

[VS-32]

Sağ Laparoskopik Radikal Nefrektomi Sırasında Trokar Yerleştirilmesi Esnasında Beklenmeyen Karaciğer Laserasyonu: Nadir Bir Komplikasyonun Yönetimi

Ömer Mousa Eyüp

ömer eyüp

Giriş:

Laparoskopik cerrahide giriş aşaması, potansiyel komplikasyonlar açısından en kritik basamaklardan biridir. Trokar yerleştirilmesine bağlı solid organ yaralanmaları nadir olmakla birlikte, özellikle sağ taraf cerrahilerinde karaciğer laserasyonu gelişebilir.

Olgu:

Yetmiş yaşında, hipertansiyon öyküsü bulunan kadın hasta sağ böbrek kitlesi nedeniyle değerlendirildi. Ultrasonografide sağ böbrek orta-alt polde 67×47 mm boyutunda, egzofitik uzanım gösteren heterojen solid lezyon saptandı. Renkli Doppler incelemede belirgin vaskülarite izlendi. Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografide 65×52 mm boyutlarında, heterojen kontrastlanan ekzofitik renal kitle görüldü. Bulgular doğrultusunda hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi planlandı.

Kamera portu yerleştirilmesi sırasında karaciğer segment 5'te yaklaşık 5 mm'lik kapsüler laserasyon gelişti. Hızlıca ikinci port yerleştirilerek görüş sağlandı. Laserasyon bölgesine spanç ile kompresyon uygulandı ve ardından koterizasyon ile kanama kontrolü sağlandı. Operasyon laparoskopik olarak güvenli şekilde tamamlandı ve konversiyon gereksinimi olmadı.

Sonuç:

Trokar yerleştirilmesine bağlı karaciğer yaralanmaları nadir olmakla birlikte ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Erken tanı ve uygun müdahale ile bu tür komplikasyonlar çoğu zaman laparoskopik olarak başarıyla yönetilebilir. Bu olgu, giriş aşamasında dikkatli teknik kullanımın önemini ve komplikasyon yönetimindeki hızlı ve etkin yaklaşımın değerini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik nefrektomi, Trokar komplikasyonu, Karaciğer laserasyonu, Cerrahi komplikasyon yönetimi, Giriş komplikasyonları

AuthorToEditor: Bu video sunumunda, literatürde nadir bildirilen bir giriş komplikasyonunu ve yönetimini paylaşmayı amaçladım. Cerrahi sunumlarda çoğunlukla sorunsuz ve ideal prosedürler yer almakta olup, komplikasyonların ele alınması daha sınırlı kalmaktadır. Oysa komplikasyonların erken tanınması ve etkin yönetimi, cerrahi pratiğin önemli bir parçasıdır. Bu bağlamda, bu olgunun eğitici değeri taşıyacağını düşünüyoruz. Ayrıca sistemin video yükleme limiti (30 MB) nedeniyle yüksek çözünürlüklü versiyon yüklenememiştir. Talep edilmesi halinde videonun daha yüksek kaliteli versiyonu tarafımızca paylaşılabilir. Bildiri metni İngilizce olarak da hazırlanmıştır. Saygılarımızla

[VS-33]

Mesane Tümörünü Taklit Eden Seröz Papiller Kistadenofibrom: Tanısal Bir Tuzak

Ömer Eyüp¹, Fatih Koçoğlu², Ayşenur Balıkçı³, Mustafa Serkan Serkan⁴

¹Ömer eyüp

²Fatih Koçoğlu

³Ayşenur Balıkçı

⁴Mustafa Serkan Koncuk

Giriş

Mesane içinde kitle görüntüsü çoğunlukla mesane tümörünü düşündürür. Ancak bazı durumlarda ektravezikal pelvik kitleler mesaneye bası yaparak intravezikal lezyon izlenimi oluşturabilir. Bu durum tanısal karışıklığa yol açabilir.

Bu olguda mesane tümörü şüphesi ile değerlendirilen ancak ileri incelemelerde uterin kaynaklı büyük pelvik kitle saptanan bir hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu

3–4 yıldır urge inkontinans ve son dönemde idrar yapamama şikayeti olan hasta başvurdu.

Özgeçmiş:

- KOAH
- Hipertansiyon
- Diabetes mellitus
- 100 paket/yıl sigara öyküsü
- Üriner sistem taşı öyküsüan tetkikler istendi

Hastadan tam idrar tahlili (TİT) ve postvoid rezidü (PVR) ölçümü istendi.

TİT sonucunda WBC: 0, RBC: 0, nitrit negatif olarak saptandı.

İlk ölçümde postvoid rezidü 570 mL, PVR yüksekliği nedeniyle hastaya üriner kateter takıldı, Üriner kateterizasyon sonrası yalnızca 50–100 mL idrar drenajı sağlanması üzerine usg istendi

Çekilen acil ultrasonografide mesane posteriorunda 50 × 30 mm boyutlarında, düzensiz konturlu, izo-hiperekojen ve Doppler’da vaskülarite izlenmeyen lezyon saptandı.

