



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS001

PELVİK BÖBREKTE LAPAROSKOPI YARDIMLI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Kaan Gökçen¹, Gökçe Dünder², Emre Kıracı¹, Gökhan Gökçe¹, Emin Yener Gültekin¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Cizre Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ: Atnalı böbrek, ektopik böbrek, çift toplayıcı sistem ve malrotasyon anomalisi gibi renal anomalilerde; üriner sistem taş hastalığı görülme insidansı artmaktadır. Böbreğin anormal yerleşimi nedeniyle cerrahisi çeşitli zorluklar taşımaktadır. Bu sunumda pelvis yerleşimli ektopik böbreği olan ve başarısız fleksible URS sonrası laparoskopi yardımcı perkütan nefrolitotomi uygulanan olgu sunulmaktadır.

OLGU: 27 yaşında erkek hasta, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde pelvik ektopik böbrekte taş izlenmesi nedeniyle üroloji polikliniğine refere edilmiştir. Kontrastsız batın tomografisinde sağ böbreğin sağ pelvis iliak fossada yerleşimli olduğu, sağ böbrekte renal pelviste 14 mm ve alt polde 17 mm boyutunda iki adet taş olduğu saptandı. Haziran 2017 tarihinde hastaya fleksible URS uygulandı. Alt pol infundibulo-pelvik açının dar olması ve infundibulum boynunun dar olması nedeniyle litotripsi sağlanamadı. İşlem D/J stent takılarak sonlandırıldı. Temmuz 2017 tarihinde hastaya laparoskopi yardımcı perkütan nefrolitotomi işlemi planlandı. Hazırlıkları tamamlanan ve idrar kültüründe üremesi olmayan hastaya supin pozisyonda biri kamera portu olmak üzere dört port girişi yapılarak batın orta hattın sağında iliak fossada ektopik yerleşimli böbrek explore edildi. Gerota fasyası açılarak böbrek parankimi görünür hale getirildi. Laparoskopik görüş altında RGP yardımı ile alt pol anterior kaliks grubuna akses sağlandı. PCNL işlemi; 30 F'e kadar yapılan dilatasyon sonrası taşlar dışarıya alınarak tamamlandı. Anterior kaliks grubuna yapılan akses sırasında trakt yerinde yaklaşık 240 ml'lik kanama izlendi. Nefroüreterostomi takılması sonrası kanamanın sızıntı şeklinde devam etmesi üzerine trakt kenarına hemostatik ajan sıkıldı ve kanamanın durduğu izlendi. Ameliyat süresi 110 dk. olan bu olguda intraoperatif-postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmemiş olup eritrosit replasmanına gerek duyulmadı. Postoperatif 4. gün nefrostomi kateteri çekilen hasta 5. gün sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopi yardımcı perkütan nefrolitotomi; büyük taşlı pelvik ektopik böbreğe sahip hastalarda düşük komorbidite ve komplikasyon riski nedeniyle tercih edilebilir güvenli minimal invaziv bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler : Böbrek Taşı, Ektopik Böbrek, Laparoskopi, Perkütan Nefrolitotomi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS002

TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK 3 PORT PYEOLİTOTOMİ VE PYELOPLASTİ

Mustafa Suat Bolat¹, Önder Çınar²

¹Gazi Devlet Hastanesi; Ondokuz Mayıs Üniversitesi

²Bülent Ecevit Üniversitesi

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Üreteropelvik (UP) darlık , üriner sistemin en sık görülen konjenital ya da kazanılmış hastalığıdır. Böbrek alt polünü besleyen aberran arter basısına ikincil olarak, bileşkedeki sirküler liflerin anormal kompozisyonuna, ya da interselüler kollajen birikimine bağlı olarak da gelişebilir.

Aralıklı sol yan ağrısı nedeniyle başvuran 42 yaşındaki erkek hastanın intravenöz ürografisinde sol hidronefroz ve 17 adet 5-8 mm çaplı obstruksiyona neden olmayan taşları ve diüretikli renal sintigrafisinde sol renal rölatif fonksiyonu %39, T1/2 boşalma süresi ise 42 dakika bulundu.

Sol transperitoneal 3 port kullanılarak yapılan eksplorasyonda aberran arter olmadığı, intrensek UP darlık olduğu görüldü. Pyelotomi yapılarak renal kaliksler içindeki taşların tamamı alındı. Takiben UP bölge ile birlikte dilate renal pelvis çıkarıldı, antegrad yolla JJ katateri yerleştirilerek dismembered pyeloplasti tamamlandı.

Total operasyon süresi 140 dakika olup hasta stone-free olarak post operatif 4. gününde eksterne edildi.

Anahtar Kelimeler : Pyelolitotomi, pyeloplasti, üreteropelvik darlık, laparoskopi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS003

TAŞ KOMPLEKSİTESİ YÜKSEK OLAN HASTADA MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİMİZ

Hüseyin Alperen Yıldız¹, Doğan Değer¹, Muzaffer Doğu Taşdemir¹, Selçuk Özer¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

TAŞ KOMPLEKSİTESİ YÜKSEK OLAN HASTADA MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİMİZ

Alperen Yıldız, Doğan Değer, Doğu Taşdemir, Selçuk Özer, Ozan Bozkurt, Ömer Demir

Amaç:

Bu videoda renal kolik ile başvuran ve yapılan görüntüleme tetkiklerinde sol böbrek renal pelviste 20 mm ve alt polde parsiyel staghorn taşı olan hastaya uyguladığımız mini pcnl deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

40 yaşında, erkek hasta tarafımıza yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede patoloji izlenmedi. Görüntüleme tetkiklerinde sol böbrek renal pelviste 20 mm ve alt polde parsiyel staghorn taş, sağ böbrek alt ve üst polde multipl milimetrik taşlar izlendi. Guy's stone skoru grade 3 olarak belirlendi. Hastaya operasyon kararı alındı. Uygun hazırlıklar yapıldıktan sonra önce hastaya litotomi pozisyonunda sol ureterden taşın proksimaline geçecek şekilde 6f ureter katateri yerleştirildi. Ardından prone pozisyonunda skopi yardımı ile sol böbreğe akses yapıldı ve sensör guidewire yerleştirildi. Sensör üzerinden 24f e kadar dilatasyon yapıldı ve amplatz sheet yerleştirildi. Öncelikle renal pelvisteki taşa mini-pcni yöntemi ile laser litotripsi yapıldı ve taşlar taş forceps ile toplandı. Ardından alt poldeki milimetrik taşlara ulaşıldı. 6f katater ve basınçlı sf ile alt pol yıkandı ve taşlar bu basınçla sheetten dışarı alındı. Skopi ve nefroskop ile böbrekte taş kalmadığı görüldü. İşlem sonunda guide üzerinden reentry kateteri yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı.

Bulgular:

Operasyon 60 dakika sürdü. Kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. Postoperatif 1. Gün sonda çekildi. 2. Gün nefrostomi katateri çekildi. Hasta postop 2. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Sonuç:

Guy's stone skoru orta ve yüksek olan hastalarda mini perkütan yöntemi; tecrübeli merkezlerde yüksek taşsızlık oranı ile kullanılabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek taşı, Perkütan nefrolitotomi, Guy's stone score



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS004

BÜYÜK ÜRETER ÜST UÇ TAŞI VE BÖBREK TAŞINA EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ VE İNTRAKORPOREAL ÜRETERORENOSKOPI

Ali Tekin¹, Alpaslan Yüksel¹, Yusuf Şenoğlu¹, Ahmet Yıldırım Balık¹, Arda Taşkın Taşkıran¹, Hasan Danış¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ad

Amaç: Sol böbrekte grade III hidronefroz ile birlikte böbrekte 1 cm ve sol üreter üst kesimde 25 mm taşı olan 80 yaşındaki erkek hastaya eş zamanlı uygulanan laparoskopik üreterolitotomi ve intrakorporeal üreterorenoskopi ameliyatının video sunumu gerçekleştirilmiştir.

Hasta ve Yöntem Şiddetli sol yan ağrısı ile polikliniğe başvuran 81 yaşındaki hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol proksimal üreterde 25mm ve böbrek üst pol kaliksinde 10 mm taş saptandı. Hastaya laparoskopik üreterolitotomi ve laparoskopik trokar içerisinden intrakorporeal üreterorenoskopi planlandı.

Bulgular: Hastaya sol lateral dekübit pozisyonda Palmer noktasından Veres iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Üç adet 10 mm'lik trokarlar üçgen oluşturacak şekilde yerleştirildi. Künt ve keskin diseksiyonlar yardımı ile kolon deviyeye edildikten sonra sol proksimal üreter tanımlandı ve serbestlendi. Taşın olduğu bölge serbestlendi ve taşın üzerinden üretere vertikal insizyon yapıldı. Yaklaşık 25 mm taş doğurtularak insizyon hattından çıkartıldı. Ardından trokar içerisinden 7F üreterorenoskop iletilerek üreterdeki insizyondan ilerletilerek böbrek toplayıcı sistemine girildi. Üst kaliksteki 1 cm boyutlu taş basket kateter ile alındı. Sol üretere insizyon yerinden double J stent takıldı. Trokar girişinden loja dren konularak işleme son verildi. Ameliyat süresi 75 dakika, kanama miktarı 60 cc olarak belirlendi.

Sonuç: Büyük boyutlu üreter üst uç taşı tedavisinde laparoskopik cerrahi bir alternatif seçenektir. Eşlik eden böbrek taşı varlığında birlikte intrakorporeal üreterorenoskopi uygulama olanağı laparoskopinin önemli bir avantajıdır.

Anahtar Kelimeler : LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ, ÜRETERORENOSKOPI, İNTRAKORPOREAL

Notlar : *Bildiri video sunumudur. Video belirtilen adrese gönderilmiştir.*



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS005

ROTASYONE TAŞLI BÖBREKLİ OLGUDA LAPAROSKOPİK PYELOLİTOTOMİ

Volkan İzol¹, Nebil Akdoğan¹, Bahattin Kızılgök¹, Elnur Ziyadov¹, İbrahim Atilla Arıdoğan¹, Mustafa Zühtü Tansuğ¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Ektopik yerleşimli, rotasyone veya anomalili böbreklerde laparoskopik pyelolitotomi güvenle uygulanabilen tedavi yöntemidir.

6 aydır karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran 54 yaşındaki erkek hastaya yapılan bilgisayarlı tomografide sol aks rotasyonlu taşlı böbrek saptandı. Hastaya laparoskopik pyelolitotomi planlandı. Litotomi pozisyonunda hastaya üreter kateteri konulup sol lomber pozisyona alındı. Transperitoneal 2 adet 10mm, 1 adet 5 mm trokarlar, standart el aletleri ve ultrasonik makas yardımıyla operasyon gerçekleştirildi. Mezenter ultrasonik makas ile insize edilip böbrek pelvisine ulaşıldı. Pelvis koter ile insize edilip taşlara ulaşıldı. Taşlar endobag içerisine alındı. Flexible nefroskop ile porttan girilip orta ve üst kalikslerdeki milimetrik taşlar alındı. Skopi ile geride taş kalmadığı doğrulanıp pelvis 3/0 vicryl ile kapatılıp dren yerleştirildi. Hasta litotomi pozisyonuna alınıp retrograd pyelografi yapıldı. Pelviste ekstravazasyon izlenmedi. 6F double-J stent yerleştirilip işleme son verildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

Operasyon 125 dk sürdü. Kan kaybı minimaldi. Erken dönem komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 2. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Postoperatif 3. haftada double-J stenti ekstrakte edilen hastada problem yoktu.

Aks rotasyonlu böbreği olan hastalarda laparoskopik pyelolitotomi kısa yatış süresi, düşük komplikasyon oranıyla artan deneyimle birlikte güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler : ROTASYON, PYELOLİTOTOMİ, LAPAROSKOPI



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS006

36 MM'LİK SOL RENAL PELVİS TAŞI İÇİN ULTRA-MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Özcan Kılıç¹, Murat Akand¹, Emre Altıntaş¹, Kadir Böcü¹, Ali Furkan Batur¹, Serdar Göktaş¹

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Böbrek taşı operasyonlarında minimal invazif cerrahi yöntemleri içinde en yenisi olan ultramini perkütan nefrolitotomi (PCNL) operasyonunu büyük boyutlu böbrek taşı bir vakada sunmayı amaçladık.

MATERYAL & METOT: Sol yan ağrısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan 62 yaşında bayan hastanın yapılan tetkiklerinde; direkt üriner sistem grafisinde ürolojik bir opasiteye rastlanmadı; fakat ultrasonografide böbrek pelvis alt grup lokalizasyonlu taş görüntüsü elde edildi. Kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol böbrek pelvisten başlayıp orta-alt kaliks grubuna uzanan 36 mm boyutlu taş saptandı (HÜ:489). Preoperatif tetkiklerinde böbrek fonksiyonlarında bir miktar yükseklik (Üre:60, Kr:1.5) ve idrarında lökosit mevcuttu ancak idrar kültüründe üreme izlenmedi. Hastanın özgeçmişinde GİS tümörü nedeniyle operasyon geçirdiği, nüks kitle (sol batında) nedeniyle sorafenib kullandığı mevcuttu.

Hastaya genel anestezi altında, prone pozisyonunda perkütan giriş ile ultramini PCNL operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 120 dk, skopi süresi 36 sn idi. Lazer şut sayısı:27537 (Frekans: 8 Hz, Enerji: 2000 J). Operasyon sonrasında komplikasyon saptanmadı. Hastaya 4.8 F 26 cm DJ stent yerleştirildi. Hastada postoperatif komplikasyon olmadı. Hemoglobinde değerinde anlamlı düşüş izlenmedi (Pre-op Hgb:10.7, Post-op Hgb:10). Post-op 2.günde hasta taburcu edildi. 10 gün sonra DJ stenti alınan hastanın 4. haftada çekilen kontrol kontrastsız BT'sinde anlamlı rezidü taşa rastlanmadı (<3 mm).

