



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ KONGRE KİTABI





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Bilimsel Kurul

Kongre Başkanı

Dr. Cenk Yücel Bilen

Kongre Sekreteri

Dr. İlker Tinay

Bilimsel Kurul

Dr. Levent Türkeri
Dr. Sinan Sözen
Dr. Ender Özden
Dr. Evren Süer
Dr. Güven Aslan
Dr. Haydar Kâmil Çam
Dr. Serdar Çelik
Dr. Deniz Bolat
Dr. Ahmet Nihat Karakoyunlu
Dr. Oktay Üçer
Dr. Volkan İzol
Dr. Alberto Bossi
Dr. Laurence Albiges
Dr. Noel Clarke
Dr. Peter Wiklund
Dr. Steven Lee Chang
Dr. Nick James



Bilimsel Sekreteryası

Dr. İlker Tinay
Anadolu Sağlık Merkezi
Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
E-posta: scientific@uroonkoloji.org



Organizasyon Sekreteryası

Ventría Event & Congress
İlkbahar Mahallesi, Turan Güneş Bulvarı 55/6
Çankaya/Ankara
E-posta: info@uroonkolojikongresi.org
Web: www.ventria.com.tr



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



5 KASIM 2025, ÇARŞAMBA

14:00 – 16:00	TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTILARI Böbrek – Adrenal – Testis Çalışma Grubu Salon B Mesane Tümörü Çalışma Grubu Salon C Prostat Hastalıkları Çalışma Grubu Salon D Geriatrik Üroonkoloji ve Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu Salon E Veri Tabanı ve Veri Analizi Çalışma Grubu Salon F
16:00 – 16:30	ARA
16:30 – 19:00	TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ GÜZ TOPLANTISI 16:30 – 17:30 Çalışma Grupları Sunumları Moderatör: Ender Özden, Evren Süer Türk Üroonkoloji Derneği'nin Çeyrek Yüzyılı: Bilimsel Faaliyetleri ve Literatüre Katkıları Moderatörler: Haluk Özen, Levent Türkeri Konuşmacılar: Deniz Bolat, Serdar Çelik, İlker Çelen, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Oktay Üçer





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM 2025, PERŞEMBE

08:15 – 09:30	AÇILIŞ TÖRENİ
09:30 – 11:00	OTURUM – PROSTAT KANSERİ LOKALİZE Oturum Başkanları: Cenk Yücel Bilen, Ender Özden
09:30 – 09:50	How to Screen Smart for Clinically Significant Prostate Cancer in 2025? Results of the BARCODE Trial Nick James
09:50 – 10:30	Debate - Localized Prostate Cancer: What Is The Standard of Care In 2025? Radiotherapy - Alberto Bossi Surgery – Christopher P. Evans
10:30 – 10:50	Robotic Surgery for Prostate Cancer: New Tools – New Approaches Peter Wiklund
10:50 – 11:00	SORU - CEVAP
11:00 – 11:30	KAHVE MOLASI
11:30 – 12:15	RECORDATI UYDU SEMPOZYUMU
	Sorularla Prostat Kanseri Androjen Deprivasyon Tedavisi ve Löprolid Moderatörler: Sinan Sözen Konuşmacılar: Vuslat Yürüt Çaloğlu, Nuri Karadurmuş, Serdar Çelik
12:30 – 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM 2025, PERŞEMBE

13:30 – 14:15	SEMI-LIVE SESSION
	State of Art Lecture: Evolution of Robot-Assisted Radical Cystectomy Moderator: Haluk Özen, Ömer Demir Speaker: Peter Wiklund
14:15 – 15:00	NUKLEON UYDU SEMPOZYUMU
	Prostat Kanseri Nükleer Tıp Tanı ve Tedaviler Moderatör: Güven Aslan Konuşmacılar: Elif Özdemir, Nalan Alan
15:15 – 15:45	KAHVE MOLASI
15:45 – 17:25	OTURUM – BÖBREK KANSERİ Oturum Başkanları: Çağ Çal, Bülent Karabulut
15:45 – 16:05	Robot-Assisted Surgery for Localized Kidney Cancer: Tips and Tricks Steven Lee Chang
16:05 – 16:25	Biomarkers and Adjuvant Therapy for Renal Cell Carcinoma: Current State and Future Directions Laurence Albiges
16:25 – 16:45	2019 vs. 2025: Role of Surgery in Metastatic Renal Cell Carcinoma Steven Lee Chang
16:45 – 17:05	Hot Topics in Metastatic Renal Cell Carcinoma Management Laurence Albiges
17:05 – 17:25	SORU - CEVAP
17:25 – 19:00	BİLDİRİ OTURUMLARI
17:25 – 19:00	SALON A - Video Bildiri Salonu – 1 VS-001 – VS-012 Oturum Başkanları: Yılören Tanıdır, Murat Gülşen
17:25 – 19:00	SALON B - Sözel Bildiri Salonu – 1 SS-001 – SS-109 Oturum Başkanları: Yıldırım Bayazıt, Aşkın Eroğlu
17:25 – 19:00	SALON C - Sözel Bildiri Salonu – 2 SS-19 – SS-110 Oturum Başkanları: Bahadır Şahin, Nebil Akdoğan



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



7 KASIM 2025, CUMA

07:00 – 08:30	SABAH KURSU - ÜROTELYAL KARSİNOM Oturum Başkanları: Murat Koşan, Deniz Bolat
07:00 – 07:15	Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Cerrahi: Nasıl Yapılmalı? Murat Akgül
07:15 – 07:30	BCG Başarısızlığı Sonrası Güncel ve Gelecekteki Seçenekler Çağrı Akpınar
07:30 – 07:45	GenitoÜriner Kanselerde Frozen İncelemeler: Yeni Teknolojiler Işığında Patologun Rolü Duygu Enneli
07:45 – 08:00	Kasa İnvaze Mesane Kanseri Perioperatif Tedavisinde Yeni Ajanlar Mehmet Akif Öztürk
08:00 – 08:15	Radikal Sistektomi – 3N 1K Önder Kara
08:15 – 08:30	Metastatik Mesane Kanseri Tedavisinde Yeni Ajanlar Tolga Köşeci
09:00 – 10:00	APPS & TÜOD ORTAK OTURUMU Oturum Başkanları: Seongil SEO, Levent Türkeri
09:00 – 09:15	Radical Prostatectomy and Trifecta in 2025 Volkan İzol
09:15 – 09:30	Tips & Tricks for Functional Preservation during Radical Prostatectomy Evren Süer
09:30 – 09:45	Treatment de-escalation of Androgen-deprivation Therapy in mHSPC Jongwook PARK
09:45 – 10:00	RFA/cryoablation for GU Cancers Byung Kwan PARK
10:00 – 10:30	Oturum Başkanları: Ender Özden, İlker Tinay
10:00 – 10:15	Kistler, Böbrekler ve Bir Nefroloğun Yaklaşımı Mustafa Arıcı
10:15 – 10:30	Kistler Böbrekler ve Bir Üroloğun Yaklaşımı İlker Tinay
10:50 – 11:15	KAHVE MOLASI



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



11:15 – 12:15	ASTRA ZENECA UYDU SEMPOZYUMU
	Zoladex'ten Lynparza'ya Prostat Kanseri Tedavisinin Gelişimi Moderatör: Ender Özden Konuşmacı: Mehmet Akif Öztürk

7 KASIM 2025, CUMA

12:15 – 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 – 14:15	ABDİ İBRAHİM UYDU SEMPOZYUMU
	Radikal Prostatektomi sonrası Eretil Rehabilitasyon Konsensus Raporu Moderatör: Cenk Yücel Bilen Konuşmacılar: Enis Coşkun, Hasan Deliktaş, İlker Tinay, Tahsin Turunç
14:30 – 16:00	OTURUM – MESANE VE ÜST ÜRİNER SİSTEM Oturum Başkanları: Deniz Yalman, Cemil Uygur
14:30 – 14:45	Image Directed Redesign of Bladder Cancer Treatment: Expectations vs. Final Results from the Prospective BladderPath Trial Nick James
14:45 – 15:00	Trimodal Therapy for Bladder Cancer: Defining the Ideal Patient and the Ideal Clinical Scenario Alberto Bossi
15:00 – 15:30	Challenging Pelvic Surgeries for Local and Locally Advanced Bladder Cancer Christopher P. Evans
15:30 – 15:50	Robot-Assisted Surgery for Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: Tips and Tricks Steve Chang
15:50 – 16:00	SORU - CEVAP
16:00 – 16:15	KAHVE MOLASI
16:15 – 17:00	MERCK UYDU SEMPOZYUMU
	İleri Evre/Metastatik Mesane Kanseri Tedavisi BAVENCIO ile Yeniden Şekilleniyor? Moderatör: Sümer Baltacı Konuşmacı: Mustafa Erman, Evren Süer



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



17:30 – 19:00	BİLDİRİ OTURUMLARI
17:30 – 19:00	SALON A - Video Bildiri Salonu – 2 VS-013 – VS-24 Oturum Başkanları: Bora Özveren, Fatih Gökalp, Mutlu Değer
17:30 – 19:00	SALON B - Sözel Bildiri Salonu – 3 SS-037 – SS-111 Oturum Başkanları: Barış Kuzgunbay, Yusuf Şenoğlu
17:30 – 19:00	SALON C - Sözel Bildiri Salonu – 4 SS-055 – SS-072 Oturum Başkanları: Hasan Hüseyin Tavukçu, Oğuzcan Erbatu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM 2025, CUMARTESİ

07:00 – 08:30	SABAH KURSU – BÖBREK/ ADRENAL/ TESTİS Oturum Başkanları: Kâmil Fehmi Narter, Tayyar Alp Özkan
07:00 – 07:15	Renal Hücreli Karsinom Tanı ve Tedavisinde Güncel Görüntüleme Yöntemleri Günlük Pratiği İlker Akarken
07:15 – 07:30	Robotik Cerrahi Çağında Böbrek Kitlelerine Laparoskopik Yaklaşım Cemil Aydın
07:30 – 07:45	İntrahepatik VCI Trombüs Varlığında Minimal İnvazif Yaklaşımlar Sertaç Yazıcı
07:45 – 08:00	Testis Kanseriinde Primer RPLND Serhat Çetin
08:00 – 08:15	Adrenal Kitlelere Minimal İnvazif Yaklaşım: Retro vs. Trans Abdominal Ahmet Güdeloğlu
08:15 – 08:30	Ürolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi Değerlendirmesinde Güncel Metrikler İlker Çelen
09:00 – 10:30	OTURUM – PROSTAT KANSERİ LOKAL İLERİ Oturum Başkanları: Süleyman Ataus, Hakan Özkardeş
09:00 – 09:20	Definition of Recurrence after Treatment for Localized Prostate Cancer: What Do Real-World Data Tell Us? Peter Wiklund
09:20 – 09:40	PSA Persistence After Radical Prostatectomy: Optimal Treatment in the Case of PSA Persistence Nick James
09:40 – 10:00	Management of locally-advanced prostate cancer: Start with Surgery Noel Clarke
10:00 – 10:20	Management of locally-advanced prostate cancer: Start with Radiotherapy Alberto Bossi
10:20 – 10:30	SORU - CEVAP
10:30 – 11:00	KAHVE MOLASI



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM 2025, CUMARTESİ

11:00 – 11:45	ASTELLAS UYDU SEMPOZYUMU
	Prostat Kanseri Tedavisinde Önce XTANDİ™ Moderatör: Levent Türkeri Konuşmacı: Yüksel Ürün
12:30 – 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 – 14:15	BIOFARMA UYDU SEMPOZYUMU
	Çok Yönlü Etiyolojisi ile Aşırı Aktif Mesane Semptomlarında Tolterodin SR'ın Rolü ve Yaşam Kalitesine Etkisi Konuşmacı: Haydar Kâmil Çam, Talha Müezzinoğlu
14:30 – 16:00	OTURUM – PROSTAT KANSERİ METASTATİK Oturum Başkanları: Sevil Bavbek, Saadettin Eskiçorapçı
14:30 – 14:50	Innovative Design and Real-World Validation: The STAMPEDE Trial for Prostate Cancer Noel Clarke
14:50 – 15:10	Efficacy and Safety of Prostate Radiotherapy in de novo Metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer: PEACE-1 Trial Alberto Bossi
15:10 – 15:30	When to Stop Combined Treatments in Patients with High-volume Metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer with Good Response to Therapy Noel Clarke
15:30 – 15:50	Personalized Treatment in Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer Christopher P. Evans
15:50 – 16:00	SORU - CEVAP
16:00 – 16:30	KAHVE MOLASI
16:30 – 17:15	AYMED BİTKİSEL DESTEK ÜRÜNÜ Üroonkoloji ve Bitkisel Ürünler Efsaneler, Gerçekler, Olasılıklar Moderatör: Oktay Üçer Konuşmacı: Volkan İzol, Funda Nuray Yalçın



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM 2025, CUMARTESİ

17:30 – 19:00	BİLDİRİ OTURUMLARI
17:30 – 19:00	SALON A - Video Bildiri Salonu – 3 VS-25 – VS-36 Oturum Başkanları: Mehmet Necmettin Mercimek, İsmail Önder Yılmaz, Fesih Ok
17:30 – 19:00	SALON B - Sözel Bildiri Salonu – 5 SS-73 – SS-090 Oturum Başkanları: Özgür Yaycıoğlu, Serkan Akan
17:30 – 19:00	SALON C - Sözel Bildiri Salonu – 6 SS-091 – SS-108 Oturum Başkanları: Barbaros Başeskioglu, Nejdett Karşıyakalı
19:00	Ödül Töreni





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



9 KASIM 2025, PAZAR

09:00 – 10:00	OTURUM – AKILCI İLAÇ KULLANIMI OTURUMU Oturum Başkanı:
09:00 – 09:30	Semptomatik Benign Prostat Hiperplazi Hastalarında Prostat Kanseri Tedavi Yaklaşımı Nejdet Karşıyakalı
09:30 – 10:00	Testosteron Replasmanı Alan Hipogonadizm Hastalarında Takipte Nelere Dikkat Edelim? Hasan Hüseyin Tavukçu
10:15 – 12:30	OTURUM – Seçilmiş Bildiriler Oturum Başkanı: Evren Süer
10:15 – 11:00	Mesane Tümörü Bildirileri İsmail Önder Yılmaz
11:00 – 11:45	Prostat Hastalıkları Bildirileri Taha Çetin
11:45 – 12:30	Böbrek Adrenal Testis Bildirileri Oğuzcan Erbatu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM 2025, PERŞEMBE

10:00 – 16:00	Robotik Cerrahi Kursu Kurs Salonu
10:00 – 10:30	Açılış Dr. Levent Türkeri Dr. Sinan Sözen
10:30 – 12:00	Olgular Eşliğinde Ürolojide Robotik Cerrahi Dr. Saadettin Eskiçorapçı
12:00 – 16:00	Pratik Eğitim ve Simülasyon Dr. Levent Türkeri, Dr. Sinan Sözen, Dr. Saadettin Eskiçorapçı
15:30 – 17:00	Cordamed Canlı Cerrahi Yayını Oturum Başkanları: Sinan Sözen, Saadettin Eskiçorapçı Dr. Alexander Haese Single Port Radikal Prostatektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



7 KASIM 2025, PERŞEMBE

14:00 – 17:00	Manyetik Navigasyon ve Yapay Zeka Eşliğinde Transperineal Füzyon Prostat Biyopsi Kursu Kurs Salonu
14:00 – 14:05	Kurs Açılışı ve Hedefler • Öğrenim hedefleri, yetkinlikler, oturum akışı • Katılımcı değerlendirme ve sertifikasyon Dr. Talha Müezzinoğlu
14:05 – 14:20	Temel Kavramlar ve Endikasyonlar • Güncel Kılavuzlar (EAU/AUA), TR Yerine TP • PSA, PSAD, DRE, Risk Hesaplayıcılar • Hasta Seçimi: İlk, Tekrar Biyopsi, Aktif İzlem • mpMRI + AI Tabanlı PIRADS • Lezyon Lokalizasyonu ve Boyutun Etkisi Dr. Barbaros Başeskioglu
14:20 – 14:35	Teknik ve Uygulama • TP Biyopsi Teknikleri: Freehand, Grid, PrecisionPoint • Füzyon Yöntemleri: Kognitif, Yazılım, AI Otomatik Füzyon • Hedefli + Sistematik Kombinasyon (Kaç Core, Hangi zonlar) • Anterior/Transizyonel Zon Örneklemesi • TP'nin Avantajları, Enfeksiyon Riski, Antibiyotiksiz Protokoller Dr. Cemil Aydın
14:35 – 14:45	Ekipman ve Kurulum (video linki ile) • US Sistemleri, Füzyon Yazılımları • Oda Yerleşimi, Sterilizasyon, Saha hazırlığı Dr. Talha Müezzinoğlu



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



14:45 – 15:00	Pratik Yönetim ve Güvenlik - Anestezi/Analjezi (Lokal, Blok, Sedasyon) - Komplikasyonlar (Sepsis, Hematom, AUR) - Patoloji ve Raporlama - Hasta Bilgilendirme, Taburculuk Önerileri - TR vs TP Farkları (Enfeksiyon, Antibiyotik, Bakım) Dr. Deniz Bolat
15:00 – 15:15	Adım Adım TP Kognitif Füzyon Biyopsi (canlı/video) - Pozisyonlama, Prob/iğne Girişi - Lezyon Başına Core Sayısı, Sistemik Şablon - Freehand vs Grid Püf Noktaları - İşlem İçi Komplikasyon Yönetimi Dr. Talha Müezzinoğlu
15:15 – 15:25	Soru-Cevap ve Genel Değerlendirme Tüm Eğitmenler

Pratik Bölüm: Tüm Eğitmenler ile Cihaz ve Fantom Üzerinden

Yer: Cihaz Başı & Fantom İstasyonu

Süre: 2–2,5 Saat

Eğitmenler: Tüm Eğitmenler Dönüşümlü

Adım-1: AI Füzyon Yazılımı ve Otomatik Konturlama Uygulaması (30 dk)



Amaç: Katılımcının MRI görüntülerini yükleyip, AI otomatik konturlamayı deneyimlemesi.

- mpMRI görüntülerinin UroFusion modülüne aktarımı.
- AI algoritmasının prostat konturlarını oluşturması ve katılımcının “manual düzeltme” denemesi.
- Elastik füzyonun aktif edilmesi (AI tabanlı deformasyon düzeltme).
- Eğitmen, hatalı registration örnekleri gösterir ve düzeltme yollarını uygulatır.



“AI sistemi çok güçlü olsa da operatörün anatomi bilgisi olmadan hiçbir algoritma doğru değildir.”



Adım-2: Elektromanyetik İzleme Sistemi Kalibrasyonu (25–30 dk)

 **Amaç:** Kursiyerlerin manyetik alan ve iğne sensörünü doğru konumlandırmayı öğrenmesi.

- Elektromanyetik alan jeneratörünün kurulumu ve manyetik alan optimizasyonu.
 - Sensör kalibrasyonunun yapılması: “zero-point set” ve “drift correction.”
 - Probun hareket ettirilmesiyle sistemin 3D izleme doğruluğunun gözlemlenmesi.
 - Fantom üzerinde iğne giriş denemeleri, sistemin gerçek zamanlı yön oklarını izleme.
-  “Bu sistem robotik değil ama robot hassasiyetinde. Farkı, siz hareket ederken sistemin sizi anında takip etmesidir.”

Adım-3: Hedefli + Perilezyonel + Sistematik Kombinasyon Uygulaması (40–45 dk)

 **Amaç:** Katılımcıların tek girişten çoklu hedefleme (trajectory optimization) prensibini öğrenmesi.

- AI planlamanın önerdiği “Target Plan” ve “Trajectory Optimization” ekranı incelenir.
- Katılımcılar 1 hedefli, 1 perilezyonel, 1 sistematik örnekleme uygular.
- Aynı giriş kanalından ardışık core alınarak çoklu hedefleme pratiği yapılır.
- Eğitmen her kursiyerin doğruluk, derinlik ve açı kontrolünü değerlendirir.
- Core’lar etiketlenir ve sistemin otomatik kaydı incelenir.

 “Bir korun nereye gittiğini değil, sistemin bunu nasıl kaydettiğini anlamak en önemli öğrenme hedefiniz.”





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Adım-4: Motion Correction ve Alignment Senaryoları (30 dk)

 **Amaç:** Kursiyerlerin işlem içi hataları tanınması ve sistem uyarılarını doğru yönetmesi.

Senaryo çalışmaları:

- Prob baskısı artırılarak sistemin “motion alert” uyarısının görülmesi.
- Hasta hareketini simüle eden küçük maske kaydırmalarıyla yeniden hizalama işlemi.
- Sensörün hatalı sinyaline bağlı iğne yön sapması → sistemin “alignment correction” uygulaması.
- Eğitmen, her durumda manuel onaylama ve işlem güvenliğini nasıl koruyacağını gösterir.

 “Motion correction sadece teknolojik bir güvenlik değil, aynı zamanda eğitim aracıdır. Hatanızdan öğrenirsiniz.”

Adım 5: 3D Raporlama ve Kalite Değerlendirmesi (20 dk)

 **Amaç:** Katılımcıların işlemi tamamladıktan sonra raporlamayı değerlendirmesi.

- VENUS sisteminde 3D biyopsi haritasının oluşturulması.
- Her core’un prostat içindeki koordinatlarının incelenmesi.
- Eğitmen, patoloji ile korelasyonun nasıl yapılacağını gösterir.
- Kursiyerler kendi uygulamalarının doğruluk puanını sistem üzerinden izler.

 “Her işlem kayıt altındaysa, her kor yeniden öğrenme fırsatıdır.”

Kapanış ve Değerlendirme (15 dk)

- Katılımcıların pratik performansına yönelik kısa **checklist bazlı geri bildirim**
- Soru-cevap
- Katılım belgelerinin dağıtılması



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM 2025, PERŞEMBE

14:00 – 17:00	İSR'obot Mona Lisa Eşliğinde Transperineal Füzyon Prostat Biyopsi Kursu Kurs Salonu
14:00 – 14:05	Kurs Açılışı ve Hedefler • Öğrenim hedefleri, yetkinlikler, oturum akışı • Katılımcı değerlendirme ve sertifikasyon Dr. Talha Müezzinoğlu
14:05 – 14:20	Temel Kavramlar ve Endikasyonlar • Güncel kılavuzlar (EAU/AUA), TR yerine TP • PSA, PSAD, DRE, risk hesaplayıcılar • Hasta seçimi: ilk, tekrar biyopsi, aktif izlem • mpMRI + AI tabanlı PIRADS • Lezyon lokalizasyonu ve boyutun etkisi Dr. Barbaros Başeskioglu
14:20 – 14:35	Teknik ve Uygulama • TP biyopsi teknikleri: freehand, grid, PrecisionPoint • Füzyon yöntemleri: kognitif, yazılım, AI otomatik füzyon • Hedefli + sistematik kombinasyon (kaç core, hangi zonlar) • Anterior/transizyonel zon örnekleme • TP'nin avantajları, enfeksiyon riski, antibiyotiksiz protokoller Dr. Cemil Aydın





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



14:35 – 14:45	Ekipman ve Kurulum (video gösterim) • US sistemleri, füzyon yazılımları • Oda yerleşimi, sterilizasyon, saha hazırlığı Dr. Talha Müezzinoğlu
14:45 – 15:00	Pratik Yönetim ve Güvenlik • Anestezi/analjezi (lokal, blok, sedasyon) • Komplikasyonlar (sepsis, hematoma, AUR) • Patoloji ve raporlama • Hasta bilgilendirme, taburculuk önerileri • TR vs TP farkları (enfeksiyon, antibiyotik, bakım) Dr. Deniz Bolat
15:00 – 15:15	Adım Adım TP Füzyon Biyopsi (video) • Pozisyonlama, prob/iğne girişi • Lezyon başına core sayısı, sistematik şablon • Freehand vs grid püf noktaları • İşlem içi komplikasyon yönetimi Dr. Barbaros Başeskioğlu
15:15 – 15:25	Soru-Cevap ve Genel Değerlendirme





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Pratik Bölüm: Tüm Eğitimciler ile Cihaz ve Fantom Üzerinden

Yer: Cihaz Başı & Fantom İstasyonu

Süre: 2-2,5 Saat

Eğitmenler: Tüm Eğitimciler Dönüşümlü

Adım-1: Füzyon Yazılımı ve Kontur/Kayıt (30 dk)

- Hedef lezyon işaretleme & US ile registration uyumu
- Katılımcılar bireysel olarak “**kontrol listesi**” üzerinden **registration doğrulaması** yapar
- Eğitimciler, hatalı eşleşme senaryoları gösterir (ör: prostat rotasyonu, deformasyon düzeltmesi)
- **UroFusion** yazılımında MRI modelinin içe aktarılması ve **tek tıklamayla elastik füzyon işlemi** (AI destekli otomatik registration) gösterilir.
- **3D prostat modelleme** ve ROI işaretleme aşamaları, robotik sistemin kendi ekranında anlatılır.
- Katılımcılar “otomatik registration doğruluğu” kontrolü yapar ve manuel düzeltme (shift, rotate) uygular.

Adım-2: TP Giriş Teknikleri – Simülasyon (30-40 dk)

- Freehand ve Grid sistemlerinin kısa demonstrasyonu
- Katılımcıların fantom üzerinde sırayla:
 - Perine cilt hazırlığı (işaretleme)
 - İğne giriş açıları
 - US probu stabilizasyonu
 - Robot kolun “Easel Bed Mount” sabitleyiciye yerleştirilmesi ve otomatik kalibrasyonu
 - Katılımcılar, manuel açı ayarı yerine dokunmatik ekran üzerinden hedef seçimi ve robotik yönlendirme işlemini uygular.
 - Prostat stabilitesini artıran prob kılıfının (stabilization sheath) yerleştirilmesi ve hareket telafisi fonksiyonu gösterilir.
- Eğitimci geri bildirimi: robotik yönlendirmede güvenlik durdurucu (safety stop) ve acil manuel kontrol kullanımını uygular.



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Adım-3: Hedefli + Perilezyonel + Sistematik Kombinasyon (40–45 dk)

- Kursiyerler sırasıyla:
 - **Hedefli biyopsi:** lezyon başına ≥ 2 core
 - **Perilezyonel örnekleme:** çevresel doku core'ları
 - **Sınırlı sistematik:** apex, mid, bazal, lateral+ anterior zon
- Katılımcılar, sistemin önerdiği **otomatik biyopsi planlarını (Target Plan / Saturation Plan)** inceler.
- **Robotik iğne yönlendirmesi ve derinlik kontrolü** gösterilir (doktor sadece iğneyi iter, sistem hedefi otomatik hizalar).
- **İkili koni (dual-cone) yaklaşımı** vurgulanır – aynı kanaldan çoklu giriş sağlanarak minimal delik sayısı (yalnızca iki) gösterilir.
- **Otomatik raporlama ekranı** açılarak alınan çekirdeklerin 3D konumlandırması görüntülenir.
- Her korun doğru **etiketlenmesi ve tüplere aktarımı** öğretilir
- Eğitimciler kalite parametrelerini kontrol eder (çekirdek sayısı, yerleşim doğruluğu)

Adım-4: Komplikasyon Simülasyonu ve Acil Durum Senaryoları (30 dk)

- Senaryo çalışmaları:
 - İğne yolu kanaması → bası uygulama
 - Akut üriner retansiyon → kateter simülasyonu
 - Hipotansiyon/vasovagal senaryo → acil seti kullanımı
 - Robotik sistemin hareket telafisi (motion compensation) özelliği anlatılır; yanlış konumlanma veya iğne sapması durumunda “Needle Deflection Correction” fonksiyonu kullanılarak hedef yeniden hizalanır.
 - Katılımcılar, yazılım ekranında olası hata uyarılarını (“alignment deviation”, “motion error”) görür ve çözüm adımlarını uygular.
- Katılımcılar küçük gruplara ayrılarak senaryoları çözer
- Eğitimciler “doğru müdahale” üzerinden geri bildirim verir



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Kapanış ve Değerlendirme (15 dk)

- Katılımcıların pratik performansına yönelik kısa **kontrol listesi bazlı geri bildirim**
- Soru-cevap
- Katılım belgelerinin dağıtılması





The 13th Congress of APPS Meeting (2025 TUA Conjoining Meeting)

Date: November 6(Thu) ~ 7(Fri), 2025
Venue: Cornelia Diamond Hotel, Antalya, Türkiye

DAY 1 2025.11.6 (Thu)
[Hall B] Cornelia Diamond Hotel, Antalya, Türkiye

Time	Program	Moderator/Speaker
MC: Kyo Chul KOO (Korea)		
10:00	Welcome Remarks	Seongil SEO (President of APPS)
		Ilker TINAY (Host of 2025 APPS)
10:10-11:00	Session 1 - The Korean Prostate Society Session	Choung Soo KIM (Korea)
		Takashi FUKAGAI (Japan)
	Single-port robotic prostatectomy in a small city in Korea: Early experience	See Min CHOI (Korea)
	Robot simple prostatectomy for the treatment of huge prostates	Byung Hoon KIM (Korea)
11:00-11:20	Break	
11:20-12:10	Session 2 - The Korean Focal Therapy Society Session	Hyung-Lae LEE (Korea)
		Byung Kwan PARK (Korea)
	Optimal diagnostic approaches for csPCa in the era of focal therapy	Taesoo CHOI (Korea)
	Guidelines on Focal Therapy for Prostate Cancer	Jae Hyun RYU (Korea)
12:10-13:10	Lunch	



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



13:10-14:00	Session 3 - The Korean Society of Urogenital Radiology	Sung Il JUNG (Korea)
		Jae Il CHUNG (Korea)
	Various MR imaging techniques for differentiating CSC in patients with prostate cancer	Seung Ho KIM (Korea)
	Clinical Validation of PI-RADS v2.1: Current Evidence and Practical Implications	Kyung A KANG (Korea)
14:00-14:50	Session 4 - The Korean Urological Research Society	Taek Won KANG (Korea)
		Jae Young JOUNG (Korea)
	Metagenomics, metatranscriptomics and metabolomics in bladder cancer	Seok Joong YUN (Korea)
	Long-term Outcomes and Molecular Predictors of Recurrence After Neoadjuvant Intravesical Mitomycin-C Prior to TURBT in Primary NMIBC: A Randomized Phase II Trial with Integrated Transcriptomic Profiling	Ho Kyung SEO (Korea)
14:50-15:10	Break	
15:10-16:00	Session 6 - Poster Session (Non-moderated)	Kyo Chul KOO (Korea)
	(EP-01) MRI-Based Insight into the Progression of BCG-Related Granulomatous Prostatitis i in Patients with Bladder Cancer	Deuk Jae SUNG (Korea)
	(EP-02) Computer-Aided Diagnosis of Prostate Cancer: External Validation Study of Deep Learning using Convolutional Neural Networks	Sung Bin PARK (Korea)
	(EP-03) Prostate Imaging of unusual/unfamiliar pathologies: Beyond Benign Prostatic Hyperplasia and Acinar-type Adenocarcinoma	Young Taik OH (Korea)
	(EP-04) Papillary Renal Cell Carcinoma in Transplanted Kidney and Xp11.2 Translocation/Transcription Factor E3-Rearranged Renal Cell Carcinoma in the Native Kidney	Kyeong Ah KIM (Korea)
	(EP-05) Imaging Features of Cystic Adrenal Tumors	Ji Young WOO (Korea)
	(EP-06) Machine Learning-Based Survival Prediction in Castration-Resistant Prostate Cancer: A Multi-Model Analysis Using a Comprehensive Clinical Dataset	Kyo Chul KOO (Korea)
	(EP-07) Testosterone dynamics and oncologic safety in biochemically recurrent prostate cancer: An analysis of intermittent androgen deprivation therapy schedules	Kyo Chul KOO (Korea)
	(EP-08) Early Therapeutic Intervention improves Radiation Induced Hemorrhagic Cystitis and Proctitis when treated with Hyperbaric Oxygen Therapy	Hayato Takeda (Japan)
16:00	Closing Remarks	Jae Young JOUNG (Korea)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



DAY 2 2025.11.7 (Fri) [HALL A] Cornelia Diamond Hotel, Antalya, Türkiye

09:00-10:50	APPS-TUA Joint Session	Seongil SEO (President of APPS)
		TBD
	Treatment de-escalation of androgen-deprivation therapy in mHSPC	Jongwook PARK (Korea)
	RFA/cryoablation for GU cancers	Byung Kwan PARK (Korea)
	RAPN; what to do? how to do?	Taesoo CHOI (Korea)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM, 2025 PERŞEMBE

SALON A – VİDEO BİLDİRİ SALONU – 1

Oturum Başkanları: Yılören Tanıdır, Murat Gülşen

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
105	VS - 001	Büyük Kitlede Lparoskopik Sürrenalektomi Şevder Kırmızıtoprak
425	VS - 002	Laparoscopic radical nephrectomy with inferior vena cava thrombectomy Ahmet Şahan
269	VS - 003	Von Hippel Lindau Sendromu Tanılı, Bilateral Sürrenalektomili Hastada Tersiyer Laparoskopik Nüks Kitle Eksizyonu Arda Berkay Eskici
303	VS - 004	Sağ Böbrek Hiler Kitleye Uygulanan Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Operasyonu Efe Önen
262	VS - 005	Sağ Böbrek Kitleli ve Taşı Olan Hastada Eş Zamanlı Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi ve Nefrolitotomi Volkan Çağlayan
296	VS - 006	Küçük Mesane Tümörü (3 cm) Olan Bir Hastada HoL-EBRBT ile Lazer Enükleasyon Uygulaması: Olgu Sunumu Anıl Dağıdır
230	VS - 007	Hpv ilişkili Penil Skuamöz Hücreli Karsinom: Parsiyel Penektomi, Bilateral İnguinal Lenf Nodu Diseksiyonu Ve Üretroplastik Olgusu Sümeyye Terzi
93	VS - 008	Kasa İnvaziv Mesane Kanseri ve Üst Üriner Sistem Tümörü Nedenli Laparoskopik Sağ Nefroüretrektomi, Radikal Sistektomi, Total Histerektomi, Lenfadenektomi ve Üreterokütaneostomi; Olgu Sunumu Emre Ediz
229	VS - 009	Laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında üreter hasarı ve onarımı Ahmet Taşçı
298	VS - 010	10 cm böbrek kitleli olan hastada laparoskopik parsiyel Nefrektomi Sinan Avcı
214	VS - 011	Radikal sistoprostektomi ile eşzamanlı üretrektomi olgularında çift insizyon ile tek insizyonun etkinlik ve güvenilirliğinin karşılaştırılması Onur Akyıldız
367	VS - 012	Radikal Sistoprostektomi Sonrası Laparoskopik Sağ Nefroüretrektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu ve Sol Üreterokonditostomi Murat Işıtan





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



7 KASIM, 2025 CUMA SALON A – VIDEO BİLDİRİ SALONU – 2 Oturma Başkanları: Bora Özveren, Fatih Gökalp, Mutlu Değer		
Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
433	VS - 013	Düşük Riskli Prostat Kanserinde Robotik Radikal Prostatektomi ve Eş Zamanlı Sistolitotomi: İki Patolojiye Tek Çözüm Samet Kıpık
234	VS - 014	Sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi: video olgu sunumu Ahmet Taşçı
268	VS - 015	Laparoskopik Sağ Radikal Nefrektomi ve Lenf Nodu Diseksiyonu Barış Doğan
439	VS - 016	Oligometastatik Prostat Kanseri Tanılı Hastaya Neoadjuvan Enzalutamid Tedavisi Sonrası Uygulanan Aksesuar Pudendal Arter Koruyucu Robot Yardımlı Prostatektomi: Video Olgu Sunumu Nihat Karabacak
426	VS - 017	Robot Yardımlı Laparoskopik Sürrenalektomi ile Tedavi Edilen Dev Adrenal Myelolipom Olgu Sunumu Feyyaz Irmak
420	VS - 018	Hatalardan Öğrendiklerimiz: Aynı Seans, Tek Trokar Konfigürasyonu ile Bilateral RAPN Tekniğini Göstermek İhsan Batuhan Demir
424	VS - 019	Robot yardımlı parsiyel nefrektomide intraoperatif ultrason: Olgu sunumu Mustafa Macit
423	VS - 020	Metastatik testis kanseri tanılı bir hastada robot yardımlı retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu: bir olgu sunumu Alper Okur
129	VS - 021	Supin Pozisyonda Post-Kemoterapi Robotik RPLND: Video Olgu Sunumu Ahmet Eren Demirtola
339	VS - 022	Radyoterapi Sonrası Robotik Kurtarma Radikal Prostatektomi - Video Olgu Sunumu Nihat Karabacak
453	VS - 023	Level 2 Tümör Trombüsünde Laparoskopik Radikal Nefrektomi ve El Yardımlı Tümör Trombektomi Onur Kalaycı
232	VS - 024	Çift toplayıcı sistemli hastada kolona invaze papiller tip renal hücreli karsinom Ahmet Taşçı





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM, 2025 CUMA
SALON A – VIDEO BİLDİRİ SALONU – 3
Oturma Başkanları: Mehmet Necmettin Mercimek, İsmail Önder Yılmaz, Fesih Ok

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
213	VS – 025	Pan üretral darlığı olan komplike hastalarda perineal ürostomi ile mesane tümörü rezeksiyonu Onur Akyıldız
449	VS – 026	Düşük Kompleksiteli Renal Kitlede Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sırasında Renal Ven Onarımı İsmail Özer Öztemel
364	VS – 027	Radikal Sistoprostektomi Sonrası Laparoskopik Sağ Nefroüretrektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu ve Sol Üreterokonduitostomi Murat Işıtan
440	VS – 028	Oktogenyan Hastada Yüksek Kompleksiteli Renal Kitle İçin Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Ertuğrul Köse
361	VS – 029	Soliter Böbrekli Daha Önce Parsiyel Nefrektomi Öyküsü Olan Hastada Sekonder Endofitik Kitleye Yaklaşım: İntraoperatif Ultrason Eşliğinde Robotik Parsiyel Nefrektomi Çağrı Akpınar
190	VS – 030	Salvage Robotik Prostektomi Sonrası Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçlar: Tek Merkez Deneyimi Kaan Valiyev
219	VS – 031	Kemoterapi Sonrası Robot Yardımlı Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu-Transmezokolik Yaklaşım: Video Olgu Sunumu Furkan Abdullah Vural
287	VS – 032	32 Yaş Erkek Hasta Robotik Radikal Sistektomi ve Ortotopik Mesane Rekonstrüksiyonu Bordeaux Yöntemi (Heart Shaped) Fırat Çağlar Budak
404	VS – 033	Radyoterapi ve HIFU Tedavisi Sonrası Nüks Prostat Kanserine Yaklaşım: İki Farklı Olguda Salvage Robot Yardımlı Radikal Prostektomi Araz Musayev
445	VS – 034	Karaciğer Nakilli Hastada Retroperitoneal Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Deneyimi Onur Kalaycı
436	VS – 035	Testis Tümörlü Hastada Kemoterapi Sonrası Robotik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu ve Hacettepe Üroloji Deneyimi Halil İbrahim Özkan
122	VS - 036	Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostektomi Hood Tekniği Araz Musaev





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM, 2025 PERŞEMBE
SALON B – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 1
Oturma Başkanları: Yıldırım Bayazıt, Aşkın Eroğlu

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
335	SS-001	Prostat Spesifik Antijen Yoğunluğu ve Klinik Olarak Anlamlı Prostat Kanseri: PI-RADS 3 Lezyonlarında Prostat Hacminin Etkisi; Yüksek Hacimli Tek Merkezli Analiz Araz Musaev
217	SS-002	Prostat Kanseri Aktif İzlem Hastalarının Belirlenmesinde PSMA-PET CT Ek Katkı Sağlar Mı? Muhammet Said Keskin
82	SS-003	Ürologların Prostat Kanseri Aktif İzleme Güncel Yaklaşımı: Mezuniyet Sonrası Eğitim Programına İhtiyaç Var Mı? Günel Özgür
203	SS-004	TRUS eşliğinde Prostat Biyopsisi sonrası enfeksiyöz komplikasyonlara karşı farklı antiseptik ajanlarla iğne dezenfeksiyonunun etkisi: prospektif randomize çalışma Ahmet Taşçı
104	SS-005	Erken Başlayan Prostat Kanseri HPV'nin Rolü Enes Abdullah Baynal
177	SS-006	Radikal Prostatektomi Sonrası Cerrahi Sınır Pozitifliği: Orta ve Yüksek Riskli Prostat Kanseri Preoperatif Belirteçlerin Rolü Mahmut Çalışkan
338	SS-007	Laparoskopik Radikal Prostatektomide Cerrahi Sınır Özelliklerinin Prognostik Önemi Ertuğrul Köse
407	SS-008	Aktif İzlemede Progresyon Riski: Başlangıç Parametrelerinin Prediktif Gücü Jeyhun Hasanov
120	SS-009	Kliniğimizde Aktif İzlem Altında Takip Edilen Seçilmiş Prostat Kanseri Tanılı Hastaların Takip Sonuçları Ahmet Eren Demirtola
417	SS-010	HUGO RAS Robotik Cerrahi Sistem Kullanılarak Robotik Radikal Prostatektomi: Türkiye'deki İlk Klinik Deneyim Barış Esen
279	SS-011	Oligometastatik Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Metastaza Yönelik Tedavinin Etkinliği Ceyhan Özdemiroğlu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



342	SS-012	Biopsi-Naive Hastalarda Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Tabanlı Perilezyonel Transperineal Biyopsisinin Rolüne İlişkin Çok Merkezli Prospektif Seri; Erken Dönem Sonuçlarımız Eralp Kubilay
170	SS-013	PIRADS 3 lezyonlarda hedefli biyopsi kararında lezyon hacminin belirleyiciliği var mı? Yeni bir PSA derivesi Kadir Şerefhan Erten
418	SS-014	The Role of PSMA PET for PSA Persistence After Radical Prostatectomy In Patients Primarily Staged with PSMA PET/CT Bariş Esen
98	SS-015	Outcomes and PSA kinetics after Magnetic resonance image-guided stereotactic body radiotherapy for prostate cancer Ceren Atahan
348	SS-016	Radikal Prostatektomi Sonrası Biyokimyasal Rekürrenste PSMA PET/BT: Pozitiflik Oranları ve Pozitifliği Etkileyen Faktörler
211	SS-017	Mesane boynu koruyucu cerrahi robotik radikal prostatektomi sonrası kontinans avantajı sağlıyor mu? Elif Betül Akçal
193	SS-018	Kognitif prostat biyopsisinde haritalamanın etkinliği: Randomize kontrollü, prospektif çalışma Yunus Emre Genç
431	SS-109	Aktif İzlem Kriterlerine Uyan Prostat Kanseri Hastalarında Robotik Radikal Prostatektominin Onkolojik Sonuçları Fırat Çağlar Budak





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



6 KASIM, 2025 PERŞEMBE
SALON C – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 2
Oturma Başkanları: Bahadır Şahin, Nebil Akdoğan

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
328	SS-019	Prostat Kanseri PSMA/PET Tabanlı PRIMARY Skorunun Upgrade ve Lokal İleri Hastalığıdaki Rolü Muhammet Demirbilek
144	SS-020	Robotik Radikal Prostatektomide Modifiye Posterior Rekonstrüksiyonun Erken Kontinansa Katkısı Nurşah Sarıduman
285	SS-021	Radikal Prostatektomi Yapılan Hastalarda Preoperatif PSMA-PET Bulguları Biyokimyasal Rekürrensi Öngörebilir mi? Mert Evirgen
319	SS-022	Prostat Kanseri Definitif Radyoterapisinde ⁶⁸ Ga-PSMA PET Parametrelerinin Klinik Önemi: SUVmax'ın Ötesine Bakış Pantea Bayatfard
270	SS-023	ISUP-1 Hasta Grubunda Upgrade Olasılığının Öngörülmesinde ve Tedavi Seçiminde Kullanılabilecek Faktörler Arda Berkay Eskici
192	SS-024	Radyoterapi alan prostat kanseri hastalarında fibrinojen ve d-dimer düzeylerindeki değişim: prospektif bir inceleme Mehmet Miroğlu
185	SS-025	Radikal Prostatektomi Sonrası Penil Rehabilitasyon Yaklaşımları: Türkiye'de Ürologların Tercihleri Serhat Çetin
310	SS-026	Yazılım Tabanlı Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Hedefli Yapılan Biyopsilerde Perilezyonel Örneklemenin Klinik Önemli Prostat Kanseri Tanısına Katkısının Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışmanın Erken Sonuçları Nihat Karabacak





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



317	SS-027	Optimizing Unilateral Pelvic Lymph Node Dissection in the PSMA Era: Balancing Oncological Safety, Contralateral Involvement Risk, and Overtreatment in Prostate Cancer: A Multicenter Study of the Turkish Urooncology Association Çağrı Akpınar
340	SS-028	MPMR ve PSMA-PET çağında, RP sonrası T evresini öngörmede Parmakla Rektal Muayenenin hala değeri var mıdır? Fatih Diler
233	SS-029	Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemeye izole Prostate Imaging Reporting and Data System (PIRADS)-3 lezyonu olan hastalarda periferik zon hacminin kanser saptama oranları üzerine etkisi Abdul Vahap Bakır
308	SS-030	Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Adjuvan Radyoterapi İhtiyacının Öngörülmesinde Psoas Kas İndeksinin Rolü: Retrospektif Çalışma Salim Zengin
343	SS-031	STAMPEDE Kriterlerinin Patolojik Evreye Uyarlanması ve Lenf Nodu Pozitifliğinin Radikal Prostatektomi Sonrası Prognostik Önemi Yusuf Yağız Öztürk
259	SS-032	Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner İnkontinans ve Erektile Disfonksiyonda Aerobik Egzersiz ve Gevşeme Eğitimlerinin Pelvik Taban Kas Eğitimine İlave Etkileri: Pilot Randomize Kontrollü Çalışma Ege Nur Atabey Gerlegiz
275	SS-033	Laparoskopik radikal prostatektomi uyguladığımız klinik t2 evre hastalarda final patolojisinin lokal ileri evre sonuçlanmasında nomogramlar, chatgpt ve eau chatbot öngörülerinin karşılaştırılması Metin Kızgın
307	SS-034	Klinik anlamlı prostat kanserinin klinik, radyolojik ve moleküler bazı görüntüleme yöntemleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi Yunus Emre Genç
237	SS-035	Transperineal ve Transrektal Prostat Biyopsilerinin Tanısal Performans ve Komplikasyon Açısından Karşılaştırılması: Tek Merkez Deneyimi Baran Sevgi
223	SS-036	MRI füzyon prostat biyopsisi sonrası radikal prostatektomi yapılan hastalarda ISUP derecesi artışını öngören faktörlerin değerlendirilmesi Berk Batuk
	SS-110	Hormona duyarlı oligometastatik Nod 1-2 prostat kanseri olan hastalarda cerrahi öncesi tedavi alternatifleri Nihat Karabacak



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



7 KASIM, 2025 CUMA
SALON B – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 3
Oturma Başkanları: Barış Kuzgunbay, Yusuf Şenoğlu

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
282	SS-037	Radikal Prostatektomi Öncesi Lenf Nodu İnvazyonunun Öngörülmesinde Briganti Nomogramı, Partin Nomogramı, MSKCC Nomogramı ve Bir Makine Öğrenmesi Tabanlı Modelin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi İsmail Önder Yılmaz
246	SS-038	Hedef yaş grubu erkeklerin prostat kanseri ve taraması farkındalık durumu ve etkileyen özellikler Alper Kağan Ateş
128	SS-039	Yapay zekâ hastaların tedavi kararını değiştiriyor mu? Pilot çalışma Furkan Abdullah Vural
159	SS-040	Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner Kontinans Üzerine MR Görüntüleme Temelli ve İntraoperatif Üretra Ölçümlerinin Öngörücü Rolü İhsan Batuhan Demir
187	SS-041	Prostat biyopsisinde kanser saptanma oranlarının yapay zekâ algoritmaları ile tahmin edilmesi: Ara analiz ve ön sonuçlar Kadir Gül
283	SS-042	D'Amico Risk Sınıflamasına Göre Düşük Riskli Olarak Sınıflandırılan ve Radikal Prostatektomi Uygulanan Hastalarda ISUP Derece ≥ 3 Yükselmesinin Öngörmede Etkili Faktörlerin Makine Öğrenmesi Yöntemleri ile Analizi Mehmet Zubaroğlu
186	SS-043	Prostat biyopsisi yapılan hastalarda Single Nükleotid Polimorfizminin kanser saptamadaki etkinliğinin prospektif araştırılması Yunus Emre Genç
385	SS-044	Local Anesthetic Transperineal Prostate Biopsy: Does It Affect Uroflowmetry Results? İsa Dağlı
389	SS-045	Seminal Vesicle Sampling in Transperineal Prostate Biopsy: Feasible or Not? Zeynep Akdağcık
402	SS-046	PI-RADS 3 Lezyonlarında Lezyon Boyutu, Volümü ve PSA Yoğunluğunun Klinik Önemli Kanser Öngörmedeki Rolü: Retrospektif Kohort Çalışması Hikmat Jabrayilov
388	SS-047	Can We Skip the Systematic Cores? Predictive Indicators for Cognitive Transperineal Prostate Biopsy Sufficiency Muhammet Zübeyr Canpolat





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



370	SS-048	Transperineal Prostat Biyopsisi Öncesi Antibiyotik Profilaksisi Gerekli mi? Yalnız Antisepsi ile Pre-Klinik Güvenlik Erdem Öztürk
383	SS-049	Comparison of Transperineal Cognitive and Transrectal Fusion Biopsies Under Local Anesthesia: A Multicenter Study Ekrem Başaran
384	SS-050	The potential of real-time ultrasound screen viewing to reduce pain and anxiety symptoms during transperineal prostate biopsy under local anesthesia: A prospective non-randomized observational study Ümit Yıldırım
346	SS-051	Biyopsi Kor Sayısının Laparoskopik Radikal Prostatektomi Komplikasyonlarına Etkisi: TRUS ve MR-Füzyon Karşılaştırması Fırat Akdeniz
447	SS-052	Radikal Prostatektomi Cerrahisinde Yöntem farklılığının cerrahi ekip yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi Mehmet Emin Kayacan
432	SS-053	Prostat Kanseri Tarama, Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Üroloji Dışındaki Uzman Hekimler Kendisi İçin Hangi Seçimleri Yapıyor? Serdar Çelik
360	SS-054	PSMA Bulgularının Briganti-2019 ve MSKCC Nomogramlarına Eklenmesinin Patolojik Lenf Nodu Metastazı Öngörüsüne Etkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması Serhat Çetin
278	SS-111	Postembolizasyon Sendromu: Olgu Sunumu Enis Kervancioğlu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



7 KASIM, 2025 CUMA SALON C – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 4 Oturum Başkanları: Hasan Hüseyin Tavukçu, Oğuzcan Erbatu		
Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
428	SS-055	Prostat Kanseri Tarama, Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Ürolog Kendisi İçin Hangi Seçimleri Yapıyor? Serhat Çetin
347	SS-056	Metabolik Sendrom Koşullarında Prostat Kanseri Dizilerindeki Değişikliklerin İncelenmesi ve Tümör Davranışı Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi Can Sinirsiz
331	SS-057	Robotik Radikal Sistektomi Deneyimimiz: Tek Merkezli Perioperatif ve Onkolojik Sonuçlar Emre Albayrak
244	SS-058	Mesane Kanseri Tanılı Hastalarda Sistoskopi Sonrası Elde Edilen Mesane İrrigasyon Sıvısında Mikroplastiklerin Araştırılması Burak Yılmaz
336	SS-059	Orta-riskli Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Farklı Takip Aralıklarının Rekürrens ve Progresyona Etkisi: Retrospektif Kohort Analizi Araz Musayev
353	SS-060	Orta-Yüksek Riskli Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri BCG Tedavisine Yanıtı Etkileyen Klinik, Patolojik ve İnflamatuvar Göstergeler Hüseyin Ateş
299	SS-061	CUETO EORTC ve EAU 2021 Risk Hesaplama Araçlarının Tek Merkezli Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Hastalar Kohortunda Rekürrens ve Progresyon Öngörü Değerlerinin Karşılaştırılması Emirhan Yalçın
410	SS-062	Radikal Sistektomi Sonrası Gelişen Üreteral Komplikasyonlarda Nefroüreteroileal Stent Uygulaması: Sağkalım Üzerine Etkisi ve Uzun Dönem Sonuçları Emre Albayrak
365	SS-063	The Nutritional-Inflammatory Sarcopenia (NIS) Score: Mesane Kanseri Hastalarında Radikal Sistektomi Sonrası Komplikasyon ve Sağkalımın Çok Boyutlu Öngördürücüsü Engin Telli
320	SS-064	Mesane Kanseri Olgularda İndoleamin 2,3-Dioksijenaz 1 (IDO-1) Enzim Aktivitesi ile Rs10089084 Gen Polimorfizminin İlişkisi Kemal Kaya
395	SS-065	Radikal Sistektomi Uygulanan Hastalarda Hayatta Kalma Tahmininde Sarkopeni Göstergelerinin Analizi Enes Malik Akdaş



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



240	SS-066	Radikal sistektomi geçirmiş Türk Üroonkoloji Derneği veritabanındaki hastalarda Ürotelyal ve Ürotelyal dışı patolojilerin COBRA skoru ve mortalite-sağkalım karşılaştırılması Hasan Hüseyin Tavukçu
318	SS-067	Nested Varyant Ürotelyal Karsinom Tedavisinde Farklı Modalitelerin Etkinliği Üroonkoloji Derneği Mesane Kanseri Çalışma Grubu Raporu İsmail Önder Yılmaz
189	SS-068	Kliniğimiz asistan hekimlerinin RE TUR -TM patoloji sonuçlarının literatür verileriyle karşılaştırılması Muhammet Bilmiş
411	SS-069	Radikal Sistektomi Spesmenlerinde Saptanan İnsidental Prostat Kanserinin Sağkalıma Etkisi: Prognostik Faktör mü, Masum Bir Tesadüf mü? Rabia Hızarcı Bal
153	SS-070	Radikal Sistektomi Yapılan Hastalarda İnflamatuvar Belirteçlerin Makine Öğrenimi Sağkalım Modellerine Katkısı Naci Burak Çınar
362	SS-071	Intravezikal Gemsitabin ve Dosetaksel Kombinasyonunun BCG'ye Uygun Olmayan Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Hastalarında Uygulanabilirliği: Tek Merkez Deneyimi Hakkıcan Yuva
141	SS-072	Kas Tabakasına İnvaze Olmayan Mesane Kanseri BCG ve Hipertermik Mitomisin C'nin Karşılaştırılması: Semptom Yüğü, Nüks ve Yaşam Kalitesine Etkisi Özgür Çınar





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM, 2025 CUMARTESİ
SALON B – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 5
Oturma Başkanları: Özgür Yaycıoğlu, Serkan Akan

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
152	SS-073	Kasa İnvaze Mesane Kanseriinde Sigara Kullanım Miktarının Kanser Kök Hücre Özelliklerine Etkisi Mustafa Ozan Ataçer
218	SS-074	Popüler Yapay Zekâ Sohbet Robotları Hasta Bilgilendirmesi Konusunda Bize Ne Sunuyor? Mesane Kanseri Hakkında En Popüler On Sohbet Robotundan Alınan Yanıtların Karşılaştırılması Mehmet Fatih Şahin
103	SS-075	Makine Öğrenimi ile Denetlenen Üriner circRNA İmzaları Yoluyla Mesane Kanseriinin Non-invaziv Tanısı ve Risk Sınıflaması Deniz Bolat
176	SS-076	Septin 9 expression in bladder cancer: a potential oncogenic role in tumor progression and epithelial-mesenchymal transition Serhat Çetin
236	SS-077	CALD1, JAK1 ve STAT5 Ekspresyonunun Mesane Kanseriinde Prognoza Etkisi: İmmünoterapide Yeni Hedef Moleküller Olabilir mi? İbrahim Halil Baloğlu
102	SS-078	Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Takibinde İdrar-Bazlı Uromonitor Testi: Türk Üroonkoloji Derneği Pilot Çalışmasının Erken Dönem Sonuçları Berk Karaca
430	SS-079	Benign ve Malign Adrenal Lezyonlarda Klinik, Cerrahi ve Patolojik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi: Tek Merkezli Retrospektif Bir Çalışma Mehmet Zubaroğlu
392	SS-080	Adrenal tümörlerde boyut ve malignite ilişkisi Muhammet Selçuk Özer
252	SS-081	7 Cm Üstü Kitlelerde Parsiyel Nefrektomi: Son 10 Yıllık Deneyimimiz Hazım Alparslan Mazlum
221	SS-082	Berrak Hücreli Renal Karsinomda Patolojik Bulgular ile Sistemik İnflamatuvar Belirteçlerin İlişkisi Murat Cengizhan Atik
330	SS-083	Asistanlıkta Edinilen Laparoskopi Deneyiminin Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarına Katkısı var mı? Murat Gülşen
224	SS-084	3D slicer kullanılarak ölçülen tümör/ böbrek hacim oranının parsiyel/radikal nefrektomiye öngörme gücü Ahmet Taşçı



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



291	SS-085	Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomlarında İnflamatuar Marker, Patolojik Parametre ve Demografik Özelliklerin Prognostik Önemi Baran Sevgi
358	SS-086	Parsiyel nefrektomide korunan böbrek parankim hacminin fonksiyonel sonuçlara etkisi: geliştirilmiş ölçüm ve öngörü modellerinin değerlendirilmesi Abdurrahman Jafarov
290	SS-087	Cerrahi Stresin Sessiz Sinyalleri: Laparoskopik Nefrektomide Cerrahın Kalp Hızı Takibi Hüseyin Alperen Yıldız
276	SS-088	Radikal Nefroüretrektomi Sonrası Onkolojik Sonuçları Etkileyen Faktörler: Türk Üroonkoloji Derneği Çok Merkezli Çalışması Fesih Ok
419	SS-089	Testis Tümörü Olgularında Radikal Orşiektomi Sonrası Testis Protezi İmplantasyonu'nun Cinsel Fonksiyon ve Beden Algısı Üzerine Etkisi Duhan Enes Tel
396	SS-090	Mikst Germ Hücreli Testis Tümörlerinde Postkemoterapi Lenf Nodu Hacim Değişiminin Patoloji Sonucunu Öngörmedeki Rolü Kadir Can Şahin





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



8 KASIM, 2025 CUMARTESİ
SALON C – SÖZEL BİLDİRİ SALONU - 6
Oturma Başkanları: Barbaros Başeskioğlu, Nejdet Karşıyakalı

Ref No	Yayın No	Bildiri Adı – Bildiri Sunan Kişi
397	SS-091	Mononükleer Seminom Hücrelerinde İmmünohistokimyasal Beta-insan Koryonik Gonadotropin (β -hCG) Ekspresyonunun Klinik ve Prognostik Önemi Kadir Can Şahin
450	SS-092	Comparative Evaluation of the Oruba Inalys™ and Siemens Clinitek Status+® in Urine Strip Analysis Erdem Öztürk
377	SS-093	Ürolojik Onkoloji Sorularında Büyük Dil Modellerinin Performansı: EAU 2025 Kılavuzlarına Dayalı Karşılaştırmalı Bir Çalışma Mehmet Fatih Şahin
359	SS-094	Yapay Zekâ Dil Modeli ChatGPT'nin Yüksek Riskli Kas İnvaziv Olmayan Mesane Tümörlerinde Tedavi Kararı Verme Performansının Değerlendirilmesi: Bir Vaka Serisi Analizi Jeyhun Hasanov
438	SS-095	Prostat Kanseri Bilgilendirmesinde Büyük Dil Modelleri: ChatGPT ve Gemini Karşılaştırması Halil İbrahim Şükür
415	SS-096	Prostat Kanseri Lenf Nodu Tutulumunu Öngören Makine Öğrenme Tabanlı Model Geliştirilmesi ve Nomogramlarla Karşılaştırılması Muhammet Demirbilek
372	SS-097	Üroonkolojide Bilimsel Eğilimler: Türk Üroonkoloji Kongresi Bildirilerinin 2009–2023 Yılları Arasında Tematik ve Metodolojik Açından İçerik Analizi Engin Denizhan Demirkıran
398	SS-098	Ürotelyal Karsinomda Histolojik Subtiplerin Prognostik Önemi: Karşılaştırmalı Sağkalım Analizi Kadir Can Şahin
373	SS-099	Testis Muayenesi Farkındalığının Değerlendirilmesi: Anket Çalışması Ceyhan Özdemiroğlu
386	SS-100	A New Era for Transperineal Prostate Biopsy: Learning Curve and Early Experience with the Angle Adjustable Needle Guide Erdem Öztürk
393	SS-101	Gleason skor 6 prostat kanseri olan hastalarda ekstraprostatik uzanım düşünüldüğü kadar nadir mi? Barış Esen
124	SS-102	Testis Kanseri Kemoterapi Sonrası Nüksü Tahmin Etmede HALP Skorunun Prognostik Yararı: Retrospektif Kohort Çalışması Behlül Berk Genç





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



169	SS-103	Testis Germ Hücreli Tümörlerde Metastatik Yayılımın Öngörülmesinde De Ritis Oranının Rolü Mehmed Emin Kayacan
165	SS-104	Testis Kanseri Histolojik Tipi, Klinik Evresi ve Tümör Belirteci Ekspresyon Oranları ile İlişkili Olarak Tümör Dansitesinin Yeni Bir Klinik Parametre Olarak İncelenmesi Muhammet Hilmi Enes Aracı
88	SS-105	Radyasyonun Neden Olduğu Testiküler Doku Hasarı Modelinde Selenyum L Metiyonin'in Koruyucu Etkisinin Değerlendirilmesi Kudret Ensarioğlu Baktır
401	SS-106	Geriatrik Üroonkoloji Alanında Ürologların Farkındalık, Tutum ve Uygulamaları: Çok Merkezli Kesitsel Anket Çalışması İlker Çelen
427	SS-107	Üroonkolojik Olgularda Yapay Zekâ Tabanlı Klinik Yaklaşımların Multidisipliner Üroonkoloji Konseyi Kararlarıyla Karşılaştırmalı Analizi Mustafa Macit
239	SS-108	Üroonkolojide Zor Kararları Vermede Yapay Zekanın Kullanımı Enis Kervancioğlu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-001]

Büyük kitlede laparoskopik sürrenalektomi

Sevder Kırmızıtoprak, Ekrem Yıldırak
Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu olguda sağ sürrenalde 16cmlik semptomatik kitlesi olan hastamızda sağ laparoskopik sürrenelektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık

Olgu: 35 yaşında kadın hasta kontrol altına alınamayan hipertansiyon, obezite genel cerrahi polikliniğinden yönlendirildi. Çekilen Mr görüntülemesinde yaklaşık 16 cmlik sürrenal myoadenom ön tanısı izlendi. Özgeçmişinde obezite ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. 3lü anti hipertansif ilaç kullanıyordu. 2 adet sezeryan operasyonu öyküsü mevcuttu. Hastaya Laparoskopik Sürrenalektomi yapılma kararı alındı. Hastaya sağ lateral dekübit pozisyon verildi. Postop 3lü antihipertansifleri kullanmasına gerek kalmadı

Sonuç: Bu vakanın sonucunda sürrenal kitleler saptandığında geciktirilmeden tedavi edilmesi gerektiğine inanıyoruz. Bu tanıya bağlı gelişebilecek acil durumlar özenle ayırt edilmeli, gerektiği takdirde cerrahi müdahale yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sürrenal Adenom, Sürrenal Kitle, Hipertansiyon, Obezite





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-002]

Laparoscopic radical nephrectomy with inferior vena cava thrombectomy

Ahmet Şahan¹, Orkunt Özkaptan², Alkan Çubuk¹, Mete Kösemen², Önder Kara³, Oktay Akça²

¹Medicana Bursa Hastanesi

²Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Objective: To present a step-by-step video of laparoscopic radical nephrectomy and inferior vena cava (IVC) thrombectomy.

Case: Patient and surgical procedure: A 55 year-old female diagnosed with a right renal mass with inferior vena cava extension, underwent laparoscopic radical nephrectomy and IVC thrombectomy. Magnetic resonance imaging (MRI) examination revealed an approximately 9 cm mass in the right kidney, combined with a 4 cm mass extending to the right renal vein and IVC. Graded by the thrombus level system, the IVC thrombus of this patient was at level I. The patient was placed in a left decubitus position, and four laparoscopic ports were used.

Results: The total duration of the surgery was 2 hours and 10 minutes. The total IVC clamping time was 21 minutes. Estimated blood loss was 590 mL, and no major intraoperative or postoperative complications occurred. Time to discharge was four days. There was no complication during 12 months of follow-up. Pathological evaluation revealed clear cell renal cell carcinoma with a negative surgical margin. After 12 months of follow-up, there was no recurrence or distant metastasis.

Conclusion: We believe that a laparoscopic approach should be offered to selected patients diagnosed with RCC and vena cava tumor thrombus as a minimal invasive option. Optimal patient selection, extensive laparoscopic experience, and multidisciplinary support are crucial for effective surgical treatment.

Keywords: Laparoscopic nephrectomy, Renal mass, Trombus, Vena cava





[VS-003]

Von Hippel Lindau Sendromu Tanılı, Bilateral Sürrenalektomili Hastada Tersiyer Laparoskopik Nüks Kitle Eksizyonu

Arda Berkay Eskici, Sümeyye Terzi, Muhammed Selçuk Özer, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, Ömer Demir

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Video Sunumu

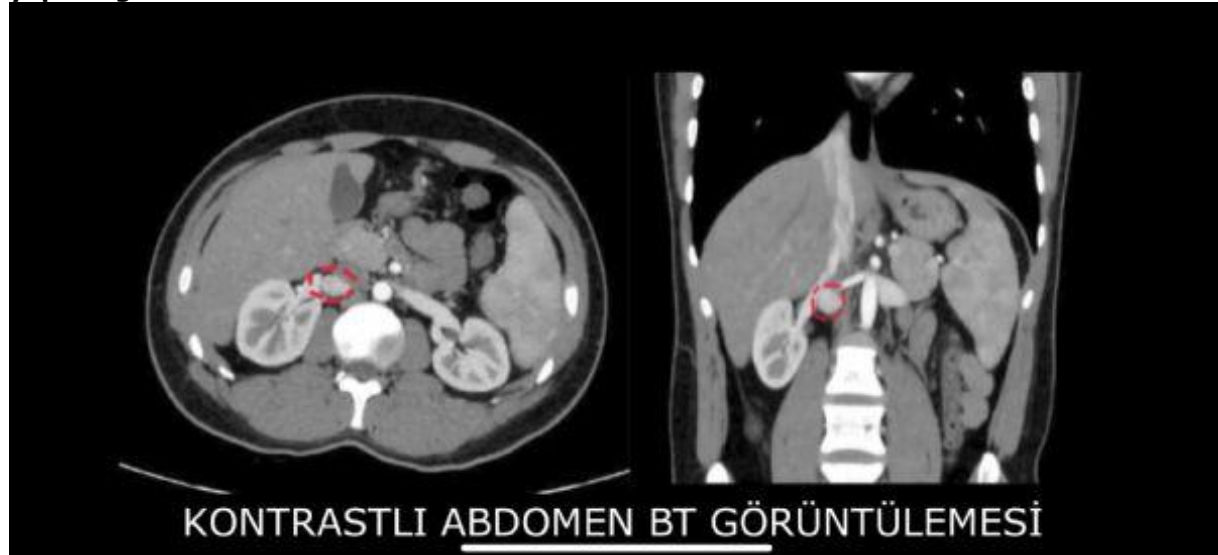
Amaç: Von Hippel-Lindau (VHL) sendromu, genetik geçişli, nadir görülen, tümör ve kist oluşumlarına yol açan bir hastalıktır. Genellikle iyi huylu (benign), ancak bazıları kötü huylu (malign) olabilen lezyonlar farklı organlarda gelişebilir. VHL sendromu, VHL genindeki mutasyon nedeniyle oluşur. Bu gen, hücre büyümesini ve bölünmesini kontrol eden bir tümör baskılayıcı gendir. Mutasyon olduğunda bu kontrol bozulur ve tümör oluşumu artar. Otozomal dominant geçer. Beyin ve omurilik, göz, böbrek, pankreas, adrenal bezler en sık tutulan organlardır.

Olgu: 20 yaş erkek hasta, daha önceden geçirilmiş bilateral sürrenalektomi ve sağ nüks sürrenalektomi öyküsü mevcut. Kontrol amacıyla yapılan tetkiklerinde, sağ renal hilus seviyesinde 2cm nüks kitle saptandı. Tanımlanan kitlenin tersiyer vakası laparoskopik olarak yapıldı. Kitlenin patolojisi: "Nüksten ziyade Paraganglioma'yı temsil ettiği düşünülmektedir." Şeklinde raporlandı.

Sonuç: Geçirilmiş cerrahilere bağlı zorlu geçeceği düşünülen vakalar uzman kliniklerde laparoskopik olarak başarılı bir şekilde yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Feokromositoma, Paraganglioma, Von Hippel Lindau Sendromu

yapılan görüntülemeler





[VS-004]

Sağ Böbrek Hiler Kitleye Uygulanan Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Operasyonu

Efe Önen, Mehmed Akif Er, Alper Nesip Manav, Onur Serin, Serdar Geylan, Erhan Sarı, Sedat Öner
Bursa Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

Amaç:

Bu videoda laparoskopik yöntemle renal hilusa yakın kitlenin parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ YÖNTEM

53 yaş erkek hasta bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sağ böbrek orta polde renal hilus düzeyinde renal arter ve ven komşuluğunda 2 cm kitlesel endofitik kitle saptandı. Toraks bt çekildi metastaz saptanmadı hastaya sağ laparoskopik parsiyel nefrektomi yapıldı

BULGULAR

GAA sağ yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben veres iğnesi ile batına girildi. Yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 5 adet port batına kondu. Sağ üreter bulundu, kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Renal artere bulldog klemp konarak, sağ böbrek alt poldeki pediküle yakın kitle yeterli parankim parçası ile çıkarılıp geri kalan açıklık 2/0 ve 0 vlock sütürlerle dikildi. Bulldog klemp alınarak kanama olmadığı görüldü. Loja 1 adet nelaton dren kondu. Organ çıkarma torbası ile kitle vücut dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun olarak kapatıldı. (sıcak iskemi süresi 23 dk)

Sonuç: Hilus bölgesinde kitlesi olan hastada parsiyel nefrektomi güvenle uygulanabilir

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Nefrektomi, Parsiyal





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-005]

Sağ Böbrek Kitlesi ve Taşı Olan Hastada Eş Zamanlı Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi ve Nefrolitotomi

Volkan Çağlayan, Mehmet Doğan, Güngör Arıç, Niyazi Serhat Yolay, Ahmet Enes Başkıran, Sedat Öner

Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Bu videoda laparoskopik yöntemle eş zamanlı parsiyel nefrektomi ve nefrolitotomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hasta özellikleri: 48 yaş erkek hasta bilateral yan ağrısı şikayeti ile başvurdu yapılan görüntülemelerde sağ böbrek üst polde 2 cm, sağ orta üreterde 6 mm, sol böbrekte 4,5 cm taş ve sağ böbrek üst polde 5,5 cm egzofitik kitlesel lezyon saptandı toraks bt çekildi metastaz saptanmadı hastaya sağ laparoskopik parsiyel nefrektomi ve eş zamanlı sağ nefrolitotomi yapıldı patoloji sonucu berrak hücreli rcc geldi.