Ultrasonografi bulguları ve hastanın belirgin sigara kullanım öyküsü doğrultusunda mesane malignitesi ön tanısı ile sistoskopik değerlendirme planlandı.

Sistoskopide mesane mukozasının normal olduğu ve intravezikal lezyon izlenmediği görüldü

Lezyonun kadın genital sistem ile ilişkili olabileceği düşünülerek Hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne konsülte edildi. Lezyonun karakterizasyonu, kökeninin belirlenmesi ve pelvik komşu yapılarla ilişkisini değerlendirmek amacıyla kontrastlı bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme dahil olmak üzere ileri kesitsel görüntüleme yapıldı

BT ve MRG incelemelerinde intravezikal patolojiye ait bulgu saptanmadı; lezyonun ektravezikal orijinli kistik pelvik kitle ile uyumlu olduğu değerlendirildi.

Hastaya total histerektomi, sol salpingooferektomi ve omentektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu seröz papiller kistadenofibrom ile uyumlu olarak raporlandı.

Tartışma

Adneksiyal kitleler, kompleks kistik ve fibrotik yapıları nedeniyle görüntülemede pelvik maligniteleri taklit edebilir; ancak mesane tümörü ile karışması nadirdir. Bu olguda ultrasonografinin intravezikal–ektravezikal ayrımındaki sınırlılıklarını göstermektedir. Ayrıca, özellikle büyük boyutlu pelvik kitlelerde komşu organlara baskıya bağlı olarak atipik klinik ve radyolojik bulgular ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle, şüpheli olgularda ileri kesitsel görüntüleme yöntemleri ve multidisipliner yaklaşım tanısall doğruluğu artırmaktadır. Seröz papiller kistadenofibrom gibi benign adneksiyal tümörlerin mesane tümörü taklitçisi olarak prezente olması ise oldukça nadirdir.

Sonuç

Bu olgu, pelvik kitlelerin ultrasonografide mesane tümörünü taklit edebileceğini ve normal sistoskopi bulgusunun ektravezikal patolojiler açısından ileri değerlendirmeyi gerektirdiğini göstermektedir. Doğru tanı için multimodal görüntülemenin önemi vurgulanmaktadır. Mesane tümörü şüphesi ile prezente olan seröz papiller kistadenofibrom ise son derece nadir olup pelvik görüntülemede önemli bir tanısall tuzak oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Seröz papiller kistadenofibrom, Mesane tümörü taklitçisi, Pelvik kitle, Tanısall tuzak, Pelvik görüntüleme

AuthorToEditor: Bu olgu, adneksiyal kitlelerin mesane tümörünü taklit edebileceği nadir bir durumu göstermesi ve tanısal güçlüğü dikkat çekmesi nedeniyle poster olarak sunulmuştur. Ayrıca ultrasonografi ve diğer görüntüleme yöntemlerine ait video kayıtları mevcut olup, talep edilmesi halinde video sunumu olarak da hazırlanabilir. Poster İngilizce olarak da hazırlanmış olup, gerektiğinde sunulmaya hazır

[VS-34]

T3-T4 Lokal İleri Prostat Kanseri Yönetiminde Ekstirpatif Cerrahi Yaklaşımın Etkinliği ve Güvenilirliği

Ardahan Arda¹, Dora Ünlü¹, Ramazan Topaktaş¹, Şinasi Yavuz Önel²

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Önel Üroloji Merkezi

Giriş ve Amaç

Lokal ileri evre prostat kanserinin (PCa) yönetiminde hormonoterapi ve/veya radyoterapi geleneksel olarak sıklıkla tercih edilen tedavi modaliteleridir. Ancak güncel literatür verileri (CAPTURE, PIVOT, PRIAS), klinik T3-T4 tümörlerde genişletilmiş radikal prostatektominin (RP) tek başına uygulandığında %50'ye varan oranlarda küratif sonuçlar sağlayabildiğini vurgulamaktadır. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde lokal ileri evre PCa tanısıyla genişletilmiş RP uygulanan hastalarda klinik, patolojik ve onkolojik sonuçlarını literatür eşliğinde sunmaktır.

Gereç ve Yöntem

2001-2014 yılları arasında, lokal ileri evre PCa tanısıyla genişletilmiş RP uygulanan 62 ardışık hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen olguların klinik evresi T3-T4, N0, M0 olup, preoperatif Gleason skorları 7 ve üzeri olarak belirlenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 66.3 (dağılım: 52-75) yıl ve preoperatif ortalama PSA değeri 35 ng/mL (dağılım: 20-110 ng/mL) olarak saptanmıştır.

