

[VS-22]

Single-Port Robotik Parsiyel Nefrektomi: Olgu Eşliğinde Cerrahi Teknik

Enes Değirmenci, Fatih Atuğ

İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç:

Robotik cerrahide single-port (SP) sistemlerin kullanımı, daha az insizyon ile nefron koruyucu cerrahinin gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu video bildiride, renal kitle nedeniyle Da Vinci SP sistemi kullanılarak gerçekleştirilen robotik parsiyel nefrektominin cerrahi basamaklarının sunulması amaçlandı.

Olgu ve Cerrahi Teknik:

Elli beş yaşında erkek hastanın kontrol amaçlı yapılan görüntülemelerinde sağ böbrek orta pol anterior yerleşimli, 26×26 mm boyutlarında renal hücreli karsinom şüpheli solid renal kitle saptandı. Hastaya Da Vinci SP robotik cerrahi sistemi kullanılarak robotik parsiyel nefrektomi uygulandı. Cerrahi sırasında renal hilus diseke edilerek renal arter kontrol altına alındı. Tümör sınırları belirlenmesinin ardından renal arter klemplenerek tümör eksizyonu gerçekleştirildi. Tümör yatağının kontrolü ve renorafisi sonrasında klempt kaldırıldı. Sıcak iskemi süresi 17 dakika olarak kaydedildi. İntraoperatif kan kaybı minimal düzeydeydi ve herhangi bir intraoperatif komplikasyon izlenmedi.

Bulgular:

Operasyon robotik single-port yaklaşım ile başarıyla tamamlandı. Histopatolojik inceleme sonucu Papiller renal hücreli karsinom, WHO/ISUP derece 3 olarak raporlandı. Patolojik evre pT1a olup cerrahi sınırlar negatifti.

Sonuç:

Da Vinci SP ile robotik parsiyel nefrektomi, uygun seçilmiş küçük renal kitlelerde nefron koruyucu cerrahinin güvenli ve uygulanabilir şekilde gerçekleştirilmesine olanak sağlayan minimal invaziv bir yaklaşımdır. Single-port platform, parsiyel nefrektominin temel cerrahi basamaklarının tek bir erişim noktası üzerinden gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Single-port robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi, renal kitle

[VS-23]

Single-Port Robotik Radikal Prostatektomi: Adım Adım Cerrahi Teknik

Enes Değirmenci, Fatih Atuğ

İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç:

Single-port (SP) robotik cerrahi, radikal prostatektominin tek bir erişim noktası üzerinden gerçekleştirilmesine olanak sağlayan minimal invaziv bir yaklaşımdır. Bu video bildiride, prostat kanseri tanılı bir hastada Da Vinci SP sistemi kullanılarak gerçekleştirilen robotik radikal prostatektominin cerrahi basamaklarının sunulması amaçlandı.

Yöntem:

Altmış yaşında erkek hastanın prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi 5,6 ng/mL idi. Prostat hacmi yaklaşık 50 mL idi. Hastaya Da Vinci SP robotik cerrahi sistemi kullanılarak sinir koruyucu robotik radikal prostatektomi ve bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Cerrahi basamaklar video eşliğinde değerlendirildi.

Bulgular:

Operasyon single-port robotik yaklaşımla tamamlandı ve intraoperatif komplikasyon izlenmedi. Nihai histopatolojik incelemede Gleason skoru 4+4=8 prostat adenokarsinomu saptandı. Patolojik incelemede tümörün prostat dokusunun yaklaşık %20'sini oluşturduğu, cerrahi sınırların negatif ve bilateral pelvik lenf nodlarında metastaz olmadığı rapor edildi.

Sonuç:

Da Vinci SP ile robotik radikal prostatektomi, prostat kanseri cerrahisinde radikal prostatektominin temel basamaklarının tek bir erişim noktası üzerinden gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu olguda sinir koruyucu diseksiyon, mesane boynu koruyucu cerrahi ve bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu SP platformu kullanılarak komplikasyonsuz şekilde tamamlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Single-port robotik cerrahi, robotik radikal prostatektomi, prostat kanseri, sinir koruyucu cerrahi

[VS-24]

A Rare Benign Lesion Mimicking Renal Cell Carcinoma on Imaging: Atrophic Kidney-Like Lesion (AKLL)-A Case Report

İlayda Mirioglu¹, Cavit Ceylan¹, Emre Uzun¹, Esra Sengul²

¹UROLOGY, BILKENT CITY HOSPITAL, ANKARA

²PATHOLOGY, BILKENT CITY HOSPITAL, ANKARA

Objective

Atrophic kidney-like lesion (AKLL) is a provisional renal entity described after the 2016 WHO classification of tumors of the urinary system. The Genitourinary Pathology Society (GUPS) suggested its inclusion as a provisional entity in 2021. Owing to its follicular architecture, AKLL closely resembles thyroid-like follicular carcinoma of the kidney (TLFRCC) and is frequently regarded as a malignant lesion on imaging. Here, we aimed to present a rare case of AKLL diagnosed after surgery performed for a renal mass suspicious for malignancy on imaging.

Methods

A 63-year-old man was found to have an incidental left renal mass during work-up for lower urinary tract symptoms. Urinary ultrasound and contrast-enhanced CT were performed for characterization of the mass, and laparoscopic left radical nephrectomy was carried out based on the imaging suspicion of malignancy.