Ameliyat tekniği: GAA uygun saha arıtımını takiben üreterorenoskop ile girildi üretra ve mesane doğaldı sağ üreter orifisine guide gönderilerek urs ile angaje olundu.orta üreterde taş görüldü.taşa lazerlitotripsi yapıldı. Kırılan parçalar basket yardımıyla alındı daha sonra sol üreter orifisine guide atılarak guide üzerinden 6 f Double J stent takıldı.endoskopik işlem sonrası sol yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben veres iğnesi ile batına girildi. Yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 4 adet port batına kondu. Sağ üreter bulundu, kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Renal artere bulldog klemp konarak, sağ böbrek alt poldeki kitle yeterli parankim parçası ile çıkarıldı.toplayıcı sistem açılarak böbrek içi taş unblock alındı. DJS tekrar guide üzerinden mesaneye gönderildi geri kalan açıklık 2/0 ve 0 vlock sütürlerle dikildi. Bulldog klemp alınarak kanama olmadığı görüldü. Loja 1 adet nelaton dren kondu. Organ çıkarma torbası ile kitle vücut dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun olarak kapatıldı. (sıcak iskemi süresi 53 dk)

Sonuç: Böbrek kitlesi ve böbrek taşı olan hastada kitle ve taşın uygun yerleşimli olması halinde eş zamanlı tedavi güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik parsiyel nefrektomi, Laparoskopik nefrolitotomi, Eş zamanlı laparoskopik parsiyel nefrektomi ve nefrolitotomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-006]

Küçük Mesane Tümörü (3 cm) Olan Bir Hastada HoL-EBRBT ile Lazer Enükleasyon Uygulaması: Olgu Sunumu

Omar Alzamo, İsa Uluç, Anıl Dağdır, Abdullah Baynal, Kerem Teke, Önder Kara
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Son yıllarda HoL-EBRBT tekniği, mesane tümörlerinin en blok çıkarılmasında da uygulanmakta ve daha sınırlı termal hasar, etkin hemostaz ve güvenli cerrahi imkânı sağlamaktadır. Bu çalışmada, 3 cm'lik küçük bir mesane tümörü olgusunda holmium lazerle mesane tümörü enükleasyonu deneyimimizi paylaşmaktayız.

Olgu: Genel anestezi altında sistoskopi yapıldı. Tümör, holmium lazerle çevre mukozadan serbestleştirilerek enükle edildi (1,5 joule x 30hz = 45 watt). Lezyon tek parça halinde mesane içinde serbestleştirildi ve doku ellik evakuatör ile çıkarıldı. İşlem sırasında mesane perforasyonu olmadı, hemostaz etkin şekilde sağlandı. Operasyon süresi 35 dakika idi, kan kaybı minimaldi.

Sonuç: Holmium lazerle enükleasyon, seçilmiş küçük mesane tümörlerinde güvenli ve etkin bir yöntemdir. Daha geniş hasta serileri ve randomize kontrollü çalışmalar, bu tekniğin standart yaklaşım olup olmayacağını belirleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Holmium lazer, HoL-EBRBT, HoLEP, mesane tümörü, TUR-MT





[VS-007]

Hpv İlişkili Penil Skuamöz Hücreli Karsinom: Parsiyel Penektomi, Bilateral İnguinal Lenf Nodu Diseksiyonu Ve Üretroplasti Olgusu

Sümeyye Terzi, Anıl Öcal, Muhammed Selçuk Özer, Alper Ege Sarıkaya, Volkan Şen, Ozan Bozkurt
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:

Penil kanser, erkeklerde nadir görülen ancak klinik olarak agresif seyir gösterebilen malign bir neoplazmdır. En sık görülen histolojik alt tipi skuamöz hücreli karsinom (SCC) olup, olguların %95'inden fazlasını temsil eder. SCC, genellikle glans penis veya prepsiyumda lokalize olur ve erken dönemde ağrısız ülseratif veya ekzofitik lezyonlarla kendini gösterir. Penil SCC'nin patogeneğinde Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu önemli bir rol oynamaktadır. Bu bildiride, peniste ülser lezyon sonrası parsiyel penektomi, bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu, üretroplasti uygulanan ve HPV ilişkili penil skuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu:

Kırk beş yaşında, ek hastalığı olmayan erkek hasta peniste ülser lezyon ve idrar yapma güçlüğü şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayene glans peniste progrese olan 30 x 30 mm akıntılı ülser lezyon gözlemlendi (Resim - 1). Penoskrotal manyetik rezonans görüntülemesinde glans penisi çevreleyen saran, diffüz kalınlık artışı ve bilateral inguinal bölgede, en büyüğü sağda 25 x 20 mm boyutlarında nekrotik komponentler içeren, belirgin kontrastlanan lenf nodları gözlemlendi (Resim - 2). Olgu, Dokuz Eylül Multidisipliner Üroonkoloji - Dermatoloji Konseyi'nde tartışıldı ve hastanın peniste bulunan lezyonu ön planda malign natürde değerlendirildi, parsiyel penektomi ve bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılması kararı verildi. Hastaya parsiyel penektomi, bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu ve perop üretra darlığı saptanması nedeniyle üretroplasti operasyonu yapıldı. Takibinde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 10. Gün taburcu edildi ve hastanın sondası postoperatif 3. hafta çekildi. Histopatolojik incelemede "Evre pT3N3 HPV ilişkili Skuamöz Hücreli Karsinom" ve cerrahi sınır negatif saptandı. Hastaya adjuvan 4 Kür Sisplatin + Paklitaksel protokolü ve 25 Fraksiyon Radyoterapi uygulandı.

Sonuç:

Penil skuamöz hücreli karsinomda erken tanı ve cerrahi müdahale, hastalığın kontrolü açısından kritik öneme sahiptir. Bu olguda, HPV ilişkili ileri evre tümöre yönelik uygulanan parsiyel penektomi ve bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu sonrası komplikasyonsuz iyileşme sağlanmış; adjuvan tedavi ile lokal kontrol desteklenmiştir. Multidisipliner yaklaşım, tedavi başarısını artıran temel unsurdur. Bu nedenle bu tür olguların yakın takip edilmesi ve agresif multimodal tedavi stratejileriyle yönetilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: SKUAMOZ HÜCRELİ KARSİNOM, HPV, KEMOTERAPİ, LENF NODU, RADYOTERAPİ





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



MR görüntülemesi



AKSİYAL GÖRÜNTÜ PLANI



SAGİTTAL GÖRÜNTÜ PLANI

Penil ülseratif lezyonun makroskopik görüntüsü





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-008]

Kasa İnvaze Mesane Kanseri ve Üst Üriner Sistem Tümörü Nedenli Laparoskopik Sağ Nefroüretarektomi, Radikal Sistektomi, Total Histerektomi, Lenfadenektomi ve Üreterokütaneostomi; Olgu Sunumu

Emre Ediz¹, Yusuf Şenoğlu², Dursun Baba¹, Necati Ekici¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mesane kanseri görülme sıklığı erkeklerde, kadınlara oranla 3 kat daha fazla olsa da kadınlarda görülen mesane kanserinin tanı anında genellikle daha yaygın ve kötü prognozlu olma olasılığı yüksektir. (1) Kasa invaze mesane kanseri, son derece mortaldır ve tedavi edilmezse vakaların %85,2'i teşhisten sonraki 2 yıl içinde kaybedilir. (1) Üst üriner sistem ürotelyal karsinomları, ürotelyal tümörlerin %5-10'unu oluşturur. Vakaların %17 'sinde eş zamanlı mesane kanseri tanısı mevcuttur. (1) Bu olgu sunumunda kasa invaze mesane kanseri ve üst üriner sistem tümürlü hastamıza uyguladığımız laparoskopik sağ nefroüretarektomi, radikal sistektomi, total histerektomi, lenfadenektomi ve üreterokütaneostomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaş kadın hasta dış merkezde hematüri şikayeti sonrasında yapılan TUR-Mesane patolojisi kasa invaze mesane kanseri olarak gelmiştir. Hasta operasyon isteğiyle tarafımıza başvurdu. Hasta görüntülemelerinde sağ distal üreterde tümör nedeniyle değerlendirildi. Hasta böbrek fonksiyon değerlerindeki düşüklük nedeniyle neoadjuvan kemoterapi için uygun görülmedi. Hastaya kliniğimizde laparoskopik sağ nefroüretarektomi, radikal sistektomi, total histerektomi, lenfadenektomi ve üreterokütaneostomi operasyonu yapıldı.

Sonuç: Kasa invaze mesane kanseri ve üst üriner sistem tümörüne sahip uygun hastalarda laparoskopik yöntemle nefroüretarektomi ile birlikte aynı seansta sistektomi ve üriner diversiyon yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Nefroüretarektomi, radikal sistektomi, ürotelyal kanser, üst üriner sistem, tümörü





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-009]

Laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında üreter hasarı ve onarımı

Cemil Aydın, Ahmet Taşcı, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Parsiyel nefrektomi (PN), küçük ve uygun böbrek tümörlerinde başarıyla uygulanabilen bir yöntemdir. Bu videoda, parsiyel nefrektomi sırasında meydana gelen üreter hasarı sonrası uygulanan üreteroüreterostomi ameliyatı sunulmaktadır.

Olgu: 81 yaş kadın, karın ağrısı nedeniyle genel cerrahi poliklinik başvurusu olan hastaya çekilen CT'de sağ böbrek üst pol posteriorda ekzofitik yerleşimli yaklaşık 37 mm çaplı lezyon izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiştir. Dinamik MR' da; sağ böbrek üst polde egzofitik posterior pararenal alana uzanım gösteren 34x36 mm çaplı kitlesel lezyon izlendi. Diabetes mellitus tanılı ve yaklaşık 30 yıl önce açık kolesistektomi operasyon öyküsü olan hastaya laparoskopik sağ parsiyel nefrektomi planlandı.

Uygun port yerleşimi sonrası vakaya başlandı. Geçirilmiş cerrahiye sekonder batın içi yapışıklıkları olan hastada operasyon esnasında proksimal üreter diseksiyonu sırasında Thunderbeat® ile termal hasar oluştu. Laparoskopik parsiyel nefrektomi (sıcak iskemi süresi 12 dakika) tamamlandıktan sonra termal hasar olan üreter segmenti diseke edilip, sağlam üreter uçları 4,0 vicryl ile uç uca anastomoz yapıldı ve 4.8 Fr 26 cm DJ stent takıldı. Loja dren konulup spesmen çıkartıldı.

Operasyon sonrası takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 2. günde dren alınıp taburcu edildi. Patoloji sonucu anjiyomyolipom gelen hastanın postoperatif 6.haftada sağ DJ stenti çekildi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi esnasında taktik his olmadığı için diseksiyon esnasında çevre dokulara dikkat edilmelidir, en ufak bir dalgınlıkta komplikasyonlarla karşılaşmak kaçınılmazdır. Parsiyel nefrektomi sırasında üreter hasarı nadir bir komplikasyondur. Erken fark edilmesi ve uygun cerrahi onarım ile kalıcı morbidite önlenabilir. Bu olguda uygulanan üreteroüreterostomi ile başarılı sonuç elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: anjiyomyolipom, DJ stent, Parsiyel nefrektomi, üreter hasarı, üreteroüreterostomi



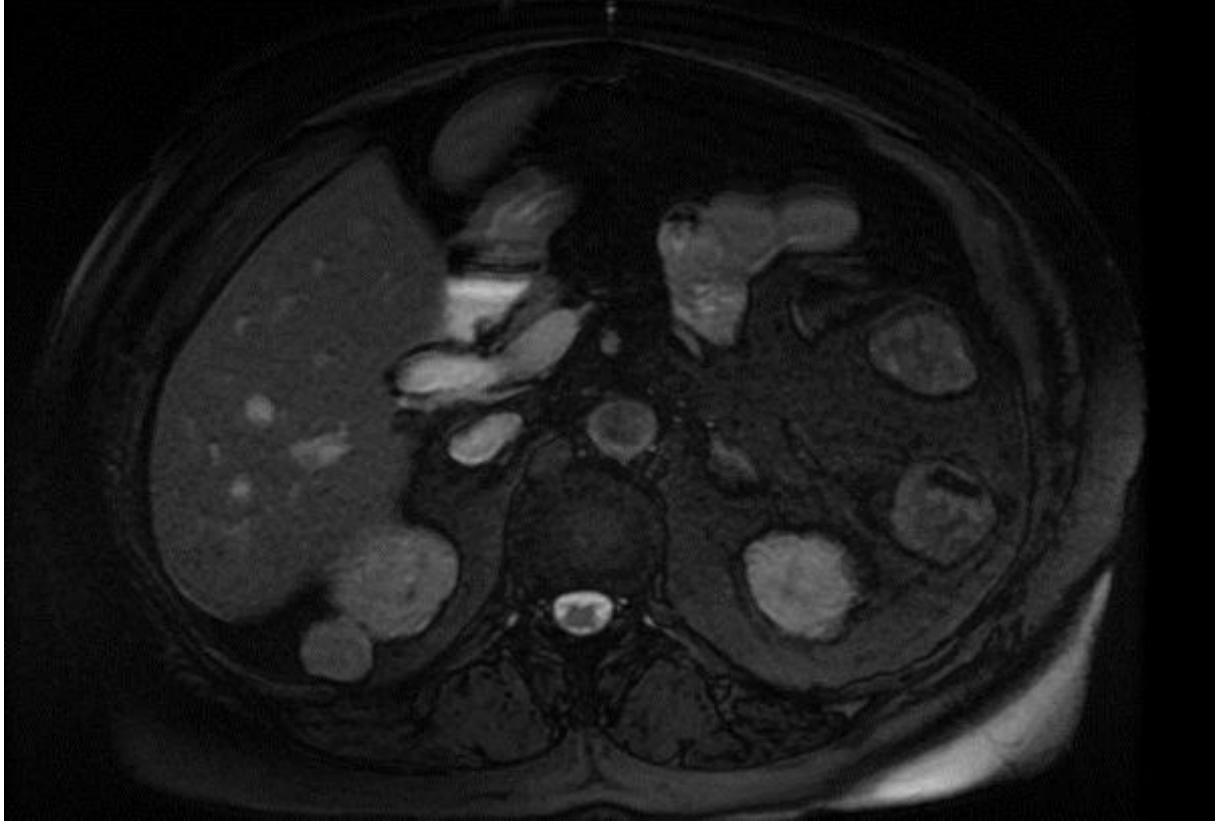


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 1



resim 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-010]

10 cm böbrek kitlesi olan hastada laparoskopik parsiyel nefrektomi

Sinan Avcı, Ümit Soylu, Ömer Yerlikaya, Volkan Çağlayan, Abdullah Erdoğan, Sedat Öner
Bursa Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

AMAÇ

Sol böbrek üst polde 10X10 cm boyutlarında egzofitik uzanım gösteren böbrek kitlesine eksizyon planlandı.bu video sunumunda laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

75 yaş erkek hasta dış merkezde insidental saptanan böbrek kitlesi ile tarafımıza yönlendirildi.çekilen mr görüntülemesinde sol böbrek üst polde egzofitik uzanımlı yaklaşık 10x10 cm ölçülen heterojen kontrastlanan rcc? Lezyon izlendi. Hastaya kitlesinin egzofitik olması sebebiyle parsiyel nefrektomi planlandı.

BULGULAR

Gaa sol yan pozisyonda uygun saha artımı ve örtünmeyi takiben veres iğnesi ile batına girildi.yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 5 adet port batına konuldu.sol üreter bulundu,kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı.renal artere buldog klemp konarak sol böbrek üst poldeki kitle yeterli parankim parçası ile çıkarılıp geri kalan açıklık 2/0 ve 0 vlock süturlarla dikildi.buldog klemp alınarak kanama olmadığı görüldü.loja 1 adet nelaton dren konuldu.organ çıkarma torbası ile kitle vücut dışına alındı.kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun kapatıldı.(sıcak iskemi süresi 21 dk)

SONUÇ

Özellikle egzofitik görünümdeki büyük böbrek kitlelerinde parsiyel nefrektomi güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Nefrektomi, Parsiyel



[VS-011]

Radikal sistoprostektomi ile eşzamanlı üretraktomi olgularında çift insizyon ile tek insizyonun etkinlik ve güvenilirliğinin karşılaştırılması

Onur Akyıldız, Çağrı Doğan, Furkan Batuhan Tuncer, Onur Orbeği, Mehmet Fatih Sahin, Cenk Murat Yazıcı, Emre Öztürk

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:

Radikal sistektomistektomi cerrahisinde eş zamanlı üretrada da tümör izlenmesi durumunda üretraktomi operasyonunun da yapılması önerilmektedir. Bu cerrahi perineden yapılacak ikinci insizyon ile yapılabileceği gibi batin orta hattan yapılan sistektomi kesisiyle de aynı alandan da yapılabilmektedir. Bu çalışmada radikal sistoprostektomi ile eş zamanlı yapılan üretraktomi operasyonlarının insizyon yerine göre etkinlik ve güvenilirliklerinin karşılaştırması amaçlanmıştır.

Olgu:

Kas invaze mesane tümörü ve üretra tümörü nedeniyle tek insizyon ile opere edilen iki vaka ile çift insizyon yapılan dört vaka çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan vakaların cerrahi verileri Tablo 1 de gösterilmiştir

Çift insizyon yapılan olgularda göbek altı median insizyondan radikal sistoprostektomi ve lenf nodu disseksiyonu yapıldıktan sonra bulbospongioz kas perineal insizyon ile açıldı. Katlar geçildikten sonra turner warwick otomatik ekartör yerleştirildi. Bulbospongioz kas orta hattan açıldı. Üretra posteriordan serbestlenip penroz ile askı altına alındı. Ardından penis invajine edilip glandüler üretraya kadar serbestlenip kesildi. Perineal body insize edildi. Korpora spongiozanın posteriorundan ilerlenerek bulbar arterler kesildi. 5 dk kompresyon sonrası bipolar yardımı ile kanama durduruldu. Ardından membranöz üretra anterior ve posteriordan serbestleştirilip sistektomi materyali batından tek parça olarak çıkartıldı. Batına ve perineal alana birer dren yerleştirildi. Postop postop 3. günde gaz çıkışı izlenmesi üzerine oral açıldı. Drenaj 50 cc altına indiği zaman çekildi

Tek insizyon yapılan olguda göbek altı median insizyondan radikal sistoprostektomi ve lenf nodu disseksiyonu yapıldıktan sonra aynı operasyon lojuna penis invajine edildi. Ardından penil üretra korperal yapılardan olarak serbestlendi. Penil üretra damar askısı ile üretra askıya alındı. Glandüler üretraya kadar disseke edilerek kesildi. Ardından keskin disseksiyon ile penil ve bulbar üretra serbestlendi. Penil ve bulbar üretradan serbestleştirilen distal kısmı pubisin alt kısmından mesane spesimeninin olduğu kısımdan batin içerisine çekildi. Ardından da üretranın tutan bağları keskin disseksiyon ile kesilerek mesane ve üretra tek piyes olarak vücut dışına alındı. Kanama kontrolü bipolar ile sağlandı. Penisin invajine edildiği suprapubik bölgedeki loj 2.0 vicrly ile kapatıldı. Batına ve pubis bölgesine birer dren yerleştirildi. Postop 4.günde gaz çıkışı olması üzerine az su ile rejim açıldı ancak distansiyon gelişmesi üzerine yapılan kontrastsız abdominopelvik BT görüntüleme yapıldı. İleusten şüphelenilmesi üzerine yapılan eksplorasyon ile batin fasyalarının intakt olduğu ancak barsağın üretraktomi lojuna herniye olduğu görüldü. Drenaj 50 cc altına indiği zaman çekildi

Sonuç:

Sistoprostektomi ile eş zamanlı olarak yapılan üreterektomi, tek insizyon ile yapıldığı zaman postop gelişen ileus durumlarında bağırsağın beklenmedik herniasyonu bağlı kompartman sendromu akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: ÜRETREKTOMİ, ÇİFT İNSİZYON, TEK İNSİZYON

TABLO 1

Vaka	İnsizyon adeti	Op süresi (dk.)	Kanama miktarı (mL)	Rejim açma (postop gün)	Drenaj miktarı(loj) Toplam (mL)	Dren Çekim Süresi (postop gün)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



1	TEK	257	620	4	50	2
2	TEK	278	450	4	70	2
3	ÇİFT	308	370	5	110	3
4	ÇİFT	2963	510	4	70	2
5	ÇİFT	320	470	3	30	1
6	ÇİFT	283	420	3	60	2

tek insizyon ve çift insizyon vakalarının karşılaştırılması





[VS-012]

Radikal Sistoprostatektomi Sonrası Laparoskopik Sağ Nefroüretrektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu ve Sol Üreterokonduitostomi

Murat İşıtan¹, Murat Gülşen¹, Fahrettin Karabacak¹, Onur Kalaycı³, Mehmet Necmettin Mercimek², Ender Özden¹

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

²Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda radikal sistoprostatektomi ve ileal kondüit (RSP-İK) sonrası laparoskopik sağ nefroüretrektomi, lenf nodu diseksiyonu ve sol üreterokonduitostomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Mesane kanseri nedeniyle takipli 60 yaşındaki erkek hastaya, 10 yıl önce RSP-İK operasyonu yapılmış. 2. yıldan itibaren takiplerinde hematürileri olan hastaya üst üriner sistem değerlendirilmesi yapılmamış. Kliniğimizdeki görüntülemeye sağ renal pelvisten üretere uzanan tümör ve lenf nodları olan hastadan alınan biyopsi sonucu non-invaziv yüksek dereceli olarak yorumlanmış. Dört kür neoadjuvan gemsitabin-sisplatin kemoterapisi uygulandı ve hastaya sağ nefroüretrektomi ve lenf nodu diseksiyonu planlandı.

Hasta sağ 60° yan pozisyona alındı. Pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 12 mm optik port sağ pararektal hattan yerleştirildi. Substernal hattan 5 mm ekartasyon portu, ön aksiller hattan ise 10 mm ve 5 mm çalışma portları yerleştirildi. Vena cava inferior ve abdominal aorta arasında, renal hilus düzeyinden sağ common iliak arter seviyesine kadar böbrekle bütünlük gösteren lenf nodları gözlendi. Sağ üreter ileal konduite kadar takip edilerek disseke edildi.

İntraoperatif fleksibl üreterorenoskopide, sağ üreterdeki tümörün distaldeki seviyesi ile sol üreter ve ileal kondüit ile olan ilişkisi değerlendirildi. Sağ üreter anastomozu çevresinde tümörün kondüite sınırlı bir uzanımı olduğu, ancak sol üretere ve kondüitin distaline ilerlemediği gözlendi. Bu bulgular doğrultusunda kondüitin ilgili kısmı eksize edilerek spesimene dahil edilmesine ve sol üreterin, ileal kondüite yeniden anastomoz edilmesine karar verildi. Sol üreterin distal ucu Hem-o-lok klips ile kontrol edildikten sonra, fleksibl üreterorenoskopi yardımıyla eksize edilecek konduit segmenti belirlendi ve Endo-GIA stapler ile eksize edildi. Ardından sol üreter 3/0 Quill® sütür ile ileal konduite yeniden anastomoz edildi ve ipli DJ stent yerleştirildi.

İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına çıkarılana kadar geçen süre 240 dakika, ortalama kan kaybı 250 mL olarak kaydedildi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu invaziv ürotelyal karsinom saptanmış olup tümör renal parankime infiltrasyon göstermekteydi (pT3). Hiler bölgede böbrek çevresinde kistik dejenerasyon izlenen, 8 cm çapında tek metastatik lenf nodu ile toplam 5 adet reaktif lenf nodu saptandı. Cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı.

Sonuç: Radikal sistektomi sonrası gelişen hematürilerde, üst üriner sistemdeki olası nükslerin gözden kaçırılmaması için radyolojik ve endoskopik değerlendirmelerin birlikte yapılması önem taşımaktadır. Kompleks üst üriner sistem kitlelerinde nefroüretrektomi ile güdük eksizeyonu gerekebilmektedir. Bu tür olgularda, kondüitin korunarak üreterin yeniden anastomozu sırasında eş zamanlı endoskopik değerlendirme, cerrahi yaklaşımın güvenilirliği ve onkolojik sonuçların optimizasyonu açısından değerli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sistektomi, Nefroüretrektomi, Nüks, Üreterokonduitostomi





[VS-013]

Düşük Riskli Prostat Kanserinde Robotik Radikal Prostatektomi ve Eş Zamanlı Sistolitotomi: İki Patolojiye Tek Çözüm

Samet Kıpık, Fatih Ok, Berk Hazır, Azmi Levent Sağnak, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Bu olgu sunumunda, düşük riskli prostat kanseri tanısıyla aktif izlem planlanan, ancak sonradan eşlik eden multipl mesane taşları nedeniyle robotik radikal prostatektomi sırasında eş zamanlı sistolitotomi kararı verilip uygulanan bir hasta sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: 65 yaşında erkek hasta, şiddetli alt üriner sistem semptomları (IPSS:25) ile başvurdu. PSA düzeyi 4.47 ng/ml olarak ölçüldü. Prostat MR'ında prostat hacmi 70 cc olarak hesaplanırken, sağ transizyonel zonda PIRADS-3 lezyon saptandı. Yapılan TRUS-biyopside Gleason 3+3, prostat adenokarsinomu tespit edildi. Hastaya aktif izlem, radyoterapi ve radikal prostatektomi seçenekleri sunuldu. Hasta başlangıçta aktif izlemi tercih etti, ancak takipte PSA'nın 7.7 ng/mL'ye yükselmesi üzerine hasta araştırıp kendi isteğiyle radyasyon onkolojisine başvurmuş, hasta için radyoterapi tedavisi planlanmış. Radyoterapi öncesi yapılan hazırlık görüntülemelerinde multipl mesane taşları saptanması üzerine radyasyon onkolojisi tarafından kliniğimize konsülte edildi. Semptomatik olan hasta için mesane taşlarına girişim planlandı. Son durumda üroonkoloji konseyinde (üroloji, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi, patoloji, nükleer tıp bölümlerinin katılımı ile) multidisipliner şekilde değerlendirilmesinin ardından RARP ve eş zamanlı sistolitotomi planlandı. Hastanın tedaviyi kabul etmesi ile operasyon başarılı şekilde yapıldı.

Bulgular: Hastaya bilateral sinir koruyucu RARP uygulandı. Prostatektomi tamamlandıktan sonra, mesane boynu açıklığından 5 adet taş (en büyüğü 2 cm) robotik enstrümanlarla başarıyla ekstrakte edildi. Ek bir sistolitotomi insizyonuna gerek kalmadı. Ameliyat süresi 94 dakika, kan kaybı 50 ml idi. Postoperatif patoloji sonucu prostatik adenokarsinom, Gleason 3+3, tümör %10'dan az alanı tutuyor, cerrahi sınırlar negatif ve ekstraprostatik yayılım yok olarak raporlandı. Hastanın postoperatif dönemi problemsiz geçti ve 2. günde taburcu edildi.

Sonuç: Düşük riskli prostat kanseri ve eşlik eden semptomatik mesane taşı olan hastalarda, RARP ve eş zamanlı sistolitotomi her iki patolojinin de minimal invaziv yöntemle tedavi edilmesini sağlayan etkili ve güvenli bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, mesane taşı, robotik cerrahi, sistolitotomi



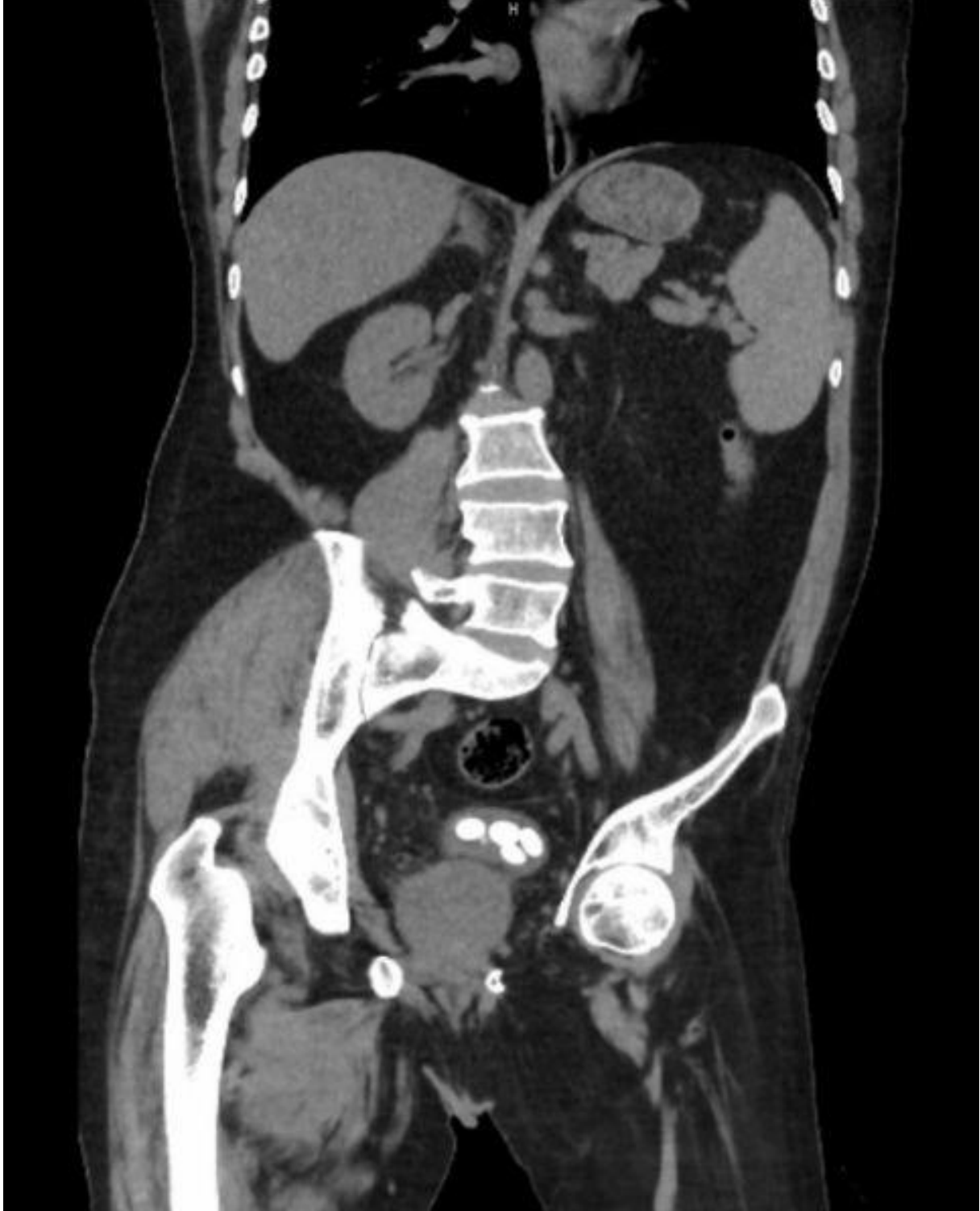


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



mesane taşları





[VS-014]

Sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi: video olgu sunumu

Cemil Aydın, Ahmet Taşcı, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Prostat kanseri (PKa), erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanser olup 2020 yılında dünya genelinde yaklaşık 1,4 milyon yeni olgu bildirilmiştir. Klinik şüphe genellikle serum prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği, Multiparametrik MR ve parmakla rektal muayene (PRM) bulgularıyla ortaya çıkar. Tüm radyolojik ilerlemelere rağmen, tanıda altın standart yöntem ultrasonografi eşliğinde yapılan transperineal/transrektal sistematik prostat biyopsisidir.

PKa heterojen bir hastalık olup genetik, çevresel ve etnik faktörlerden etkilenir. Hastalığın tedavisinde aktif izlem, radyoterapi, hormon tedavisi, kemoterapi ve cerrahi seçenekler bulunmaktadır. Radikal Prostatektomi (RP), lokalize prostat kanserinde küratif tedavinin en önemli yöntemlerinden biridir.

RP sonrası en önemli morbiditelerden biri kontinans kaybı ve erektil disfonksiyondur. Bu nedenle, "trifekta" (kansere kontrol, kontinans, potensin korunması) tedavinin temel hedefi haline gelmiştir. Sinir koruyucu radikal prostatektomi, postoperatif cinsel fonksiyonun sürdürülmesi için önemlidir. Nörovasküler demet ile tümör odakları arasındaki mesafe, cerrahın sinir koruma kararını belirlemede kritik parametrelerden biridir.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus (DM) ve koroner arter hastalığı (KAH) öyküsü olan 66 yaş erkek hasta alt üriner sistem semptomları nedeniyle başvurdu. PSA değeri 5,4 ng/mL idi. Rektal muayene'de bilateral +1 sertlik saptandı. TRUS eşliğinde yapılan biyopside 1., 2., 4., 5. ve 6. odaklarda Gleason 3+3 adenokarsinom raporlandı.

Evrelendirme amacıyla yapılan torakoabdominal BT ve kemik sintigrafisinde metastaz saptanmadı. Partin nomogramında lenf nodu tutulumu %0, D'Amico risk sınıflamasına göre düşük risk grubunda değerlendirildi. Preoperatif IIEF skoru 20 idi.

Hastaya sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi uygulandı. Operasyon süresi 118 dakika sürdü. Peroperatif olarak PDE-5 inhibitörü başlandı. Postoperatif 3. günde dren çekilerek hasta taburcu edildi. 7. günde sonda çekildi.

Patoloji sonucu Gleason 3+3 adenokarsinom, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı. Postoperatif 3. ay kontrolünde IIEF skoru 20 idi ve hasta kontinandı. Güncel PSA değeri 0,01 ng/mL olarak ölçüldü.

Sonuç: Laparoskopik RP, uzun öğrenme eğrisi olan ve teknik zorluklar içeren bir operasyondur. Ancak uygun olgularda sinir koruyucu tekniklerin uygulanması, erektil fonksiyonların korunmasına önemli katkı sağlar. Bu da yalnızca hasta açısından değil, çiftin cinsel yaşam kalitesi açısından da kritik öneme sahiptir.

Sunulan olguda olduğu gibi, düşük riskli prostat kanseri hastalarında sinir koruyucu RP, hem onkolojik hem de fonksiyonel sonuçlar açısından tatmin edici sonuçlar sağlayabilmektedir. Sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi, uygun seçilmiş olgularda hem kanser kontrolü hem de fonksiyonel sonuçlar açısından yüz güldürücü sonuçlar verebilir. Bu cerrahi yaklaşım, özellikle düşük riskli, genç ve yaşam beklentisi uzun hastalarda öncelikli olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: erektil disfonksiyon, prostat kanseri, inkontinans





[VS-015]

Laparoskopik Sağ Radikal Nefrektomi ve Lenf Nodu Diseksiyonu

Barış Doğan, Muhammed Selçuk Özer, Mehmed Emin Kayacan, Volkan Şen, Ozan Bozkurt
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Böbrek kanserinin tedavisinde bilinen en yüksek oranda kür şansı veren tedavi yöntemi radikal nefrektomidir. Lenf nod diseksiyonunun (LND) evreleme açısından klinik yararı genel kabul gören bir konu olsa da terapötik açıdan sonuçları tartışma konusudur. Kitle küçültücü cerrahinin veya soliter uzak metastazektomi gibi cerrahi yöntemlerin seçilmiş böbrek kanserli olgularda klinik yararının gösterilmesi ve adjuvan hedefe yönelik tedaviler ile alınan olumlu terapötik sonuçlar böbrek tümörlerinde ileri evrelerde bile LND rolünün artan bir şekilde sorgulanmasına neden olmaktadır. Metastatik böbrek kanserli olgular haricinde yapılan radikal nefrektomi olgularında lenf nod metastaz sıklığı %4-10 arasında değişmektedir. Lenf nod tutulumu böbrek kanserinde sağkalım ve metastatik hastalık bulunma olasılığı ile yakından ilgilidir ve prognostik öneme sahiptir. Bu bildiride görüntülemeler sonrası renal hücreli karsinom(RCC) ön tanısı alan ve laparoskopik yöntem ile aynı seansta radikal nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış iki yaşında, bilinen diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı bulunan hastanın kontrol amaçlı yapılan abdominoplevik bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek alt polde 88x90x89 mm boyutlarında santralinde kistik - nekrotik komponenti bulunan periferik alanlarda düzensiz septal - polipoid tarzda kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon (RCC?), en büyüğü sağ paraaortik alanda aortikokaval lokalizasyonunda 10x10 mm ve sol paraaortik alanda aortikokaval lokalizasyonda 12x10mm boyutunda bir kaç adet lenf adenopati izlendi(Resim-1). Hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi ve sağ paraaortik lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyonsuz takip edilen hastanın drenaj katateri postoperatif 3. gününde çekildi ve postoperatif 4. gününde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede 'Evre T3N0 Sarkomatoid Renal Hücreli Karsinom' saptandı. Dokuz Eylül Üniversitesi Multidisipliner Üroonkoloji Konseyi'nde tartışıldı ve takip kararı verildi.

Sonuç: Erken evre de saptanan renal kitlelerde nefrektomi kür sağlayabilen bir yöntemdir. Tetkikler sırasında lenf nodu saptanan hastalarda lenf nodu diseksiyonu teröpatik açıdan tartışmalı olsa da doğru evreleme ve klinik yarar açısından faydalıdır. Lenf nodu saptanan hastalarda sıklıkla açık cerrahi yöntem tercih ediliyor olsa da hastane yatış süresinin düşürülmesi ve postoperatif dönemde ağrının az olmasından dolayı laparoskopik yöntemler de düşünülmelidir. Lenf nodu diseksiyonunun yapılması gereken durumlarda da laparoskopik yöntemin tecrübeli ellerde tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu, Renal Hücreli Karsinom



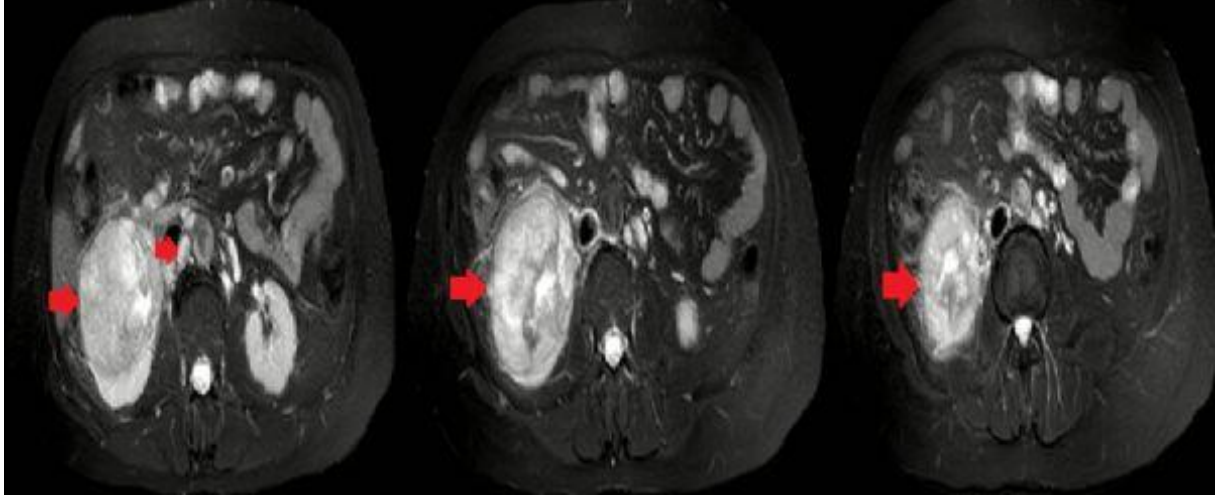


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim-1 Olgunun Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleri





[VS-016]

Oligometastatik Prostat Kanseri Tanılı Hastaya Neoadjuvan Enzalutamid Tedavisi Sonrası Uygulanan Aksesuar Pudendal Arter Koruyucu Robot Yardımlı Prostatektomi: Video Olgu Sunumu

Sinan Sözen, Serhat Çetin, Nihat Karabacak
Gazi Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Prostat kanseri görülme sıklığı son on yılda sürekli olarak artmıştır(1). Organa sınırlı prostat kanserinde altın standart tedavi yöntemi olan ve seçilmiş oligometastatik hastalarda uygulanabilen radikal prostatektomide (RP) erektil disfonksiyon sıkça karşılaşılan bir komplikasyondur. Kavernöz sinirin durumu ameliyat sonrası erektil fonksiyon iyileşmesinin kritik bir belirleyicisi olsa da, bazı araştırmacılar arteriyojenik erektil disfonksiyonun nedeni olarak aksesuar pudendal arterlere (APA) odaklanmıştır. APA erkeklerde %4-30 oranında saptanabilen bir arteriyel yapıdır(2). Son dönemde yapılan anatomik ve klinik çalışmalar APA korunmasının RP sonrası erektil fonksiyon ve kontinansın sürdürülmesinde önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir, ancak APA korunması ile ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır(3). APA koruduğumuz robot yardımcı prostatektomi olgularından birini takdim ederek literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu:

Oligometastatik prostat kanseri tanılı hastaya neoadjuvan Enzalutamid tedavisi sonrası Robot yardımcı prostatektomi uygulandı. İntraoperatif solda APA vizüelize edildi. APA çevre vasküler yapılardan ayrılarak korundu. Ardından radikal prostatektomi ve bilateral lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

Sonuç:

Literatürde fonksiyonel faydası belirsizliğini korusa da prostatektomi esnasında APA korunmasının erektil fonksiyona katkısı olabileceğini düşünmekteyiz. APA yerleşim itibari ile korunabiliyorsa cerrahi deneyimi yüksek tecrübeli ellerde APA koruyucu radikal prostatektomi postoperatif erektil fonksiyon açısından yüz güldürücü olabilmektedir.

Kaynakça

1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Madrid 2025. ISBN 978-94-92671-29-5.
2. Secin, F. P., Touijer, K., Mulhall, J., & Guillonnet, B. (2007). Anatomy and preservation of accessory pudendal arteries in laparoscopic radical prostatectomy. European urology, 51(5), 1229-1235.
3. A Al-Mitwalli et al., The Journal of Sexual Medicine, 2025

Anahtar Kelimeler: aksesuar pudendal arter, erektil disfonksiyon, enzalutamid, neoadjuvan tedavi, oligometastatik prostat kanseri



[VS-017]

Robot Yardımlı Laparoskopik Sürrenalektomi ile Tedavi Edilen Dev Adrenal Myelolipom Olgu Sunumu

Feyyaz Irmak, Ahmet Vural, Mehmet Hamza Gültekin, Bülent Önal
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Amacımız dev adrenal kitle nedeniyle robotik sürrenalektomi uygulanan bir olgunun cerrahi ayrıntılarını ve perioperatif sonuçlarını bir video ile sunmaktır.

Olgu:

Hepatosteatoz nedeniyle yapılan abdominal görüntülemelerde insidental dev sol sürrenal kitle (9.5 cm) saptanan 54 yaşında kadın hasta değerlendirildi. Preoperatif incelemelerde kontrastlı batin MR'da heterojen yapıda, yağ dansitesi içeren kitlesel lezyon izlendi. Hormonal aktivitesini değerlendirmek amacıyla plazma ve idrar metanefrin/normetanefrin düzeyleri, kortizol, ACTH, aldosteron, renin ve DHEAS düzeyleri ölçüldü; sonuçlar fonksiyonel tümör lehine bulunmadı. Klinik olarak hastanın hipertansiyon veya endokrinolojik semptomu yoktu. Metastaza yönelik ileri görüntülemelerde ek patoloji saptanmadı. Bu bulgular eşliğinde hastaya robot yardımlı laparoskopik sol sürrenalektomi uygulandı (Video).

Bulgular:

Toplam operasyon süresi 120 dakika, cerrahın konsol süresi 80 dakika olup, tahmini kan kaybı 50 mL'den azdı. Postoperatif erken dönemde komplikasyon izlenmedi. Oral beslenme postoperatif 6. saatte başladı, hasta 3. gün taburcu edildi. Patoloji, benign adrenal myelolipom ile uyumlu raporlandı. Ameliyat sonrası 1.5 yıllık takiplerinde nüks veya rezidü kitle izlenmedi, hasta asemptomatik olarak izlenmektedir.

Sonuç:

Robotik sürrenalektomi, dev adrenal kitlelerde güvenli ve etkili bir cerrahi seçenek olup, minimal invaziv yaklaşımın avantajları sayesinde düşük morbidite ile uygulanabilmektedir. Fonksiyonel olmayan büyük adrenal kitlelerde robotik yaklaşım, uygun cerrahi deneyimle açık cerrahiye güvenli ve minimal invaziv bir alternatif olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Robotik, sürrenalektomi, myelolipom





[VS-018]

Hatalardan Öğrendiklerimiz: Aynı Seans, Tek Trokar Konfigürasyonu ile Bilateral RAPN Tekniğini Göstermek

İhsan Batuhan Demir, Hakan Keskin, Ahmet Güdeloğlu, Mustafa Sertaç Yazıcı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Robotik parsiyel nefrektomide (RAPN) trokar yerleşimi ergonomi ve güvenliğin belirleyicisidir. Ekibimiz, daha önce sağ RPN planlanan bir olguda trokaların yanlışlıkla sola yerleştirilmesiyle yaşanan hatadan edindiği dersleri "kamera orta hat + simetrik kol dizilimi + masa manevrası" yaklaşımına dönüştürdü. Bu çalışmanın amacı, taraf-bağımsız bu kurulumla aynı cilt girişleri korunarak tek seansta bilateral RAPN'nin teknik fizibilitesi ve erken dönem onkolojik/klinik sonuçlarını göstermektir.

Gereç-Yöntem

Olgu: 60 yaş, kadın; ek şikayet/önemli komorbidite yok.

Görüntüleme Bilgisayarlı Tomografi:

- Sol üst pol lateral: 25 mm bilobüle kortikal kist; süperior duvarda irregüler kalınlaşma → Bosniak III.
- Sağ alt pol medial: 10 mm ekzofitik kortikal kist; koronal reformatta lateral duvarda irregüler kalınlaşma → Bosniak III.

Cerrahi teknik: Transperitoneal yaklaşım. Kamera orta hatta konumlandırıldı; robot kolları simetrik-paralel dizildi. Önce sol tarafta lezyon eksizyonu ve renorafi gerçekleştirildi, ardından yeni port açmadan kısa redock ile masa tilt/rotasyon manevraları kullanılarak karşı tarafa geçildi. Çakışmayı önlemek için kol-port eksenleri paralel tutuldu; hilus erken ortaya konarak sıcak iskemiye hazırlık yapıldı ve gerekli noktada klempaj uygulandı. Yardımcı port, aspirasyon ve sütür yönetimini aynı girişten sağlayacak şekilde kullanıldı.

Perioperatif Sonuçlar:

- Sıcak iskemi: Sol 20 dk, Sağ 18 dk.
- Dren: Postop 1. gün çekildi.
- Taburculuk: Postop 3. gün.

Patoloji:

- Sol böbrek: Şeffaf hücreli RCC, ISUP 2/4, invazyon yok, cerrahi sınırlar negatif (R0).
- Sağ böbrek: Şeffaf hücreli RCC, ISUP 2/4, invazyon yok, cerrahi sınırlar negatif (R0).

İzlem: Postop 6. ay görüntülemelerinde nüks/metastaz saptanmadı.

Sonuç

Yanlış-taraf port yerleşimi deneyiminden türetilen taraf-bağımsız kurulumla, aynı trokar girişleri korunarak tek seansta bilateral RAPN güvenle ve ergonomik biçimde tamamlanmıştır. Sıcak iskemi süreleri kabul edilebilir aralıktadır; her iki tarafta ISUP 2, R0 patoloji elde edilmiş ve erken dönemde nüksüz seyir gözlenmiştir. Kamera orta hat, simetrik kol dizilimi ve masa manevralarını temel alan bu strateji; seçilmiş bilateral böbrek lezyonlarında yeniden pozisyonlama/ek port gereksinimini azaltabilir, operasyon verimini artırabilir ve ekipler için standardize edilebilir bir taraf-bağımsız port haritası yaklaşımı sunar.

Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi, bilateral renal kitle





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-019]

Robot yardımlı parsiyel nefrektomide intraoperatif ultrason: Olgu sunumu

Bülent Önal, Mehmet Hamza Gültekin, Mustafa Macit, Ahmet Vural, Feyyaz Irmak
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Renal hücreli karsinom (RCC), erişkin böbrek tümörlerinin yaklaşık %90'ını oluşturan en sık görülen malign neoplazmdır. Görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ile birlikte olguların önemli bir kısmı rastlantısal olarak saptanmaktadır. Güncel kılavuzlarda ≤ 4 cm boyutundaki T1a tümörlerde ve seçilmiş T1b olgularda parsiyel nefrektomi, onkolojik kontrol ile birlikte böbrek fonksiyonlarının korunmasını sağladığı için altın standart tedavi olarak önerilmektedir. İntraoperatif ultrason ise özellikle parankim içi ya da renal hilusa yakın tümörlerde sınırların güvenle belirlenmesine ve cerrahi sınırların negatif sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda, robot yardımlı parsiyel nefrektomi sırasında intraoperatif ultrason kullanımının cerrahiye katkısı tartışılmaktadır. **Gereç-Yöntem:** 62 yaşında kadın hasta, bel ağrısı nedeniyle başvurduğu dış merkezde yapılan lomber MR'da böbrekte şüpheli lezyon saptanması üzerine ileri tetkike yönlendirildi. 11.07.2025 – BT: Sağ böbrek alt polde yaklaşık 33 mm çapa ulaşan, içerisinde milimetrik kalsifik odaklar barındıran, kontrast tutan düzgün sınırlı nodüler kitle izlendi. Malignite ön tanısı ile 06.08.2025 tarihinde robot yardımlı sağ parsiyel nefrektomi planlandı. Hasta genel anestezi altında sağ lateral dekübit pozisyonunda yatırıldı. Pnömoperitoneum sağlandıktan sonra kamera ve robotik kollar için uygun portlar yerleştirildi. Cerrahi, da Vinci Xi robotik cerrahi sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Sağ kolon Toldt hattından mediale mobilize edilerek retroperitoneal alana ulaşıldı, böbrek alt pol kısmı çevre dokulardan disseke edildi ve ardından renal pedikül disseke edilerek birer adet arter ve ven ortaya konuldu. Asistan portundan gönderilen ultrason probu robotik bipolar grasper yardımıyla hedef bölgeye yönlendirildi ve intraoperatif ultrason eşliğinde tümör sınırları işaretlenerek rezeksiyon hattı belirlendi. Renal arterler geçici olarak bulldog klemp ile klemlendi. Sıcak iskemi altında tümör parankim sınırından ayrıldı. Rezeksiyon sonrası gelişen defekt 3/0 V-Loc sütürler ve hem-o-lok klipler yardımıyla onarıldı. Kanama kontrolünün ardından klemp çıkarıldı ve hemostaz sağlandı. Rezeksiyon materyali organ torbası içerisinde batin dışına alındı. Nefrektomi lojuna hemostatik ajan (Surgicel) uygulandı ve bir adet silikon dren yerleştirildi. Port girişleri anatomik planda kapatıldı. **Bulgular:** Operasyon süresi 150 dakika, sıcak iskemi süresi 18 dakika olarak kaydedildi. Postoperatif takiplerinde 1. günde üriner kateter, 2. günde dren çıkarılarak hasta sorunsuz taburcu edildi. Majör komplikasyon izlenmedi. **Sonuç:** İntraoperatif ultrason, robot yardımlı parsiyel nefrektomi sırasında tümör sınırlarının güvenle belirlenmesine, cerrahi sınırların negatif sağlanmasına, rezeksiyon hattının doğru planlanmasına ve fonksiyonel böbrek dokusunun korunmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Robotik cerrahi, parsiyel nefrektomi, böbrek tümörü



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-020]

Metastatik testis kanseri tanılı bir hastada robot yardımcı retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu: bir olgu sunumu

Çetin Demirdağ, Ahmet Vural, Alper Okur, Furkan Kuzucu, Muhammed Fatih Şimşekoğlu
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Testis kanseri yönetiminde retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND), erken evre non-seminomatöz germ hücreli tümörler ve kemoterapi sonrası rezidüel kitleler için önemli bir tedavi seçeneğidir. 2006'daki ilk Robotik RPLND ameliyatından beri teknoloji ve cerrahi teknikteki sürekli gelişim bu yöntemi daha tercih edilebilir hale getirdi. Açık RPLND, tarihsel olarak standart cerrahi yaklaşım olma özelliğini devam ettirmektedir. Fakat hastalar için önemli oranda morbidite ile ilişkilidir. Bu morbiditeyi azaltma amacıyla robot yardımcı cerrahiye ilgi artmaktadır. Bu videoda, Robot yardımcı RPLND yapılan hastada cerrahi öncesi, cerrahi sırası ve cerrahi sonrası klinik veriler ve cerrahi teknik sunulmaktadır.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta, skrotal şişlik ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ testis boyutları artmış ve diffüz sert saptanması üzerine çekilen skrotal doppler ultrasonografisinde, sağ testiste 5.5x4 cm boyutlarında kistik açıklıklar içeren izoekoik heterojen kistik lezyonlar saptandı. Preoperatif tümör belirteçleri β -hCG: 1.18 mIU/mL, LDH: 269 U/L, AFP: 505 IU/ml olarak bulundu. Hastaya sağ radikal inguinal orşiektomi ameliyatı uygulandı. Orşiektomi patolojisi mikst germ hücreli tümör (teratom (%85) + yolk sac tümör (%10) + embriyonel karsinom (%4) + seminom (%1'den az)) olarak saptandı. Orşiektomi sonrasında onkolojik takibinde hasta 4 kür BEP (Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin) protokolünde kemoterapi tedavisi aldı. Takip görüntülemelerinde, tüm abdomen bilgisayarlı tomografide interaortokaval alanda büyüğü 18 mm çaplı santrali nekrotik lenfadenopatiler (LAP) saptandı. Hastaya retroperitoneal LAP'larına yönelik olarak robot yardımcı RPLND uygulandı.

Toplam operasyon süresi 150 dk, konsol süresi 150 dk idi. Hasta supinde olacak şekilde 30°'lik trandelenburg pozisyonunda, retroperitoneal LAP'ların lokalizasyonuna göre (sağ) robot ameliyat masasının solunda konumlandırıldı. Port yerleşimi ise göbek altında hafif oblik lineer bir hatta yapılarak kamera dahil 8 mm'lik 4 tane robot kolu ve 1 tane 10 mm'lik asistan portu kullanıldı (Resim 1). Vaka boyunca 1. robotik kolda fenestre bipolar forseps, 3. robotik kolda monopolar makas ve 4. robotik kolda ise prograsp forseps kullanıldı. Bu yaklaşım, hastanın yeniden konumlandırılmasına veya ek port konfigürasyonuna gerek kalmadan full template bilateral lenfadenektominin gerçekleştirilmesine olanak sağladı. Postoperatif 1. günde üretral kateteri alındı. Cerrahi ile ilişkili herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın dreni postoperatif 2. günde alınarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası onkolojik takibine devam edildi. Patolojisi, teratom metastazı olarak sonuçlandı. Postoperatif 3. ay kontrolünde nüks saptanmadı.

Sonuç: Testis kanserlerinde retroperitoneal metastaz nedeniyle uygulanan RPLND cerrahisinde, robotik yöntem uygulanabilir, etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: ROBOTİK, RPLND, TESTİS TM

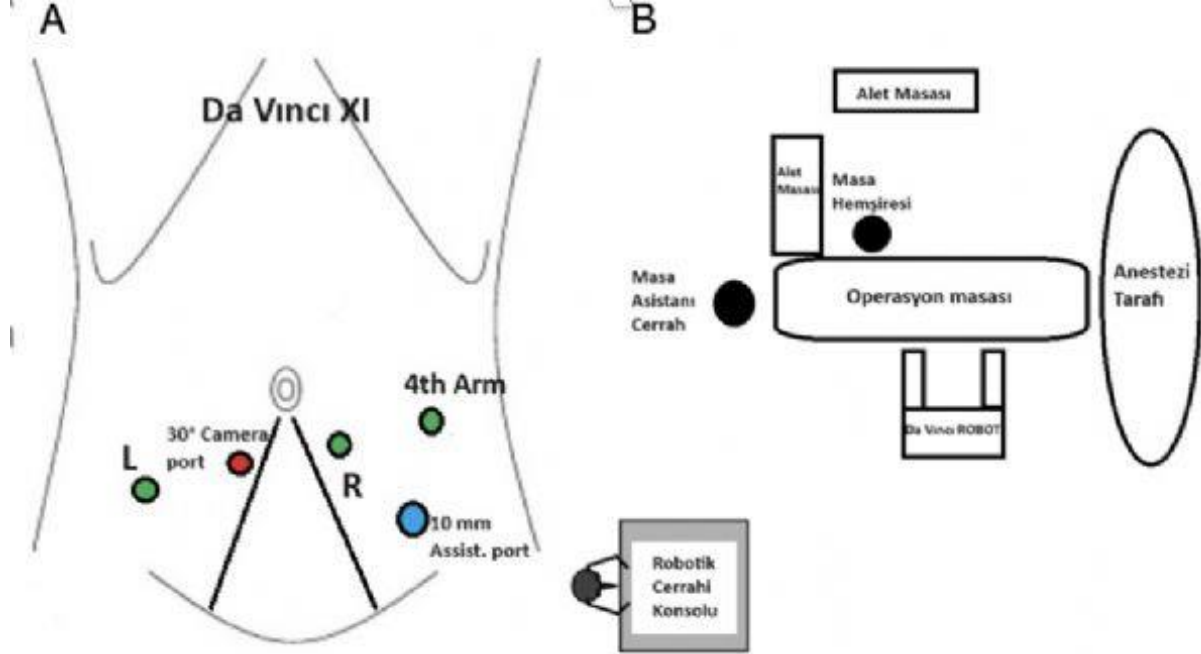


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-021]

Supin Pozisyonda Post-Kemoterapi Robotik RPLND: Video Olgu Sunumu

Serhat Çetin, Mahmut Uğurlu, Ahmet Eren Demirtola, Tevfik Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidü kitlelere uygulanan retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu(RPLND), ürolojik onkolojide cerrahi teknik olarak zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sıklıkla açık cerrahi yaklaşım tercih edilmekle birlikte günümüzde ileri robotik cerrahi deneyimi olan merkezlerde robot yardımlı RPLND de uygulanabilmektedir. Bu videoda mixed germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür BEP kemoterapisi alan ve sonrasında robot yardımlı sağ modifiye template RPLND yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur.

Olgu: 23 yaşındaki erkek hastaya sağ testiküler kitle nedeniyle yapılan skrotal dopplerde sağ testiste 5 cm kitle tespit edildi. Serum AFP değeri 465 ng/mL, B-hCG değeri 578 mIU/mL olarak saptanan hastaya sağ radikal orşiektomi uygulandı. Orşiektomi patolojisinde pT2 mikst germ hücreli tümör (%75 embriyonal karsinom, %15 koryokarsinom, %10 yolk sac tümör) saptandı. Evrelendirme amacıyla çekilen BT'de L2-L3 vertebra seviyesinde, interaortakaval alanda 27 mm ve paraaortik multiple milimetrik lenf nodları saptandı. 3 kür Bleomisin, Etoposid, Sisplatin tedavisi sonrası interaortakaval alanda büyüğü 16 mm multiple lenf nodları görüldü. AFP, B-hCG normal sınırlarda izlendi. Hastaya supin pozisyonda robotik sağ modifiye template RPLND uygulandı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 4. gününde taburcu edildi. RPLND materyalinde 2 adet metastatik lenf nodu (%1 koryokarsinom, %99 teratom) ve 17 adet reaktif lenf nodu olmak üzere toplam 19 adet lenf nodu görüldü.

Sonuç: Robotik RPLND deneyimli merkezlerde düşük hacimli rezidü kitlelerin eksizyonunda tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, Robotik cerrahi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-022]

Radyoterapi Sonrası Robotik Kurtarma Radikal Prostatektomi - Video Olgu Sunumu

Serhat Çetin, Savaş Şahin, Mahmut Uğurlu, Nihat Karabacak, Ender Cem Bulut, Tevfik Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Prostat kanserinde radyoterapi sonrası biyokimyasal rekürrens(BCR) gelişebilmektedir ve bu durumda küratif tedavi seçenekleri sınırlıdır. Kurtarma radikal prostatektomi(KRP), onkolojik kontrol sağlamasıyla ön plana çıkmakla birlikte yüksek komplikasyon riski nedeniyle zorlu bir cerrahi girişimdir. Robotik cerrahi tekniklerinin gelişmesiyle birlikte, bu hastalarda KRP giderek daha uygulanabilir hale gelmiştir. Bu olguda radyoterapi sonrası robotik KRP yapılan hastayı ele almayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta, 2015 yılında ISUP Grade Grup 2 lokalize prostat adenokarsinomu tanısı almıştır. Toplam 74 Gy radyoterapi ve 1 yıl androjen deprivasyon tedavisi (ADT) almıştır. Düzenli takibe gelmeyen hastada 2022 yılında PSA: 3,3 ng/mL olup, Ga-68 PSMA PET/BT'de prostat sağ periferik zonda tutulum saptanmıştır. Yapılan sistematik transrektal prostat biyopsisi sonrası ISUP Grade Grup 5 prostat adenokarsinomu raporlanmıştır. ADT sonrası PSA ölçülemeyecek düzeye gerilemiştir. 2024 yılında PSA'nın 0,5 ng/mL'ye yükselmesi üzerine yapılan Ga-68 PSMA PET/BT'de yine sağ periferik zonda tutulum izlenmiş, uzak metastaz saptanmamıştır (cT2N0M0). Bu bulgular sonrası hastaya robotik KRP ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Hasta postoperatif komplikasyonsuz seyrederak 4. günde taburcu edilmiştir. Patoloji incelemesinde pT2, cerrahi sınırlar negatif, ISUP Grade Grup 5 prostat adenokarsinomu görülmüş, iliak ve obturator lenf nodlarında metastaz izlenmemiştir. Postop 6. hafta PSA ölçülemez düzeye gerilemiştir. Takiplerinde 3 ped/gün stres inkontinans ve bilateral alt ekstremitelerde ödem mevcuttur. Hasta ADT kullanımına devam etmektedir.

Sonuç: Radyoterapi sonrası nüks eden prostat kanseri olgularında robotik KRP, deneyimli merkezlerde uygulanabilir ve onkolojik kontrol sağlayabilen bir seçenektir. Bununla birlikte fonksiyonel sonuçlar ve olası komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kurtarma, Prostat kanseri, Prostatektomi, Robotik





[VS-023]

Level 2 Tümör Trombüsünde Laparoskopik Radikal Nefrektomi ve El Yardımlı Tümör Trombektomi

Onur Kalaycı¹, İsmail Özer Öztemel², Murat Gülşen², Mehmet Necmettin Mercimek³, Ender Özden²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

³Samsun Atasam Hastanesi Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç:

Bu videoda sağ böbrekte kitlesi ve level 2 renal ven trombüsü bulunan bir hastada gerçekleştirdiğimiz laparoskopik radikal nefrektomi ve el yardımlı tümör trombektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

Yetmiş altı yaşında erkek hastaya yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ böbrek orta kesim-alt pol posteriora 57 mm boyutlarında kitle saptandı. Sağ renal ven lümeninde vena kava inferiora doğru uzanan trombüs izlendi. Karnofsky skoru 100, IMDC skoru 0 olan hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde serum kreatinin değeri 0,9 mg/dl olarak saptandı. Hasta ile açık cerrahi ihtimali de konuşularak laparoskopik sağ radikal nefrektomi ve tümör trombektomi planlandı.

60° sağ yan pozisyona umbilikusun lateralinden Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu ve aynı noktadan 12 mm optik port yerleştirildi. Görüntüleme eşliğinde bir adet 12 mm ve iki adet 5 mm port daha yerleştirildi. Çıkan Kolon ve doudenum mediale deviye edilerek ureter takip edildi ve bir adet renal arter ve bir adet renal ven izlendi. Renal arter renal venin kranialinde Hem-o-lok kliplerle kontrol edilerek kesildi, ureter metal kliplerle kontrol edilerek kesildi. Böbreğin sadece renal ven bağlantısı kalacak şekilde tümüyle serbestlendi. İntraoperatif ultrasonografi ile sağ renal venden vena kava inferiora uzanan trombüs doğrulandı ve trombüsün mobil olduğu ancak intrakorporeal renal vene retrakte edilemediği görülmesi üzerine el yardımı ile milking yapılmasına karar verildi. Kitlenin çıkarılacağı Gibson insizyonu yapılarak el yardımı ile vena kava proksimal ve distal sınırları ile sol renal ven ve lumbal ven diseke edildi. Öncelikle vena kavanın renal venin distalindeki kaudal kısmı, sol renal ven ve lumbal venler kapatılarak trombüsün renal vene mobilizasyonu kolaylaştırıldı. Trombüsün renal vende olduğu el yardımı ile doğrulandıktan sonra renal venin kranial yönü de Rummel's turnikesi ile kapatılarak renal ven endo-GIA ile kesildi ve klempler alınarak kanama kontrolü yapıldı. Böbrek modifiye Gibson insizyonundan endobag içinde tek parça halinde çıkarıldı. Fasya, cilt altı ve cilt uygun sütürlerle kapatılarak işlem sonlandırıldı. Cerrahi süresi 120 dakika idi. Tahmini kan kaybı 100 ml olup kan replasmanı gereksinimi olmadı. Postoperatif laboratuvar değerlendirmede kreatinin değeri 1,35 mg/dl olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif 2. gün dren çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu şeffaf hücreli renal hücreli karsinom, WHO/ISUP derece 3, pT3a, R0 olarak raporlandı. Takiplerinde 6.ayda nüks metastaz lehine bulgu saptanmadı.

Sonuç:

Level 2 tümör trombüslerinde, uygun hastalarda intraoperatif ultrason eşliğinde trombüsün mobilitesinin değerlendirilmesi ve milking tekniği ile renal vene çekilmesi, kavatomi gereksinimini ortadan kaldırarak operasyonun düşük morbidite ile minimal invaziv olarak güvenle tamamlanmasını mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Renal ven trombüsü, Laparoskopik radikal nefrektomi, Tümör trombektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-024]

Çift toplayıcı sistemli hastada kolona invaze papiller tip renal hücreli karsinom

Cemil Aydın, Ahmet Taşcı, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Renal hücreli karsinom (RCC), genellikle insidental olarak saptanmaktadır ve tüm kanserlerin yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır. Berrak hücreli, papiller ve kromofob olmak üzere 3 histolojik alt tipi vardır. Son yıllarda insidansında artış vardır. Bu video olgusunda, çıkan kolona invaze böbrek tümörüne uyguladığımız laparoskopik radikal nefrektomi ve kolon wedge rezeksiyon ameliyatını sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaş erkek hasta genel cerrahi kliniğinde insidental renal kitle saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Çekilen Dinamik kontrastlı MRI'da sağ böbrek orta kesim anteriorda 10 cm boyutlarında, heterojen hipo-hiperintens, kontrast sonrası hipointens RCC ile uyumlu lezyon saptandı. FDG-PET'de renal kitlenin anteriorunda FDG tutulumu izlenen barsak anslarında duvar kalınlık artışı saptandı, başka metastaz saptanmadı.

Genel cerrahi tarafından yapılan kolonoskopide şüpheli alanlardan biyopsi alındı malign bulgu saptanmadı.

Hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi planlandı. Uygun port yerleşimi sonrası vakaya başlandı. İntraoperatif incelemede kitlenin çıkan kolona ve sağ sürrenal beze invazyonu görüldü. Genel cerrahi doktoru intraoperatif vakaya dahil oldu ve çıkan kolona invaze barsak segmentine laparoskopik wedge rezeksiyonu uyguladı. Sonrasında laparoskopik sağ adrenalectomi+sağ radikal nefrektomi yapıldı. Loja dren konulup spesmen çıkartıldı.

Peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postop 3. günde dren çekilerek taburcu edildi.

Patoloji sonucu, Papiller tip RCC, gerota fasyasını aşmış, perinefritik yağ doku ve kolon serozasına invaze, cerrahi sınırlar tüm alanlarda negatif olarak raporlandı.