Bulgular

Cerrahi morbidite ve onkolojik kontrolü yansıtmak amacıyla sunulan örnek olgumuzda; 55 yaşında, preoperatif PSA düzeyi 105 ng/mL olan ve transrektal ultrasonografi (TRUS) rehberliğinde yapılan prostat biyopsisinde 11/12 kordonda Gleason 4+4 adenokarsinom saptanan hastaya genişletilmiş ekstirpatif cerrahi uygulanmıştır. Nihai patolojik değerlendirmede; tümör dokusunun prostat hacminin %85'ini infiltre ettiği, Gleason skorunun 5+5'e yükseldiği, cerrahi sınırın negatif (CS -) saptandığı ve genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu ile çıkarılan 52 lenf nodunun birinde metastaz (1/52 LN+) bulunduğu raporlanmıştır. Hastanın postoperatif birinci yıl PSA değeri 2 ng/mL olarak izlenmiştir. Serimizdeki majör komplikasyon yönetimine dair bir olguda ise postoperatif üretrorrektal fistül gelişimi gözlenmiştir. İlk etapta uygulanan jel doku yapıştırıcı ajanların başarısız olması üzerine, perineal yaklaşımla gracilis kas flep interpozisyonu gerçekleştirilmiş ve fistül defekti sekelsiz onarılmıştır.

Sonuç

Lokal ileri evre PCa vakalarında ekstirpatif radikal prostatektomi; kesin patolojik evrelemeye olanak tanınması, sistemik metastaza kaynaklık edebilecek primer tümör

yükünü majör oranda elimine etmesi ve tolere edilebilir morbidite profiline sahip olması nedeniyle onkolojik açıdan etkili sonuçlar sunmaktadır. Ek olarak, hormonoterapi ve radyoterapinin kombine kullanımına sekonder gelişebilecek toksisitelerden kaçınılmasını sağlaması cerrahinin önemli bir avantajıdır. Serimizden elde ettiğimiz klinik sonuçlar PIVOT, SPCG-4 ve PRIAS gibi majör çalışmalarla paralellik göstermektedir. Gelecekte, lokal ileri evre PCa yönetiminde cerrahi tedavinin radyoterapi ve hormonoterapiye kıyasla daha geniş bir endikasyon alanı bulacağı öngörülmekte; bu verilerin, klinisyenlerin primer tedavi tercihinde cerrahinin sunduğu avantajlara (bardağın dolu tarafına) odaklanmalarını sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekstirpatif Cerrahi, Komplikasyon yönetimi, Lokal İleri Evre, Üretrorektal Fistül

[VS-35]

Cerrahi planların ve sınırların peşinde: Dev multilobüle T2 renal tümörde robotik parsiyel nefrektomi

Emir Akıncioğlu, Burak Turna

Acıbadem İzmir Kent Hastanesi

Giriş

Robotik parsiyel nefrektomi, lokalize renal tümörlerde nefron koruyucu cerrahinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Bununla birlikte tümör boyutunun artması, kompleks morfoloji, renal hilus ve komşu organlarla yakın ilişki cerrahi zorluğu belirgin olarak artırmaktadır. Özellikle T2 renal tümörlerde parsiyel nefrektominin uygulanabilirliği; yeterli rezidüel renal parankimin korunması, güvenli vasküler kontrolün sağlanması ve negatif cerrahi sınır elde edilmesi gerekliliği nedeniyle seçilmiş olgularla sınırlıdır. Bu video bildiride, duodenum, inferior vena kava (IVC) ve karaciğer ile yakın komşuluk gösteren, radyolojik olarak bazı alanlarda yağ planlarının seçilemediği 96 mm çapındaki multilobüle sağ renal tümöre uygulanan robotik parsiyel nefrektomi tekniğinin sunulması amaçlandı.

Olgu

42 yaşında erkek hastada, başka bir nedenle yapılan görüntüleme sırasında sağ renal kitle insidental olarak saptandı. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ böbrek orta kesim anterior yerleşimli, en geniş boyutları 96×80×57 mm olan, multilobüle ve cidarında kalsifikasyonlar içeren solid kitle izlendi. Kitle duodenumun ikinci segmenti ve IVC ile yakın komşuluk göstermekteydi. Özellikle duodenum ile kitle arasındaki yağ planlarının silindiği, ayrıca komşu karaciğer parankimi ile arasındaki yağ planlarında kısa segmentli kayıp bulunduğu görüldü. Tümör boyutu ve komşu yapılara yakınlığına rağmen, nefron koruyucu yaklaşım amacıyla robotik parsiyel nefrektomi planlandı.

Operasyon robotik transperitoneal yaklaşımla gerçekleştirildi. Renal arterin iki ana dalı ayrı ayrı disseke edilerek vasküler kontrol sağlandı ve her iki dal ayrı ayrı klemplendi. Tümör çevresindeki cerrahi planlar ortaya konularak kitle eksize edildi ve renal rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Sıcak iskemik süresi 28 dakika olarak kaydedildi. Toplam operasyon süresi 3 saat 14 dakika, konsol süresi ise 2 saat 6 dakika idi. Tahmini intraoperatif kan kaybı 100 mL olarak gerçekleşti. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif dördüncü günde sorunsuz olarak taburcu

edildi.