Results

Urinary ultrasound demonstrated a hyperechoic nodular lesion approximately 4 cm in diameter containing cystic areas at the upper pole, and a 60x42 mm cystic lesion at the mid-to-lower part of the left kidney. Contrast-enhanced CT showed a predominantly cystic mass measuring 35x34 mm at the upper pole with peripheral contrast enhancement, reported as “RCC?”, together with a 68x39 mm parapelvic cyst at the mid part. The patient had no relevant comorbidities or prior surgery, and laboratory parameters were within normal limits. Pathological examination of the 18x12x7.5 cm nephrectomy specimen revealed a well-defined focal lesion measuring 4.3x3.5x3 cm with cystic areas and exophytic extension into the perirenal fat. Microscopically, the lesion showed follicles lined by flattened, hobnail-like epithelium containing eosinophilic colloid-like material, with stromal collagen deposition, atrophic tubules, and focal microcalcifications; mitoses and necrosis were absent. On immunohistochemistry, results were positive for WT1 and vimentin, and negative for cyclin D1, TTF-1, thyroglobulin, Pax8, CD10, and CK7. The negativity of TTF-1 and

thyroglobulin ruled out the possibility of thyroid metastasis. These findings supported a diagnosis of AKLL (ICD-O 8000/1).

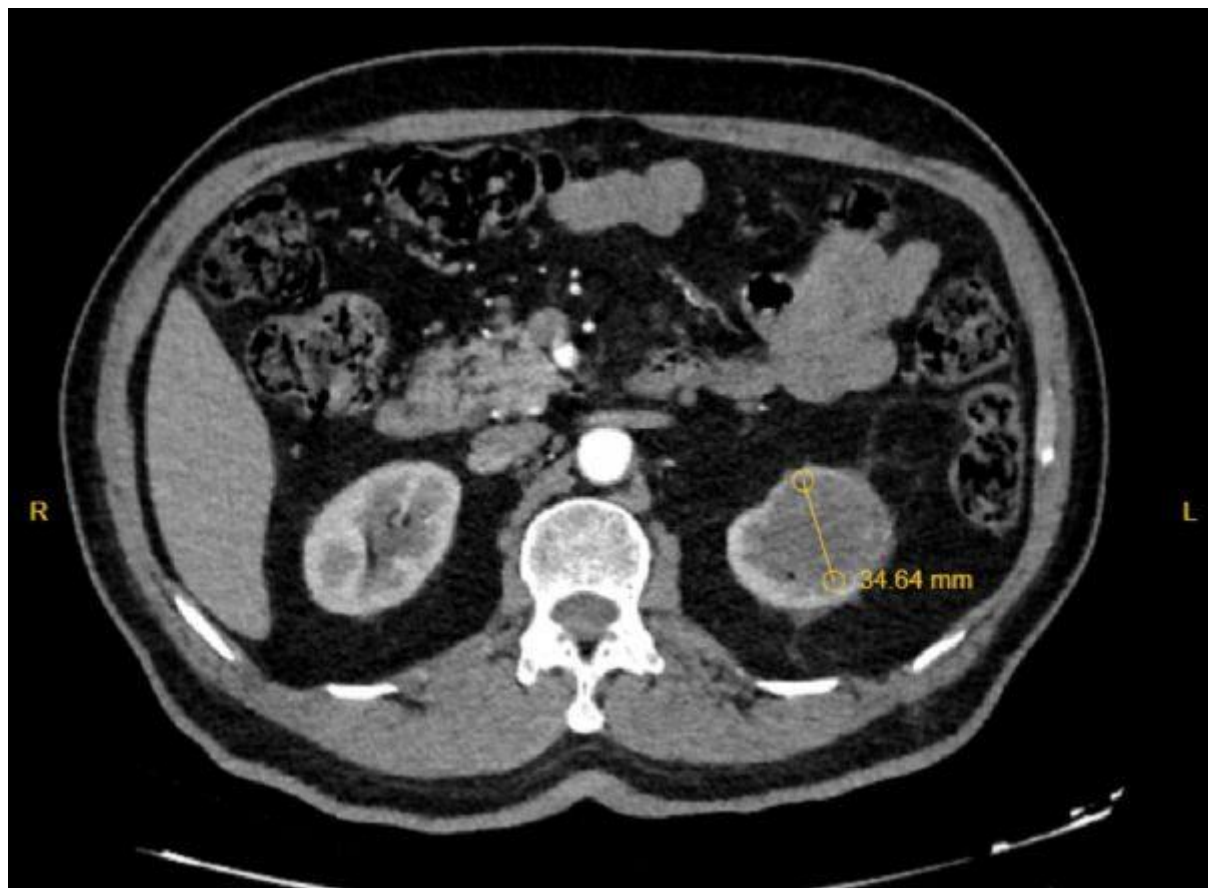
Conclusion

The principal differential diagnosis is TFRCC: in TFRCC, follicular cells are cuboidal, of high nuclear grade, and typically positive for Pax8/CK7, whereas in AKLL the cells are flattened/atrophic and negative for these markers. The presence of a capsule, absence of inflammation, and absence of interspersed glomeruli favored AKLL in our case. AKLL cannot be reliably distinguished from malignant lesions on preoperative imaging.

Nephron-sparing surgery was our initial plan given the small size and cystic appearance of the lesion; however, intraoperative perinephric fat stranding raised concern for local inflammatory infiltration and adhesion, and the approach was converted to radical nephrectomy. Percutaneous biopsy was not pursued given its limited diagnostic yield in cystic lesions, and the diagnosis was established only on final histopathology. This case shows a rare example of a lesion that looked like RCC on imaging but was ultimately diagnosed as AKLL following surgery. Greater awareness of this entity among pathologists and urologists may help guide more accurate diagnostic decision-making in similar cases. Given the rarity of AKLL and the limited data on its long-term behavior, longer follow-up is necessary to confirm the benign course of this entity.

