde azami akışı 9,8ml/sn rezidü idrar hacmi 50 ml bulundu. Hastamıza Da Vinci SP robot yardımlı transvezikal adenomektomi ameliyatı yapılması kararlaştırıldı. Video bildirimizde ameliyatın detayları video üzerinden sunulmaktadır. Vakada; tek port üzerinden adenom dokusunun enükleasyonu, hemostazın sağlanması ve üretra-mesane boynu rekonstrüksiyonu adımları ardışık olarak gösterilmiştir.

Bulgular:

Cerrahi işlem, tek insizyonla efektif bir şekilde tamamlanmıştır. İntraoperatif kanama miktarı oldukça düşük olup, transfüzyon ihtiyacı olmamıştır, erken postoperatuvar majör bir komplikasyon (Clavien-Dindo $\geq$ III) izlenmemiştir. Sondası post op yedinci gün sorunsuz bir şekilde alınmıştır.

Sonuç:

Da Vinci SP robot yardımlı adenomektomi, özellikle yüksek hacimli prostatların yönetiminde, morbiditeyi azaltan, kozmetik açıdan tatmin edici, postoperatuvar iyileşme sürecini hızlandıran bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: adenomektomi, single port, robotik cerrahi

AuthorToEditor: Single port deneyimimizi video sunum şeklinde paylaşmayı çok isteriz.Video sunum şeklinde kabul edilirse videoların sonradan isteneceği tarafımıza bildirildi.Bu sebep ile yüklemelik. Saygılarımla