Sonuç: Renal kitleler çoğunlukla böbreğe sınırlı seyretmekle birlikte komşu organ invazyonu olasılığı göz ardı edilmemelidir. Bu tür vakalarda hem preoperatif değerlendirmede hem de intraoperatif süreçte multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kolon invazyonu, Radikal Nefrektomi, Renal Hücreli Karsinom



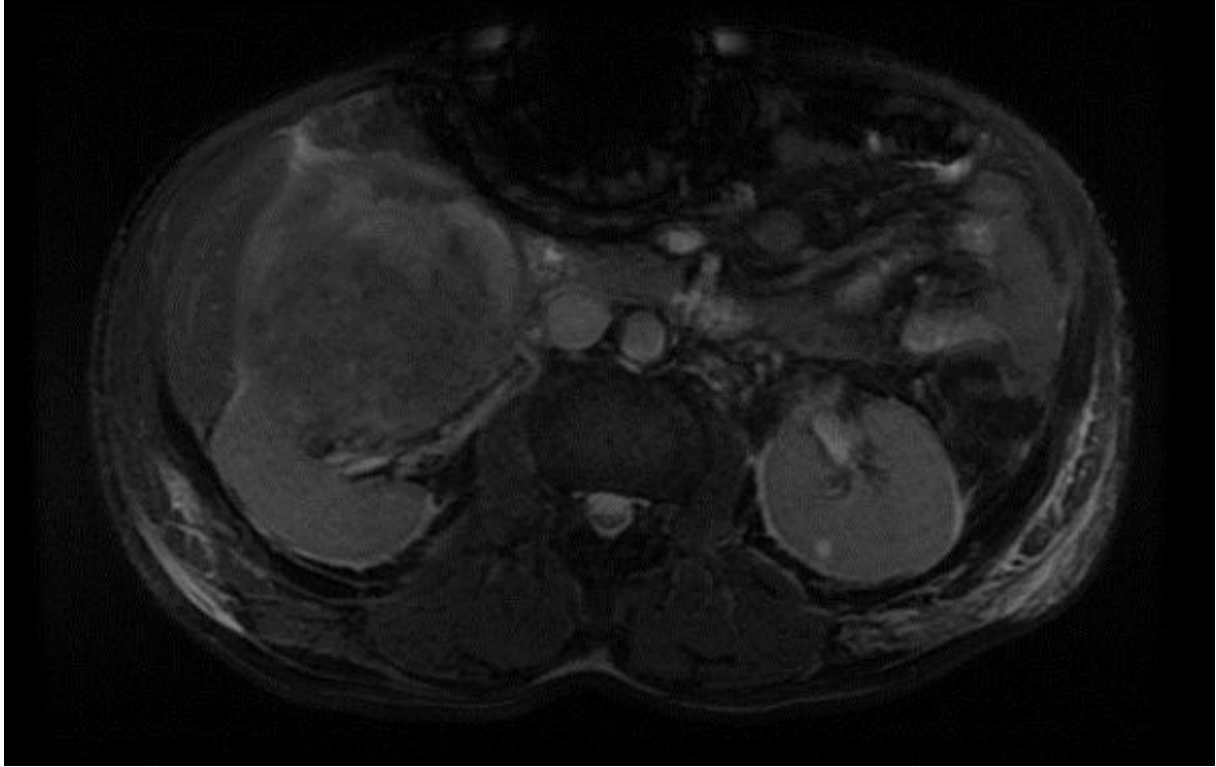


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 1



resim1



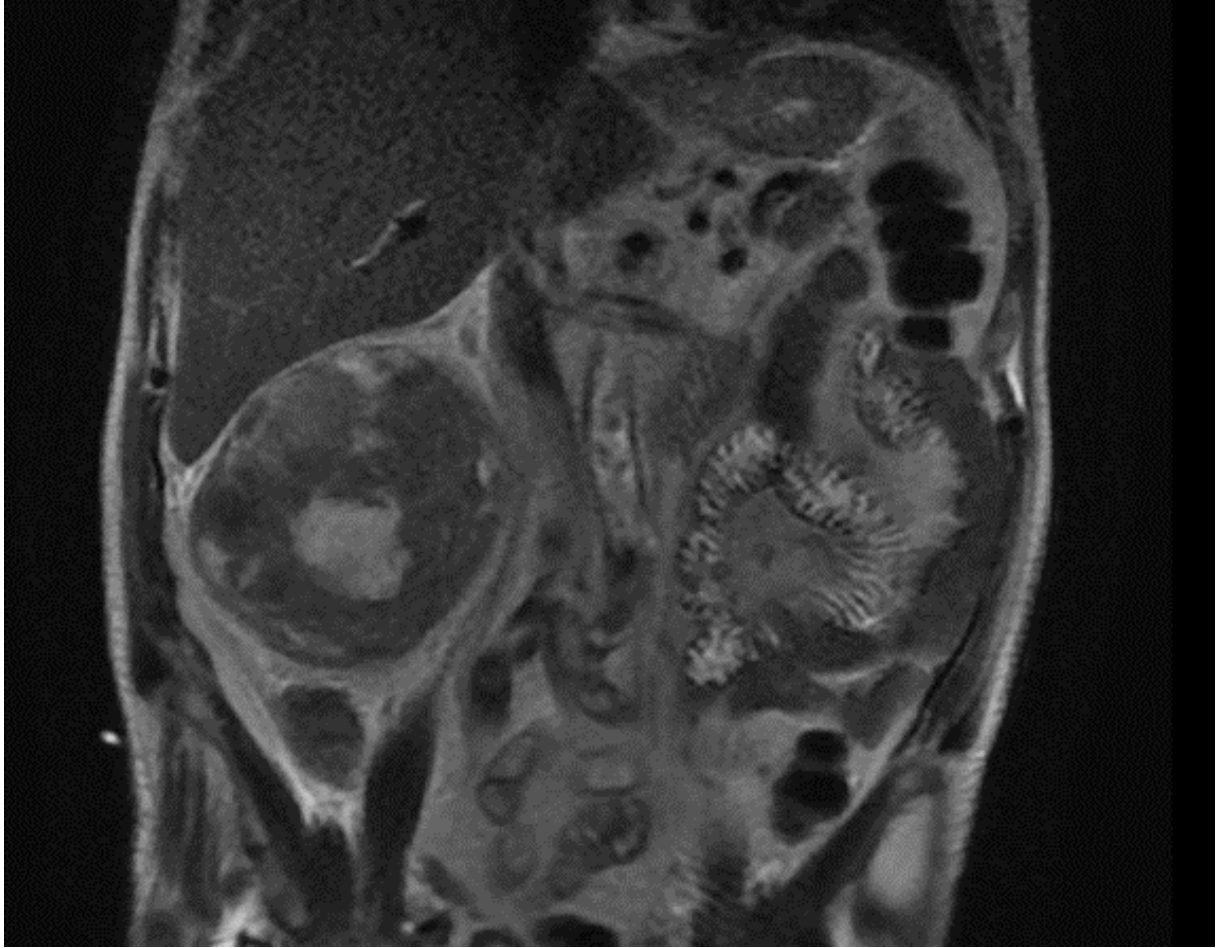


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 2





[VS-025]

Pan üretral darlığı olan komplike hastalarda perineal ürostomi ile mesane tümörü rezeksiyonu

Onur Akyıldız, Çağrı Doğan, Batuhan Furkan Tuncer, Mehmet Fatih Sahin, Cenk Murat Yazıcı
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Mesane tümörlerinde endoskopik girişimler tanı ve tedavi amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır. Bu girişimler sıklıkla üretral yoldan başarı ile gerçekleştirilebilir. Ancak kompleks üretra darlığının eşlik ettiği olgularda ise farklı girişim yolları gerekebilmektedir. Bu olguda liken skleroz ön tanısıyla 2 kez başarısız üretroplasti öyküsü olan hastanın sonrasında panüretral darlık gelişmesi nedeniyle mesaneye eksternal meatustan erişim sağlanamaması üzerine perineal ürostomi açılarak uygulanan TUR-M cerrahisinin sunumu amaçlanmıştır.

Olgu:

75 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan pediatrik 8f sistoüretroskopisinde panüretral darlık, mesane içerisinde karşı duvarda yaklaşık 1cm papiller oluşum izlenmesi üzerine hastaya TUR-M planlandı. Yapılan üretrografide üretrada komplet darlık ile uyumlu görünüm izlendi. TUR-M operasyonu planlanan hastanın üretral pasajından 26Fr rezektoskop ilerletilemeyeceğinin düşünülmesi üzerine perineal girişim planlandı. Litotomi pozisyonunda 8fr pediatrik sistoskopi yardımıyla meadan başlayıp 10 cm proksimale uzanan darlık bölgesi görüldü. Ardından darlık bölgesinden sensör guidewire ilerletildi. Ters y şeklinde yapılan perineal insizyon sonrasında cilt ve cilt altı geçildi. Katlar anatomiye uygun açıldı. Sonrasında bulbospongioz kas orta hattan açıldı ve bulbar üretraya ulaşıldı. Bulbar üretra bistüri yardımıyla insize edildi. Bulbar üretradan mesaneye doğru ilerletilen 26f bujinin rahatlıkla ilerletildiği görüldü. Tümör ekimini engellemek amacıyla steril drape'ler üretra etrafına sütüre edildi. 26Fr rezektoskop bu pasajdan mesaneye angaje edildi. Mesane karşı duvar kitlesine komplet rezeksiyon yapıldı. Ardından usulüne uygun olarak perineal ürostomi açıldı. Cerrahi sonrası olası re-TUR veya BCG uygulamasını kolaylaştırmak için üretra perineal ürostomi tekniğine uygun olarak gerçekleştirildi. edilerek 16FR silikon sonda takıldı. Vaka cilt ciltaltı dokular kapatılarak sonlandırıldı. Vaka süresi 90 dakika olarak ölçüldü. Peroperatif komplikasyon olmadı. İlk tümör patolojisi Ta HG ürotelyal karsinom olarak raporlanması üzerine 4. Haftada re-TUR planlandı. Postoperatif 4. haftada yine perineal yoldan mesaneye girişim yapılarak eski rezeksiyon alanından örneklemeye yapıldı. re-TUR patolojisi ise Ta LG ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hastaya intrakaviter BCG indüksiyonu planlandı. Hasta perineal açıklıktan 6 kür BCG indüksiyon tedavisi aldı. Kontrol sistoskopilerinde patoloji saptanmaması halinde hastanın şikayetleri göz önüne alınarak gereklilik halinde üretroplasti planlanacaktır.

Sonuç:

Üretral erişimin mümkün olmadığı ya da üretral rekonstrüksiyon başarısının düşük olacağı düşünülen vakalarda, perineal ürostomi ile TUR-M yapılması ve mesane tümörü takibi, hayat kalitesi açısından seçilmiş vakalarda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: PERİNEAL ÜROSTOMİ, MESANE TÜMÖRÜ, PANÜRETRAL DARLIK



[VS-026]

Düşük Kompleksiteli Renal Kitlede Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Sırasında Renal Ven Onarımı

Murat Gülşen¹, İsmail Özer Öztemel¹, Murat Işıtan¹, Nihat Can Kurt¹, Mehmet Necmettin Mercimek², Ender Özden¹

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

²Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç:

Bu videoda RENAL skoru 4 olan hastadaki laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) sırasında gerçekleşen renal ven yaralanmasının kontrolü ile ilgili deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu:

40 yaşında yakınmasıız, 2 yıl önce hodgkin lenfoma için kemoterapi almış erkek hastanın yapılan görüntülemelerinde sağ böbrek üst pol posteriorda ekzofitik yerleşimli 28 mm'lik RENAL nefrometri skoru 4 olan kitle tespit edilmiş. Preopreatif kreatinini 0,9 mg/dl, vücut kitle indeksi (VKİ) 17 olan ve ek hastalığı bulunmayan hastaya sağ LPN planlandı.

Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra, umblikustan 12 mm optik port ile girildi ve direkt görüş altında 12 mm ve 5 mm'lik çalışma portları ve 5 mm'lik asistan portu girildi. Çıkan kolon ve duodenum mediale deviye edildi. Üreter takip edilerek hilusa ulaşıldı. Bu esnada ultrasonik enerji yardımı ile gerota fasyası açılırken renal ven yaralandı. Kanama 4/0 prolen yardımı ile kontrol altına alındı ve vasküler diseksiyona devam edildi. Diseksiyon ile 1 renal arter ve ven izlendi. Ven diseksiyonu tamamlandıktan sonra kanama kontrolü için yerleştirilen sütürün lümeni daralttığı görüldü. Üst poldeki kitleye ulaşmak için adrenal korunarak böbrek tümüyle serbestlendi. Böbrek inferiora devrilerek kitle etrafındaki perirenal yağ dokusu diseke edildi. Kitle sınırları monopolar hook koter yardımı ve ultrason kılavuzluğunda işaretlendi. Sonra vasküler yapılar endo bulldog klempler yardımı ile vasküler yapılar kapatıldı. Kapatılırken endo-bulldog klempler yaralanmanın daraltarak onarıldığı alanın proksimal ve distaline kitle eksizyonu sonrasında bu bölgenin daraltılmadan sütürize edilebilmesi için yerleştirildi. Kitle soğuk makas yardımı ile eksize edilmeye başlandı. Eksizyon sırasında kitleye giren vasküler yapılar pnömotik metal klipler ile kontrol edildi. Soğuk makas yardımı ile enükleorezeksiyon gerçekleştirildi. Sonrasında medüller renorafi 3/0 monofilaman emilebilir sütür ile kortikal renorafi ise 2/0 poliglaktin sütür yardımıyla kayan klip tekniği ile gerçekleştirildi. Parsiyel nefrektomi 13 dakika içerisinde gerçekleştirildi. Daha sonra kanama kontrolü için renal vene yerleştirilen prolen sütürler alındı ve defekt yine 4/0 prolen ile kontrollü olarak onarıldı. Toplam sıcak iskemi süresi 27 dakika olup bulldog klempler çıkarıldı. Toplam cerrahi süre 120 dakika olarak ölçüldü.

Postoperatif dönemde komplikasyon olmayan hasta 2. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu şeffaf hücreli renal hücreli karsinom, WHO/ISUP grade 3, pT1a, R0 olarak raporlandı.

Postoperatif 6.ayda kreatinin değeri 1,1 mg/dl olan hastanın kontrol görüntülemesinde nüks veya metastaz saptanmadı.

Sonuç:

Bu olgu, düşük kompleksiteli renal kitlelerde dahi laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında vasküler komplikasyon gelişebileceğini; özellikle düşük VKİ'ye sahip hastalarda ince diseksiyonun önemiyle birlikte, doğru teknik ile renal ven onarımının güvenle gerçekleştirilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskop, böbrek tümörü, parsiyel nefrektomi, renal ven yaralanması



[VS-027]

Endofitik Hiler Kitlede Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi

Murat Isıtan¹, Murat Gülşen¹, Mehmet Necmettin Mercimek², Ertuğrul Köse³, Ender Özden¹

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

²Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

³Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Bu videoda kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz endofitik hiler kitlede laparoskopik sol parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında erkek hastanın sol yan ağrısı ile başvurusunda sol renal kitle saptanmış ve tarafımıza refere edilmiş. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme sol böbrek orta zonda renal pelvisi yaylandıran yaklaşık 30x28 mm boyutlarında RENAL nefrometri skoru 10 olan kitle tespit edilen hastanın iğne biyopsi sonucu papiller renal hücreli karsinom (RHK) olarak raporlandı. Hasta ile radikal nefrektomi olasılığı paylaşılarak laparoskopik sol parsiyel nefrektomi planlandı. Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra, 12 mm optik port sol rektus kası lateralinden girildi ve direkt görüş altında 12 mm ve 5 mm lik çalışma portları ve 5 mm lik asistans portu girildi. İnen kolon mediale devrildi. Gonadal ven bulundu. Üreter takip edilerek hilusa ulaşıldı. 1 renal arter ve 2 renal ven olduğu gözlemlendi. Vasküler yapılar ayrı ayrı disseke edildi ve silikon teyp ile askıya alındı. Kitleyi ortaya koymak için segmental vasküler yapılar parankime girdiği yere kadar takip edilerek serbestlendi. Kitlenin hemen anteorunda komşu olduğu kaliks boynu diseke edilerek kesildi. Kitle sınırları öncelikle iskemi oluşturmadan segmental vasküler yapılardan klip ve bipolar enerji yardımı ile belirlendikten sonra endo bulldog klempler yardımı ile vasküler yapılar kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımı ile eksize edilmeye başlandı. Eksizyon sırasında kitleye giren vasküler yapılar pnömotik metal klipler ile kontrol edildi. Kitle renal pelvisten künt ve keskin diseksiyonlar ile eksize edildi. Kitle eksize edildikten sonra defekt tabanı 2 adet 3-0 emilebilir monofilaman suture ile onarıldı. Defekt tabanına trombin matriks hemostatik ajan uygulandı. Korteks rezeke edilmediği için kortikal renorafi yapılmadı. Bulldog klempler alındı ve kanama kontrolü yapıldı. Parankimal defekt, üzerine perirenal yağ dokusu gelecek şekilde kapatıldı. Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına çıkarılana kadar geçen süre 190 dakika, ortalama kan kaybı 150 mL, sıcak iskemi süresi 28 dakika idi. Postoperatif 1. gün foley sonda çekildi ve rejimi başlandı. Takiplerinde dren kreatinin değeri yüksek gelen hastaya yapılan retrograd pyelografide (RGP) üriner ekstrevasasyon saptanması üzerine DJ stent takılan hastanın dreni postoperatif 10. gün çekildikten sonra taburcu edildi. Patoloji sonucu papiller RHK (WHO/ISUP Grade 3), cerrahi sınırlar negatif, patolojik evre pT1a olarak rapor edildi. 3 ay sonra yapılan RGP'de kontrast ekstrevasasyonu saptanmadı ve DJ stent çekildi. Hastanın postoperatif 6.ay incelemesinde lokal nüks bulgusuna rastlanmadı ve böbrek fonksiyonlarının normal olduğu tespit edildi. Sonuç: Endofitik ve hiler yerleşimli kompleks renal kitleler, teknik güçlükleri nedeniyle sıklıkla radikal nefrektomi ile tedavi edilmektedir. Ancak deneyimli merkezlerde minimal invaziv nefron koruyucu yaklaşımlar uygulanabilmektedir

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, Parsiyel, Endofitik





[VS-028]

Oktojenyan Hastada Yüksek Kompleksiteli Renal Kitle İçin Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi

Murat Gülşen¹, Ertuğrul Köse², Onur Kalaycı³, Murat Işıtan¹, Mehmet Necmettin Mercimek⁴, Ender Özden¹

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

²Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

⁴Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Bu videoda kompleksite skoru yüksek olan ileri yaşlı hastadaki laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 80 yaşındaki kadın hastanın başka nedenler ile yapılan görüntülemelerinde sol böbrek üst pol posteriorda mezofitik yerleşimli 47 mm'lik RENAL nefrometri skoru 10 olan kitle tespit edilmiş. Hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan hastaya radikal nefrektomi olasılığı paylaşılarak laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı.

Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra, 12 mm optik port sol rektus kasi lateralinden girildi ve direkt görüş altında 12 mm ve 5 mm'lik çalışma portları ve 5 mm lik asistan portu girildi. İnen kolon mediale devrildi. Gonadal ven bulundu. Üreter takip edilerek hilusa ulaşıldı. 1 renal arter ve ven izlendi. Vasküler diseksiyon sonrasında kitleye ulaşabilmek için adrenal korunarak böbrek tümüyle serbestlendi. Böbrek inferiora devrilerek kitle etrafındaki perirenal yağ dokusu intraoperatif laparoskopik ultrason probu ile belirlenerek diseke edildi. Yapışık yağ izlenmeyen hastada böbrek parankimine ulaşıldıktan sonra kitle sınırları monopolar hook koter yardımı ve ultrason kılavuzluğunda işaretlendi. Sonra vasküler yapılar endo bulldog klempler yardımı ile vasküler yapılar kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımı ile eksize edilmeye başlandı. Eksizyon sırasında kitleye giren vasküler yapılar pnömotik metal klipler ile kontrol edildi. "soğuk makas yardımı ile enükleorezeksiyon gerçekleştirildikten sonra kitle endobag içerisine yerleştirildi. Sonrasında medüller renorafi 3/0 monofilaman emilebilir sütür ile kortikal renorafi ise 2/0 poliglaktin sütür yardımıyla kayan klip tekniği ile gerçekleştirildi. Bulldog klempler alındıktan sonra hilus düzeyinde bir segmental arterin kanadığı görüldü ve Hem-o-Lok klip ile kontrol edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon olmayan hasta 2. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu şeffaf hücreli renal hücreli karsinom, WHO/ISUP grade 3, pT1b, R0 olarak raporlandı. Postoperatif 1.yılda kreatinin değeri 0,74 mg/dl olan hastanın kontrol görüntülemesinde nüks veya metastaz saptanmadı.

Sonuç: Kompleksite skoru yüksek renal kitlelerde ileri yaş hastalarda dahi laparoskopik parsiyel nefrektomi, onkolojik prensiplerden ödün verilmeden ve komplikasyonsuz olarak güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, parsiyel nefrektomi, laparoskopi



[VS-029]

Soliter Böbrekli Daha Önce Parsiyel Nefrektomi Öyküsü Olan Hastada Sekonder Endofitik Kitleye Yaklaşım: İntraoperatif Ultrason Eşliğinde Robotik Parsiyel Nefrektomi

Çağrı Akpınar, Ahmet Furkan Özsoy, Evren Süer
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Geçirilmiş sağ basit nefrektomi nedeniyle soliter böbrekli ve sol parsiyel nefrektomi öyküsü olan ve takiplerinde sol böbrekte yeni gelişimli endofitik solid lezyonu olan hastada ultrason (US) yardımcı robotik parsiyel nefrektomi ile böbrek koruyucu cerrahi tedaviyi sunmak

Olgu:

74 yaşında, kolon ca öyküsü olan erkek hasta, sağ basit nefrektomi ve açık kolektomi öyküsü mevcut idi. Kolon ca nedeniyle yapılan takiplerinde 2017 de sol soliter böbrek alt polde insidental olarak 4 cm kitle tespit edilen hastada sol açık parsiyel nefrektomi öyküsü mevcut. Patoloji sonucu şeffaf hücreli renal hücreli karsinom, WHO/ISUP nükleer grade 2, evre pT1a, tümör taban örneklemesi negatif ve cerrahi sınır negatif olarak raporlanmıştır. Postoperatif takiplerde ultrasonografide sol böbrek orta polde endofitik yerleşimli 30x31 mm yeni gelişimli solid lezyon izlenmesi üzerine, Şubat 2024'de yapılan magnetik rezonans görüntüleme de; sol böbrek orta kesimde renal pelvisi dolduran 3 cm lezyon ve Mart 2024 FDG-PET'de; Sol böbrek alt polde postoperatif değişikliklerle uyumlu kortikal defekt ve sol böbrek orta kesimde parapelvik yerleşimli 30 mm solid nodüler lezyon izlenmiş olup 18F FDG tutulumu (SUVmax:8.84) şeklinde raporlanmış olan hastaya intraoperatif ultrason yardımcı sol robotik parsiyel nefrektomi planlandı.

Bulgular: İntraoperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Toplam ameliyat süreci 134 dakika, konsol süresi ise 62 dakika sürdü. İntraoperatif kan kaybı 180 ml ölçüldü. Postoperatif takiplerinde bazal kreatinin değeri; 1.66 mg/dl eGFR: 40 mL/dk/1.73m² olan hastada postop 3. Günde en yüksek kreatinin değeri 3.32 mg/dl, en düşük eGFR ise 17 mL/dk/1.73m²'ye geriledi. Başka herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın 4.günde dreni alınıp 5. günde taburcu edildi. Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde aktif şikayeti olmayan hastada Kreatinin; 1.86 mg/dl, eGFR:34 mL/dk/1.73m² olup, patoloji sonucu papiller hücreli renal hücreli karsinoma, WHO/ISUP nükleer grade 3, tümör boyutu 3.6 cm, pT1a ve cerrahi sınırlar sağlam olarak raporlandı. Postoperatif 15. ay son takibinde herhangi bir nöks ya da progresyon izlenmedi.

Sonuç:

Soliter böbrekli, geçirilmiş açık parsiyel nefrektomi cerrahi öyküsü olan vakalarda farklı lokasyonda yeni gelişimli sekonder kitlelerde, robotik nefron koruyucu yaklaşım, önemli bir tedavi alternatiftir. Özellikle endofitik gibi sınırları zor ayırt edilen kitlelerde, robotik cerrahi eşliğinde kullanılan intraoperatif ultrasonografi, tümör sınırlarının daha net belirlenmesini sağlayarak, hastanın maksimum nefron kapasitesinin korunmasına olanak tanır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, Renal Hücreli Kanser, sekonder vaka, Robotik Parsiyel nefrektomi, intraoperatif Ultrason



[VS-030]

Salvage Robotik Prostatektomi Sonrası Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçlar: Tek Merkez Deneyimi

İhsan Batuhan Demir, Kanan Valiyev, Mustafa Sertaç Yazıcı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Primer lokal tedavi (radyoterapi, HIFU vb.) sonrası lokal rekürrens gelişen hastalarda uygulanan salvage robotik radikal prostatektomi (sRALP), dikkatli hasta seçimi ile küratif tedavi şansı sunabilmektedir. Bu çalışmada merkezimizde sRALP uygulanan hastaların perioperatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

2022-2025 yılları arasında merkezimizde salvage endikasyonu ile robotik prostatektomi uygulanan 5 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, PSA değerleri, patoloji sonuçları, komplikasyonlar, kontinans durumu, erektil fonksiyon ve sağkalım verileri analiz edildi.

Bulgular:

Demografik Veriler:

Ortalama yaş: 66.6 yıl (59-75)

Ortalama BMI: 25.28 kg/m² (n=5)

ASA Skoru: ASA I (n=2), ASA II (n=3)

Komorbidite: 4 hastada en az bir komorbidite mevcuttu. En sık hipertansiyon (%60) ve kardiyak ritim bozukluğu (%40) izlendi.

Lokal nükse kadar geçen süre:

Median: 48 ay (dağılım: 15-120 ay),

Preop PSA düzeyleri: 0.01-8.7 ng/mL (ortalama: 2.85 ng/mL)

1 hasta HI-FU sonrası diğer hastalar RT sonrası opere edildi.

Onkolojik Bulgular:

Cerrahi sınır pozitifliği:

1 hastada pozitif cerrahi sınır (%20)

4 hastada negatif cerrahi sınır

RALP patoloji özellikleri:

Tümörün dokuya yayılma oranı: %1-25

Seminal vezikül invazyonu (SVI):

Bilateral invazyon: 1 hasta

Unilateral invazyon: 1 hasta

Yok: 3 hasta

Lenf nodu diseksiyonu:

Yapılmış: 3 hasta

Ortalama çıkarılan lenf nodu: 13.3 (11-15), tamamı negatif

Lenf nodu tutulumu: Saptanmadı

İlk biyopsi Gleason skoru (ISUP):

ISUP I-II: %40 (n=2)

ISUP IV-V: %60 (n=3)

Preop PSA nadir değeri: 0.001 - 0.06 ng/mL

PSA doubling time: Ortalama 11.3 ay (min: 8 ay; max 15 ay)

Postoperatif PSA: Tüm hastalarda <0.03 ng/mL



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Genel sağkalım (12-24 ay): 1 hasta post operatif 8. ayında kardiyak nedenlerle exitus oldu. 2 hastada 12 ay henüz tamamlanmamış, diğer hastaların takibinde herhangi bir komplikasyon veya nüks mevcut değil.

Fonksiyonel Sonuçlar:

Kontinans:

4 hasta kontinansa ulaşmış (ortalama 167.5 gün)

1 hastada kalıcı üriner inkontinans

Preop IIEF: Değerler 4-16 arasında değişmekte

Postop IIEF: Pre-operatif sonuçlar fonksiyona dair ümit vermediğinden ölçülmedi.

Komplikasyonlar: 1 hastada işemde zorluk, 1 hastada inkontinans dışında anlamlı komplikasyon izlenmedi

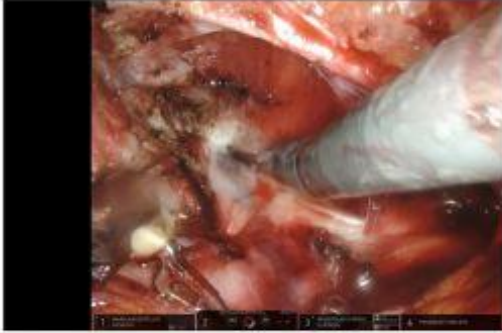
Re-operasyon / re-hospitalizasyon: Olguların hiçbirinde gerçekleşmedi

Sonuç:

Salvage robotik prostatektomi, dikkatli hasta seçimi ile lokalize nüks prostat kanserinde uygulanabilir ve onkolojik kontrol sağlayabilir. Bu küçük seride, ciddi komplikasyon oranları düşük, erken kontinans oranları ise kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ancak fonksiyonel sonuçların uzun dönem takibi ve daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Salvage RALP, Kontinans, prostat kanseri, radyoterapi

Primer vs Salvage RALP - Endopelvik Fasya



Primer RALP



Salvage RALP - Endopelvik Fasya



Bilimsel Sekreteryası

Dr. İlker Tinay

Anadolu Sağlık Merkezi

Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

E-posta: scientific@uroonkoloji.org



Organizasyon Sekreteryası

Ventría Event & Congress

İlkbahar Mahallesi, Turan Güneş Bulvarı 55/6

Çankaya/Ankara

E-posta: info@uroonkolojikongresi.org

Web: www.ventria.com.tr



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

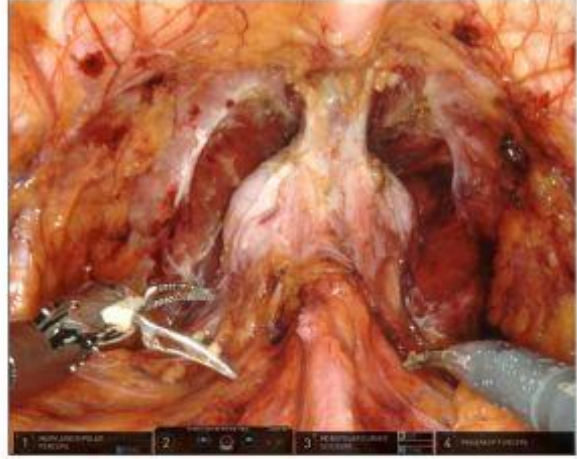
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Salvage vs Primer RALP Anatomik Planlar



Salvage Ralp



Primer RALP





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-031]

Kemoterapi Sonrası Robot Yardımlı Laparoskopik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu-Transmezokolik Yaklaşım: Video Olgu Sunumu

Serhat Çetin, Mustafa Kaba, Ender Cem Bulut, Furkan Abdullah Vural, Murat Yavuz Koparal, Tevfik Sinan Sözen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Testis tümörlü hastalarda kemoterapi (KT) sonrası retroperitoneal rezidü kitle varlığında uygulanan retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) cerrahi olarak özellikli ve deneyim isteyen uygulamalardan biridir. RPLND’de açık cerrahi yaygın olarak yapılmakla birlikte, son yıllarda robotik cerrahi deneyimi olan merkezlerin artması ile robot yardımlı RPLND de uygulanabilmektedir. Bu videoda mikst germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür Bleomisin, Etoposid, Sisplatin (BEP) KT alan ve KT sonrasında sağ lateral dekübit pozisyonunda robot yardımlı modifiye template RPLND yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur.

Olgu: 20 yaşındaki erkek hastaya sol testiküler kitle nedeniyle yapılan skrotal dopplerde sol testiste 6 cm kistik komponentler içeren kitle tespit edildi. Serum AFP değeri 543 ng/mL, β -hCG değeri 12 mIU/mL, LDH:401 U/L olarak saptanan hastaya sol radikal orşiektomi uygulandı. Orşiektomi patolojisinde pT2 mikst germ hücreli tümör (%70 teratom, %20 embriyonel karsinom, %10 yolk sac tümör) saptandı. Evrelendirme amacıyla çekilen BT’de paraaortik alanda büyüğü 25 mm boyutunda multiple lenf nodları saptandı. KT sonrası paraaortik alanda büyüğü 20 mm boyutunda multiple lenf nodları izlendi ve tümör belirteçleri normal sınırlarda saptandı. Hastaya sağ lateral dekübit pozisyonunda transmezokolik yaklaşımla robot yardımlı modifiye template RPLND uygulandı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hastanın postoperatif ikinci gün dreni çekilerek taburcu edildi. RPLND spesimeninde 1 adet metastatik lenf nodu (rezidü teratom alanları içeren germ hücreli tümör metastazı) ve 8 adet reaktif lenf nodu olmak üzere toplam 9 adet lenf nodu izlendi. Cerrahi sonrası takiplerinde tümör belirteçleri normal aralıkta izlendi.

Sonuç: Transmezokolik yaklaşımla Robotik RPLND, deneyimli merkezlerde düşük hacimli rezidü kitlelerin varlığında tedavi seçeneği olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, Robot yardımlı RPLND, Retroperitoneal rezidüel kitle, Kemoterapi sonrası tedavi, Transmezokolik yaklaşım





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-032]

32 Yaş Erkek Hasta Robotik Radikal Sistektomi ve Ortotopik Mesane Rekonstrüksiyonu Bordeaux Yöntemi (Heart Shaped)

Fırat Çağlar Budak, Yalçın Kızılkın, Cüneyt Özden
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Kas invaziv mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi uygulanan genç bir hastada, Bordeaux yöntemi ile gerçekleştirilen ortotopik mesane rekonstrüksiyonu cerrahi basamaklarının sunulması ve erken dönem fonksiyonel ve Onkolojik sonuçların paylaşılması.

Olgu: Hastamız 32 yaşında erkek olup, makroskopik hematüri ve dizüri şikâyetleri ile başvurmuştur. Yapılan üriner sistem ultrasonografisinde mesane içerisinde 3x4 cm boyutlarında ve ayrıca 2 cm civarında ikinci bir lezyon saptanmış, lezyonlara yönelik TUR-TM uygulanmıştır. Patoloji sonucunda yüksek dereceli ürotelyal karsinom ve kas invazyonu saptanmış, hasta T2aN0M0 olarak evrelendirilmiştir.

Preoperatif laboratuvar bulguları normal sınırlarda olup hemoglobin 14.3 g/dl, kreatinin 0.82 mg/dl olarak ölçülmüştür. Ek hastalığı bulunmayan hastanın 13 paket-yıl sigara öyküsü mevcut olup ASA skoru 2 olarak değerlendirilmiştir.

Hastaya radikal sistektomi ve Bordeaux yöntemi ile ortotopik mesane rekonstrüksiyonu uygulanmıştır. Hastanın üreter anastomozu esnasında ICG kullanılarak kanlanması değerlendirilmiştir. Operasyon süresi 457 dakika, kan kaybı 850 ml olup perioperatif komplikasyon izlenmemiştir. Sonda ve üreteral stentler postoperatif 28. günde çekilmiştir.

Patolojik incelemede yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom, cerrahi sınırların sağlam olduğu raporlanmıştır. Patolojik evre pT2bN0M0 olarak belirlenmiştir.

Postoperatif 3. ayda hastada gündüz tam kontinans, gece ise düzenli aralıklarla işemediğinde inkontinans gözlenmiştir. Üroflowmetride Qmax 49 ml/sn, PVR 40 ml ve işeme hacmi 588 ml olarak ölçülmüştür.

Sonuç: Genç yaşta kas invaziv mesane kanseri nedeniyle opere edilen bu olguda, Bordeaux yöntemi ile gerçekleştirilen ortotopik mesane rekonstrüksiyonu başarıyla uygulanmış ve erken dönemde yüz güldürücü fonksiyonel sonuçlar elde edilmiştir. Bordeaux yöntemi, uygun seçilmiş genç hastalarda güvenle uygulanabilecek bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bordeaux, neobladder, sistektomi, heart shape

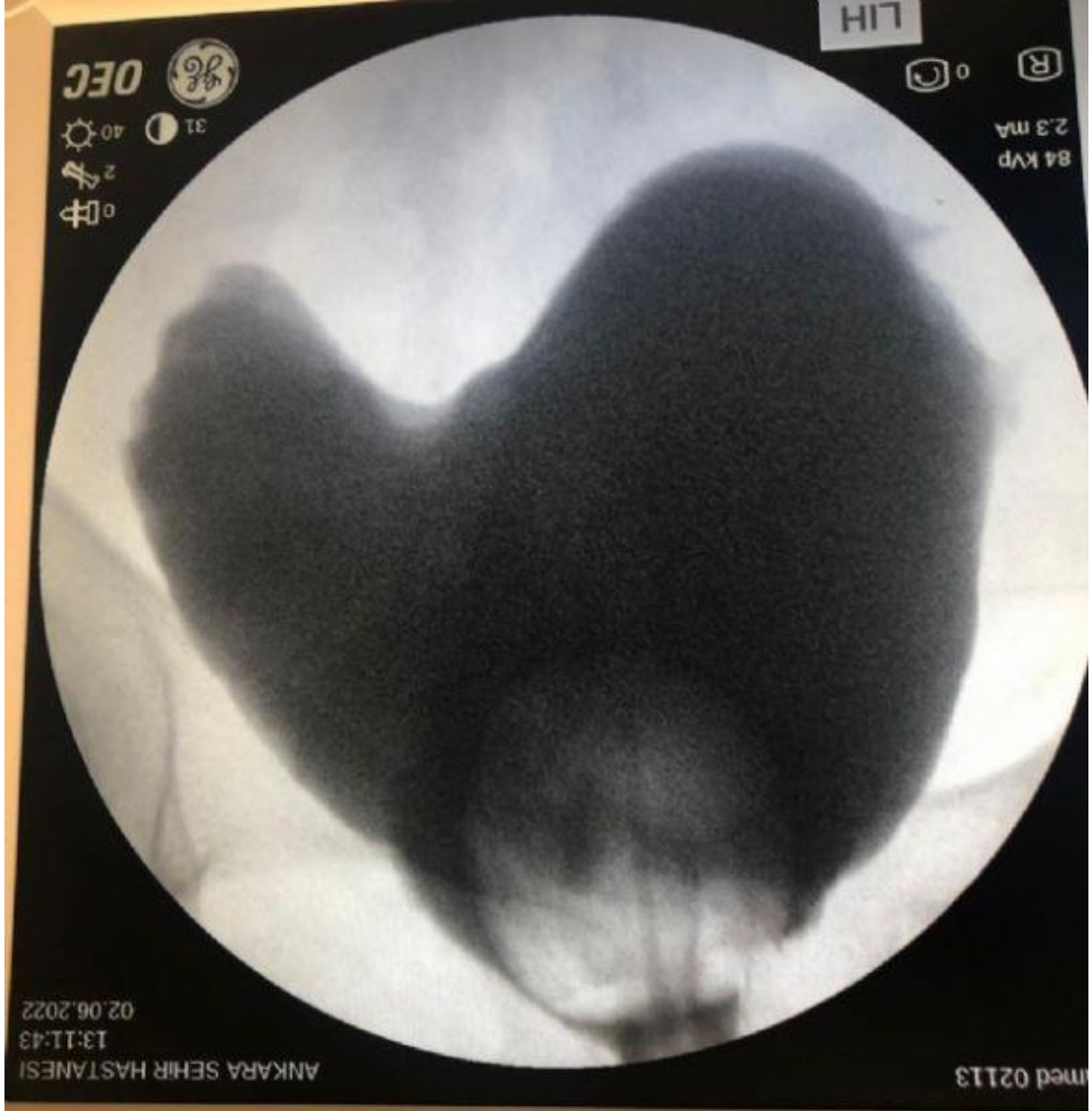


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



histogram



1. ay sistogram görüntüsü



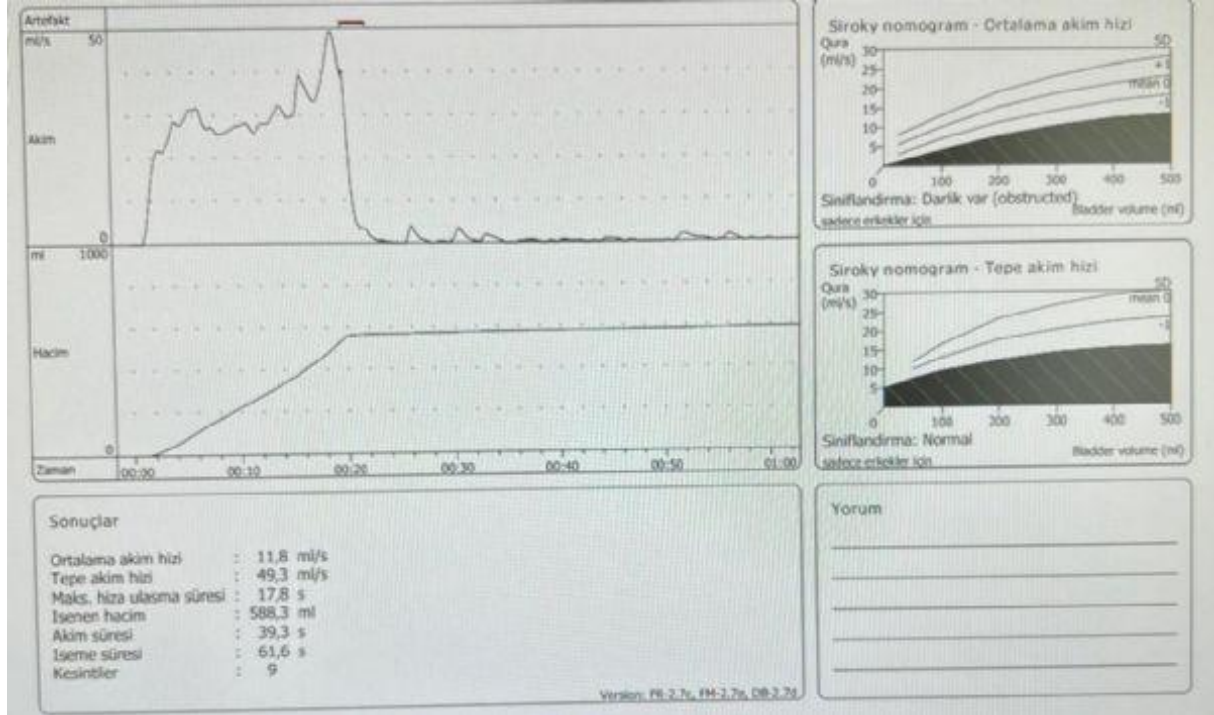


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



üroflowmetri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-033]

Radyoterapi ve HIFU Tedavisi Sonrası Nüks Prostat Kanserine Yaklaşım: İki Farklı Olguda Salvage Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi

Ahmet Furkan Özsoy, Mehmet Fatih Özkaya, Araz Musayev, Elif İpek Aksoy, Atakan Ataklı, Atakhan Musayev, Mustafa Mert Tatar, Çağrı Akpınar, Ömer Gülpınar, Evren Sür
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Prostat kanseri tanısıyla lokal tedavi amacıyla HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound) ve pelvik radyoterapi (RT) uygulanan iki farklı hastada, takiplerde gelişen nüks sonrası kurtarma amaçlı yapılan robot yardımlı radikal prostatektomi ameliyatına dair ipuçlarını ve önerileri aktarmayı amaçladık.

Olgu:

İlk olgu, 2015 yılında d'Amico sınıflamasına göre yüksek riskli prostat kanseri tanısı nedeniyle cerrahiye reddederek RT uygulanan 75 yaşında erkek hastaydı. RT sonrası takiplerinde PSA'nın 8.81 ng/mL olarak saptanması üzerine yapılan PSMA PET/CT'de uzak organ tutulumu görülmemesi nedeniyle tarafımızca radikal prostatektomi planlandı. İkinci olgu ise orta riskli prostat kanseri nedeniyle prostat bezi sağ taraftaki lezyonlara fokal HIFU tedavisi uygulanan, takiplerinde nüks gelişmesi sonucu yapılan PSMA PET/CT'de oligometastaz lehine bulgular raporlanan ve bu nedenle kurtarma amaçlı robot yardımlı radikal prostatektomi planlanan hastaydı.

Cerrahi Yöntem: İlk olguda seminal vezikül ve duktus deferensleri ayırmak amacıyla posterior periton insize edilerek posterior yaklaşım uygulanırken, ikinci olguda anterior yaklaşımla duktus deferens ve seminal veziküller ayrıldı. Her iki olguda da ön ve yan duvarlarda fibrotik dokulara bağlı yapışıklıklar izlendi. Radyoterapi sonrası yapılan prostatektomide, HIFU sonrası yapılan prostatektomiye göre posterior yapıların daha fibrotik olduğu ve disseksiyon hattının net sınır vermemesi bununla birlikte HIFU öyküsü olan hastada sağ tarafta ciddi yapışıklıklar olması dikkat çeken hususlardandı. Her iki olguda da sınırlı lenf nodu disseksiyonu yapıldı ve işlemler komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı.

Bulgular: Her iki vaka için ortalama konsol süresi 110 dakika, ortalama perioperatif kanama miktarı ise 180 cc idi. Hastaların her ikisi de postoperatif komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Sonuç:

Prostat kanserinde cerrahi dışı lokal tedavi uygulanan hastaların takiplerinde nüks gelişmesi durumunda, robot yardımlı radikal prostatektomi yüksek donanımlı merkezlerde hastaların klinik özelliklerine göre uygulanabilecek bir kurtarma tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: hifu, radyoterapi, salvage radikal prostatektomi



[VS-034]

Karaciğer Nakilli Hastada Retroperitoneal Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi Deneyimi

Onur Kalaycı¹, Ertuğrul Köse², Murat Işıtan³, Murat Gülşen³, Mehmet Necmettin Mercimek⁴, Ender Özden³

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

²Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

⁴Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç:

Bu videoda karaciğer nakli öyküsü olan hastada gerçekleştirdiğimiz retroperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Hasta ve Yöntem:

Yirmi iki yıl önce karaciğer nakli yapılan 50 yaşında kadın hastanın rutin kontrollerinde yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol böbrek orta – alt pol posteriorda 13 milimetre çapında RENAL skoru 5 olan kitle izlendi.

Hastanın özgeçmişinde karaciğer nakli ve insizyonel herni onarımı mevcuttu. Fizik muayenede bilateral subkostal skar mevcuttu. İmmünsüpresyon olarak takrolimus alan hastanın ek sistemik hastalığı olmayıp laboratuvar incelemesinde kreatinin değeri 0,8 mg/dl olarak saptandı. Hastaya sol retroperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı.

Sol 90° lateral dekübit pozisyonunda flank 2 cm kesi yapılarak balon yardımıyla retroperitoneal boşluk oluşturuldu. Parmak yardımıyla 1 adet 10 mm ve 1 adet 5 mm port yerleştirildi. Balon dilatasyonu yapılan alandan 12 mm optik port yerleştirilerek pnömoretroperitoneum oluşturuldu. Diseksiyon sonrasında üreter bulunarak hilusa ulaşıldı. Hastada bir adet renal arter ve bir adet renal ven gözlendi. Vasküler yapılar ayrı ayrı disseke edildi ve renal arter silikon teyp ile askıya alındı. Sol böbrek orta – alt pol posteriorda yaklaşık 20 milimetre boyutunda ekzofitik kitle gözlendi ve sınırları monopolar hook koter yardımı ile işaretlendi. İlk olarak non-iskemik eksizyon planlandı fakat kanama sebebiyle sol renal arter endobulldog klemp yardımı ile kapatıldı. Soğuk makas yardımı ile enükleorezeksiyon şeklinde rezeksiyon gerçekleştirildi. Sonrasında medüller renorafi 3/0 monofilaman emilebilir sütür ile kortikal renorafi ise 2/0 poliglaktin sütür yardımıyla kayan klip tekniği ile gerçekleştirildi.

Bulgular:

Cerrahi süre 60 dakika idi. Sıcak iskemi süresi 5 dakika olup tahmini kan kaybı 100 ml idi.

Postoperatif laboratuvar değerlendirmede kreatinin değeri 0,77 mg/dl olarak rapor edildi.

Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif 2. gün dren çekilerek taburcu edildi.

Patoloji sonucu papiller renal hücreli karsinom, WHO/ISUP derece 2, pT1a, R0 olarak raporlandı.

Sonuç:

Karaciğer nakli gibi majör batın cerrahi öyküsü bulunan hastalarda transperitoneal yaklaşıma göre retroperitoneoskopik yaklaşım daha güvenle uygulanabilir minimal invaziv bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi, Karaciğer Nakli, Papiller Renal Hücreli Karsinom





[VS-035]

Testis Tümörlü Hastada Kemoterapi Sonrası Robotik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu ve Hacettepe Üroloji Deneyimi

Halil İbrahim Özkan, İhsan Batuhan Demir, Fatih Keskinlioğlu, Mustafa Sertaç Yazıcı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu, ürolojik onkolojide cerrahi teknik olarak zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sıklıkla açık cerrahi yaklaşım tercih edilmekle olan RPLND ameliyatında robot yardımlı cerrahi ile minimal invaziv olarak deneyimli merkezlerde başarılı sonuçlar alınabileceğini göstermek

GEREÇ-YÖNTEM

Bu videoda mixed germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür BEP kemoterapisi alan ve sonrasında robot yardımlı retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur.

BULGULAR

Testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu, ürolojik onkolojide cerrahi teknik olarak zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sıklıkla açık cerrahi yaklaşım tercih edilmekle birlikte günümüzde ileri robotik cerrahi deneyimi olan az sayıda merkezde robot yardımlı RPLND de uygulanabilmektedir. Bu videoda mixed germ hücreli testis tümörü nedeniyle 3 kür BEP kemoterapisi alan ve sonrasında robot yardımlı retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu yapılan hastada cerrahi aşamalar sunulmuştur. Yirmi beş yaşındaki erkek hastada sol testiste ağrısız kitle nedeniyle yapılan skrotal Doppler ultrasonografide sol testisi tümüyle kaplayan 50x41 mm boyutunda kitle tespit edildi. Serum alfa fetoprotein değeri 147 ng/ml, beta hCG değeri ise 154 mIU/ml olarak saptanan hastaya sol inguinal orşiektomi yapıldı ve patoloji sonucu mixed GHT (%60 ECA, %20 yolk sac, %20 teratom) olarak raporlandı. Evreleme amacıyla çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) paraaortik alanda sol renal hilus düzeyinde en büyüğü 21x15 mm boyutlarında hipodens lenf nodları tespit edilmesi üzerine hastaya 3 kür BEP (Bleomisin, Etoposide ve Sisplatin) kemoterapisi uygulandı. Kemoterapi sonrası BT görüntülemesinde sol renal hilus düzeyindeki lenf nodlarının boyutlarında progresyon (24x19 mm) gözlemlendi. Serum tümör belirteçleri (AFP ve hCG) normal seviyelerde olan hastaya kemoterapi bitiminden 1 ay sonra robotik retroperitoneal rezidü kitle eksizyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon olmadı ve hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu 4 adet lenf nodunda teratom metastazı, 18 reaksiyoner lenf nodu (toplam 22 lenf nodu) olarak rapor edildi.

SONUÇ

Ülkemizde robotik RPLND'ye ilişkin yayımlanmış seri sayısı sınırlı olup, merkez deneyimlerinin paylaşılması yöntem standardizasyonu ve hasta seçimi açısından önem taşımaktadır. 2023 yılından bu yana ekibimiz, tarafa özgü modifiye şablonlar ve uygun olgularda sinir koruyucu teknikler eşliğinde robotik RPLND'yi rutin pratiğine dâhil etmeye çalışmakta; lenfatik kaçak profilaksisi için titiz klipleme/enerji kapatma ve erken beslenme protokollerini standardize etmeye çalışmaktadır. Bu süreçte gerçekleştirilen 6 olguda perioperatif komplikasyon izlenmemiş, ortalama kan kaybı ≈180 mL, ortalama taburculuk süresi 2,3 gün olarak kaydedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: testis tümörü, robotik cerrahi, minimal invaziv cerrahi, RPLND



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[VS-036]

Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi Hood Tekniği

Araz Musaev, Timur Kürşad Ülgen, Çağrı Akpınar, Ömer Gülpınar, Evren Süer
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

Amaç: Tarafımızca Hood tekniğiyle yapılan robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi ameliyatını sunmak.

Metod: PSA değeri 9/1.5 (t/s) olarak saptanan 67 yaşındaki erkek hastanın multiparametrik prostat MR (mpMRI) görüntülemesinde, sol periferik zonda (PZ) posteromedilde 7 mm PIRADS 4 ve sağ PZ'da posteromedialde 4 mm PIRADS 3 lezyonlar izlenmiştir. Yapılan sistematik ve hedefe yönelik prostat biyopsisinde, sağ PZ'da 1 odakta Gleason skoru 3+4, 4 odakta 3+3; sol PZ'da ise 3 odakta 3+3 ve 2 odakta HGPIN (high-grade prostatic intraepithelial neoplasia) saptanmıştır. Hipertansiyon ve tip 2 diabetes mellitus nedeniyle oral anti-hipertansif ve oral antidiyabetik tedavisi alan ayrıca profilaktik aspirin kullanan, umblikal herni ve meş kullanılarak açık sağ inguinal herni onarımı öyküsü olan hasta cerrahi tedavi amacıyla tarafımıza başvurmuştur.

Uygun cerrahi saha hazırlığı sonrasında, transperitoneal yaklaşımla gerçekleştirilen operasyon için dört adet 8 mm'lik robotik port ile iki adet (12 mm ve 5 mm) asistan portu yerleştirildi. Medial umblikal ligamanların lateralinden bilateral periton insize edilerek preperitoneal alana girildi ve diseksiyon Retzius boşluğuna doğru ilerletildi. Periprostatik adipoz dokular diseke edildi. Üretral kateterin kraniyal-kaudal hareketiyle mesane boynu lokalize edilerek tam üzerinden insizyon yapıldı ve mesane boynu açıldı. Prostatın median lobu ile bilateral üreter orifisleri görüldü. Median loba traksiyon sağlamak amacıyla 3/0 poliglaktin sütürle askı sütürü konuldu. Mesane boynunun posteriorundan yapılan insizyonla retrotrigonal alana girildi. İnsizyon posterolaterale doğru genişletilerek prostatik pediküller kontrol altına alındı. Posterior diseksiyon hattı distale doğru ilerletilerek duktus deferensler kesildi ve seminal veziküller ortaya kondu. Posterior diseksiyon, Denonvilliers fasya ile prostat kapsülü arasından distale doğru ilerletildi. Aynı diseksiyon hattı prostatın lateralinde de ilerletildi ve anteriorda detrusor apron ile prostat kapsülü arasından gerçekleştirildi. Prostatın anteriorunda puboprostatik ligamentler, endopelvik fasya ve dorsal venöz kompleks korundu. Prostatik apeks diseksiyonu sırasında, apikal nörovasküler yapıların korunmasına özen gösterildi. Prostat apeksinin yeterli diseksiyonu ardından üretra kesilerek ayrıldı. Vezikoüretral anastomoz, 3/0 emilebilir barbed sütür (Polyglyconate) ile gerçekleştirildi. Mesane 150 mL serum fizyolojik ile doldurularak kaçak kontrolü yapıldı. Anterior rekonstrüksiyon amacıyla detrusor apron hattı onarıldı. Pelvik boşluğa bir adet 20 Fr silikon dren yerleştirildi. Spesimen, umblikus üstünden yapılan 5 cm'lik insizyon hattından dışarı alındı.

Bulgular: Hastanın pelvik dreni postoperatif 2. günde çekildi ve hasta taburcu edildi. Postoperatif 7.günde hastanın üretral sondası alındı.

Sonuç: Hood tekniğiyle yapılan robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi uygun hastalarda uygulanabilir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Radikal Prostatektomi, Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi, Hood tekniği





[SS-001]

Prostat Spesifik Antijen Yoğunluğu ve Klinik Olarak Anlamlı Prostat Kanseri: PI-RADS 3 Lezyonlarında Prostat Hacminin Etkisi; Yüksek Hacimli Tek Merkezli Analiz

Çağrı Akpınar¹, Diğdem Kuru Öz², Ahmet Furkan Özsoy¹, Eriz Özden², Nuray Haliloğlu², Araz Musayev¹, Serhat Erkmen¹, Muhammed Arif İbiş¹, Muratcan Karaburun³, Mehmet Çağatay Göğüs¹, Evren Süer¹, Sümer Baltacı¹

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Prostat spesifik antijen yoğunluğu (PSAd), klinik olarak anlamlı prostat kanserini (csPCa) öngörmede yalnızca PSA'ya kıyasla üstün bir tanısal belirteç olarak önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, prostat bezinin hacmi PSAd'nin tanısal doğruluğunu etkileyebilir. PI-RADS 3 lezyonları olan hastalarda prostat hacminin, PSA yoğunluğunun (PSAd) klinik olarak anlamlı prostat kanserini (csPCa) saptamadaki tanısal performansını nasıl etkilediğini değerlendirmek.

Gereç-Yöntem:

2017-2025 yılları arasında PSA testi, multiparametrik MRG ve bilişsel ile füzyon kılavuzlu transrektal prostat biyopsisi yapılan PI-RADS 3 lezyona sahip 576 hasta retrospektif olarak incelendi. PSAd, serum PSA düzeyinin MRG ile ölçülen prostat hacmine bölünmesiyle hesaplandı. Hastalar üç hacim grubuna ayrıldı: ≤ 30 mL, 31-50 mL ve ≥ 51 mL. csPCa, ISUP derece ≥ 2 olarak tanımlandı. PSAd'nin tanısal performansı hacme özgü eşik değerlerle ROC eğrisi analizi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Genel csPCa saptama oranı, prostat hacmi ≤ 30 mL olan hastalarda anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0,001$). Tüm hacim gruplarında PSAd $< 0,10$ ng/mL/mL olduğunda csPCa saptama oranı $< 5\%$ olarak kaldı. ≤ 30 mL prostatlarda bu eşik değerin üzerinde csPCa oranları keskin şekilde arttı. ROC analizi küçük prostatlarda en yüksek tanısal doğruluğu gösterdi (AUC 0,668), buna karşın orta (AUC 0,599) ve büyük (AUC 0,633) hacimlerde daha düşüktü. Optimal PSAd eşik değerleri dar bir aralıkta seyretti (0,1058-0,1531), ancak tanısal duyarlılık hacme göre değişiklik gösterdi.

Sonuç:

PI-RADS 3 popülasyonunda csPCa'nın saptanmasında PSAd'nin performansı prostat hacmine göre farklılık göstermektedir. Tek tip PSAd eşik değerlerinin uygulanması, prostat hacmine bağlı olarak yanlış negatif veya yanlış pozitif sonuçlara yol açabilir. PSAd'nin hacim uyumlu yorumlanması, risk sınıflandırmasını iyileştirebilir ve belirsiz MRG olgularında biyopsi kararlarını daha doğru şekilde yönlendirebilir.

Anahtar Kelimeler: PSA dansitesi, PIRADS, prostat kanseri, prostat hacmi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Biyopsi Yapılan PI-RADS 3 Lezyonlu Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Parametreler	Hasta Sayısı (n=576)
Yaş, median (IQR)	64 (59-70)
PSA (ng/ml), median (IQR)	6.5 (4.87-8.6)
Prostate MRI hacmi (ml) median (IQR)	65 (50-88)
PSA dansitesi (ng/ml ²), median (IQR)	0.11 (0.07-0.13)
PSA dansitesi, n (%)	
<0.10	258 (44.8%)
0.10-0.14	190 (33.1%)
0.15-0.19	70 (12.1%)
≥ 0.20	58 (10.1%)
Prostat biyopsisi	
Kognitif	223 (38.7%)
Füzyon	353 (61.3%)
Biopsy patoloji, n (%)	
Benign	455 (79%)
ISUP grade 1	73 (12.7%)
ISUP grade ≥ 2	48 (8.3%)

Prostat Biyopsisi Yapılan Hastalarda PI-RADS Skoru, PSA Yoğunluğu ve Prostat Hacmine Göre Klinik Olarak Anlamlı Prostat Kanseri Saptama Oranları

Parametreler(n=576)	Prostate hacmi			P value*
	≤ 30 ml (n=46;8%)	31-50 ml (n=170;29.5%)	≥ 51 ml (n=360; 62.5%)	
csPCa saptanma oranları,				
PI-RADS 3 overall, (n=576)	15/46 (32.6%)	16/170 (9.4%)	17/360 (4.7%)	<0.001
PSA dansitesi <0.10 (n=258)	-/4 (-)	2/41 (4.9%)	7/213 (3.3%)	0.816
PSA dansitesi 0.10-0.14 (n=190)	4/13 (30.8%)	6/72 (8.3%)	6/105 (5.7%)	0.009
PSA dansitesi 0.15-0.19 (n=70)	3/11 (27.3%)	4/34 (11.8%)	1/25 (4%)	0.129
PSA dansitesi ≥ 0.20 (n=58)	8/18 (44.3%)	4/23 (17.4%)	3/17 (17.6%)	0.106





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PSA Yoğunluğunun Tanısal Doğruluğu: Prostat Hacim Gruplarına Göre AUC Değerleri ve Optimal Kesim Noktaları

Prostate Volume	AUC	%95 CI	Optimal PSAd Cut-off (ng/mL/mL)
<= 30 mL	0.668	0.504 - 0.831	0.1441
31-50 mL	0.599	0.440 - 0.757	0.1531
>= 51 mL	0.633	0.497 - 0.769	0.1058





[SS-002]

Prostat Kanserinde Aktif İzlem Hastalarının Belirlenmesinde PSMA-PET CT Ek Katkı Sağlar Mı?

Muhammet Said Keskin¹, Anıl Keleş³, Cenk Murat Yazıcı¹, Murat Akgül², Mehmet Fatih Şahin¹, Ülkü Korkmaz⁴, Ersan Arda⁵, Hüseyin Ateş⁶, Çağrı Doğan¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı

³Patnos Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

⁴Trakya Üniversitesi Hastanesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

⁵Trakya Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

⁶Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

Amaç: Aktif izlem (Aİ), düşük riskli prostat kanseri hastalarının küratif tedavi uygulanmaksızın belirli aralıklarla takip edilmesi yaklaşımıdır. Son yıllarda Aİ'nin önem kazanması ve giderek daha fazla hastanın küratif tedavi yerine bu yönetime yönlendirilmesi, Aİ'ye kabul kriterlerinin doğruluğunu ve güvenilirliğini daha da ön plana çıkarmaktadır. PSMA-PET/BT, PSMA eksprese eden prostat kanseri hücrelerini yüksek özgüllükle göstermektedir. Hastalık erken evrede olsa bile, tümörün yayılımı ve derecesi hakkında öngörüler sağlayabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız, Aİ için hasta seçiminde PSMA-PET/BT'nin kullanımını değerlendirerek yeni endikasyonlar ortaya koymak ve bu yöntemin hasta seçim sürecine katkısını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 2017-2025 yılları arasında radikal prostatektomi uygulanan 325 hasta arasından, aktif izlem kriterlerine uygun olanlar belirlendi. Dahil edilme ölçütleri olarak Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzlarında tanımlanan aktif izlem kriterleri esas alındı. Çalışmamızda, PSMA-PET/BT'nin aktif izlem için uygun hastalardaki bulguları değerlendirildi ve bu yönteminin mevcut kriterlere ek katkı sağlayıp sağlamayacağı araştırıldı.

Bulgular: Belirlenen kriterlere uygun toplam 72 hasta çalışmaya dahil edildi. Biyopsi sonuçlarında Gleason skoru (GS) 3+3 olan bu hastalar, cerrahi sonrası patolojiye göre GS 3+3 olarak kalanlar ve GS >3+3'e yükselenler şeklinde iki gruba ayrıldı. Hastaların 40'ı (%55,6) Grup 1'de; 32'si (%44,4) ise Grup 2'de yer aldı. Grup 2'deki hastaların 27'sinde (%84,3) GS 3+4, 2'sinde (%6,3) GS 4+3, 2'sinde (%6,3) GS 4+4 ve 1'inde (%3,1) GS 4+5 saptandı.

İki grup arasında yaş, prostat hacmi, PSA düzeyi ve PSA dansitesi karşılaştırıldığında, upgrade görülen grupta PSA ve PSA dansitesi ortalama değerleri daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

PSMA-PET/BT incelemelerinde değerlendirilen parametreler; ortalama tümör hacmi (MTV), MTV/prostat hacmi oranı, prostatın SUVmax değeri ve prostat SUVmax değerlerinin dalak ile karaciğere oranları olarak belirlendi. Upgrade grubunda SUVmax ve MTV/prostat hacmi oranlarının ortalama değerleri daha yüksek izlenmesine rağmen, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmedi.

Sonuç: Uygun hasta grubunda güvenle uygulanabilen aktif izlem (Aİ) tedavisinin, özellikle dahil edilme kriterleri açısından halen bazı belirsizlikler barındırdığı görülmektedir. PSMA-PET'in çeşitli avantajları bulunmasına rağmen, mevcut verilerin sınırlı olması ve kullanılan parametrelerin henüz standart hale gelmemiş olması nedeniyle Aİ hastalarında olası bir upgrade veya progresyonu öngörebilecek anlamlı göstergelere ulaşılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, aktif izlem, PSMA-PET CT



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Gruplar arasında klinik ve demografik verilerin karşılaştırılması

Tablo 1. Gruplar arasında klinik ve demografik verilerin karşılaştırılması

Değişken	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=32)	İstatistiksel analiz
Yaş (yıl)	64,55 ± 6,34	66,72 ± 5,98	t=-0,673 p=0,432
Prostat hacmi (ml)	62,72 ± 14,26	53,95 ± 14,74	t=0,411 p=0,598
PSA (ng/ml)	6,54 ± 1,72	7,10 ± 2,13	t=-0,521 p=0,510
PSA Dansitesi	0,13 ± 0,06	0,17 ± 0,09	Z=-0,632 p=0,498

Tablo 2. Grupların PSMA-PET/BT verilerine göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması

Tablo 2. Grupların PSMA-PET/BT verilerine göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=32)	İstatistiksel analiz
PSMA tümör volümü – MTV	6,31 ± 5,32	5,93 ± 4,23	Z=-0,298 p=0,698
MTV/Prostat hacmi	0,12 ± 0,07	0,16 ± 0,09	Z=-0,032 p=0,876
Prostat SUVmax	4,33 ± 1,34	4,54 ± 1,78	Z=-0,022 p=0,910
Prostat SUVmax/KC	0,83 ± 0,33	0,99 ± 0,23	Z=-1,398 p=0,178
Prostat SUVmax/Dalak	0,79 ± 0,24	0,85 ± 0,29	t=-0,522 p=0,597





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-003]

Ürologların Prostat Kanseri Aktif İzleme Güncel Yaklaşımı: Mezuniyet Sonrası Eğitim Programına İhtiyaç Var Mı?

Günel Özgür¹, Murat Kars¹, Yusuf Şenoğlu², Onur Can Özkan², Bahadır Şahin², Haydar Kamil Çam²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Aktif izlem (Aİ) düşük riskli prostat kanserinde (DRPCa) ve seçilmiş orta riskli hastalarda (ORPCa) etkin bir tedavi yaklaşımıdır. Çeşitli yayınlarda günlük pratikte çok sayıda DRPCa hastası Aİ yerine radikal küratif tedavi aldığı bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı, Türkiye'deki ürologların Aİ'e yaklaşımlarını ve Aİ açısından mezuniyet sonrası kurslara ihtiyaç olup olmadığını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Ürolojik Cerrahi Derneği veri tabanına kayıtlı ürologlar arasında bir anket çalışması yapıldı. REDCap web sitesinde 27 soruluk bir anket oluşturuldu ve anket çevrimiçi bir mesaj uygulaması aracılığıyla hekimlere gönderildi.

Bulgular: Toplam 1211 üroloji uzmanına anket gönderildi. 172 (%14) katılımcı anketi doldurdu. Katılımcıların yaklaşık 2/3'ü (%66,9) çok DRPCa için Aİ'i öncelikli seçenek olarak seçti. Ancak prostat biyopsilerinde yüksek kor tutulumu (>%50) ve yüksek sayıda kor pozitifliği (>3 kor) olduğunda DRPCa hastaları için Aİ'i ilk seçenek olarak tercih etme oranı anlamlı derecede düşük saptandı (sırasıyla %42,4, %34,9). Ürologların çoğu Aİ kararında (%73,8) ve takibinde (%62,2) multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemesinden (mpMRI) yararlandığını belirtti. Ürologların %92'sinden fazlası ise PIRADS 4-5 lezyonları olan hastalar için Aİ önermediklerini belirtti. Ürologların, hastaların yaşı azaldıkça daha fazla küratif tedaviyi ve hastaların komorbiditeleri arttıkça daha fazla Aİ'i tercih etme eğiliminde oldukları görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Sonuçlarımız, mevcut kılavuzlar önerilerinin aksine, Aİ'in DRPCa vakalarında nispeten az kullanıldığını göstermektedir. İlginç bir şekilde, mpMRI'nin günlük pratikte Aİ hastalarında karar vermede ve hasta takibinde önemli bir rol oynadığı izlenmiştir. Dolayısıyla ürologlara yönelik, uzmanlık eğitimi sonrası kurslar ile Aİ'e karşı tutum iyileştirebilir. En azından ürologların Aİ'e olan ilgisini artırmak için standartlaştırılmış Aİ protokollerinin oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aktif İzlem, Anket ve Soru Formları, Prostat Kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Katılımcıların Aktif İzleme Yaklaşımları

Değişkenler	N	%
Aİ önerilen PSA seviyesi (diğer tüm kriterlerin uygun olması koşuluyla)	<10 ng/dl	142
	<15 ng/dl	7
	<20 ng/dl	1
	<30 ng/dl	0
	GG 1 hastalar (PSA'ya bakmaksızın)	22
Prostat biyopsisi pozitif kor sayısı (diğer tüm kriterlerin uygun olması koşuluyla)	? 2 kor	76
	? 3 kor	42
	Biyopsi sayısının 1/3'ünden daha azı	20
	Biyopsi sayısının 1/2'sinden daha azı	3
	GG 1 hastalar (pozitif kor sayısına bakmaksızın)	31
Doğrulama Biyopsi Zamanı	İlk 3 ay	23
	İlk 6 ay	35
	İlk 12 ay	56
	Doğrulama biyopsisi yok	58
Takip biyopsi süresi (ay)	12	108
	18	5
	24	12
	Rutin biyopsi yok (PSA yüksekliği veya klinik gereklilik olmazsa)	47
Takipte mpMRI kullanımı	Hayır	18
	Hayır - PSA yükselmezse	47
	Evet - 6 aylık	19
	Evet - Yıllık	78
	Evet - 2 yılda bir	10
	Evet - 3 yıl veya daha uzun	0
Hasta yaşının Aİ kararı üzerindeki etkisi	<50	37
	50-60	62
	60-75	91
	>75	99
mpMRI bulgularının Aİ kararı üzerindeki etkisi	Lezyon yok	86
	PIRAIDS 1	84
	PIRAIDS 2	82
	PIRAIDS 3	64
	PIRAIDS 4	13
	PIRAIDS 5	4

Aİ: Aktif İzlem, PSA: Prostat Spesifik Antijen, GG: Grade Grup, mpMRI: Multiparametrik Prostat Manyetik Rezonans Görüntüleme, PIRADS: Prostat Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi





[SS-004]

TRUS eşliğinde Prostat Biyopsisi sonrası enfeksiyöz komplikasyonlara karşı farklı antiseptik ajanlarla iğne dezenfeksiyonunun etkisi: prospektif randomize çalışma

Mustafa Serdar Çağlayan, Ahmet Taşcı, Cemil Aydın, Musa Ekici, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.D

Amaç: transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi (TRUS-Bx) uygulanan hastalarda biyopsi iğnesinin her kor biyopsi alımı sonrası farklı antiseptik solüsyonlarla dezenfekte edilmesinin işlem sonrası enfeksiyöz komplikasyonlara etkisi

Gereç-Yöntem: Prostat kanseri(PCa) erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanserdir. PCa'nın tanısı PSA yüksekliği, dijital rektal muayene,MPMRI'da şüphe nedeniyle yapılan transperineal/transrektal sistematik prostat biyopsisi ile konur.

TRUS-Bx, rektal flora nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu, prostatit ve nadiren sepsis gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Antibiyotik(Ab) profilaksisine rağmen artan Ab direnci enfeksiyon oranlarını azaltmayı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle lokal antiseptik yöntemlerin uygulanması giderek önem kazanmaktadır. Şubat-Mayıs 2025 tarihleri arasında, kliniğimizde TRUS-Bx uygulanan 240 hasta prospektif, randomize ve tek merkezli olarak 4 gruba ayrıldı. Grup 1'de iğne dezenfeksiyonu yapılmadı; Grup 2'de povidon-iyot, Grup 3'te %10 formalin, Grup 4'te ise %70 izopropil alkol ile her kor alımı sonrası biyopsi iğnesi dezenfekte edildi. Tüm hastalara işlem öncesi rektal temizlik uygulandı ve standart Ab profilaksisi (fosfomisin 3 gr 1*1, sefiksim 400 mg 1*1) verildi. Hastalar işlem sonrası 30 güne kadar ateş, idrar yolu enfeksiyonu, hospitalizasyon, sepsis ve idrar kültür(İK) sonuçları açısından takip edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,8±7,3 yıl (35-86),Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 27,2±4,9, Ortalama PSA 5,9±2,4 ng/dL, ortalama prostat hacmi 59,5±11,7 cc bulundu. Hastaların %36'sında HT, %25,8'inde DM, %17,2'sinde KAH öyküsü mevcuttu.