Histopatolojik inceleme sonucunda tümör berrak hücreli renal hücreli karsinom, WHO/ISUP derece 2 olarak raporlandı. Cerrahi sınırlar tümörsüz olup tümörün en yakın cerrahi sınıra uzaklığı 1 mm idi. Tümör nekrozu, lenfovasküler invazyon ve perirenal yağ dokusu invazyonu saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç

T2 renal tümörlerde parsiyel nefrektomi; tümör boyutu, artmış kanama riski, uzamış iskemi süresi ve pozitif cerrahi sınır endişesi nedeniyle teknik olarak zorlayıcıdır. Bu olguda zorluk yalnızca 96 mm'lik tümör boyutundan değil; multilobüle morfolojiden ve tümörün IVC, duodenum ve karaciğer ile yakın komşuluğundan, ayrıca radyolojik olarak bazı bölgelerde yağ planlarının silinmiş olmasından kaynaklanmaktaydı.

Robotik cerrahinin sağladığı büyütölmüş üç boyutlu görüntüleme ve hassas diseksiyon olanağı, cerrahi planların ortaya konulmasına ve büyük bir renal kitlenin nefron koruyucu yaklaşımla güvenli şekilde eksize edilmesine katkı sağlamaktadır. Renal arter dallarının ayrı ayrı kontrol edilmesi, tümör eksizyonu sırasında etkin vasküler kontrol ve güvenli rekonstrüksiyona olanak sağlamıştır. Bu olgu, uygun hasta seçimi ve deneyimli robotik cerrahi ekip varlığında, büyük ve anatomik olarak kompleks T2 renal tümörlerde dahi robotik parsiyel nefrektominin kabul edilebilir iskemi süresi, düşük kan kaybı, negatif cerrahi sınır ve düşük perioperatif morbidite ile uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: böbrek tümörü, robotik cerrahi, onkoloji

AuthorToEditor: Video teknik sebeplerle (30mb sınırı) yüklenememiştir. Prof.Dr.Burak Turna tarafından editlenip sunuma hazır hale getirilmiş şekli izlenmiştir ve tarafınca uygun bulunmuştur.

[VS-36]

Renal ven ve dallarına yapışık kistik renal tümörde robotik parsiyel nefrektomi

Emir Akıncıoğlu, Burak Turna

Acıbadem İzmir Kent Hastanesi

Giriş

Robotik parsiyel nefrektomi, lokalize renal kitlelerin cerrahi tedavisinde nefron koruyucu yaklaşımın önemli bir parçasıdır. Cerrahi kompleksite yalnızca tümör boyutu ve intrarenal yerleşim ile değil, renal vasküler yapılarla olan anatomik ilişki ile de belirlenmektedir. Özellikle renal ven ve dallarıyla yakın ilişkili tümörlerde güvenli diseksiyon, vasküler yaralanmadan kaçınılması ve negatif cerrahi sınır elde edilmesi cerrahinin temel zorluklarını oluşturmaktadır. Bu video bildiride, renal ven ve dalları üzerine yapışık olması nedeniyle teknik olarak zorlu diseksiyon gerektiren kistik renal kitleye uygulanan robotik parsiyel nefrektomi tekniğinin sunulması amaçlandı.

Olgu

49 yaşında kadın hastada başka bir nedenle gerçekleştirilen görüntüleme sırasında sol renal kitle insidental olarak saptandı. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sol böbrek üst pol anterior yerleşimli, 52×45 mm boyutlarında, septalı kistik kitle lezyonu izlendi. Dinamik incelemede lezyonun septalarında ve periferik bölümlerinde kontrastlanma saptandı. Radyolojik olarak Bosniak kategori IIF ve III ayrımı net olarak yapılamaması üzerine cerrahi tedavi planlandı.

Nefron koruyucu yaklaşım amacıyla robotik parsiyel nefrektomi gerçekleştirildi. İntraoperatif eksplorasyonda kitlenin renal ven ve venöz dallarıyla ileri derecede yakın ilişkili ve bu yapılar üzerine yapışık olduğu görüldü. Tümörün venöz yapılardan ayrılması sırasında vasküler anatominin ortaya konulması ve renal ven dallarının korunması cerrahinin en kritik aşamasını oluşturdu. Dikkatli ve kontrollü diseksiyon ile kitle venöz yapılardan ayrılarak eksize edildi ve renal rekonstrüksiyon tamamlandı.

Sıcak iskemi süresi yaklaşık 14 dakika, toplam operasyon süresi 2 saat 47 dakika ve konsol süresi 1 saat 36 dakika olarak kaydedildi. Tahmini intraoperatif kan kaybı yaklaşık 100 mL idi. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif üçüncü günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Histopatolojik inceleme sonucunda berrak hücreli renal hücreli karsinom saptandı. Tümörde hemoraji ve yaygın kistik deformasyon alanları izlenirken tümör nekrozu ve lenfovasküler invazyon saptanmadı. Cerrahi sınırlar tümörsüz olarak raporlandı ve patolojik evre pT1b olarak belirlendi.

Tartışma ve Sonuç

Renal vasküler yapılara yakın yerleşimli tümörlerde parsiyel nefrektomi, vasküler yaralanma ve kanama riski nedeniyle teknik olarak zorlayıcı olabilir. Bu olguda cerrahi kompleksiteyi artıran temel unsur, kitlenin renal ven ve dalları üzerine yapışık olması ve tümör ile venöz yapılar arasındaki güvenli cerrahi planın ortaya konulmasındaki güçlüğü.