Keywords: atrophic kidney like lesion, benign renal lesion, nephrectomy

34*35mm renal lesion



[VS-25]

Primer Renal Sinovyal Sarkom: SS18 Gen Rearranjmanı ile Doğrulan Nadir Bir Olgu

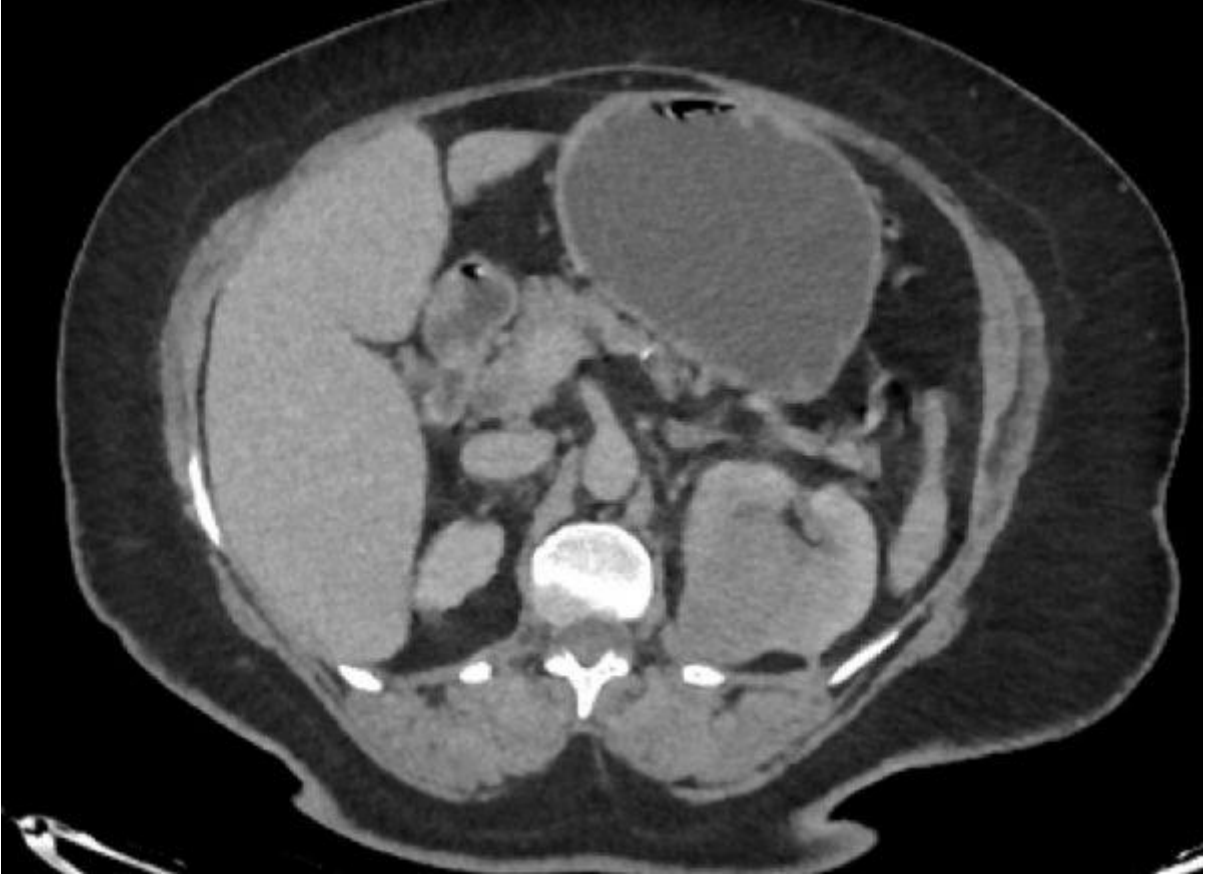
Davut Kahraman, Ömer Faruk Bahadır

Bilkent Şehir Hastanesi, Üroloji, Ankara

Amaç: Primer renal sinovyal sarkom (PRSS), böbreğin oldukça nadir görülen ve agresif seyirli mezenkimal tümörlerinden biridir. Klinik ve radyolojik bulgularının özgül olmaması nedeniyle renal hücreli karsinom ile karışabilmekte, kesin tanı histopatolojik ve moleküler incelemeler ile konulmaktadır. Bu çalışmada, renal ven tümör trombüsü ile seyreden ve SS18 gen rearranjmanı ile doğrulanan primer renal sinovyal sarkom olgusu sunulmuştur. **Olgu:** Elli bir yaşında kadın hasta, iki aydır devam eden sol yan ağrısı ve makroskobik hematüri şikâyetleri ile başvurdu. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sol böbrek üst-mid pol posteromedial kesiminde ekzofitik uzanım gösteren heterojen renal kitle saptandı. Hastaya laparoskopik sol radikal nefrektomi uygulandı. Operasyon sırasında sol renal vende tümör trombüsü izlendi. Histopatolojik incelemede 8,5×8,6 cm boyutlarında solid nodüler yapıda tümör saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede TLE1 ile diffüz pozitif boyanma görülürken, MyoD1, myogenin, DOG1, desmin, caldesmon, CEA, S100 ve CD34 negatif bulundu. Floresan in situ hibridizasyon (FISH) analizi ile 18q11 bölgesinde SS18 gen rearranjmanı gösterilerek primer renal sinovyal sarkom tanısı doğrulandı. Tümör FNCLCC Grade 3 ve renal ven invazyonu nedeniyle pT3a olarak değerlendirildi. Postoperatif görüntülemelerde metastaz saptanmadı ve hastaya dört kür ifosfamid, mesna ve doksorubisin içeren IMA kemoterapi protokolü planlandı. **Sonuç:** Primer renal sinovyal sarkom, nadir görülmesi ve özgül klinik bulgularının olmaması nedeniyle tanısal güçlük oluşturan agresif bir tümördür. SS18 gen rearranjmanın gösterilmesi tanıda kritik öneme sahiptir. Radikal nefrektomi temel tedavi yaklaşımı olmakla birlikte, yüksek riskli patolojik özelliklere sahip hastalarda multidisipliner değerlendirme ile adjuvan tedavi seçenekleri planlanmalıdır.