1. grupta 7 hastada (%11,6) ateş gelişirken, 2. grupta 3 hasta (%5), 4. grupta 4 hasta (%6) ateş görüldü; 3. grupta ateş görülmeydi. Hospitalizasyon ihtiyacı Grup 1'de %10, Grup 2'de %1,6, Grup 4'te %5 iken Grup 3'te hiç hasta hospitalize edilmedi. Sepsis yalnızca Grup 1'de (%3) ve Grup 4'te (%1,6) görüldü. İK'de üreme Grup 1'de %10, Grup 2'de %1,6 iken Grup 3 ve Grup 4'te saptanmadı. Kan kültüründe üreme yalnızca Grup 1 (%3) ve Grup 2 (%1,6) hastalarında izlendi. En sık izole edilen etken E. coli (%85,7) idi.

Grup 3'te hiçbir hastada ateş, sepsis, hospitalizasyon ya da kültürde üreme görülmeydi.

Sonuç: Trus-Bx'nin ciddi enfeksiyöz komplikasyon riski vardır. Formalin ile dezenfeksiyonun enfeksiyon komplikasyonlarını belirgin şekilde azalttığı gösterilmiştir. Formalin grubunda hiçbir hastada ateş, sepsis veya enfeksiyöz komplikasyonlara bağlı hospitalizasyon gözlenmemiştir. Bu sonuç, formalinin lokal antiseptik ajan olarak etkinliğini desteklemektedir.

Povidon-iyot ve izopropil alkol gruplarında enfeksiyon oranları kontrol grubuna göre azalmış olsa da formalin kadar bulunmamıştır. Son yıllarda Ab direncinin artması nedeniyle tek başına Ab profilaksisinin yeterli olmaması, bu tür ek önlemlerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. TRUS-Bx sonrası enfeksiyon komplikasyonlarını azaltmada etkili, basit, ucuz ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: TRUS-Bx, enfeksiyon, transperineal, transrektal

tablo 1

Özellik	Ortalama / Oran
Yaş (ortalama ± SD)	65,8 ± 7,3 yıl (35 – 86 arası)
VKİ (ortalama ± SD)	27,2 ± 4,9



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PSA (ortalama $\pm$ SD)	5,9 $\pm$ 2,4 ng/dL
Prostat hacmi (ortalama $\pm$ SD)	59,5 $\pm$ 11,7 cc
Hipertansiyon (HT)	%36
Diabetes Mellitus (DM)	%25,8
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	%17,2
Gruplar arası fark	Yaş, VKİ, prostat hacmi ve ek hastalıklar açısından anlamlı fark yok

tablo 1

tablo 2

Bulgular	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4
Ateş	7 hasta(%11,6)	3 hasta (%5)	Yok	4 hasta (%6)
Hospitalizasyon	%10	%1,6	Yok	%5
Sepsis	%3	Yok	Yok	%1,6
İdrar kültüründe üreme	%10	%1,6	Yok	Yok
Kan kültüründe üreme	%3	%1,6	Yok	Yok





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-005]

Erken Başlayan Prostat Kanserinde HPV'nin Rolü

İbrahim Erkut Avcı, Hasan Yılmaz, Murat Sayan, Enes Abdullah Baynal, Büşra Yaprak Bayrak
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, erken başlangıçlı prostat kanserinde insan papilloma virüsünün (HPV) rolünü araştırmak amacıyla HPV DNA tespiti ve genotiplendirmesi yapmak ve olası onkojenik mekanizmaları ortaya koymak için p16INK4a proteininin immünohistokimyasal boyamasını gerçekleştirmektir.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif moleküler ve epidemiyolojik çalışmaya, 2010 ile 2021 yılları arasında 55 yaş ve altında prostat kanseri tanısı almış, ailevi prostat kanseri öyküsü olmayan ve tıbbi kayıtları eksiksiz olan hastalar dahil edilmiştir. Formalinle fikse edilmiş, parafin bloklara gömülü (FFPE) prostat biyopsi örneklerinde, 32 farklı HPV genotipini hedefleyen multipleks PCR yöntemiyle HPV DNA analizi yapılmıştır. Ayrıca p16INK4a proteininin ekspresyonunu değerlendirmek amacıyla immünohistokimyasal boyama uygulanmıştır. HPV pozitif ve HPV negatif vakalar arasında PSA düzeyleri, Gleason skoru, ISUP derecesi ve EAU risk grubu gibi klinik veriler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Vakaların %26,7'sinde HPV DNA tespit edilmiştir ve en sık rastlanan genotip HPV 62 olmuştur. Üç vakada birden fazla HPV genotipi belirlenmiştir. HPV pozitif tümörlerin %91,7'sinde, HPV negatif tümörlerin ise %69,7'sinde p16INK4a pozitifliği gözlenmiştir ($p=0,240$). HPV pozitif hastalar, HPV negatif hastalara kıyasla daha yüksek ISUP derecelerine sahipti ($p=0,029$) ve orta ya da yüksek risk gruplarında yer alma olasılıkları daha fazlaydı ($p=0,02$). PSA düzeyleri veya Gleason skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Bu erken başlangıçlı prostat kanseri serisinde, olguların dörtte birinden fazlasında HPV DNA'sı saptanmış olup, HPV pozitif tümörlerde p16INK4a immünreaktivitesinin arttığı görülmüştür. Bu bulgular, HPV enfeksiyonu ile prostat tümör biyolojisi arasında olası bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. HPV'nin prostat kanserindeki rolünü netleştirmek için daha büyük hasta gruplarında ve daha detaylı moleküler analizlerle yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Erken başlangıç, İnsan papilloma virüsü (HPV), p16INK4a, Onkogenez

HPV pozitif ve HPV negatif hastalar arasında klinik, patolojik ve biyobelirteç özelliklerin karşılaştırılması





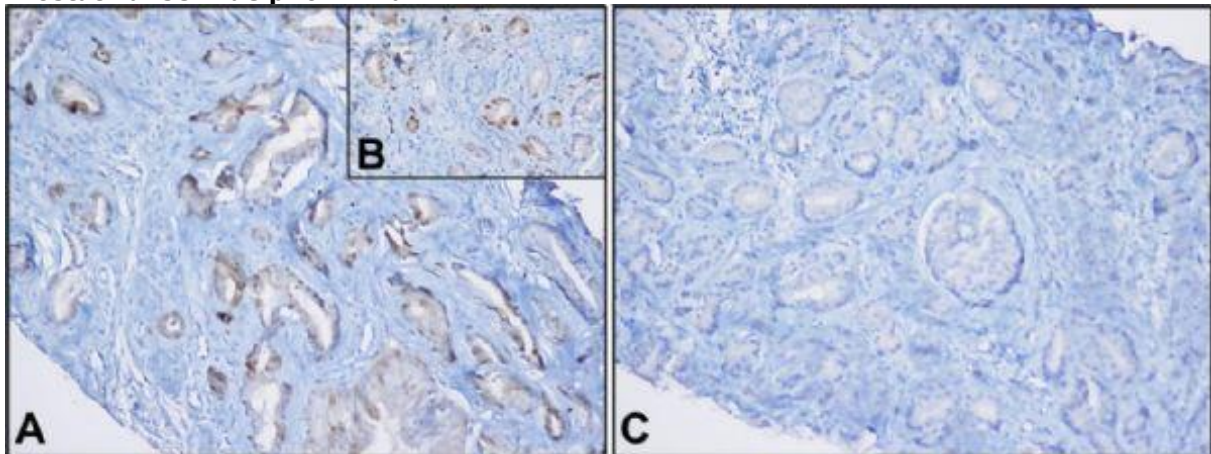
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Özellikler	HPV (+) n=12	HPV (-) n=33	P değeri
Yaş (yıl), medyan (IQR)	54,0 (53,00–55,00)	53,0 (50,50–55,00)	0,276 ¹
Prostat hacmi (cm ³), medyan (IQR)	28,1 (19,90–37,68)	27,0 (19,00–33,20)	0,464 ¹
Total PSA düzeyi (ng/mL), medyan (IQR)	9,3 (3,68–33,65)	8,1 (5,08–11,13)	0,878 ¹
Serbest PSA düzeyi (ng/mL), medyan (IQR)	0,9 (0,37–5,52)	1,1 (0,70–2,44)	0,376 ¹
Serbest PSA yüzdesi (%), medyan (IQR)	10,7 (6,23–21,76)	15,9 (11,40–24,04)	0,124 ¹
PSA yoğunluğu (ng/mL/cm ³), medyan (IQR)	0,37 (0,12–1,17)	0,30 (0,18–0,62)	0,878 ¹
Pozitif iğne biyopsi sayısı, medyan (IQR)	1,5 (1–7)	2 (1–4)	0,784 ¹
Toplam Gleason Skoru, medyan (IQR)	7 (7–8)	7 (6–7)	0,078 ¹
ISUP Derecesi, medyan	3 (2–4)	2 (1–3)	0,029 ¹
• Derece = 1, n (%)	1 (%8,3)	16 (%48,5)	0,017 ²
• Derece ≥ 2, n (%)	11 (%91,7)	17 (%51,5)	
PSA Seviyesi <10, n (%)	6 (%50,0)	23 (%69,7)	0,296 ²
PSA Seviyesi ≥10, n (%)	6 (%50,0)	10 (%30,3)	
Klinik evre T1–T2a, n (%)	9 (%75,0)	27 (%81,8)	0,682 ²
Klinik evre T2b–c, n (%)	3 (%25,0)	6 (%18,2)	
EAU risk grubu Düşük, n (%)	1 (%8,3)	16 (%48,5)	0,028 ³
EAU risk grubu Orta, n (%)	7 (%58,3)	10 (%30,3)	
EAU risk grubu Yüksek, n (%)	4 (%33,3)	7 (%21,2)	
p16 varlığı, n (%)	11 (%91,7)	23 (%69,7)	0,240 ²

Prostat kanserinde p16INK4a



(A-B) Nükleer ve sitoplazmik immünreaktivitenin orta ila şiddetli düzeyde olduğu, immünohistokimyasal olarak pozitif boyanmış prostatik asinar tümöral bezler (x200).

(C) Doku genetik olarak HPV pozitif olarak tanımlanmış olsa da, immünohistokimyasal olarak negatif reaksiyon göstermiştir (x200).





[SS-006]

Radikal Prostatektomi Sonrası Cerrahi Sınır Pozitifliği: Orta ve Yüksek Riskli Prostat Kanserinde Preoperatif Belirteçlerin Rolü

Mahmut Çalışkan¹, Abdullah Altunhan¹, Ömer Faruk İnce¹, İbrahim Göksoy², Yunus Emre Göger¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya

²SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen malignitelerden biridir. Radikal prostatektomi sonrası cerrahi sınır (CS) pozitifliği, onkolojik sonuçları doğrudan etkileyen önemli bir prognostik faktördür. Bu çalışmada, orta ve yüksek riskli prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi yapılan hastalarda preoperatif belirteçler ile cerrahi sınır pozitifliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2016–2024 yılları arasında kliniğimizde prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi yapılan 435 hasta retrospektif olarak tarandı. Preoperatif PSMA PET/BT çekilmiş olan 73 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 42'si yüksek risk, 31'i orta risk grubundaydı. Orta risk grubunda 17 hasta "favorable", 14 hasta "unfavorable" olarak sınıflandırıldı.

Cerrahi sınır pozitifliği, patoloji raporları üzerinden kaydedildi.

Preoperatif PSA, PSA dansitesi, prostat volümü, ISUP grade, PIRADS skoru, SUVmax değerleri ve pozitif kadran sayısı analiz edildi.

Cerrahi sınır pozitifliği ile preoperatif parametreler arasındaki ilişki, t-testi, Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyonu ile değerlendirildi.

Anlamlı değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile modele alındı.

Bulgular: Toplam 73 hastanın 37'sinde (%50,7) cerrahi sınır pozitifliği (CS+) izlendi. CS+ hastaların 29'u yüksek risk, 8'i orta risk grubundaydı. Orta risk grubundaki CS+ hastaların 6'sı "unfavorable" sınıfındaydı.

CS+ hastalarda ortalama SUVmax değeri 17,46, CS- hastalarda ise 12,66 idi.

İstatistiksel analizlerde:

Pozitif kadran sayısı ($p<0,001$), PIRADS skoru ($p=0,038$), PSA düzeyi ($p=0,017$), ISUP grade ($p=0,01$) cerrahi sınır pozitifliği ile anlamlı ilişkili bulundu.

Spearman korelasyon analizinde:

PSA düzeyi ile düşük düzeyde ($r=0,280$, $p=0,016$), Pozitif kadran sayısı ile orta düzeyde ($r=0,427$, $p<0,001$), PIRADS skoru ile orta düzeyde ($r=0,302$, $p=0,037$), ISUP grade ile orta düzeyde ($r=0,385$, $p<0,001$) ilişki saptandı.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde de bu parametrelerin cerrahi sınır pozitifliğini öngörmeye bağımsız prediktörler olduğu görüldü.

Sonuç: Radikal prostatektomi sonrası cerrahi sınır pozitifliği, özellikle yüksek risk grubunda daha sık gözlemlendi. Preoperatif PSA düzeyi, PIRADS skoru, ISUP grade ve pozitif kadran sayısı, cerrahi sınır pozitifliğini öngörmeye anlamlı prediktörlerdi. Bu parametrelerin ameliyat öncesi değerlendirmeye dahil edilmesi, hasta yönetimi ve cerrahi planlamada yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, Radikal Prostatektomi, Cerrahi Sınır, Preoperatif Belirteçler



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Anlamli Çıkan Değerlerin Cerrahi Sınır Pozitifliği İle Arasındaki İlişki

Correlations

Spearman's rho	Cerrahi Sınır	Correlation Coefficient	Cerrahi Sınır	PSA düzeyi
			1.000	.280*
		Sig. (2-tailed)	.	.016
		N	73	73
	PSA düzeyi	Correlation Coefficient	.280*	1.000
			.016	.
		N	73	73

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho	Cerrahi Sınır	Correlation Coefficient	Cerrahi Sınır	Pozitif Kadran Sayısı
			1.000	.427**
		Sig. (2-tailed)	.	<.001
		N	73	73
	Pozitif Kadran Sayısı	Correlation Coefficient	.427**	1.000
			<.001	.
		N	73	73

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho	Cerrahi Sınır	Correlation Coefficient	Cerrahi Sınır	PIRADS
			1.000	.302*
		Sig. (2-tailed)	.	.037
		N	73	48
	PIRADS	Correlation Coefficient	.302*	1.000
			.037	.
		N	48	48

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho	Cerrahi Sınır	Correlation Coefficient	Cerrahi Sınır	ISUP grade
			1.000	.385**
		Sig. (2-tailed)	.	<.001
		N	73	73
	ISUP grade	Correlation Coefficient	.385**	1.000
			<.001	.
		N	73	73

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anlamli Çıkan Değerlerin Spearman Korelasyonu İle Cerrahi Sınır Pozitifliği İle Arasındaki İlişki Değerlendirilmiştir.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Cerrahi Sınır Negatif/Pozitif Olmasına Göre Verilerin Değerleri

Descriptive Statistics											
Cerrahi Sınır	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis		
Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	
Negatif YAŞ	36	46	78	65.22	6.891	47.492	-.771	.393	1.009	.768	
PSA düzeyi	36	3.70	625.00	32.3300	103.80125	10774.700	5.639	.393	32.792	.768	
Prostat Volümü	36	15	190	56.33	31.191	972.857	2.439	.393	9.168	.768	
PSA dansitesi	36	.06	18.92	6.1742	4.51354	20.372	1.035	.393	.837	.768	
PIRADS	22	2	5	3.95	.999	.998	-.848	.491	-.055	.953	
ISUP grade	36	1	5	2.69	1.283	1.647	.957	.393	-.397	.768	
Pozitif Kadran Sayısı	36	1	12	5.19	3.267	10.675	.592	.393	-.658	.768	
PSMA suv-max	36	2.00	1638.00	76.1658	289.70941	83931.545	4.990	.393	25.981	.768	
Risk grubu	34	1	3	2.38	.604	.365	-.395	.403	-.599	.788	
Klinik Evre	36	3	8	4.39	1.498	2.244	.794	.393	-.241	.768	
Valid N (listwise)	20										
Pozitif YAŞ	37	50	75	65.19	5.532	30.602	-.850	.388	1.115	.759	
PSA düzeyi	37	.90	221.00	33.6568	44.03620	1939.187	2.783	.388	9.076	.759	
Prostat Volümü	37	30	265	69.46	44.481	1978.589	2.778	.388	10.077	.759	
PSA dansitesi	37	.36	86.67	7.0245	14.19654	201.542	5.172	.388	29.270	.759	
PIRADS	26	2	5	4.46	.859	.738	-1.510	.456	1.459	.887	
ISUP grade	37	1	5	3.68	1.270	1.614	-.289	.388	-1.318	.759	
Pozitif Kadran Sayısı	37	3	14	8.19	3.213	10.324	.000	.388	-1.204	.759	
PSMA suv-max	37	4.03	141.00	20.6419	23.30602	543.170	4.013	.388	20.232	.759	
Risk grubu	34	1	3	2.47	.662	.439	-.884	.403	-.247	.788	
Klinik Evre	37	3	9	5.14	1.858	3.453	.204	.388	-1.211	.759	
Valid N (listwise)	23										

Cerrahi Sınır Negatif/Pozitif Olmasına Göre Verilerin Değerleri

Cerrahi Sınır Negatif/Pozitif Olmasına Göre Verilerin Değerlendirilmesi

	Cerrahi Sınır	N	Mean Rank	Sum Of Ranks
PSA Dansitesi	Negatif	36	40.58	1461.00
	Pozitif	37	33.51	1240.00
	Total	73		
PIRADS	Negatif	22	20.32	447.00
	Pozitif	26	28.04	729.00
	Total	48		
PSMA SUV-MAX	Negatif	36	32.54	1171.50
	Pozitif	37	41.34	1529.50
	Total	73		
Risk Grubu	Negatif	34	32.90	1118.50
	Pozitif	34	36.10	1227.50
	Total	68		
PSA Düzeyi	Negatif	36	31.01	1116.50
	Pozitif	37	42.82	1584.50
	Total	73		





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Prostat Volümü	Negatif	36	33.71	1213.50
	Pozitif	37	40.20	1487.50
	Total	73		
ISUP Grade	Negatif	36	29.14	1049.00
	Pozitif	37	44.65	1652.00
	Total	73		

Cerrahi sınır negatif ve pozitif olanlar arasında verilerin farklı olup olmadığı mann-whitney u testi ile değerlendirildi.





[SS-007]

Laparoskopik Radikal Prostatektomide Cerrahi Sınır Özelliklerinin Prognostik Önemi

Ertuğrul Köse¹, Murat Gülşen², Onur Kalaycı³, Mehmet Necmettin Mercimek⁴, Yakup Bostancı²,
Yarkın Kamil Yakupoğlu², Şaban Sarıkaya², Ender Özden²

¹Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun, Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

⁴Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun, Türkiye

Amaç: Bu çalışmamızda kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) operasyonlarının patolojik değerlendirilmesinde cerrahi sınır pozitifliğinin prognostik öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2010 – Ocak 2025 tarihleri arasında lokal veya lokal ileri prostat kanseri tanısı olan, kliniğimizde LRP operasyonu gerçekleştirilen toplam 620 hasta çalışmaya dahil edildi. Neoadjuvan kemoterapi, hormonoterapi veya radyoterapi özgeçmişli olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik, operatif ve postoperatif verileri retrospektif olarak kanaliz edildi. Nicel değişkenlerin analizi için bağımsız örnekler T testi, kategorik verilerin analizi için Ki-kare testi kullanıldı. Biyokimyasal nüks riski üzerine etkili parametrelerin değerlendirilmesi için Cox regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, operatif ve onkolojik verileri Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo1’de sunulan verilere göre, cerrahi sınır pozitifliği olan ve olmayan hasta grupları arasında çeşitli parametreler karşılaştırılmıştır. Pozitif cerrahi sınır grubunda, preoperatif total PSA düzeyi, ileri klinik T evresi ve N evresi ile daha yüksek patolojik Gleason skoru (≥ 7) ve ileri patolojik T evresi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,018$). İki grup arasında yaş, prostat volumü, biyopsi Gleason skoru, biyokimyasal nüks oranı ve takip süresi açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo2, hangi faktörlerin bağımsız olarak nüks riskini artırdığını ortaya koymaktadır. Univariate analizde birçok faktör anlamlı görünse de, multivariate analizde patolojik lenf nodu pozitifliği biyokimyasal nüks riski açısından en güçlü bağımsız risk faktörü iken ($HR:2,76$, $p=0,013$), apeks yerleşimli pozitif cerrahi sınırda nüks riski negatif cerrahi sınıra göre 2,39 kat artmaktadır ($p=0,006$). Yine ileri patolojik evre (T3a) nüks riski açısından güçlü bir bağımsız faktör olarak elde edilmiştir ($HR:1,93$, $p=0,018$).

Sonuç:

Laparoskopik radikal prostatektomi yapılan olgularda cerrahi sınır pozitifliği, özellikle apeks lokalizasyonunda bulunduğu biyokimyasal nüks riskini anlamlı şekilde artırmaktadır. Multivaryant analizde patolojik lenf nodu pozitifliği ve ileri patolojik evre (T3a) bağımsız prognostik faktörler olarak öne çıkmıştır. Bu bulgular, cerrahi sırasında özellikle apeks bölgesinde dikkatli disseksiyon yapılmasının ve yüksek riskli olguların daha yakın takip edilmesinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, radikal prostatektomi, üroonkoloji





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Tablo 1. Cerrahi Sınır Durumuna Göre Hastaların Demografik, Operatif ve Patoloji Verileri			
	Cerrahi Sınır		p
	Negatif (n=520)	Pozitif (n=120)	
Yaş (yıl)	63,61±7,85	63,76±7,18	0,988
BMI	28,01±2,88	28,05±4,27	0,860
Preoperatif TPSA (ng/ml)	11,10±16,19	15,10±15,96	0,041
Prostat volumü	47,02±22,64	48,22±22,48	0,493
Biyopsi Gleason Skoru			
6	238	46	0,304
7	210	53	
≥8	65	19	
Klinik T Evresi			
T1	201 ^a	40 ^a	0,018
T2	243 ^a	52 ^a	
T3	61 ^a	26 ^b	
Klinik N Evresi			
N0	289 ^a	72 ^b	0,025
N1	85 ^a	36 ^b	
Sınır Korumucu Cerrahi			
Yapılmadı	316	80	0,054
Unilateral	112	14	
Bilateral	92	26	
Radikal Prostatektomi			
Gleason Skoru			
6	93 ^a	15 ^b	0,013
7	304 ^a	88 ^a	
≥8	30 ^a	16 ^b	
Patolojik T Evresi			
T2	343 ^a	42 ^b	<0,001
T3a	108 ^a	40 ^b	
T3b	69 ^a	38 ^b	
Patolojik N Evresi			
Nx	290 ^a	56 ^a	0,003
N0	201 ^a	47 ^a	
N1	29 ^a	17 ^b	
Biyokimyasal rekürrens			
Yok	395	82	0,084
Var	125	38	
Takip süresi (ay)	35,03±14,27	32,92±15,24	0,26

a-b: Aynı harfi temsil eden değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2

Tablo 2. Değişkenlerin Biyokimyasal Nüks Riski Üzerine Cox Regresyon Analizi

	Univariate		Multivariate	
	Hazard Ratio (%95 CI)	p	Hazard Ratio (%95 CI)	p
Yaş (yıl)	0,999 (0,979-1,019)	0,903	0,983 (0,952-1,014)	0,275
BMI	0,987 (0,937-1,040)	0,629	1,033 (0,966-1,105)	0,342
Preoperatif TPSA (ng/ml)	1,005 (0,999-1,011)	0,101	0,999 (0,987-1,010)	0,836
Prostat volumü	1,002 (0,995-1,009)	0,617	1,005 (0,884-1,016)	0,355
Biyopsi Gleason Skoru				
6	Referans			
7	1,143 (0,810-1,614)	0,447	0,825 (0,442-1,539)	0,546
≥8	1,541 (0,9922,394)	0,054	1,153 (0,546-2,434)	0,708
Klinik T Evresi				
T1	Referans			
T2	1,583 (1,087-2,306)	0,017	1,474 (0,827-2,630)	0,188
T3	2,437 (1,566-3,793)	<0,001	1,437 (0,689-2,999)	0,334
Klinik N Evresi				
N0	Referans			
N1	2,113 (1,413-3,160)	<0,001	1,235 (0,706-2,161)	0,46
Sinir Koruyucu Cerrahi				
Yapılmadı	Referans			
Unilateral	2,527 (1,8493,578)	<0,001	1,377 (0,681-2,785)	0,374
Bilateral	0,842 (0,510-1,388)	0,499	1,218 (0,670-2,213)	0,518
Radikal Prostatektomi				
Gleason Skoru				
6	Referans			
7	1,307 (0,752-2,270)	0,342	2,343 (0,811-6,770)	0,116
≥8	2,378 (1,192-4,741)	0,014	2,288 (0,667-7,854)	0,188
Patolojik T Evresi				
T2	Referans			
T3a	1,804 (1,261-2,580)	0,001	1,933 (1,122-3,332)	0,018
T3b	1,816 (1,228-2,686)	0,003	1,537 (0,778-3,037)	0,216
Patolojik N Evresi				
Nx	Referans			
N0	2,959 (2,0624,248)	<0,001	1,518 (0,810-3,110)	0,178
N1	4,021 (2,403-6,727)	<0,001	2,762 (1,236-6,173)	0,013
Cerrahi Sınır				
Negatif	Referans			
Apeks	2,165 (1,295-3,619)	0,003	2,385 (1,277-4,455)	0,006
Orta	0,977 (0,398-2,398)	0,959	1,279 (0,444-3,682)	0,649
Mesane boynu	1,523 (0,668-3,471)	0,317	1,258 (0,492-3,214)	0,631
Multipl	1,258 (0,661-2,396)	0,485	1,389 (0,648-2,976)	0,398





[SS-009]

Kliniğimizde Aktif İzlem Altında Takip Edilen Seçilmiş Prostat Kanseri Tanılı Hastaların Takip Sonuçları

Mustafa Kaba, Serhat Çetin, Ender Cem Bulut, Murat Yavuz Koparal, Ahmet Eren Demirtola, Halit Beşrek, Tefvik Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Aktif izlem, seçilmiş prostat kanseri hastalarında tüm dünyada giderek daha sık tercih edilen bir tedavi yaklaşımıdır. Temel amacı, definitif tedavi şansını kaybetmeden hastaları gereksiz tedavi morbiditesinden korumaktır. Bu çalışmada, aktif izleme alınan hastaların takip sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:

Hastane kayıtları incelenerek 2016-2024 yılları arasında PRIAS kriterlerine göre aktif izleme alınan 62 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara sistematik TRUS ve MR-hedefli biyopsi ile tanı konuldu. Tanı anında PSA <10 ng/mL, klinik evre T1 veya T2a, Gleason skoru 3+3 veya 3+4 (Grade 4 oranı <%10), maksimum pozitif biyopsi odak yüzdesi <=%50 olan hastalar aktif izleme dahil edildi.

Her 3-6 ayda PSA takibi, yıllık dijital rektal muayene, 6-12.ayda konfirmasyon biyopsi sonrasında 4. ve 7.yıl izlem biyopsi şeklinde takip protokolü planlanmış ve uygulanmıştır. Demografik veriler, histopatolojik bulgular, progresyon nedenleri, tedaviye geçiş oranları ve radikal prostatektomi (RP) sonuçları analiz edildi.

Bulgular:

Çalışmaya alınan 62 hastanın medyan takip süresi 19,9 ay, medyan yaşı 64 yıl, başlangıç PSA değeri 5,9 ng/mL ve prostat hacmi 56,5 mL idi. PSA dansitesi ortalama 0,11 ng/mL² bulundu. Hastaların %88,7'si (n=55) düşük, %11,3'ü (n=7) orta risk grubunda yer aldı. (Tablo 1). Takip süresince 16 hasta (%25,8) aktif izlemde definitif tedaviye geçti. Bunların %68,7'sinde (n=11) histolojik progresyon, %31,3'ünde (n=5) hasta tercihi nedeniyle geçiş izlendi. Tümüne RP uygulandı. Ameliyat sonrası hastaların %50'sinde (n:8) klinik önemli prostat kanseri (KÖPK) saptandı (Tablo 2). Olguların %78,6'sını pT2, %21,4'ünü ise pT3 oluşturdu. Tedaviye geçiş nedenleri ile KÖPK arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 3). Hasta tercihi (anksiyete) nedeniyle opere edilenlerde %0 (n:0) KÖPK saptanmazken, histolojik progresyon nedeniyle opere edilenlerin %72,7'sinde (n:8) KÖPK tespit edildi (p=0,026). KÖPK, RP spesimeninde ISUP ≥2 kanser varlığı ve/veya ≥T3 hastalık olarak tanımlandı. Fonksiyonel sonuçlarda; RP sonrası 6. ayda hastaların %81,3'ü tam kontinandı, %18,8'inde stres tip inkontinans saptandı. Eretil disfonksiyon oranı %56,3 (n=9) olarak bulundu. Onkolojik sonuçlara bakıldığında yalnızca 1 hastada (%6,3) biyokimyasal nüks gelişti. Bu hastada pT2 ve cerrahi sonrası 25. ayda PSA düzeyi 0,22 ng/mL izlenmesi üzerine 33 fraksiyonluk salvage radyoterapi uygulandı. Cerrahi uygulanan %93,8'lik (n=15) diğer hastalarda takip süresince biyokimyasal nüks izlenmedi.

Sonuç:

Düşük riskli ve seçilmiş orta riskli lokalize prostat kanserinde aktif izlem, uygun hasta seçimi ve düzenli protokollerle uygulandığında hem onkolojik güvenliği koruyan hem de gereksiz tedavileri önleyen etkili bir yaklaşımdır. Çalışmamız, yalnızca histolojik progresyon geliştiğinde tedaviye geçmenin klinik önemli hastalığın tedavi edilmesinde kritik rol oynadığını, anksiyete kaynaklı cerrahilerin ise gereksiz tedaviye yol açtığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Aktif izlem, Radikal prostatektomi, Takip, Onkolojik sonuçlar



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Median (min-max)
Yaş (yıl)	64 (47-75)
Takip süresi(ay)	19.9(3.9-108.9)
PSA (ng/mL)	5.9 (2.9-16.1)
PSA dansitesi (ng/mL ²)	0.11 (0.04-0.40)
Prostat Hacmi (mL)	56.5(23-136)
Pozitif odak sayısı (n)	2 (1-4)
Maksimum odak yüzdesi (%)	11 (0.3-50)
	n (%)
Prostate kanser risk grubu	
Düşük risk	55 (88.7)
Orta risk	7 (11.3)
cT Stage	
cT1a	1 (1.6)
cT1c	51(82.3)
cT2	10(16.1)

Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Tablo 2

Tablo 2. Aktif İzlemden Tedaviye Geçen Hasta Grubu, %(n)

Tedaviye geçiş oranı	%25,8 (n=16)
Tedaviye geçiş nedenleri:	
• Histolojik progresyon:	%68,7 (n=11)
• Hasta tercihi(anksiyete):	%31,3 (n=5)
Tedavi türleri:	
Radikal prostatektomi	%100 (n=16)
• Postop klinik önemli hasta sayısı	%50 (n=8)
• Postop klinik önemsiz hasta sayısı	%50 (n=8)
Postop ISUP grade:	
1	%50 (n=8)
2	%43,7(n=7)
3	%6,3 (n=1)
Postop pT evresi:	
pT2	%81,2 (n=13)
pT3	%18,8 (n=3)

Aktif İzlemden Tedaviye Geçen Hasta Grubu, %(n)

Tablo.3 Aktif izlemden cerrahiye geçen hastaların klinik önemli prostat kanseri (KÖPK) ilişkisi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Klinik Önemli	Klinik Önemsiz	p
Hasta tercihi(Anksiyete)	0 (%0)	5 (%100)	
Histolojik Progresyon	8 (%72,7)	3 (%27,3)	0.026

Fishers's Exact Test





[SS-010]

HUGO RAS Robotik Cerrahi Sistem Kullanılarak Robotik Radikal Prostatektomi: Türkiye'deki İlk Klinik Deneyim

Barış Esen, Ahmet Gürbüz, Ersin Köseoğlu, Umut Can Karaarslan, Mustafa Müdüroğlu, Derya Tilki, Abdullah Erdem Canda, Yakup Kordan, Mevlana Derya Balbay, Tarık Esen
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Bu çalışmada Medtronic HUGO RAS robotik cerrahi sistem kullanılarak ülkemizde gerçekleştirilen ilk robotik radikal prostatektomi (RARP) sonuçlarının bildirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:

Koç Üniversite Hastanesi'nde Mart 2025 – Eylül 2025 tarihleri arasında robotik cerrahi konusunda deneyimli 4 cerrah tarafınca Medtronic HUGO RAS robotik cerrahi sistem kullanılarak gerçekleştirilmiş olan RARP vakaları retrospektif olarak incelendi (Resim 1). Tüm hastaların tedavi demografik (yaş, vücut kitle indeksi[VKI]), ve klinik özellikler (serum PSA, PSA dansitesi, prostat volümü [multiparametrik MRG ölçümü], prostat biopsi gleason skor) ve tüm cerrahiler için kurulum ve robotun bağlanma süreleri (docking time), konsol süresi ve sinir koruma durumları kayıt altına alındı. Postoperatif serum PSA değerleri ve erken fonksiyonel sonuçlar değerlendirildi. Tam kontinans ped kullanma ihtiyacı olmaması olarak tanımlandı.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 16 hastanın ortalama yaşı 64 yıl (IQR: 59 – 67) ve ortalama VKI 26.1 kg/m² (IQR: 25.6 – 28.3) idi. Hastaların ilk tanı anında ortalama serum PSA değeri 5.01 ng/dL idi ve D'Amico-EAU risk klasifikasyonuna göre hastaların 9'u (%56.3) orta riskli iken, 7'si (%43.8) düşük riskliydi. Ortalama prostat volümü 47.5 cc (min: 28 – max: 105) olarak ölçüldü. Tüm ameliyatlar Medtronic HUGO RAS robotik cerrahi sistem ile tamamlandı. Ortalama docking süresi 8.5 dk (IQR: 6.2 – 10.6) ve ortalama konsol süresi 2.3 (IQR: 2.1 – 2.9) saat olarak bulundu. Ameliyatlar 15 hastada transperitoneal, bir hastada ise ekstraperitoneal olarak ve robotun 4 kolu da kullanılarak gerçekleştirildi. Hastaların 9'unda (%56.3) bilateral, 7'sinde (%43.8) ise unilateral olarak sinir korunabildi. Ortalama hastanede yatış süresi 4 gündü (IQR: 3-6).ve intraoperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif süreçte is sadece 1 hastada Clavien Dindo 2 komplikasyon (ileus) gelişti. 3 hastada GG4 hastalık, 1 hastada GG3 hastalık, 11 hastada GG2, ve 1 hastada GG1 hastalık saptandı. 9 hastada ekstraprostatik uzanım olduğu görülürken (pT3a), kalan 7 hastada tümör prostata sınırlı (pT2) bulundu. Hastaların 9'unda cerrahi sınır pozitifliği. Hiçbir hastada PSA persistansı (>=0.1 ng/dL) izlenmedi. Erken dönem takibine (ortalama 2 ay takip süresi) ulaşılabilen 13 hastanın 8'inde (%61.5) tam kontinans sağlanmış olup, kalan 5 hasta >=1 ped kullanmaktadır.

Sonuç:

Medtronic HUGO RAS robotik cerrahi sistem ile radikal prostatektomi konusundaki ilk deneyimlerimiz cerrahinin güvenilir ve tekrarlanabilir olduğunu göstermekte olup, erken dönem onkolojik ve fonksiyonel sonuçları umut vaatetmektedir. Bu cerrahi robotik sistemin sonuçlarını diğer robotik cerrahi sistemlerin sonuçları ile karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Medtronic HUGO RAS, Robotik, Radikal prostatektomi

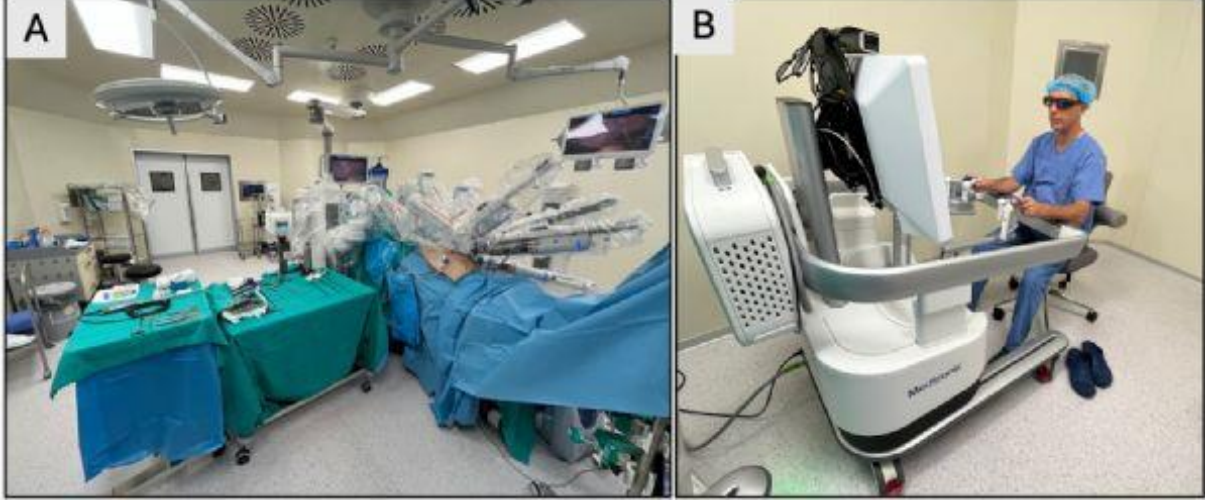


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



Medtronic HUGO RAS robotik cerrahi sistem ile robot yardımlı radikal prostatektomi ameliyathane düzeni





[SS-011]

Oligometastatik Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Metastaza Yönelik Tedavinin Etkinliği

Ceyhan Özdemiroğlu¹, Ece Ercan², Kader Ada Doğan¹, Murat Kars¹, İlknur Alsan Çetin², Haydar Kamil Çam¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Amaç: Oligometastatik prostat kanseri, sınırlı metastatik yük ile seyreden ve klasik yaygın metastatik hastalıktan farklı biyolojik davranış profiline sahip olduğu düşünülen bir klinik alt grup olarak tanımlanmaktadır. Bu hasta grubunda metastatik odaklara yönelik lokal tedavilerin sağkalıma potansiyel katkısı güncel konulardan biridir. Güncel literatürde lokal tedavilerin hastalık progresyonunu geciktirebileceği ve sağkalımı uzatabileceğine dair artan sayıda klinik çalışma dikkati çekmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda oligometastatik prostat kanseri tanılı hastalarda lokal küratif tedaviye ek olarak metastatik lezyonlara uygulanan radyoterapi (RT) bazlı tedavi stratejisinin sağkalım üzerine etkisi retrospektif değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: 2009–2020 yılları arasında kliniğimize başvurmuş oligometastatik prostat kanseri tanılı 40 hastanın verileri retrospektif incelendi. Oligometastatik hastalık, en fazla 5 kemik ve/veya lenf nodu metastazı (ESTRO-ASTRO Protokolü) varlığı ile tanımlandı. Prognozu etkileyebilecek ek malignite öyküsü bulunanlar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalar lokal küratif tedaviye (Radyoterapi veya radikal prostatektomi) ek olarak hormonal tedavi (LHRH analogu) aldı. Hastalar, metastatik odaklara yönelik RT uygulananlar ve uygulanmayanlar olarak iki gruba ayrıldı ve her iki grupta 5 yıllık genel sağkalım oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 40 hastanın tanı anındaki median yaşı 67 yıl (53–83) idi. Median total PSA düzeyi 29,1 ng/mL (4,8–454), total testosteron düzeyi 340 ng/dL (204–556) olarak saptandı. Median takip süresi 60 ay (9–60) idi. Hastaların LHRH analogu kullanım süresinin median değeri 3 yıl (1–5 yıl) idi. Lokal küratif tedavi olarak 5 hastaya (%12,5) radikal prostatektomi uygulanıp, 35 hastaya (%87,5) radyoterapi verildi. Metastatik odaklara yönelik RT uygulanan grup (16 hasta, %40) ile uygulanmayan grup (24 hasta, %60) Kaplan–Meier analiziyle karşılaştırıldı. Median sağkalım süresi RT almayanlarda 52,5 ay (GA: 46,6–58,4), RT alanlarda 56,4 ay (GA: 52,2–60,6) idi. İki grup arasında fark olmasına rağmen Log-rank testi sonucunda anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,379).

Sonuç: Bu retrospektif kohortta lokal küratif tedaviye ek olarak metastatik odaklara yönelik RT uygulamasının; 5 yıllık takipte genel sağkalımı yaklaşık 4 ay arttırdığı görüldü. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Retrospektif çalışma olması, sınırlı hasta sayısı ve kısa takip süresi istatistiksel farklılığı engelleyen faktörler olarak düşünüldü. Bu veriler ışığında; daha geniş serileri içeren, prospektif ve uzun takipli çalışmalarla metastaza yönelik lokal tedavilerin sağkalım üzerindeki etkinliğinin daha net ortaya konabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Oligometastatik Prostat Kanseri, Metastaza Yönelik Tedavi, RT(Radyoterapi), Sağkalım



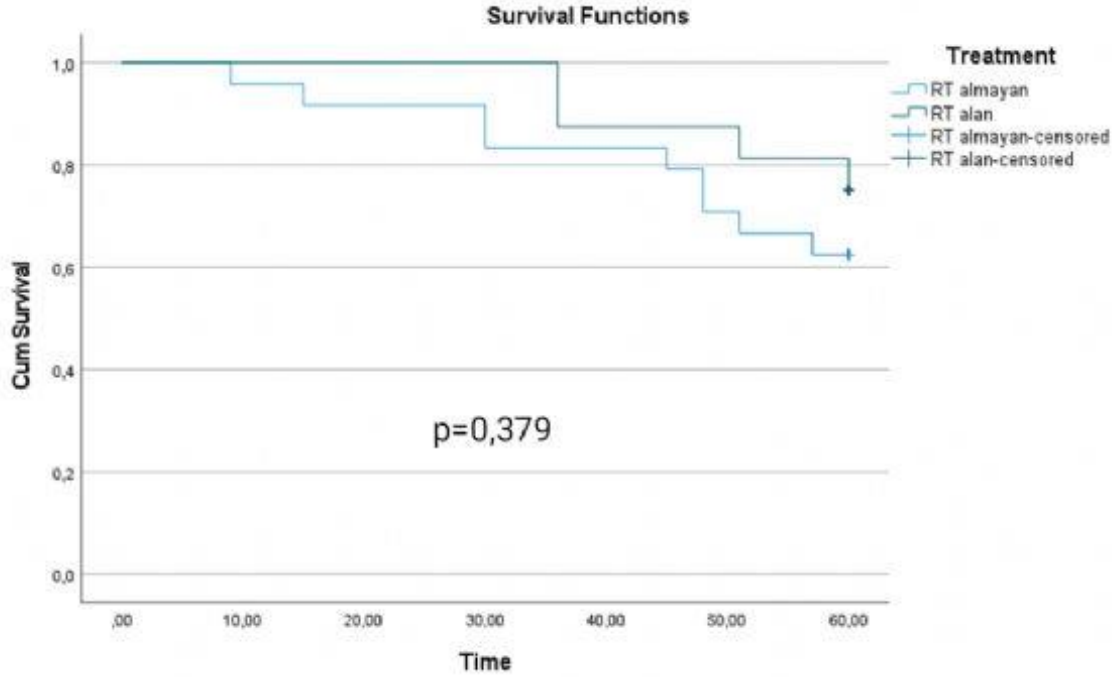


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Kaplan-Meier Sağkalım Eğrisi (5 Yıllık Genel Sağkalım)





[SS-012]

Biopsi-Naive Hastalarda Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Tabanlı Perilezyonel Transperineal Biyopsisinin Rolüne İlişkin Çok Merkezli Prospektif Seri; Erken Dönem Sonuçlarımız

Çağrı Akpınar¹, Eralp Kubilay², Ahmet Doruk Güler¹, Ferhat Eren², Muhammed Arif İbiş¹, Mehmet İlker Gökçe¹, Ömer Gülpınar¹, Sümer Baltacı¹, Evren Süer¹

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

²Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

Amaç:

Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemesinde (mpMRI) görünür lezyonu olan hastalarda, Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzları, sistematik biyopsiye (SBx) alternatif olarak mpMRI hedefli biyopsinin (TBx) perilezyonel biyopsi (PLBx) ile kombinasyonunu önermektedir; ancak bu konuda sınırlı kanıt bulunmaktadır. Bu çalışmada, PLBx'nin tanısal performansı diğer standart sistematik biyopsi stratejisiyle karşılaştırılarak, PI-RADS skoruna göre etkisi değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:

PI-RADS ≥ 3 lezyonu olan ve iki ayrı başvuru merkezinde, Aralık 2024 - Temmuz 2025 arasında, TBx+SBx uygulanan 97 hastalık bir kohort kullanıldı. Birincil sonuç ölçütü, TBx+PLBx ile TBx+SBx biyopsilerinin klinik olarak anlamlı prostat kanseri (csPCa) (ISUP GG ≥ 2) saptamadaki başarısı idi. Sonuçlar, ayrıca PI-RADS skoruna göre alt gruplara ayrıldı. PLBx örnekleri, kognitif olarak belirlenen mpMRI lezyonuna bitişik prostat sektörlerinden alınan örnekler olarak tanımlandı. Ayrıca biyopsi stratejileri arasında klinik olarak önemsiz prostat kanseri (cisPCa ISUP GG 1) saptanması da değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme Ki-kare testi ile analiz edildi.

Bulgular:

csPCa saptanma oranı genel olarak %48.5 idi. TBx+SBx, TBx+PLBx csPCa saptanma oranları benzerdi (%48.5'e karşı %46.4) (Tablo 1). Alt grup analizinde PI-RADS 3 (%16.7'ye karşı %11, $p=0.35$), PI-RADS 4 (%40.5 karşı %35.7, $p=0.422$) ve PI-RADS 5 (%75.7'ye karşı %73, $p=0.786$) lezyonlarında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2). cisPCa saptama oranları tüm kohortta benzerdi (Tablo 1), fakat alt grup analizinde PIRADS 3 lezyonlarda TBx+SBx grubunda daha yüksekti (%16.7 vs %5.6 $p=0.042$) (Tablo 2).

Sonuç:

Erken dönem sonuçlarımız TBx+PLBx'in csPCa saptamada TBx+SBx ile benzer başarıya sahip olduğunu gösterdi. Bununla birlikte TBx+PLBx, cisPCa oranını azaltmak amacıyla özellikle PI-RADS 4-5 lezyonlarında düşünülebilir. PI-RADS 3 lezyonlarda ise daha yüksek cisPCa oranının ile birlikte, hafif yüksek csPCa oranları TBx+SBx stratejisini hala ön planda tutmaktadır. Yüksek hasta sayılı prospektif çalışmalar ile erken dönem sonuçlarımızın desteklenmesi pratik yaklaşımın değiştirilmesi açısından önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: transperineal prostat biyopsisi, multiparametrik prostat MRI, perilezyonel biyopsi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Demografik ve Klinik Karakteristik Özellikler

Parameters	Overall
Age, median (IQR)	68 (61-72)
Preoperative PSA (ng/ml)	6.9 (5.2-11.1)
MRI prostate volume (ml), median (IQR)	49 (39-79)
Preoperative PSA _d , median (IQR)	0.14 (0.09-0.18)
mpMRI based (iT) local stage, n (%)	
≤cT2	77 (79.4%)
cT3a	13 (13.4%)
cT3b	7 (7.2%)
mpMRI tumor location, n (%)	
Transitional zone	17 (17.5%)
Peripheral zone	80 (82.5%)
mpMRI PI-RADS score, n (%)	
PI-RADS 3	18 (18.6%)
PI-RADS 4	42 (43.3%)
PI-RADS 5	37 (38.1%)
mpMRI index lesion diameter, median (IQR)	13 (9-18)
Overall PCa detection rate, n (%)	67/97 (69.1%)
Overall csPCa detection rate, n (%)	47/97 (48.4%)
ISUP grade at biopsy histopathology, n (%)	
Benign	30 (30.9%)
Grade 1	20 (20.6%)
Grade 2	17 (17.5%)
Grade ≥ 3	30 (30.9%)
csPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	45/97 (46.4%)
TBx+SBx	47/97 (48.5%)
cisPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	16/97 (16.5%)
TBx+SBx	18/97 (18.6%)
csPCa detection rate according to PI-RADS score, n (%)	
PI-RADS 3	2/18 (11%)
PI-RADS 4	17/42 (40.5%)
PI-RADS 5	28/37 (75.6%)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PIRADS skoruna göre TBx + SBx ile TBx + PLBx arasındaki csPCa saptama oranı

Parameters (n=97)	csPCa detection rate	P value*	cisPCa detection rate	P value*
PIRADS 3 lesions (n=18)				
TBx + PLBx	2 (11.1%)	0,35	1 (5.6%)	0.044
TBx + SBx	3 (16.7%)		3 (16.7%)	
PIRADS 4 lesions (n=42)				
TBx + PLBx	16 (38%)	0.622	7 (16.6%)	0.182
TBx + SBx	17 (40.5%)		9 (21.4%)	
PIRADS 5 lesions (n=37)				
TBx + PLBx	27 (73%)	0.786	4 (10.8%)	0.233
TBx + SBx	28 (75.7%)		6 (16.2%)	





[SS-013]

PIRADS 3 lezyonlarda hedefli biyopsi kararında lezyon hacminin belirleyiciliği var mı? Yeni bir PSA derivesi

Kadir Şerefhan Erten, Serhat Çetin, Nurşah Sarıduman, Ender Cem Bulut, Metin Onaran, Süleyman Yeşil, Murat Uçar, İpek Işık Gönül, Tefvik Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

PIRADS 3 lezyonlar prostat biyopsisinde gri zonu temsil etmekte olup, klinik önemli prostat kanseri (kõnPKa) oranı düşüktür. Gereksiz biyopsilerin önlenmesi, ancak kõnPKa olgularının atlanmaması için öngörücü parametrelerin doğru belirlenmesi gereklidir. Bu çalışmada, lezyon hacmi, PSA yoğunluğu (PSAD) ve yeni bir türev parametre olan PSAD/lezyon hacmi oranının kõnPKa öngörüsündeki değerleri karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2016–Haziran 2025 tarihleri arasında PIRADS 3 lezyonu bulunan ve hedefli + sistematik biyopsi yapılan 746 hasta ve bu hastaların 917 lezyonu retrospektif olarak incelendi. Klinik, laboratuvar ve manyetik rezonans görüntüleme verilerinden yaş, total PSA (T_PSA), prostat hacmi, PSA dansitesi (PSAD), lezyon hacmi, PSAD/lezyon hacmi oranı (PSAD/LH) ve lezyon lokalizasyonu kaydedildi. Tek değişkenli, çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ve ROC analizi ile prediktif performans karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi

Bulgular

Hastaların demografik, laboratuvar, MRG ve klinik verileri Tablo 1’de sunulmuştur (Tablo 1). Lezyon hacmi ile kõnPKa ilişkisi Resim 1’de belirtilmiştir. Lezyon hacmi ile kõnPKa arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ROC eğrisi analizinde eğri altında kalan alan (AUC) 0.682 olarak ölçülmüş ve 0.65 cc eşik değeri için duyarlılık %76, özgüllük ise %61 olarak bulunmuştur (Resim 1). Bu bulgular, lezyon hacminin belirli bir eşiğin altında olmasının kõnPKa saptanma olasılığını yükselttiğini göstermektedir. 0.65 cc üzeri lezyon hacmine sahip olgularda kõnPKa saptanma oranı %3.7 iken, 0.65 cc altı lezyonlarda bu oran %15 olarak hesaplanmış olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Resim 1).

ROC eğrisi ile değerlendirilen parametreler arasında, PSA dansitesi/lezyon hacmi (PSAD/LH) oranı en yüksek AUC değerine sahip parametre olarak öne çıkmıştır. Bu parametre için AUC değeri 0.792 olarak hesaplanmıştır. Optimum cut-off değeri Youden indeksi kullanılarak 0.21 olarak belirlenmiş olup, bu değer için duyarlılık %78 ve özgüllük %72 bulunmuştur (Resim 2). PSAD/LH oranındaki artış, KõPK saptanma olasılığını anlamlı şekilde artırmaktadır.

Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları değerlendirildiğinde; total PSA, prostat volümü, PSAD, lezyon lokalizasyonu, lezyon hacmi, PRM ile nodül varlığı ve PSAD/LH oranı, kõnPKa’yı öngörmeye istatistiksel olarak anlamlı parametreler olarak belirlenmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, PSAD/LH, lezyon lokalizasyonu ve PRM ile nodül varlığının kõnPKa için bağımsız öngörücü faktörler olduğu gösterilmiştir (Tablo 2).

Sonuç

PIRADS 3 lezyonlarda özellikle 0,65 cc’den küçük lezyonlarda kõnPKa oranı anlamlı derecede yüksektir. PSAD/lezyon hacmi oranı, kõnPKa öngörüsünde güçlü ve bağımsız bir prediktördür. Bu parametrenin biyopsi karar algoritmalarına eklenmesi, gereksiz biyopsileri azaltarak kõnPKa olgularının yakalanma oranını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: pirads 3, lezyon hacmi, kanser öngörme

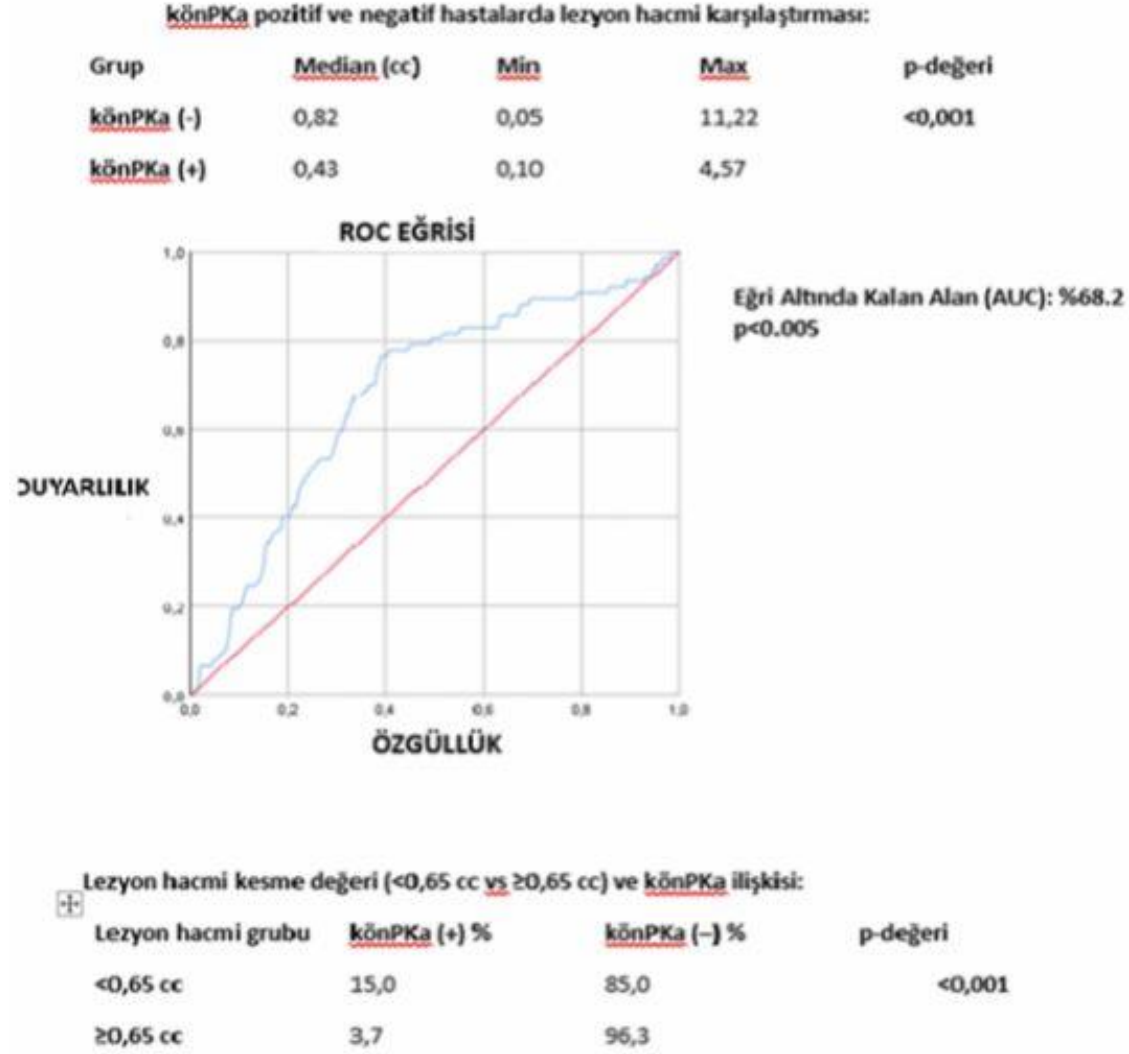


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1: Lezyon hacmi ve könPKa ilişkisi



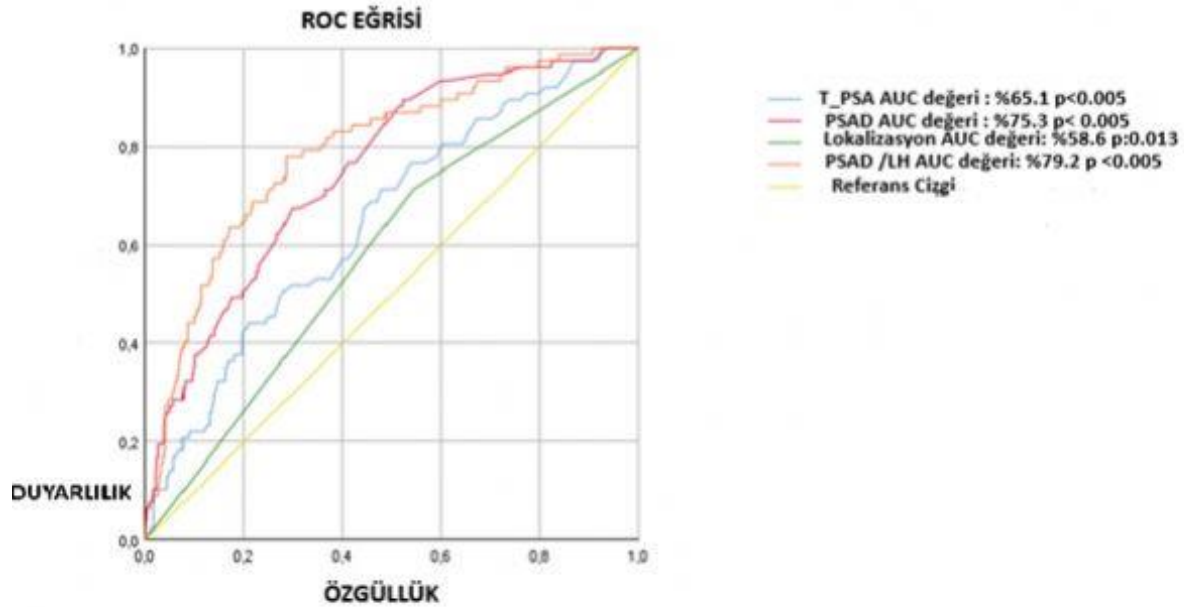
Resim 2: Klinik Olarak Önemli Prostat Kanserinde Tanısal Parametrelerin ROC Eğrisi Karşılaştırması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik, laboratuvar, MRG ve klinik özellikleri (n=917)

Özellik	Değer
Yaş (yıl), [median(IQR)]	64,0 (59,0 – 68,0)
Total PSA (ng/mL), [median(IQR)]	6,2 (4,5 – 9,2)
Prostat hacmi (cc), [median(IQR)]	63,0 (45,0 – 88,0)
PSAD (ng/mL/cc), [median(IQR)]	0,100 (0,060 – 0,170)
Lezyon hacmi (cc), [median(IQR)]	0,760 (0,350 – 1,340)
Lezyon lokalizasyonu	Anterior: 406 (%44.3) Periferik Zone: 511 (%55.7)
könPKa	Var: 77 (%8,4) Yok: 840 (%91,6)

Tablo 2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

	Tek değişkenli lojistik regresyon	Tek değişkenli lojistik regresyon	Tek değişkenli lojistik regresyon	Çok değişkenli lojistik regresyon	Çok değişkenli lojistik regresyon	Çok değişkenli lojistik regresyon
	OR(Exp(B))	95% GA	P değeri	OR(Exp(B))	95% GA	P değeri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Yaş	1.018	0.983- 1.053	0.317	1.022	0.984- 1.060	0.257
Total PSA	1.043	1.019- 1.069	<0.001	-	-	-
Prostat hacmi	0.978	0.968- 0.988	<0.001	-	-	-
PSAD	67.473	17.988- 253.091	<0.001	-	-	-
Lokalizasyon(Anterior- posterior)	2.105	1.261- 3.515	0.004	2.554	1.454- 4.487	0.001
Lezyon hacmi	0.497	0.330- 0.748	0.001	-	-	-
PRM ile nodül varlığı	3.060	1.903- 4.919	<0.001	2.691	1.618- 4.476	<0.001
PSAD/Lezyon hacmi oranı	5.537	3.234- 9.478	<0.001	5.045	2.908- 8.752	<0.001





[SS-014]

The Role of PSMA PET for PSA Persistence After Radical Prostatectomy In Patients Primarily Staged with PSMA PET/CT

Bariş Esen¹, Ahmet Gürbüz¹, Alp Erşan Çağlar¹, Mehmet Onur Demirkol², Abdullah Erdem Canda¹, Yakup Kordan¹, Mevlana Derya Balbay¹, Tarık Esen¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Objective: PSMA PET is recommended for the evaluation of biochemical recurrence or PSA persistence after radical prostatectomy (RP). Nevertheless, limited evidence exists regarding the value of repeating PSMA PET in patients with PSA persistence who have already undergone PSMA PET for primary staging. This study aims to assess the outcomes of PSMA PET performed for PSA persistence in such patients.

Materials-Methods: Patients who underwent RP between January 2014 and September 2025 (n=973) were retrospectively evaluated. Among those, patients without available PSAnadir data were excluded (n=260). PSAnadir was defined as the minimum serum PSA value without receiving any treatment within 6 months after RP. Patients with a PSAnadir ≥ 0.05 ng/dL were recorded. Among patients with a PSAnadir ≥ 0.05 ng/dL, those who both underwent a PSMA PET for primary staging as well as in the imaging of PSMA PET for a PSAnadir of ≥ 0.05 ng/dL were included in the study. The positivity rate of PSMA PET scans performed for postoperative persistently high PSA levels, as well as the detected PSMA-expressing regions, was presented.

Results: Among patients with available PSAnadir data (n=713), PSA persistence (PSAnadir ≥ 0.1 ng/dL) was detected in 48 cases (6.7%), and PSAnadir was ≥ 0.05 ng/dL in 74 cases (10.4%). Of those with a PSAnadir ≥ 0.05 ng/dL, 65 had a prior PSMA PET for primary staging, and 18 underwent a PSMA PET both preoperatively for primary staging and postoperatively before receiving any treatment for persistently high postoperative PSA. The median age was 62.3 years (IQR: 57.3 – 68.4). The median PSAnadir was 0.18 ng/dL, and the median serum PSA at the time of the postoperative PSMA PET scan was 0.25 ng/dL, respectively. The median time interval between the postoperative PSMA PET scan and RP was 4.6 months. The PSMA PET detected at least one PSMA-expressing lesion in 50% of the cases. Among those, PSMA-expressing lymph node metastasis was detected in 7 cases (all had pelvic lymph nodes, and one had retroperitoneal LN metastasis). In the remaining two cases, a PSMA-expressing region was detected in only the prostate bed. In 5 out of 9 cases, postoperative PSMA PET revealed novel PSMA-expressing lesions, while in the remaining 4 cases, lesions were already reported in the preoperative PSMA PET scan. In the case of a retroperitoneal LN being detected, the LN was localized at the paraaortic region just below the left renal artery. The median SUVmax and the size of pelvic LNs were 4.2 and 10 mm, respectively.

Conclusion: This retrospective analysis revealed that PSMA-expressing lesions are detected in only half of the cases in the imaging of persistently high postoperative serum PSA in patients who recently underwent a PSMA PET. Of those, the majority (8 out of 9 cases; 89%) were either localized in the prostate bed or pelvic lymph nodes, suggesting a change in treatment plan in a minority of cases.

Keywords: PSMA, PET, PSA persistence



**[SS-015]****Outcomes and PSA kinetics after Magnetic resonance image-guided stereotactic body radiotherapy for prostate cancer**

Ceren Atahan¹, Neris Dincer¹, Gamze Ugurluer¹, Edanur Celebi², Alper Gül², Taylan Cevahir², Görkem Güngör⁴, Banu Atalar¹, Meric Şengöz¹, Ufuk Abacioğlu¹, Ali Rıza Kural³, Enis Özyar¹

¹Department of Radiation Oncology, Acıbadem MAA University School of Medicine, Istanbul, Turkey

²School of Medicine, Acıbadem MAA University, Istanbul, Turkey

³Department of Urology, Acıbadem MAA University School of Medicine, Istanbul, Turkey

⁴Department of Radiation Oncology, Acıbadem Maslak Hospital, İstanbul, Turkey

Objective: The use of ultra-hypofractionation, also known as stereotactic body radiotherapy (SBRT), is emerging as a treatment for localized prostate cancer. Assessment of the efficacy of treatment response after radiotherapy relies heavily on the monitoring of PSA levels and PSA kinetics. The aim of our study was to evaluate tumor control outcomes with PSA response and toxicity after magnetic resonance image-guided adaptive radiotherapy (MRgRT) for prostate cancer patients.

Materials-Methods: A total of 143 prostate cancer patients treated with MRgRT were included in the study. Treatment was performed with IMRT (step and shoot) technique and daily plan adaptation using MRgRT. All patients received 36.25 Gy in 5 fractions to the prostate and/or seminal vesicles, with 4 patients (2.8%) receiving a simultaneous integrated boost to the dominant intraprostatic lesion to a total dose of 40 Gy in 5 fractions. Outcome measurements included tumor control evaluation with PSA levels, acute and late toxicities. Nadir PSA was defined as the lowest serum PSA value from the time of SBRT completion to date of last follow-up. Biochemical failure was defined using the Phoenix definition (nadir PSA+ 2 ng/mL) or three consecutive rises in PSA. Biochemical failure free survival (bFFS) and distant metastasis free survival (DMFS) were calculated using the Kaplan-Meier method.

Results: The median follow-up for our cohort was 28.6 months (range; 1.3-133.5 months). The median age was 73 years (range; 49-87 years). The median initial PSA (iPSA) was 7.3 ng/mL (range; 0.49-44 ng/mL) for all patients. According to the NCCN guidelines, 15 (10.5%), 92 (64.3%) and 36 (25.2%) patients were in low-, intermediate- and high-risk group, respectively. Forty-three patients (30.1%) received androgen deprivation therapy (ADT). Median time to nadir PSA (nPSA) was 12 months. The median nPSA for all patients was 0.47 ng/mL (range, 0.01-6.38 ng/mL), 51 patients (35.7%) had an nPSA ≤0.2 ng/mL, 23 patients (16.1%) had an nPSA between 0.2 and 0.5 ng/mL, 29 patients (20.3%) had an nPSA between 0.51 and 1 ng/mL and 40 patients (28.0%) had an nPSA ≥1 ng/mL. For patients who didn't receive ADT, median nPSA was 0.7 ng/mL (range; 0.01-6.38 ng/mL). For the patients who received ADT, median nPSA was 0.04 ng/mL (range; 0.01-1.55 ng/mL). There was no Grade ≥3 GU or GI toxicity. For the entire cohort 5- year bFFS and 5-year DMFS was 89.6% and 99%, respectively.

Conclusion: In conclusion, MRgRT represents an efficient method for delivering SBRT with markerless soft tissue visualization, online adaptive planning, and real-time tracking. Our study suggests that ultra-hypofractionation with MRgRT has an acceptable toxicity profile with favorable outcomes and PSA response.

Keywords: Prostate cancer, Mr-guided SBRT, PSA

Nadir PSA Levels after MR-guided SBRT

	All cohort	noADT group	ADT group





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Median nPSA (range)	0.47 ng/mL (0.01-6.38)	0.7 ng/mL (0.01-6.38)	0.04 ng/mL (0.01-1.55)
nPSA ≤0.2 ng/mL (%)	35.7	18.0	76.7
nPSA 0.21 ≤ and ≤0.50 ng/mL (%)	16.1	18.0	11.6
nPSA 0.51 ≤ and ≤1 ng/mL (%)	20.3	26.0	7.0
nPSA >1 ng/mL (%)	28.0	38.0	4.7

Insert at the end of the Results section please.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-016]

Radikal Prostatektomi Sonrası Biyokimyasal Rekürrenste PSMA PET/BT: Pozitiflik Oranları ve Pozitifliği Etkileyen Faktörler

Çağrı Akpınar¹, Ahmet Furkan Özsoy¹, Ezel Aydoğ³, Çiğdem Soydaş², Muhammed Arif İbiş¹, Emre Erdem¹, Evren Süer¹, Abdülkadir Türkölmez¹, Sümer Baltacı¹

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

³Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Literatürde PSMA PET/BT'nin biyokimyasal rekürrens durumunda pozitiflik oranları PSA düzeyine göre değişkenlik göstermekte olup genel olarak %30-%70 arasında bildirilmektedir. Ancak bu oranların gerçek yaşam verilerinde benzer düzeylerde olup olmadığı net değildir. Bu çalışmada, merkezimizde BCR nedeniyle PSMA PET/BT yapılan hastalardaki pozitiflik oranları ve PSMA pozitifliğinde etkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

Ocak 2015 ile Haziran 2025 tarihleri arasında, merkezimizde, RP yapılan 1559 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya RP sonrası BCR gelişen 119 hasta içerisinden, ⁶⁸Ga-PSMA PET/BT görüntülemesi yapılmış ve takip verileri düzenli olan 81 hasta dahil edildi. BCR, RP sonrası en az iki kez ölçülen prostat spesifik antijen (PSA) düzeyinin $\geq 0,2$ ng/mL olması şeklinde tanımlandı. PSMA PET/BT pozitifliği, fizyolojik tutulum dışında, prostat kanseri rekürrensi veya metastazını düşündüren odaklarda artmış fokal radyofarmasötik tutulumu olarak tanımlandı. Görüntüleme sonuçlarına göre hastalar pozitif ve negatif gruplar halinde sınıflandırıldı. Çalışmada, PSMA PET/BT pozitifliği oranı ve ilişkili olabilecek klinik ve patolojik faktörler incelendi. BCR anındaki total PSA düzeyi, tümörün patolojik evresi ve ISUP GG, cerrahi sınır pozitifliği, lenf nodu tutulumu ve EAU BCR risk sınıflaması gibi parametrelerin PSMA pozitifliği üzerindeki potansiyel etkisi değerlendirildi. PSMA pozitifliği ile ilişkili faktörleri belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizi yapıldı.