BULGULAR: Böbrek taşlarında güncel tedaviler ESWL, PCNL, RIRS şeklindedir. 2 cm'den büyük taşlarda kılavuzlara göre ilk tedavi seçeneği PCNL'dir. Ancak ciddi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonların bir çoğu da trakt oluşturulması ve traktın boyutu ile ilgilidir. Bu nedenle tedavi başarısını düşürmeden daha az komplikasyona yol açan minimal invazif yöntemlere yönelinmiştir. Yakın zamanda Desai ve ark. ultramini PCNL'yi tarif etmişlerdir. PCNL ve Mini-PCNL'den ana farkı küçük boyutlu trakt oluşturulması, daha ufak ve kullanılabilir aletin dizaynıdır. Bu teknik daha çok <2 cm taşlarda önerilmektedir. Video sunumumuzda büyük boyutlu (maksimum boyutu: 36 mm) taşı olan hastada ultramini PCNL tekniğiyle yaptığımız operasyonu sunmaktayız.

SONUÇ: Ultramini PCNL büyük boyutlu böbrek taşlarında başarılı ve komplikasyonsuz bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler : Böbrek taşı, perkütan nefrolitotomi, ultra-mini, cerrahi tedavi

Notlar : Video CD'si posta ile gönderildi.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS007

LAPAROSKOPİK PYEOLİTOTOMİ OLGUSU

Kerem Taken¹, Recep Eryılmaz¹, Rahmi Aslan¹, Şevder Kırmızıtoprak¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi

- 30 y , erkek
- Sağ yan ağrısı
- BT: Sağ böbrek pelvisten uretere uzanan 21x13 mm kalkül. Sağ böbrek grade 2 hn, sağ böbrek alt polde 5 mm kalkül
- Lap. Pyelolitotomi ye karar verildi.
- Kanama izlenmedi
- Operasyon süresi 50 dk.
- Postop 1.gün foley sondası çekildi
- Postop 2.gün dreni çekildi ve taburcu edildi

Anahtar Kelimeler : Böbrek Taşı; Laparoskopi ; Tedavi

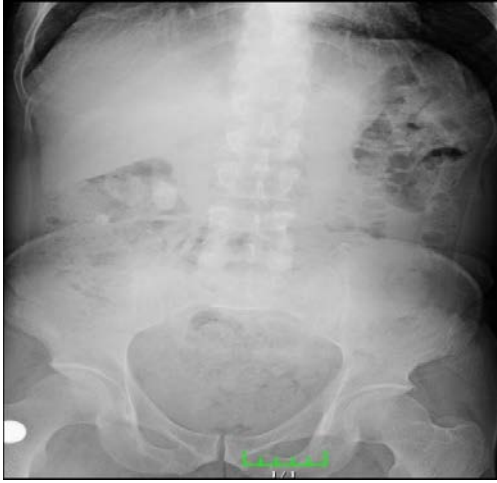




5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Resimler :



Notlar : Sunumumuz videoludur. Ekte gönderilecektir.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS008

FÜZYON ANOMALİLİ ÇOCUK HASTADA LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ

Volkan İzol¹, Bahattin Kızılgök¹, Farid Mikayilov¹, Fesih Ok¹, Anar Mammadov¹, Mubariz Aydemirov¹, Nihat Satar¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Atnalı böbrek popülasyonda yaklaşık % 2.5 oranında görülen, her iki böbreğin sıklıkla alt polünün orta hatta birleşmesi sonucu meydana gelen füzyon anomalisidir. Bu durum ile birlikte up veya uv darlık, vur gibi ek malformasyonlar görülebilmektedir. Bu videoda, uv darlığı sekonder gelişen sağ hidronefrotik nonfonksiyone atnalı böbreğe uygulanan sağ laparoskopik nefroüretrektomi görüntüleri sunulmaktadır.

Hasta ve Yöntem:

Sık tekrarlayan İYE nedeniyle polikliniğimize başvuran 4 yaşındaki kız hastaya yapılan bilgisayarlı tomografi ve DMSA'da sağ hidronefrotik nonfonksiyone atnalı böbrek tanısı konuldu. Özgeçmişinde tanısız sistoskopi dışında özellik olmayan hastaya sağ laparoskopik transperitoneal nefroüretrektomi planlandı. Trokar yerleşimini takiben kolon medialize edilerek üreter bulundu. Üreter takip edilerek her iki böbreğin birleşim yeri olan isthmus vizüalize edildi. Böbrek üst polü karaciğerden serbestlendi. Renal ven ultrasonik makas yardımıyla kapatılıp kesilirken, renal arter ise klip konularak kesildi. Ardından isthmus ultrasonik makas yardımı ile kesildi. Üreter çevre dokulardan serbestlenip mesane girim düzeyine kadar diseke edildikten sonra sağ inguinal bölgeden yapılan 3 cm lik insizyondan böbrek ve üreter eksize edildi. Loja 1 adet dren konulup işleme son verildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

Bulgular:

Operasyon 120 dakika sürdü, kan kaybı 100cc civarındaydı. Postoperatif 2.gün gün dreni çekildi. Postoperatif komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Günümüzde artan deneyimle birlikte çocuk yaş grubunda laparoskopik cerrahi, üriner sistemin nadir görülen anomalilerinde dahi standart teknik olarak güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler : atnalı böbrek, laparoskopi, nefroüretrektomi, füzyon anomalisi, çocuk



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS009

ÇİFT TOPLAYICI SİSTEMDE SOL RENAL ALT ÜNİTEDE ÜRETEROPELVİK DARLIK: TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİ

Fatih Ataç¹, Mustafa Koray Kırdag³, Ünal Öztekin²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.d

²Bozok Üniversitesi Üroloji A.d

³Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji Bölümü

Amaç: Bu videoda sol yan ağrısı nedeniyle değerlendirilen, çift toplayıcı sistemde sol renal alt üniteye sol üreteropelvik darlık tanısı alan hastaya yaptığımız Transperitoneal Laparoskopik Piyeloplasti ameliyatını sunmayı amaçladık.

Hasta ve yöntem: 29 yaşında bayan hasta dış merkezde sol yan ağrısı nedeniyle değerlendirilmiş. Yapılan USG ve BT ürogram tetkiklerinde çift toplayıcı sistem, sol böbrek alt polde hidronefroz tespit edilmiş. Hasta sol renal alt üniteye üreteropelvik darlık şüphesiyle takibe alınmış. Altı ay sonra çekilen USG' sinde hidronefrozun ve ağrının kısmen arttığı gözlenmiş. Hastanın en son çekilen MAG-3 renal sintigrafisinde sol böbrek alt polde staz izlenmiş ve üreteropelvik darlık tanısıyla cerrahi planlanmıştır. Tarafımızca da değerlendirilen hastaya sol laparoskopik transperitoneal piyeloplasti planlandı. Hastaya önce litotomi pozisyonunda retrogradpiyelografi çekildi ve alt renal ünitenin üreterine, üreteropelvik darlığın proksimaline 6 F üreter katateri bırakıldı. Takiben hasta 60 derece sol yan pozisyona alındı. Umblikus hizasında pararektal alandan Veress iğnesi ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Aynı noktadan bir adet 10 mm' lik optik port, sol midklavukuler hattan bir adet 5 mm' lik ve bir adet 10 mm' lik toplam üç port yerleştirildi. Ardından "Told hattı" açıldı, inen kolon medialize edildi. Diseksiyonu daha rahat yapabilmek için pelvis batın ön duvarına iğneli sütür yardım ile asıldı. Ardından dilate pelvis diseksiyonuna başlandı. Diseksiyon sırasında pelvis açıldı. Bu aşamadan sonra pelvis etrafındaki dokunun serbestlenmesi daha güç oldu. Üreteropelvik bölgede Aberran damar görüldü ve 4. bir port konularak askıya alındı. Pelvis serbestlendikten sonra üreteropelvik bölgeden distale takip edilerek üreter içindeki katater gözlemlendi. Üreteropelvik bölgenin diseksiyonu sırasında aberran damarların üreteropelvik bölgeyi anteriordan baskıya uğrattığı izlendi. Üst renal üreter, kataterli üreterin hemen altında izlendi. Pelvis belirlenen redüksiyon sınırından kesildikten sonra, yeni anostomozda "Anderson Hynes" (dismembered) tekniği kullanılarak piyeloplasti gerçekleştirildi. İşlem sırasında antegrad dj stent yerleştirildi.

Bulgular: Cerrahi süre 145 dakika, kan kaybı minimaldi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta önerilerle taburcu edildi. Postoperatif takiplerinde klinik ve USG ile sorunsuz izlendi.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Sonuç: Çift toplayıcı sistem, üriner sistemin sık görülen anomalilerinden biridir. Çift toplayıcı sistemde üreteropelvik darlık nadir görülmekle birlikte genelde alt pol etkilenir. Darlık yaklaşık %40 oranında dışarıdan basıya da bağlı olabilir. Laparoskopik yöntem fonksiyonel ve kozmetik açıdan tercih edilebilen bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler : piyeloplasti, laparoscopi, çift toplayıcı sistem

Resimler :

Çift Toplayıcı Sistemde Sol Renal Alt Ünitelerde Aberran Damar Basısına Bağlı Üreteropelvik Darlık: Transperitoneal Laparoskopik Piyeloplasti

Çift Toplayıcı Sistemde Sol Renal Alt Ünitelerde Aberran Damar Basısına Bağlı Üreteropelvik Darlık: Transperitoneal Laparoskopik Piyeloplasti

Çift Toplayıcı Sistemde Sol Renal Alt Ünitelerde Aberran Damar Basısına Bağlı Üreteropelvik Darlık: Transperitoneal Laparoskopik Piyeloplasti



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS010

ÜST ÜRİNER SİSTEM ÜROTELYAL KARSİNOMU TEDAVİSİNDE BÖBREK KORUYUCU YAKLAŞIM OLARAK LASER VAPORİZASYON İLE TÜMÖR ABLASYONU

Esat Korğalı¹, Resul Çiçek¹, Halil Gülbahar¹, Emin Yener Gültekin¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Ürotelyal karsinomlar (ÜK) tüm tümörler içerisinde beşinci sırada yer almaktadırlar. Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomlar (ÜSÜK) nadirdir ve ÜK'ların yalnızca %5-10'unu oluşturmaktadırlar. Üreter tümörleri ÜSÜK vakalarının yaklaşık %25'ini oluşturur; çoğu distal üreter yerleşimli iken (% 70), daha az oranda orta üreterde (%25) ve geri kalanı da (%5) proksimal üreter yerleşimlidir. ÜSÜK'u olan hastaların %22-47'sinde mesanede nüks gelişirken, %2-6'sında karşı sistemde nüks gelişir. Tanı anında invaziv olma oranı mesane kanserlerinde %15-25 iken, ÜSÜK'larında %60'tır. ÜSÜK 70-90 yaş arasında en yüksek insidansa sahiptir ve erkeklerde 3 kat daha sık görülür. Risk faktörleri içerisinde en önemli etken sigaradır. Ayrıca aromatik aminlerin ve fenasetininde risk faktörleri arasında yer aldıkları öne sürülmektedir. Tanıda en güvenilir görüntüleme yöntemi BT Ürografi olmakla birlikte kesin tanı tanısız üreterorenoskopi ile konur. İdrar sitolojisi de tanıda önemli rol oynamaktadır. Histolojik sınıflama ve patolojik evreleme mesane kanseri ile benzer nitelikler taşımaktadır. ÜSÜK'da tedavi şekli risk sınıflamasına göre seçilir. EAU kılavuzuna göre hastalar düşük ve yüksek risk grubu olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Tanı anında görüntülemelerde hidronefroz saptanan, tümör çapı >1cm olan, alınan sitoloji örneğinde yüksek dereceli sitoloji bulgusu saptanan, URS biyopsi sonucu patolojide yüksek dereceli ÜSÜK saptanan, multifokal olan, mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi sonrası ÜSÜK tanısı alan ve variant histolojik özelliği olan vakalar yüksek risk grubunda değerlendirilmektedir. Düşük risk grubunu ise; unifokal hastalığı olan, tümör çapı <1 cm olan, alınan sitoloji örneğinde düşük dereceli sitoloji saptanan, URS biyopsi sonucu patolojide düşük dereceli ÜSÜK saptanan, BT ürografide invazyonun olmayan hastalardan oluşturur. Yüksek risk grubunda daha invaziv tedavi seçeneği olan radikal nefroüretrektomi standart tedavi yaklaşımı iken düşük risk grubunda ve soliter böbrek gibi özel durumlarda böbrek koruyucu yaklaşımlar önerilmektedir. Böbrek koruyucu yaklaşımlardan üreterorenoskopi, perkütan girişim, segmental üreteral rezeksiyon ve parsiyel nefrektomi gibi yöntemler sayılabilir. Üreterorenoskopinin segmental rezeksiyona avantajı düşük morbiditesi ve kapalı sistemde çalışmaktan kaynaklanan tümör yayılım riskinin olmamasıdır. Dezavantajı ise daha küçük aletlerle ve daha dar alanda çalışma zorunluluğudur. Bu nedenle belli boyutun üstündeki tümörlere bu yöntemle müdahale şansı bulunmamaktadır. Ayrıca özellikle daha büyük tümörlerde rezeksiyon ve yeterli biyopsi almak zorlaşmaktadır. Üreteroskopi eşliğinde laser vaporezasyonu ile tümör ablasyonu da minimal invazif tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır. ÜSÜK'larında en sık Ho: YAG ve Nd: YAG lazer kullanılmaktadır. Laser vaporezasyonu uygulanırken tümöre dokunmadan(no touch technique) ,1 J – 10 Hz'de çalışılır. ÜSÜK tedavisinde laser vaporezasyonu ile ilgili