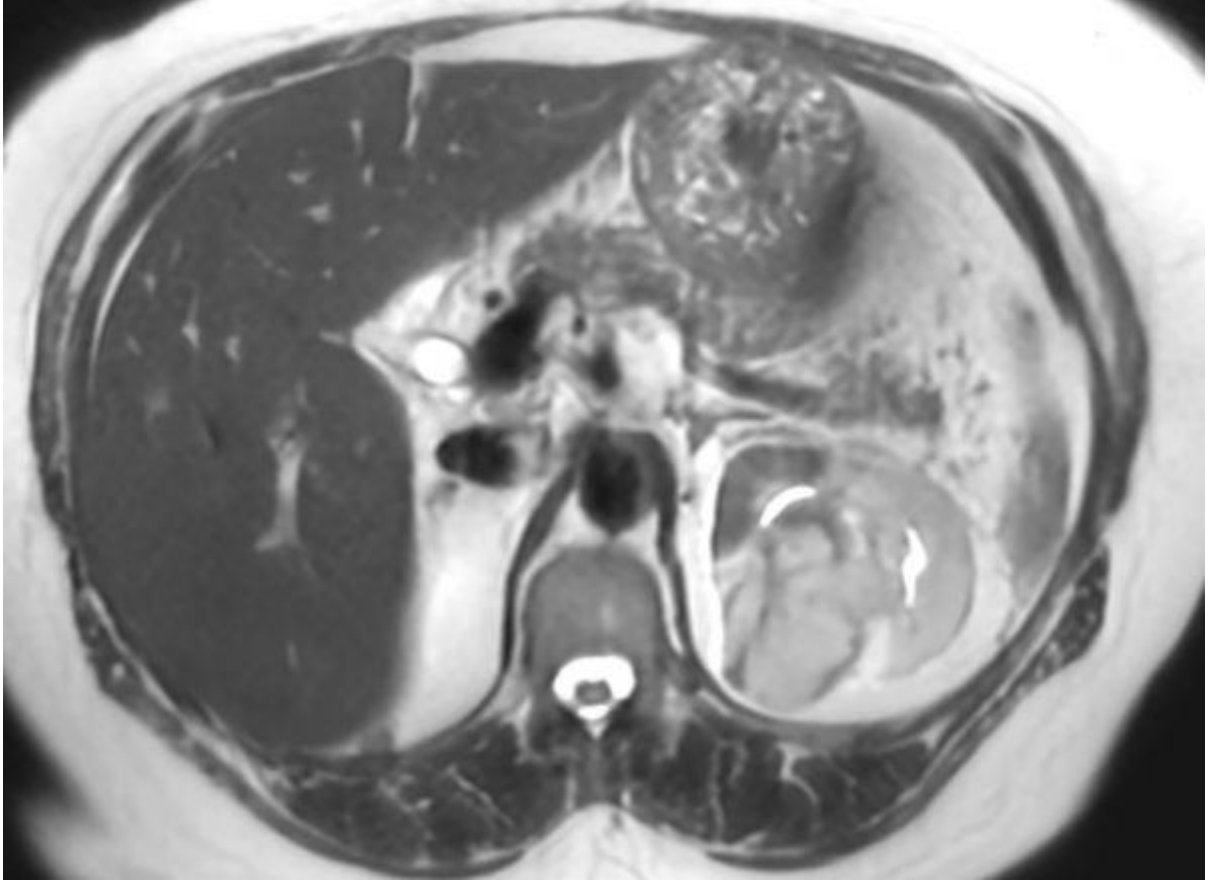
Anahtar Kelimeler: Primer renal sinovyal sarkom, SS18 gen rearanjmanı, renal ven tümör trombüsü, TLE1

bilgisayarlı tomografi



Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sol böbrekte izlenen solid kitle

kontrastlı mrg



Kontrastlı MRG görüntüsünde sol böbrekte heterojen kontrastlanan solid kitle

[VS-26]

Atnalı Böbrekte Laparoskopik Radikal Nefrektomi

Emre Abidin Ağırbaşı, Serkan Özcan, Yiğit Akın, Sacit Nuri Görgel, Osman Köse, Enis Mert Yorulmaz, Kürşad Dönmez, Hakan Tekinarslan

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim dalı, İzmir

At Nalı Böbrekte pT3 Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinomun Laparoskopik Radikal Nefrektomi ve İstmus Eksizyonu İle Yönetimi: Olgu Sunumu

****Giriş-Amaç: ****

At nalı böbrek anomalisi, genel popülasyonda nadir görülen konjenital böbrek füzyon anomalilerinden biri olup, bu zemin üzerinde malignite gelişimi oldukça spesifik cerrahi zorlukları beraberinde getirmektedir. At nalı böbreklerde en sık karşılaşılan malignite tipi renal hücreli karsinomdur. Organın ektopik pelvik veya alt lomber yerleşimi, karmaşık ve öngörülemeyen vasküler varyasyonları ile iki böbreği birleştiren fibröz veya parankimal isthmus dokusunun varlığı, onkolojik cerrahi prensiplerin uygulanmasını teknik açıdan zorlaştırmaktadır. Bu bildirinin amacı, at nalı böbrek anomalisi zemininde sağ böbrekte lokal ileri evre (pT3) berrak hücreli renal hücreli karsinom saptanan ve başarılı bir şekilde sağ laparoskopik radikal nefrektomi ile isthmus eksizyonu uygulanan 69 yaşındaki erkek hasta olgusunu, cerrahi teknik detayları ve erken dönem onkolojik sonuçlarıyla birlikte sunmaktır.