Bulgular:

PSMA pozitiflik oranı, sırasıyla, PSA (ng/mL) 0,2-0,29 için 10/34 (%29.4), 0.3-0.49 için 8/18 (%44), 0.5-0.99 8/11 (%72.7) ve ≥ 1 için 16/18 (%88.8) idi. PSMA negatif ve pozitif hastalarda median PSA değerleri sırasıyla 0.28 ve 0.65 olarak saptandı ($p < 0.001$). Tek değişkenli analizde, preoperatif PSMA SUVmax değeri, nihai patolojik evre pT3b varlığı, nihai patolojide ISUP GG 5 varlığı, patolojik LN pozitifliği ve yüksek EAU BCR risk grubu varlığı PSMA pozitifliği ile ilişkili idi (Tablo 1). Çok değişkenli analizde; nihai patolojide ISUP GG 5 ve BCR anındaki median PSA değeri PSMA pozitifliği için bağımsız prediktörler idi (Tablo 2). Ayrıca PSMA pozitifliği açısından, BCR anında PSA cut-off değeri 0.3550 ng/mL olarak saptandı (AUC = 0,796, CI 0.699-893) ve bu eşik değerinin üzerinde olan hastalarda PSMA PET/BT pozitiflik oranı anlamlı olarak daha yüksek idi (Figür 1).

Sonuç:

Klinik pratiğimizde ⁶⁸Ga PSMA PET/BT pozitiflik oranları, literatüre oranla hafif düşük- benzer olmakla birlikte optimal cut-off PSA değeri literatüre göre daha yüksektir. Klinik uygulamada bu eşik değer, PSMA PET/BT için en verimli zamanlamayı belirlemek açısından faydalı olabilir. Yüksek riskli patolojik özellikler görüntüleme sonuçlarını doğrudan etkileyebilir ve PSMA PET/BT zamanlaması ve tedavi planlamasında dikkate alınması gereken önemli risk faktörleridir.

Anahtar Kelimeler: radikal prostatektomi, biyokimyasal rekürrens, PSMA PET/CT

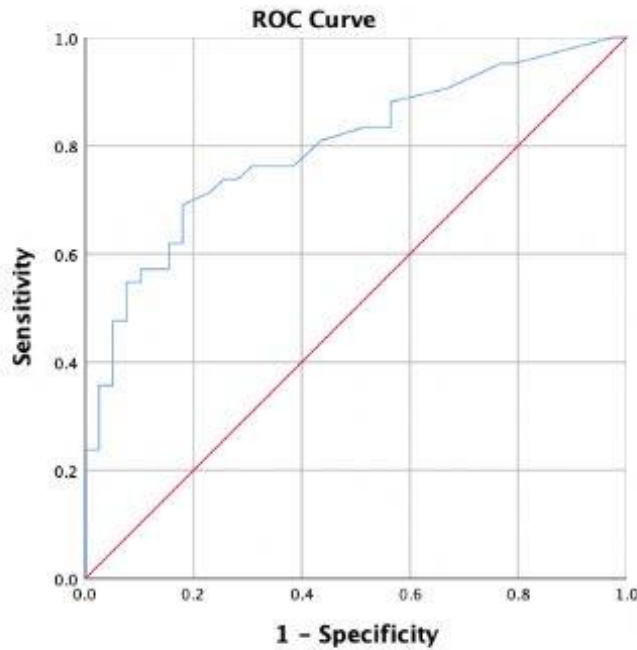


Radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal nüks durumunda PSMA pozitifliğini öngören perioperatif ve postoperatif değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon modeli

Variable	Multivariate		
	Risk ratio	%95 CI	P value**
Preoperative Positive Prostate SUVmax Value, median (IQR)	1.023	0.922-1.134	0.669
ISUP grade at final histopathology, n (%)			
≤ ISUP GG 4 / ISUP GG 5	8.107	1.262-32.094	0.027*
Pathological stage, n (%)			
pT2	Reference		
pT3a	1.303	0.347-4.878	0.694
pT3b	3.472	0.519-23.255	0.199
Pathological LN stage, n=65, (%)			
pN0	7.121	0.999-40.754	0.05
pN1			
EAU BCR risk group, n (%)			
Low/High	2.634	0.706-9.829	0.149
PSA value (ng/ml) at BCR	4.992	1.327-18.787	0.017*

Tablo 2

roc curve



Diagonal segments are produced by ties.

figure 1



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal nüks gelişen ve PSMA PET/CT yapılan hastaların başlangıç demografik ve klinik özellikleri

Parameters	PSMA Negative (n=39, %48)	PSMA positive (n=42, %52)	P value*
Age, median (IQR)	72 (67-76)	71 (66.5-75)	0.684
Preoperative PSA (ng/ml)	8.4 (6.2-17.5)	10.6 (6.6-18.8)	0.406
MRI prostate volume (ml), median (IQR)	42 (28-58)	45 (35-59)	0.214
Preoperative PSAd, median (IQR)	0.2 (0.12-0.49)	0.21 (0.12-0.41)	0.791
mpMRI based (iT) local stage, n (%) <=cT2 cT3a, cT3b	27 (69.2%) 9 (23.1%) 3 (7.7%)	28 (66.7%) 9 (21.5%) 5 (11.8%)	0.586
mpMRI tumor location, n (%) Transitional zone Peripheral zone	9 (23.1%) 33 (76.9%)	11 (26.1%) 31 (74.9%)	0.15
mpMRI PI-RADS score, n (%) PI-RADS 3 PI-RADS 4 PI-RADS 5	9 (23.1%) 10 (25.6%) 20 (51.3%)	9 (21.5%) 90 (33.5%) 94 (45.4%)	0.637
mpMRI index lesion diameter, median (IQR)	15 (7-22)	13.5 (8.5-20.5)	0.657
ISUP grade at biopsy histopathology, n (%) Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4 Grade 5	9 (23.1%) 8 (40.5%) 12 (30.8%) 8 (20.5%) 2 (5.1%)	9 (21.4%) 5 (11.9%) 7 (16.7%) 11 (26.2%) 10 (23.8%)	0.103
Median follow-up time, month (IQR)	60 (39-89)	57 (31-89)	0.712
Di amico risk, n (%) Low Intermediate High-Local advanced	7 (17.9%) 18 (46.2%) 14 (35.9%)	8 (19%) 13 (31%) 21 (50%)	0.339
Preoperative Ga68 PSMA PET/CT, (n=63) Negative Positive	7 (22%) 25 (82%)	9 (29%) 22 (71%)	0.782
Preoperative Positive Prostate SUVmax Value, median (IQR)	6.85 (4.35-11.12)	13.3 (8.6-22.15)	0.007*
Surgical Procedure Open Robotic	20 (51.3%) 19 (48.7%)	23 (54.8%) 19 (45.2%)	0.754
ISUP grade at final histopathology, n (%) Grade 1 Grade 2	2 (5.1%) 17 (43.6%) 14 (35.9%)	4 (9.5%) 6 (14.3%) 8 (19%)	0.001*





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Grade 3	3 (7.7%)	6 (14.3%)	
Grade 4	3 (7.7%)	18 (42.9%)	
Grade 5			
Pathological stage, n (%)			
pT2	16 (41%)	9 (21.4%)	
pT3a	14 (35.9%)	15 (35.7%)	0.028*
pT3b	9 (23.1%)	18 (42.9%)	
Pathological LN stage, n=65, (%)			
pN0	27 (84.4%)	16 (48.5%)	0.002*
pN1	5 (22.7%)	17 (51.5%)	
Number of removed LNs, median (IQR)	14 (10-19.5)	14 (9-18)	0.962
Positive surgical margins, n (%)			
No	17 (43.6%)	17 (40.5%)	0.777
Yes	22 (56.4%)	25 (59.5%)	
EAU BCR risk group, n (%)			
Low	25 (64.1%)	10 (23.8%)	<0.001*
High	14 (35.9%)	32 (76.2%)	
Preoperative PSA (ng/ml) at BCR, median (IQR)	0.28 (0.22-0.34)	0.65 (0.31-1.97)	<0.001*
Preoperative PSA (ng/ml) at BCR, n (%)			
0.2-0.29	24 (61.5%)	10 (23.8%)	
0.3-0.49	10 (25.6%)	8 (19%)	<0.001*
0.5-0.99	3 (7.7%)	8 (19%)	
>= 1	2 (5.1%)	16 (38.1%)	

tablo 1



**[SS-017]****Mesane boynu koruyucu cerrahi robotik radikal prostatektomi sonrası
kontinans avantajı sağlıyor mu?**

Serhat Çetin, Elif Betül Akçal, Savaş Şahin, Nurşah Sarıduman, Ender Cem Bulut, Murat Yavuz
Koparal, İlker Şen, Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Radikal prostatektomi sonrası idrar kaçırma, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyen en önemli fonksiyonel komplikasyonlardan biridir. Bu nedenle kontinansın korunmasına yönelik çeşitli cerrahi modifikasyonlar tanımlanmıştır. Mesane boynu (MB) koruyucu teknik, özellikle erken kontinans kazanımında avantaj sağlayabileceği öne sürülen yöntemlerden biridir. Ancak literatürde bu etkinin tutarlı olmadığı da bildirilmektedir. Bu çalışmada, tek bir cerrah tarafından gerçekleştirilen robotik radikal prostatektomi (RALP) serisinde mesane boynu koruyucu cerrahi ile standart teknik arasında kontinans ve yaşam kalitesi sonuçları karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem:

Çalışmaya toplam 77 hasta dahil edilmiştir. 52 hasta mesane boynu koruyucu teknik ile, 25 hasta ise mesane boynu korunmadan opere edilmiştir. Tüm operasyonlar tek bir cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir. Tam kontinans, 1 saatlik ped testinde 1 gram veya daha az ağırlık artışı olarak tanımlanmış olup, preoperatif 1 saatlik ped testinde 1 gramdan fazla ağırlık artışı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontinans değerlendirmesi, kateter çekimi sonrası 1., 4., 12. ve 24. haftalarda yapılan 1 saatlik ped testi ile yapılmıştır. Yaşam kalitesi aynı zaman noktalarında ICIQ-SF ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tüm hastalara kliniğimizde standart uygulama olan modifiye çift katlı posterior rekonstrüksiyon uygulanmıştır. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak tanımlanmıştır.

Bulgular:

Gruplar yaş, Total PSA, prostat volümü, ISUP dereceleri, pT evresi ve cerrahi sınır pozitifliği açısından benzerdi (Tablo 1). Kontinans oranları değerlendirildiğinde, 1. haftada kontinans oranı MB korunan grupta %30.8 iken, korunmayan grupta %20.0 idi ($p=0.32$). 4. haftada sırasıyla %50.0 ve %40.0 ($p=0.41$), 12. haftada %67.3 ve %52.0 ($p=0.19$), 24. haftada ise %82.0 ve %79.2 ($p=0.77$) olarak bulundu (Tablo 2). Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. ICIQ-SF sonuçları incelendiğinde, tüm zaman noktalarında MB korunmayan grupta skorlar hafifçe daha yüksek olmasına rağmen fark anlamlı değildi (Tablo 3).

Sonuç:

Mesane boynu koruyucu cerrahi, bu RALP serisinde objektif kontinans oranlarını artırmamıştır. ICIQ-SF skorları da gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir. Bulgular, mesane boynu koruyucu tekniğin üriner kontinans üzerine belirgin bir avantaj sağlamadığını göstermektedir. Sonuçların daha geniş serilerde, prospektif ve randomize çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: robotik radikal prostatektomi, mesane boynu, inkontinans, ICIQ-SF, ped testi

Tablo 1. Demografik, laboratuvar ve patolojik özellikler

	MB korunan grup (n=52)	MB korunmayan grup (n=25)	p değeri
Yaş, yıl, median (min-max)	64 (36-74)	67 (48-74)	0.112
PSA, ng/ml, median (min-max)	6.0 (3-10)	9.0 (3-16)	0.597
Prostat volümü, ml, median (min-max)	40.5 (13-100)	50.0 (22-95)	0.098





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



ISUP 1	13 (25.5%)	7 (28.0%)	
ISUP 2	29 (56.9%)	13 (52.0%)	
ISUP 3	7 (13.7%)	3 (12.0%)	0.954
ISUP 4	1 (2.0%)	1 (4.0%)	
ISUP 5	1 (2.0%)	1 (4.0%)	
pT2	28 (54.9%)	18 (72.0%)	
pT3a	20 (39.2%)	6 (24.0%)	0.357
pT3b	3 (5.9%)	1 (4.0%)	
Cerrahi sınır pozitif	20 (38.5%)	8 (32.0%)	0.581

Tablo 2. 1 saatlik ped testine göre zaman noktalarındaki kontinans oranları

Zaman noktası	MB korunan grup	MB korunmayan grup	p değeri
1. hafta	16/52 (%30.8)	5/25 (%20.0)	0.320
4. hafta	26/52 (%50.0)	10/25 (%40.0)	0.410
12. hafta	35/52 (%67.3)	13/25 (%52.0)	0.194
24. hafta	41/50 (%82.0)	19/24 (%79.2)	0.771

Tablo 3. ICIQ-SF median (IQR) sonuçları

Zaman noktası	MB korunan grup (n=52)	MB korunmayan grup (n=25)	p değeri
1. hafta	12.5 (IQR 9)	12.0 (IQR 10)	0.524
4. hafta	9.5 (IQR 9)	10.0 (IQR 8)	0.832
12. hafta	4.0 (IQR 8)	6.0 (IQR 8)	0.167
24. hafta	3.0 (IQR 6)	5.0 (IQR 7)	0.499





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-018]

Kognitif prostat biyopsisinde haritalamanın etkinliği: Randomize kontrollü, prospektif çalışma

Murat Kars¹, Canan Cimşit², Yunus Emre Genç¹, Ece Bıçakçı², Muhammed Hasan Toper³, Kamil Çam¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Hedefe yönelik prostat biyopsisi yöntemleri arasında düşük maliyet ve kolay uygulanabilirlik avantajlarıyla en sık tercih edilen yaklaşım kognitif prostat biyopsisi olsa da bu yöntemin operatör bağımlılığı, tanısal doğruluğun standardizasyonunu gerekli kılmaktadır. Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) raporlarına basit bir prostat haritalama diyagramının eklenmesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla randomize, prospektif bir çalışma planlandı. **Gereç-Yöntem:** Merkezimizde 2023-2024 yılları arasında kognitif prostat biyopsisi planlanan hastalar 1:1 oranında randomizasyon ile iki gruba ayrılmıştır; prostat haritalama kullanılarak biyopsi yapılan (Grup 1) ve standart grup (Grup 2). Haritalama grubunda mpMRG raporlarına ek olarak şüpheli lezyonlar ($\geq$ PI-RADS kategori 3) tek bir deneyimli üro-radyolog tarafından şematik bir diyagram üzerine işaretlenmiştir (Şekil 1). Her iki grupta da deneyimli bir ürolog tarafından her şüpheli lezyondan dört kor kognitif örnekleme yapılmış ve ek olarak standart 12 kor sistematik biyopsi uygulanmıştır. Gleason skoru $\geq$ 3+4 olan olgular klinik anlamlı kanser olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı 65 (45-90), PSA düzeyi 7(3-67) olan toplam 155 hasta dahil edilmiştir. Her iki grup arasında tanımlayıcı istatistiklerde yaş, serum PSA, PSA dansitesi, prostat hacmi, şüpheli rektal muayene bulgusu ve MPMRG PIRADS skorları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Prostat kanseri saptama oranı, grup 1 ve grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (%57 vs %35, $p=0,006$). Klinik anlamlı kanser saptama oranları ise grup 1'de %47 (36/77), grup 2'de ise %21 (16/78) olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$) (Şekil 2).

Sonuç: Bu prospektif çalışma, mpMRG raporlarına basit bir haritalama stratejisinin eklenmesinin, kognitif biyopsi ile prostat kanseri saptama oranlarını anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, biyopsi protokollerinde şematik haritalama diyagramının rutin kullanımının tanısal performansı artırabileceği ve klinik uygulamalara değerli bir katkı sağlayabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kognitif prostat biyopsisi, kanser saptama oranları, prostat haritalama



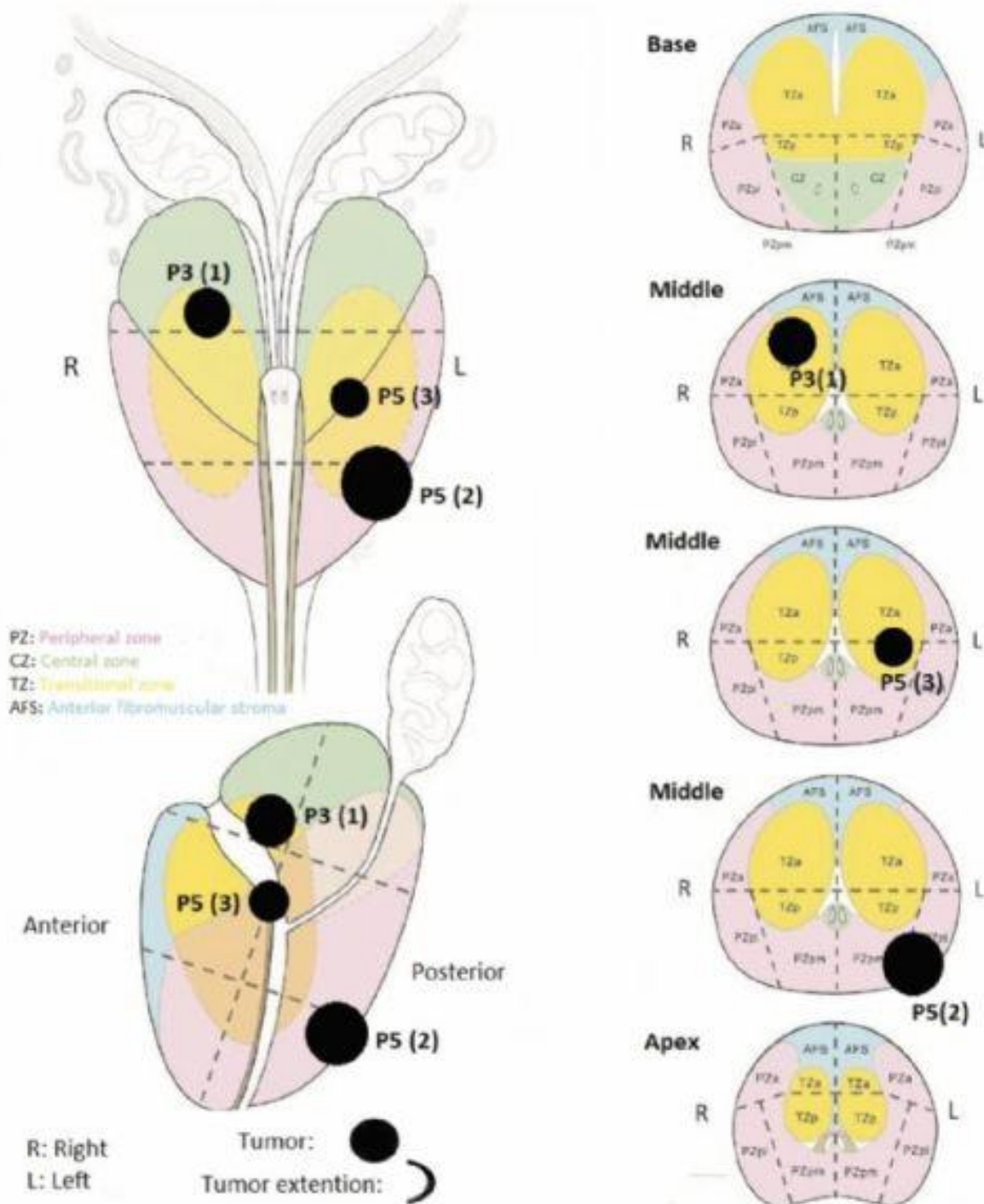


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1



Prostat haritalama diyagramı

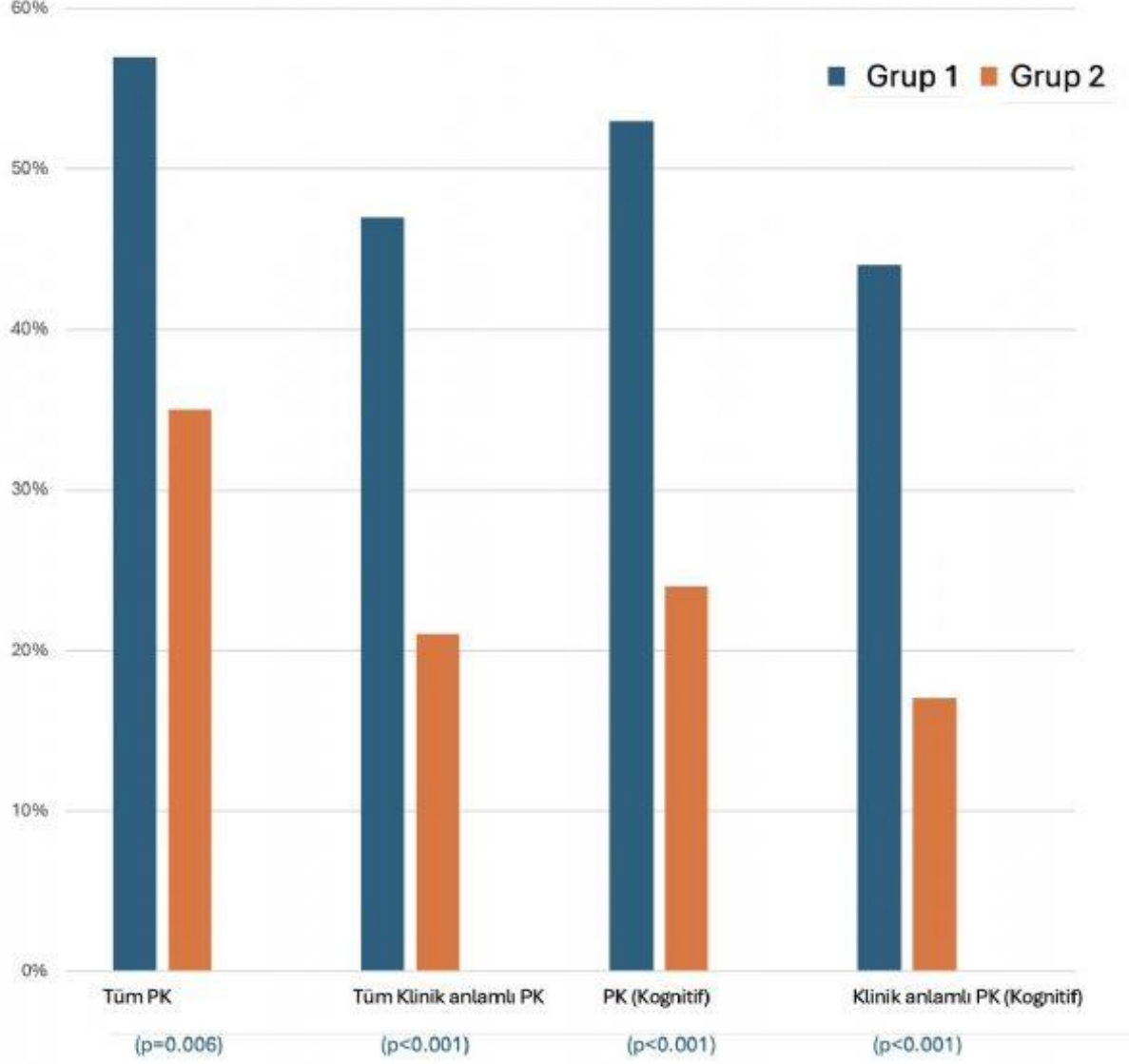


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2



2 grupta arasındaki kanser saptama oranları





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-019]

Prostat Kanserinde PSMA/PET Tabanlı PRIMARY Skorunun Upgrade ve Lokal İleri Hastalıktaki Rolü

Bülent Önal¹, Muhammet Demirbilek², Göktuğ Kalender³, Said Erkam Bıyıkoglu⁴, Sertaç Asa⁴, Emre Akkuş¹, Levent Kabasakal⁴

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Dr.Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

³Beykoz Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prostat-spesifik membran antijen pozitron emisyon bilgisayarlı tomografisi (PSMA/PET-CT) orta ve yüksek riskli prostat kanseri (PK) tanılı hastalarda sistemik evrelemede kullanılmakta ve lokal evrelemede umut vadetmektedir. Bu çalışmanın amacı, nihai patolojide upgrade'i ve lokal ileri hastalığı öngörmekte PSMA/PET-CT tabanlı PRIMARY skorunun performansını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 2017 ile 2024 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji kliniğinde PK nedeniyle radikal prostatektomi uygulanan hastaların verileri analiz edildi. Çalışmaya, ameliyat öncesi PSMA/PET-CT yapılan toplam 218 hasta dahil edildi. Nihai analiz için klinikopatolojik veriler, PSMA/PET-CT tabanlı PRIMARY skorları ve standart alım değeri (SUVmax) değerlendirildi. Biyopside ISUP derecesi 1 veya 2 olan ve nihai patolojide ISUP derecesi 3-5 olan hastalar, upgrade grubu olarak sınıflandırıldı. Upgrade, ekstrasüpler yayılım (ECE) ve seminal vezikül invazyonu (SVI) ile ilişkili bağımsız parametreleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların medyan yaşı 65 (60-70,25), medyan PSA değeri 8.9'du (5.85-13.85). Prostat biyopsisinde 131 hastada bISUP 1-2 saptandı ve 31'inde (%23.7) upgrade izlendi. 7.9 (0.565 - 0.789) cutoff'unda SUVmax'ın upgrade için sensitivitesi %65 ve spesifitesi %69 idi (p=0.003). Multivariable analizde PRIMARY skorları upgrade için bağımsız öngörücüydü (p<0.005). 108 (%49.5) hastada ECE, 47 (%21.6) hastada SVI saptandı. Multivariable analizde PRIMARY skorları ECE ve SVI için bağımsız öngörücüydü (p<0.05).

Sonuç: Bulgularımız, PSMA/PET-CT tabanlı PRIMARY skorunun upgrade, ECE ve SVI ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma PRIMARY skorunun ECE ve SVI ile ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. PRIMARY skorları, aktif izlem ve tedavi kararında potansiyel bir araç olarak umut vaat etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, PSMA, PRIMARY skoru, Aktif izlem





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablolar 1

Tablo 1. Demografik ve Patolojik Bulgular	
	n(%)
Yaş ortolan (C3-C3)	65.8 (68-70.25)
PSA ortolan (C3-C3), ng/ml	8.9 (5.85-13.85)
mpMR PI-RADS Skoru, n (%)	
1	4 (1.8)
2	17 (7.8)
3	19 (8.7)
4	95 (43.6)
5	83 (38.1)
Riyaset ISUP Gradi, n (%)	
1	61 (28)
2	70 (32.1)
3	47 (21.5)
4	32 (14.7)
5	8 (3.7)
EAU Risk Sınıflaması, n (%)	
Low	39 (17.9)
Intermediate	113 (51.8)
High	66 (30.3)
PET PRIMARY Skoru, n (%)	
1	20 (9.2)
2	16 (7.3)
3	14 (6.4)
4	101 (46.3)
5	67 (30.7)
PET İnterporstatik SUVmax ortolan (min-max)	8.1 (5.44-13.33)
Nihai Patoloji ISUP Gradi, n (%)	
1	43 (19.7)
2	86 (39.4)
3	49 (22.5)
4	23 (10.6)
5	17 (7.8)
pTNM, n (%)	
pT2	121 (57.9)
pT3a	58 (27.8)
pT3b	30 (14.3)

Tablo 2. Upgrade ve Non-upgrade Bulguları			
MSUP 1-2 (n=131)		Non-Upgrade* (n=190)	
	Upgrade* (n=31)	Non-Upgrade* (n=190)	p değeri
Yaş (yıl)	66 (66-71)	63 (57-69)	p=0.104
PSA (ng/ml)	8.3 (6.9-11)	7.3 (5-11.5)	p=0.2
mpMR Bulguları			
PI-RADS Skoru, n (%)			p=0.275
1	3 (3.2)	2 (2)	
2	2 (6.3)	11 (31)	
3	3 (3.2)	16 (38)	
4	17 (54.8)	42 (42)	
5	10 (2.3)	29 (28)	
PSMA-PET-CT Bulguları			
PRIMARY Skoru, n (%)			p=0.001
1	0 (0)	17 (37)	
2	2 (6.5)	11 (31)	
3	1 (3.2)	10 (10)	
4	14 (45.2)	49 (49)	
5	14 (45.2)	13 (33)	
SUVmax	8.2 (5.9-11.8)	6.7 (4.5-8.6)	p=0.003

Not: Veriler uygun olduğu durumlarda ortolan (parantez arası aralık) veya sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir. Katan parantez değeri istatistiksel olarak anlamlıdır. Kozmalar: MSUP, biyopsiye göre "Ulaşılacak Ürolojik Patoloji Dereği" demektir; PSA, prostat spesifik antijen; mpMR, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme; PI-RADS, Prostat Görüntüleme-Raporlama ve Veri Sistemi; PSMA-PET CT, prostat spesifik membran antijen pozitif emisyon tomografisi; SUV, standart alın değeri. *Nihai patolojide ISUP derecesine göre belirlenmiştir.

Tablo 3. Upgrade'de Çok Değişkenli Analiz Sonuçları*

Değişkenler	Multivariye analiz		p değeri
	Ortalama oran	Görün aralık	
Yaş (yıl)	1.046	0.982-1.113	0.162
PSA (ng/ml)	0.998	0.963-1.034	0.902
PI-RADS Skoru, n (%)			
1-2	referans	referans	referans
3-4-5	0.862	0.205-3.623	0.839
PRIMARY Skoru, n (%)			
1-2	referans	referans	referans
3-4-5	5.142	1.117-23.681	0.036

Kozmalar: MSUP, biyopsiye göre "Ulaşılacak Ürolojik Patoloji Dereği" demektir; PSA, prostat spesifik antijen; mpMR, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme; PI-RADS, Prostat Görüntüleme-Raporlama ve Veri Sistemi; PSMA-PET CT, prostat spesifik membran antijen pozitif emisyon tomografisi; SUV, standart alın değeri. *Nihai patolojide ISUP derecesine göre belirlenmiştir.





Tablolar 2

Table 4. Characterization of Variables

Age (yr)	ECR (n = 108)	ECR (n = 108)	p
PET PRIMARY Skins, n (%)			
1	2 (1.9)	18 (16.3)	<0.001*
2	3 (4.6)	11 (10)	
3	6 (5.7)	10 (9.1)	
4	52 (48.1)	49 (44.5)	
5	40 (41.7)	22 (20)	
SU-Vmax median (CI-CI)	10.12 (8.99-15.7)	6.62 (4.81-10.76)	<0.001***
HgMR PRIMARY Skins, n (%)			
1	1 (1)	3 (2.7)	0.011**
2	3 (4.6)	12 (19.1)	
3	3 (4.6)	14 (12.7)	
4	46 (42.6)	49 (44.5)	
5	51 (47.2)	32 (29.1)	

[illegible]

Table 9: Seminal Vesicle Development

no. T18	XY Sex (n) n=47	XY Sex (n) n=77	p
PET PRIMARY Sites, n (%)			
1	9 (19)	26 (33)	
2	9 (19)	16 (21)	
3	9 (19)	14 (18)	<0.001*
4	22 (45.2)	76 (98.6)	
5	22 (46.8)	40 (51.9)	
BCVmax analysis (C1-C3)			
	11.76 (8.13-20.40)	7.89 (3.80-12.08)	<0.001**
MyRIN PL-RADS Score, n (%)			
1	1 (2.1)	1 (1.3)	
2	1 (2.1)	16 (20.8)	
3	1 (2.1)	18 (23.4)	<0.001*
4	12 (25.5)	63 (80.5)	
5	22 (46.1)	31 (39.9)	

Not: Veriler ergazir illigiz Amerikada meluzan (yeyenler uzeri melik) yuzi yeri (yulke) cihek. Buile olumoz. Kake yandir deyerler meluzanlar cihek olumoz. Kozumoz: PET, portuz meluzanotomografi, SUV, standartlar deyer, MPMR, meluzanotom meluzan meluzan meluzan, FI-KATZ, Buile Olumoz: Raporlar uzeri Veri Notuzi, Tuzer Yuzi Test*, Mel Whitney U. Test**.

Table 6. BCL-2 vs. CD33, CD45, CD117, CD138, CD19, CD20, CD22, CD25, CD30, CD34, CD44, CD45, CD56, CD57, CD68, CD79, CD80, CD86, CD90, CD94, CD95, CD98, CD100, CD101, CD102, CD103, CD104, CD105, CD106, CD107, CD108, CD109, CD110, CD111, CD112, CD113, CD114, CD115, CD116, CD117, CD118, CD119, CD120, CD121, CD122, CD123, CD124, CD125, CD126, CD127, CD128, CD129, CD130, CD131, CD132, CD133, CD134, CD135, CD136, CD137, CD138, CD139, CD140, CD141, CD142, CD143, CD144, CD145, CD146, CD147, CD148, CD149, CD150, CD151, CD152, CD153, CD154, CD155, CD156, CD157, CD158, CD159, CD160, CD161, CD162, CD163, CD164, CD165, CD166, CD167, CD168, CD169, CD170, CD171, CD172, CD173, CD174, CD175, CD176, CD177, CD178, CD179, CD180, CD181, CD182, CD183, CD184, CD185, CD186, CD187, CD188, CD189, CD190, CD191, CD192, CD193, CD194, CD195, CD196, CD197, CD198, CD199, CD200, CD201, CD202, CD203, CD204, CD205, CD206, CD207, CD208, CD209, CD210, CD211, CD212, CD213, CD214, CD215, CD216, CD217, CD218, CD219, CD220, CD221, CD222, CD223, CD224, CD225, CD226, CD227, CD228, CD229, CD230, CD231, CD232, CD233, CD234, CD235, CD236, CD237, CD238, CD239, CD240, CD241, CD242, CD243, CD244, CD245, CD246, CD247, CD248, CD249, CD250, CD251, CD252, CD253, CD254, CD255, CD256, CD257, CD258, CD259, CD260, CD261, CD262, CD263, CD264, CD265, CD266, CD267, CD268, CD269, CD270, CD271, CD272, CD273, CD274, CD275, CD276, CD277, CD278, CD279, CD280, CD281, CD282, CD283, CD284, CD285, CD286, CD287, CD288, CD289, CD290, CD291, CD292, CD293, CD294, CD295, CD296, CD297, CD298, CD299, CD300, CD301, CD302, CD303, CD304, CD305, CD306, CD307, CD308, CD309, CD310, CD311, CD312, CD313, CD314, CD315, CD316, CD317, CD318, CD319, CD320, CD321, CD322, CD323, CD324, CD325, CD326, CD327, CD328, CD329, CD330, CD331, CD332, CD333, CD334, CD335, CD336, CD337, CD338, CD339, CD340, CD341, CD342, CD343, CD344, CD345, CD346, CD347, CD348, CD349, CD350, CD351, CD352, CD353, CD354, CD355, CD356, CD357, CD358, CD359, CD360, CD361, CD362, CD363, CD364, CD365, CD366, CD367, CD368, CD369, CD370, CD371, CD372, CD373, CD374, CD375, CD376, CD377, CD378, CD379, CD380, CD381, CD382, CD383, CD384, CD385, CD386, CD387, CD388, CD389, CD390, CD391, CD392, CD393, CD394, CD395, CD396, CD397, CD398, CD399, CD400, CD401, CD402, CD403, CD404, CD405, CD406, CD407, CD408, CD409, CD410, CD411, CD412, CD413, CD414, CD415, CD416, CD417, CD418, CD419, CD420, CD421, CD422, CD423, CD424, CD425, CD426, CD427, CD428, CD429, CD430, CD431, CD432, CD433, CD434, CD435, CD436, CD437, CD438, CD439, CD440, CD441, CD442, CD443, CD444, CD445, CD446, CD447, CD448, CD449, CD450, CD451, CD452, CD453, CD454, CD455, CD456, CD457, CD458, CD459, CD460, CD461, CD462, CD463, CD464, CD465, CD466, CD467, CD468, CD469, CD470, CD471, CD472, CD473, CD474, CD475, CD476, CD477, CD478, CD479, CD480, CD481, CD482, CD483, CD484, CD485, CD486, CD487, CD488, CD489, CD490, CD491, CD492, CD493, CD494, CD495, CD496, CD497, CD498, CD499, CD500, CD501, CD502, CD503, CD504, CD505, CD506, CD507, CD508, CD509, CD510, CD511, CD512, CD513, CD514, CD515, CD516, CD517, CD518, CD519, CD520, CD521, CD522, CD523, CD524, CD525, CD526, CD527, CD528, CD529, CD530, CD531, CD532, CD533, CD534, CD535, CD536, CD537, CD538, CD539, CD540, CD541, CD542, CD543, CD544, CD545, CD546, CD547, CD548, CD549, CD550, CD551, CD552, CD553, CD554, CD555, CD556, CD557, CD558, CD559, CD560, CD561, CD562, CD563, CD564, CD565, CD566, CD567, CD568, CD569, CD570, CD571, CD572, CD573, CD574, CD575, CD576, CD577, CD578, CD579, CD580, CD581, CD582, CD583, CD584, CD585, CD586, CD587, CD588, CD589, CD590, CD591, CD592, CD593, CD594, CD595, CD596, CD597, CD598, CD599, CD600, CD601, CD602, CD603, CD604, CD605, CD606, CD607, CD608, CD609, CD610, CD611, CD612, CD613, CD614, CD615, CD616, CD617, CD618, CD619, CD620, CD621, CD622, CD623, CD624, CD625, CD626, CD627, CD628, CD629, CD630, CD631, CD632, CD633, CD634, CD635, CD636, CD637, CD638, CD639, CD640, CD641, CD642, CD643, CD644, CD645, CD646, CD647, CD648, CD649, CD650, CD651, CD652, CD653, CD654, CD655, CD656, CD657, CD658, CD659, CD660, CD661, CD662, CD663, CD664, CD665, CD666, CD667, CD668, CD669, CD670, CD671, CD672, CD673, CD674, CD675, CD676, CD677, CD678, CD679, CD680, CD681, CD682, CD683, CD684, CD685, CD686, CD687, CD688, CD689, CD690, CD691, CD692, CD693, CD694, CD695, CD696, CD697, CD698, CD699, CD700, CD701, CD702, CD703, CD704, CD705, CD706, CD707, CD708, CD709, CD710, CD711, CD712, CD713, CD714, CD715, CD716, CD717, CD718, CD719, CD720, CD721, CD722, CD723, CD724, CD725, CD726, CD727, CD728, CD729, CD730, CD731, CD732, CD733, CD734, CD735, CD736, CD737, CD738, CD739, CD740, CD741, CD742, CD743, CD744, CD745, CD746, CD747, CD748, CD749, CD750, CD751, CD752, CD753, CD754, CD755, CD756, CD757, CD758, CD759, CD760, CD761, CD762, CD763, CD764, CD765, CD766, CD767, CD768, CD769, CD770, CD771, CD772, CD773, CD774, CD775, CD776, CD777, CD778, CD779, CD780, CD781, CD782, CD783, CD784, CD785, CD786, CD787, CD788, CD789, CD790, CD791, CD792, CD793, CD794, CD795, CD796, CD797, CD798, CD799, CD800, CD801, CD802, CD803, CD804, CD805, CD806, CD807, CD808, CD809, CD810, CD811, CD812, CD813, CD814, CD815, CD816, CD817, CD818, CD819, CD820, CD821, CD822, CD823, CD824, CD825, CD826, CD827, CD828, CD829, CD830, CD831, CD832, CD833, CD834, CD835, CD836, CD837, CD838, CD839, CD840, CD841, CD842, CD843, CD844, CD845, CD846, CD847, CD848, CD849, CD850, CD851, CD852, CD853, CD854, CD855, CD856, CD857, CD858, CD859, CD860, CD861, CD862, CD863, CD864, CD865, CD866, CD867, CD868, CD869, CD870, CD871, CD872, CD873, CD874, CD875, CD876, CD877, CD878, CD879, CD880, CD881, CD882, CD883, CD884, CD885, CD886, CD887, CD888, CD889, CD890, CD891, CD892, CD893, CD894, CD895, CD896, CD897, CD898, CD

Variabel	Calibration analysis			Multivariate analysis		
	Std. error	Calibration analysis	p-value	Std. error	Calibration analysis	p-value
Top (mg)	1.012	1.025-1.075	<0.0001	1.018	1.002-1.126	0.008
PM (mg/L)	1.045	1.011-1.075	0.007	1.012	1.001-1.062	0.015
PM:PM ₀ (Mass, mg%)	0.3					
3-2	reference	reference	reference	reference	reference	reference
3-0	3.348	1.380-5.330	0.001	3.005	0.344-5.707	0.008
PM:PM ₀ (Mass, mg%)						
3-2	reference	reference	reference	reference	reference	reference
3-0	3.348	2.142-52.859	<0.0001	3.342	1.375-9.887	0.008
Top (mg)	1.008	1.001-1.106	<0.0001	1.003	1.001-1.126	0.008
PM (mg/L)	1.079	1.011-1.075	<0.0001	1.090	1.017-1.071	0.002
PM:PM ₀ (Mass, mg%)	0.3					
3-2	reference	reference	reference	reference	reference	reference
3-0	3.778	0.308-6.360	0.019	3.128	0.308-7.148	0.001
PM:PM ₀ (Mass, mg%)						
3-2	reference	reference	reference	reference	reference	reference
3-0	10.007	1.026-51.828	0.001	10.008	2.121-55.095	0.001

Keterangan: MS/MS: Mass Spectrometry; Cal: Calibration (Calibration Path: Strong); Average, PM₀: primer aerosol standar; WAF₀: medium standar aerosol standar; standar, gravimetri; PM₀ PM₀: Primat (Gravimetri) Raparasi (0.100 mg); PM:PM₀ (PT 0.100 mg) primer aerosol standar; gravimetri; PM:PM₀ (PT 0.100 mg) primer aerosol standar; gravimetri; PM:PM₀ (PT 0.100 mg) primer aerosol standar; gravimetri.



[SS-020]

Robotik Radikal Prostatektomide Modifiye Posterior Rekonstrüksiyonun Erken Kontinansa Katkısı

Serhat Çetin, Ender Cem Bulut, Murat Yavuz Koparal, Nurşah Sarıduman, Fazlı Polat, İlker Şen,
Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Bu çalışmanın amacı robot yardımlı radikal prostatektomi (RALP) uygulanan hastalarda modifiye çift katmanlı posterior rekonstrüksiyon (PR) tekniğinin erken kontinans ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Hastalar ve Metod:

Kasım 2023 ve Eylül 2024 tarihleri arasında kliniğimizde RALP yapılan hastalar modifiye çift katmanlı PR tekniği uygulananlar ve uygulanmayanlar olarak ikiye ayrıldı. Tüm hastalara preoperatif değerlendirme ziyareti sırasında 1 saatlik pet testi, Uluslararası İnkontinans Danışma Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi-PR25 (EORTC QLQ-PR25) uygulandı. Preoperatif pet testinde 1 gramdan fazla ağırlık artışı olan hastalar çalışma dışı bırakılarak 68 hasta çalışmaya dahil edildi. Prospektif olarak toplanan veriler retrospektif olarak analiz edildi. Tüm hastalara ameliyat öncesi dönemde 1 saatlik pet testi, Uluslararası İnkontinans Danışma Formu-Kısa Form (ICIQ-SF) ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-PR25 (EORTC QLQ-PR25) uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde hastalar, kateter çekiminden sonraki 1., 4., 12. ve 24. haftalarda aynı testlerle değerlendirildi. Tam kontinans, 1 saatlik pet testinde ≤ 1 g artış olarak tanımlandı. Bu çalışma Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (Proje No: TSG-2023-8612) tarafından desteklenmiştir.

Bulgular:

Toplam 68 hastaya RALP uygulandı. PR 36 hastaya (%52,9) uygulanırken 32 hastaya (%47,1) uygulanmadı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Kateter çekiminden sonra 1., 4., 12. ve 24. haftalardaki tam kontinans oranları PR ve PR olmayan gruplar arasında karşılaştırıldı. Hiçbir zaman noktasında gruplar arasında kontinans oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı, sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir. Çalışmada 1., 4., 12. ve 24. haftalardaki ICIQ-SF ve EORTC QLQ-PR25 Üriner Fonksiyon Skoru PR uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Sonuçlar Tablo 3 de sonuçlar özetlenmiştir.

Sonuç:

Ameliyat sonrası kontinans oranları, idrar kaçırma semptom skorları (ICIQ-SF) ve yaşam kalitesi skorları (EORTC QLQ-PR25) açısından PR ve PR uygulanmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Her iki grupta da zamanla iyileşme gözlenmiş olsa da PR'nin erken kontinans açısından anlamlı bir katkı sağlamadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kontinans, Posterior Rekonstrüksiyon, Radikal Prostatektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo3. ICIQ-SF Skoru ve EORTC QLQ-PR25 Üriner Fonksiyon Skoru Karşılaştırılması

	PR Yapılan (Ortalama ± SD)	PR Yapılmayan (Ortalama ± SD)	P değeri
ICIQ-SF Skoru			
1.Hafta	11.39 ± 5.63	11.00 ± 6.24	0.788
4.Hafta	8.75 ± 5.52	8.72 ± 5.81	0.982
12. Hafta	5.00 ± 5.02	5.31 ± 5.18	0.801
24. Hafta	4.41 ± 4.12	3.50 ± 4.65	0.435
EORTC QLQ-PR25 Üriner Fonksiyon Skoru			
1.Hafta	18.8 ± 5.88	20.13 ± 6.90	0.343
4.Hafta	15.77 ± 4.83	17.35 ± 6.25	0.229
12. Hafta	14.11 ± 4.77	14.52 ± 5.05	0.588
24. Hafta	13.42 ± 3.98	13.64 ± 4.98	0.841

Tablo1. Hastanın demografik ve klinik karakteristik özellikleri

	Tüm Kohort (n =68)	PR Uygulanan	PR Uygulanmayan	P değeri
Yaş, median (min-max)	65 (36-74)	64 (48-74)	66.5 (36-73)	0.941
PSA(ng/mL), median (min-max)	6.00 (1.99-33.30)	5.85 (1.99-25.20)	6.23 (2.30-33.30)	0.863
Prostat Volümü (cc), median (min-max)	46 (13-100)	48 (13-98)	42.5 (22-100)	0.966
T Evresi				0.467
T2T2	43 (63.2%)	21 (58.3%)	22 (68.8%)	
T3a	22 (32.4%)	14 (38.9%)	8 (25.0%)	
T3b	3 (4.4%)	1 (2.8%)	2 (6.3%)	
Pozitif Cerrahi Sınır	24 (35.3%)	12 (33.3%)	12 (37.5%)	0.802
ISUP Grade				0.012
1	20 (29.4%)	5 (13.9%)	15 (46.9%)	
2	35 (51.5%)	23 (63.9%)	12 (37.5%)	
3	10 (14.7%)	7 (19.4%)	3 (9.4%)	
4	2 (2.9%)	1 (2.8%)	1 (3.1%)	
5	1 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	

Tablo2.Tam kontinans oranlarının karşılaştırılması

Zaman	PR Yapılan	PR Yapılmayan	P değeri
1.Hafta	25.0%	28.1%	0.771





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



4. Hafta	41.7%	56.3%	0.230
12. Hafta	68.6%	62.5%	0.601
24. Hafta	86.1%	81.3%	0.587





[SS-021]

Radikal Prostatektomi Yapılan Hastalarda Preoperatif PSMA-PET Bulguları Biyokimyasal Rekürrensi Öngörebilir mi?

Mehmet Gürkan Arıkan¹, İsmail Önder Yılmaz¹, Nebil Akdoğan¹, Mert Evirgen¹, Alihan Öğütlü¹,
Volkan İzol², Mutlu Değer¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

²Özel Çukurova Üroloji Merkezi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarda biyokimyasal nüksün (BCR) öngörülmesinde PSMA PET bulgularının prediktif değerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çukurova Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı radikal prostatektomi veri tabanı incelemeye alındı. 2011-2025 yılları arasında RP yapılmış 203 hasta mevcuttu. PSMA-PET çekilmiş olan 107 hasta mevcuttu. Radyoterapi öyküsü veya hormonoterapi öyküsü bulunan, verilerinde eksiklikler mevcut olan ve 6 aydan az takip süresi olan hastalar çalışma dışı bırakıldıktan sonra 69 hasta analize dahil edildi. Biyokimyasal nüksün operasyon sonrası üç ayda bir yapılan takiplerde PSA'nın 0,2 ng/mL üzerine çıkması olarak kabul edildi. Hastalar biyokimyasal nüksün (BCR) var ve yok şeklinde iki gruba ayrıldı. Gruplar; yaş, başlangıç PSA değeri, başlangıç serbest PSA (fPSA) değeri, prostat dansitesi, RP sonrası ilk kontroldeki PSA değeri, prostat biyopsi ISUP grubu, D'amico risk sınıfı, perinöral invazyon varlığı, cerrahi sınır durumu, lenf nodu diseksiyonu (LND) yapılıp yapılmama durumu, LND yapılan hastalarda çıkarılan lenf nodu sayısı, preoperatif multiparametrik manyetik rezonanslı görüntüleme (MPMRI) PIRADS skorları, PSMA-PET bulguları (SUVmax, tutulum yeri sayısı, lenf nodu tutulum durumu, seminal vezikül invazyon varlığı) ve patolojik evre gibi parametreler açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U testi ve Ki-kare testi, sağkalım analizleri için ise log-rank testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %21.7 takiplerde BCR gelişti. Başlangıç PSA düzeyi BCR (+) grupta anlamlı şekilde yüksekti (13.3 ± 9.4 vs. 7.7 ± 4.6 ng/mL; $p=0.039$). İlk kontrol PSA değeri, BCR (+) grupta belirgin olarak daha yüksekti (0.1 vs. 0.01 ng/mL; $p=0.002$). D'amico yüksek risk grubunda yer alan hastaların %50 BCR gelişmiş olup istatistiksel anlamlı bulundu ($p=0.024$). Patolojik N evresi açısından BCR (+) grupta N1 oranı belirgin yüksekti (33.3% vs. 3.7% ; $p=0.002$). Kaplan-Meier analizinde, yüksek riskli Damico gruplarında BCR'siz sağkalım anlamlı şekilde kısa bulundu (median 17 ay; $p=0.004$). N1 evresindeki hastalarda biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım süresi anlamlı şekilde düşüktü (median 18.9 ay; $p<0.001$). PSMA PET parametreleri (lenf nodu tutulumu, SUVmax, tutulum yeri sayısı) ile BCR arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Başlangıç PSA düzeyi, ilk kontrol PSA'sı, Damico risk sınıflandırması ve patolojik N evresi, RP sonrası biyokimyasal nüksün gelişimiyle anlamlı ilişkili bulunmuştur. PSMA PET bulgularının BCR'yi öngörmeye prediktif katkısı bulunmamış olmakla birlikte özellikle beklenenin aksine SUVmax ve lenf nodu tutulumu gibi parametreler BCR'yi öngörmeye katkı sağlamamıştır. PSMA-PET bulgularının BCR öngörmedeki değeri çok merkezli, yüksek volümlü randomize prospektif çalışmalarda araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Biyokimyasal rekürrens, Prostat kanseri, PSMA-PET, Radikal prostatektomi, Risk sınıflaması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Table 1.				
	Total	Biochemicalrelapse		p
		No (n=54)	Yes (n=15)	
Age	65.6±7.1	65.2±7.2	66.9±6.9	0.399
PSA	8.9±6.3	7.7±4.6	13.3±9.4	0.039
tPSA	1.4±0.9	1.4±1.1	1.4±0.6	0.980
Prostat dansite	0.8±5.4	0.2±0.1	3.1±11.3	0.330
Nüksüz süre	18.0(6.0-103.0)	18.5(7.0-103.0)	17.0(6.0-45.0)	0.367
İlk kontrol PSA	0.02(0.0-1.7)	0.01(0.0-0.9)	0.1(0.0-1.7)	0.002
Klinik evre, n(%)				
T1	37(53.6)	29(53.7)	8(53.3)	>0.999
T2	32(46.4)	25(46.3)	7(46.7)	
ISUP grade, n(%)				
1	24(35.3)	19(35.2)	5(35.7)	0.764
2	19(27.9)	15(27.8)	4(28.6)	
3	10(14.7)	9(16.7)	1(7.1)	
4	10(14.7)	8(14.8)	2(14.3)	
5	5(7.4)	3(5.6)	2(14.3)	
Damco sınıfı, n(%)				
Düşük	24(34.8)	20(37.0)	4(26.7)	0.024
Favorabl	14(20.3)	11(20.4)	3(20.0)	
Unfavorabl	17(24.6)	16(29.6)	1(6.7)	
Yüksek	14(20.3)	7(13.0)	7(46.7)	
Perinoral invazyon, n(%)	11(15.9)	9(16.7)	2(13.3)	>0.999
Lenfovaskul invazyon, n(%)	-	-	-	
Pozitif kor yüzdesi	31.0(4.0-100.0)	33.0(4.0-100.0)	25.0(7.5-60.0)	0.288
Pozitif kor sayısı	4.0(0.0-38.0)	4.0(0.0-38.0)	4.0(1.0-10.0)	0.746
MR pirads, n(%)				
2	8(11.6)	7(13.0)	1(6.7)	0.854
3	15(21.7)	11(20.4)	4(26.7)	
4	21(30.4)	17(31.5)	4(26.7)	
5	25(36.2)	19(35.2)	6(40.0)	
PSMA -Lenf nodu durumu, n(%)	16(23.2)	12(22.2)	4(26.7)	0.736
PSMA -Ekstrakapsule, n(%)	-	-	-	
PSMA -Seminalvezikül tutulumu, n(%)	1(1.4)	-	1(6.7)	
PSMA -Tutulum yer sayısı, n(%)				
0	2(2.9)	2(3.7)	-	
1	44(63.8)	33(61.1)	11(73.3)	
2	13(18.8)	9(16.7)	4(26.7)	
3	10(14.5)	10(18.5)	-	
PSMA -Tutulum yer sayısı	1.0(0.0-3.0)	1.0(0.0-3.0)	1.0(1.0-2.0)	0.459
PSMA -Max.Suvmax	7.3(0.0-43.3)	6.8(0.0-35.8)	8.4(2.5-43.3)	0.123
LND, n(%)	30(43.5)	20(37.0)	10(66.7)	0.080
Çıkarılan lenf nodu sayısı	0.0(0.0-66.0)	0.0(0.0-66.0)	5.0(0.0-48.0)	0.123
Patoloji KT evre, n(%)				
T2	39(56.5)	31(57.4)	8(53.3)	>0.999
T3	30(43.5)	23(42.6)	7(46.7)	
Patoloji KN evre, n(%)				
N0	28(40.6)	22(40.7)	6(40.0)	0.002
N1	7(10.1)	2(3.7)	5(33.3)	
NX	34(49.3)	30(55.6)	4(26.7)	
Cerrahi sınır pozitifliği, n(%)	23(33.3)	16(26.9)	7(46.7)	0.353

Unless otherwise specified data are expressed as mean±standard deviation or median (min-max).

Tablo 1 Bulgular





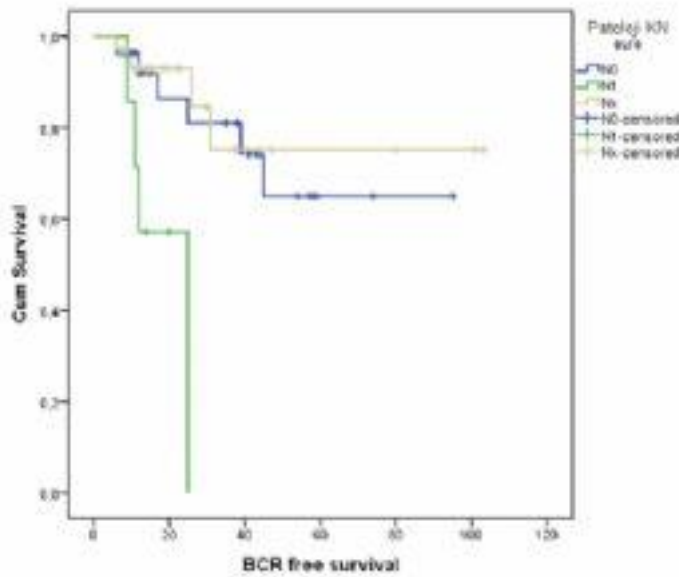
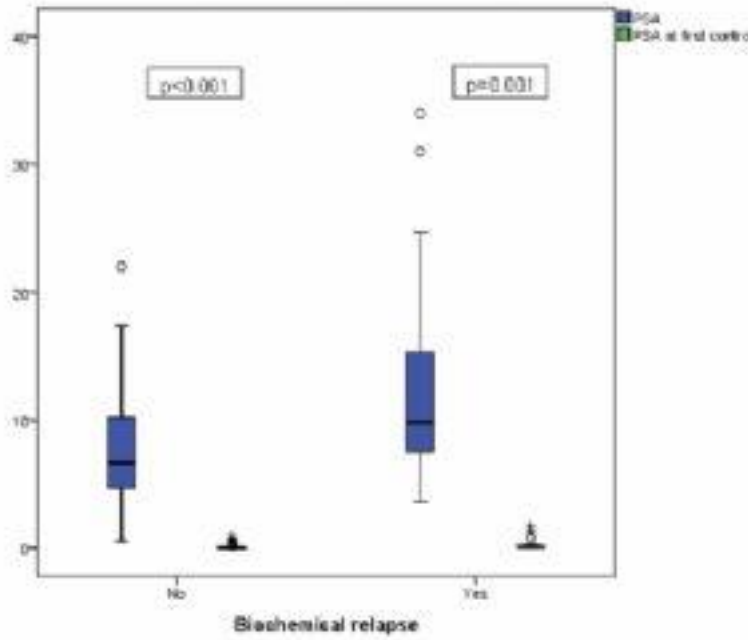
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2

Table 2.	Baseline PSA	PSA at first control	p
Biochemical relapse			
No	6.6(0.5-22.0)	0.01(0.0-0.9)	<0.001
Yes	9.8(3.6-34.0)	0.1(0.0-1.7)	0.001
Total	7.3(0.5-34.0)	0.02(0.0-1.7)	<0.001



Bazal ve ilk kontrol PSA değerlerinin biyokimyasal rekürrens ile ilişkisi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



**[SS-022]****Prostat Kanseri Definitif Radyoterapisinde ⁶⁸Ga-PSMA PET Parametrelerinin Klinik Önemi: SUVmax'ın Ötesine Bakış**

Pantea Bayatfard¹, Çiğdem Soydaş², Nazlı Alaoğlu Balcı³, Yüksel Ürün⁴, Sümer Baltacı⁵, Serap Akyürek³

¹Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Onkomer Onkoloji Merkezi

²Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁴Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵Üroloji Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Prostat kanseri tedavi yanıtını öngörmede ⁶⁸Ga-PSMA PET-BT giderek daha fazla kullanılmaktadır. Klinik pratikte yalnızca SUVmax değeri raporlansa da bu değer tedavi yanıtını öngörmedeki gücü kesin değildir. Bu çalışmanın amacı, definitif radyoterapi (RT) uygulanan PCa hastalarında SUVmax'ın yanısıra SUVmean, metabolik hacim (MV) ve total lezyon PSMA (TL-PSMA) gibi parametrelerin prognostik değerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 2016-2025 yılları arasında orta-yüksek riskli prostat kanseri nedeniyle RT uygulanan ve tedavi öncesi ⁶⁸Ga-PSMA PET-BT ile evrelenen 87 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara konvansiyonel veya ılımlı hipofraksinasyonla RT uygulandı. Primer analizde SUVmax'ın PSA nadire ulaşma süresi ile ilişkisi incelendi. Ek analizlerde 52 (%56) hastanın SUVmean, MV ve TL-PSMA değerlerine ulaşılabilir. Parametrelerin klinikopatolojik faktörlerle ilişkisi Mann-Whitney U ve korelasyon testleri ile değerlendirildi. Prediktif değer ROC analizi ile incelendi; çok değişkenli analiz için lojistik regresyon uygulandı. Tüm analizler SPSS v23.'te yapıldı ve p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Ortanca takip süresi 24 ay (aralık: 6-64 ay) ve tanı yaşı 74 (aralık: 55-85) idi. PSMA parametrelerinin ortanca değerleri sırasıyla SUVmax 10.6 (aralık: 1-95), SUVmean 7.6 (aralık: 2.5-25), MV 5.6 (aralık: 1.2-27) ve TL-PSMA 35 (aralık: 8-288) idi. Hasta özellikleri ve PSMA parametreleri ile ilişkileri Tablo-1'de gösterilmiştir. SUVmax; tanı PSA düzeyi, Gleason grubu, ekstraprostatik uzanım, seminal vezikül invazyonu, T evresi ve nodal evre ile anlamlı farklılık gösterdi (tümü p<0.05). Diğer parametrelerden yalnızca TL-PSMA, nodal evre ile ilişkili bulundu (p=0.009). RT sonrası PSA nadirine ortanca 6 ayda ulaşıldı (aralık: 1-55 ay). SUVmax ile PSA nadire ulaşım süresi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.2). Buna karşın, PSA nadirine >6 ayda ulaşan hastalarda SUVmean ve TL-PSMA değerleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0.007 ve 0.004) (Şekil-1). MV'nin PSA nadire ulaşma süresi ile bir ilişkisi gösterilemedi (p>0.3). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde SUVmean, MV ve TL-PSMA bağımsız prediktör olarak bulunmadı (p>0.05). ROC analizinde, PSA nadirine >6 ayda ulaşanları ayırt etmede SUVmean (AUC=0.719, p=0.007) ve TL-PSMA (AUC=0.735, p=0.004) kabul edilebilir düzeyde ayırt edici güç gösterirken, MV'nin ayırt edici gücü zayıf kalmıştır (AUC=0.592, p=0.2) (Şekil-2).

Sonuç: ⁶⁸Ga-PSMA PET-BT'de ölçülen SUVmax değerinin klinik ve patolojik özelliklerle anlamlı ilişkisi bulunmasına rağmen, RT sonrası PSA yanıtını öngörmedeki gücü sınırlı kalmıştır. Buna karşın, SUVmean ve TL-PSMA değerlerinin biyokimyasal yanıt kinetiğini yansıtmada daha yüksek prognostik değer taşıyabileceği gösterilmiştir. Bu veriler, prostat kanserinde PSMA PET parametrelerinin çok boyutlu değerlendirilmesinin önemini ortaya koymakta olup, daha geniş serilerle doğrulanmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Suvmax, Suvmean, TL-PSMA, metabolik hacim

Tablo-1: Hasta özellikleri ve PSMA parametreleri ile ilişkisi

	Suvmax	Suvmean	MV	TL-PSMA



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | **25**
KASIM | **2020**
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Özellik	N (aralık/%)	p değeri			
Tanı PSA (ortanca)	12.7 (1-900)	0.001*	0.1	0.4	0.1
Gleason Grup					
- 1-3	50 (54)	0.005*	0.9	0.4	0.2
- 4-5	43 (46)				
Perinöral İnvazyon					
- Var	41 (44)	0.5	0.4	0.8	0.7
- Yok	52 (56)				
Kribriiform Patern					
- Var	7 (7.5)	0.4	0.06	1	0.2
- Yok	86 (92.5)				
Ekstraprostatik Uzanım					
- Var	39 (42)	0.03*	0.9	0.1	0.1
- Yok	54 (58)				
Seminal Vezikül İnvazyonu					
- Var	28 (30)	0.02*	0.5	0.4	0.3
- Yok	65 (70)				
T Evresi					
- T1-2	54 (58)	0.03*	0.9	0.1	0.1
- T3-4	39 (42)				
N Evresi					
- N0	63 (68)	0.02*	0.1	0.1	0.009*
- N1	30 (32)				
RT fraksinasyonu					
- Konvansiyonel RT	66 (76)	-	-	-	-
- İlimli Hipofraksiyone RT	21 (24)				
CTV prostat dozu (ortanca)					
- Konvansiyonel RT	78 Gy (76-78Gy)	-	-	-	-
- İlimli Hipofraksiyone RT	60 Gy (60-70Gy)				
CTV lenfatik dozu					





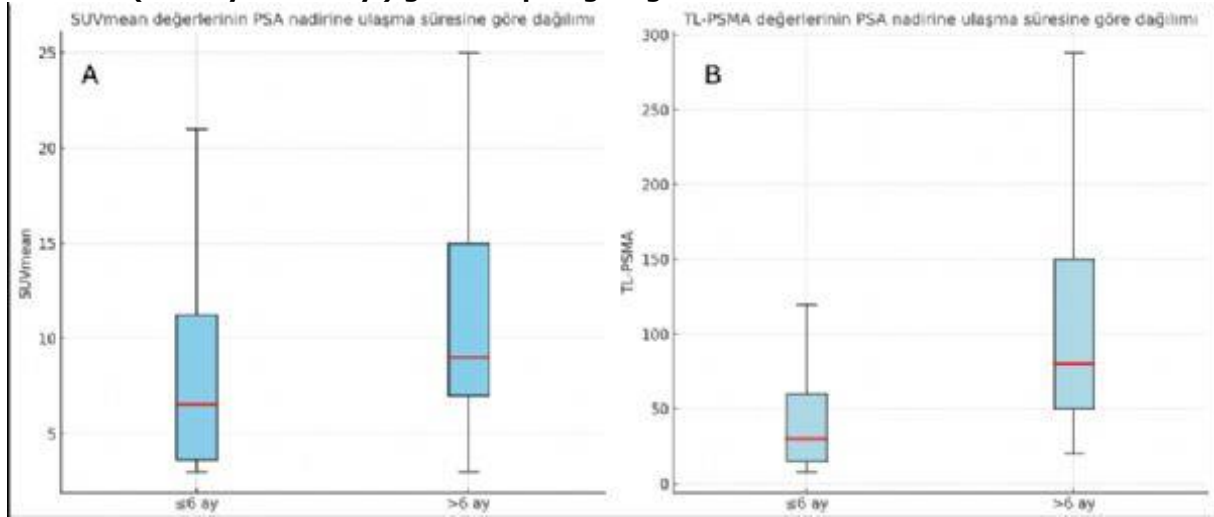
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



- Konvansiyonel RT	46 Gy (100)	-	-	-	-
- İlimli Hipofraksiyone RT	50 Gy (100)				
CTV seminal vezikül dozu					
- Konvansiyonel RT	60 Gy (54-78 Gy)	-	-	-	-
- İlimli Hipofraksiyone RT	60 Gy (52-68 Gy)				

Şekil-1: PSMA parametrelerinden Suvmean (A) ve TL-PSMA'nın (B) PSA nadire ulaşım süresine (≤ 6 ay vs. >6 ay) göre boxplot grafiği



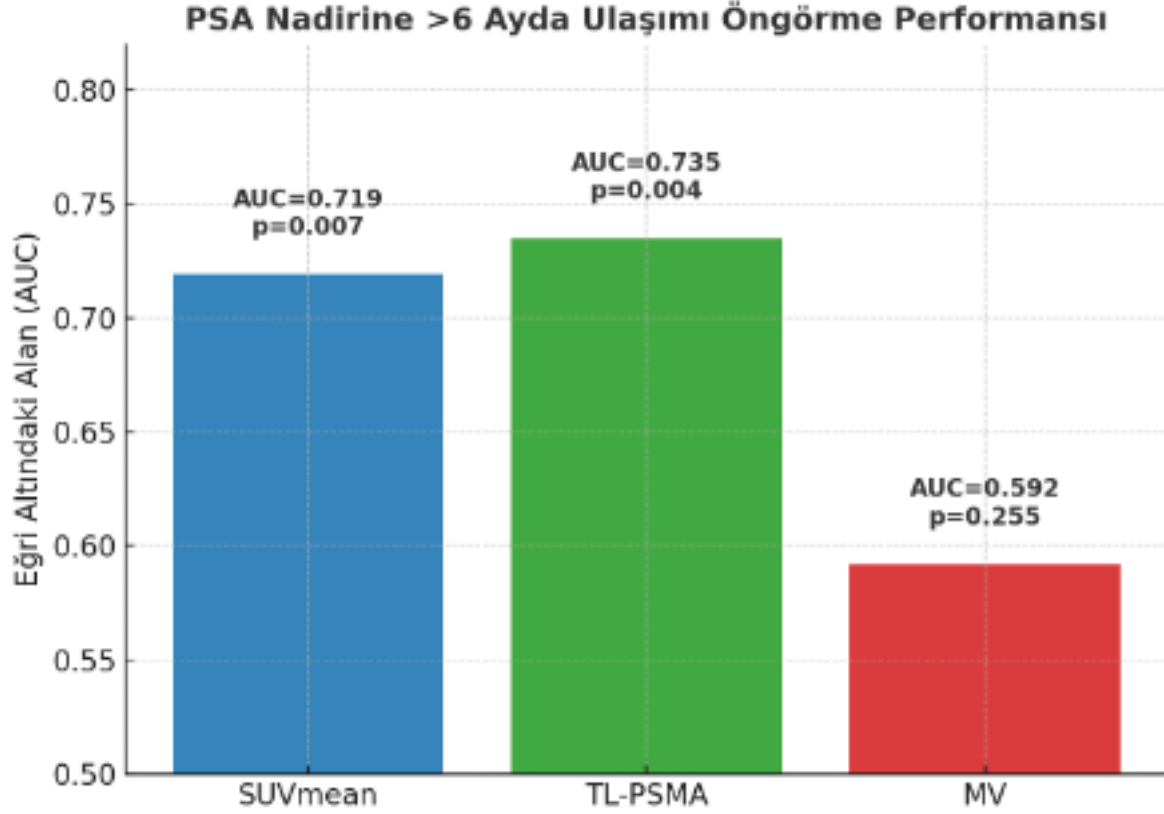


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil-2: ROC analizi ile AUC eğrilerinin karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-023]

ISUP-1 Hasta Grubunda Upgrade Olasılığının Öngörülmesinde ve Tedavi Seçiminde Kullanılabilecek Faktörler

Muhammed Selçuk Özer, Arda Berkay Eskici, Mehmed Emin Kayacan, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, Aykut Kefi, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen, İlhan Çelebi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen ikinci kanser türüdür. Biyopsi ile tanı konulan hastaların bir kısmında tümörün düşük agresif özellikte olması nedeniyle tedavi yerine aktif izlem uygulanabilmektedir. Literatürde aktif izlem ile radikal tedavi arasında genel sağkalım açısından belirgin fark olmadığı bildirilse de, aktif izlem uygulanan hastalarda evre ilerlemesi ve metastatik potansiyelin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, biyopsi sonucu Gleason skoru 3+3=6 (ISUP-1) olan ve radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarda, evre ilerlemesi ile ilişkili klinik ve patolojik parametrelerin belirlenmesi amaçlandı.