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

çalışmaların verileri sınırlı olup, Laser vaporizasyon sonrası ÜSÜK olguların %9.5-45'inde tekrarlama oranları bildirilmektedir. Bizde bu videoda 61 yaşındaki sağ üreter distali ve sağ üreter orifisinde yerleşen tümöral oluşum izlenen hastaya böbrek koruyucu cerrahi tekniklerden biri olan üreteroskop eşliğinde laser vaporizasyon ile tümör ablasyon uyguladığımız vakamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler : Üst Üriner Sistem Karsinomu, Böbrek Koruyucu Cerrahi, Laser



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS011

RETROVEZİKAL YERLEŞİMLİ MESANE PARAGANGLİOMASININ LAPAROSKOPİK EKŞİZYONU VE PARSİYEL SİSTEKTOMİ

İbrahim Güven Kartal¹, Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Mehmet Çağlar Çakıcı¹, Alper Gök¹, Fatih Sandıkçı¹, Hikmet Topaloğlu¹, Hamit Ersoy¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Paragangliomalar; kromaffin hücrelerden kaynaklanan nöroendokrin tümörler olup, feokromasitomanın adrenal kaynaklı olmayan tipidirler. Bu olguda, fonksiyonel olmayan retrovezikal yerleşimli mesane paraganglioması (MP) ve tedavisinde laparoskopik parsiyel sistektomiyle, eksizyonu sonucunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 32 yaşındaki erkek, suprapubik bölgede müpem karın ağrısı nedeniyle başvuran hastaya yapılan ultrasonografi (US) ve kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT); mesane posterior duvarda sol lateral yerleşimli 35x18 mm boyutunda hipoeoik, santrali hafif hiperekoik görünümde mesane lümenine hafif indentasyon gösteren, sol üreter orifisi ile yakın komşulukta olan kontrast madde tutan solid lezyon gözlemlendi (**Şekil. 1**). Hastaya genel anestezi altında yapılan sistoskopide mesane karşı duvarda lümenine bası yapan 2x3 cm'lik lezyon izlendi ancak BT raporunun aksine lümenine uzanım tespit edilmedi (**Şekil. 2**). Retrovezikal kitleden transrektal US eşliğinde alınan biyopsi; malignite yönünden kuşku, nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Endokrinolojik aktivite değerlendirmesi için yapılan 24 saatlik idrar testinde anlam ifade eden bulgu tespit edilmedi. Bu değerlendirmeler sonrasında hastaya; litotomi pozisyonunda fleksible sistoskopi ile eş zamanlı transüretal görüntü sağlanarak laparoskopik parsiyel sistektomi ve sol proksimal vaz deferens eksizyonu uygulandı. Patoloji sonucu, yapılan immünohistokimyasal incelemelerle birlikte MP olarak raporlandı. Ek tedavi verilmeyen; 3, 6, 12. aylarda yapılan kontrollerinde şikayeti olmayan hastada metastaz ve rekürrens gözlenmedi.

Tartışma: Ekstraadrenal feokromasitoma veya paraganglioma sempatik sinir sistemi ile ilişkili nöroendokrin hücrelerden kaynaklanan az sıklıkta görülen tümörlerdir. Ekstra-adrenal paragangliomalar içerisinde % 6 lik kısmı MP oluşturmaktadır. MP oldukça nadir görülmekte olup mesane tümörlerinin % 0,06 sını oluşturmaktadır. Fonksiyonel MP ile ilgili en sık görülen tipik klinik belirtiler artmış katekolamin salınımına bağlı hipertansiyon, başağrısı, terleme, çarpıntı ve postmiksyonel senkoptur. Fonksiyonel olmayan MP daha nadir gözlenen, operasyon öncesi tanı alması zor olan; buna bağlı olarak da intraoperatif beklenmedik hipertansif atak riski nedeniyle tehlikeli olabilen türdür. Tedavi seçenekleri arasında transüretal rezeksiyon ve gerekirse pelvik lenf nodu diseksiyonunu içeren parsiyel sistektomi veya total sistektomi yer almaktadır. Altın standart yöntem tartışmalı olmakla birlikte bizim olgumuzda



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

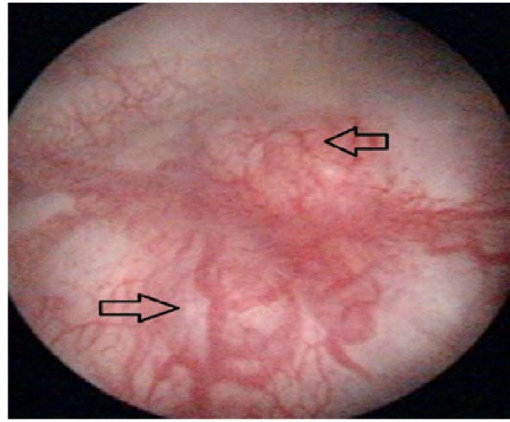
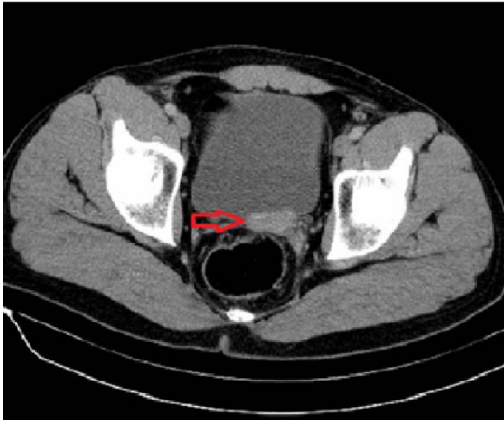
01 - 04 Mart 2018

da uyguladığımız gibi operasyon öncesinde tanı almış MP olgularında daha az invaziv ve daha erken iyileşme olduğu gözlenen laparoskopik parsiyel sistektomi yöntemi uygulanabilir.

Sonuç: Mesane duvarından köken alıp retrovezikal alana büyüme gösteren, mesane lümenine de bası yapan bu nadir gözlenen lezyonun eksizyonu için laparoskopik yaklaşıma ek olarak fleksibl sistoskop ile eş zamanlı transüretal görüntü de sağlanması cerrahi sınırın negatif olması ve intraoperatif komplikasyonun azaltılması için güvenli bir yaklaşım olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler : Mesane, paraganglioma, fonksiyonel olmayan, tedavi, retrovezikal

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS012

ICG YARDIMLI LAPAROSKOPIK ÜRETEREKTOMİ VE ÜRETEROÜRETEROSTOMİ

Ahmet Güdeloğlu¹, Amiralı Farahvash², Ahmet Aşçı¹, Hakan Bahadır Haberal¹, Cenk Yücel Bilen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Lösante Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği

Amaç

Bu videoda endoskopik üreter taşı tedavisi sonrası iliyak çapraz seviyesinde darlık gelişen bir hastada Indocynine Green (ICG) kullanılarak yapılan laparoskopik üreterektomi ve üreteroüreterostomi ameliyat tekniği gösterilmektedir.

Materyal Metot

28 yaşında erkek hastaya 3 aydır süregelen sağ yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ iliak çaprazda yaklaşık 1 cm'lik taş saptanmıştır. Hastanın sağ üreter taşına endoskopik girişim yapıldıktan 1 ay sonra jj stenti çekilmiş, hemen sonrasında sağ yan ağrısı nedeniyle çekilen tomografide sağda iliak çapraz seviyesinde hiperdens bir oluşum ve sağ hidronefrozun devam ettiği görülmüştür. Sonrasında hastaya çekilen retrograd pyelografi ve yapılan tanısal üreterorenoskopide, üreterde sağ iliak çapraz seviyede yaklaşık 2 cm'lik darlık olduğu ve rezidü taş olmadığı görülmüştür. Hastaya bir sonraki seansda öncelikle sağ üretere 6 F iki ucu açık üreter kateteri yerleştirilmiş daha sonra 45-60 derece lateral pozisyon verilerek Image1 S (Karl-Storz, Tuttlingen, Almanya) endovizyon sistemi yardımıyla distile su ile sulandırılmış Verdye (Diagnostic Green, Aschheim-Dornach, Almanya) solüsyonu kullanılarak laparoskopik üreterektomi ve üreteroüreterostomi ameliyatı gerçekleştirilmiştir.

Sonuçlar

Laparoskopik teknikte öncelikle iliyak çapraz düzeyinde periton açılarak retroperitoneal alanda üreter bulunmuştur ve etraf dokulardan serbestlenmiştir. Daha sonra üreter kateteri yardımıyla darlığın proksimalinden ICG verildikten sonra kamera spektra A moduna alındığında darlığın proksimalinde ve distalinde üreter intakt olarak tanımlanabilirken darlık seviyesinde üreterin boyanmadığı gözlemlenmiştir. Dar üreteral segment boyanmanın olmadığı sınırdan proksimalde ve distalde kesilerek çıkarılmış, daha sonra proksimal ve distal uç spatule edilerek bir kenardan 4-0, 16 mm Vicryl diğer kenardan yine 4-0, 16mm monocryl dikiş yardımıyla anastomoz edilmiştir. Sonrasında hasta tekrar litotomi pozisyonuna alınarak sağ üretere jj stent konulması ile ameliyat tamamlanmıştır. Toplam 3 kez pozisyon verilen hastaya uygulanan anestezi süresi 210 dakikadır. Hastanın jj stenti postoperatif 6.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

haftada çekilmiş ve postoperatif 9. ayını tamamlayan hastanın son kontrolünde de sağ tarafta hidronefroz olmadığı görülmüştür.

Sonuç

ICG kullanılarak yapılan laparoskopik üreterektomi ve üreteroüreterostomi ameliyatı etkin ve güvenli bir yöntem gibi durmaktadır. ICG'nin özellikle rekonstrüktif laparoskopik ameliyatlarda klinik faydasını göstermek için daha fazla sayıda hasta ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : ICG YARDIMLI LAPAROSKOPİK ÜRETEREKTOMİ VE ÜRETEROÜRETEROSTOMİ



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS013

SOL SİNGLE PORT NEFREKTOMİ

Alper Gök¹, Ali Çift²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Abd, Adıyaman

AMAÇ: ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRDİĞİMİZ SİNGLE PORT NEFREKTOMİ VİDEOSUNU SUNMAK

METOD: 53 YAŞINDA ERKEK HASTA SOL YAN AĞRISI VE SIK ÜRİNER ENFEKSİYON NEDENİYLE KLİNİĞİMİZE BAŞVURDU. ÖZGEÇMİŞİNDE 2 KEZ GEÇİRİLMİŞ TAŞ CERRAHİSİ OLDUĞU ÖĞRENİLDİ. YAPILAN TETKİKLERDE SOL BÖBREĞİN NON-FONKSİYONE VE ATROFİK HALE GELDİĞİ ANLAŞILDI. NEFREKTOMİ KARARI ALINAN HASTAYA UMBLİKUSTAN 2 CMLİK BİR İNSİZYON UYGULANDI VE BU İNSİZYONDAN SILS PORT YERLEŞTİRİLDİ. 65 DAKİKA SÜREN NEFREKTOMİ İŞLEMİNİN TAMAMLANMASINI TAKİBEN SPESMEN UMBLİKUSTAN ÇIKARTILDI. HASTA POSTOPERATİF 2. GÜNDE SORUNSUZ ŞEKİLDE TABURCU EDİLDİ.

SONUÇ: SİNGLE PORT NEFREKTOMİ UYGUN OLGULARDA GÜVENLE UYGULANABİLECEK BİR YÖNTEMDİR.

Anahtar Kelimeler : NEFREKTOMİ, LAPAROSKOPİK CERRAHİ



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS014

BİLATERAL İNMEMİŞ TESTİSİ OLAN HASTADA GELİŞEN İNTRAABDOMİNAL KİTLEDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Müslim Doğan Değer¹, Alperen Yıldız¹, Batuhan Yılmaz¹, Hilmi Sarı¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Bu videoda bilateral inmemiş testis şikayeti ile başvuran hastaya yapılan görüntüleme tetkiklerinde, batında sağ orta hatta 12 cm kitle tespit edilmesi üzerine hastaya uyguladığımız tanısal laparoskopi ve laparoskopik orşiektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

29 yaşında, evli, erkek hasta çocukken inmemiş testis şikayeti ile tetkik edilmiş ancak testislerin bulunamadığı söylenmiş, hasta tarafımıza infertilite şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede skrotum boş izlendi. Batın muayenesinde palpabl ağrısız mobil kitle tespit edildi.. Spermiogramı azospermik izlendi. Görüntüleme tetkiklerinde, batında sağ orta hatta ilk planda malign tümöre ait olduğu düşünülen 12 cm kitle tespit edildi. Hormon profili ve tümör belirteçleri normaldi. Laparoskopik yaklaşım için umblikus üstünden veress iğnesi ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Umblikus üstünden bir adet 15 mm'lik, sol inguinal bölgeden 2 adet 10 mm'lik port yerleştirildi. Tanısal laparoskopi yapıldı ve kitlenin gubernaküler ve sağ spermatik kord ile bağlantılı olduğu izlendi. Sol testis ve spermatik kord izlenmedi. Kitleye eksizyon kararı alındı. Kord ve gubernaküler bağlantılar Hem-O-Lok kliplerle bağlandı ve ligasüre yardımı ile kesildi. Kitle endobag içine alındı. Sağ inguinal bölgeden yapılan yaklaşık 5 cm lik kesi ile kitle enblok olarak çıkarıldı.