****Olgu Sunumu ve Cerrahi Yöntem: ****

Bilinen ek bir kronik sistemik hastalığı bulunmayan, özgeçmişinde yalnızca apendektomi ve transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) öyküsü mevcut olan 69 yaşındaki erkek hasta, sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın preoperatif laboratuvar testlerinde böbrek fonksiyonları incelendiğinde serum kreatinin düzeyi 2.0 mg/dL olarak ölçüldü. Hastanın preoperatif batin bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde abdomen yerleşimli at nalı böbrek anomalisi izlenirken, sağ böbrekte yaklaşık 7x8x7 cm boyutlarında, renal hücreli karsinom ile uyumlu solid kitle görünümü tespit edildi. Radyolojik ve klinik bulgular ışığında hastaya sağ laparoskopik radikal nefrektomi operasyonu planlandı.

Laparoskopik diseksiyon sırasında, at nalı böbrek olgularında sıklıkla karşılaşılan ektopik veya atipik aksesuar arter/venöz vasküler yapılara rastlanmaması, hiler diseksiyonun standart adımlarla ilerlemesine olanak tanıdı. Tümörlü sağ böbrek dokusunu sol böbrekten güvenle ayırabilmek ve kalan sol böbrek parankimini korumak cerrahinin en

kritik aşamasıydı. Bu doğrultuda, isthmus hattı net bir şekilde ortaya kondu. İsthmus ayrılma işlemi sırasında enerji bazlı mühürleme cihazı (Ligasure) kullanıldı. İsthmus ayrıldıktan hemen sonra, cerrahi alanın ekstra hemostatik güvenliğini sağlamak ve idrar kaçağı riskini tamamen ortadan kaldırmak amacıyla V-loc sütür kullanılarak devamlı dikiş tekniği uygulandı. Toplam ameliyat süresi 180 dakika sürerken, tahmini kan kaybı 400 cc civarında gerçekleşti. Hastaya intraoperatif dönemde eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı ve operasyon majör bir intraoperatif komplikasyon gelişmeden tamamlandı.

****Bulgular ve Klinik Takip:****

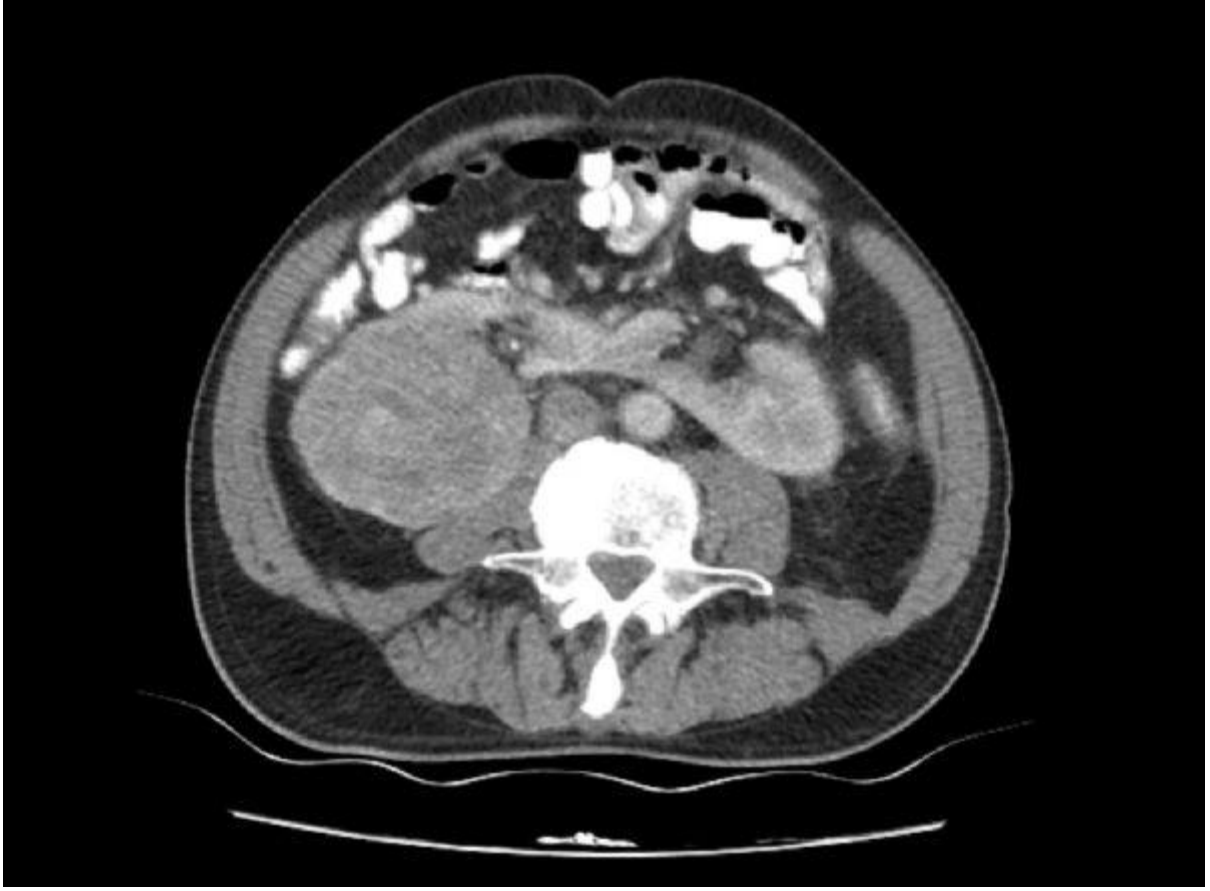
Postoperatif dönemde hastanın takipleri sorunsuz seyretti. Böbrek fonksiyonları stabil kalarak postoperatif kreatinin değeri yine 2.0 mg/dL olarak ölçüldü. Hasta, postoperatif 5. gününde şifa ile taburcu edildi. Piyenin histopatolojik incelemesi sonucunda, kitle "Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinom" olarak raporlandı ve tümör evresi pT3 olarak değerlendirildi. Parankimal cerrahi sınırlar negatif olmakla birlikte; patoloji raporunda lenfovasküler invazyon pozitifliği, renal sinüs invazyonu ve renal ven cerrahi sınırında pozitiflik saptandı. Bu bulgular üzerine hasta, postoperatif dönemde tıbbi onkoloji departmanı ile multidisipliner bir takibe alındı. Güncel olarak postoperatif 5. ayında olan hastamız hayattadır ve şu ana kadar yapılan klinik/radyolojik değerlendirmelerde herhangi bir lokal nüks veya uzak metastaz bulgusuna rastlanmamıştır.