Robotik cerrahinin sağladığı üç boyutlu büyütülmüş görüntüleme, artiküle enstrümanlar ve hassas diseksiyon olanağı, renal ven ve dallarının kontrollü şekilde ortaya konulmasına ve korunmasına katkı sağlamaktadır. Bu olguda venöz anatomisinin dikkatli diseksiyonu ile vasküler yaralanma olmaksızın negatif cerrahi sınır elde edilmiş; yaklaşık 14 dakikalık sıcak iskemi süresi ve düşük kan kaybı ile nefron koruyucu cerrahi başarıyla tamamlanmıştır. Renal ven ve dallarıyla ileri derecede yakın ilişkili kompleks renal tümörlerde, uygun hasta seçimi ve deneyimli robotik cerrahi ekip varlığında robotik parsiyel nefrektomi güvenli ve etkin bir nefron koruyucu seçenek olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: böbrek tümörü, robotik cerrahi, onkoloji

AuthorToEditor: Video teknik sebeplerle (30mb sınırı) yüklenememiştir. Prof.Dr.Burak Turna tarafından editlenip sunuma hazır hale getirilmiş şekli izlenmiştir ve tarafınca uygun bulunmuştur.

[VS-37]

Robotik radikal prostatektomide trifecta hedefi: Onkolojik kontrolden fonksiyonel korumaya

Mustafa Dinçkal¹, Burak Turna²

¹İzmir Amerikan Hastanesi

²Acıbadem İzmir Kent Hastanesi

Giriş

Lokalize prostat kanserinin cerrahi tedavisinde başarı, günümüzde yalnızca onkolojik kontrol ile değil, üriner kontinans ve erektil fonksiyonun korunmasıyla birlikte değerlendirilmektedir. Negatif cerrahi sınır, kontinans ve erektil fonksiyonun birlikte sağlanmasını ifade eden “trifecta”, radikal prostatektomi sonrası ideal sonucun önemli bir göstergesidir. Robotik cerrahinin sağladığı büyütülmüş üç boyutlu görüntüleme, hassas diseksiyon ve artiküle enstrümanlar; nörovasküler demetin korunması ve kontinans mekanizmalarının mümkün olduğunca muhafaza edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu video bildiride, sinir koruyucu robotik radikal prostatektomide uyguladığımız cerrahi teknik ve erken dönem trifecta sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Olgu

Altmış yaşında erkek hasta alt üriner sistem semptomları nedeniyle başvurdu. Prostat hacmi 80 gram, dijital rektal muayenesi normal ve serum PSA düzeyi 4,15 ng/mL idi. Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemesinde bazal periferik zon orta hatta 6×8,8 mm boyutlarında, keskin konturlu, hafif difüzyon kısıtlaması gösteren PI-RADS 3 lezyon saptandı. Transperineal MR füzyon biyopsisinde tanımlanan lezyon ve çevresinde iki odakta Gleason skoru 3+3=6 prostat adenokarsinomu tespit edildi. Tedavi seçenekleri ve aktif izlem hakkında bilgilendirilen hasta aktif izlemi tercih etmedi ve cerrahi tedavi planlandı. Preoperatif IIEF skoru 21 idi.

Sinir koruyucu robotik radikal prostatektomi gerçekleştirildi. Nörovasküler demet diseksiyonunda termal hasarı en aza indirmek amacıyla enerji kullanımı minimize edildi. Nörovasküler demet üzerindeki kanama odaklarında enerji uygulamak yerine 4/0 hızlı emilen sütürlerle selektif hemostaz sağlandı. Fonksiyonel üretral uzunluğun korunması amacıyla üretra mümkün olduğunca uzun bırakıldı. Posterior rekonstrüksiyonda Rocco sütürü 3/0 Stratafix ile gerçekleştirildi ve vezikoüretral anastomoz 3/0 V-Loc sütür kullanılarak tamamlandı.

Toplam operasyon süresi 2 saat 48 dakika, konsol süresi 1 saat 51 dakika ve tahmini kan kaybı 200 mL idi. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Nihai histopatolojik inceleme Gleason 3+3 prostat adenokarsinomu ile uyumluydu. Ekstraprostatik yayılım saptanmadı ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Hasta postoperatif 45. günde tam üriner kontinansa ulaştı. Postoperatif birinci ay IIEF skoru 17 olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç

Robotik radikal prostatektomide optimal sonuç, kanser kontrolünün yanı sıra kontinans ve cinsel fonksiyonun mümkün olduğunca erken geri kazanılmasını gerektirmektedir. Trifecta yaklaşımı bu üç hedefin birlikte değerlendirilmesine olanak sağlar.