MATERYAL METOD

Ocak 2020 – Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde retropubik radikal prostatektomi uygulanan 305 hasta içerisinde prostat biyopsi patoloji sonucu Gleason skoru 3+3=6 olan 87 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, BKİ, sigara kullanımı), serum PSA değerleri, prostat hacimleri (PV), PSA dansitesi (PSAdt: PSA/PV), biyopsi pozitif kor sayıları ve kor pozitiflik yüzdeleri kaydedildi. Radikal Prostatektomi patoloji sonuçları, biyopsi ile aynı evrede kalan ve evre ilerlemesi saptananlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar tanımlanan parametreler açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde Fisher exact testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Parametreler için ROC analizi ile sınır değeri (cut-off) hesaplandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 67 (47–77) yıl, ortalama PSA değeri 6,2 (2,6– 36,7) ng/dL, ortalama prostat hacmi 45 (20–150) cc idi. RP sonrası 69 hastada (%79,3) evre ilerlemesi saptandı. Evre ilerlemesi olan grupta sigara kullanım oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,020$). Ayrıca, PSAdt ($p=0,048$), biyopsi pozitif kor sayısı ($p=0,036$) ve pozitif kor yüzdesi ($p<0,001$) evre ilerlemesi ile anlamlı ilişkili bulundu (Tablo 1). PSA değeri, rektal tuşe bulgusu, biyopside perinöral invazyon (PNI) ve yüksek dereceli intraepitelyal neoplazi (HPIN) varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (Tablo 1). ROC analizinde PSAdt için %14,5 (AUC=0,651; duyarlılık %55, özgüllük %77; $p=0,049$) ve pozitif kor yüzdesi için %23,2 (AUC=0,795; duyarlılık %68, özgüllük %89; $p<0,001$) sınır değeri olarak hesaplandı (Şekil 1).

SONUÇ

Gleason skoru 3+3=6 olan ve radikal prostatektomi uygulanan hastaların büyük bir kısmında (%79,3) evre ilerlemesi saptanmıştır. Sigara kullanımı, PSA dansitesi, biyopsi pozitif kor sayısı ve kor pozitiflik yüzdesi evre ilerlemesi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Özellikle pozitif kor yüzdesi ve PSA dansitesi, aktif izlem için hasta seçiminde dikkate alınması gereken önemli prediktörler olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aktif İzlem, Prostat Kanseri, Radikal Prostatektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Demografik Ve Patolojik Özellikler İle Evre İlerlemesi Olan Hastalar Ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması (n=87)

Tablo 1. Demografik Ve Patolojik Özellikler İle Evre İlerlemesi Olan Hastalar Ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması (n=87)

		Upgrade		p
		Yok	Var	
Sigara	Yok	10 (%55,6)	18 (%26,1)	
	Var	8 (%44,4)	51 (%73,9)	0,020*
Tuşe bulgusu	Benign	15 (%83,3)	45 (%65,2)	
	Nodüler veya sert	3 (%16,7)	24 (%34,8)	0,114*
PNİ	Yok	18 (%100)	62 (%89,9)	
	Var	0 (%0)	7 (%10,1)	0,185*
HPIN	Yok	11 (%61,1)	39 (%56,5)	
	Var	7 (%38,9)	30 (%43,5)	0,470*
Yaş/Yıl Ortanca (Min-Max)		66,5 (47-77)	67 (53-77)	0,971**
BMI kg/m2 Ortanca (Min-Max)		25,5 (21,2-33,9)	27 (22-45,5)	0,226**
PSA ng/dl Ortanca (Min-Max)		5,76 (3,9-13,13)	6,34 (2,6-36,77)	0,506**
Prostat Volümü (cc) Ortanca (Min-Max)		50 (35-90)	44 (35-50)	0,033**
PSAdt Ortanca (Min-Max)		%11 (%7-%32)	%15 (%3-%91)	0,048**
Biyopsi pozitif kor sayısı Ortanca (Min-Max)		2 (1-4)	4 (1-12)	0,036**
Pozitif kor yüzdesi Ortanca (Min-Max)		%13,3 (%7-%33)	%33,3 (%4-%100)	<0,001**

*Fisher exact test, **Mann Whitney U test





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya





[SS-024]

Radyoterapi alan prostat kanseri hastalarında fibrinojen ve d-dimer düzeylerindeki değişim: prospektif bir inceleme

Özlem Elmas, Mehmet Mirioğlu

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi ABD, Zonguldak

Amaç: Kanser patofizyolojisinde koagülasyon sistemi önemli bir rol oynamakta olup, fibrinojen ve D-dimer düzeyleri prognostik biyobelirteçler olarak öne çıkmaktadır. Fibrinojen, akut faz yanıtında artışıyla dikkat çeken ve tümör invazyonu ile metastazda rol oynadığı gösterilmiş bir koagülasyon faktörüdür. D-dimer ise fibrin yıkım ürünlerinden biridir ve trombogenez ile tümör yüküyle ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada, prostat kanseri tanılı hastalarda plazma fibrinojen ve D-dimer düzeylerinin LHRH kullanımı ve NCCN risk gruplarıyla ilişkisi, ayrıca bu biyobelirteçlerin PSA ile birlikte erken RT yanıtını gösterme potansiyeli, prospektif ve tekrarlı ölçüm tasarımıyla değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde (ZBEÜ Radyasyon Onkolojisi) yürütülen bu prospektif çalışmaya, NCCN kriterlerine göre düşük, orta (favorable/unfavorable), yüksek ve çok yüksek risk düzeylerinde sınıflandırılmış, her risk grubundan 10'ar hasta olacak şekilde toplam 50 lokalize prostat kanseri olgusu ardışık olarak dâhil edildi. Tromboz veya majör kanama öyküsü olanlar, koagülopatisi olanlar, antikoagülan/antitrombosit ajan kullananlar, akut enfeksiyon ya da yakın zamanda cerrahi geçirenler ve protokole uyum sağlayamayacak olgular dahil edilmedi.

Hastaların radyoterapi öncesi (Z0), radyoterapi bitiminde (Z1) ve radyoterapi sonrası üçüncü ayda (Z2) olmak üzere üç farklı zamanda PSA, fibrinojen ve D-dimer düzeyleri ölçüldü. LHRH tedavisi kullanım durumu da analizlerde göz önünde bulunduruldu. Normallik Shapiro-Wilk ile değerlendirildi. İki bağımsız grupta normal dağılımda Student's t, normal dışı Mann-Whitney U kullanıldı. Üç zamanlı tekrarlı ölçümlerde normal dağılımda RM-ANOVA, normal dışı Friedman uygulandı. Anlamlılıkta çoklu karşılaştırmalar Bonferroni ile yapıldı (parametrik: eşleştirilmiş t; parametrik olmayan: Dunn). Analizler IBM SPSS v23.0 ile gerçekleştirildi; iki yönlü $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 50 prostat kanseri hastasında, PSA değerleri Z0, Z1 ve Z2 zamanlarında anlamlı azalma gösterdi ($p < 0,001$). Fibrinojen düzeyinde Z2'de belirgin düşüş saptandı ($p = 0,001$). D-dimer ise yalnızca Z0'a kıyasla Z2'de anlamlı azaldı ($p = 0,010$). LHRH (+) alt grubunda her üç parametre de anlamlı düştü (PSA: $p < 0,001$; Fibrinojen: $p = 0,013$; D-dimer: $p = 0,024$). LHRH (-) grubunda PSA ve fibrinojen azalırken, D-dimerde anlamlı değişiklik izlenmedi. (Şekil 1.) (Tablo 1.)

Sonuç: Bu prospektif seri, radyoterapi sürecinde fibrinojenin Z0-Z2 arasında PSA ile paralel ve tutarlı biçimde azaldığını göstermiştir; D-dimerdeki değişim ise daha sınırlı olup anlamlılık esasen LHRH(+) hastalarda izlenmiştir. Bulgular, fibrinojenin PSA'ya tamamlayıcı, düşük maliyetli ve kolay erişilebilir bir yanıt belirteci olarak klinik izlemede değerlendirilebileceğine işaret etmektedir. Klinik uygulamayı yönlendirecek eşik değerler için çok merkezli, geniş örneklemli ve ROC temelli doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Radyoterapi, Biyobelirteç, Fibrinojen, D-dimer



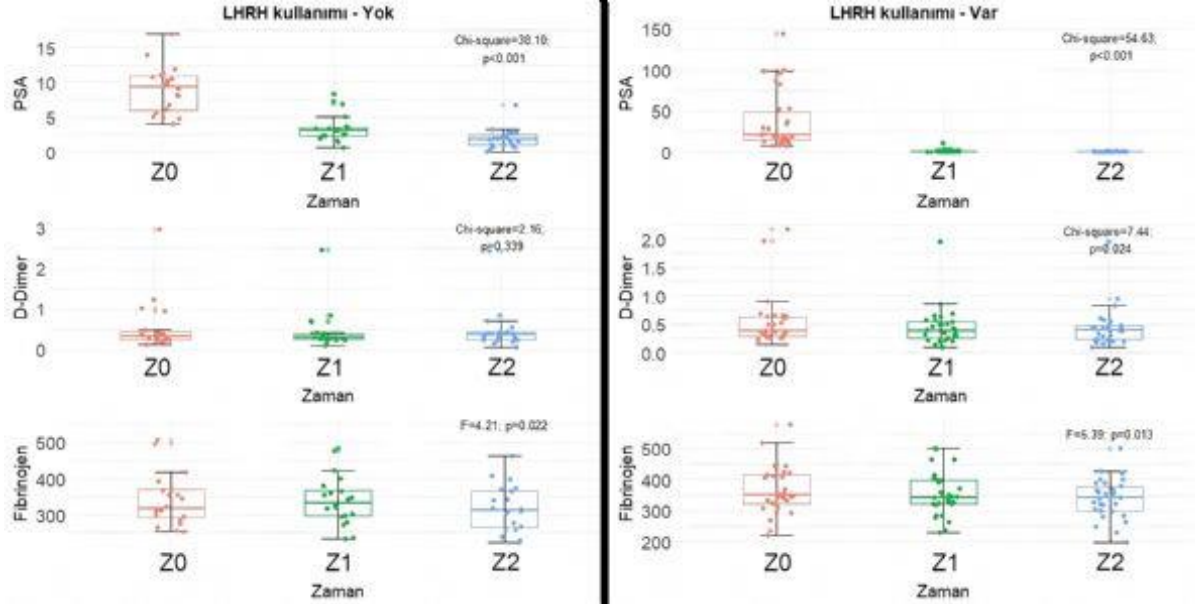


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1.



Şekil 1. LHRH (+/-) alt gruplarında PSA, fibrinojen ve D-dimerin Z0-Z2 değişimi (kutu grafikleri)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1.

		Z0(RT öncesi)	Z1(RT bitimi)	Z2(tedavi yanıt değ.)	Test ist.	Post-Hoc	
					p	Gruplar	p
Total (n=50)	PSA	26,09±30,92	2,04±2,39	0,95±1,26	X ² =92,52	Z0-Z1	<0,001
		13,27 (9,25-27,71)	1,18 (0,20-3,16)	0,54 (0,03-1,58)	<0,001	Z0-Z2	<0,001
		4,07-144	0,01-11,25	0,01-6,74		Z1-Z2	<0,001
	Fibrinojen	356±75,31	348,50±68,47	330,60±63,57	F=8,93	Z0-Z1	0,873
		346,50 (306,50-410,50)	342 (302,50-393)	326 (284,50-370,50)	0,001	Z0-Z2	0,001
		222-579	230-504	199-501		Z1-Z2	0,003
	D-Dimer	0,54±0,53	0,46±0,41	0,45±0,41	X ² =9,26	Z0-Z1	1,000
		0,37 (0,28-0,61)	0,32 (0,25-0,52)	0,39 (0,24-0,46)	0,010	Z0-Z2	0,018
		0,14-2,98	0,10-2,46	0,07-2,45		Z1-Z2	0,083
LHRH kullanımı -Yok (n=20)	PSA	8,97±3,37	3,48±1,98	1,98±1,43	X ² =38,10	Z0-Z1	<0,001
		9,33 (5,76-10,96)	3,13 (2,39-3,63)	1,92 (1,06-2,71)	<0,001	Z0-Z2	<0,001
		4,07-17	0,69-8,32	0,05-6,74		Z1-Z2	<0,001
	Fibrinojen	340,30±71,15	341,05±68,57	318,85±64	F=4,21	Z0-Z1	0,932
		318,50 (288,25-372,50)	334 (295,75-377)	313,50 (261,25-368,75)	0,022	Z0-Z2	0,025
		253-506	233-484	225-461		Z1-Z2	0,018
	D-Dimer	0,56±0,64	0,47±0,50	0,47±0,50	X ² =2,16	-	-
		0,33 (0,24-0,48)	0,30 (0,25-0,41)	0,37 (0,24-0,45)	0,339	-	-
		0,14-2,98	0,12-2,46	0,07-2,45		-	-
LHRH kullanımı -Var (n=30)	PSA	37,51±35,64	1,08±2,17	0,27±0,36	X ² =54,63	Z0-Z1	<0,001
		20,82 (13,39-52,25)	0,37 (0,02-0,98)	0,08 (0,01-0,51)	<0,001	Z0-Z2	<0,001
		7,20-144	0,01-11,25	0,01-1,18		Z1-Z2	<0,001
	Fibrinojen	366,47±77,35	353,47±69,12	338,43±63,14	F=5,39	Z0-Z1	0,211
		351 (320-417,25)	344 (321,50-399,50)	341,50 (299,50-382,25)	0,013	Z0-Z2	0,003
		222-579	230-504	199-501		Z1-Z2	0,022
	D-Dimer	0,53±0,46	0,45±0,34	0,44±0,34	X ² =7,44	Z0-Z1	1,000
		0,38 (0,29-0,63)	0,38 (0,25-0,55)	0,40 (0,23-0,49)	0,024	Z0-Z2	0,043
		0,14-2,18	0,10-1,95	0,10-1,95		Z1-Z2	0,136

Veriler, ortalama ± standart sapma, medyan (25.-75. çeyrekler) ve minimum-maksimum değerler ile özetlendi. F: Repeated Measures ANOVA (Post-Hoc: Bonferroni düzeltilmeli Eşleştirilmiş örneklem t test), X²: Friedman test (Post-Hoc: Bonferroni düzeltilmeli Dunn test).

Tablo 1. PSA, fibrinojen ve D-Dimer değerlerinin zamana göre değişiminin incelenmesi



**[SS-025]****Radikal Prostatektomi Sonrası Penil Rehabilitasyon Yaklaşımları: Türkiye’de Ürologların Tercihleri**Saadettin Eskiçorapçı¹, Serhat Çetin², Sinan Sözen²¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Radikal prostatektomi (RP) sonrası erektil fonksiyon kaybı, hasta yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir komplikasyondur. Bu çalışmada, Türkiye’de ürologların RP sonrası penil rehabilitasyon yaklaşımlarının belirlenmesi; özellikle birinci basamak tercihleri, ilaç doz/kullanım şekilleri ve başarısızlıkta ikinci basamak stratejilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çevrim içi anketi 96 ürolog tamamladı. Ankette demografik özellikler, merkez tipi, penil rehabilitasyon uygulama alışkanlıkları, tedavi protokolleri ve başarısızlık sonrası tercih edilen alternatifler sorgulandı. Veriler tanımlayıcı istatistiklerle analiz edildi.

Bulgular: Birinci basamakta en sık tercih edilen tedavi tadalafil (n=74, %77,1) olup, bunu kombinasyon (n=14, %14,6) ve sildenafil (n=3, %3,1) izlemiştir. Tadalafil ile başlanan olgularda önerilen doz çoğunlukla 5 mg (n=41/42, %97,6) ve kullanım sıklığı ‘günde bir’dir (n=40/42, %95,2). Tadalafil başarısızlığında en sık ikinci basamak PGE-İK enjeksiyonudur (n=9/41, %22,0); kombine enjeksiyon başarısızlığında penil protez implantasyonu baskın tercihtir (n=15/17, %88,2). PGE-İK başarısızlığında protez implantasyonu öne çıkmaktadır (n=15/23, %65,2). Birinci basamakta kombinasyon tedavisi tercih edenlerin en sık seçimi Tadalafil + PGE-İK (n=11, %11,5) ve Tadalafil + Li-SWT (n=10, %10,4) olmuştur. Daha az sıklıkla Tadalafil + VEC (n=6, %6,3) ve Tadalafil + Sildenafil (n=5, %5,2) kombinasyonları tercih edilmiştir. Penil rehabilitasyonun başlatılmasında en sık strateji postoperatif sonda çekimi sonrası başlama (n=34, %35,4) olup, preoperatif hazırlık (n=22, %22,9) ve taburculuk sırasında başlama (n=15, %15,6) ikinci ve üçüncü sıklıkta tercih edilmiştir. Uygulama süresi çoğunlukla 6-12 aydır (n=56, %58,3). Tedavi başarısı tanımında en yaygın ölçüt ESS=3’tür (n=44, %45,8). Örneklemenin mesleki deneyim oranı yüksektir: katılımcıların 63.5%’i (n=61) uzmanlıkta >=5 yıl deneyime sahiptir.

Sonuç: RP sonrası penil rehabilitasyonda klinik pratikte birinci basamakta günlük düşük doz tadalafil baskındır; başarısızlıkta enjeksiyon tedavileri ve kombinasyon stratejileri tercih edilmekte, refrakter olgularda penil protez implantasyonu öne çıkmaktadır. Bulgular, yaklaşımın heterojenliğini ve standart protokollere gereksinimi göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: penil rehabilitasyon, erektil disfonksiyon, radikal prostatektomi, ürolog, anket

Tablo 1. Birinci basamak tedavi tercihleri

Tedavi	n	%
Tadalafil	74	77.1
Kombinasyon	14	14.6
Sildenafil	3	3.1
Vakum ereksiyon cihazı	2	2.1
Penil rehabilitasyon uygulamıyorum	3	3.1

Tablo 2. Tadalafil doz ve kullanım şekli*

Doz/kullanım	n	%



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



5 mg	41	97.6
20 mg	1	2.4
Günde bir	40	95.2
Gün aşırı	2	4.8

*Yüzdelere ilgili soruya yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3. Birinci basamakta kombinasyon tedavi tercihleri*

Kombinasyon	n	%
Tadalafil + PGE-İK	11	28.9
Tadalafil + Li-SWT	10	26.3
Tadalafil + VEC	6	15.8
Tadalafil + Sildenafil	5	13.2
Tadalafil + Papaverin	2	5.3
Sildenafil + PRP tedavisi	1	2.6
Sildenafil + Papaverin	1	2.6
Tadalafil + PRP tedavisi	1	2.6

*Yüzdelere ilgili soruya yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. Tadalafil başlanmış olgularda başarısızlık sonrası ikinci basamak tercihler*

İkinci basamak tedavi	n	%
PGE-İK tedavisine geçirim	9	22.0
Dozunu arttırırım	6	14.6
Tadalafil + VEC kombinasyonuna geçirim	5	12.2
Penil protez implantasyonu öneririm	5	12.2
Tadalafil + Sildenafil kombinasyonuna geçirim	5	12.2
Tadalafil + PGE-İK kombinasyonuna geçirim	3	7.3
Tadalafil + Vardenafil kombinasyonuna geçirim	2	4.9
Papaverin tedavisine geçirim	2	4.9
VEC tedavisine geçirim	1	2.4
Vardenafil 20 mg'a geçirim	1	2.4
Sildenafil 100 mg'a geçirim	1	2.4
Li-SWT tedavisine geçirim	1	2.4

*Yüzdelere ilgili soruya yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.



[SS-026]

Yazılım Tabanlı Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Hedefli Yapılan Biyopsilerde Perilezyonel Örneklemenin Klinik Önemli Prostat Kanseri Tanısına Katkısının Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışmanın Erken Sonuçları

Nihat Karabacak¹, Serhat Çetin¹, Damla Nur Tatlı Şahin¹, Ender Cem Bulut¹, Murat Yavuz Koparal¹, Murat Uçar², İpek Işık Gönül³, Bora Küpeli¹, Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Bu prospektif çalışmada, yazılım tabanlı multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) sonrası yapılan hedefli biyopsi(TB) ve sistematik biyopsilere(SB) ek olarak uygulanan perilezyonel biyopsinin(PB) klinik önemli prostat kanseri (KÖPK) tanısına katkısı değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:

Toplam 133 hastaya TB, SB ve PB uygulandı. KÖPK, ISUP Grade Grup ≥ 2 prostat adenokarsinomu olarak tanımlandı. PB korları, lezyonun 5 mm uzağından 3'er adet ve 10 mm uzağından 3'er adet olmak üzere toplam 6'şar adet alındı. Beş stratejinin (TB, SB, TB+PB, TB+SB, TB+SB+PB) KÖPK saptama oranları karşılaştırıldı. Cochran's Q testi genel fark için, McNemar testleri ikili karşılaştırmalar için kullanıldı. Ayrıca PB ve SB'nin ek katkıları ayrı olarak analiz edildi.

Bulgular:

Toplam 133 hastanın 33'ünde (%24.8) klinik anlamlı prostat kanseri (KÖPK) saptandı. KÖPK varlığı ile PRM evresi ($p = 0,003$), PIRADS skoru ($p < 0,001$), prostat hacmi ($p = 0,001$), serbest/total PSA oranı ($p = 0,001$), PSA dansitesi ($p < 0,001$) ve lezyon boyutu ($p < 0,001$) arasında anlamlı ilişki bulundu (Tablo 1).

TB tek başına %18.8 (n=25) oranında KÖPK tespit etti. TB'ye SB eklenmesiyle oran %22.6 (n=30) oldu; bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.063$). TB'ye PB eklenmesi de aynı şekilde %22.6 (n=30) saptama oranı sağladı; fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.063$). Üç yöntemin birlikte uygulanması ise KÖPK oranını %24.8 (33/133)'e çıkardı ve TB'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı üstünlük gösterdi ($p=0.008$). SB ve PB'nin katkıları karşılaştırıldığında, TB+SB(n=30) ve TB+PB(n=30) stratejilerinin saptama oranları eşit bulundu (%22.6 vs %22.6) ve aralarında istatistiksel fark yoktu ($p=1.000$)(Görsel 1). Üç yöntemin birlikte kullanımı, TB+SB veya TB+PB'ye göre daha yüksek oranda KÖPK saptadı (%24.8 vs %22.6 ve %24.8 vs %22.6), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.25$, $p=0.25$, sırasıyla) (Tablo 2) (Görsel 2). PB toplamda %3.8 (5/133; %95 GA: 1.2–8.6) ek katkı sağladı; bunların üçü yalnız PB ile tanı, ikisi ise ISUP yükselmesi şeklindeydi. SB ise %3.0 (4/133; %95 GA: 0.8–7.5) katkı gösterdi; bunların üçü yalnız SB ile tanı, biri ise ISUP yükselmesi idi. PB ve SB'nin toplam ek katkıları arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p=1.000$).

Sonuç:

Bu prospektif çalışmanın ön sonuçlarına göre TB tek başına yetersizdir. Hem SB hem PB'nin eklenmesiyle KÖPK saptama oranı artmaktadır. Üç yöntemin birlikte kullanımı TB'ye göre anlamlı düzeyde daha fazla KÖPK yakalamıştır. PB'nin katkısı SB ile benzer düzeyde olup, bazı hastalarda tek başına tanı koydurması ve ISUP yükseltmesi ile klinik açıdan değer taşımaktadır. Hasta sayısı arttıkça daha güçlü sonuçlar elde edilecektir.

Anahtar Kelimeler: klinik önemli prostat kanseri, multiparametrik prostat mr, hedefli biyopsi, sistematik biyopsi, perilezyonel biyopsi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

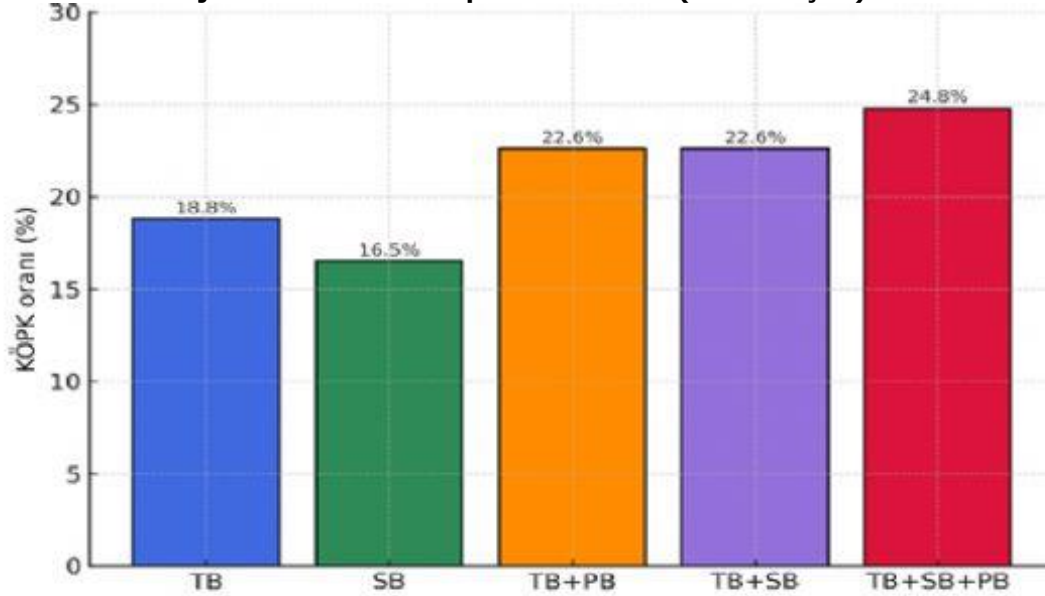
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Görsel 1. McNemar İkili Karşılaştırmalar

Biyopsi stratejileri	KÖPK oranları (%)	p değeri
TB vs TB+SB	18.8 vs 22.6	0.063
TB vs TB+PB	18.8 vs 22.6	0.063
TB vs TB+SB+PB	18.8 vs 24.8	0.008
TB+SB vs TB+PB	22.6 vs 22.6	1.000
TB+SB vs TB+SB+PB	22.6 vs 24.8	0.25
TB+PB vs TB+SB+PB	22.6 vs 24.8	0.25
PB vs SB katkı	3.8 vs 3.0	1.000

Görsel 2. Stratejilere Göre KÖPK Saptama Oranları (Ön Sonuçlar)



Tablo 1. Klinik Önemli Prostat Kanseri Tanısına Göre Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Klinik Anlamlı Prostat Kanseri yok (n=100) Ort ± SS	Klinik Anlamlı Prostat Kanseri var (n=33) Ort ± SS	p değeri
Hasta yaşı (yıl)	65,67 ± 6,99	65,88 ± 7,89	0,916
Prostat hacmi (mL)	66,51 ± 31,88	47,33 ± 18,42	0,001
tPSA (ng/mL)	9,60 ± 9,45	16,29 ± 19,59	0,061
sPSA (ng/mL)	1,56 ± 1,34	1,78 ± 2,05	0,929
s/t PSA oranı	0,175 ± 0,081	0,130 ± 0,061	0,001
PSAD (ng/mL)	0,149 ± 0,115	0,345 ± 0,359	<0,001





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Lezyon boyutu (mm)	10,90 ± 6,00	14,82 ± 6,01	<0,001
Füzyon toplam kor sayısı	9,73 ± 4,21	9,12 ± 3,68	0,355
PRM			0,003
cT1	79 (79,0)	18 (54,5)	
cT2	21 (21,0)	13 (39,4)	
cT3	0 (0,0)	2 (6,1)	
Lezyon Yeri			0,177
Sağ PZ	25 (25,0)	14 (42,4)	
Sol PZ	36 (36,0)	12 (36,4)	
Sağ TZ	25 (25,0)	4 (12,1)	
Sol TZ	14 (14,0)	3 (9,1)	
Lezyon Sayısı			0,527
1	69 (69,0)	25 (75,8)	
2	28 (28,0)	8 (24,2)	
3	3 (3,0)	0 (0,0)	
Lezyon PIRADS			<0,001
3	57 (57,0)	6 (18,2)	
4	33 (33,0)	13 (39,4)	
5	10 (10,0)	14 (42,4)	

Tablo 2. Stratejilere göre Klinik Önemli Prostat Kanseri (KÖPK) saptama oranları

Strateji	n (133)	KÖPK oranı (%)
TB	25	18.8
SB	22	16.5
TB+PB	30	22.6
TB+SB	30	22.6
TB+SB+PB	33	24.8





[SS-027]

Optimizing Unilateral Pelvic Lymph Node Dissection in the PSMA Era: Balancing Oncological Safety, Contralateral Involvement Risk, and Overtreatment in Prostate Cancer: A Multicenter Study of the Turkish Urooncology Association

Çagri Akpınar¹, Evren Suer¹, Nejdet Karsiyakali², Nihat Karakoyunlu³, Serhat Cetin⁴, Guven Aslan⁵, Deniz Bolat⁶, Volkan Izol⁷, Cenk Yucel Bilen⁸, Sinan Sozen⁴, Levent Turkeri², Sumer Baltaci¹

¹Department of Urology, School of Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey

²Department of Urology, School of Medicine, Acibadem University, Istanbul, Turkey

³Department of Urology, Ankara Etlik City Hospital, Ankara, Turkey

⁴Department of Urology, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey

⁵Department of Urology, School of Medicine, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey

⁶Department of Urology, Izmir Etlik City Hospital, Izmir, Turkey

⁷Department of Urology, School of Medicine, Cukurova University, Adana, Turkey

⁸Department of Urology, School of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Objective:

To evaluate the risk of contralateral lymph node involvement (LNI) and the feasibility of safely performing unilateral pelvic lymph node dissection (PLND) in unfavorable-intermediate and high-risk prostate cancer (PCa) patients with cN0 status on preoperative 68Ga-PSMA PET/CT, tumor involvement in single lobe, or dominant lobe involvement with worse tumor characteristics on biopsy.

Materials-Methods:

In this retrospective multicenter study were analyzed 768 patients who underwent RP and bilateral extended-PLND. Patients with cN0 status on PSMA PET/CT and PI-RADS ≥ 3 lesions on multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) were included. Tumor lobe (single/dominant-prostatic lobe) involvement and LNI status were recorded for all patients. The dominant lobe was determined based on higher ISUP grade group (GG), number and percentage of more positive cores, and more advanced features on MRI, respectively. LNI status was analyzed by tumor side and location. Statistical analysis included univariate and multivariate models to evaluate predictors of contralateral LNI.

Results:

LNI was observed in 96 (12.5%) of 768 patients, with 61 (7.9%) having ipsilateral LNI and 35 (4.6%) contralateral LNI with or without ipsilateral LNI. Patients with contralateral LNI had higher preoperative PSA, more frequent EAU high-risk classification, larger-index lesion diameter, higher ISUP GG on both the dominant and non-dominant side, and a higher rate of positive percentages in the non-dominant side (all p values < 0.05) (Table 1). The biopsy results from the non-dominant lobe which demonstrated a relationship between ISUP GG on the non-dominant side and LNI (Fig.1). In Figure 1, there were 520 patients in the subgroup of patients with a negative biopsy on the non-dominant side and ISUP GG1. Among the 520 patients with negative biopsy or ISUP GG 1 on the non-dominant side, 346 were intermediate risk and 174 high risk, and contralateral LNI was observed in 0.3% (1/346) and 1.7% (3/174) of these groups, respectively. Multivariate analysis identified preoperative PSA (HR 1.028, 95%CI 1.001-1.057, p=0.044), ISUP GG 2 (HR-4.325, 95%CI-1.620-14.374, p=0.007) and $\geq$ ISUP-GG 3 (HR 14.004, 95%CI 3.025-54.773, p<0.001) on the non-dominant side as independent predictors for contralateral LNI (Table 2). The ROC-derived AUC for predicting contralateral LNI was 0.873, indicating good predictive accuracy (Fig 2).

Conclusion:

In cases where preoperative 68Ga-PSMA PET/CT indicates a negative LN status, contralateral PLND may not be necessary in intermediate-risk patients with negative biopsy or ISUP GG 1 tumor on the non-dominant side.

Keywords: Lymph Node Involvement, Prostate Cancer, PSMA PET/CT, Radical Prostatectomy





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Fig 1

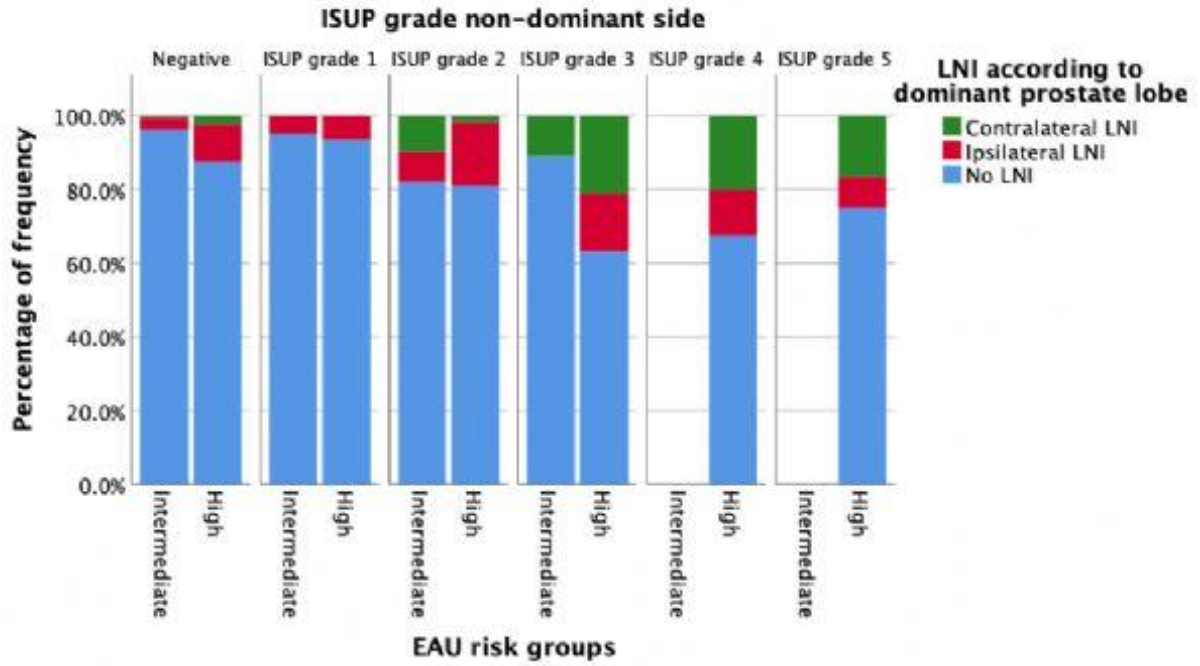
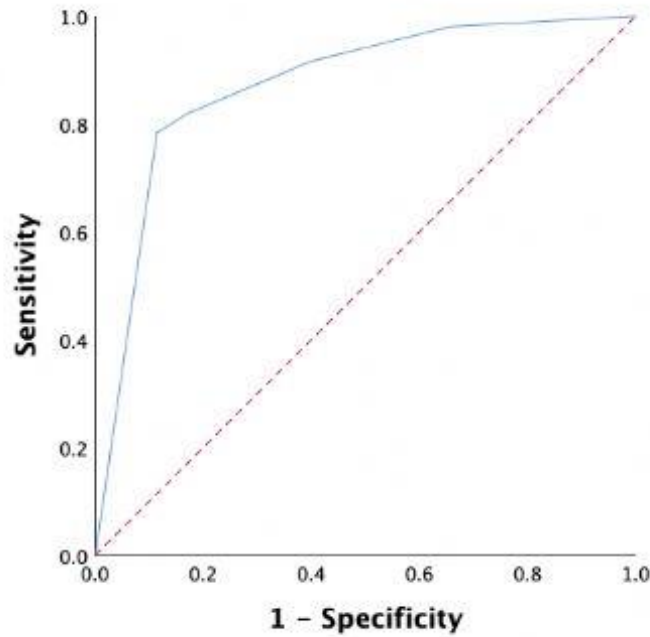


Fig 2





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Demographics of Patients with negative Ga-68 PSMA PET/CT who underwent radical prostatectomy and bilateral lymph node dissection

Parameters (n=768)	No LNI (n=672, 87.5%)	Ipsilateral LNI (n= 61, %7.9)	Bilateral and contralateral LNI (n=35, 4.6%)	P value*
Age, median (IQR)	68 (63-72)	70 (60.74)	70 (66-74)	0.081
Preoperative PSA (ng/ml), median (IQR)	9.3 (5.5- 16.6)	11 (8.7-33)	19.8 (8.1-42)	<0.001*
MRI prostate volume (ml), median (IQR)	43 (31-56)	45.5 (33-58)	44 (31-61.5)	0.1
EAU risk groups Intermediate risk High risk	398 (59.2) 274 (40.8)	20 (32.8) 41 (67.2)	9 (25.7) 26 (74.3)	<0.001**
mpMRI based (iT) local stage, n (%) <=cT2 cT3a cT3b	590 (87.8) 45 (6.7) 37 (5.5)	39 (64) 14 (22.9) 8 (13.1)	22 (62.9) 8 (22.8) 5 (14.3)	<0.001**
mpMRI PI-RADS score, n (%) PI-RADS <= 3 PI-RADS 4 PI-RADS 5	109 (16.2) 281 (41.8) 282 (42)	4 (6.4) 19 (31.1) 38 (62.2)	1 (2.9) 10 (28.5) 24 (68.6)	0.011**
mpMRI index lesion diameter, median (IQR)	14 (10-19)	15 (13-22)	20 (13.5-22)	0.003*
ISUP grade dominant side at biopsy, n (%) Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4 Grade 5	72 (10.7) 240 (35.7) 163 (24.3) 139 (20.7) 58 (8.6)	- 14 (23) 16 (26.2) 13 (21.3) 18 (29.5)	- 5 (14.3) 7 (20) 13 (37.1) 10 (28.6)	<0.001**
ISUP grade non-dominant side at biopsy, n (%) Negative biopsy Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4 Grade 5	288 (42.9.) 198 (29.5) 100 (15.8) 44 (6.5) 27 (4.1) 9 (1.3)	19 (31.1) 11 (18) 16 (26.2) 9 (14.8) 5 (8.2) 1 (1.6)	4 (11.4) - 8 (22.9) 13 (37.1) 8 (22.9) 2 (5.7)	<0.001**
Status of tumor location at biopsy Side specific, one lobe positive biopsy Dominant tumor location positive biopsy	288 (42.9) 384 (57.2)	19 (31.1) 44 (68.9)	4 (11.4) 31 (88.5)	<0.001**
Number of positive cores non- dominant side, median (IQR)	1 (0.25-2)	3 (1-4)	3 (2-5)	<0.001*





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Percentage of positive cores non-dominant side, median (IQR)	15 (0-33.33)	37.5 (5-66.67)	60 (29-85)	<0.001*
Surgical Procedure				
Open	191 (28.4)	27 (44.3)	9 (25.7)	
Laparoscopic	17 (2.5)	3 (4.9)	1 (2.9)	0.243
Robotic	464 (69.1)	31 (50.3)	25 (71.4)	
ISUP grade at final histopathology, n (%)				
Grade 1	30 (4.4)	-	-	
Grade 2	291 (43.4)	10 (16.4)	2 (5.7)	<0.001**
Grade 3	203 (30.2)	20 (32.7)	7 (20)	
Grade 4	63 (9.3)	5 (8.2)	5 (14.3)	
Grade 5	85 (12.7)	26 (42.6)	21 (60)	
Pathological stage, n (%)				
pT2	315 (46.9)	5 (8.2)	-	
pT3a	217 (32.3)	21 (34.5)	9 (25.6)	<0.001**
pT3b	140 (20.8)	35 (57.3)	26 (74.4)	
Number of removed LNs, median (IQR)	14 (9.5-21)	14 (10-22)	16 (10-24)	0.104*
Number of positive LNs, median (IQR)	N/A	1.5 (1-2)	2.5 (1-4)	0.002*





[SS-028]

MPMR ve PSMA-PET çağında, RP sonrası T evresini öngörmede Parmakla Rektal Muayenenin hala değeri var mıdır?

Anıl Eker, Fatih Diler, Selda Tatar, Ebru Hasbay, Çağatay Kayar, Berk Karaca, Mahmut Çınar, Bilal Nart, Yasin Ceylan, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci, Serdar Çelik
İzmir şehir hastanesi, Üroloji kliniği, İzmir

Amaç: Bu çalışmada, prostat kanseri (PCa) tanısında parmakla rektal muayene (PRM) bulgularının, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) PI-RADS skorları, lezyon boyutu, PSMA PET/CT bulguları ve radikal prostatektomi (RP) sonrası patolojik evre ile ilişkisi araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde PCa nedeniyle RP uygulanan hastalar değerlendirildi. Hastaların preoperatif verilerinden PSA, parmakla rektal muayene (PRM) bulgusu (klinik T evresi), mpMR bulguları (PI-RADS skoru ve lezyon boyutu), konvansiyonel transrektal biyopsi + kognitif füzyon biyopsi verileri ve PSMA-PET/CT (SUVmax) bulguları ile postoperatif RP patoloji verileri incelendi. PRM bulguları klinik evrenin yanı sıra benign ve malign olacak şekilde ayrıca sınıflandırıldı. Bulgular, lojistik regresyon ve ROC analizi kullanılarak değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 164 hastanın yaş ortalaması $66,5 \pm 5,6$ yıl, PSA ortalaması $11,7 \pm 11,1$ ng/mL idi. Klinik evreleri, %61 T1c, %11,3 T2a, %18,3 T2b ve %9,1 T2c olarak saptandı. Biyopsi ISUP derece gruplarında ise en sık ISUP derece grup 1 (%40,2) izlendi. RP sonrası en sık patolojik evre T2c (%38,5) saptanmışken, %43 hasta T3 ve üzeri evredeydi. mpMRI'si bulunan 151 hastanın %41,8'inde PIRADS-4, %32'sinde PIRADS-5 lezyon saptandı. PRM'de malign bulgusu olan olguların PIRADS skorları anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). Lojistik regresyon analizinde PIRADS skorundaki her 1 puan artışın PRM'de malign bulgu saptanma olasılığını 2,14 kat artırdığı belirlendi (OR=2,141; %95 GA:1,404-3,266; $p < 0,001$). Ayrıca, malign PRM bulgusu olanlarda PIRADS skorları ortalama 0,59 puan daha yüksekti ($p < 0,001$).

Ayrıca mpMR'da lezyon boyutu ile PRM bulgusu arasında güçlü bir ilişki saptandı ($p < 0,001$). ROC analizinde 13,5 mm eşik değeri için duyarlılık %75, özgüllük %73 bulundu (AUC=0,778). PSMA PET/CT yapılan 62 hastada SUVmax değeri ile PRM bulguları arasında da anlamlı ilişki görüldü ($p = 0,011$). ROC analizinde SUVmax 15,1 eşik değerinde duyarlılık %58, özgüllük %77 hesaplandı (AUC=0,670).

RP final patolojideki patolojik evrelere göre PRM bulgusu incelendiğinde; T2a (%84), T2b (%100) ve T2c (%75) olgularının çoğunda benign PRM bulgusu saptanırken, T3a (%55), T3b (%76) ve T4 (%50) olgularında malign PRM bulguları daha sık izlendi ($p < 0,001$). T evresi $\geq$ T3a olan grupta PRM'de malign bulgu oranı anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0,001$).

Sonuç: PRM bulguları, özellikle yüksek PIRADS skorları, büyük lezyon boyutu ve artmış SUVmax ile güçlü korelasyon göstermektedir. Ayrıca, ileri patolojik evrelerde PRM'de malignite lehine bulgu saptanma olasılığı anlamlı derecede artmaktadır. Bu sonuçlar, PRM'nin halen prostat kanseri tanı ve evrelemesinde önemli ve tamamlayıcı bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Radikal Prostatektomi, Rektal muayene



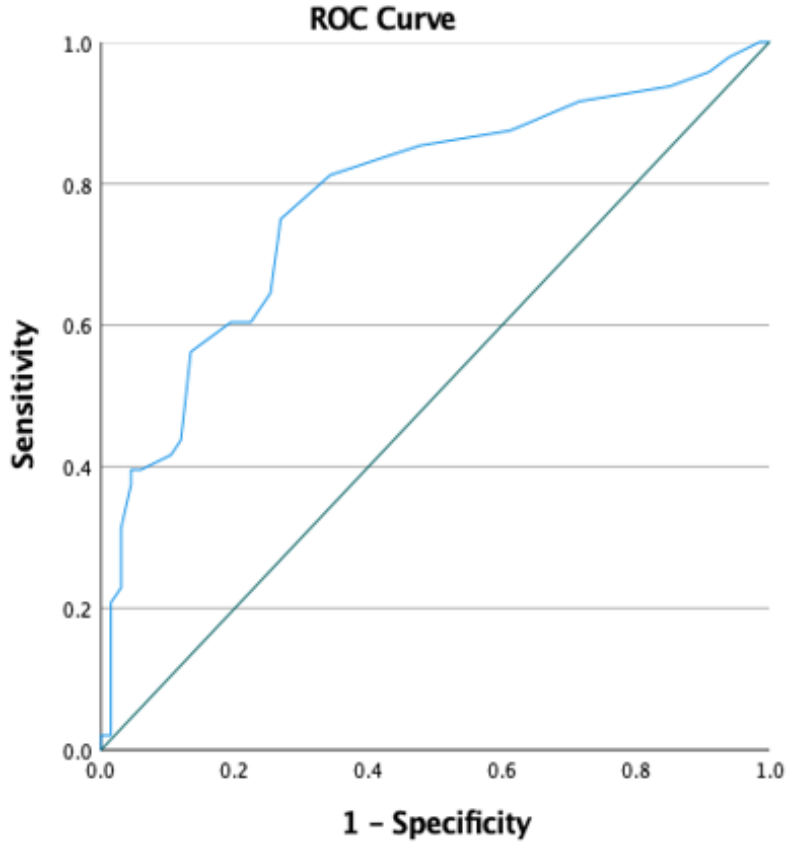


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



MPMR ile Rektal Muayene arasındaki ilişki



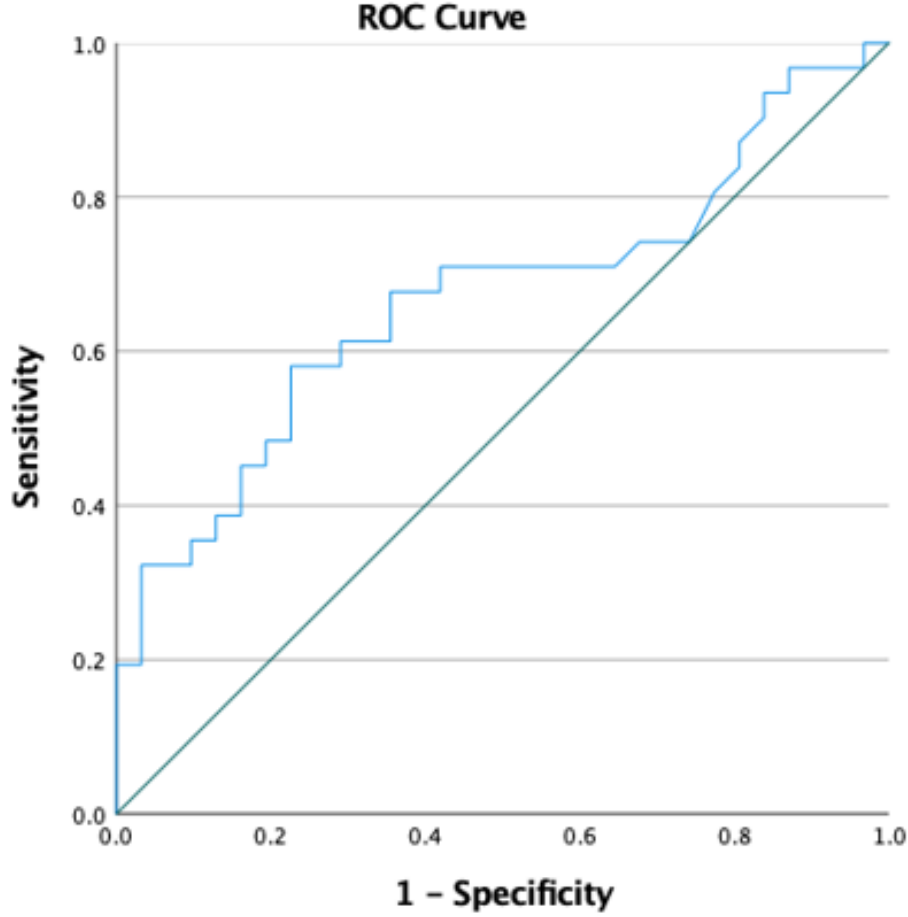


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PSMA PET/CT SUV max değerleri ile Rektal Muayene arasındaki ilişki





[SS-029]

Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemeye izole Prostate Imaging Reporting and Data System (PIRADS)-3 lezyonu olan hastalarda periferik zon hacminin kanser saptama oranları üzerine etkisi

Abdul Vahap Bakır¹, Yunus Emre Genç¹, Tarık Emre Şener¹, Canan Cimsit², Haydar Kamil Çam¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kılavuzlarda Multiparametrik Prostat Manyetik Rezonans Görüntülemeye (mpMRG) Prostate Imaging Reporting and Data System (PIRADS) kategori 3 lezyonlar saptanan hastalar için PSA dansitesi, yaş, aile öyküsü, lezyon lokalizasyonu, poligenik risk skorları gibi faktörlerin birlikte değerlendirilmesi ve biyopsi kararı verilmesi önerilmektedir. Ancak bu yardımcı araçlara rağmen güncel serilerde PIRADS-3 lezyonlarda kanser saptama oranları %16 ile %29 arasında değişmektedir. Periferik zon hacmi ve prostat hacmine oranı ile alakalı geçmiş çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bu klinik çalışma ile MPMRG’de izole PIRADS-3 lezyonu olan hastalarda klinik ve radyolojik parametrelerin kanser saptama oranları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı’nda prostat biyopsisi veritabanına ait 2020-2025 yılları arasında PSA yüksekliği nedeniyle MPMRG yapılan ve izole PIRADS-3 lezyon saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Aktif izlem protokolü dahilinde prostat biyopsisi yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Klinik veriler (yaş, PSA, PSA-dansitesi, aile öyküsü) ile radyolojik parametreler (lezyon boyutu, lokalizasyon, periferik zon/toplam prostat hacmi oranı) prostat kanseri saptanan ve saptanmayan gruplar arasında retrospektif olarak karşılaştırıldı. İstatistiksel yöntem olarak SPSS 27.0 programı kullanılarak ki-kare, Mann-Whitney U testi ve binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Dışlama kriterleri sonrasında çalışmaya ortanca yaşı 67 (51–84), PSA’sı 7,0 ng/mL (2,6–31,5) ve prostat hacmi 67 mL (26,5–212) olaran 80 hasta dahil edildi. Yirmi bir hastada (%26) prostat kanseri saptanırken, sadece 4 hastada (%5) klinik anlamlı prostat kanseri saptandı. Kanser saptanan ve saptanmayan hastalar arasında aile öyküsü (%23 vs %56, $p=0,034$), lezyon çapı (9 vs 10 mm, $p=0,042$), periferik zonda lokalizasyon (%16 vs %45, $p=0,004$) ve periferik zon/toplam prostat hacmi oranı (%44 vs %68, $p<0,001$) parametrelerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (Şekil 1). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise yalnızca periferik zon/toplam prostat hacmi oranı bağımsız predizpozan faktörler olarak saptandı (OR: 1,06; %95 GA: 1,024–1,13; $p=0,002$).

Sonuç: MPMRG’de PIRADS-3 lezyonu olan hastalarda aile öyküsü, lezyonun periferik zonda lokalize olması ve lezyon çapının 1 cm’den büyük oluşu prostat kanseri riskini artırsa da, bağımsız predispozan tek faktör periferik zon/toplam prostat hacmi oranı olarak saptandı. Bu bulguların genellenebilmesi için çok merkezli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme, pırad3 skoru, periferik zon hacmi, PSA dansitesi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1

Tüm hastalar (n=80)		Prostat kanseri (+) (n=21)	Prostat kanseri (-) (n=59)	P değeri
Aile öyküsü	Var (n=9)	5 (%56)	4 (%44)	0,034
	Yok (n=71)	16 (%23)	55 (%77)	
Yaş		67 (58-79)	66 (51-84)	0,991
Total PSA (ng/mL)		7,4 (4,87-31,5)	7,2 (2,6-19,9)	0,674
Serbest PSA / total PSA oranı (%)		18 (12-31)	17 (13-34)	0,515
PSA dansitesi (ng/mL/mm ³)		0,15 (0,05-0,3)	0,10 (0,04-0,32)	0,557
Total prostat hacmi (mm ³)		85,96 (30,52-121,54)	66,41 (33,14-121,74)	0,516
Periferik zon/total prostat hacmi oranı (%)		67,94 (36,96-84,86)	44,41 (12,77-75,59)	<0,001
MPMR lezyon çapı		10 (7-25)	9 (3-25)	0,042
MPMRG lezyon lokalizasyonu	Periferik zon (n=29)	13 (%45)	16 (%55)	0,004
	Transizyonel zon (n=51)	8 (%16)	43 (%84)	

PIRADS-3 lezyonlarda kanser saptanan ve saptanmayan gruplar arasında klinik ve radyolojik parametrelerin karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-031]

STAMPEDE Kriterlerinin Patolojik Evreye Uyarlanması ve Lenf Nodu Pozitifliğinin Radikal Prostatektomi Sonrası Prognostik Önemi

Enes Abdullah Baynal, Hasan Yılmaz, İbrahim Erkut Avcı, Yusuf Yağız Öztürk, Önder Kara, Özdal Dillioğlugil
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç:

STAMPEDE kriterleri preoperatif risk sınıflaması için geliştirilmiştir. Bu çalışmada, kriterlerin patolojik evreye uyarlanarak radikal prostatektomi sonrası uzun dönem sonuçları öngörmedeki değerini ve patolojik lenf nodu pozitifliğinin (pN1) prognostik etkisini değerlendirdik.

Gereç-Yöntem:

1998-2024 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle açık radikal prostatektomi yapılan 837 hasta retrospektif olarak tarandı. Operasyon öncesi ADT veya RT öyküsü olanlar ile preoperatif veya takip verisi eksik olgular dışlanarak 655 hasta analiz edildi. Hastalar üç gruba ayrıldı: STAMPEDE düşük risk (0-1 faktör, n=549), STAMPEDE yüksek risk (≥ 2 faktör, n=55) ve patolojik lenf nodu pozitif (pN1, n=51).

Bulgular:

Beş yıllık OS oranları düşük risk grubunda %98, yüksek risk grubunda %96,4 ve lenf nodu pozitif grupta %92,2 olarak bulundu. Beş yıllık BCRFS oranları ise sırasıyla %92,7, %60,0 ve %39,2 idi. Hastaların medyan takip süresi 100 ay [ÇAA, 46 - 160] idi. Log-rank testiyle yapılan karşılaştırmada hem OS hem de BCRFS açısından düşük risk grubu diğer gruplara göre anlamlı üstünlük gösterdi ($p < 0,05$). Yüksek risk ve lenf nodu pozitif gruplar arasında ise genel sağkalımda fark izlenmezken, nüksüz sağkalımda LN(+) grup daha kötü sonuçlara sahipti.

Sonuç:

STAMPEDE kriterlerinin patolojik evreye uyarlanması, cerrahi sonrası gerçek risk profillemesini yansıtmaktadır. Patolojik lenf nodu tutulumu, özellikle biyokimyasal nüks açısından en güçlü olumsuz belirteç olup, cerrahi sonrası risk sınıflamasında ayrı bir faktör olarak dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Biyokimyasal nüks, Prostat kanseri, Risk profillemesi, STAMPEDE kriterleri



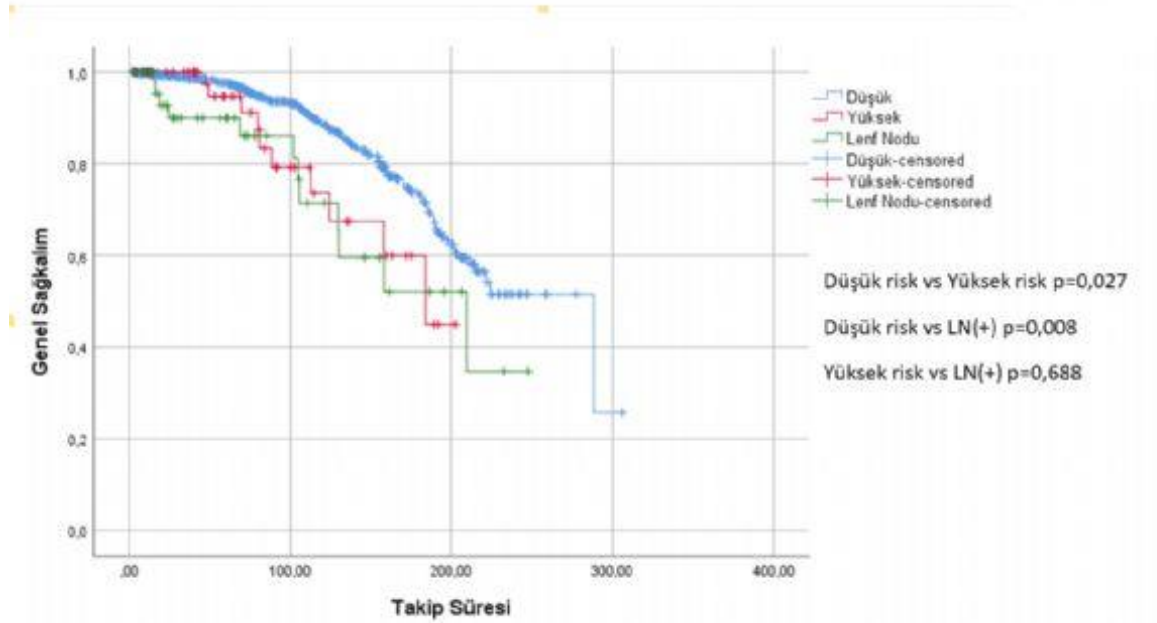


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

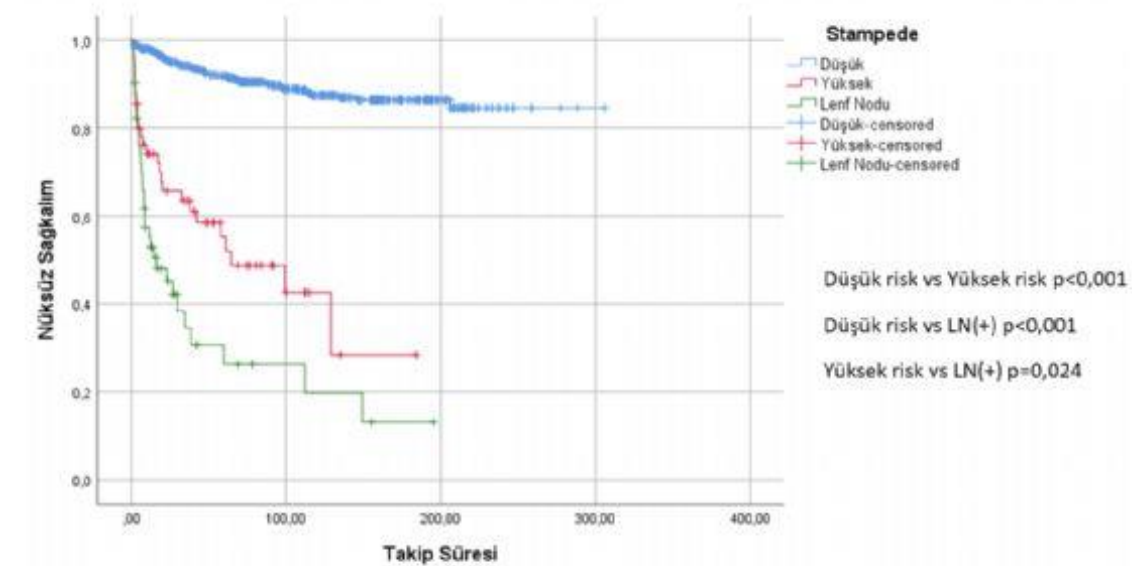
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Genel Sağkalım



Nüksüz Sağkalım



STAMPEDE Kriterlerine Göre Gruplandırılmış Hastaların Klinik, Patolojik ve Onkolojik Özellikleri

Özellik	STAMPEDE Düşük Risk (n=549)	STAMPEDE Yüksek Risk (n=55)	Lenf Nodu Pozitif - pN1 (n=51)	Genel (n=655)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Yaş; ortalama ($\pm$ SS)	63,2 $\pm$ 0,29	64,23 $\pm$ 0,78	61,71 $\pm$ 0,78	63,18 $\pm$ 0,26
VKİ; ortalama ($\pm$ SS)	26,92 $\pm$ 0,16	27,51 $\pm$ 0,56	27,8 $\pm$ 0,49	27,06 $\pm$ 0,14
CCI; ortalanca [CAA]	4 [4-5]	4 [4-5]	4 [4-5]	4 [4-5]
Hipertansiyon; n (%)	208 (37,9)	20 (36,4)	17 (33,3)	245 (37,4)
Diyabet; n (%)	108 (19,7)	12 (21,8)	11 (21,6)	131 (20,0)
LVİ; n (%)	8 (1,5)	8 (14,5)	42 (82,4)	58 (8,9)
Cerrahi sınır; n (%)	63 (11,5)	21 (38,2)	22 (43,1)	106 (16,2)
Operasyon öncesi PSA; ortalanca [CAA]	7,68 [4,2-10,9]	11,66 [5,5-23,9]	13,5 [4,7-22,7]	8,08 [5,7-12,3]
Gleason skoru; ortalanca [CAA]	7 [6-7]	8 [8-9]	8 [7-9]	7 [6-7]
Gleason skoru; n (%)				
6	170 (31,0)	1 (1,8)	1 (2,0)	172 (26,3)
7	360 (65,6)	6 (10,9)	22 (43,1)	388 (59,2)
8	11 (2,0)	26 (47,3)	12 (23,5)	49 (7,5)
9	8 (1,5)	22 (40,0)	16 (31,4)	46 (7,0)
Metastatik lenf nodu; n (%)	0 (0)	0 (0)	51 (100,0)	51 (7,8)
Biyokimyasal Nüks; n (%)	57 (10,4)	28 (50,9)	33 (64,7)	118 (18,0)
pT; n (%)				
t2a	49 (8,9)	0 (0)	1 (2,0)	50 (7,6)
t2b	89 (16,2)	0 (0)	0 (0)	89 (13,6)
t2c	216 (39,3)	0 (0)	3 (5,9)	219 (33,4)
t3a	116 (21,1)	25 (45,5)	6 (11,8)	147 (22,4)
t3b	76 (13,8)	25 (45,5)	33 (64,7)	134 (20,5)
t3c	0 (0)	1 (1,8)	0 (0)	1 (0,2)
t4	3 (0,5)	5 (9,1)	8 (15,7)	16 (2,4)
Ölüm; n (%)	96 (17,5)	10 (18,2)	12 (23,5)	118 (18,0)





[SS-032]

Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner İnkontinans ve Erektile Disfonksiyonda Aerobik Egzersiz ve Gevşeme Eğitimlerinin Pelvik Taban Kas Eğitimine İlave Etkileri: Pilot Randomize Kontrollü Çalışma

Ege Nur Atabey Gerlegiz¹, Türkan Akbayrak¹, Naşide Mangır Bolat², Mustafa Sertaç Yazıcı², Serap Özgül¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Pelvik Sağlıkta ve Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi

²Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Prostat kanseri, erkeklerde akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türüdür. Radikal prostatektomi (RP), lokalize prostat kanserinde standart cerrahi yöntem olarak uygulanmaktadır (1). Literatürde, RP sonrası gelişen üriner inkontinans (Üİ) ve erektil disfonksiyon (ED)'un yönetiminde pelvik taban kas eğitimi (PTKE)'nin etkinliği gösterilmiştir (2, 3). Bununla birlikte, PTKE'ye ek olarak aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimi içeren multimodal ve bütüncül programların etkilerini araştıran bilginiz dahilinde bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmanın amacı, RP sonrası aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimlerinin PTKE'ye ilave etkilerini randomize kontrollü tasarımda ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya robot yardımcı RP sonrası Üİ ve ED şikayeti bulunan 9 birey (yaş: 63,1±5,12 yıl, VKİ: 26,55 ±2,34 kg/m²) dahil edildi. Katılımcılar blok randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrıldı (Grup 1, n=5; Grup 2, n=4). Grup 1'de biyofeedback ile kombine PTKE, aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimi (rehberli imgeleme)'ni içeren program uygulanırken; Grup 2 (kontrol grubu)'de hasta eğitimine ek olarak biyofeedback ile kombine PTKE uygulandı.

Sonuç ölçümü araçları olarak Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi, Genişletilmiş Prostat Kanseri İndeksi, Uluslararası Erkek Alt Üriner Sistem Semptomları Konsültasyon Anketi, Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form, 1 saatlik ped testi, Uluslararası Erektile İşlev İndeksi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve 6 Dakika Yürüme Testi kullanıldı.

Bulgular: Her iki grupta, başlangıç değerleri ile kıyaslandığında 12. hafta sonunda objektif ve subjektif inkontinans şiddeti/etkisi, alt üriner sistem semptom düzeyi ve üriner işlev skorlarında grup-içi anlamlı iyileşmeler tespit edildi (p<0.05). Multimodal fizyoterapi grubunda ek olarak aerobik kapasite, cinsel işlev ve depresif belirti skorlarında anlamlı grup-içi iyileşmeler saptandı (p<0,05). Sonuç ölçümlerindeki değişim gruplar arası karşılaştırıldığında, araştırma grubunda aerobik kapasite, objektif inkontinans şiddeti, cinsel işlev ve depresif belirti düzeylerinin daha fazla iyileştiği tespit edildi (p<0,05). Diğer ölçümler açısından gruplar arasında fark olmadığı bulundu (p>0,05).

Sonuç: RP sonrası PTKE'ye ek olarak verilen aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimlerini içeren multimodal program tek başına PTKE'ye kıyasla aerobik kapasite, objektif Üİ şiddeti, cinsel işlev ve depresyon düzeyleri üzerinde daha fazla iyileşme sağlıyor gibi görünmektedir. Multimodal ve bütüncül rehabilitasyon programlarının RP sonrası üriner ve cinsel işlevler üzerine etkilerini ortaya koyan yeterli örneklem büyüklüğüne sahip ileri çalışmalar planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, konservatif tedavi, fizyoterapi ve rehabilitasyon



[SS-033]

Laparoskopik radikal prostatektomi uyguladığımız klinik t2 evre hastalarda final patolojisinin lokal ileri evre sonuçlanmasında nomogramlar, chatgpt ve eau chatbot öngörülerinin karşılaştırılması

Cemil Aydın, Metin Kızgın, Alpkon Torun, Ahmet Taşçı, Abdullah Çolaker, Musa Ekici, Mustafa Serdar Çağlayan, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi tıp fakültesi

Amaç: Bu çalışmada prostat kanseri (Pca) nedeniyle laparoskopik radikal prostatektomi yaptığımız klinik T2 evre hastalarda final patolojisinin lokal ileri evre sonuçlanmasını öngörebilecek faktörlerin nomogramlar ve yapay zeka ChatBot'lar ile retrospektif değerlendirilerek öngörü sağlanması ve karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2018 ile 2025 yılları arasında kliniğimizde Pca nedeniyle laparoskopik radikal prostatektomi +/- pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) uygulanan 61 hastanın verisi incelendi. Hastalar preoperatif dönemde Partin nomogramı eşliğinde değerlendirildi, 11 hastaya PLND uygulandı. Hastaların preoperatif klinik bilgileri ChatGPT, Avrupa Üroloji Birliği yapay zeka chat programı (EAU ChatBot), Briganti nomogramı, Partin nomogramı kullanılarak lokal ileri evre final patolojisinin öngörüsü incelendi. Final patolojisi ekstraprostatik uzanım (pT3a), seminal vezikül tutulumu (PT3b) ve lenf nodu diseksiyonu yapılanlarda LN tutulumu (pN1) açısından değerlendirilerek nomogramların ve ChatBot'ların lokal ileri final patolojisini öngörü gücü karşılaştırıldı.

Bulgular: 61 hastanın final patoloji sonuçlarına göre 11 hastada ekstraprostatik yayılım (pT3a), 4 hastada seminal vezikül invazyonu (pT3b) ve 1 hastada LN tutulumu (pN1) saptanmış olup, toplam 16 hastada (%26,2) patolojik lokal ileri hastalık tespit edilmiştir.

ChatGPT toplam 20 hastada lokal ileri hastalık öngörüsünde bulunmuş ve bu hastaların 12'si gerçek pozitif çıkmıştır. Briganti nomogramı 22 hastada lokal ileri hastalık öngörüsünde bulunmuş ve 7 hastada doğru tahmin sağlamıştır. EAU ChatBot 21 hastada pozitif öngörü yaparken, 7'sinde doğru tahmin sağlamıştır. Partin nomogramı ise 9 hastada lokal ileri hastalık öngörmüş ve bunlardan 3'ü gerçek pozitif olarak saptanmıştır. Final patolojilerine göre pT3a olan 11 hastanın 9'u ChatGPT, 5'i Briganti, 6'sı EAU ChatBot ve 1'i Partin tarafından doğru öngörülmüştür. pT3b olan 4 hastanın 2'si ChatGPT, 1'i Briganti ve 1'i Partin tarafından doğru tahmin edilmiştir. pN1 olan 1 hasta tüm yöntemler tarafından doğru tahmin edilmiştir.

Sonuç Çalışmamızda, klinik T2 evreli Pca hastalarında final patolojide lokal ileri hastalık gelişimini öngörmeye kullanılan nomogramlar ve yapay zeka chatbotlar karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar, ChatGPT'nin lokal ileri hastalık öngörüsünde en yüksek duyarlılığa (%75,0) ve yüksek doğruluk oranına (%68,9) sahip olduğunu göstermiştir. Partin nomogramı ise daha yüksek özgüllük oranı (%84,4) göstermesine rağmen, düşük duyarlılığı (%18,8) nedeniyle lokal ileri hastalıkların önemli bir kısmını öngörememiştir.

Briganti nomogramı ve EAU ChatBot'un performansları orta düzeyde kalmıştır. Bu veriler ışığında, yapay zeka tabanlı sistemlerin klinik öngörüde kullanılabilirliği umut vaat etmektedir. Ancak, mevcut sistemlerin tek başına karar verme aracı olarak değil, konvansiyonel yöntemleri destekleyici bir araç olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır. Daha geniş hasta gruplarında, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Briganti, ChatGPT, EAU ChatBot, Partin, Prostat kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 1

Her yöntemin lokal ileri hastalığı öngörmedeki istatistiksel performansı aşağıdaki gibi bulunmuştur:

Araç / Yöntem	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Doğruluk (%)
ChatGPT	75.0	66.7	68.9
Briganti	43.8	60.0	55.7
EAU ChatBot	43.8	53.3	50.8
Partin	18.8	84.4	70.5

resim 1





[SS-033]

Laparoskopik radikal prostatektomi uyguladığımız klinik t2 evre hastalarda final patolojisinin lokal ileri evre sonuçlanmasında nomogramlar, chatgpt ve eau chatbot öngörülerinin karşılaştırılması

Cemil Aydın, Metin Kızgın, Alpkon Torun, Ahmet Taşcı, Abdullah Çolaker, Musa Ekici, Mustafa Serdar Çağlayan, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi tıp fakültesi

Amaç: Bu çalışmada prostat kanseri (Pca) nedeniyle laparoskopik radikal prostatektomi yaptığımız klinik T2 evre hastalarda final patolojisinin lokal ileri evre sonuçlanmasını öngörebilecek faktörlerin nomogramlar ve yapay zeka ChatBot'lar ile retrospektif değerlendirilerek öngörü sağlanması ve karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2018 ile 2025 yılları arasında kliniğimizde Pca nedeniyle laparoskopik radikal prostatektomi +/- pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) uygulanan 61 hastanın verisi incelendi. Hastalar preoperatif dönemde Partin nomogramı eşliğinde değerlendirildi, 11 hastaya PLND uygulandı. Hastaların preoperatif klinik bilgileri ChatGPT, Avrupa Üroloji Birliği yapay zeka chat programı (EAU ChatBot), Briganti nomogramı, Partin nomogramı kullanılarak lokal ileri evre final patolojisinin öngörüsü incelendi. Final patolojisi ekstraprostatik uzanım (pT3a), seminal vezikül tutulumu (PT3b) ve lenf nodu diseksiyonu yapılanlarda LN tutulumu (pN1) açısından değerlendirilerek nomogramların ve ChatBot'ların lokal ileri final patolojisini öngörü gücü karşılaştırıldı.