Sonuç:

At nalı böbrek anomalisi zemininde gelişen renal kitlelerin cerrahi tedavisi titiz bir preoperatif değerlendirme gerektirir. Laparoskopik radikal nefrektomi ve Ligasure eşliğinde V-loc sütür destekli isthmus eksizyonu güvenle uygulanmıştır. Bununla birlikte, pT3 evresi ve renal ven cerrahi sınır pozitifliği gibi yüksek riskli onkolojik bulgular, hastanın multidisipliner onkolojik takibinin hayati önem taşıdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, at nalı böbrek, rcc

preop bt



hastanın laparaskopi videoları 30 mb sınırından büyük olduğu için sadece preop bt görüntülerini sisteme yüklüyorum, sunum esnasında laparoskopiden video sunulacaktır

AuthorToEditor: Lapaskopik Ameliyatın videoları elimizde olup 30 mg sınırından ötürü sisteme yükleyemedim, bildirimin kabul edilmesi halinde video sunum şeklinde sunmak isterim.

[VS-27]

Parsiyel penektomi ve bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu ve split thickness cilt grefti ile penil rekonstrüksiyon

Fatih Yanaral, Erdal Alkan, Kemal Kayar

Memorial Şişli Hastanesi

Amaç:

Penil skuamöz hücreli karsinomda onkolojik kontrolün sağlanmasının yanı sıra, uygun hastalarda fonksiyonel ve kozmetik açıdan kabul edilebilir bir penil güdük oluşturulması önem taşımaktadır. Bu video bildiride parsiyel penektomi, split-thickness cilt grefti ile penil rekonstrüksiyon ve eş zamanlı bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu uygulanan bir olgunun cerrahi tekniğinin ve iki yıllık takip bulgularının sunulması amaçlandı.

Yöntem:

Elli iki yaşında, bilinen komorbiditesi olmayan erkek hasta prepisyumda kitle nedeniyle uygulanan sirkümsizyon sonrasında değerlendirildi. İlk patolojik incelemede pT1, iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom saptandı. Manyetik rezonans görüntülemeye bilateral inguinal lenfadenopati izlenirken, pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide bilateral inguinal bölgede 1 cm'den küçük lenf nodları saptandı. Glans penisten yapılan eksizyonel biyopsi human papilloma virüsü ile ilişkili yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon/penil intraepitelyal neoplazi ile uyumluydu. Hastaya parsiyel penektomi uygulandı. Penil güdük ve üretra rekonstrüksiyonunun ardından uygun donör sahadan alınan split-thickness cilt grefti fenestre edilerek distal penil yüzeye adapte edildi ve fiks edildi. Ardından bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi.

Bulgular:

Nihai patolojik değerlendirmede glans peniste üç odak halinde, en büyük odağı 0,5 cm olan karsinoma in situ saptandı ve patolojik evre pTisN0 olarak raporlandı. Histolojik derece 3, az diferansiye olarak değerlendirildi. Lenfatik, vasküler ve perinöral invazyon izlenmedi ve cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı. Bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonunda toplam 21 lenf nodu çıkarıldı ve hiçbirinde metastaz saptanmadı. Postoperatif ikinci yıl klinik görüntülerinde greftin penil güdüğe uyumunun devam ettiği ve rekonstrükte distal penil yapının korunduğu görüldü.