Bulgular:

Operasyon yaklaşık 45 dakika sürdü. Kan kaybı olmadı. Dren konulmadı. Hasta postoperatif 1. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu seminom (T2) cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

Sonuç:

İnmemiş testise bağlı gelişen intraabdominal kitlelerde tanı ve tedavi için laparoskopi; düşük morbiditesi, kabul edilebilir cerrahi ve onkolojik sonuçlarıyla güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : inmemiş testis, laparoskopi, intraabdominal kitle



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS015

RENAL PEDİKÜL VE PELVİS KOMŞULUĞUNDA YER ALAN KİST HİDATİK LEZYONUNUN TEDAVİSİ

Barbaros Başeskioglu¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Hidatik kist hastalığı, oral yolla alınarak ince bağırsak mukozasına invaze olan Echinococcus granulosus larvalarının kan ve lenf dolaşımı aracılığıyla organlara yerleşmesiyle oluşan parazitik bir enfeksiyondur. Kist hidatik tedavisi cerrahi tedavi, medikal tedavi ve PAIR (puncture, aspiration, injection, respiration) şeklinde olabilir. Renal kist hidatiğin öncelikli tedavisi kistin cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Kistektomi/ perikistektomi, parsiyel kistektomi, total veya parsiyel nefrektomi cerrahi seçenekler arasındadır. Bu videoda renal pelvis-pedikül komşuluğundaki kist hidatik lezyonun videosu gösterilmiştir.

Materyal ve Metod: 32 yaşında bayan hasta doğum sonrası sağ yan ağrısı ve sağ hidronefroz ile başvurdu. Acil olarak double j stent takılan hastaya çekilen tomografide sağ böbrek pelviste 36*22 mm septalı kalın duvarlı, duvarında kontrastlanma gösteren ve üretere proksimalden bası yapan lezyon izlendi. Ayrıca sol böbrek posteriorda psoas üstünde yerleşimli 8cm benzer septasyonlu kistik lezyon izlendi. Klinik şüphe üzerine yapılan kist hidatik serolojisi pozitif olarak geldi. Andazol tedavisi başlanan hastaya sağ taraf için laparoskopik cerrahi kararı alındı.

Bulgular: Veress iğnesi ile pnömoperitonyum oluşturulmasını takiben iki 5lik çalışma ve bir 10luk kamera portu için trokar girişleri yapıldı. Diseksiyon ile renal pelvis ve renal ven komşuluğunda kitle ortaya kondu. Kiste perkütan yolla hipertonic salin enjeksiyonu yapıldı. Takiben kist duvarı açıldı ve skoleksler endobag'e alındı. Kist duvarı eksize edildi ve tabanı koterize edildi. Üreter kataterinden verilen metilen mavisinin minimal ekstravaze olduğu gözlemlendi. Double j stent konarak işleme son verildi. Bir ay sonra stent çekilerek yapılan retrograd pyelografide ekstravazasyon gözlenmedi.

Sonuç: Renal kist hidatik olguları kontaminasyona dikkat edilerek laparoskopik olarak tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler : laparoskopi, kist hidatik, böbrek, perikistektomi

Notlar : video içeren cd yollanmıştır



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS016

PEDİATRİK OLGUDA VEZİKOÜRETERAL REFLÜYE SEKONDER AFONKSİYONE ATROFİK BÖBREK TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ

Ali Tekin¹, Alpaslan Yüksel¹, Ahmet Yıldırım Balık¹, Yusuf Şenoğlu¹, Muhammet Ali Kayıkcı¹, Hasan Danış¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ad

Amaç: Bu videoda 4 yaşındaki kız çocuğunda Veziko Üreteral Reflü' ye (VUR) bağlı gelişen atrofik böbreğe uyguladığımız sağ laparoskopik nefroüretrektomi video sunumu gerçekleştirilmiştir.

Hasta ve Yöntem: İnfantil dönemde primer grade IV VUR tanısı almış olan ve sık idrar yolu enfeksiyonu (İYE) öyküsü olan 4 yaşındaki kız çocuğu anabilim dalımız polikliniğine başvurdu. İşeme sistoüretrografisinde sağda grade V VUR ve MAG-3 sintigrafisinde de sağ böbreğin %11,6 fonksiyon gördüğü belirlendi. Sistoskopik incelemede sağ üreter orifisinin golf çukuru görünümünde idi. Hastaya sağ laparoskopik nefroüretrektomi planlandı.

Genel anestezi altında sağ lateral dekubit pozisyonda umblikusun 1 cm süperolateralinden 1 cm lik insizyon ile açık giriş yapılarak pnomoperitoneum oluşturuldu. Bu girişin 5 cm süperolateralinden ve inferolateralinden üçgen oluşturacak şekilde 5 mm ve 10 mm olmak üzere 2 adet trokar daha yerleştirildi. Subksifoid 5mm lik bir trokar daha yerleştirilerek karaciğer ekartasyonu yapıldı. Künt ve keskin diseksiyonlar yardımı ile kolon deviyeye edildikten sonra üreter tanımlandı, böbrek ve proksimal üreter çevre dokulardan diseksiyonlar yardımı ile serbestlendi ve pediküle ulaşıldı. Renal arter ve ven ayrı ayrı hem-o-lock ve metal klipslerle klemlenip kesilerek ayrıldı. İnfraumblikal 5 mm trokar yerleştirilerek distal üreter mesane girimine kadar disseke edildi. Üreter mesane girimi seviyesinde klemlenerek kesildi ve *endobag* ile dışarı alındı. Loja dren konularak operasyona son verildi.

Bulgular: Toplam ameliyat süresi 100 dakika, kan kaybı 30 ml olarak saptandı. Sorunsuz bir postoperatif dönem sonrası 2. gün dreni alınarak hasta taburcu edildi. Patoloji reflü nefropatisi olarak raporlandı.

Sonuç: Afonksiyone atrofik böbrek tanılı çocuk olgularda full laparoskopik nefroüretrektomi tedavisi kısa operasyon ve hospitalizasyon süresi yanında kozmetik avantajı ile uygun tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler : LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ,AFONKSİYONE BÖBREK,ÇOCUK

Notlar : Video sunumun bildirisidir.Video cd halinde belirtilen adrese gönderilmiştir.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS017

GENİŞLETİLMİŞ PELVİK LENF NODU DİSEKSİYONUNDA AORT BİFURKASYONU PROKSİMALİNE YAKLAŞIM

Yıldırım Bayazıt¹, Kadir Karkin¹, Farid Mikayilov¹, Önder Yılmaz¹, İbrahim Halil Şükür¹, Şaban Doran¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Metastatik olmayan, kasa invaziv mesane kanserinin standart tedavisi olan radikal sistektomi (RS) ile birlikte yapılan pelvik lenf nodu diseksiyonunun (PLND) sınırları konusunda bir fikir birliği yoktur ve standart, genişletilmiş, süper genişletilmiş yöntemler uygulanmaktadır. Laparoskopik RS (LRS) ve robot yardımcı RS'nin (RYRS) gelişmesi, PLND'nin de seçilen yöntemlere göre laparoskopik veya robot yardımcı olarak yapılmasını gerektirmiştir. Aort bifurkasyonu ile inferior mezenterik arter (İMA) arasındaki alanı da kapsayan laparoskopik süper genişletilmiş PLND (LSGPLND), teknik olarak zor bir yöntemdir. Bu videoda, laparoskopik radikal sistektomi, LSGPLND, ileal kondüit üriner diversiyon ve ürektomi yapılan bir erkek hastada, LSGPLND sırasında aort bifurkasyonu ile İMA arasındaki alana erişim ve diseksiyon yöntemimizi sunmaktayız.

Hasta ve yöntem: Skuamöz diferansiyasyon gösteren yüksek dereceli ve kasa invaziv papiller ürotelyal mesane karsinomu tanısı konulan 49 yaşındaki erkek hastaya LRS, LSGLND, üriner diversiyon ve ürektomi planlandı. Genel anestezi altında ve Trendelenburg pozisyonunda, bir adet 12 mm, iki adet 11 mm ve 5 mm trokarlar ve transperitoneal yaklaşımla operasyona başlandı. Sağ tarafta pubik kemik düzeyinden başlayarak, mediyal umbilikal ligamentin lateraline posteriyor periton insizyonu yapıldı. Bu insizyon, iliyak damarlar ve aorta doğrultusunda kraniyalde İMA düzeyine kadar uzatıldı. Sol tarafa da, sigmoid kolonun lateralinde kalacak şekilde posteriyor periton insizyonu yapıldı. Bu iki insizyonun arası mesane posteriyorundan transvers bir insizyonla birleştirilerek sistektomiye geçildi. LRS tamamlandıktan sonra, inferior mezenterik arter düzeyine dek çıkılarak LSGLND uygulandı. Sigmoid kolon, mezo altından geçirilen bir damar teybi ile askıya alınıp manipüle edilerek diseksiyon sırasında iyi bir alan görüntülenmesi sağlandı. Diseksiyonda, standart laparoskopik el aletleri, klipler ve ultrasonik makas kullanıldı.

Bulgular: Sol ana iliak ven proksimalinde oluşan küçük yaralanma 5/0 polipropilen ile sütüre edildi, başka komplikasyon olmadı. Operasyon 300 dakika sürdü ve bunun 105 dakikası lenf nodu diseksiyonuydu. Tahmini total kan kaybı 250 ml idi. Bağırsak motilitesi postoperatif ikinci günde düzelen hastanın periloop dreni ikinci günde, Douglas dreni ise üçüncü günde çekildi ve hasta dördüncü gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, perivezikal yağ dokusunu infiltre etmiş, skuamöz diferansiyasyon gösteren yüksek dereceli ürotelyal karsinom saptandı. Cerrahi sınırlar temizdi ve lenf nodu metastazı saptanmadı. Çıkarılan total lenf nodu sayısı 54 olup, bunlardan 8'i aort bifurkasyonu – İMA arasındaki bölgedendi.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Sonuç: LSGLND, teknik olarak kolay olmayan, önemli zaman alan, vasküler yaralanma gibi ciddi komplikasyon riskleri bulunan bir yöntem olsa da, atlanmış metastazları saptayarak evrelemenin doğruluk oranını artırma, mikrometastazları tedavi ederek cerrahi tedavinin başarısına katkıda bulunma gibi yararları nedeniyle, bizim de tercih ettiğimiz yaklaşımdır. Aort bifurkasyonunun proksimalinde rahat diseksiyon yapılabilmesi için, iyi bir alan görüntülenmesi sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler : süper genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu, laparoskopi, mesane kanseri

VS018

SÜRRENAL KİTLE HASTASINDA ÜÇ BOYUTLU LAPAROSKOPİ KULLANIMI

Müslim Doğan Değer¹, Hüseyin Alperen Yıldız¹, Hilmi Sarı¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹, Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

SÜRRENAL KİTLE HASTASINDA ÜÇ BOYUTLU LAPAROSKOPİ KULLANIMI

Doğan Değer, Alperen Yıldız, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Amaç:

Bu videoda sürrenal kitle nedeniyle laparoskopik transperitoneal sürrenalektomi yapılan hastada üç boyutlu laparoskopi deneyimizi paylaşmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

42 yaşında, kadın hasta tarafımıza insidental adrenal kitle saptanması nedeniyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede patoloji izlenmedi. Görüntüleme tetkiklerinde sol adrenal bezde 60 mm kitle saptandı. Yapılan endokrinolojik değerlendirmesinde nonfonksiyone adenom olarak kabul edildi. Uygun hazırlıklar yapıldıktan sonra önce sol 70 derece flank pozisyonuna alındı. Uygun saha artımı ve örtümünü takiben umblikus hemen 2 cm süperiorundan 5 cm proksimalinden 2 cm'lik kesi yapıldı.verres iğnesi ile periton geçilerek batın içine ulaşıldı.gaz ile sisirildi.verres iğnesi geri çekildi.verres iğnesinin iç kısım bölümünün iğneden ayrıldığı gözlendi. Açık olarak 15'lik port yerleştirildi. Keskin ve künt diseksiyonla peritoneuma ulaşana kadar devam edildi. Gaz ile sisirildi. 30 derece laparoskop ile priton gözlendi. Direkt gorus altında 2. 10 mmlik port ön aksiler hattın kostalarla kesişme noktasının (1. port hizasında) 1 cm inferioruna, 3.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

10 mmlik port on aksiler hat üzerinde 10 kosta superioruna yerleştirildi. 1. porttan basınç 15 mmHg olacak şekilde CO2 insuflasyonuna başlandı. 30 derece laparoskop ile 1. portdan girildi. Portlar 1/0 vikril ve 1/0 ipek ile cilde tespit edildi. Eksplorasyonda sol böbrek gözlendi. Harmonic kullanılarak diseksiyon ile medialize edildi. Surrenal gland arter ve vene hemolog kli p konuldu, kunt ve keskin diseksiyonla çevre dokulardan serbestleştirildikten sonra çıkarıldı. Çevre dokuların ileri derecede fragil olduğu gözlendi. Sürrenal gland keskin ve künt diseksiyon ile çıkarıldı. Kanama kontrolünü takiben operasyon sonlandırıldı.

Bulgular:

Operasyon 30 dakika sürdü. Kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. Postoperatif 1. Gün sonda çekildi. Dren konulmadı. Hasta postop 2. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patolojisi adrenal kortikal adenom adenom olarak raporlandı.

Sonuç:

Gelişen teknoloji ile birlikte laparoskopide 3 boyutlu sistem kullanılmasıyla laparoskopik cerrahiye adaptasyon artarak devam edecektir.