Sinir koruyucu diseksiyonda minimal enerji kullanımı ve selektif sütür hemostazı nörovasküler yapıların termal hasardan korunmasına; fonksiyonel üretral uzunluğun korunması ve posterior rekonstrüksiyon ise erken kontinansın sağlanmasına katkıda bulunabilir. Robotik platformun sağladığı hassas diseksiyon ve rekonstrüksiyon olanakları, uygun seçilmiş lokalize prostat kanseri hastalarında onkolojik ve fonksiyonel hedeflerin birlikte gözetilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu olgu, sinir koruyucu cerrahi prensiplerine ve anatomik yapıların korunmasına odaklanan robotik yaklaşımın erken dönemde trifecta hedefine ulaşmadaki potansiyelini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, prostat kanseri, erektil disfonksiyon

AuthorToEditor: Video teknik sebeplerle (30mb sınırı) yüklenememiştir. Prof.Dr.Burak Turna tarafından editlenip sunuma hazır hale getirilmiş şekli izlenmiştir ve tarafınca uygun bulunmuştur.

[VS-38]

**At nalı böbrek anomalisinde klempsiz (off-clamp) robotik parsiyel nefrektomi:
Video olgu sunumu**

Tolga Eroğlu, Toygar Özlüturhanlar, Ekrem Akkın, Yaşar Aras Ekmen, Murat Gönen

Antalya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

At Nalı Böbrek Anomalisinde Klempsiz (Off-Clamp) Robotik Parsiyel Nefrektomi: Video
Olgu Sunumu

(Off-Clamp Robotic Partial Nephrectomy in a Patient with Horseshoe Kidney Anomaly:
Video Case Report)

ÖZET / Giriş ve Amaç

At nalı böbrek, en sık görülen renal füzyon anomalisidir. Malrotasyon, aberran vasküler varyasyonlar ve füzyon isthmusu nedeniyle at nalı böbrek zemininde renal hilusu ortaya çıkarmak, vasküler yapıları diseke etmek ve kitleye ulaşmak ciddi teknik zorluklar barındırır. Bu durum, olası vasküler yaralanma riskini artırırken cerrahi sahayı da kısıtlar. Bu video bildiride, at nalı böbrek saptanan kadın hastada ekzofitik kitleye uyguladığımız "Off-Clamp" (klempsiz) robotik parsiyel nefrektomi tekniğini ve klinik sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sağ yan ağrısı şikayetiyle başvuran 47 yaşındaki kadın hastanın yapılan dinamik kontrastlı abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde; her iki böbreğin alt pollerden füzyone olduğu (at nalı böbrek) izlendi. Sağ böbrek orta polünde, kortikal ekzofitik yerleşimli, heterojen kontrastlanma gösteren, Bosniak Tip 3 solid kitlesel lezyon ayırıcı tanısında yaklaşık 16 mm boyutunda lezyon saptandı.

Hasta robotik parsiyel nefrektomi operasyonuna alındı. Transperitoneal yaklaşımla Toldt hattından kolon medialize edildikten sonra at nalı böbrek konfigürasyonu izlendi. Renal hilum klempelenmeden (Off-Clamp teknik) doğrudan kitle eksizyonuna geçildi. Tümör 5 mm sağlıklı parankim sınırı bırakılarak eksize edildi. Renal parankim V-Loc dikiş materyali ile defekt kapatılarak hemostaz sağlandı. Operasyon süresi 70 dakika, intraoperatif kanama miktarı ~50 cc olup perioperatif komplikasyon gelişmedi ve kan transfüzyonu ihtiyacı olmadı. Hasta postoperatif 3. günde şifayla taburcu edildi.

Bulgular ve Patoloji

Yapılan histopatolojik incelemede; 2.5 cm çapında, cerrahi sınırları negatif Yağdan Fakir Anjiomyolipom teşhis edildi (SMA ve Melan A pozitif, PanCK ve CAIX negatif).

Postoperatif izlemde komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç

At nalı böbrek gibi kompleks anatomik anomalisi olan olgularda; aberran vasküler

yapıların ve hilusun diseksiyonu yüksek risk taşıyabilir. Robotik cerrahinin sağladığı 3 boyutlu yüksek çözünürlüklü görüntüleme ve artiküle hareket kabiliyeti sayesinde renal kitleler, hilus diseksiyonu ve sıcak iskemi uygulanmadan (off-clamp) güvenle eksize edilebilir. Bu yaklaşım hem vasküler yaralanma riskini azaltmakta hem de renal fonksiyonların korunmasında ve perioperatif morbiditenin önlenmesinde oldukça etkili bir cerrahi alternatif sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: at nalı böbrek, parsiyel nefrektomi, robotik cerrahi

[VS-39]

Sol testis pür teratom olgusunda residual şüpheli sol paraaortik kitleye robotik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (R-RPLND)

Tolga Eroğlu, Toygar Özlüturhanlar, Ekrem Akkın, Yaşar Aras Ekmen, Murat Gönen

Antalya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

Sol Testis Pür Teratom Olgusunda Residual Şüpheli Sol Paraaortik Kitleye Robotik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu (R-RPLND)

(Robotic Retroperitoneal Lymph Node Dissection (R-RPLND) for Residual Suspected Para-Aortic Mass in Pure Testicular Teratoma)