Sonuç:

Parsiyel penektomi sonrası split-thickness cilt grefti ile distal penil rekonstrüksiyon, uygun olgularda onkolojik cerrahiye fonksiyonel ve kozmetik rekonstrüksiyonla birleştiren uygulanabilir bir yaklaşım olabilir. Bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonunun aynı seansta uygulanması nodal evrelemenin tamamlanmasına olanak sağlamıştır. Bu

olguda negatif cerrahi sınırlar, nodal metastaz olmaması ve iki yıllık takipte rekonstrüktif görünümün korunması sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: inguinal lenf nodu direksiyonu, parsiyel penektomi, penil kanser

[VS-28]

Laparoskopik Retroperitoneal Adrenalektomi

Hüseyin Çelik, Ahmet Çamtosun, Resul Çiçek, Murat Yılmaz, Ramazan Moran

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Olgu: Atmış dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık 5 yıl önce kolon adenokarsinom nedeniyle opere olmuş ve batin orta hattında insizyon izi ve kolostomi kapatılma insizyonu mevcut. Takiplerinde sol akciğerde kitle çıkması sonrası sol akciğer üst lob lobektomi yapılan hasta daha sonra kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) aldı. Birinci yıl kontrolünde MR'da sağ sürrenalde şüpheli kitle çıkması üzerine dinamik sürrenal BT çekildi. BT'de Sağ sürrenal bez korpusunda 20x14 mm, kontrastsız serilerde 32 HU dansitede, kontrast sonrası 68 HU dansitede adenom dışı solid kitle, metastaz? şeklinde raporlandı. Üroonkoloji konseyinde değerlendirilen hastanın başka bir metastazı olmaması üzerine cerrahi önerildi.

Hastanın batin cerrahisi olması üzerine retroperitoneal laparoskopik adrenalektomi planlandı. Muhtemel aldığı KT ve RT'ye bağlı olarak dokular çok yapışık gözlendi. Kitle de Vena Cava'ya yapışık. Yaklaşık 120 dk süren cerrahi ile adrenal dokusu çıkartıldı. Komplikasyon olmadı. Aynı gün 8. Saate oral alımı açılan hasta postoperatif 2. günde önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Adrenal cerrahide transperitoneal laparoskopi en sık kullanılan yöntemdir ve adrenale ulaşmak daha kolaydır. Ancak deneyimli merkezlerde retroperitoneal laparoskopik cerrahi de güvenle uygulanabilir. Büyük batin cerrahisi olan hastalarda açık cerrahi yerine retroperitoneal laparoskopi cerrahi tercih edilebilir minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Adrenalektomi, Retroperitoneal laparoskopi, metastaz

AuthorToEditor: video ham haldedir, en kısa sürede hazırlanıp gönderilecektir. selamlar saygılar

[VS-29]

**Bilateral accessory pudendal artery-sparing robot-assisted radical prostatectomy:
a video presentation**

Fevzi Bedir, Hüseyin Kocatürk, Mehmet Sefa Altay, Ahmet Emre Cinislioğlu, Tugay Aksakallı, Adem Utlu, İbrahim Karabulut, Ömer Uslu

Department of Urology, Erzurum City Hospital, Erzurum, Türkiye

Objective

Identification and preservation of accessory pudendal arteries (APAs) during robot-assisted radical prostatectomy (RARP) may be relevant for maintaining the vascular component of erectile function (1-3). This video presentation aims to demonstrate the key surgical steps of an APA-sparing RARP technique in a patient with localized prostate cancer and bilaterally identified APAs.

Methods

A 72-year-old man was evaluated for elevated prostate-specific antigen (PSA: 8.4 ng/mL). Digital rectal examination revealed grade 1 benign prostatic enlargement, and multiparametric prostate magnetic resonance imaging showed PI-RADS 4 lesions extending to the apex in both posterolateral regions. Transrectal 12-core prostate biopsy demonstrated prostate adenocarcinoma with Gleason score 3+4=7, International Society of Urological Pathology (ISUP) Grade Group 2, in three cores from the right peripheral zone and one core from the left peripheral zone. The patient had a 4-year history of diabetes mellitus, and his preoperative International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) score was below 20. The Partin tables estimated the risk of lymph node involvement at 4%. Multiport posterior-approach RARP was performed. During dissection of the Retzius space and dorsal venous complex, bilateral APAs were identified. The dorsal venous suture was carefully released in a controlled manner, and the dissection was continued while preserving both arteries. The bladder neck was preserved according to anatomical planes, and vesicourethral anastomosis was completed using the ARVUS technique.

Results

The procedure was completed robotically, and the anatomical integrity of both APAs was preserved. No major intraoperative complication occurred. Cystography on postoperative day 7 showed no anastomotic leakage, and the urethral catheter was removed. At 1 month, the patient used only a safety pad; at 3 months, he was fully continent. Tadalafil was initiated for penile rehabilitation. At postoperative month 3, the IIEF-5 score was recorded as 20 under intracavernosal alprostadil therapy. Final pathology was consistent with pT2c ISUP Grade Group 3 prostate adenocarcinoma, and

the surgical margin was negative.

Conclusion

The magnified three-dimensional view and precise dissection enabled by robotic surgery facilitate intraoperative identification and preservation of APAs. Bilateral APA-sparing RARP may be considered a feasible vascular-preservation strategy in selected patients without compromising oncological principles. Current evidence suggests that APA preservation does not adversely affect positive surgical margin rates or perioperative outcomes; however, larger prospective studies with long-term follow-up are required to clarify its functional benefit (4,5).

Keywords: Accessory pudendal artery; robot-assisted radical prostatectomy; erectile function; prostate cancer; vascular preservation

References

1. Polascik TJ, Walsh PC. Radical retropubic prostatectomy: the influence of accessory pudendal arteries on the recovery of sexual function. J Urol. 1995;154(1):150-152. doi:10.1016/S0022-5347(01)67252-5.
2. Secin FP, Touijer K, Mulhall J, Guillonneau B. Anatomy and preservation of accessory pudendal arteries in laparoscopic radical prostatectomy. Eur Urol. 2007;51(5):1229-1235. doi:10.1016/j.eururo.2006.08.021.