Anahtar Kelimeler : laparoskopi, sürrenalektomi, adrenalektomi, 3D

VS019

BÖBREK TÜMÖRÜNDE LAPAROSKOPİK VENA KAVA TROMBEKTOMİ

Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Süleyman Öner¹, Yakup Bostancı¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, böbrek tümörü ve vena kavaya uzanan level 2 tümör trombusu olan hastada laparoskopik tümör trombektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod: Hematüri şikayeti ile başvuran 61 yaşındaki erkek hastada yapılan BT ve MR'da sağ böbrekte orta ve alt zonu tamamen doldurup üst polü de kısmen infiltrate eden, renal sinüsü infiltrate ederek renal veni tamamen doldurup, renal hilus düzeyinde vena cava inferior lümenine uzanan yaklaşık 35x24 mm boyutlu komponenti bulunan solid kitle lezyonu tespit edildi. Hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi ve vena kava tümör trombektomi planlandı.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

60 derece sağ yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtümünü takiben umbilikus sağ lateralinden veress iğnesi ile girildi. Pnomoperitoneum oluşturuldu. Veress iğnesi ile girilen noktadan 12 mm optik port girildi. Görüntüleme eşliğinde 1 adet 12 mm ve 3 adet 5 mm olmak üzere toplam 5 adet çalışma portu girildi. Kolon mediale deviyeye edildi. Duodenum kocher manevrası ile medialize edildi.Sağ üreter bulundu üreter takip edilerek renal hilusa ulaşıldı.Vena kava çevre dokulardan diseke edildi.Sol renal ven bulundu ve çevre dokulardan diseke edildi.İnteraortokaval alana girilerek renal arter bulundu.Renal arter çevre dokulardan disseke edildi ve hem-o-lok klipler ile kleplendi.Alt pole giden renal ven çevre dokulardan disseke edildi,hem-o-lok klip ve metal klipler ile kleplenerek kesildi.Sonrasında vena kava posterioru diseke edildi.Vena kava tümör trombüs distal ve proksimali right angle klemp ile dönüldü ve slikon teypler ile askıya alındı.Böbrek çevre dokulardan Thunderbeath yardımı ile diseke edildi.Trombüs olan sağ renal ven çevre dokulardan diseke edildi.Önce vena kava distali slikon teyp yardımı ile kleplendi.Sol renal vene bull dog klemp konuldu.Vena kava proksimalide slikon teyp yardımı ile kleplendi.Sağ renal venin vena kavaya açıldığı düzeyden Potts makası yardımı ile kavatomi yapıldı.Tümör trombüsü nefrektomi spesmeni ile beraber tek parça halinde serbestlendi.Sağ modifiye gibson insizyonu yapıldı.Bu insizyondan 15 mm lik endobag içeri sokuldu ve böbrek trombüs çevreye temas etmeden endobag içerisine konuldu.Vena kavadaki defekt 5/0 Gore-Tex ile suture edildi.Önce renal ven bull dog klemp alındı, sonrasında sırasıyla vena kava distalindeki ve proksimalinde klemler çözüldü.Kanama olmadığı gözlemlendi.Vena kavanın ilk klemlenmesinden kitle çıkması ve sütürasyon sonrası klemlerin alınmasına kadar geçen süre 18 dk idi.Endobag içerisindeki spesmen modifiye Gibson insizyonundan dışarı alındı.Sonrasında parakaval lenf nodu diseksiyonu yapıldı.Loja 1 adet sump dren konuldu.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 120 dk, tahmini kan kaybı 100 cc idi.Postoperatif 2.gün samp dreni çekilen hasta taburcu edildi.Patoloji renal hücreli karsinom şeffaf hücreli tip, fuhrman grade 3, pT3b, cerrahi sınır negatif, reaktif lenf nodları olarak raporlandı.

Sonuç:Böbrek tümörünün cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem,vena kavadaki tümör trombüslerinde bile uygun onkolojik prensipler ile güvenle uygulanabilir.

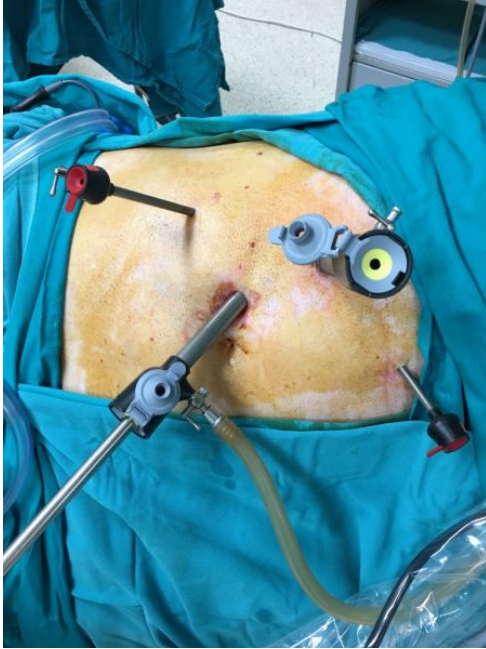
Anahtar Kelimeler : Renal transplant, laparoskopi,radikal prostatektomi, multiparametrik MR, füzyon biyopsi, PSA, adenokarsinom



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS020

PEDİATRİK LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: PROSTATİK RABDOMYOSARKOM

Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Süleyman Öner¹, Fırat Akdeniz³, Yakup Bostancı¹, Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Ayhan Dağdemir², İbrahim Kartal², Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

³Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Trabzon ; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç:Bu videoda prostat kaynaklı embriyonel rabdomyosarkom nedeniyle yaptığımız bilgilerimize göre literatürdeki ilk pediatrik laparoskopik radikal prostatektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod:2 yaşında üriner retansiyon ile acil servise başvuran erkek hastaya yapılan sistoskopide gözlenen prostatik üretradaki şüpheli papiller lezyonlardan TUR biyopsi yapıldı.Patoloji sonucu prostat kaynaklı embriyonel rabdomyosarkom olarak raporlandı.Çekilen MR görüntülemeye prostatı diffüz olarak tutan prostatta boyut artışına neden olmuş,30x21 mm boyutta prostatın devamında mesane boynunda ve mesane tabanında devam eden kitle lezyonu, sol ureterde dilatasyon,pelvik bölgede iliak ve inguinalde kısa çapı 5 mm olan lenf nodları raporlandı.4 kür neoadjuvan kemoterapi sonrasında yapılan kontrol MR görüntülemeye prostat boyutları gerilemiş,solda seminal vezikül posteriorundan mesane komşuluğuna doğru devam eden yumuşak doku komponenti belirgin küçülmüş ve kontrastlanması azalmış olarak raporlandı.Multidisipliner tümör konseyinde tartışılan hastaya mesane koruyucu yaklaşım olarak laparoskopik radikal prostatektomi planlandı.

Supin pozisyonda umblikus üzerinden veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu.Umblikustan 5 mm lik optik port yerleştirildi. Her iki pararektal bölgeden 2 adet 5 mm, her iki krista iliaka medialine yerleştirilen 2 adet 5 mm.lik portlar ile transperitoneal girildi. Optik trokardan 30 derece lens yardımı ile görüntü elde edildi. Prostat ve mesaneye ulaşmak için preperitoneal alan ekspozite edildi.Her iki endopelvik fasya açıldı. Eksternal üretral sfinkteri oluşturan kaslar apekte lateral ve posterior sınırdaki soğuk makas yardımı ile uzaklaştırıldı. Takiben desendan tekniğe uygun olarak mesane boynundan Thunderbeath yardımı ile diseksiyona başlandı. Mesane boynu serbestlendikten sonra her iki vaz deferens ve seminal veziküller serbestlendi ve vasküler yapılar hem-o-lok ve metal klipler ile kontrol edildiler. Ardından Denonvillier fasyası açılarak pararektal yağ dokusuna ulaşıldı ve prostatın posterior diseksiyonu başlandı. Her iki tarafta bulunan prostatik pediküller hem-o-lok klipler ile kontrol edilip kesildi. Posterior diseksiyon apekte yeterli seviyeye ulaştıktan sonra, anteriorda yüzden dorsal ven kompleksi soğuk makas yardımı ile kesildi ve üretraya ulaşıldı. Üretra kesildikten sonra her iki tarafta apeks diseksiyonu tamamlandı. Mesane boynundan cerrahi sınır için biyopsi alındı. Prostat endobag



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

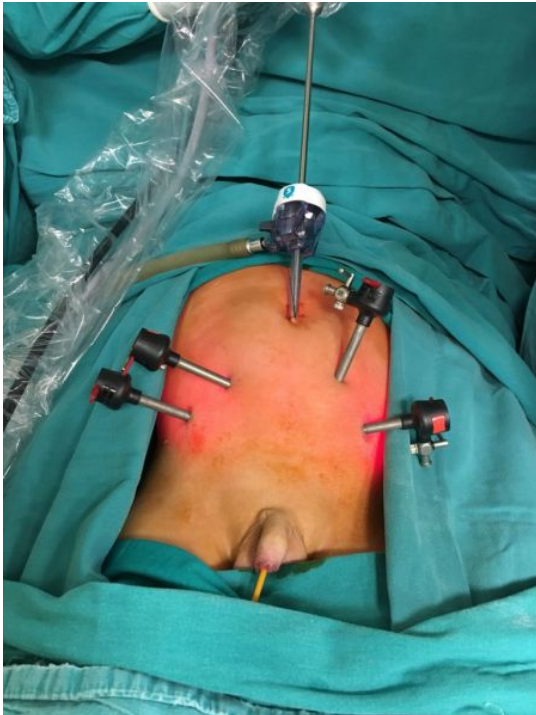
içerisine alındı ve loj hemostazı sağlandıktan sonra, anastomoz aşamasına geçildi. 5/0,17 mm absorbable suture kullanılarak, Van Velthoven yöntemi ile üretrovezikal anastomoz gerçekleştirildi.

Bulgular: Laparoskopi(Gaz insulfasyon) süresi 140 dk,Tahmini kan Kaybı 100 cc'idi.Postoperatif 3.gün sump dreni çekilerek taburcu edilen hastanın postop 10.gün sistogram kontrolü ile foley sondası çekildi. Patoloji sonucunda prostat içerisnde tümör gözlenmemiş, regrese olmuş tümöre sekonder bazı alanlarda fibrozis ve hyalinizasyon olarak raporlandı.Mesane boynu cerrahi sınır kayıtlı materyalden hazırlanan kesitlerde, hyalinize fibröz doku izlenmiştir.Postoperatif 6.haftada bilateral Dj stenti çekilen hastanın intraop anastomoz bölgesinde darlık olmadığı pasajın açık olduğu rezidü tümör dokusunun olmadığı görüldü.

Sonuç:Nadir görülen prostatik rabdomyosarkomun tedavisinde mesane koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : Pediatrik rabdomyosarkom,Radikal Prostatektomi,Laparoskopi

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS021

"0" (SIFIR) İSKEMİ LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Mustafa Ugur Altug¹, Eymen Gazel¹

¹Acıbadem Ankara Hastanesi

Bu videoda 4 cm'lik insidental renal kitleye uygulanan " sıfır iskemi sol laparoskopik parsiyel nefrektomi" sunulmuştur.

Olgu sunumu: 40 yaş erkek hasta insidental olarak saptanmış, renal hilusa yakın 4 cm'lik sol renal kitle ile başvurdu. Hastaya nefron koruyucu cerrahi planlandı. Genel anestezi altında Hasson tekniğiyle optik trokar yerleştirildi. Takiben 2 adet (5mm ve 10 mm) trokar görüş altında konuldu. İnen kolon mobilize edilip böbrek ve renal kitle ortaya konuldu. Böbrek damarları serbestleştirilip renal kitleye giden tek arter dalı kliplenerek kesildi. Ameliyat sırasında olabilecek kanamaya önlem olarak kitlenin bulunduğu segmenti besleyen arter dalı Rummel turnikesiyle askıya alındı. 4 cm'lik kitle, üzerindeki yağ dokusu korunarak, keskin ve künt disseksiyonla iskemi olmaksızın eksize edildi. Tümör tabanından olan sızıntılar bipolar koter yardımıyla kontrol edildi. Parankim kenarları 2/0 "Vi-Lock" sütürle kontinü olarak kapatıldı. Eksize edilen kitle spesmen torbası içinde vücut dışına alındı. Loja 1 adet "Jackson-Pratt" dren yerleştirildi ve işleme son verildi. Postoperatif sorun yaşanmadı. Toplam 65 cc serohemorajik drenajı oldu. Hasta postoperatif 1. gün şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu "Kormofob tip renal hücreli karsinom" olarak rapor edildi.

Anahtar Kelimeler : Renal kitle, Laparoskopi, Parsiyel nefrektomi, "0" (sıfır) iskemi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS022

POSTERİÖR YERLEŞİMLİ RENAL KİTLEYE TRANSPERİTONEAL PARSİYEL NEFREKTOMİ

Barbaros Başeskioglu¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Böbrek tümörlerinin laparoskopik yöntem ile tedavisinde posterior ve posteromedyaldeki tümörlerde retroperitoneal girişim daha çok tercih edilir. Transperitoneal yaklaşım ise sağlanan geniş çalışma alanı özellikle tümör rezeksiyonu sonrası rekonstrüksiyonu kolaylaştırdığı için cerrahın seçimine göre uygulanabilir. Bu videoda posterior yerleşimli sol böbrekteki kitleye uygulanan sol laparoskopik transperitoneal parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 49 yaşında erkek hasta sol böbrekte insidental tanı alan kitle ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografide posterior yerleşimli 3cm lik öncelikle renal hücreli karsinom lehine değerlendirilen kitle mevcuttu. Hastaya sol modifiye flank pozisyonunda trokarlar girilerek kolon deviyeye edildi. Üreter ve alt pol diseksiyon ile havalandırılarak renal pediküle doğru diseksiyona devam edildi. Renal arter ve ven ortaya kondu. Takiben böbrek anteriora deviyeye edildi. Kitle bulundu ve etrafı hook koter ile işaretlendi. Pediküle klemp konarak kitle soğuk makas yardımı ile çıkarıldı. Renorafiye takiben pedikül klemp çıkarıldı. Kanamanın olmadığı gözlenince kitle endobag yardımı ile çıkarıldı.