ÖZET / Giriş ve Amaç

Non-seminomatöz germ hücreli testis tümörlerinde (NSGCTT) orşiektomi sonrası retroperitonda saptanan rezidüel veya şüpheli lenfadenopatilerin (LAP) yönetimi kritik önem taşır. Teratom bileşeni içeren olgularda kemoterapi/radyoterapi yanıtı düşük olduğundan ve "growing teratoma syndrome" (büyüyen teratom sendromu) riski bulunduğundan cerrahi rezeksiyon temel tedavi seçeneğidir. Bu bildiride, sol orşiektomi (pür teratom) öyküsü olan genç erkek hastada sol paraaortik alandaki şüpheli lenf noduna uyguladığımız Robotik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu (R-RPLND) olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 3 ay önce sol radikal orşiektomi uygulanan 34 yaşındaki erkek hastanın orşiektomi patolojisi Germ Hücreli Tümör, Teratom (evre pT1, cerrahi sınırlar ve vasküler/kord invazyonu negatif) olarak raporlanmıştır. Preoperatif ve postoperatif tümör belirteçleri normal olan hastanın evreleme ve takip abdominal BT/MR incelemelerinde; sol paraaortik alanda arterial bifürkasyon ile renal hilus arasında büyüğü 17x10 mm (MR'da ~18x11 mm, diffüz kısıtlanma gösteren) boyutlarında şüpheli metastatik konglomere lenf nodu saptandı.

Hastaya Robotik Sol Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu (R-RPLND) planlandı. Transperitoneal yaklaşımla hasta sol lateral dekübitus pozisyonuna alındı. Toldt hattı kesilerek kolon medialize edildi ve retroperitoneal alana geçildi. Barsak mezosu kraniale deviye edilerek aorta ve sol paraaortik vasküler yapılar ortaya kondu. Aorta sol tarafında, etraf dokulara yapışık yaklaşık 2 cm'lik konglomere lenf nodu ve çevre yağ dokuları keskin ve künt diseksiyonla eksiksiz eksize edildi. Ameliyat süresi 170 dakika, kanama miktarı ~50 cc olup perioperatif komplikasyon gelişmedi. Dreni ve sondası çekilen hasta postoperatif 2. günde şifayla taburcu edildi.

Bulgular ve Patoloji

Çıkarılan materyalin histopatolojik ve immünohistokimyasal (Pan-CK) incelemesinde

rezeke edilen 8 adet lenf nodunun tamamı reaksiyoner / benign olarak raporlandı (metastaz saptanmadı).

Sonuç

Testis teratomlarında evreleme/takip BT'sinde saptanan şüpheli retroperitoneal lenf nodlarının cerrahi eksizyonu hem evreleme hem de tedavi için standarttır. Minimal invaziv robotik cerrahi (R-RPLND), mükemmel vizüalizasyon ve dar anatomik alanlarda hassas diseksiyon olanağı sağlayarak düşük morbidite, kısa hastanede kalış süresi ve yüksek hasta konforu ile güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: robotik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, teratom, testis tümörü

[VS-40]

Davinci single port robotik radikal prostatektomi

Mustafa Müdüroğlu, Şevval Meşe, Umut Fırat Uçar, Ahmet Gürbüz, Yakup Kordan,
Abdullah Erdem Canda

Koç Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Lokalize prostat kanseri tedavisinde, minimal invaziv cerrahinin en güncel seçeneklerinden biri olan Single Port (SP) Da Vinci robotik radikal prostatektomi yaklaşımının cerrahi uygulanabilirliğini, güvenliliğini ve erken dönem perioperatif sonuçlarını sunmaktır.

Gereç-Yöntem:

68 yaşında erkek hasta PSA yüksekliği ile (11 ng/ml) tarafımıza başvurdu. Yapılan multiparametrik prostat Mr'da sol midglanda PIRADS 3 lezyon görüldü. Stockholm 3 testi 29 olarak sonuçlandı. Yapılan prostat füzyon biyopside sol mid gland medialde tek odak da Gleason 3+3 (kor uzunluğunun %10-20'si) adenokarsinom saptandı. Hastaya aktif izlem ve definitif tedavi seçenekleri anlatıldı. Hasta ameliyat seçeneğinde karar kıldı. Bu video sunumumuzda uygulanan SP robotik radikal prostatektomi işleminin adım adım cerrahi tekniği gösterilmektedir. Operasyon; tek bir suprapubik median vertikal insizyondan port yerleştirilmesi, mesane boynu diseksiyonu, sinir koruyucu yaklaşım ile prostatın eksizyonu ve vezikoüretal anastomoz aşamalarını içermektedir.

Bulgular:

Operasyon, ek port girişine veya açık cerrahiye geçişe gerek duyulmaksızın başarıyla tamamlanmıştır. Konsol süresi ve tahmini kan kaybı optimal sınırlar içinde kalmış olup, peroperatuvar veya erken postoperatuvar majör bir komplikasyon (Clavien-Dindo $\geq$ III) izlenmemiştir. Hastanın yatış süresi minimal düzeyde gerçekleşmiştir.