Keywords: Accessory pudendal artery, robot-assisted radical prostatectomy, erectile function, prostate cancer, vascular preservation

AuthorToEditor: Saygıdeğer hocalarım ilginiz ve desteğiniz için teşekkür ederim. İyi çalışmalar; Saygılarımla..

[VS-30]

280 cc Prostat, Laparoskopik Radikal Prostatektomi

Hüseyin Çelik, Ahmet Çamtosun, İbrahim Topçu, Ömer Faruk Yıldırım, Bilal Kırık

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Olgu: Atmış yedi yaşında erkek hasta prostatizm şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Yapılan değerlendirmelerde hastanın PSA değeri 9,29 ng/ml gelmesi üzerine prostatit tedavisi verildi. 1 ay sonra PSA değeri 9,45 ng/ml gelmesi üzerine hastadan prostat MR planlandı. MR görüntülemesinde prostat yaklaşık 70x80x95 mm boyutlarında olduğu ve prostat midgland düzeyinde düfüzon kısıtlamayan patolojik intensite değişikliği (PI-RADS-3) olarak raporlanması üzerine prostat biyopsisi önerildi. Dört odakta Gleason 3+3 Adenokarsinom olarak raporlandı. Hastaya durum hakkında bilgilendirme yapıldı ve hasta cerrahi tercih etti.

Hastaya Laparoskopik transperitoneal radikal prostatektomi planladı. Öncelikle posteriordan vas deferens ve seminal veziküller serbestlendi, denon villar fasia korunarak prostat apeksine yaklaşıldı. Sonra anteriora retziusdan yaklaşıldı. Büyük median lob olmasına rağmen mesane boynu korucu diseksiyon yapıldı. Prostatın çok büyük olması nedeniyle rektum diseksiyonunda zorluk yaşandı. Mesane boynu üretra arası V-lock sütürler ile dikildi. İşlem yaklaşık 210 dk içerisinde komplikasyonsuz bitirildi. Prostat kanser cerrahisinde laparoskopi, minimal invaziv, hasta için konforlu, ve ucuz bir yöntemdir. Prostat volümü 100 cc üzerine çıktıkça cerrahi işlem süresi ve komplikasyon olasılığı artsada deneyimli merkezlerde laparoskopi başarılı ve güvenli bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, laparoskopi, radikal prostatektomi

AuthorToEditor: video yükleme sırasında sorun çıktı. maksimum 30mb olması kaynaklı da olabilir. Dr. Öner Şanlı hocaya bilgi verildi. Selamlar Saygılar...

[VS-31]

Üç Yıldır Map Alan Hastaya Laparoskopik Radikal Prostatektomi, Daha Kolay Mı Zor Mu?

Hüseyin Çelik¹, Ahmet Çamtosun¹, Hasan Gökçe², Bulut Dural¹, Murat Yılmaz¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Malatya

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta 2022 yılında prostatizm semptomları ile üroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan Dijital RM'de bir özelliği olmayan hastanın PSA değeri 5,29 ng/ml gelmesi üzerine prostatit tedavisi verildi. 1 ay sonra PSA değeri 5,45 ng/ml gelmesi üzerine hastadan prostat biyopsisi alındı. Sonuç 5 odakta Gleason 4+3 geldi. Suriyeli olan hasta sonrasında depresyon olması nedeniyle olağanüstü durumlardan dolayı muhtemelen dış merkezde MAP başlanmış. Bir yıl sonra medikal onkoloji polikliniğine başvuran hastanın PSA değeri: 0,08 ng/ml gelmiş ve MAP tedavisinin devamı kararı verilmiş. 3 yılında yine medikal onkolojine başvuran hastanın PSA değeri 0,30 ng/ml gelmesi üzerine üroloji konseyinde değerlendirildi. PSMA PET de uzak metastaz bulgusu olmayan ve lokalize tümör lehine değerlendirilen hastaya üroonkoloji konseyinden Cerrahi veya RT önerisi çıktı. Bunun üzerine hastaya Laparoskopik Radikal Prostatektomi yapıldı.

Tartışma ve Sonuç: Laparoskopik transperitoneal yapılan ameliyatın cerrahisi süresi 180 dk olarak kaydedildi. Hastanın cerrahide sınırların net olarak seçilemediği görüldü. Prostat çok küçüktü ve mesane boynu ve apikal diseksiyonlarda sınırlar net seçilemedi. Komplikasyonsuz olarak bitirilen hastanın direni 3. gün, sondası 10. gün çekildi. Patoloji sonucu Gleason 3+4 adenokarsinom olarak raporlandı. Alınan materyalin %78'i tümördü. Tümör prostat kapsül invazyonu ve periprostatik yayılım vardı (pT3a). Literatürde kısa dönem MAP sonrası cerrahi sınırlarda kolay diseksiyon olduğuna dair yayınlarda bulunmasına rağmen bizim olgumuzda kitlenin neredeyse %80'nin tümör olması ve cerrahi sınırların net seçilememesi hastanın tümörünün MAP tedavisine tam yanıt vermemesi olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Prostat kanseri, Radikal prostatektomi, MAP

AuthorToEditor: video kapasitesi 330mb olduğu için sisteme yüklenemedi kusura bakmayın lütfen. konu ile ilgili Dr.Öner Şanlı hocaya bilgi verildi. selamlar saygılar...