Bulgular: İlk port girişi ve kitlenin çıkarılması arası süre 100dk idi. Sıcak iske mi süresi 11 dakika kanama miktarı 50cc idi. Postoperatif 2. Gün dren çekilerek taburcu edilen hastanın patoloji spesmeni berrak tip renal hücreli karsinom fuhrman grade 2/4, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

Sonuç: Böbrek tümörlerinde posterior yerleşimli tümörlerde retroperitoneal teknik tercih sebebi olmakla birlikte transperitoneal yöntemin de azımsanamayacak avantajları vardır ve renorafi, alan genişliği nedeniyle daha kolay yapılabilir.

Anahtar Kelimeler : laparoskopi, parsiyel nefrektomi, böbrek, transperitoneal

Notlar : Video içeren cd kurula yollanmıştır



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS023

3D LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ

Barbaros Başeskioglu¹, Burak Elmaağaç¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ad

AMAÇ: Böbrek kitlelerinin cerrahi tedavisinde laparoskopi standart bir yöntem haline gelmiştir. 3D görüntüleme yöntemleri derinlik hissi sağlayarak normal görüşü simüle etmekte ve özellikle pedikül diseksiyonuna faydalı olmaktadır.

Materyal ve Metod: 61 yaşında bayan hasta insidental saptanan sol böbrek kitle ile refere edildi. Bilgisayarlı tomografide sol böbrek kaynaklı 7cm lik kontrast tutan kitle saptandı. Hastaya 60 derece lateral pozisyonda veress iğnesi ile pnömoperitonyum oluşturuldu. Takiben iki onluk bir beşlik trokar girişi yapıldı. 3D kamera eşliğinde kolon deviye edildi. Üreter bulunarak harmonik scalpel eşliğinde pediküle ulaşıldı. Pedikül vasküler trisapler ile kontrol altına alındı. Böbrek etrafından serbestlenerek endobag'e alındı.

Bulgular: Operasyon süresi 55 dakika; kanama 50 cc olarak not alındı. Postoperatif 2. gün dren çekilerek 3. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji pT3a cerrahi sınır negatif olarak rapor edildi.

Sonuç: Böbrek tümörlerinin laparoskopik tedavisinde 3D kamera kullanımı diseksiyon sürelerini kısaltarak ve derinlik hissi ile daha güvenli diseksiyon sağlayarak avantaj yaratabilir.

Anahtar Kelimeler : laparoskopi, , böbrek, 3D, tümör, nefrektomi,radikal

Notlar : *Video uygun formatta gözlükle seyredilebilecektir*



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS024

SOL LAPAROSKOPIK SÜRRENALEKTOMİ

Cenk Murat Yazıcı¹, Murat Akgül¹, Fatih Şahin¹, Rıdvan Özcan¹, Enes Altın¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

49 yaşında kadın hasta, 5 yıldır tip II diyabet hastası, insülin ve oral antidiyabetik tedavisi almakta, Cushing sendromu nedeniyle endokrinoloji bölümü tarafından takip edilmektedir. Hastanın pre-operatif kortizol değeri 20,3 ng/dL (2,3-19,4), HbA1c değeri 13,6 (4,3-6,1). Hastanın özgeçmişinde uterin myom nedeniyle operasyon hikâyesi mevcut. Tüm batin MR görüntülemesinde sol sürrenalde kontrast tutan 34mm boyutunda adenom ile uyumlu kitle izlenmesi üzerine sol laparoskopik sürrenalektomi operasyonu planlandı. Hastaya genel anestezi altında lateral dekübit pozisyonu verilerek 3 adet trokar yerleştirilmesini takiben geçirilmiş operasyona bağlı olduğu düşünülen batin içi adezyonlar diseke edilerek ultrasonik kesme koagülasyon makası ile açıldı. Ardından Gerota fasyası açılarak renal ven ve sürrenal ven ortaya konuldu. Çevre dokulardan tamamen serbestlenen adrenal dokusu sürrenal venin kliplenerek kesilmesinin ardından tek parça halinde vücut dışına alındı. 50cc kanama ile 45 dk süren operasyondan sonra 2. günde dreni çekilen hasta postop 3. gün taburcu edildi. Sürrenelektomi materyalinin patolojik incelemesi kortikal adenom olarak raporlandı. Hastanın post-operatif kortizol değeri 2,8ng/dL (2,3-19,4), HbA1c değeri 5,9 (4,3-6,1) olup takibinde hastanın insülin ve oral antidiyabetik ihtiyacı ortadan kalktı.

Anahtar Kelimeler : laparoskopik adrenalektomi, batin içi adezyon



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS025

BÜYÜK FEOKROMASİTOMA VE ÜST POL BÖBREK TÜMÖRÜNÜN EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK EKŞİZYONU

Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Süleyman Öner¹, Yakup Bostancı¹, Yarkın Kamil Yakupoğlu¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda sağ böbrekte ve bilateral sürrenal kitlesi olan hastaya aynı seansta uyguladığımız laparoskopik sağ sürrenalektomi ve sağ parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod: 43 yaşındaki erkek hastada karın ağrısı şikayeti ile yapılan bilgisayarlı tomografide, sağ böbrek üst pol posteriorde ekzofitik uzanımlı 17 mm boyutunda kitle, sağ sürrenalde 9 cm ,sol sürrenalde de 3 cm kitleler tespit edilmiş. Sürrenaldeki kitleler için yapılan metabolik değerlendirme feokromasitoma ile uyumlu hormon aktif olarak tespit edilmiş. Hastaya öncelikle laparoskopik sağ adrenelektomi ve aynı seansta sağ parsiyel nefrektomi planlandı.

Sağ 90 derece lateral dekubit pozisyonda paramedian hatta 1 adet 12 mm optik port midklaviküler hatttan transperitoneal yolla abdomene girildi.1 adet 10 mm ve 1 adet 5 mm port ile midaxiller ve ön axiller girildi. Karaciğer ekartasyonu için ksifoid altından 5mm 4. port girildi. Karaciğer çevre dokulardan serbestlenerek süperiora ekarte edildi. Kolon medialize edildi. Sağ adrenaldeki kitlenin böbreği inferiora ittiği izlendi. Sonrasında sağ renal hilus disseke edildi ve tek renal arter, tek renal ven gözlemlendi. Vasküler yapılar ayrı ayrı silikon teypler ile askıya alındı. Adrenaldeki kitle vena cavaya yapışık izlendi. Sağ adrenal bez çevre dokulardan serbestlendi. Adrenal ven metal klipler ile kleplendi ve kesildi. Ardından adrenal bez, böbrekten ve karaciğerden dikkatlice diseke edilerek ayrıldı. Böbrek çevre dokulardan ayrıldı ve serbestlendi. Sağ böbrek üst pol posterolateral kesimde ekzofitik uzanımlı 2x2 cm kitle USG yardımı ile gözlemlendi. Hook koter yardımıyla kitle sınırları işaretlendi. Endo bulldog klemler yardımı ile renal arter ve ven kleplendi. Kitle makas yardımı ile çevredeki bir miktar sağlam doku ile birlikte çıkartıldı. Defekt 2/0 V-Loc ve 37 mm 2/0 vicryl ile kapatıldı. Bulldog klemler alındı. Sıcak iskemi süresi 8 dakika olarak değerlendirildi. Takiben 3/0 vicryl ile parankimal defekt üzerine perirenal yağ dokularda gelecek şekilde kapatıldı. Her iki kitle endo bag içine konularak sağ modifiye gibson insizyondan vücut dışına alındı. Loja 1 adet sump dren yerleştirildi.

Bulgular: Cerrahi süre 120 dk, tahmini kanama miktarı 200 cc idi. Postoperatif 3.gün sump dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji sonucunda adrenal bezdeki kitle feokromasitoma, böbrekteki kitle de renal hücreli karsinom, Fuhrman grade 2, pT1a, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Sonuç: Minimal invaziv yöntemler tecrübeli ellerde büyük sürrenal kitlelerde güvenilir olmakla birlikte aynı seansta başka organ cerrahilerini de, ek kesiler gerektirmeden mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Feokromositoma,RCC,

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS026

KADIN HASTADA LAPAROSKOPIK RADİKAL SİSTEKTOMİ

Ender Özden¹, Süleyman Öner¹, Murat Gülşen¹, Yakup Bostancı¹, Yarkın Kamil Yakupoğlu¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, mesane tümörü nedeniyle takipli kadın hastaya uyguladığımız laparoskopik radikal sistektomi deneyimizi sunmayı amaçladık

Hasta ve Metod: 70 yaşında kadın hastanın hematüri nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ üreter orifisi komşuluğunda 2 cm boyutta papiller lezyon tespit edildi. Hastaya TUR M operasyonu yapıldı. Patolojisi yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom, pT2 olarak raporlandı. Hastaya çekilen BT de metastaz saptanmadı. Hastaya laparoskopik radikal sistektomi operasyonu planlandı. Rahat litotomi pozisyonunda üretra keskin ve künt diseksiyonlar ile mesane boynuna kadar serbestlendi. Palmar noktasından veress iğnesi ile girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. 12 mm optik port umblikus üstünden, 2 adet 10 mm lik çalışma portu pararektal alandan ve 2 adet 5 mm port ise spina iliaka nın medialinden girildi. Her iki üreter bulundu mesaneye kadar diseke edildi, mesaneye yakın kısımdan hem o lock klip ile kleplendi ve kesildi. Üreter alt uçlarından frozen gönderildi frozen sonuçları negatif olduğu belirtildi. Bilateral eksternal iliak, internal iliak, obdurator, common iliak lenf nodu ve sakral lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Mesane superior posterioru uygun diseksiyon ile arka peritondan serbestleştirildi. Mesane sup middle ve inf pediküller LİGASURE ile ligate edildi. Endopelvik fasya açıldı. Üretranın etrafı serbestlenip sistektomi+TAH+BSO işlemi gerçekleştirildi. Vajinal açıklık içi spanç dolu eldiven ile kapatılarak gaz kaçı engellendi. Spesmenler endobag içerisinde konuldu. Sol üreter retrum posteriorundan sağ tarafa geçirildi. Takiben umbilikus altı vertikal insizyon ile girildi. Üreterlere feeding kateter yerleştirilerek üreterointestinal anastomoz (Wallace tip) ve ileal konduit yapıldı. Kanama kontrolünü takiben loja 1 adet sump diren yerleştirildi işleme son verildi.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 210 dk, tahmini kan kaybı 150 cc idi. Post operatif 6. ve 7. gün üreter kateterleri çekildi. Post operatif 8.gün samp direni çekilen hasta taburcu edildi. Patolojisi yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom, pT1, 19 adet reaktif lenf nodu, 1 adet metastatik lenf nodu olarak raporlandı

Sonuç: Laparoskopik radikal sistektomi operasyonu artan tecrübe ile kadın hastalarda güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler : Radikal sistektomi,Laparoskopik



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS027

ICG YARDIMLI SELEKTİF İSKEMİ: LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Süleyman Öner¹, Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Yakup Bostancı¹, Yarkın Kamil Yakupoğlu¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, sağ böbrek orta pol mediade 3,5 cm boyuttaki kitleye uygulanan ICG yardımcı selektif iskemik laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod: 61 yaşında erkek hastanın KCFT yüksekliği için yapılan manyetik rezonans görüntülemeye sağ böbrek orta zon medialde 35x26x27 mm boyutlu kitle tespit edilmiş. Tarafımıza yönlendirilen hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. Sağ 60 derece yan pozisyonda sağ rektus kası lateralinde veress iğnesi ile pnömoperitonium oluşturulduktan sonra 12 mm optik port bu hatttan, 5 mm ekartasyon portu substernal hatttan, 12 mm ve 5 mm çalışma portu ön axiller hatttan girildi. Karaciğer yukarı deviye edildi. Çıkan kolon mediale deviye edildi. Duodenum Kocher manevrasıyla mediale deviye edildi. Sağ üreter bulundu ve hilusa kadar çıkıldı. Sağda tek renal arter ve tek renal ven gözlendi. Ayrı ayrı disseke edildi ve askıya alındı. Böbrek çevre dokulardan diseke edildi ve serbestlendi. Sağ böbrek orta pol medialde ekzofitik uzanımlı yaklaşık 3,5 cm boyutta kitle gözlendi. Hook koter eşliğinde kitle sınırlarına işaretler koyuldu. Takiben renal arter segmental dalları diseke edildi. Doppler USG yardımı ile kitleyi besleyen segmental arter belirlendi ve bulldog klemp yardımı ile kleplendi. Ardından indocyanin green (İCG) i.v verildi. Kitle ve etrafının kanlanmadığı gözlendi. Takiben kitle soğuk makas yardımı ile çevre bir miktar sağlam doku ile birlikte çıkartılarak parsiyel nefrektomi gerçekleştirilmiş oldu. Defekt 2/0 V-Loc ve 37 mm 2/0 vicryl suture ile kapatıldı. Bulldog klemler alındı. Selektif iskemi süresi 22 dakika olarak değerlendirildi. Takiben 3/0 vicryl ile parankimal defekt üzerine perirenal yağ dokularda gelecek şekilde kapatıldı. Kanama kontrolünü takiben kitle endobag içine konularak modifiye gibson insizyonundan dışarı alındı. Loja 1 adet 21 no sump dren yerleştirilerek işleme son verildi.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 75 dk, selektif iskemi süresi 22 dk, tahmini kan kaybı 100 cc idi. Postoperatif 2.gün sump dreni çekilen hasta postoperatif 3.gün taburcu edildi.