Sonuç:

SP Da Vinci SP robotik radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinin tedavisinde güvenli, etkili ve kozmetik açıdan üstün sonuçlar sunan bir minimal invaziv cerrahi seçenek olarak değerlendirilmelidir

Anahtar Kelimeler: Radikal prostatektomi, Robotik cerrahi, Single port

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

[VS-41]

Eksizyondan rekonstrüksiyona: Robotik radikal sistektomi ve tam intrakorporeal studer neobladder tecrübemiz

Emir Akıncıoğlu¹, Mustafa Dinçkal², Erem Asil³, Burak Turna¹

¹Acıbadem İzmir Kent Hastanesi

²İzmir Amerikan Hastanesi

³Özel Sağlık Hastanesi

Giriş

Robotik radikal sistektomi, kas invaziv ve yüksek riskli kasa invaze olmayan mesane kanserlerinin cerrahi tedavisinde giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bununla birlikte üriner diversiyonun tamamen intrakorporeal olarak gerçekleştirilmesi, özellikle ortotopik neobladder oluşturulması, robotik rekonstrüktif cerrahinin en kompleks uygulamalarından biridir. İtrakorporeal Studer neobladder; uygun bağırsak segmentinin seçimi, detübülarizasyon, rezervuar oluşturulması ve üreteroileal ve üretroileal anastomozların tamamen intrakorporeal gerçekleştirilmesini gerektirmektedir. Bu video bildiride robotik radikal sistektomi, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu ve tam intrakorporeal Studer neobladder uygulamasındaki cerrahi tekniğimizin sunulması amaçlandı.

Olgu

41 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri nedeniyle değerlendirilmiş ve bir yıl önce gerçekleştirilen transüretral mesane tümörü rezeksiyonunda yüksek dereceli pT1 mikropapiller varyant transizyonel hücreli karsinom ve eşlik eden multipl karsinoma in situ saptanmıştı. Takibinde altı ay önceki Re-TUR işleminde T2 transizyonel hücreli karsinom saptanan hastanın taramalarında metastatik herhangi bir odak saptanmadı. Neoadjuvan sistemik tedavi alan hastaya multidisipliner konsey kararıyla radikal sistektomi planlandı. Hastanın tercihi doğrultusunda ortotopik neobladder uygulanmasına karar verildi.

Da Vinci Xi sistemi kullanılarak beş port ile robotik radikal sistektomi gerçekleştirildi. Üreterlerin serbestlenmesinin ardından retrovezikal plan açıldı. Mesane pedikülleri kontrol edilerek nörovasküler demetler disseke edildi. Üreterler kesilerek frozen incelemeye gönderildi ve cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirildi. Puboprostatik ligamanların ayrılması ve derin dorsal ven kompleksinin sütürle kontrolünün ardından

üretra maksimum fonksiyonel uzunluk korunacak şekilde kesildi. Sistektomi tamamlandıktan sonra genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi.

İleoçekal valv referans alınarak yaklaşık 50–55 cm ileal segment neobladder için izole edildi. Üretroileal anastomoz ileoçekal valvden yaklaşık 35 cm uzaklıkta gerçekleştirildi. Bağırsak devamlılığı laparoskopik stapler ile sağlandı. İzole edilen ileum detübülarize edilerek posterior taban devamlı sütürlerle oluşturuldu ve anterior duvar asimetrik olarak kapatılarak düşük basınçlı Studer rezervuarı şekillendirildi. Üreterler Wallace tekniğiyle ortak bir plak haline getirilerek afferent ansa anastomoze edildi. Yedi Fr single-J üreteral diversiyon kateterleri suprapubik yoldan neobladder ve afferent ans aracılığıyla üreterlere yerleştirildi.

Toplam operasyon süresi 6 saat 24 dakika, konsol süresi 4 saat 51 dakika ve tahmini kan kaybı 350 mL idi. Peroperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif sekizinci günde taburcu edildi ve üreteral kateterler 14. günde çıkarıldı. Nihai patolojide rezidüel tümör saptanmadı, lenf nodları tümör negatif olarak raporlandı.

Tartışma ve Sonuç

Tam intrakorporeal ortotopik neobladder, robotik radikal sistektominin teknik açıdan en ileri rekonstrüktif aşamalarından biridir. Başarılı uygulama; doğru ileal segment seçimi, gerilimsiz üretroileal ve üreteroileal anastomoz, yeterli detübülarizasyon ve düşük basınçlı, yeterli kapasiteli bir rezervuar oluşturulmasına bağlıdır.

Robotik platformun sağladığı üç boyutlu görüntüleme, artiküle enstrümanlar ve hassas sütürasyon olanağı, kompleks üriner rekonstrüksiyonun tamamen intrakorporeal gerçekleştirilmesini mümkün kılmaktadır. Bu olgu, uygun hasta seçimi ve robotik cerrahi deneyimi ile radikal sistektomi, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu ve Studer neobladder rekonstrüksiyonunun tamamen intrakorporeal olarak kabul edilebilir kan kaybı ve perioperatif morbidite ile uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri, robotik cerrahi, onkoloji