Bulgular: 61 hastanın final patoloji sonuçlarına göre 11 hastada ekstraprostatik yayılım (pT3a), 4 hastada seminal vezikül invazyonu (pT3b) ve 1 hastada LN tutulumu (pN1) saptanmış olup, toplam 16 hastada (%26,2) patolojik lokal ileri hastalık tespit edilmiştir.

ChatGPT toplam 20 hastada lokal ileri hastalık öngörüsünde bulunmuş ve bu hastaların 12'si gerçek pozitif çıkmıştır. Briganti nomogramı 22 hastada lokal ileri hastalık öngörüsünde bulunmuş ve 7 hastada doğru tahmin sağlamıştır. EAU ChatBot 21 hastada pozitif öngörü yaparken, 7'sinde doğru tahmin sağlamıştır. Partin nomogramı ise 9 hastada lokal ileri hastalık öngörmüş ve bunlardan 3'ü gerçek pozitif olarak saptanmıştır. Final patolojilerine göre pT3a olan 11 hastanın 9'u ChatGPT, 5'i Briganti, 6'sı EAU ChatBot ve 1'i Partin tarafından doğru öngörülmüştür. pT3b olan 4 hastanın 2'si ChatGPT, 1'i Briganti ve 1'i Partin tarafından doğru tahmin edilmiştir. pN1 olan 1 hasta tüm yöntemler tarafından doğru tahmin edilmiştir.

Sonuç Çalışmamızda, klinik T2 evreli Pca hastalarında final patolojide lokal ileri hastalık gelişimini öngörmeye kullanılan nomogramlar ve yapay zeka chatbotlar karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar, ChatGPT'nin lokal ileri hastalık öngörüsünde en yüksek duyarlılığa (%75,0) ve yüksek doğruluk oranına (%68,9) sahip olduğunu göstermiştir. Partin nomogramı ise daha yüksek özgüllük oranı (%84,4) göstermesine rağmen, düşük duyarlılığı (%18,8) nedeniyle lokal ileri hastalıkların önemli bir kısmını öngörememiştir.

Briganti nomogramı ve EAU ChatBot'un performansları orta düzeyde kalmıştır. Bu veriler ışığında, yapay zeka tabanlı sistemlerin klinik öngöründe kullanılabilirliği umut vaat etmektedir. Ancak, mevcut sistemlerin tek başına karar verme aracı olarak değil, konvansiyonel yöntemleri destekleyici bir araç olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır. Daha geniş hasta gruplarında, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Briganti, ChatGPT, EAU ChatBot, Partin, Prostat kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 1

Her yöntemin lokal ileri hastalığı öngörmedeki istatistiksel performansı aşağıdaki gibi bulunmuştur:

Araç / Yöntem	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Doğruluk (%)
ChatGPT	75.0	66.7	68.9
Briganti	43.8	60.0	55.7
EAU ChatBot	43.8	53.3	50.8
Partin	18.8	84.4	70.5

resim 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-034]

Klinik anlamlı prostat kanserinin klinik, radyolojik ve moleküler bazlı görüntüleme yöntemleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Yunus Emre Genç¹, Zeynep Ceren Balaban Genç², Günel Özgür¹, Yusuf Şenoğlu¹, Salih Özgüven², Muhammed Hasan Toper³, Canan Cemşit⁴, Haydar Kamil Çam¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prostat Spesifik Membran Antijen Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PSMA PET-BT)'nin, güncel yayınlarda tanı aşamasında da kullanılabileceğine dair araştırmalar bulunmaktadır. Prostat içerisindeki lezyonların skorlamasında PRIMARY skor, henüz rutin klinik pratikte kullanımı yaygınlaşmasa da özellikle klinik anlamlı kanser saptama ve aktif izlem adayı olan hastaların belirlenmesinde yardımcı bir tanı aracı olma yolunda ilerlemektedir. Bu çalışmada PSA dansitesi, PIRADS skorları ve PRIMARY skorlarının International Society of Urological Pathology (ISUP) Grade Grupları (GG) ile korelasyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Merkezimizde 2023-2025 yılları arasında kognitif prostat biyopsisi yapılan ve evreleme amacıyla PSMA PET-BT görüntülemesi yapılan hastaların demografik verileri, biyopsi öncesi PSA düzeyleri, PSA dansiteleri (Avrupa Üroloji Derneği Prostat Kanseri Kılavuzuna göre 4 kategoride), MPMRG bulguları ve PSMA PET-BT bulguları klinik anlamlı (ISUP>GG1) ve klinik anlamsız kanser saptanan hastalar arasında lojistik regresyon yöntemi ile, ISUP grade grupları için ise ordinal regresyon yöntemi ile karşılaştırıldı. PSA dansitesi grupları, PIRADS skoru ve PRIMARY skorları için ROC analizi oluşturularak risk modellemeleri oluşturuldu. Ardından parametrelerin ISUP GG'leri ile korelasyonları test edildi.

Bulgular: Çalışmaya ortanca yaşı 69 (52-87), PSA'sı 10,5 (4-100) olan 100 hasta dahil edildi. 79 hasta, klinik anlamlı prostat kanseri olarak sınıflandırıldı. (Şekil 1). Regresyon analizinde klinik anlamlı kanser saptamada istatistiksel anlamlı düzeydeki tek bağımsız değişken PIRADS skoru (>5) olarak saptanırken; ISUP grade grupları için yapılan ordinal regresyon analizinde PSA dansitesi grubu (>0,20) ve PRIMARY skoru (>4) parametreleri anlamlı sonuçlandı. ROC analizinde PIRADS >4,5 için duyarlılık %73, özgüllük %67 (AUC: 0,717), PRIMARY için ise >3,5 için duyarlılık %81, özgüllük %38; >4,5 için duyarlılık %35, özgüllük %86 olarak hesaplandı (AUC: 0,652). PSA dansitesi grupları için ise istatistiksel anlamlı sonuç elde edilemedi. Bunun üzerine oluşturulan 2 model için klinik anlamlı kanser saptamada PIRADS>4,5 veya PRIMAR>4,5 (Model 1) için duyarlılık %65 özgüllük %76 (AUC: 0,704), PIRADS>4,5 veya PRIMARY >3,5 (Model 2) için ise duyarlılık %90, özgüllük %38 (AUC: 0,640) olarak hesaplandı (Şekil 2). ISUP GG ile olan korelasyonda PIRADS ve model-1 için orta derecede, PRIMARY ve model 2'nin zayıf derecede anlamlı korelasyon görüldü, PSA dansitesi için ise anlamlı korelasyon göstermediği görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Klinik anlamlı prostat kanseri tanısında PRIMARY skorun değerlendirmeye alınması, artmış duyarlılık ve özgüllük değerlerine ulaşmıştır. Bulguların genellenebilmesi ve daha doğru yorumlanması için düşük riskli gruplar ve radikal prostatektomi yapılan hastaların da dahil edilmesi ile yapılacak olan prospektif, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, PIRADS skor, PRIMARY skor, ISUP grade grup, korelasyon



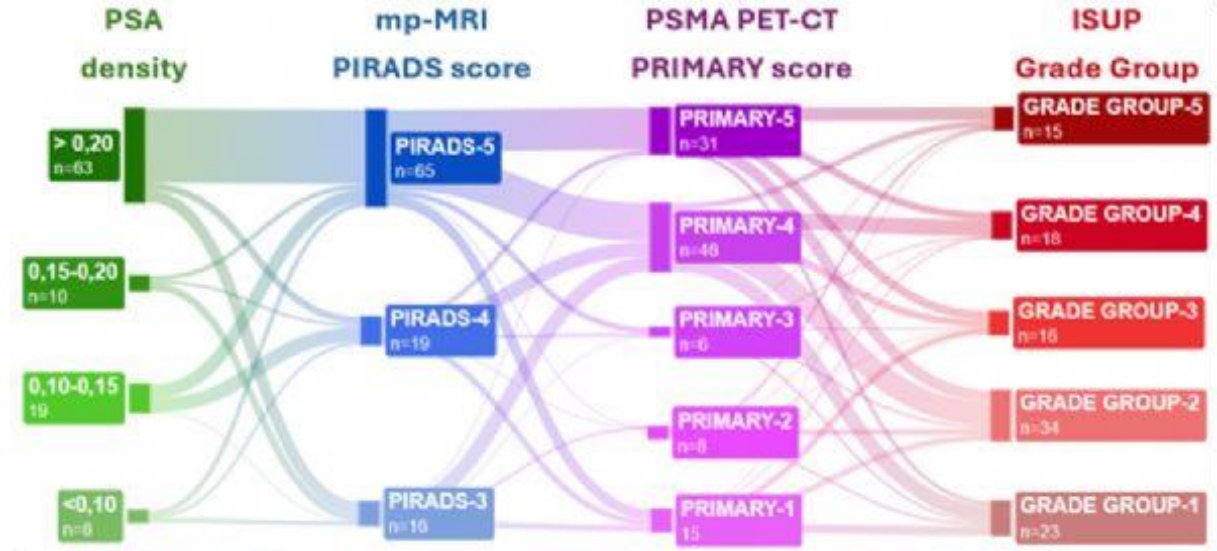


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

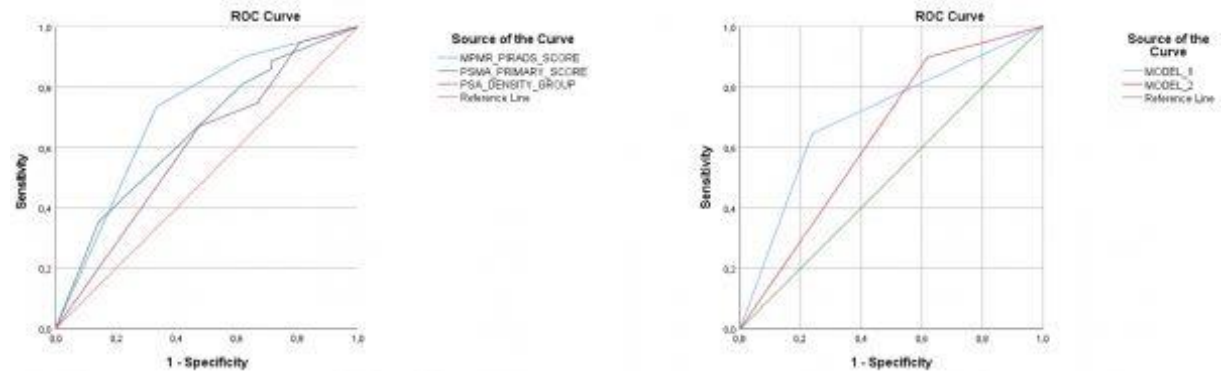


Şekil 1



Çalışmaya dahil edilen hastaların PSA dansiteleri, PIRADS skorları, PRIMARY skorları ve ISUP Grade Gruplarını dağılımlarının alüvyon diyagramı

Şekil 2



PSA dansiteleri, PIRADS skorları, PRIMARY skorları ve oluşturulan 2 modelin klinik anlamlı kanser saptamadaki ROC analizleri

Tablo 1

Tüm hastalar (n=100)	Spearman's rho (ρ)	P değeri	Kendall's tau-b (τ _b) / Kendall's tau-c (τ _c)	P değeri	Goodman & Kruskal's Gamma	P değeri
PSA dansitesi grupları	0,189	0,059	0,142	0,075	0,246	0,059
PIRADS skorları	0,294	0,003	0,250	0,004	0,401	0,004
PRIMARY skorları	0,279	0,005	0,236	0,003	0,320	0,003





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Model- 1	0,272	0,006	0,322	0,002	0,402	0,002
Model- 2	0,288	0,004	0,165	0,075	0,374	0,075

PSA dansitesi grupları, PIRADS skorları, PRIMARY skorları ve modellemelerin ISUP Grade Grupları ile olan korelasyon analizleri



**[SS-035]****Transperineal ve Transrektal Prostat Biyopsilerinin Tanısal Performans ve Komplikasyon Açısından Karşılaştırılması: Tek Merkez Deneyimi**

Muhammed Selçuk Özer, Baran Sevgi, Can Ahmet Karabacak, Ege Sarıkaya, Volkan Şen, Ozan Bozkurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Prostat kanseri tanısında kullanılan transrektal (TR) ve transperineal (TP) biyopsi yöntemlerinin tanısal verimlilik ve komplikasyon oranlarını karşılaştırmayı, ayrıca PSA düzeyleri, prostat hacmi, PSA dansitesi ve MRG bulgularına göre alt gruplarda elde edilen sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Haziran 2023 – Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde prostat biyopsisi yapılan toplam 428 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu dönemde 319 hastaya TR, 109 hastaya ise TP biyopsi uygulandı. Hastalar klinik ve radyolojik parametrelere göre PSA (<10, 10–20, >20 ng/mL), prostat hacmi (<30, 30–80, >80 cc), PSA dansitesi (<0,15 ve >0,15) ve mpMRI bulgularına (PI-RADS 1–3 vs. 4–5) göre alt gruplara ayrılarak pozitif kor sayısı, pozitif kor yüzdesi, stromal/diğer doku varlığı ve komplikasyon oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Klinik olarak anlamlı prostat kanseri saptanma oranları TP ve TR biyopsiler arasında benzerdi (sırasıyla %27,5 ve %28,5; $p=0,473$). İşlem sonrası komplikasyon oranı TR grubunda %6,9 iken TP grubunda komplikasyon izlenmedi ($p=0,001$). Stromal kor sayısı ve stromal kor yüzdesi TP grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,046$ ve $p=0,020$). PSA >20 ng/mL olan hastalarda TR biyopsilerde pozitif kor sayısı ve yüzdesi TP'ye göre daha yüksek bulundu ($p=0,019$ ve $p=0,030$). Prostat hacmi <30 cc olan olgularda TP biyopsilerde stromal doku oranı belirgin olarak yüksekti ($p=0,028$ ve $p=0,016$), prostat hacmi 30–80 cc aralığında ise TR biyopsilerde pozitif kor sayısı daha yüksek saptandı ($p=0,022$). PSA dansitesi >0,15 olan hastalarda TR grubunda pozitif kor sayısı daha yüksek bulunurken ($p=0,012$), TP grubunda stromal kor oranı daha fazla idi ($p=0,035$ ve $p=0,017$). mpMRI'de PI-RADS 4–5 lezyonu olan hastalarda ise iki yöntem arasında anlamlı fark saptanmadı. Stromal doku oranının TP grubunda daha yüksek bulunmasının, bu yöntemin kliniğimizde yalnızca son bir yıldır uygulanıyor olması ve öğrenim sürecinin etkisiyle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Sonuç: TP biyopsi yöntemi komplikasyon açısından TR'ye belirgin üstünlük sağlamaktadır. Ancak bazı alt gruplarda TR biyopsilerde pozitif kor sayısı daha yüksek bulunmuş, TP biyopsilerde ise özellikle küçük prostat hacmi ve yüksek PSA dansitesi olan olgularda stromal doku oranı artmıştır. Her iki yöntem de klinik olarak anlamlı prostat kanseri tanısında benzer başarıya sahip olup, hasta güvenliği açısından TP biyopsinin avantajlı olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Transperineal Biyopsi, Transrektal Biyopsi, Prostat Kanseri

Tablo 1. Transperineal ve Transrektal Prostat Biyopsilerinde Klinik Olarak Anlamlı Kanser Saptanma ve Komplikasyon Oranlarının Karşılaştırılması

		Transperineal (n=109)	Transrektal (n=319)	p
csPCA	Yok	79 (%72,5)	228 (%71,5)	
	Var	30 (%27,5)	91 (%28,5)	0,473
İşlem Sonrası Komplikasyon	Yok	109 (%100)	297 (%93,1)	
	Var	0 (%0)	22 (%6,9)	0,001





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2. Alt Gruplara Göre Transperineal ve Transrektal Biyopsi Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Transperineal (n=52)	Transrektal (n=129)	p
Tüm kohort (n=181)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	4(1-12)	5 (1-23)	0,093
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	33 (4-100)	33 (5-100)	0,594
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	1 (0-6)	0 (0-6)	0,046
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	8 (0-50)	0 (0-50)	0,020
		Transperineal (n=33)	Transrektal (n=68)	p
PSA <10 (n=101)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	4 (1-12)	3 (1-13)	0,703
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	33 (4-100)	20 (7-87)	0,167
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	1 (0-6)	0 (0-3)	0,094
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	8 (0-50)	0 (0-25)	0,051
		Transperineal (n=11)	Transrektal (n=68)	p
PSA 10-20 (n=79)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	5 (1-8)	5,5 (1-14)	0,215
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	41,6 (8-67)	38,5 (5-100)	0,407
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	0 (0-2)	0 (0-5)	0,441
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	0 (0-17)	0 (0-33)	0,407
		Transperineal (n=8)	Transrektal (n=31)	p
PSA >20 (n=39)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	5 (2-11)	9 (1-23)	0,019
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	41,6 (17-92)	66,6 (7-100)	0,030





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | **25**
KASIM | **Cornelia**
Diamond
Otel, Antalya



	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	0,5 (0-3)	0 (0-6)	0,621
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	4 (0-25)	0 (0-50)	0,573
		Transperineal (n=10)	Transrektal (n=28)	p
PV <30 cc (n=38)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	5,5 (2-12)	6 (1-14)	0,636
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	45,8 (17-100)	41,4 (7-100)	0,961
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	2 (0-6)	0 (0-5)	0,028
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	16 (0-50)	0 (0-33)	0,016
		Transperineal (n=33)	Transrektal (n=90)	p
PV 30-80 cc (n=123)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	4 (1-10)	5 (1-23)	0,022
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	33,3 (8-83)	38,7 (7-100)	0,151
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	0 (0-4)	0 (0-6)	0,310
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	0 (0-33)	0 (0-50)	0,180
		Transperineal (n=9)	Transrektal (n=11)	p
PV >80 cc (n=20)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	4 (1-11)	1 (1-8)	0,046
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	33,3 (4-92)	8 (5-67)	0,038
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	0 (0-3)	0 (0-3)	0,967
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	0 (0-17)	0 (0-25)	0,967
		Transperineal (n=23)	Transrektal (n=45)	p
PSAd <0,15 (n=68)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	4 (1-12)	2 (1-13)	0,399





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	33,3 (4-100)	16,6 (5-87)	0,119
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	0 (0-4)	0 (0-3)	0,549
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	0 (0-33,3)	0 (0-25)	0,437
		Transperineal (n=29)	Transrektal (n=84)	p
PSAd >0,15 (n=113)	Pozitif kor sayısı Ortanca (min-max)	5(1-11)	7 (1-23)	0,012
	Pozitif kor yüzdesi Ortanca (min-max)	41,6 (8-92)	50 (7-100)	0,083
	Stromal kor sayısı Ortanca (min-max)	1 (0-6)	0 (0-6)	0,035
	Stromal kor yüzdesi Ortanca (min-max)	8 (0-50)	0 (0-50)	0,017





[SS-036]

MRI füzyon prostat biyopsisi sonrası radikal prostatektomi yapılan hastalarda ISUP derecesi artışını öngören faktörlerin değerlendirilmesi

Mahmut Uğurlu¹, Serhat Çetin¹, Berk Batuk¹, Ender Cem Bulut¹, Murat Yavuz Koparal¹, İpek Işık Gönül², Tevfik Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Prostat kanserinde ISUP derece artışı, radikal prostatektomi sonrası hastaların yaklaşık üçte birinde gözlenmekte olup, klinik evreleme ve tedavi planlamasında önemli değişikliklere yol açabilmektedir. Çalışmamızda manyetik rezonans görüntüleme füzyon biyopsi sonrası radikal prostatektomi uygulanan hastalarda ISUP derecesi artışını öngören faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Ocak 2018 – Haziran 2025 tarihleri arasında hastanemizde transrektal MR füzyon biyopsi + sistematik biyopsi ile prostat kanseri tanısı alan ve sonrasında radikal prostatektomi uygulanan, 45-80 yaş arası hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Daha önce prostat cerrahisi geçirmiş olan, pelvik radyoterapi öyküsü bulunan, dutasterid kullanan, yalnızca hedef lezyondan biyopsi yapılan veya yalnızca sistematik biyopsi uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Radikal prostatektomi sonrası patoloji spesmeninde ISUP derecesinde artış görülen hastalar Grup 1; artış olmayanlar Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Gruplar; yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), PSA, prostat volümü, PSA dansitesi, klinik T evreleri, biyopsi bulguları ve multiparametrik MR bulguları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 267 hasta dahil edildi. Patoloji sonucunda biyopsi sonrası ISUP derecesi artan Grup-1'de 67 (%25.1) hasta, artış olmayan Grup-2'de 200 hasta yer aldı.

VKİ yüksek olan hastalarda anlamlı ISUP derecesi artışı görüldü ($p=0.03$). Aynı zamanda radikal prostatektomi öncesi biyopsi patolojisinde ISUP GG-1 olan hastalarda anlamlı olarak derece artışı saptandı. ($p<0.001$).

Veriler çoklu lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde sistematik biyopsi kor sayısı ($p=0.03$), biyopsi patolojisinin ISUP GG-1 olması ($p<0.001$) ve lezyon boyutu ($p=0.026$) ISUP derece artışı için bağımsız prediktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda, MR füzyon biyopsi sonrası radikal prostatektomi yapılan hastalarda ISUP derece artışı ile ilişkili bağımsız prediktörler; yüksek lezyon boyutu, düşük sistematik biyopsi kor sayısı ve biyopsi patolojisinin ISUP GG-1 olması olarak saptandı. Bulgularımız, düşük sistematik biyopsi kor sayısı ve büyük lezyon boyutunun, özellikle ISUP GG-1 hastalarda, derece artış riskiyle ilişkili olduğunu ve bu parametrelerin tedavi/izlem kararlarında göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Gleason skoru, Multiparametrik prostat MRI





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1.

Tablo 1. Grupların klinik parametrelerinin karşılaştırılması			
	Grup-1 (n:67)	Grup-2 (n:200)	
	Ortanca (Min-Max)		p
Yaş (Yıl)	66(48-74)	65(47-78)	0.9
BMI (kg/m ²)	28(16.4-34)	26.8(18.5-40.4)	0.03
PSA (ng/mL)	7.7(1.9-32.9)	7.3(2.7-68)	0.34
Prostat Volümü (cm3)	45(22-120)	48.5(19-160)	0.65
PSA Dansitesi	0.16(0.03-0.9)	0.16(0.01-1.2)	0.47
Lezyon Sayısı (n)	1(1-4)	1(1-3)	0.57
Lezyon Boyutu (mm)	13(6-41)	12(3-32)	0.14
Total Lezyon Hacmi (cm ³)	1.3(0.2-10)	1.3(0.13-13.7)	0.29
Pozitif Lezyon Kor Sayısı (n)	3(0-15)	3(0-16)	0.2
Total Lezyon Kor Sayısı (n)	6(3-26)	5(1-23)	0.09
Pozitif Lezyon Biyopsi Kor Yüzdesi (%)	50(0-100)	50(0-100)	0.83
Pozitif Sistematik Biyopsi Kor Sayısı (n)	2(0-12)	2(0-12)	0.37
Total Sistematik Biyopsi Kor Sayısı (n)	11(2-22)	12(2-29)	0.08
Pozitif Sistematik Biyopsi Kor Yüzdesi (%)	22.2(0-92.3)	21.1(0-100)	0.52
MultiParametrik MRI			
PIRADS-3	19(%28.4)	52(%26)	0.48
PIRADS-4	26(%38.8)	94(%47)	
PIRADS-5	22(%32.8)	54(%27)	
Lezyon Lokalizasyonu			
Periferik Zon	45(%67.2)	144(%72)	0.32
Transizyonel Zon	15(%22.4)	27(%13.5)	
Hem Periferik Hem Transizyonel Zon	7(%10.4)	28(%14)	
Tümör Kaynağı			
Targeted Biyopsi	15(%22.4)	41(%20.5)	0.74
Sistematik Biyopsi	10(%14.9)	24(%12)	
Targeted ve Sistematik Biyopsi	42(%62.7)	135(%67.5)	
Biyopsi ISUP Skoru (n,%)			
ISUP 1	32(%47.8)	49(%24.5)	<0.001
ISUP 2	13(%19.4)	87(%43.5)	
ISUP 3	10(%14.9)	27(%13.5)	
ISUP 4	12(%17.9)	21(%10.5)	
ISUP 5	0(%0)	16(%8)	
Klinik T Evresi (n,%)			
T1	35(%52.2)	76(%38)	0.09
T2	27(%40.3)	111(%55.5)	
T3	5(%7.5)	13(%6.5)	
Biyopsi Anestezi Yöntemi (n,%)			
Genel	10(%14.9)	49(%24.5)	0.1
Lokal	57(%85.1)	151(%75.5)	

Grupların Klinik Parametrelerinin Karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2.

Tablo 2. ISUP derecesi yükselmesini öngören parametrelerin logistik regresyon analizi								
	Basit Logistik Regresyon Analizi				Çoklu Logistik Regresyon Analizi			
	%95 CI		OR	p	%95 CI		OR	p
Yaş (Yıl)	0,955	1,042	0,997	0,905				
BMI (kg/m ²)	1,022	1,208	1,111	0,014	0,990	1,188	1,085	0,080
PSA (ng/mL)	0,963	1,028	0,995	0,751				
Prostat Volümü (cm ³)	0,982	1,007	0,994	0,389				
PSA Dansitesi	0,329	5,060	1,290	0,715				
Lezyon Sayısı (n)	0,568	1,365	0,881	0,570				
Lezyon Boyutu (mm)	1,001	1,097	1,048	0,044	1,007	1,124	1,064	0,026
Total Lezyon Hacmi (cm ³)	0,940	1,220	1,071	0,303				
Pozitif Lezyon Kor Sayısı (n)	0,955	1,163	1,054	0,294				
Total Lezyon Kor Sayısı (n)	0,986	1,144	1,062	0,113				
Pozitif Lezyon Biyopsi Kor Yüzdesi (%)	0,991	1,007	0,999	0,835				
Pozitif Sistematik Biyopsi Kor Sayısı (n)	0,860	1,053	0,952	0,340				
Total Sistematik Biyopsi Kor Sayısı (n)	0,827	0,988	0,904	0,026	0,814	0,992	0,899	0,034
Pozitif Sistematik Biyopsi Kor Yüzdesi (%)	0,985	1,008	0,996	0,524				
MultiParametrik MRI								
PIRADS-3 (Ref.)								
PIRADS-4	0,383	1,497	0,757	0,423				
PIRADS-5	0,541	2,296	1,115	0,768				
Lezyon Lokalizasyonu								
Periferik Zon (Ref.)								
Transizyonel Zon	0,870	3,632	1,778	0,114				
Hem Periferik Hem Transizyonel Zon	0,327	1,955	0,800	0,624				
Biyopsi ISUP Skoru (n,%)								
ISUP 1	0,110	0,476	0,229	<0,001	0,119	0,545	0,255	<0,001
ISUP 2	0,242	1,329	0,567	0,192	0,202	1,290	0,511	0,155
ISUP 3(Ref.)								
ISUP 4	0,379	2,022	0,875	0,755	0,305	2,037	0,789	0,624
ISUP 5	0,000		0,000	0,998	0,000		0,000	0,998
Klinik T Evresi (n,%)								
T1 (Ref.)								
T2	0,296	0,944	0,528	0,031	0,289	1,034	0,546	0,063
T3	0,276	2,525	0,835	0,750	0,489	17,977	2,964	0,237
Biyopsi Anestezi Yöntemi (n,%)								
Anestezi (Ref.)								
Lokal	0,257	1,139	0,541	0,106				

ISUP derecesi yükselmesini öngören parametrelerin logistik regresyon analizi





[SS-037]

Radikal Prostatektomi Öncesi Lenf Nodu İnvazyonunun Öngörülmesinde Briganti Nomogramı, Partin Nomogramı, MSKCC Nomogramı ve Bir Makine Öğrenmesi Tabanlı Modelin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

İsmail Önder Yılmaz¹, Mehmet Zubaroğlu⁴, Rahmi Kavak³, Nebil Akdoğan¹, Mehmet Gürkan Arıkan¹, Mutlu Değer¹, Volkan İzol⁵, Özgür Yılmaz²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Yapay Zeka Bilim Dalı

³Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Yazılım Mühendisliği Bilim Dalı

⁴Tarsus Devlet Hastanesi

⁵Özel Çukurova Üroloji Merkezi

Amaç: Radikal prostatektomi (RP) öncesinde lenf nodu invazyonunun (LNI) doğru tahmini, genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu (ePLND) gerekliliğinin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Briganti, Partin ve MSKCC gibi geleneksel nomogramlar yaygın olarak kullanılırken, son dönemde makine öğrenmesi (ML) tabanlı modeller bu alanda umut verici alternatifler olarak öne çıkmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Çukurova Üniversitesi Prostat Kanseri Veritabanı'ndan 471 hastaya ait demografik, klinik ve histopatolojik değişkenler analiz edilmiştir. Üç nomogram skoru (Briganti, Partin, MSKCC) ve 11 makine öğrenmesi algoritması değerlendirilmiştir. Model performansı AUC, doğruluk (accuracy), duyarlılık (sensitivity), özgüllük (specificity) ve F1-skoru metrikleri ile ölçülmüştür. Ayrıca değişken önem düzeyleri ve karar ağacı analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hem istatistiksel olarak hem de ML modelleri içinde en etkili değişkenler arasında MSKCC skoru, Partin skoru, PSA düzeyi ve hasta yaşı yer almıştır. Bu değişkenler LNI ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p < 0.05$) ve model sınıflandırma kararlarında kilit rol oynamıştır. Random Forest modeli güçlü bir öngörü performansı sergileyerek %84,6 AUC değerine ulaşmış ve söz konusu değişkenlerin önemini desteklemiştir.

Sonuç: Çalışmamız, özellikle Random Forest ve XGBoost algoritmaları olmak üzere makine öğrenmesi tabanlı modellerin LNI tahmininde geleneksel nomogramlardan daha iyi performans gösterdiğini ortaya koymaktadır. Geliştirilen model, RP planlanan hastalarda preoperatif karar verme sürecini güçlendirebilecek, klinik olarak uygulanabilir ve yorumlanabilir bir araç sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lenf Nodu İnvazyonu, Makine Öğrenmesi, Nomogramlar, Prostat Kanseri, Yapay Zeka





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

Tablo 1

Tablo 1. Demografik, Klinik ve Patolojik Özellikler

	ISUP Upgrade	
	Var	Yok
Yaş (yıl) (n)	59,1±5,7	61,8±7
BMI (n)	25,8±1,7	27±2,8
Hipertansiyon (+) (%)	7,7	32,5
Diabetes Mellitus (+) (%)	15,4	11,6
Prostat volüm (cc) (n)	47,1±24,6	68,6±47,2
PSA (ng/mL) (n)	5,86±2,1	6,41±3,27
PSA dansitesi (n)	0,14±0,06	0,12±0,08
Perinöral invazyon (+) (%)	15,4	7,5
Klinik T Evre		
T1a	7,7	0,8
T1b	15,4	5
T1c	23,1	39,2
T2a	53,8	55
Kor sayısı (n)	10,7±6,4	13,9±7,4
Pozitif kor sayısı (n)	2,9±1,4	4,3±3,2
Pozitif kor yüzdesi (%)	32±20	32,2±17,5
Kordaki maksimum tümör yüzdesi (%)	35,2±19,8	34±22,9
Kordaki minimum tümör yüzdesi (%)	16,2±13,5	15,4±14,8
Bilateral tümör (+) (%)	46,1	33
Tümörle infiltre alan (n)	2,25±1,5	2,3±1,2

Biyokimyasal rekürrens gelişen ve gelişmeyen hastaların klinik demografik ve patolojik bulgularının karşılaştırılması





[SS-038]

Hedef yaş grubu erkeklerin prostat kanseri ve taraması farkındalık durumu ve etkileyen özellikler

Alper Kağan Ates¹, Pembe Keskinoglu², Volkan Şen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmamızda; prostat kanserinin hedef grubu olan 50 yaş üstü Türk erkeklerinin prostat kanseri konusunda farkındalık düzeyinin ve farkındalık düzeyini etkileyen nedenlerin saptanması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Dahiliye Polikliniği'nde kesitsel analitik çalışma gerçekleştirildi. Bilgi düzeyi iyi olma oranı $p=0.10$, %95 güven aralığı, kesinlik değeri $d=0.03$ alınarak en küçük $n=207$ saptandı, çalışmaya 210 birey alındı. Veri toplama formu ile demografik özellikler, öz geçmiş, soy geçmiş ve alışkanlıklar soruldu. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan 12 soruluk "PKTYBS (Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası)" ile bilgi düzeyi araştırıldı. 2025/21-28 no ile etik kurul onayı alındı. Sürekli numerik verilerin dağılım özelliği nonparametrik olduğu için ortanca (min-max), kategorik verilerde $n(\%)$ ile tanımlandı. Normal dağılım kolmogorov smirnov testle kontrol edildi. Üç ve üzeri bağımsız grup nonparametrik-Kruskal Wallis ve 2 grupta Mann Whitney U-test, kategorik veri analizinde ki-kare test ile analiz edildi. $p<0.05$ istatistik sınır değeri alındı.

Bulgular: Çalışmadaki 210 erkeğin yaş ortancası 59(min:50-max88) olup %27,6'sı obezdir. Katılımcıların %46,2'si sigara içmektedir, %30,5'i bırakmıştır. Katılımcıların %6,2'sinde kanser ve %2'sinde prostat kanseri, akrabalarının %55,2'sinde kanser ve %16,2'sinde prostat kanseri vardır. Prostat ile ilgili %31,4'ünün başvurusu olmuştur. En fazla 12 puan alınabilen PKTYBS ölçeği puan ortancası 6 bulundu. Ölçek 0-7 düşük, 8-10 orta ve 11-12 yüksek bilgi düzeyi olarak kategorize edildiğinde, bireylerin %73,8'i düşük, %25,8'i orta, yalnızca %1'i yüksek bilgi düzeyindedir. Analitik olarak düşük/orta-yüksek şeklinde 2 kategori ile analiz edildi. Orta-yüksek puan alanların yaş ve sigara paket yıl süreleri daha yüksek bulundu (p sıra ile 0.043, 0.018). Bilgi düzeyinin iyi olması riskli davranışı engellememektedir. Risk olarak sigara içmiş-içiyor olma, öz-soy geçmişte kanser/prostat kanseri varlığı, obez olma, prostat ile ilgili başvurmuş olma farkındalık düzeyini etkilememiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Ülkemizin batısında bir 3. basamak hastanesine başvuran hedef grup 50 yaş üzeri erkeklerin prostat kanseri hakkında bilgi düzeyleri düşük bulundu. Bilgi düzeyini etkileyebilecek risklere sahip olmanın farkındalığı etkilemediği, sigara paket yılında olduğu gibi kontroversiyon bir bulgu olduğu görüldü.

Bu çalışma TÜBİTAK 2209-A programı kapsamında desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: bilgi düzeyi ve farkındalık, prostat kanseri, risk faktörleri



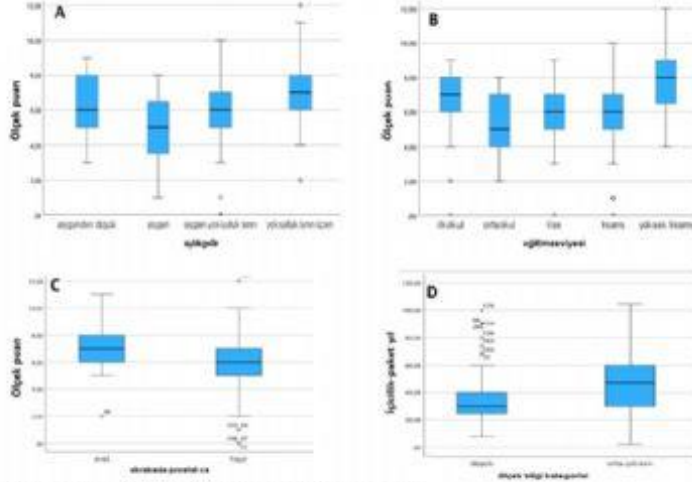


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Farklı özelliklere göre bilgi düzeylerinin dağılımı



Grafik A. Aylık gelir gruplarına göre ölçek puan dağılımları

Grafik B. Öğrenim gruplarına göre ölçek puan dağılımları

Grafik C. Akrabada prostat kanseri varlığına göre ölçek puan dağılımları

Grafik D. Ölçek bilgi düzeyi düşük ve orta-yüksek olan grupların sigara içicilik paket yılı dağılımı





[SS-039]

Yapay zeka hastaların tedavi kararını değiştiriyor mu? Pilot çalışma

Mahmut Uğurlu, Muratcan Toptaş, Furkan Abdullah Vural, Serhat Çetin, Ender Cem Bulut, Murat Yavuz Koparal, Metin Onaran, Tevfik Sinan Sözen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Aktif izlem altındaki prostat kanseri hastalarında ChatGPT kullanımının tedavi kararına etkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğinde yürütülmüştür. Düşük ve çok düşük riskli prostat kanseri tanısıyla aktif izlem kararı verilen 22 hasta çalışmaya alınmıştır. NCCN rehberine göre düşük/çok düşük riskli prostat kanseri olan (Gleason skoru ≤ 6 , PSA < 10 ng/mL, T1c-T2a evresi), 40-80 yaş aralığında, aktif izlem altında takipte olan ve bilişsel yeterliliğe sahip olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Daha önce tedavi almış, orta-yüksek riskli prostat kanseri tanısı bulunan veya ciddi komorbid hastalığı olan bireyler dışlanmıştır.

Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş, yapay zekâ okuryazarlığı ölçeği doldurulmuştur. Toplam puan üzerinden analiz yapılmıştır.

Vizit öncesi hastalardan merak ettikleri soruları yazmaları istenmiş, bu sorular görüşme günü ChatGPT-4o'ya yazılı olarak iletilmiştir. Yanıtlar yazılı çıktı hâlinde hastaya sunulmuş, gerekirse sözlü olarak da aktarılmıştır. Sürece araştırmacı müdahalesi olmamış, yanıtlar bir ürolog tarafından doğruluk açısından değerlendirilmiştir. Hastaların tedavi kararındaki değişiklikler not edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın medyan yaşı 66,5 yıl, medyan takip süresi 17 ay, medyan PSA düzeyi ise 4,6 ng/dL'dir. Hastaların %72,7'si T1c, %27,3'ü T2a evresindedir ve tamamı Gleason skoru 6 (3+3) ile düşük/çok düşük risk grubundadır. Eğitim düzeyi dağılımı %18,2 ilköğretim; %40,9 lise ve %40,9 üniversite mezunudur (Tablo 1).

ChatGPT ile etkileşim öncesinde tüm hastalar aktif izlem kararında olduğunu belirtmiştir. Görüşme sonrasında yalnızca 1 hasta (%4,5) cerrahi tedaviye yönelmiş, 21 hasta (%95,5) aktif izlemi sürdürmüştür. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (McNemar testi, $p=1$; Tablo 2).

Sonuç: Düşük ve çok düşük riskli prostat kanseri nedeniyle aktif izlem altında takip edilen hastaların büyük çoğunluğu, ChatGPT ile etkileşim sonrasında izlem kararını sürdürmüştür. Bu da günümüzde hastaların tedavi kararını vermede tedavi veren hekiminin kararını benimsediğini göstermektedir. Yapay zekâ okuryazarlığı farkındalığı, eğitim düzeyiyle anlamlı ilişki göstermiştir. ChatGPT'nin hasta kararına doğrudan etkisi sınırlı olsa da, dijital araçların bilgilendirme sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, hasta merkezli dijital sağlık uygulamalarının geliştirilmesine zemin oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Tedavi kararı, Yapay zeka





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya**Tablo 1. Klinik ve Demografik Bilgiler**

Tablo-1: Klinik ve Demografik Bilgiler	
Parametre	
Yaş, yıl (medyan [IQR])	66.5(47-76)
Takip Süresi, Ay (medyan [IQR])	17(12-67)
Total PSA(ng/dL) (medyan [IQR])	4.6(3-9)
cT Stage, n(%)	
T1c	16(%72.7)
T2a	6(%27.3)
ISUP Gleason Grade, n(%)	
Grade Grup 1	22(%100)
Eğitim Durumu, n(%)	
İlkokul	4(%18.2)
Lise	9(%40.9)
Üniversite	9(%40.9)
Yapay Zeka Okuryazarlığı, (medyan [IQR])	
Farkındalık	12.5(9-21)
Kullanım	10.5(3-15)
Değerlendirme	12(3-21)
Etik	11(3-20)
YZ: Yapay Zeka, cT: Klinik T Evresi, n: Sayı, IQR: Interquartile Aralık	

Tablo 2. Yapay Zekanın Tedavi Kararına Etkisi

Tablo-2: Yapay Zekanın Tedavi Kararına Etkisi			
	YZ Öncesi Tedavi(n,%)	YZ Sonrası Tedavi(n,%)	p
Aktif İzlem	22(%100)	21(%95.5)	1
Radikal Prostatektomi	0(%0)	1(%4.5)	
Radyoterapi	0(%0)	0(%0)	
p: Mc Nemar Test			





[SS-040]

Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner Kontinans Üzerine MR Görüntüleme Temelli ve İntraoperatif Üretra Ölçümlerinin Öngörücü Rolü

Perviz Şahsuvarlı¹, İhsan Batuhan Demir¹, Ege Nur Atabey Gerlegiz³, Sevtap Arslan Sarıkaya², Türkan Akbayrak³, Serap Özgül³, Naşide Mangır¹, Mustafa Sertaç Yazıcı¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²HacettepeHacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Giriş: Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (RALRP) sonrası üriner inkontinans (Üİ), lokalize prostat kanseri tedavisinde yaşam kalitesini düşüren belirgin bir morbiditedir. Cerrahi ilerlemelere rağmen kontinansın geri kazanılma süresi/olasılığı değişkendir. Bu nedenle postoperatif kontinans öngörebilecek güvenilir anatomik ve klinik belirteçlerin tanımlanması önemlidir. Multiparametrik prostat MRG (mpMRI), pelvik anatomiye ayrıntılı göstererek fonksiyonel sonlanımların tahminine katkı sağlayabilir.

Amaç: RALRP sonrası erken (≤ 90 gün) ve uzun dönem (1 yıl) kontinans üzerinde preoperatif mpMRI ile ölçülen membranöz üretra uzunluğu (MUL), prostatik üretra uzunluğu (PUL) ve levator ani kas kalınlığı (LAMT) ile intraoperatif robotik üretra uzunluğunun (RUL) öngörü değerini değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Ocak 2018–Aralık 2023 arasında Hacettepe Üniversitesi’nde RALRP yapılan 89 hasta retrospektif olarak incelendi. Preoperatif Üİ, anastomoz darlığı ve eksik takip dışlandı. İntraoperatif RUL, apikal diseksiyon sırasında 12 mm’lik trokardan geçirilen steril cetvelle ölçüldü. mpMRI verisi bulunan 72 hastada T2-ağırlıklı sagittal/koronal kesitlerde PUL, MUL ve LAMT ölçümleri yapıldı. Tüm hastalara yapılandırılmış pelvik taban fizyoterapisi uygulandı. Kontinans; hiç ped kullanmamak ya da yalnızca kuru koruyucu ped kullanmak olarak tanımlandı. Erken kontinans, ameliyattan sonraki 90 gün içinde kontinansın yeniden kazanılmasıydı.

Bulgular: Bir yıllık izlemde hastaların %80,9’u ($n=72$) kontinansa ulaştı; kontinans kazananların %70,8’i ($n=51$) ilk 90 günde iyileşti. Tek değişkenli analizde kontinans ile PUL ($p=0,037$), prostat örneği ağırlığı ($p=0,038$), bilateral sinir koruyucu cerrahi ($p=0,005$), radyoterapi ($p=0,001$), D’Amico risk sınıflaması ($p=0,010$) ve patolojik T evresi ($p=0,002$) anlamlı ilişkilendi. Çok değişkenli lojistik regresyonda yalnızca bilateral sinir koruma bağımsız belirleyici olarak kaldı ($p=0,037$; OR=4,738; %95 GA: 1,100–20,405). ROC analizinde PUL’ün erken kontinans öngörmesi anlamlıydı (AUC=0,697; $p=0,012$). Buna karşın MUL (AUC=0,615), RUL (AUC=0,631) ve LAMT (AUC=0,619) için anlamlılık sağlanmadı (tümü $p>0,05$). Alt grup analizinde PUL ≥ 44 mm olanlarda erken kontinans olasılığı belirgin olarak daha yüksekti.

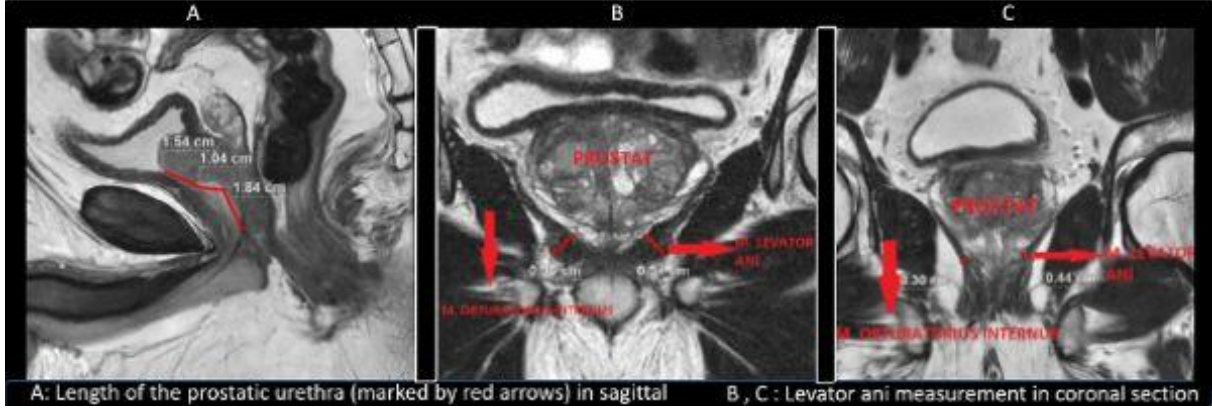
Sonuç: RALRP sonrası kontinans kazanımında modifiye edilebilir bir faktör olarak bilateral sinir koruyucu cerrahi öne çıkmaktadır. Anatomik ölçümler içinde yalnızca mpMRI ile ölçülen PUL, erken kontinans için güvenilir bir öngörücü değer göstermiş; MUL, RUL ve LAMT ise sınırlı kalmıştır. PUL’un rutin mpMRI raporlamasına entegrasyonu, hasta bilgilendirmesi ve cerrahi planlamanın kişiselleştirilmesini destekleyebilir. Bulguların daha büyük örneklerle yapılacak prospektif çalışmalarla doğrulanması, bireyselleştirilmiş kontinans risk sınıflamasını güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: robotik prostatektomi, inkontinans, multiparametrik mrg, RALP

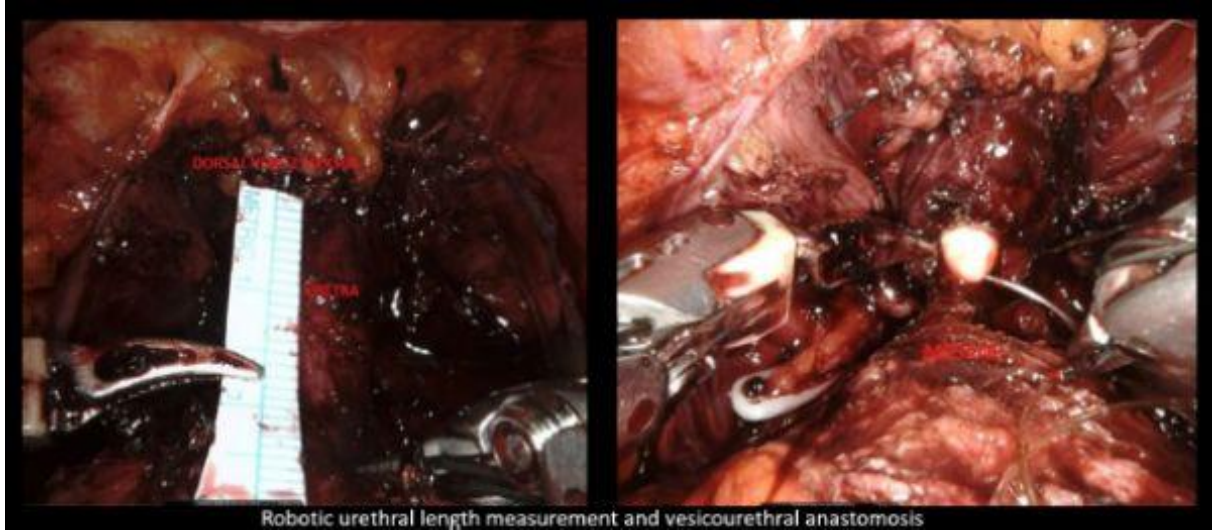




Şekil 1: Prostatik Üretra Uzunluğu ve M. Levator Ani Kalınlığının MRG Üzerinden Ölçümü



Şekil 2: Robotik Üretra Uzunluğu Ölçümü



Tablo 1. Univariate Analiz Tablosu

Parametreler	Kontinan (n=72)	İnkontinan (n=17)	P- değeri
Yaş, ortalama±SS (years)	63±6.6	64.9±6.5	0.267*
VKİ, ortalama±SS (kg/m ²) (kg/m ²)	26.1±3.2	26.5±3.8	0.679*
Robotic Membranöz Üretra Uzunluğu, ortalama±SS (mm)	20.39±2.7	19.47±3.4	0.227*
Membranöz Üretra Uzunluğu, median (min-max)	16.4 (14.9- 17.7)	16.2 (13.2-17)	0.159°
Levator ani Kası Kalınlığı, median (min-max)	10.1 (9.2-11.6)	10.3 (7.6-10.9)	0.499°
Prostatic Üretra Uzunluğu, median (min-max)	42.5 (37.7-46)	39 (37-41.3)	0.037°
IIEF, median (min-max)	58 (36-65)	42.5 (12-63)	0.062°





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Spesmen Ağırlığı, median (min-max, g)	62 (47-73)	50 (46-60)	0.038°
Sinir Koruma, n (%)			0.005°
— Bilateral	40 (93%)	3 (7%)	
— Unilateral veya yok	32 (69.6%)	14 (30.4%)	
Radyoterapi, n (%)			0.001°
— Evet	5 (41.7%)	7 (58.3%)	
— Hayır	65 (84.4%)	12 (15.6%)	
D'Amico Sınıflandırması, n (%)			0.010°
— Yüksek Risk	10 (58.8%)	7 (41.2%)	
— Düşük - Orta risk	62 (86.1%)	10 (13.9%)	
Patolojik T Evresi, n (%)			0.002°
— T2	51 (92.2%)	4 (7.8%)	
— T3	25 (65.8%)	13 (34.2%)	

Kısaltmalar:

VKİ: Beden Kitle İndeksi (kg/m²),

IIEF: Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi

Kullanılan İstatistiksel Testler:

*T-test, °Mann-Whitney U test, ° Chi-square test





[SS-041]

Prostat biyopsisinde kanser saptanma oranlarının yapay zeka algoritmaları ile tahmin edilmesi: Ara analiz ve ön sonuçlar

Kadir Gül¹, Metin Turan¹, Yunus Emre Genç², Halil Batur Akay², Yusuf Şenoğlu², Kamil Çam²

¹İstanbul Ticaret Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Yazılım Mühendisliği Bölümü

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Prostat biyopsisi kararı vermede klinisyenlerin ortak amacı olabildiğince az sayıda klinik önemsiz kanser tanısı ile birlikte yüksek sayıda klinik anlamlı kanser saptamaktır. Modern biyopsi serilerinde klinik anlamlı prostat kanseri oranları %30-40 arasında olmakla birlikte hasta seçiminde yardımcı ek araçlar ihtiyacı olduğu açıktır. Bu bağlamda yapay zeka destekli algoritmalar hasta seçiminde rol oynayabilir. Bu çalışmada prostat biyopsisi yapılan hastaların klinik verileri kullanılarak farklı yapay zeka algoritmanın biyopsi sonuçlarını öngörmedeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı 3000 hastalık prostat veritabanındaki Ocak 2024-2025 tarihleri arasında prostat biyopsisi yapılan 200 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Değişkenler yaş, aile öyküsü, rektal muayene bulgusu, PSA, serbest PSA düzeyleri, PSA dansitesi, MPMRG PIRADS skorları, lezyon çapları ve lokalizasyonları olarak belirlenirken, sonlanım noktası kanser saptama ve klinik önemli kanser saptama oranları olarak belirlendi. XGBoost, Support Vector Machine (SVM), Logistic Regression ve Artificial Neural Networks (ANN) algoritmalarıyla modelleme yapıldı. Her bir modelin doğruluk oranı, precision, recall ve f1-score ile değerlendirildi ve ROC analizi kullanılarak genel performans ölçüldü. Model eğitimi için 200 hastanın verisi kullanıldı, ardından validasyon için 40 sayıda hastada modeller test edildi.

Bulgular: Değerlendirilen 200 hastanın ortanca yaşı 67 (46-87), PSA'sı 22 (2,9-611), PSA dansitesi 0,22 (0,016-3,646) idi. MPMRG bulgularına göre 21 hastanın PIRADS-5 (%14), 65 hastanın PIRADS-4 (%42), 67 hastanın PIRADS-3 (%44) lezyonu olduğu görüldü. Tüm hastaların 94'unda (%47) prostat kanseri saptanırken 62 hastada (%31) klinik anlamlı prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri saptanmasında XGBoost, 0,72 doğruluk oranı, 0,78 eğri altında kalan alan ve 0,75 F1 skoru ile en başarılı yöntem iken, lojistik regresyon, SVM ve ANN modellerinin doğrulukları sırası ile 0,69, 0,58 ve 0,63 olarak belirlendi.

Klinik anlamlı prostat kanseri için yapılan analizde ise XGBoost 0,74 doğruluk oranı, 0,91 eğri altında kalan alan ve 0,77 F1 skoru ile yine ilk sırada yer alırken, lojistik regresyon, SVM ve ANN modellerinin doğrulukları sırası ile 0,78, 0,74 ve 0,68 olarak belirlendi (Şekil 1).

Sonuç: Yapay zeka tabanlı algoritmaların prostat biyopsisi gerekliliğinin belirlenmesinde önemli bir potansiyel taşıdığını görülmektedir. XGBoost, klinik anlamlı kanser ve biyopsi sonuçları tahmininde en yüksek performansı gösterirken, Logistic Regression ile yüksek precision ve recall oranları ile dengeli sonuçlar sunmaktadır. Yüksek hasta sayısı içeren, çok merkezli çalışmalar ile modellemelerinin gelecekte daha etkin bir rol oynayacağı açıktır.

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, Prostat biyopsisi, Yapay Zeka, Makine Öğrenmesi, XGBoost





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1

Tüm hastalar (n=200)	Prostat Kanseri			Klinik Anlamlı Prostat Kanseri		
	Doğruluk	F-1 Skoru (Class-0)	F-1 Skoru (Class-1)	Doğruluk	F-1 Skoru (Class-0)	F-1 Skoru (Class-1)
XGBoost	%72	0,69	0,75	%74	0,70	0,77
Support Vector Machine	%58	0,71	0,29	%74	0,77	0,70
Logistic Regression	%69	0,72	0,67	%78	0,80	0,76
Artificial Neural Networks	%63	0,63	0,63	%68	0,78	0,45

Farklı yapay zeka modellerinin prostat kanseri ve klinik anlamlı kanser saptamadaki performans metrikleri





[SS-042]

D'Amico Risk Sınıflamasına Göre Düşük Riskli Olarak Sınıflandırılan ve Radikal Prostatektomi Uygulanan Hastalarda ISUP Derece $\geq$ 3 Yükselmesini Öngörmeye Etkili Faktörlerin Makine Öğrenmesi Yöntemleri ile Analizi

Mehmet Zubaroğlu¹, İsmail Önder Yılmaz⁴, Rahmi Kavak³, Nebil Akdoğan⁴, Mehmet Gürkan Arıkan⁴, Mutlu Değer⁴, Volkan İzol⁵, Özgür Yılmaz²

¹Tarsus Devlet Hastanesi

²Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Yapay Zeka Bilim Dalı

³Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Yazılım Mühendisliği Bilim Dalı

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵Özel Çukurova Üroloji Merkezi

Amaç: Bu çalışma, D'Amico sistemine göre düşük riskli olarak sınıflandırılan ve radikal prostatektomi uygulanan hastalarda, makine öğrenmesi algoritmalarını kullanarak ISUP Derece $\geq$ 3 yükselmesini öngören prediktif faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Çukurova Üniversitesi Radikal Prostatektomi Veritabanı'ndan PSA $\leq$ 10 ng/mL, Gleason skoru $\leq$ 6 ve klinik evre T1-T2a kriterlerini karşılayan 133 hasta retrospektif olarak incelendi. PSA dansitesi, prostat hacmi ve pozitif biyopsi kor oranı yüzdesi dâhil olmak üzere on beş klinik, demografik ve histopatolojik özellik analiz edildi. On bir makine öğrenmesi algoritması 10 katlı çapraz doğrulama yaklaşımı ile değerlendirildi. Bunlar arasında Random Forest modeli en yüksek öngörü performansını gösterdi (AUC: 0.86).

Bulgular: Random Forest modeli, ISUP Derece $\geq$ 3 yükselmesini öngörmeye üstün performans sergiledi. En etkili prediktif faktörler PSA dansitesi, prostat hacmi, pozitif biyopsi kor oranı yüzdesi ve klinik T evresi oldu. Daha yüksek PSA dansitesi ve pozitif kor yüzdeleri artmış yükselme olasılığı ile ilişkili bulunurken, daha büyük prostat hacmi daha düşük risk ile ilişkiliydi. İstatistiksel analizler de prostat hacmi ve klinik T evresinin önemini destekledi.

Sonuç: Makine öğrenmesi algoritmaları, özellikle Random Forest modeli, düşük riskli prostat kanseri hastalarında ISUP Derece $\geq$ 3 yükselmesini etkin biçimde öngörmektedir. Bu modeller preoperatif risk sınıflamasını güçlendirir ve kişiselleştirilmiş tedavi kararlarını destekler. Gelecekte, çok merkezli ve multiparametrik MRG, PSMA PET ve radyomik verileri içeren çalışmaların öngörü doğruluğunu ve genellenebilirliği artırması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makine Öğrenmesi, Prostat Kanseri, Prediction, Yapay Zeka



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Table 1. Demografik, Klinik ve Patolojik Karşılaştırma

	ISUP Upgrade		p
	Yes	No	
Hasta sayısı (n,%)	13(%9,7)	120(%90,3)	
Yaş (yıl) (n)	59,1±5,7	61,8±7	0,994
BMI (n)	25,8±1,7	27±2,8	0,985
Hipertansiyon (n,%)			
Yok	12(%92,3)	81(%67,5)	0,064
Var	1(%7,7)	39(%32,5)	
Diabetes Mellitus (+) (%)			
Yok	11(%84,6)	106(%88,4)	0,160
Var	2(%15,4)	14(%11,6)	
Prostat volümü (cc) (n)	47,1±24,6	68,6±47,2	0,029
PSA (ng/mL) (n)	5,86±2,1	6,41±3,27	0,365
PSA dansitesi (n)	0,14±0,06	0,12±0,08	0,096
Perinöral invazyon (+) (%)			
Yok	11(%84,6)	111(%92,5)	0,041
Var	2(%15,4)	9(%7,5)	
Klinik T evre			
T1a	1(%7,7)	1(%0,8)	0,043
T1b	2(%15,4)	6(%5)	
T1c	3(%23,1)	47(%39,2)	
T2a	7(%53,8)	66(%55)	
Kor sayısı (n)	10,7±6,4	13,9±7,4	0,064
Pozitif kor sayısı (n)	2,9±1,4	4,3±3,2	0,071
Pozitif kor yüzdesi (%)	32±20	32,2±17,5	0,127
Kordaki maksimum tümör yüzdesi (%)	35,2±19,8	34±22,9	0,194
Kordaki minimum tümör yüzdesi (%)	16,2±13,5	15,4±14,8	0,024
Bilateral tümör (+) (%)			
Yok	7(%53,9)	80(%67)	0,031
Var	6(%46,1)	40(%33)	
Tümörle infiltre alan (n)	2,25±1,5	2,3±1,2	0,085

ISUP upgrade gelişen ve gelişmeyen hastaların klinik, demografik ve patolojik verilerinin karşılaştırılması





[SS-043]

Prostat biyopsisi yapılan hastalarda Single Nükleotid Polimorfizminin kanser saptamadaki etkinliğinin prospektif araştırılması

Yunus Emre Genç¹, Dilara Yücedal⁴, Muhammed Hasan Toper³, Canan Cimsit², Ahmet Arman⁴, Haydar Kamil Çam¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prostat kanseri, erkeklerde dünya genelinde erkeklerde en sık tanı konulan cilt-dışı malignite olup, gelişiminde genetik yatkınlık önemli bir risk faktörüdür. Son yıllarda, genetik varyantların özellikle tanısal süreçlerde kullanımı artış göstermiştir. Bu çalışmada, daha önce prostat kanseri ile ilişkilendirilmiş olan rs5919393 (AR geni, Xq12) ve rs34633531 (ZNF341 geni, 20q11.22) polimorfizmlerinin Türk popülasyonunda görülme sıklığı, prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri tanısındaki potansiyel rolleri araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Bu prospektif kohort çalışması, 2024-2025 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi. Kognitif prostat biyopsisi planlanan 160 hasta çalışmaya dahil edildi. Klinik, biyokimyasal ve radyolojik parametreler analiz edilerek genetik inceleme için periferik kandan DNA izole edildi ve TaqMan® SNP genotipleme yöntemi ile gerçek zamanlı PCR incelemesi yapıldı. Bağımlı değişkenler prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri tanısı olarak belirlendikten sonra, bağımsız değişkenler SNP genotipleri ile birlikte yaş, aile öyküsü, PSA düzeyi, PSA dansitesi, serbest/total PSA oranı, parmakla rektal muayene bulgusu, multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme bulguları olarak belirlendi. Seçilen parametreler; kanser saptama, klinik anlamlı kanser saptama ve genotip tayinlerine göre oluşturulan gruplar arasında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma grubunun ortalama yaşı 67 idi. Toplamda 73 hastada (%46) prostat kanseri, 42 hastada (%26) ise klinik anlamlı prostat kanseri saptandı. Rs5919393 genotip analizinde TT homozigot varyant alel 18 hastada (%11) görüldü. Bu 18 hasta incelendiğinde, 13'ünde (%72) patolojik inceleme sonucunda prostat kanseri saptandı ve bu hastaların 11'i (%61) klinik anlamlı prostat kanseri olarak sınıflandırıldı (Şekil 1). Prostat kanseri tanısı alan 73 hastanın ise 13'ünde (%18) rs5919393 genotip analizinde TT homozigot varyant alel saptanırken ($p=0,023$), klinik anlamlı kanser olarak sınıflandırılan 42 hastanın 11'inin (%26) homozigot varyant alel taşıdığı gözlemlendi ($p<0,001$). Tanı performans ölçütleri açısından rs5919393'e ait homozigot TT aleli, klinik anlamlı prostat kanserini öngörmeye %94 özgüllük ve %61 pozitif prediktif değere ulaştığı görüldü (Şekil 2). Rs34633531 için ise çalışmaya dahil edilen tüm bireylerde aynı genotip (CT) saptandı.

Sonuç: Türk toplumunda rs5919393 single nükleotid polimorfizmine ait homozigot TT alel taşıyan bireylerin artmış prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri riski ile ilişkili olduğu gösterildi. Yüksek özgüllük değerleri ışığında bu polimorfizmin biyopsi kararı vermeye yardımcı bir parametre olacağını, klinik pratikte halihazırda kullanılmakta olan poligenik risk skorlarına entegre edilmesinin, risk skorlamalarının tanı performans ölçütlerini iyileştirebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, single nükleotid polimorfizmi, homozigot alel, poligenik risk skoru





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1

Tüm hastalar (n=160)		Homozigot varyant alel (+) (n=18)	Homozigot varyant alel (-) (n=142)	P değeri
Aile öyküsü	Var (n=34)	5/18 (%28)	29/142 (%20)	0,574
	Yok (n=126)	13/18 (%72)	113/142 (%80)	
Yaş		69 (55-87)	67 (51-90)	0,791
Total PSA (ng/mL)		6,8 (4-49)	7,7 (2,5-48)	0,987
Serbest PSA / total PSA oranı		0,19 (0,1-0,47)	0,2 (0,05-0,55)	0,961
PSA dansitesi (ng/mL/mm ³)		0,2 (0,02-0,9)	0,16 (0,03-0,9)	0,067
Parmakla rektal muayene	Pozitif (n=35)	9/18 (%50)	26/142 (%18)	0,005
	Negatif (n=125)	9/18 (%50)	116/142 (%82)	
MPMRG PIRADS skoru	PIRADS-5 (n=35)	8/18 (%44)	27/142 (%19)	0,054
	PIRADS-4 (n=54)	4/18 (%23)	50/142 (%35)	
	PIRADS-3 (n=71)	6/18 (%33)	65/142 (%46)	
MPMRG lezyon lokalizasyonu	Periferik zon (n=93)	16/18 (%89)	77/142 (%54)	0,005
	Transizyonel/Santral zon (n=67)	2/18 (%11)	65/142 (%46)	
Biyopsi Uygulama Yöntemi	Transrektal (n=106)	10/18 (%56)	96/142 (%68)	0,085
	Transperineal (n=54)	8/18 (%44)	46/142 (%32)	
Prostat kanseri (n=73)		13/18 (%72)	60/142 (%42)	0,023
Klinik anlamlı prostat kanseri (n=42)		11/18 (%61)	31/142 (%22)	<0,001

(PSA: Prostat Spesifik Antijen, MPMRG: Multiparametrik Prostat Manyetik

Rezonans Görüntüleme, PIRADS: Prostate Imaging Reporting and Data System)

Homozigot varyant alel saptanan hastaların klinik, radyolojik özellikleri ve kanser saptama oranları



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2

Tüm hastalar (n=160)	Klinik anlamlı prostat kanseri (+) (n=42)	Klinik anlamlı prostat kanseri (-) (n=118)	Tanı performans ölçütü
Homozigot varyant alel (+) (n=18)	Gerçek pozitif (n=11)	Yalancı pozitif (n=7)	Pozitif prediktif değer: %61
Homozigot varyant alel (-) (n=142)	Yalancı negatif (n=31)	Gerçek negatif (n=111)	Negatif prediktif değer: %78
Tanı performans ölçütü	Duyarlılık: %26	Özgüllük: %94	Doğruluk: %76

Prostat biyopsisi yapılan hastalarda klinik anlamlı kanser saptanan ve saptanmayan hastalar arasında homozigot varyant alel varlığının tanı performans ölçütleri



**[SS-051]****Biyopsi Kor Sayısının Laparoskopik Radikal Prostatektomi
Komplikasyonlarına Etkisi: TRUS ve MR-Füzyon Karşılaştırması**

Fırat Akdeniz, Ayhan Karaköse

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçeşehir Liv Hospital Üroloji Kliniği

Amaç: Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen malignitelerden biri olup tanıda biyopsi temel basamaktır. Günümüzde standart yöntem olan transrektal ultrason (TRUS) eşliğinde biyopsiye ek olarak, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) ile hedeflenen MR-füzyon biyopsi giderek daha yaygın kullanılmaktadır. MR-füzyon biyopsiler, daha yüksek tanısal doğruluk ve klinik anlamlı kanserlerin saptanmasında daha üstün gözükmeyle birlikte, TRUS biyopsiye kıyasla daha fazla sayıda biyopsi kor örneği alınmaktadır.

Artan biyopsi örnek sayısının, sonraki cerrahi süreçte komplikasyon risklerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle rektal yaralanma, nadir fakat ciddi morbiditeye yol açan bir komplikasyondur.

Bu çalışmada, MR-füzyon ve TRUS biyopsi sonrası gerçekleştirilen laparoskopik radikal prostatektomi olgularında rektal yaralanma riskinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda, 2020-2025 yılları arasında kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) uygulanan ve öncesinde TRUS biyopsi ve MR-füzyon biyopsi yapılmış toplam 40 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamı lokalize prostat kanseriydi. Patoloji sonuçları, perop ve postop takip ve komplikasyonları kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 40 hasta dahil edildi (MR-Füzyon biyopsi: n=20; TRUS biyopsi: n=20). Her iki grup yaş, biopsi öncesi PSA ve prostat hacmi açısından benzerdi. MR-Füzyon grubunda biyopsi sırasında alınan toplam kor sayısı anlamlı derecede daha yüksekti (14.4 ± 2.2 vs 10.6 ± 1.8 ; $p < 0.001$). Tümörlü kor sayısı açısından ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

LRP sonrası rektal komplikasyon MR-Füzyon grubunda %10 (2/20), TRUS grubunda ise %0 (0/20) idi; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p = 0.47$). Alınan toplam kor sayısı ile rektal yaralanma arasında ise sınırdaki bir ilişki izlendi ($p = 0.057$). Diğer değişkenler (tümörlü kor sayısı, cerrahi sınır pozitifliği, ekstra kapsüler yayılım, seminal vezikül invazyonu, lenf nodu invazyonu) ise komplikasyonlarla ilişkili değildi.