Sonuç: Böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde gelişen teknoloji ve tecrübe ile selektif iskemi yapılarak laparoskopik nefron koruyucu cerrahi güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

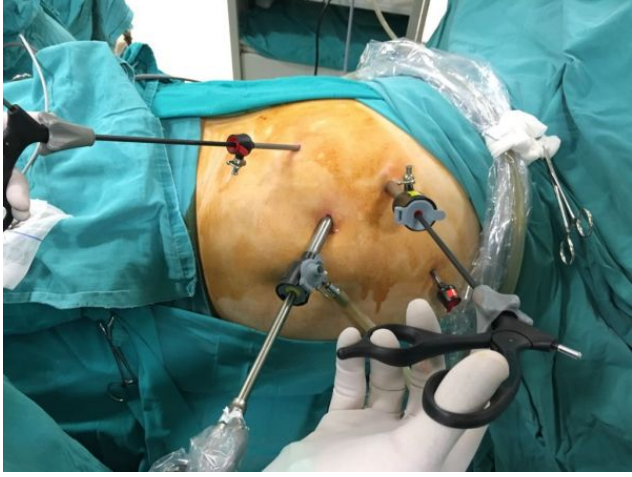
Anahtar Kelimeler : ICG, Parsiyel nefrektomi, Selektif iskemi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS028

ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI ERKEN KONTİNANS BAŞARI NEDENLERİ

Adnan Şimşir¹, Emir Akıncıoğlu¹, Fuat Kızılay¹, Ceyhun Özyurt¹

¹Ege Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş

RP sonrası en önemli komplikasyonlardan biri üriner inkontinansdır. İnkontinans hayatı tehdit etmese de hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir rahatsızlıktır. Cerrahi teknik, hasta yaşı, sinir koruyucu uygulama ve anastomoz tekniği gibi pek çok faktör üriner inkontinans oluşumunda rol oynar. Son yıllarda giderek kullanımı artan robot yardımcı radikal prostatektomi (RYRP), temel prensipler olarak açık tekniği taklit etse de, ince manipülasyonlara olanak sağlaması, üç boyutlu görüntü avantajı sunması gibi avantajlarıyla kontinansı sağlamada cerraha yardımcıdır.

Teknik

RYRP esnasında kontinansın sağlanmasında bir kaç önemli basamak vardır. İlk olarak endopelvik fasya ve puboprostatik ligamanlar kesildiğinde prostatın apikal ve lateral kısımlarına uzanan levator kas lifleri RYRP’de çok net olarak görülür. Bu lifleri dikkatli ve küt disseksiyonla prostat yüzeyinden ayırmak ve prostat-üretra bileşkesini en az travma ile ortaya çıkartmak önemlidir. Bu aşamada büyütülmüş görüntü ekranında robot kullanımının avantajı belirgindir. Dorsal venöz pleksusa yakın olan bu levator kas liflerinin disseksiyonunda koter kullanımından olabildiğince kaçınmak gereklidir; genellikle keskin disseksiyon veya küt “süpürme” hareketleri yeterli de olmaktadır.

Derin dorsal venöz pleksus (DVP) poliglaktin 2-0 suture ile “figure-of-eight” düğümü ile bağlanır. Mümkün olduğunda pubise yakın, prostat apeksinden uzak sutureizasyon, DVP kesilmesi sırasında apikal prostat dokusunun içerisine girme riskini azaltır. RYRP esnasındaki yüksek basınç bu esnada kanama kontrolüne de yardımcı olmaktadır.

Nörovasküler demetin korunması ve prostatik pediküllerin bağlanmasında bir çok teknik önerilmiştir. Ancak hemfikir olunan nokta minimal termal enerji kullanımınıdır. Bu sebeple RYRP esnasında pedikül kontrolünde hemostatik polimer klipler (Hem-o-Lok) kullanılabilir veya suture ile bağlanabilir. Bu esnada RYRP’nin sağladığı avantajlarla prostat üretra yüzeyine dek nörovasküler demetten nazikçe sertbestlendirilebilmektedir.

Bir diğer kritik aşama vezikoüretal anastomozdur. Posterior kısımda yeterli ölçüde mukoza-mukoza yaklaşması sağlanması anastomozda ayrılmanın ve sonrasında idrar kaçırmanın meydana gelmemesi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

için büyük öneme sahiptir. 2003'de Van Velthoven ve ark. tanımladığı yöntemle anastomoz tek düğümlü sürekli suturele yapılmaktadır. Suture iki adet 18cm uzunlukta monokril iğneli suturelerin arka uçları düğümlenerek hazırlanabilir. Her iki suture de geçildikten sonra solda ve sağda mesane tarafından geçen kısımlar nazikçe çekilerek mesane posterioru ve uretra birbirine yaklaştırılır. Bu aşama iki adet V-Lock suture de kullanılabilir.

Tartışma

RYRP sonrası kontinans oranları literatürde değişiklik göstermekle beraber %90-95 aralığında saptanmıştır. Farklı oranların değerlendirme formlarının ve tanımlarının standardize olmamasına bağlı olduğu düşünülebilir. Ayrıca son çalışmalar tüm teknolojik üstünlüğüne rağmen RYRP ile açık RP arasında tecrübeli ellerde kontinans açısından fark olmayabileceğini de belirtmektedir. Radikal cerrahi uygulamaları sırasında nörovasküler demetin korunması gerekmektedir. Yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda; demetin korunmadığı hastalarda kontinans %70-81 civarında izlenirken, sinir koruyucu cerrahi sonrasında %90-94 gibi yüksek kontinans oranları görülmüş ve istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur. RYRP sağladığı avantajlarla demetin korunması da yardımcıdır.

Anahtar Kelimeler : robot yardımlı radikal prostatektomi, inkontinans, vezikoüretal anostomoz, dorsal venöz pleksus



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS029

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ

Ahmet Tahra¹, Abdurrahman İnkaya¹, Resul Sobay¹, Alper Kerem Aksoy¹, Ferhat Yakup Suçeken¹, Eyüp Veli Küçük¹, Uğur Boylu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Amaç: Sol adrenal kitlesi olan bir hastada robot yardımcı laparoskopik adrenalectomi cerrahisi tekniğini değerlendirmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Dört yıldır medikal tedaviye dirençli hipertansiyon öyküsü olan 38 yaşındaki kadın hastanın yapılan tetkiklerinde 24 saatlik idrarda VMA 27 mg/dl olarak belirlenmiş olup yapılan Ultrasonografide sol adrenal kitle tesbit edildi. Hastanın yapılan Magnetik Rezonans Görüntüleme sol adrenalde 7*6 cm boyutlarında kistik kitle tesbit edilmesi üzerine hastaya robot yardımcı laparoskopik adrenalectomi planlandı. Cerrahi teknikte; lateral dekübit pozisyonunda(45°) veress iğnesi ile batin distansiyonu takiben 3 adet 8 mm(1 adet kamera portu 2 adet çalışma portu) 1 adet 12 mm(asistan portu)port yerleştirildi. Kolon medializasyonunu takiben böbrek loju ve alt polune ulaşıldı. Böbrek lojundan diseksiyon ile adrenal kitleye ulaşıldı. Önce adrenal ven sonrasında arter idantifiye edildikten sonra klip yardımı ile diseke edildi. Kitle çevre dokulardan diseke edilerek eksizyon gerçekleştirildi endobag yardımı ile çıkarıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 86 dk idi kan kaybı 110 cc olarak belirlendi. Postoperatif 3. Günde drenen geleni olmaması, gaz gaita çıkışı olması üzerine dreni alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Robot yardımcı laparoskopik adrenalectomi uygun hasta hazırlığı ile etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : Robot yardımcı laparoskopik, Adrenal kitle, Adrenalectomi



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS030

RENAL TRANSPLANTE HASTADA LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Ender Özden¹, Murat Gülşen¹, Süleyman Öner¹, Fırat Akdeniz², Yarkın Kamil Yakupoğlu¹, Yakup Bostancı¹, Şaban Sarıkaya¹, Ali Faik Yılmaz¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Samsun

²Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Trabzon ; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, renal transplantasyon yapılmış olan hastada uyguladığımız laparoskopik radikal prostatektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Metod: 59 yaşında, 1988 yılında canlıdan renal transplantasyon yapılmış olan erkek hastada, alt üriner sistem şikayetlerine yönelik yapılan incelemede total PSA değeri 8 ng/ml saptandı. Parmakla rektal muayenesinde prostat grade 1 büyüklükte benign kıvamda palpe edildi. Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemesinde prostat periferik zon sağ apeks posterolateralde PİRADS 4 lezyon tespit edildi. Bu lezyona yönelik yapılan transrektal füzyon iğne biyopsi patolojisi 2 odakta prostatik adenokarsinom Gleason skoru 6(3+3) olarak raporlandı. Yapılan kemik sintigrafisinde metastaz saptanmayan hastaya radikal prostatektomi planlandı. Supin pozisyonda Palmer noktasından Veress iğnesi ile girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Sol iliak fossadaki greft böbrek nedeniyle umblikus üzerinden ve 3 cm sağ lateralinden 12 mm optik port ile girildi. Görüntüleme eşliğinde 2 adet 10 mm ve 2 adet 5 mm çalışma portları transperitoneal olarak girildi. Thunderbeath yardımı ile retzius boşluğuna girildi. Takiben her iki endopelvik fasya Thunderbeat yardımı ile açıldı. Eksternal üretral sfinkteri oluşturan kaslar küt diseksiyon yardımı ile apekte lateral ve posterior sınırdan uzaklaştırıldı. Takiben desendan tekniğe uygun olarak mesane boynundan Thunderbeath yardımı ile diseksiyona başlandı. Mesane boynu serbestlendikten sonra her iki vaz deferens ve seminal veziküller serbestlendi ve vasküler yapılar Hem-o-Lok klipler ile kontrol edildiler. Ardından Denonvilier fasyası açılarak pararektal yağ dokusuna ulaşıldı ve prostatın posterior diseksiyonu başlandı. Her iki tarafta bulunan prostatik pediküller Hem-o-Lok klipler ile kontrol edilip kesildi. Posterior diseksiyon apekte yeterli seviyeye ulaştıktan sonra, anterior da yüzden dorsal ven kompleksi 2/0 V-Loc sütür ile bağlandı, sonrasında soğuk makas yardımı ile kesildi ve üretraya ulaşıldı. Üretra kesildikten sonra her iki tarafta apeks diseksiyonu tamamlandı. Spesmen endobag içerisine alındı ve loj hemostazı sağlandıktan sonra, anastomoz aşamasına geçildi. 3/0 17 mm absorbable sütür kullanılarak, Van Velthoven yöntemi ile üretrovezikal anastomoz gerçekleştirildi. Üretral kateterin balonu 15 cc şişirilerek mesane içine 150 cc SF verilerek anastomoz kaçağı olmadığı görüldükten sonra loja samp dren konuldu ve spesmen optik trokar girişinden çıkarıldı.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 110 dk,tahmini kan kaybı 300 cc idi.Postoperatif 3.gün samp dreni çekilen hasta taburcu edildi.Postoperatif 7.gün çekilen sistogramda ekstravazasyon izlenmeyen hastanın foley sondası çekildi.Patoloji sonucu prostatik adenokarsinom Gleason skor 6(3+3) ,pT2a ,cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

Sonuç: Lokalize prostat kanserinin tedavisinde,renal transplante hastada bile laparoskopik radikal prostatektomi artan tecrübe ile güvenle uygulanabilir bir yöntemdir

Anahtar Kelimeler : Prostat kanseri,radikal Prostatektomi,Transplantasyon

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS031

TRANSVAJİNAL YERLEŞTİRİLEN ALLOGRAFT: LAPAROSKOPIK BÖBREK NAKLİ

Ender Özden¹, Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Süleyman Öner¹, Mehmet Özen¹, Murat Gülşen¹, Handan Çelik², Melda Dilek³, Yakup Bostancı¹, Şaban Sarıkaya¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doum Ana Bilim Dalı, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda allograft böbreğin batın içerisine transvajinal yerleştirildiği kadavradan laparoskopik renal transplantasyon deneyimimizi ve tekniğimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem: Hipertansiyona sekonder SDBY olan 4 yıldır hemodiyalize giren 40 yaşında kadın hastaya kadavradan böbrek transplantasyonu planlandı. Düşük litotomi pozisyonunda genel anestezi altında, Palmer's noktasından Veress iğne ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra umblikus süperiorundan 12 mm lik optik port yerleştirildi. Sağ pararektal bölgeden 12 mm ve sol pararektal bölgeden 5 mm port yerleştirildi. Optik trokardan 30 derece lens yardımı ile görüntü elde edildi. Periton süperior ve mediale deviyeye edildi. Sağ iliak fossa explore edildi. Sağ eksternal iliak ven ve sağ eksternal iliak arter çevre dokulardan serbestlendi. Mesanenin sağ yarısı çevre dokulardan disseke edildi, 100 cc ile mesane doldurulduktan sonra 2 cm'lik detrusorotomi insizyonu ile ureteroneosistostomi için hazırlandı. Bu noktada jinekolog karından görülen vajinadan posterior bir kolpotomi yaptı. Böbrek, jinekolog tarafından 800cc'lik bir endobagda vajene yerleştirildi ve endobag'ın ucu, üroloji tarafından bir endo disektör ile yakalandı ve karnın içine çekildi. Sonra endo bag kesildi ve böbrek çıkarıldı. Endo bag jinekolog tarafından geri çekildi. Ardından posterior kolpotomi transvajinal kapatıldı ve vajen povidon iyotla ıslatılmış gazlı bezle dolduruldu. Takiben sağ eksternal iliak venin proksimal ve distaline endo-bulldog klemp konularak venotomi yapıldı. 6/0 Gore-Tex ile greft böbreğin 1 adet veni eksternal iliak vene end to side anastomoz edildi. Renal ven üzerinde üçüncü bir endo-bulldog yerleştirdikten sonra, sağ eksternal iliak venden 2 klemp serbest bırakıldı ve sağ eksternal iliak arter proksimal ve distaline 2 adet endo-bulldog yerleştirdi. 1 adet greft böbrek arteri sağ eksternal iliak artere 6/0 Gore-Tex ile end to side anastomoz edildi. Tüm vasküler klempeler açıldı ve greft böbrek reperfüze edildi. Daha sonra Lich-Gregoir tarzı UNC, DJ stent üzerinden laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Anastomoz mesane 150 cc SF ile irriga edilerek kontrol edildi. Böbrek, posterior periton yapraklarının bir araya getirilmesi retroperitonealize edildi. Daha sonra intraoperatif Doppler USG ile arteriyel ve venöz kan akımları kontrol edildi. Sump dren yerleştirildi.

Bulgular: Kasım 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında kliniğimizde 16 hastaya laparoskopik renal transplantasyon gerçekleştirildi. Ortalama cerrahi süre 184±38,4 idi. 10 adet kardeş böbrek hem



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

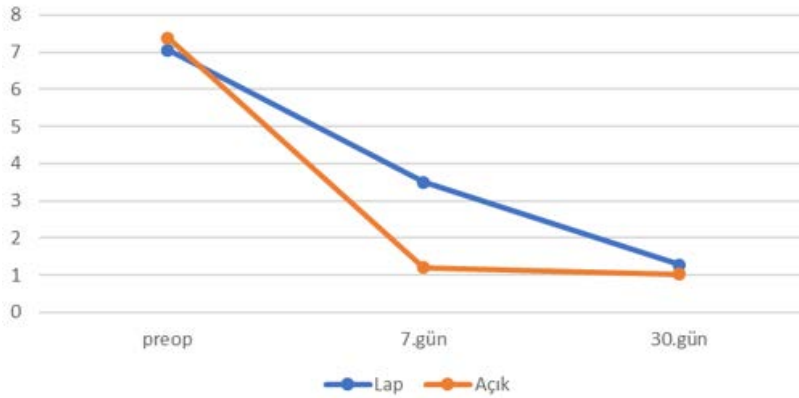
laparoskopik hem de açık olarak transplante edildi. Postoperatif 1.ay kreatinin seviyeleri arasında fark olmadığı izlendi.

Bu hastamızda ven, arter anastomozu ve UNC süreleri sırasıyla 37, 18 ve 15 dakika idi. Ameliyat süresi ve rewarming süresi sırasıyla 145 ve 70 dakikaydı. Tahmini kan kaybı 150 cc idi. Allograft hemen idrar üretmeye başladı. Hasta postoperatif 7.gün 1.6 mg/dl kreatinin düzeyi ile taburcu edildi. Hastanın postoperatif 4.ay kreatinin düzeyi 1,3 mg/dl idi.

Sonuç: Böbrek transplantasyonunda abdominal insizyonun olmaması, insizyonla ilgili komplikasyonları önlemek açısından laparoskopik yöntemi avantajlı kılmaktadır. Ancak üst düzey bir uzmanlık gerektirir.

Anahtar Kelimeler : Renal Transplantasyon,Böbrek nakli,Transvajinal,Allograft,Lapaoskopi

Resimler :





5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS032

ROBOT YARDIMLI HEMİNEFREKTOMİ: OLGU SUNUMU

Bülent Önal¹, Sinharib Çitgez¹, Ali Sezer¹, Berin Selçuk¹, Fahri Yavuz İlki¹, Çetin Demirdağ¹, Zübeyr Talat¹

¹İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu videoda sol çift toplayıcı sistem anomalisi ve non-fonksiyone üst sistem nedeniyle robot yardımcı laparoskopik heminefrektomi yapılan çocuk hasta videosunu sunmayı amaçladık.

Metod: İdrar yolu enfeksiyonu sonrası başvuran 5 yaşında kız çocukta yapılan tetkiklerde sol böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisi ve sol böbrek üst sistemde grade 5 vezikoüreteral reflü (VUR) saptandı. Yapılan MR Ürografi sonucunda sol böbrekte non-fonksiyone üst sistem saptandı. Hastaya robot yardımcı laparoskopik heminefrektomi operasyonu uygulandı.

Bulgular: Operasyon süresi 70 dk olarak gerçekleşti Hastaya robot yardımcı heminefrektomi yapıldı. Peroperatif komplikasyon gelişmedi. Postop 2. günde dreni alınan hasta herhangi bir sorun gözlenmeden taburcu edildi.

Sonuç: Robot yardımcı heminefrektomi, seçilmiş olgularda güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : robot,heminefrektomi, VUR, non-fonksiyone böbrek



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS033

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ahmet Güdeloğlu¹, Sertaç Yazıcı¹, Tarık Asi¹, Hakan Bahadır Haberal¹, Cenk Yücel Bilen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç

Günümüzde 4 cm'den küçük lokalize böbrek tümörlerinde teknik olarak mümkün olan durumlarda nefron koruyucu cerrahi altın standarttır. Bu videoda lokalize böbrek tümörlü hastalarda robot yardımcı laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyat tekniğini adım adım göstermek amaçlanmıştır.

Materyal Metot

Temmuz 2017 ile Şubat 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na başvuran klinik olarak lokalize böbrek tümörlü toplam 9 hastaya da Vinci Xi robotik platform (Intuitive Surgical, ABD) kullanılarak robot yardımcı laparoskopik parsiyel nefrektomi tekniği uygulanmıştır. Veress iğnesi kullanılarak pnömoperitoneum sağlandıktan sonra sağ tarafta 5 sol tarafta 4 adet trokar yerleştirilmiştir. Robotik enstrüman olarak diseksiyon ve eksizyon için monopolar eğri makas, Maryland bipolar forceps ve onarım işlemi için de büyük iğne tutucu kullanılmıştır. Eksizyon öncesi sıcak iske mi sadece renal arterin 2 adet Bulldog klempl ile kontrol edilmesiyle sağlanmıştır. Renal artere klempl konulmadan 15 dakika öncesinden başlamak üzere toplam 150 ml mannitol infüzyonu uygulanmıştır. Tümör tabanı boyutuna göre 15 cm veya 30 cm, 3-0, 26 mm V-Loc (Covidien Suture, Medtronic, ABD) dikiş ile onarılmış, renal parankime ise 1 numara 37 mm Vicryl ile hemostaz dikişleri konulmuştur. Tümör tabanı onarıldıktan sonra üzerine Flo-seal uygulanmış ve hemostaz dikişlerinin de altına 5x35 cm Surgicell yerleştirilmiştir.

Sonuçlar

Robot yardımcı laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyatı yaş ortalaması 55 (37-63) olan toplam 9 hastada uygulanmıştır. Hasta uyuduktan sonra robotun kurulum süresi ortalama 45 dakika olup ortalama konsol zamanı 3 saattir. Ortalama tümör çapı, sıcak iske mi süresi ve kan kaybı sırasıyla, 30 mm (23-48), 24 dakika ve 200 ml'dir. Patolojik incelemede 7 hastada clear cell RCC, 2 hastada ise onkositom tespit edilmiş ve tüm hastalarda cerrahi sınır negatif olarak bulunmuştur.



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Sonuç

Robot yardımcı laparoskopik parsiyel nefrektomi ameliyatı 4 cm'den küçük lokalize böbrek tümörlerinde standart laparoskopinin zorluklarını robotun getirdiği 3 boyutlu ve magnifiye edilmiş görüntü, robotik enstrümanların artikülasyon ve rotasyon kabiliyeti ile aşan, etkin ve güvenli bir cerrahi yaklaşım şeklidir.

Anahtar Kelimeler : ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

VS034

UPJ DARLIĞI VE BÖBREK TAŞI OLAN HASTADA ROBOT YARDIMLI PİYELOPLASTİ VE EŞ ZAMANLI FLEKSİBL RENOSKOPİ: OLGU SUNUMU

Bülent Önal¹, Sinharib Çitgez¹, Ali Sezer¹, Berin Selçuk¹, Muhammed Fatih Şimşekoğlu¹, Çetin Demirdağ¹, Zübeyr Talat¹

¹İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu videoda sol üreteropelvik bileşke darlığı (UPBD) ile sol böbrek taşı olan çocuk hastaya yapılan transmezokolik, üç port, robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti ve fleksibl renoskopi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Metod: Huzursuzluk ve emme güçlüğü ile başvuran 18 aylık erkek çocuğun yapılan tetkiklerinde sol UPBD ve sol böbrek alt kalikte 4 mm taş saptandı. Çocuk hastaya transmezokolik, üç port, robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti ve fleksibl renoskopi yapıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 100 dk olarak gerçekleşti. Transmezokolik olarak üreteropelvik bölgeye ulaşıldı. Bileşke düzeyinde yapılan oblik kesi ile toplayıcı sistem açıldı. Porttan 9,5-11,5 fr erişim kılıfı yerleştirildikten sonra içerisinden fleksibl üreterorenoskop ilerletilerek renal pelvise girildi. Tüm kaliksiyel yapılar görüntülendi. Alt kalikte uçuşan partiküller gözlemlendi. Daha sonra Anderson-Hynes tekniği ile piyeloplasti yapıldı. Operasyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen çocuk 2. günde taburcu edildi.

Sonuç: Robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti ve eş zamanlı fleksibl renoskopi böbrek taşının eşlik ettiği üreteropelvik bileşke darlığı bulunan hastalarda güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : UPJ DARLIĞI, BÖBREK TAŞI, ROBOT YARDIMLI PİYELOPLASTİ, FLEKSİBL URS



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS035

ÜÇ PARÇALI PENİL PROTEZİ OLAN HASTADA ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Birgi Ercili¹

¹İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Bu videoda PSA değerinin 15,2 saptanması üzerine yapılan transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsi sonucunda; 5/20 odakta Gleason skoru 3+4 prostatik adenokarsinom saptanmış olan 75 yaşında erkek hastaya uygulanan robot yardımcı radikal prostatektomi operasyonu sunulmuştur. Tarafımıza başvuran hastaya 13 yıl önce sigmoid tümörü nedeni ile low anterior rezeksiyon yapıldığı ve operasyonu takiben 4 kür adjuvan kemoterapi uygulandığı, 1 yıl önce de çok parçalı penil protez implantasyonu operasyonları uygulandığı belirlendi.

Hastaya robot yardımcı radikal prostatektomi ve bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Penil protezin rezervuar kısmı operasyon sırasında dolu bir şekilde bırakıldı, bu şekilde diseksiyonun kolaylaştığı görüldü. Peroperatif herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Operasyon sırasında kanama miktarı 100 cc olarak hesaplandı. Operasyon sonunda penil protezin rezervuar kısmı kontrol edilerek herhangi bir problem olmadığı teyit edildi. Postoperatif 2. günde dreni alınan hasta taburcu edildi. Postoperatif 10. günde sondası alınan hastada herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Robot yardımcı radikal prostatektomi, pelvik cerrahi ve penil protez anamnezi olan hastalarda güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : robot yardımcı radikal prostatektomi, üç parçalı penil protez, prostat kanseri



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

VS036

SÜRRENAL KİTLE HASTASINDA ÜÇ BOYUTLU LAPAROSKOPI KULLANIMI

Hüseyin Alperen Yıldız¹, Doğan Değer¹, Hilmi Sarı¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹, Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

SÜRRENAL KİTLE HASTASINDA ÜÇ BOYUTLU LAPAROSKOPI KULLANIMI

Alperen Yıldız, Doğan Değer, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Amaç:

Bu videoda sürrenal kitle nedeniyle laparoskopik transperitoneal sürrenalektomi yapılan hastada üç boyutlu laparoskopi deneyiyimizi paylaşmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

46 yaşında, kadın hasta tarafımıza sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede patoloji izlenmedi. Görüntüleme tetkiklerinde sağ adrenal bezde 45 mm kitle saptandı. Yapılan endokrinolojik değerlendirmesinde nonfonksiyone adenom olarak kabul edildi. Uygun hazırlıklar yapıldıktan sonra önce hasta sağ 70 derece flank pozisyonuna alındı. Uygun saha artımı ve örtümünü takiben umblikus hemen 2 cm süperiorundan 5 cm proksimalinden 2 cm'lik kesi yapıldı. Açık olarak 15'lik port yerleştirildi. Keskin ve künt diseksiyonla peritoneuma ulaşana kadar devam edildi. Gaz ile sısrıldı. 30 derece laparoskop ile periton gözlendi. Direkt gorus altında 2. 10 mmlik port ön aksiler hattın kostalarla kesişme noktasının (1. port hizasında) 1 cm inferioruna, 3. 10 mmlik port on aksiler hat üzerinde 10 kosta superioruna yerleştirildi. 1. porttan basınç 15 mmHg olacak şekilde CO2 insuflasyonuna başlandı. 30 derece laparoskop ile 1. portdan girildi. Portlar 1/0 vikril ve 1/0 ipek ile cilde tespit edildi. Ksifoid onunden 5mm lik port yerlestrilip karaciger ekarte edildi.sağ böbrek gozlendi. Harmonic k ullanılıp diseksiyon ile medialize edildi. surrenal gland arter ve vene hemolog klip konuldu sonrasında surrenal gland kunt ve keskin diseksiyonla çevre dokulardan serbestleştirildikten sonra çıkarıldı. Kanama kontrolünü takiben operasyon sonlandırıldı.

Bulgular:



5. Ulusal Minimal İnvaziv Ürolojik Cerrahi Kongresi

01 - 04 Mart 2018

Operasyon 30 dakika sürdü. Kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. Postoperatif 1. Gün sonda çekildi. Dren konulmadı. Hasta postop 2. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patolojisi adrenal kortikal adenom adenom olarak raporlandı.

Sonuç:

Gelişen teknoloji ile birlikte laparoskopide 3 boyutlu sistem kullanılmasıyla laparoskopik cerrahiye adaptasyon artarak devam edecektir.

Anahtar Kelimeler : laparoskopi, sürrenalektomi, adenalektomi, 3D