Sonuç: MR füzyon biyopsi uygulanan hastalarda, standart TRUS biyopsiye kıyasla daha fazla biyopsi kuru alınmaktadır. Laparoskopik radikal prostatektomi sırasında rektal yaralanma oranı MR-füzyon grubunda daha yüksek olmasına rağmen, düşük vaka sayısı nedeniyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

Bununla birlikte, toplam kor sayısı ile rektal yaralanma arasında anlamlıya yakın bir ilişki gözlenmiştir. Bu durum, biyopsi yöntemi farkından ziyade alınan kor sayısının komplikasyon gelişiminde belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Biz bu çalışmamızda MR füzyon biyopsinin sunduğu tanısal avantajların yanında, alınan kor sayısının cerrahi komplikasyonlara olası etkisine dikkat çekmek istedik. Daha geniş serilerde yapılacak retrospektif veya prospektif çalışmalar, biyopside alınan kor sayısı ve hatta belki biyopsi yöntemi ile cerrahi morbidite arasındaki ilişkiyi daha netleştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Biyopsi, prostat, prostatektomi, rektal yaralanma**Hasta özellikleri**

Değişken	MR-Füzyon (n=20)	TRUS (n=20)
Yaş (yıl)	63.9 ± 7.6	58.5 ± 6.7
PSA (ng/mL)	19.2 ± 36.4	12.0 ± 9.4
Prostat hacmi (gr)	43.0 ± 22.3	34.5 ± 15.4





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



radikal prostatektomi yapılan hastaların özellikleri

MR-Füzyon ve TRUS Biyopsi Alınan Korlar Arasındaki İstatistiksel Karşılaştırmalar

Değişken	MR-Füzyon (n=20)	TRUS (n=20)	p-değeri
Toplam kor sayısı	14.4 ± 0.8	10.6 ± 0.9	<0,05
Tümörlü kor sayısı	5.3 ± 3.1	5.5 ± 2.2	0.494

MR-Füzyon ve TRUS Biyopsi Alınan Korlar Arasındaki İstatistiksel Karşılaştırmalar





[SS-052]

Radikal Prostatektomi Cerrahisinde Yöntem farklılığının cerrahi ekip yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi

Hasan Hüseyin Tavukçu¹, Levent Türkeri², Evren Süer³, Cemil Aydın⁴, Çağrı Akpınar³, Güven Aslan⁵, Murat Gülşen⁶, Mehmed Emin Kayaçan⁵, İlker Çelen⁷, Üroonkoloji Derneği Üyeleri⁸

¹Medipol Üniversitesi, Çamlıca Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²Acıbadem Mehmetali Aydınlar Üniversitesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

³Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çorum

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

⁷Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

⁸Üroonkoloji Derneği Üyeleri, Üroonkoloji Derneği, Ankara

Amaç: Radikal prostatektomi (RP), prostat kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan cerrahi bir yöntem olup açık RP, laparoskopik RP (LRP) ve robot yardımlı laparoskopik RP (RALP) gibi farklı teknikler kullanılarak gerçekleştirilebilir. Cerrahinin türünün, yalnızca hastaların değil, cerrahi ekibin de yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Üroloji alanında hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar bulunmasına rağmen, literatürde ürolojide cerrahi ekibin yaşam kalitesini araştıran bir çalışma bulunmamıştır. Bu çalışmada, RP'de farklı cerrahi tekniklerin cerrahi ekibin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Türk Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından yürütülen çok merkezli araştırma projesinin parçası olarak tasarlanmış bir çalışmadır. Her ekip; cerrah, asistan cerrah, hemşire, anesteziist ve cerrahi teknisyenden oluşmaktadır. Ocak 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında RP'ye katılan toplam 345 cerrahi ekip üyesi çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, cerrahi bilgiler ve postoperatif anketler (SF-12, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD), İskandinav Kas İskelet Sistemi Anketi(İKİSA)) kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS 27.0 kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Toplam 69 vaka ekibi çalışmaya dahil edilmiş olup 21' i açık RP, 22' si LRP ve 26' sı RALP yöntemidir. Çalışma, 73 kadın ve 117 erkek olmak üzere toplam 230 katılımcı içermektedir. Açık, laparoskopik ve robotik ekipler birlikte birer grup olarak alındığında aralarında SF-12 fiziksel puan, SF-12 mental puan, HAD depresyon puanı, HAD anksiyete puanı, İKİSA son 1 yıldaki ağrı-engel puanları ve son 1 haftalık ağrı puanları arasından anlamlı fark saptanmadı. Cerrahlarda açık RP ve RALP cerrahide depresyon puanı açısından(açık RP lehine) anlamlı fark saptandı. ($p<0.05$) Cerrahlarda ayrıca LRP ve RALP arasında depresyon ve anksiyete puanları(LRP lehine), İKİSA son 1 yıl engel puanları(RALP) arasında anlamlı fark var. ($p<0.05$)

Asistan cerrahlarda hem depresyon hem anksiyete riski(kategorik incelemede) laparoskopide en sık, açık ve robotik en az olmak üzere anlamlı olarak farklı tespit edildi.Hemşirelerde hem depresyon hem anksiyete riski(kategorik incelemede) RALP en sık, takiben açık ve LRP en az olmak üzere anlamlı olarak farklı tespit edildi.Anesteziistlerde (kategorik incelemede) en fazla LRP, sonra açık, en son da RALP cerrahide depresyon riski saptandı.Cerrahi teknisyenlerinde en fazla açık cerrahide, sonra robotik cerrahide, en son da laparoskopik cerrahide hem depresyon hem anksiyete riski mevcut olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamız RP cerrahisinde kullanılan farklı operasyon türlerinin ve cerrahi süreçlerin cerrahi ekibin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin farklı olduğu gözlenmiştir. Bulgularımız cerrahi ekibin fiziksel ve zihinsel sağlığı açısından önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prostatektomi, sağlık personeli, yaşam kalitesi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo

	Açık RRP	Laparoskopik RRP	Robotik RRP
SF-12 Fiziksel	46,43	52,11	51,04
SF-12 Mental	46,26	44,08	46,59
HAD-Depresyon	6,0	5,0	5,0
HAD-Anksiyete	6,0	6,0	5,0
Son 1 yıl ağrı	3,0	3,0	3,0
Son 1 yıl engel	0,0	0,5	0,0
Son 1 hafta ağrı	2,0	2,0	2,0

Açık, laparoskopik, robotik RP ekipleri arasındaki SF-12 yaşam kalitesi, HAD ölçeği ve İKİSA anketi puanlamaları arası karşılaştırma.





[SS-053]

Prostat Kanseri Tarama, Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Üroloji Dışındaki Uzman Hekimler Kendisi İçin Hangi Seçimleri Yapıyor?

Serdar Çelik¹, Serhat Çetin², Evren Süer³, İlker Tinay⁴, Ender Özden⁵, Cenk Yücel Bilen⁶

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Anadolu Sağlık Merkezi, Üroonkoloji Merkezi, İstanbul

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen malignitelerden biridir. Kılavuzlar tanı ve tedavi stratejileri konusunda yol gösterici olsa da, hekimlerin kendi üzerlerindeki klinik tercihleri sınırlı olarak bilinmektedir. Bu çalışma, üroloji dışı branş hekimlerinin prostat kanseri tarama, tanı ve tedavi yaklaşımlarını tanımlamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Türk Üroonkoloji Derneği yürütücülüğünde Google Forms aracılığıyla çevrim içi anket uygulanmıştır. Anket yalnızca erkek hekimlere yöneltilmiş olup; demografik veriler, PSA ve parmakla rektal muayene (PRM) zamanlaması, multiparametrik prostat MR (mpMRI) ve biyopsi tercihleri, risk gruplarında tedavi, evreleme ve lenf nodu diseksiyonu (LND) kararlarını kapsamıştır. Bulgular tanımlayıcı istatistiklerle ortaya konmuştur.

Bulgular: Çalışmaya 170 üroloji dışı branş hekimi katıldı. PSA taramasına başlama yaşı için en sık tercih 40-45 yaş (%33,5), ikinci sıradaki tercih 50-59 yaş (%23,5) olmuştur. İlk PRM için %49,4 'hiç yaptırmam' yanıtı verilirken, en sık tercih edilen yaş aralığı 50-59 (%19,4) olmuştur. PSA testi öncesi PRM uygulamasının katılımcıların %66,5'i tarafından gereksiz bulunmuştur. mpMRI eşiği sorulduğunda en sık yanıt yaş ve risk faktörlerine göre bireyselleştirme olmuştur (%64,1). PSA temelli eşikler daha az tercih edilmiştir: PSA $\geq$ 4,0 ng/mL %18,6, PSA $\geq$ 2,5 ng/mL %4,8. Biyopsi endikasyonu sorusunda katılımcıların %31,8'i "fikrim yok" yanıtını vermiştir. Yanıt verenler arasında en sık tercih PSA veya PRM'de şüpheli bulgu olduğunda, mpMRI negatif olsa da biyopsi yapılmasıydı (%29,4).

Düşük riskli prostat kanseri takip/tedavisi için katılımcıların %37,6'sı "fikrim yok" demiştir. Yanıt verenler arasında en sık tercih aktif izlem (%31,8) olmuştur. Orta risk-favourable ve unfavourable olgularda yine yüksek oranda "fikrim yok" tercihi bildirilmiş, tedavi seçimi yapanlar arasında en sık tercih robotik radikal prostatektomi(RALP) olmuştur (%24,7 ve %30,6, sırasıyla). Yüksek risk grubunda RALP %27,1 ve açık radikal prostatektomi(ARP) %12,4 ile öne çıkmıştır.

Evreleme sorusunda düşük/çok düşük riskli olguların %65,3'ü mutlaka görüntüleme yaptıracağını belirtmiştir. LND endikasyonu sorulduğunda en sık yanıt yüksek risk grubu (%32,4), ardından orta risk-unfavourable (%20,0) ve orta risk-favourable (%18,2) olmuştur.

Sonuç: Üroloji dışı branş hekimlerinde birçok soruda yüksek oranda "fikrim yok" yanıtı verilmiş olup, bu durum konuyla ilgili bilgi ve farkındalık eksikliğini yansıtmaktadır. Yanıt verenlerde ise daha erken PSA taraması, mpMRI'da PSA eşiklerini sınırlı kullanma, biyopsi kararında belirsizlik ve düşük riskli olgularda aktif izlemin düşük oranda tercih edilmesi dikkat çekmiştir. Lokalize orta ve yüksek riskli grupta tanı alınması durumunda RALP tercihi öne çıkmıştır. Düşük riskli olgularda yüksek oranda evreleme tercihi güncel kılavuzlarla uyumsuzluk göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, tercih, anket, hekimler

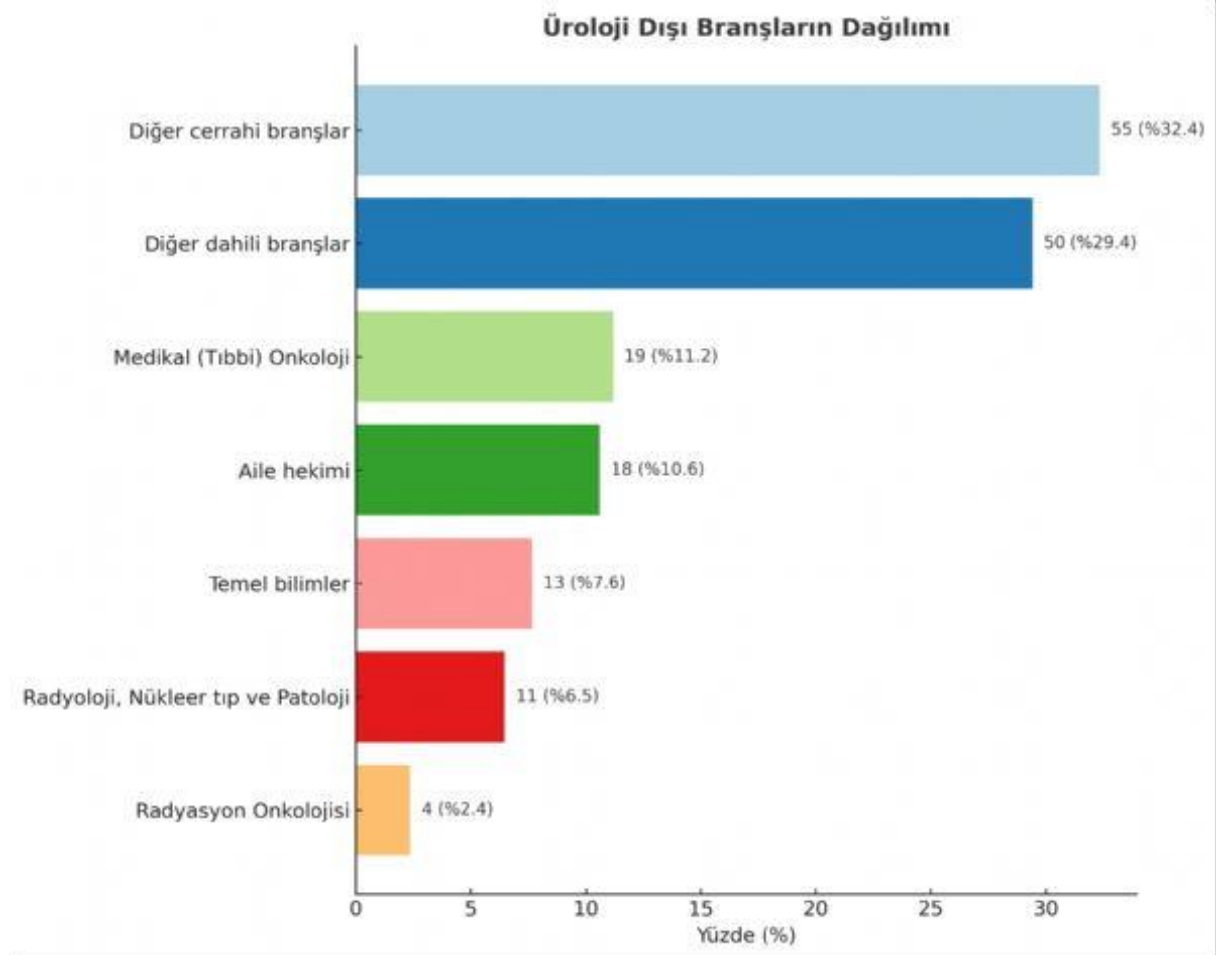


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1: Katılımcıların branş dağılımı



Tablo 1. Üroloji Dışı Branşlarda Tarama, Tanı ve Biyopsi Tercihleri

	1. tercih	2. tercih	3. tercih	4. tercih
PSA tarama yaşı	40-45 yaş arası (33.5%)	50-59 yaş arası (24.1%)	40 yaşından önce (18.8%)	46-50 yaş arası (17.6%)
İlk PRM yaşı	Hiç yaptırmadım/yaptırmayı düşünmüyorum (50.0%)	50-59 yaş arası (19.0%)	40-45 yaş arası (8.9%)	60 yaş ve sonrası (7.7%)
PSA öncesi PRM	Hayır, PSA öncesi rektal muayene yaptırmam (65.9%)	Tercihen yaptıırım ama zorunlu görmem (20.0%)	Evet, mutlaka yaptıırım (14.1%)	
mpMRI eşiği	Yaşa ve diğer risk faktörlerine göre değişir (64.1%)	PSA $\geq$ 4,0 ng/mL (18.6%)	PSA düzeyine göre mpMR istemem (10.8%)	PSA $\geq$ 2,5 ng/mL (4.8%)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Biyopsi koşulu	Fikrim yok (32.0%)	PSA yüksek ve/veya PRM'de şüpheli bulgu olması durumunda mpMRI'da lezyon olmasa bile biyopsi yaptırırım (29.6%)	PSA ve PSAD yüksek ve mpMRI'da PIRADS ≥ 3 lezyon varlığında biyopsi yaptırırım (17.8%)	PSA ve PSAD'dan bağımsız, sadece mpMRI'da PIRADS ≥ 3 lezyon varlığında biyopsi yaptırırım (11.2%)

Tablo 2: Üroloji Dışı Branşlarda Tedavi ve Evreleme Tercihleri

	1. tercih	2. tercih	3. tercih	4. tercih
Çok düşük/Düşük risk	Fikrim yok (37.6%)	Aktif izlem (31.8%)	RALP (11.2%)	Fokal ablatif tedavi (9.4%)
Orta risk-favourable	Fikrim yok (40.6%)	RALP (24.7%)	Fokal ablatif tedavi (10.0%)	Laparoskopik Radikal Prostatektomi (7.1%)
Orta risk-unfavourable	Fikrim yok (44.7%)	RALP (30.6%)	Radyoterapi + ADT (8.8%)	Laparoskopik Radikal Prostatektomi (8.2%)
Yüksek risk	Fikrim yok (40.0%)	RALP (27.1%)	ARP (12.4%)	Radyoterapi + ADT (11.2%)
Evreleme (çok düşük/düşük risk)	Evet, mutlaka yaptırırım (65.3%)	Hayır, rutin olarak yaptırmam (19.4%)		
LND eşiği	Fikrim yok (36.5%)	Yüksek risk grubu (29.4%)	Orta risk-unfavourable (24.1%)	Orta risk-favourable (6.5%)





[SS-054]

PSMA Bulgularının Briganti-2019 ve MSKCC Nomogramlarına Eklenmesinin Patolojik Lenf Nodu Metastazı Öngörüsüne Etkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması

Serhat Çetin¹, Sinan Sözen¹, Evren Süer², Sertaç Yazıcı³, Güven Aslan⁴, Aykut Buğra Şentürk⁵, Levent Türkeri⁶

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

⁶Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prostat kanserinde cerrahi öncesi lenf nodu (LN) metastazı olasılığının doğru tahmini, pelvik LN diseksiyonu (PLND) kararı ve hasta bilgilendirmesi için kritiktir. Briganti-2019 ve MSKCC nomogramları yaygın kullanılmakla birlikte PSMA-PET dönemi öncesinde geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, bu nomogramlara PSMA-PET'te LN bulgusu (var/yok) eklenmesinin, radikal prostatektomi ve PLND uygulanan hastalarda patolojik LN pozitifliğini (pLN) öngörme performansını artırıp artırmadığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Veriler Türk Üroonkoloji Derneği Prostat Kanseri Veri Tabanı'ndan retrospektif olarak elde edildi (Çalışma Kodu: TUO-PR-21-05). Çok merkezli, retrospektif kohortta preoperatif verileri ve PSMA-PET sonuçları bulunan, radikal prostatektomi + PLND uygulanmış hastaların verileri çalışmaya dahil edildi (n=301). Birincil sonlanım pLN'ydı. Her nomogram için iki model kuruldu: (i) orijinal klinik/biyopsi girdilerini içeren 'temel' model ve (ii) temel + PSMA-LN var/yok içeren '+PSMA' model. Lojistik regresyonla olasılık skorları üretildi ve ROC eğrisi grafiğinde eğri altında kalan alan (AUC) hesaplandı. Aynı hastalardan elde edilen eğriler eşleşik DeLong testiyle karşılaştırıldı. Uyum iyiliği, bloklar arası -2 Log-Likelihood farkı üzerinden Likelihood Ratio (LR) testiyle değerlendirildi (anlamlılık p<0,05).

Bulgular: Ortalama yaş 64,2±7,2 yıl, tanı anı PSA 14,9±14,4 ng/mL'ydı. Klinik T evresi dağılımı çoğunlukla T1c-T2c düzeyindeydi. PSMA-PET'te LN metastazı %14,6 (44/301) saptandı; pLN pozitifliği %19,6 (59/301) idi. Briganti-2019'da PSMA eklenmesi uyumu anlamlı iyileştirdi (LR Δ-2LL=12,633; p<0,001) ve AUC 0,744'ten 0,828'e yükseldi; ancak DeLong p=0,342 (anlamlı değil). MSKCC'de PSMA eklenmesi yine uyumu artırdı (LR Δ-2LL=9,306; p=0,002); AUC 0,813'ten 0,830'a çıktı, DeLong p=0,620. ROC eğrileri ve sayısal özetler tablolarla ve şekillerle birlikte sunulmuştur.

Sonuç: PSMA-PET'te LN bulgusunun Briganti-2019 ve MSKCC nomogramlarına eklenmesi model uyumunu her iki yaklaşımda da anlamlı biçimde artırmıştır. Ayrım gücünde (AUC'lere göre) artış eğilimi görülmekle birlikte mevcut örneklemle istatistiksel olarak doğrulanmamıştır. Bulgular, PSMA'nın nomogramlara bağımsız ve klinik açıdan anlamlı ek bilgi sağladığını düşündürmektedir. AUC etkisinin büyüklüğü, daha geniş ve dış doğrulamalı çalışmalarda daha güvenilir biçimde değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: PSMA, nomogram, lenf nodu, metastaz



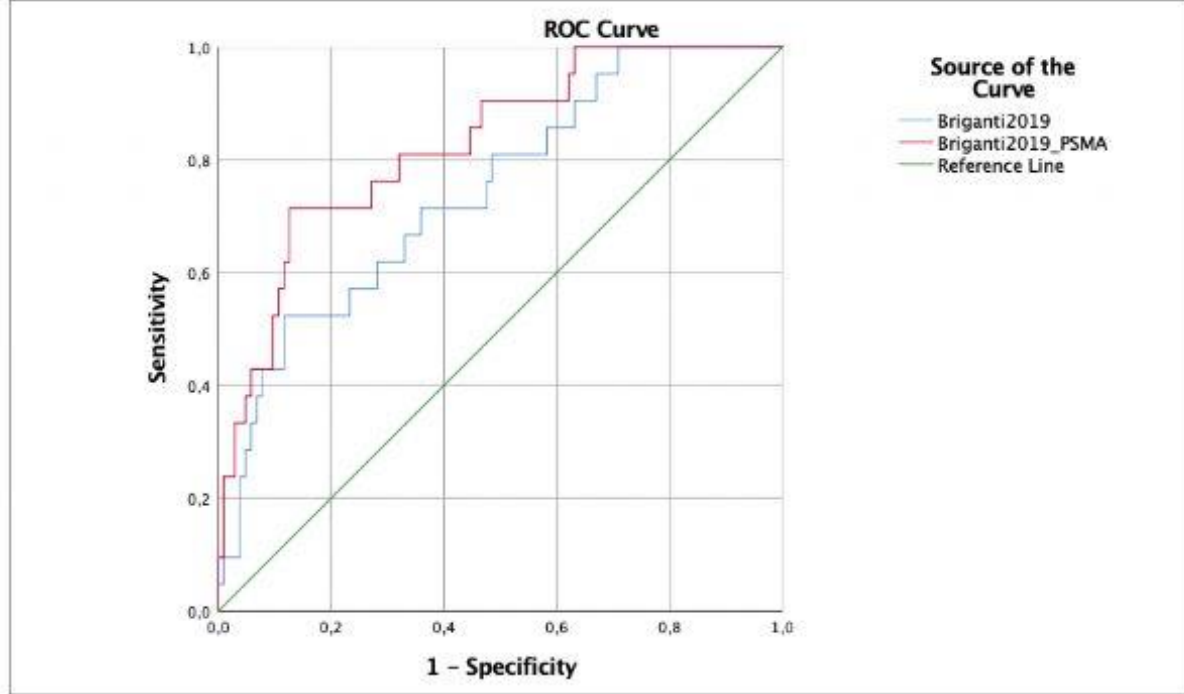


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1: Briganti 2019 nomogramı ve PSMA eklenmiş modelin ROC eğrileri



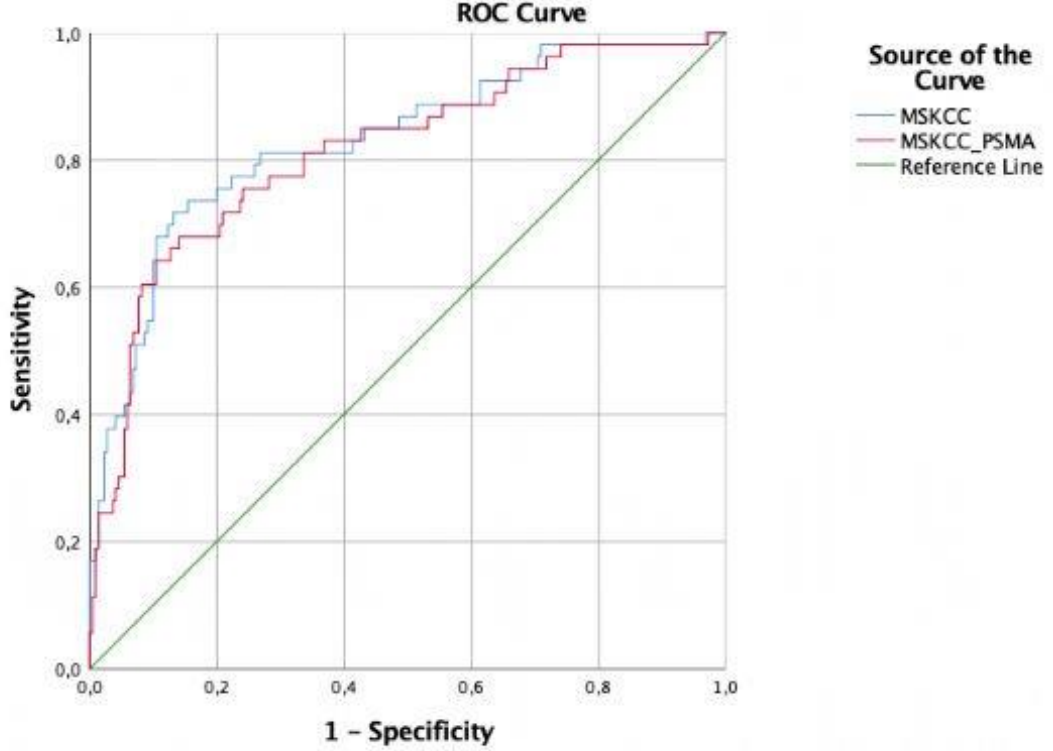
Area Under the Curve

Test Result Variable(s)	Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Briganti2019	,744	,058	,000	,631	,857
Briganti2019_PSMA	,828	,048	,000	,733	,922





Resim 2: MSKCC nomogramı ve PSMA eklenmiş modelin ROC eğrileri



Area Under the Curve

Test Result Variable(s)	Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
MSKCC	,830	,034	,000	,763	,897
MSKCC_PSMA	,814	,035	,000	,746	,883

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun klinik ve patolojik özellikleri (n=301)

Yaş (yıl)	Medyan (Min-Maks)	65 (43-78)
PSA (ng/mL)	Medyan (Min-Maks)	9.39 (1.2-87)
Klinik T evresi	T1b	2 (0.7%)
	T1c	76 (25.2%)
	T2a	66 (21.9%)
	T2b	28 (9.3%)
	T2c	87 (28.9%)
	T3a	20 (6.6%)
	T3b	22 (7.3%)
PSMA-PET'te LN metastazı	Yok	257 (85.4%)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Var	44 (14.6%)
Biyopsi ISUP Grade Grup	1	26 (8.6%)
	2	84 (27.9%)
	3	57 (18.9%)
	4	64 (21.3%)
	5	53 (17.6%)
RP ISUP Grade Grup	1	8 (2.7%)
	2	107 (35.5%)
	3	75 (24.9%)
	4	35 (11.6%)
	5	71 (23.6%)
pLN	Negatif	242 (80.4%)
	Pozitif	59 (19.6%)

Tablo 2. Briganti-2019 ve MSKCC modellerinde PSMA eklenmesinin performansa etkisi

Model	Eşleşik N (poz/neg)	AUC (temel)	AUC (+PSMA)	ΔAUC	DeLong p	LR Δ(- 2LL)	LR p
Briganti-2019	124 (21/103)	0.744	0.828	+0.084	0.342	12.633	<0.001
MSKCC	273 (53/220)	0.813	0.830	+0.017	0.620	9.306	0.002

Notlar: AUC farkı aynı hastalar üzerinde DeLong testi ile; model uyumu farkı bloklar arası Likelihood Ratio testi (-2LL) ile değerlendirilmiştir.





[SS-055]

Prostat Kanseri Tarama, Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Ürolog Kendisi İçin Hangi Seçimleri Yapıyor?

Serhat Çetin¹, Serdar Çelik², Evren Süer³, İlker Tinay⁴, Ender Özden⁵, Cenk Yücel Bilen⁶

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Anadolu Sağlık Merkezi, Üroonkoloji Merkezi, İstanbul

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen malignitelerden biridir. Kılavuzlar tanı ve tedavide yol gösterici olmakla birlikte, ürologların kendi üzerlerindeki tercihleri sınırlı olarak bilinmektedir. Bu çalışma, ürologların kişisel düzeyde prostat kanseri tarama, tanı ve tedavi yaklaşımlarını tanımlamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Türk Üroonkoloji Derneği yürütücülüğünde Google Forms aracılığıyla çevrim içi bir anket uygulanmıştır. Anket yalnızca erkek ürologlara yöneltilmiş olup; demografik veriler, PSA ve parmakla rektal muayene (PRM) zamanlaması, multiparametrik prostat MR (mpMRI) ve biyopsi tercihleri, risk gruplarında tedavi, evreleme ve lenf nodu diseksiyonu (LND) kararlarını kapsamıştır. **Bulgular:** Çalışmaya 168 ürolog katıldı. Katılımcıların yaş ve akademik dağılımları heterojendi; yaklaşık üçte biri ≥ 21 yıl deneyime sahipti.

PSA taramasına başlama yaşı için en sık tercih 50-59 yaş (%36,9), ikinci sırada 46-50 yaş (%29,2) bildirildi. İlk PRM için %52,4 "hiç yaptırmam" yanıtı verilirken, %29,8'luk oranda 50-59 yaş arası seçildi. PSA testi öncesi PRM uygulaması %75,6 oranında gereksiz bulundu. mpMRI eşliğinde %50,6 oranında yaş ve risk faktörlerine göre bireyselleştirme, %26,8 oranıyla PSA $\geq 2,5$ ng/mL seçeneği öne çıktı.

Biyopsi endikasyonu açısından en sık tercih PSA/PSAD yüksekliği ile birlikte PIRADS ≥ 3 lezyon (%45,2), ikinci sırada PSA veya PRM şüpheli ise MR negatif olsa dahi biyopsi yapılması (%35,5) oldu. Biyopsi yönteminde transperineal füzyon (%39,9) öne çıkarken, anesteziye en sık sedasyon (%55,4) tercihi bildirildi.

Tedavi tercihlerinde düşük riskli prostat kanserinde aktif izlem baskın yanıt oldu (%70,2). Orta risk-favourable olgularda RALP (%66,7) öne çıkarken, orta risk-unfavourable (%76,2) ve yüksek risk (%73,8) gruplarında RALP oranı daha da yükseldi. ARP bu gruplarda %9-13 arasında, radyoterapi+ADT ise %6-8 oranında bildirildi.

Evreleme sorusunda düşük/çok düşük riskli olguların %61,9'u görüntüleme yaptıracaklarını belirtti. LND endikasyonu sınırı sorulduğunda ise yanıtlar üç ana grupta dağıldı: orta risk-unfavourable (%32,1), orta risk-favourable (%29,1) ve yüksek risk (%27,3).

Sonuç: Ürologların kendi üzerlerindeki yaklaşımları PSA taramasına geç yaşlarda başlama, mpMRI kararında bireyselleştirme ve biyopsi endikasyonunda PSA/PSAD ile PIRADS kombinasyonunu dikkate alma eğilimini ortaya koymuştur. Transperineal biyopsi ve sedasyon en sık tercih edilen uygulamalardır. Tedavide düşük riskte aktif izlem baskınken, orta ve yüksek riskli olgularda RALP açık farkla öne çıkmıştır. Radyoterapi ve cerrahinin benzer onkolojik sonuçlarına rağmen radyoterapi oranlarının sınırlı kalması ve düşük riskli olgularda kılavuzlara aykırı biçimde evreleme tercih edilmesi dikkat çekici sonuçlar olarak göze çarpmaktadır.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, ürolog, tercih, anket

Tablo 1. Ürologların Tarama, Tanı ve Biyopsi Tercihleri

	1. tercih	2. tercih	3. tercih	4. tercih





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PSA tarama yaşı	50-59 yaş arası (36.9%)	46-50 yaş arası (29.2%)	40-45 yaş arası (22.6%)	40 yaşından önce (10.1%)
İlk PRM yaşı	Hiç yaptırmadım/yaptırmayı düşünmüyorum (52.4%)	50-59 yaş arası (29.8%)	46-50 yaş arası (6.0%)	60 yaş ve sonrası (6.0%)
PSA öncesi PRM	Hayır, PSA öncesi rektal muayene yaptırmam (75.6%)	Tercihen yaptırım ama zorunlu görmem (17.3%)	Evet, mutlaka yaptırım (7.1%)	
mpMRI eşiği	Yaşa ve diğer risk faktörlerine göre değişir (50.6%)	PSA $\geq$ 2,5 ng/mL (26.8%)	PSA $\geq$ 3,0 ng/mL (11.3%)	PSA $\geq$ 4,0 ng/mL (10.7%)
Biyopsi koşulu	PSA ve PSAD yüksek ve mpMR'da PIRADS $\geq$ 3 lezyon varlığında biyopsi yaptırım (45.8%)	PSA yüksek ve/veya PRM'de şüpheli bulgu olması durumunda mpMRI'da lezyon olmasa bile biyopsi yaptırım (36.1%)	PSA ve PSAD'dan bağımsız, PIRADS $\geq$ 4 lezyon varlığında biyopsi yaptırım (10.8%)	PSA ve PSAD'dan bağımsız, PIRADS $\geq$ 3 lezyon varlığında biyopsi yaptırım (7.2%)
Biyopsi yaklaşımı	Yazılım tabanlı Transperineal füzyon (39.9%)	Klinik duruma göre değişir (20.8%)	Transperineal biyopsi (Gerekirse kognitif füzyon) (16.7%)	Yazılım tabanlı Transrektal füzyon (14.3%)
Biyopsi anestezi	Sedasyon (55.4%)	Periprostatik sinir blokajı (25.6%)	Spinal anestezi (10.7%)	Rektal lidokainli jel ile anestezi (8.3%)

Tablo 2. Ürologların Tedavi ve Evreleme Tercihleri

	1. tercih	2. tercih	3. tercih	4. tercih
Düşük risk	Aktif izlem (70.2%)	RALP (17.9%)	Fokal ablatif tedavi (6.0%)	Radyoterapi (3.0%)
Orta risk-favourable	RALP (66.7%)	Aktif izlem (11.3%)	ARP (7.1%)	Fokal ablatif tedavi (6.0%)
Orta risk-unfavourable	RALP (76.2%)	ARP (8.9%)	Radyoterapi + ADT (6.5%)	Laparoskopik Radikal Prostatektomi (5.4%)
Yüksek risk	RALP (73.8%)	ARP (12.5%)	Radyoterapi + ADT (7.7%)	Laparoskopik Radikal Prostatektomi (4.2%)
Evreleme (düşük/çok düşük risk)	Evet, mutlaka yaptırım (61.9%)	Hayır, rutin olarak yaptırmam (38.1%)		





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



LND eşiği	Orta risk- unfavourable (32.7%)	Orta risk- favourable (29.7%)	Yüksek risk grubu (27.9%)	Düşük risk grubu (7.3%)





[SS-056]

Metabolik Sendrom Koşullarında Prostat Kanseri Dizilerindeki Değişikliklerin İncelenmesi Ve Tümör Davranışı Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

Gülnur Karataş¹, Ege Alper Sarıkaya³, Can Sinirsiz⁴, Baran Sevgi⁴, Neşe Atabey⁵, Merve Yılmaz², Peyda Korhan⁵

¹İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Galen Araştırma Merkezi, İzmir

²İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik, İzmir, Türkiye

³Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uşak

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir,

Amaç: Metabolik Sendrom (MetS); obezite, insülin direnci, dislipidemi gibi bozukluklarla karakterize bir sendromdur. Kardiyovasküler hastalık ve diyabetin yanısıra maligniteler (prostat, pankreas ve karaciğer) için de risk faktörüdür. Prostat kanserinde (Pca); hiperglisemi, hiperinsülinemi, leptin artışı ve inflamasyon gibi MetS bileşenlerinin, proliferasyon, apoptoz, anjiyogenez üzerinde etkileri gösterilmiştir. Metabolik stresin tümör biyolojisindeki etkisinde proliferasyon, göç, invazyonu düzenleyen c-Met önemli bir moleküldür. MetS ve Pca ilişkisinin mekanizması belirsizdir. Bu çalışmada yağlı karaciğer modelindeki gibi invitro koşullarda yağ içeriği artmış prostat dizileri üretmeyi, bu dizilerin proliferasyon ve yara iyileşmesi gibi tümör davranışındaki değişimi incelemeyi ve bu yollarda rol alan önemli moleküllerin ekspresyonlarını incelemeyi hedefledik.

Gereç-Yöntem: İyi (LNCaP) kötü diferansiye (PC-3) Pca hücre hatları kullanıldı. MetS koşullarının taklidi için, kültür glukoz, fruktoz, insülin ve serbest yağ asitleri ile zenginleştirildi. Nile Red boyama sonrası sitoplazmik lipid damlacıkları floresan sinyali ile incelendi. Hücre proliferasyonu, Trypan Blue eksklüzyon yöntemi ile değerlendirildi. Belirli aralıklarla hücreler tripsinize edildi. Canlı hücre sayımı hemositometre ile yapıldı. Hücre göçü, wound healing deneyi ile incelendi, yara alanı kapanma yüzdesi ImageJ ile hesaplandı. Gen ekspresyon analizi için total RNA izole edildi, cDNA sentezi reverse transkriptaz kiti ile gerçekleştirildi. qPCR analizleri SYBR Green Master Mix ile yapıldı. Tüm deneyler üç bağımsız tekrar ile yapıldı.

Bulgular: MetS'i taklit ortamda intrastoplazmik yağ damlalarında artış gözlemlendi. İki hücre hattında da c-Met gen ekspresyonu kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı. LNCaP hücrelerinde metabolik koşulların hücre büyümesini baskıladığı, buna karşın PC-3 hücrelerinde ilk 48 saatte proliferasyonun azaldığı, ancak 72. saatte proliferasyon kapasitesinin yeniden arttığı izlendi. Wound healing deneylerinde, her iki hücre hattında hücre göçünün anlamlı şekilde arttığı görüldü. LNCaP hücrelerinde migrasyon artışı orta düzeyde, PC-3 hücrelerinde ise daha hızlı ve agresif bir şekilde gerçekleşmiştir. Bu sonuç, metabolik koşulların yüksek invazyon derecesindeki hücrelerde tümör ilerlemesini kolaylaştırabilceğini göstermektedir. Elde edilen bulgular MetS'i taklit eden koşulların prostat kanseri hücrelerinde çift yönlü biyolojik etkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır

Sonuç: MetS'i taklit eden koşullar altında Pca dizilerinde yağ damlacıklarının oluşumu ilk kez gösterilmiştir. Bu değişimle birlikte proliferasyonun baskılandığı, yara iyileşmesinin hızlandığı, c-Met ekspresyonunun arttığı gösterilerek metabolik stresin prostat kanseri hücrelerinin biyolojik davranışlarını etkilediği gösterilmiştir. Sonuçlar, prostat kanseri biyolojisinde metabolik faktörlerin rolüne ilişkin yeni kanıtlar sunmakta ve ileride gerçekleştirilecek mekanistik çalışmalar öncüdür

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, Metabolik Sendrom, C-Met





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-057]

Robotik Radikal Sistektomi Deneyimimiz: Tek Merkezli Perioperatif ve Onkolojik Sonuçlar

Emre Albayrak, Beşir Nutukhov, Mesut Altan, Ahmet Güdeloğlu, Cenk Yücel Bilen, Mustafa Sertaç Yazıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç

Bu çalışmada kliniğimizde mesane kanseri nedeniyle robotik radikal sistektomi (RRS) uygulanan hastaların demografik, perioperatif ve erken dönem onkolojik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Metod

Ekim 2020 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında merkezimizde mesane kanseri nedeniyle kliniğimizde RRS uygulanan 37 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalarda üriner diversiyon işlemi ekstrakorporeal olarak gerçekleştirildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, ortalama ameliyat süresi, konsol süresi, kanama miktarı, hastanede kalış süresi, patolojik evreleme (pT, pN), cerrahi sınır durumu, çıkarılan lenf nodu sayısı ve Clavien-Dindo sınıflamasına göre postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 37 hastanın 33'ü (%89,2) erkek, 4'ü (%10,8) kadındı ve ortalama yaş 60,9 ± 11,8 idi. Ameliyat endikasyonları %70,3 (n=26) oranında kasa invaziv mesane kanseri ve %29,7 (n=11) oranında yüksek riskli kasa invaziv olmayan mesane kanseriydi. Ortalama ameliyat süresi 332,9 dakika, ortalama konsol süresi 85,5 dakika, medyan kanama miktarı 250 ml ve medyan hastanede kalış süresi 10 gün olarak saptandı. Hastaların %81,1'ine (n=30) ileal loop diversiyonu yapıldı.

Patolojik değerlendirmede, hastaların %54,1'inde kasa invaziv hastalık ($\geq$ pT2) saptanırken, %8,1'inde (n=3) pozitif cerrahi sınır mevcuttu. Çıkarılan lenf nodu sayısı medyan 15 idi ve hastaların %73'ü (n=27) pN0 olarak raporlandı. Postoperatif dönemde hastaların %70,3'ünde komplikasyon gelişmiş olup; Clavien-Dindo sınıflamasına göre bu komplikasyonların %43,2'si düşük dereceli (Grade 1-2), %27'si ise yüksek dereceli (Grade $\geq$ 3) olarak saptandı ve bir hasta (%2,7) kaybedildi.

Sonuç

Robotik radikal sistektomi, kabul edilebilir perioperatif güvenlik profili ve onkolojik sonuçlar ile mesane kanseri tedavisinde etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Robotik Radikal Sistektomi, Mesane Kanseri, Perioperatif Sonuçlar, Komplikasyonlar, Onkolojik Sonuçlar





[SS-059]

Orta-riskli Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Farklı Takip Aralıklarının Rekürrens ve Progresyona Etkisi: Retrospektif Kohort Analizi

Çağrı Akpınar¹, Araz Musayev¹, Berat Daşkiran¹, Muhammed Arif İbiş¹, Muratcan Karaburun², Mehmet Çağatay Göğüş¹, Ömer Gülpınar¹, Evren Süer¹, Sümer Baltacı¹

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

²Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Orta riskli kas invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) hastalarında takip sıklığına ilişkin uluslararası kılavuzlarda farklı öneriler yer almakta olup, 3, 4 veya 6 aylık takip aralıklarının rekürrens ve progresyon üzerindeki etkileri net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, merkezimizde izlenen hastalarda farklı takip aralıklarının onkolojik sonuçlara etkisini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Merkezimizde Eylül 2015 ile Nisan 2024 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle transüretal rezeksiyon (TURM) yapılan 1859 hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya patolojik olarak tek, ≤ 3 cm boyutunda Ta yüksek dereceli ya da multiple Ta düşük dereceli tümör ile tanımlanan orta riskli KİOMK tanılı 188 hasta dahil edildi. Tüm hastalara 3. ayda kontrol sistoskopi uygulandı. Sonrasında bu hasta grubu, takip protokollerine göre; üç ayda bir, dört ayda bir ve altı ayda bir sistoskopik kontrol uygulanmasına göre 3 ayrı gruba ayrıldı. Birincil sonlanım noktası tümör rekürrensi, ikincil sonlanım noktası ise tümör progresyonu olarak tanımlandı. Ek olarak, olası risk temelli farkları değerlendirmek amacıyla yüksek dereceli (high-grade) ve düşük dereceli (low-grade) hastalar için subgrup analizi gerçekleştirildi. İstatistiksel analizlerde Kaplan-Meier yöntemi ile sağkalım analizleri yapılırken, rekürrens ve progresyonu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla çok değişkenli Cox regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $P < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:

ruplar arasında yaş, cinsiyet, tümör boyutu ve tümör derecesi gibi demografik ve patolojik özellikler açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Median 30 aylık takipte rekürrens oranları 3, 4 ve 6 aylık takip grubunda sırasıyla, %39.1, %45.4 ve %54.5 ($p=0.325$), progresyon oranları sırasıyla %11.6, %9.4 ve %23.6 olup, gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.062$). Kaplan-Meier sağkalım analizlerinde, rekürrenssiz sağkalım benzer iken (Fig 1A), progresyonsuz sağkalımda 6 aylık takip grubu diğer gruplara kıyasla daha düşük sağkalıma sahipti (Fig 1B) (log rank testi, $p=0.016$). Subgrup analizinde, patolojisi low grade olan hasta grubunda progresyonsuz sağkalım açısından fark saptanmazken (Fig 2A), patolojisi high grade olan hastalarda 6 aylık takip aralıkları daha düşük progresyonsuz sağkalım ile ilişkiliydi (Fig 2B). (log rank testi, $p=0.042$).

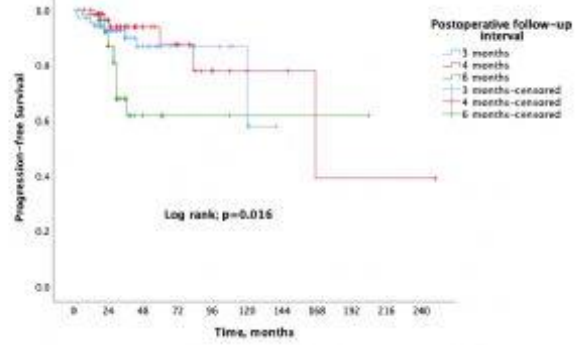
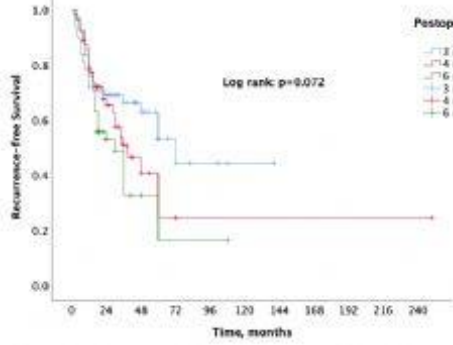
Sonuç:

Orta riskli NMIBC hastalarında 3, 4 veya 6 aylık takip aralıkları rekürrens açısından farklılık göstermemekle birlikte, progresyon açısından dikkatli olunmalıdır. Özellikle high-grade tümörü olan hastalarda 6 aylık takip aralıkları artmış progresyon riski ile ilişkilidir. Bu bulgu, daha seyrek takip programlarının ekonomik ve hasta uyumu açısından avantajları olsa da, doğru hasta seçiminin kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır. Bulgularımızın prospektif çalışmalarla doğrulanması güvenilirliği artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: kasa invaze olmayan mesane kanseri, orta risk, progresyonsuz sağ kalım

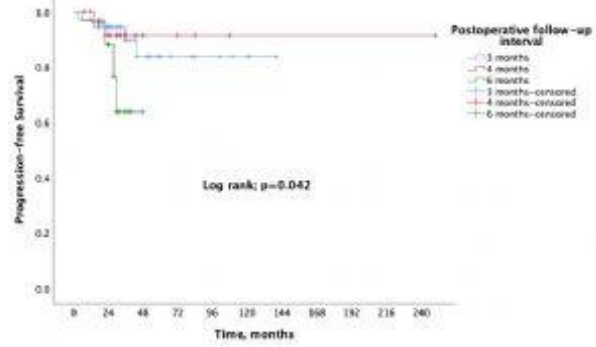
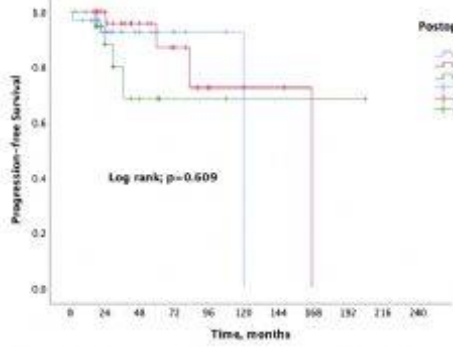


Gruplar Arası Rekürrensiz Sağ Kalım ve Progresyonsuz Sağ Kalım



takip sürelerine göre 3 gruba ayrılan hasta gruplarının rfs ve pfs

Low grade/ High grade Patolojinin Progresyona Etkisi



subgrup analiz

Hasta ve Tümör Karakteristik Özellikleri

Parametreler	Follow-up 3 months n= 69 (36.7%)	Follow-up 4 months n= 64 (34%)	Follow-up 6 months n= 55 (29.3%)	P value*
N=188				
Cinsiyet, n (%)				0.245
• Erkek	52 (75.4%)	52 (81.3%)	48 (87.3%)	
• Kadın	17 (24.6%)	12 (18.8%)	7 (12.7%)	
Yaş, yıl, median (IQR)	65 (57.5-72)	65 (59-70)	69 (60-76)	0.23
BMI median, IQR	25 (23.6-28)	26 (24-27.8)	25 (23.5-27.2)	0.69
Smoking status, n (%)				0.786
• Never	25 (36.2%)	21 (32.8%)	17 (30.9%)	
• Current	25 (36.2%)	22 (34.4%)	23 (41.8%)	
• Former	19 (27.6%)	21 (32.8%)	15 (27.3%)	
Komorbiditeler, n (%)				0.882
• Hipertansiyon	37 (53.7%)	35 (54.7%)	31 (56.4%)	
• Diyabet	16 (23.2%)	22 (34.7%)	17 (30.9%)	0.12
Tumor WHO grade, n (%)				0.346
• Low	32 (46.4%)	35 (54.7%)	23 (41.8%)	
• High	37 (53.6%)	29 (45.3%)	32 (58.2%)	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Lezyon sayısı, n (%) • 1 • 2 • >=3	55 (79.7%) 9 (13%) 5 (7.3%)	43 (67.2%) 14 (21.9%) 7 (10.9%)	46 (83.4%) 6 (11%) 3 (5.6%)	0.108
En büyük tümör hacmi, n (%) • <3 cm • >=3 cm	45 (65.1%) 24 (34.9%)	33 (51.6%) 31 (48.4%)	26 (47.2%) 29 (52.8%)	0.1
Rekürrens varlığı Hayır Low grade High grade	42 (60.9%) 17 (24.6%) 10 (14.5%)	35 (54.7%) 20 (31.3%) 9 (14.1%)	25 (45.5%) 16 (29.1%) 14 (25.4%)	0.325
Progresyon varlığı Hayır Evet	61 (88.4%) 8 (11.6%)	58 (90.6%) 6 (9.4%)	42 (76.4%) 13 (23.6%)	0.062
Takip süresi	36 (24-60)	32.50 (20-55)	30 (24-40)	0.108





[SS-060]

Orta-Yüksek Riskli Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanserinde BCG Tedavisine Yanıtı Etkileyen Klinik, Patolojik ve İnflamatuvar Göstergeler

Hüseyin Ateş¹, Murat Akgül³, Mehmet Fatih Şahin², Çağrı Doğan², Anıl Keleş⁴, Cenk Murat Yazıcı²

¹Beylikdüzü Devlet Hastanesi

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

³Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

⁴Patnos Devlet Hastanesi

Amaç: İntravezikal BCG tedavisi, yalnızca rekürrens riskini değil aynı zamanda progresyon oranlarını da azaltarak, günümüzde orta ve yüksek riskli kasa invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) tedavisinde altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmada, klinik ve patolojik faktörlerin yanı sıra inflamatuvar parametreler olarak SII (Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi), NLR (Nötrofil/Lenfosit Oranı), PLR (Trombosit/Lenfosit Oranı) ve LMR (Lenfosit/Monosit Oranı) değerlerinin BCG tedavi yanıtını öngörmedeki rolü araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2010 – Mayıs 2025 tarihleri arasında intravezikal BCG tedavisi uygulanmış ve en az 1 yıl süreyle takip edilmiş 240 kasa invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve patolojik özellikleri ile birlikte EAU risk sınıflaması ve TUR-M öncesi NLR (Nötrofil/Lenfosit Oranı), PLR (Trombosit/Lenfosit Oranı), LMR (Lenfosit/Monosit Oranı) ve SII (Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi) değerleri incelendi. Hastalar BCG'ye yanıt durumuna göre duyarlı ve cevapsız olmak üzere iki gruba ayrıldı. Klinikopatolojik ve inflamatuvar parametreler, gruplar arasında univariate analiz ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet, tümör evresi ve derecesi, multifokalite, prostatik üretra veya mesane boynu tutulumu, histolojik alt tip ve primer/rekürren hastalık açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak; yaş >65 , üst üriner TCC öyküsü, eşlik eden CIS varlığı, solid tümör morfolojisi, re-TUR-M'da yüksek dereceli tümör bulunması ve EAU sınıflamasına göre yüksek risk grubunda yer alma durumlarında BCG cevapsızlığı anlamlı olarak daha sık izlendi (sırasıyla $p=0,007$; $p=0,004$; $p=0,014$; $p=0,019$; $p=0,021$; $p=0,041$) (Tablo 1).

İnflamatuvar parametreler incelendiğinde, SII, NLR ve PLR değerleri BCG cevapsız grupta anlamlı derecede yüksek bulundu (tüm değişkenler için $p=0,001$). ROC analizinde SII cut-off değeri 534,2 olup, odds oranı 7,55 (%95 CI: 2,3–22,8) olarak hesaplandı. Benzer şekilde, nüks ve progresyon gelişen hastalarda da SII, NLR ve PLR anlamlı biçimde yüksek bulundu. Multivariate lojistik regresyon analizinde, yüksek SII değerinin BCG yanıtını öngörmeye bağımsız bir prediktör olduğu gösterildi (OR: 17,32; %95 CI: 1,74–193,62; $p=0,031$).

Sonuç: İleri yaş (>65), eşlik eden CIS varlığı, solid tümör morfolojisi, re-TUR-M'de yüksek dereceli tümör saptanması ve EAU yüksek risk grubunda yer alma durumlarında BCG cevapsızlık oranları belirgin şekilde artmaktadır. Klinikopatolojik bulgulara ek olarak inflamatuvar parametrelerin değerlendirilmesi, BCG'ye yanıtsız hastaların öngörülmesine katkı sağlayabilir. Preoperatif dönemde yüksek SII ($>534,2$), NLR ve PLR değerleri, yalnızca BCG tedavi yanıtını değil aynı zamanda nüks ve progresyon riskini de öngörmeye kullanılabilecek biyobelirteçlerdir. Bu sayede, yüksek riskli hastalarda intravezikal BCG tedavisi yerine daha etkin onkolojik sonuçlar sağlayabilecek küratif radikal tedavi seçenekleri gündeme alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, BCG Cevabı, İnflamatuvar Faktörler, BCG Refrakter, SII

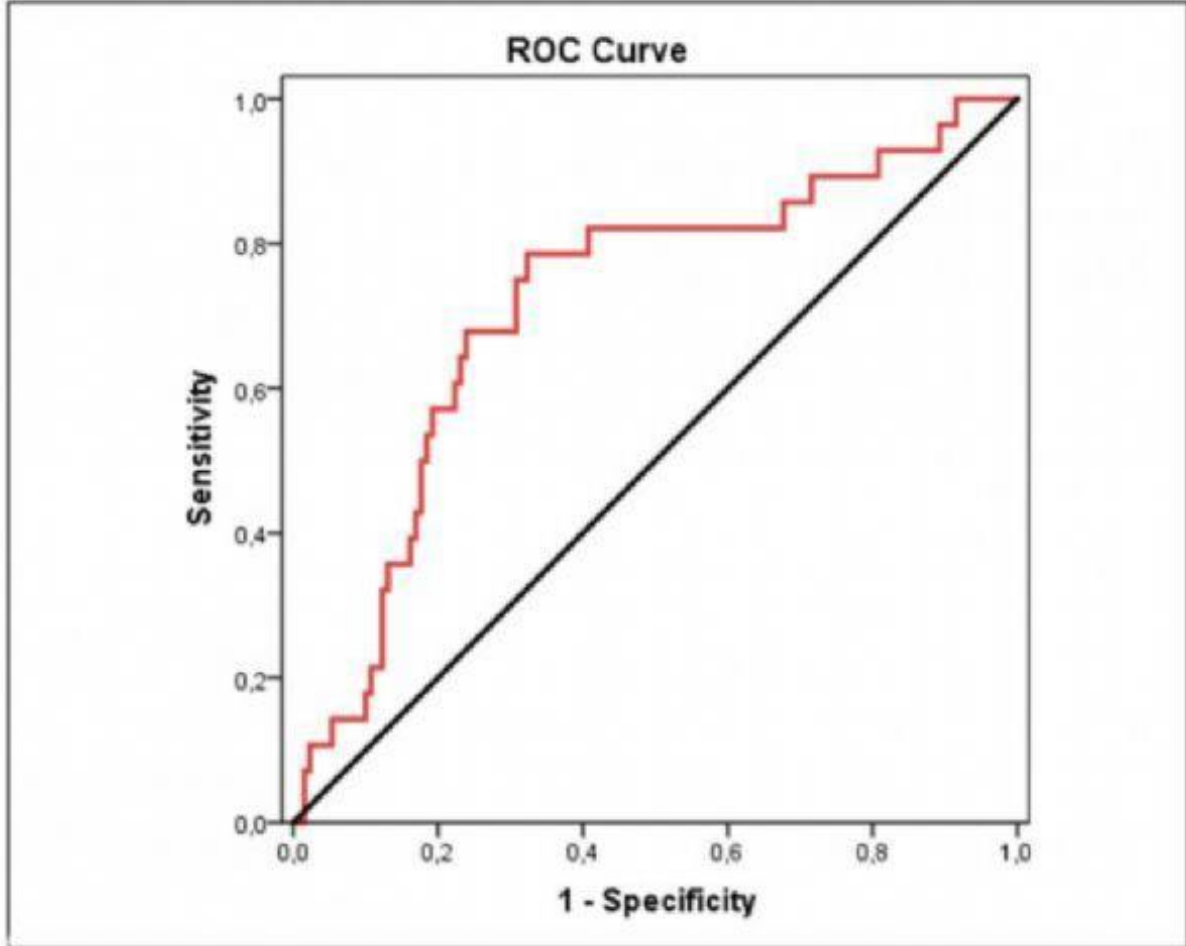


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1.BCG cevabına göre SII değerine ilişkin ROC eğrisi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Klinik, patolojik ve inflamatuvar verilerin BCG cevabına göre karşılaştırılması.

		BCG duyarlı (n=192)	BCG cevapsız (n=48)	p değeri
Yaş	<65	106 (%55,2)	12 (%25,0)	0,018
	≥65	86 (%44,8)	36 (%75,0)	
Cinsiyet	Kadın	23 (%11,9)	2 (%4,2)	0,334
	Erkek	169 (%88,1)	46 (%95,8)	
Sigara Kullanımı	Yok	127 (%66,1)	36 (%75,0)	0,234
	Var	65 (%33,9)	12 (%25,0)	
Üst TCC	Yok	182 (%94,8)	40 (%83,3)	0,024
	Var	10 (%5,2)	8 (%16,7)	
Prostatik üretra Tutulumu	Yok	183 (%95,3)	42 (%87,5)	0,127
	Var	9 (%4,7)	6 (%12,5)	
Mesane boynu Tutulumu	Yok	148 (%77,1)	38 (%79,2)	0,812
	Var	44 (%22,9)	10 (%20,8)	
CIS	Negatif	162 (%84,4)	29 (%60,4)	0,023
	Pozitif	30 (%15,6)	19 (%39,6)	
Tümör Tipi	Papiller	178 (%92,7)	36 (%75,0)	0,024
	Solid	14 (%7,3)	12 (%25,0)	
Nüks Durumu	Primer	140 (%72,9)	31 (%64,6)	0,323
	Rekürren	52 (%27,1)	17 (%35,4)	
Risk Durumu	Orta risk	61 (%31,8)	6 (%12,5)	0,001
	Yüksek risk	106 (%55,2)	20 (%41,7)	
	Çok yüksek risk	25 (%13,0)	22 (%45,8)	
T Evresi	Ta	65 (%33,9)	15 (%31,3)	0,821
	T1	121 (%63,0)	33 (%68,7)	
	Tc1s	6 (%3,1)	0 (%0)	
Grade	Düşük	72 (%37,5)	11 (%22,9)	0,126
	Yüksek	120 (%62,5)	37 (%77,1)	
Histolojik alt tip	Yok	171 (%89,1)	36 (%75,0)	0,079
	Var	21 (%10,9)	12 (%25,0)	
Re-TURM	Yok	106 (%55,2)	28 (%58,3)	0,639
	Var	86 (%44,8)	20 (%41,7)	
Tümör boyutu	<3 cm	88 (45,8)	15 (%31,3)	0,136
	≥3 cm	104 (54,2)	33 (68,7)	
Tümör sayısı 1		90 (%46,9)	17 (%35,4)	0,382
Tümör sayısı 2-7		77 (%40,1)	27 (%56,3)	
Tümör sayısı >7		25 (%13,0)	4 (%8,3)	
Sit Medyan (Min-Maks)		463,4 (90,3-2823,6)	867,5 (240,0-1972,3)	0,001
LMR (Ortalama ± SS)		3,26 ± 1,32	3,22 ± 1,56	0,165
NLR Medyan (Min-Maks)		2,09 (0,7-8,5)	2,56 (1,08-6,9)	0,001
PLR (Ortalama ± SS)		115,23 ± 45,12	163,29 ± 51,45	0,001





[SS-061]

CUETO EORTC ve EAU 2021 Risk Hesaplama Araçlarının Tek Merkezli Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Hastalar Kohortunda Rekürrens ve Progresyon Öngörü Değerlerinin Karşılaştırılması

İsmail Önder Yılmaz¹, Nebil Akdoğan¹, Mehmet Gürkan Arıkan¹, Emirhan Yalçın¹, Laith Abedalqader Abdul Hadi Albanna¹, Volkan İzol², Mutlu Değer¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

²Özel Çukurova Üroloji Merkezi, Adana

Amaç: Kas invaziv olmayan mesane kanserinde (NMIBC) rekürrens ve progresyon riskini öngörmeye kullanılan EORTC, CUETO ve EAU 2021 risk sınıflamalarını tek merkezli kohortta karşılaştırmalı olarak doğrulamayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Mesane Kanseri Veri Tabanında yer alan hastalar arasından, 2012-2022 yılları arasında transüretral mesane rezeksiyonu (TUR-B) ile yeni tanı almış ve ardışık en az 2 yıl takip edilmiş hastalar incelemeye alındı. İlk TUR-B sonrasında, klinik rehberler doğrultusunda tüm hastalara intravezikal tedavi uygulandı; bu tedaviler arasında BCG indüksiyon ve idame protokolleri ile mitomisin-C veya diğer kemoterapötik ajanlar yer aldı. Bazı yüksek riskli olgularda erken radikal sistektomi gerçekleştirildi. Takip protokolü, EAU kılavuzlarına uygun olarak 3 aylık sistoskopi ve sitoloji kontrolleri ile başlatıldı ve risk düzeyine göre kontrol aralıkları kademeli olarak uzatıldı.

Dahil edilme kriterleri: ürotelyal karsinom tanısı, ilk TUR-B verilerinin ve temel klinik-patolojik değişkenlerin tam olmasıydı. **Dışlama kriterleri:** kas invaziv mesane kanseri, yaygın/metastatik hastalık, varyant histoloji, takip uyumsuzluğu ve eksik veri idi. Uygun olmayan olgular çıkarıldıktan sonra 85 hasta analize alındı.

Bir, iki ve beş yıllık rekürrens ve progresyon olasılıkları için EORTC, CUETO ve EAU skorları hesaplandı. Ayrıca genel sağkalım (OS), rekürrenssiz sağkalım (RFS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) süreleri değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 85 hasta çalışmaya dahil edilmiştir; ortalama takip süresi 72 aydır. EAU 2021 risk dağılımı düşük/orta/yüksek/çok yüksek olarak sırasıyla %5.9, %58.8, %23.5 ve %11.8 şeklindedir. Bir, iki ve beş yıllık kümülatif rekürrenssiz sağkalım oranları sırasıyla %68.2, %52.9 ve %45.9; progresyonsuz sağkalım oranları %91.8, %87.1 ve %81.2 olarak bulunmuştur. Genel sağkalım oranları ise 1. ve 2. yılda %98.8, 5. yılda %90.8 olarak saptanmıştır. Yapılan analizlerde yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, tümör evresi, grade, boyut, tümör sayısı, CIS varlığı ve BCG tedavisi açısından OS, RFS ve PFS üzerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). EORTC rekürrens ve progresyon skorları ile sağkalım sonuçları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. BCG tedavisi almış hastalarda Cueto rekürrens ve progresyon skorlamasına göre yapılan analizde, düşük-orta risk grubu ile yüksek-çok yüksek risk grubu karşılaştırıldığında RFS açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.003).

Sonuç: BCG tedavisi alan hastalarda Cueto nomogramı, rekürrens riskinin öngörülmesinde anlamlı farklılık göstermiştir (p=0.003). Ancak güncel risk sınıflama sistemleri ve çalışmaya dahil ettiğimiz parametrelerin geri kalan kısmı rekürrens ve progresyon tahmininde anlamlı bulunmadı. Bu durum kohortta yer alan hasta sayısının yetersiz olmasına bağlı olabilir. Çok merkezli, yüksek volümlü prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: eau, eortc, cueto





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

	OS			RFS			PFS		
	Total N/N of Events	Mean/Median	p	Total N/N of Events	Mean/Median	p	Total N/N of Events	Mean/Median	p
Yaş									
≤70	33/3	132.1/-	0.119	33/18	61.4/69.0	0.488	33/7	115.7/-	0.626
>70	52/13	151.7/144.0		52/33	80.3/22.0		52/15	137.8/189.0	
Cinsiyet									
Erkek	74/15	155.8/144.0	0.437	74/44	85.2/34.0	0.746	74/19	143.2/189.0	0.811
Kadın	11/1	122.4/-		11/7	50.8/27.0		11/3	97.4/98.0	
Sigara									
Yok	55/9	168.3/-	0.865	55/33	84.5/27.0	0.719	55/14	135.7/138.0	0.912
Var	30/7	139.0/144.0		30/18	81.2/46.0		30/8	137.9/-	
Tümör evre									
Ta	24/8	136.1/144.0	0.436	24/16	72.9/27.0	0.949	24/7	133.5/-	0.936
T1	61/8	164.8/-		61/35	84.9/34.0		61/15	141.3/189.0	
Tümör grade									
G1	60/13	161.1/-	0.897	60/38	78.4/32.0	0.864	60/18	135.4/189.0	0.474
G3	25/6	101.1/108.0		25/13	57.2/34.0		25/4	93.7/-	
Tümör boyutu									
<3cm	57/11	154.9/144.0	0.960	57/36	78.1/27.0	0.513	57/13	147.9/189.0	0.178
≥3cm	28/5	122.6/-		28/15	63.9/69.0		28/9	88.0/-	
Tümör sayısı									
Tek	40/7	122.7/-	0.722	40/23	60.9/46.0	0.639	40/9	115.9/-	0.674
Multiple	45/9	161.6/144.0		45/28	81.7/22.0		45/13	136.5/189.0	
CIS									
Yok	75/15	160.3/-	0.693	75/45	81.6/35.0	0.598	75/21	136.6/189.0	0.370
Var	10/1	108.0/108.0		10/6	48.1/15.0		10/1	97.6/-	
BCG									
Yok	47/10	157.4/-	0.701	47/26	88.2/69.0	0.152	47/12	138.7/189.0	0.632
Var	38/6	148.0/-		38/25	69.4/19.0		38/10	137.7/-	
EAU risk sınıflaması									
Low	5/1		0.042	5/1	57.4/-	0.447	5/0		0.541
Intermediate	50/10			50/33	77.4/32.0		50/16		
High	20/5			20/12	49.1/17.0		20/5		
Very high	10/-			10/5	52.1/21.0		10/1		
EORTC rekürrens									
Düşük	3/1	65.0/65.0	0.425	3/1	52.3/-	0.547			
Orta	76/14	160.9/-		76/46	81.4/34.0				
Yüksek	6/1	85.5/-		6/4	37.8/10.0				
EORTC progresyon									
Düşük	4/1	65.0/65.0	0.606				4/0		0.484
Orta	24/6	144.3/-					24/6		
Yüksek	57/9	156.5/144.0					57/16		
BCG +									
Çift rekürrens /									
progresyon									
Düşük-orta	12/1	164.2/-	0.241	12/4	130.3/-	0.003	12/3	144.6/-	0.880
Yüksek-çok yüksek	25/4	130.2/144.0		25/20	27.8/10.0		25/6	113.8/-	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2

	n=85
Yaş (yıl)	71.4±10.5 72.0(42.0-92.0)
Yaş, n(%)	
≤70	33(38.8)
>70	52(61.2)
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	74(87.1)
Kadın	11(12.9)
Sigara, n(%)	30(35.3)
Tumor evre, n(%)	
Ta	24(28.2)
T1	61(71.8)
Tumor grade, n(%)	
G1	60(70.6)
G3	25(29.4)
Tumor sayısı, n(%)	
Tek	40(47.1)
Multiple	45(52.9)
Tumor boyutu, n(%)	
<3cm	57(67.1)
≥3cm	28(32.9)
Önceki rekürrens öyküsü, n(%)	
Primer	34(40.0)
≤1 rekürrens/yıl	25(29.4)
>1 rekürrens/yıl	26(30.6)
CIS, n(%)	10(11.8)
BCG, n(%)	38(44.7)
EAU risk sınıflaması, n(%)	
Low	5(5.9)
Intermediate	50(58.8)
High	20(23.5)
Very high	10(11.8)
Takip süresi (ay)	80.6±34.1 72.0(26.0-213.0)
Nüks, n(%)	51(60.0)
Upgrade, n(%)	16(18.8)
Progresyon, n(%)	22(25.9)
Son durum, n(%)	
Yaşıyor	69(81.2)
Ex	16(18.8)
Ex sebebi, n(%)	
Kanser dışı	10(62.5)
Kansere bağlı	6(37.5)
KT, n(%)	1(1.2)
RT, n(%)	1(1.2)
Aksi belirtilmedikçe veriler ortalama±standart sapma, medyan(min-maks) olarak özetlendi.	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 3

	OS	RFS	PFS
1. yıl	%98.8	%68.2	%91.8
2. yıl	%98.8	%52.9	%87.1
5. yıl	%90.8	%45.9	%81.2





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-062]

Radikal Sistektomi Sonrası Gelişen Üreteral Komplikasyonlarda Nefroüreteroileal Stent Uygulaması: Sağkalım Üzerine Etkisi ve Uzun Dönem Sonuçları

Emre Albayrak, Bülent Akdoğan, Mustafa Sertaç Yazıcı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Bu çalışmanın amacı radikal sistektomi (RS) operasyonu sonrası nefroüretoroileal (NUI) stent uygulanan hastaların uzun dönem sonuçlarını, morbiditesini ve bu uygulamanın genel sağkalım üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Materyal-Metod: Ocak 2009 ile Ocak 2022 arasında mesane kanseri nedeniyle RS yapılan 458 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, klinikopatolojik ve takip verileri kaydedildi. NUI stent uygulanan ve uygulanmayan hastaların genel sağkalımları Kaplan-Meier metodu ile karşılaştırıldı ve sağkalımı etkileyen bağımsız prognostik faktörler çok değişkenli Cox regresyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: Toplam 437 hastanın 43'üne (%9,8) postoperatif dönemde NUI stent uygulandığı saptandı. Stent takılma endikasyonları %86 oranında üretero-ileal anastomoz darlığı ve %14 oranında anastomoz kaçağı idi. NUI stent grubunda ortalama takip süresi 32 ay olup, hastalara ortalama 3 kez stent değişimi yapıldı. Bu süreçte, stent takılan renal ünitelerin %44,2'sinde fonksiyon kaybı gözlemlendi. Ayrıca, hastaların %11,6'sında ürosepsis ve iki hastada üreteroarteriyel fistül gibi ciddi komplikasyonlar gelişti. Kaplan-Meier analizi, NUI stent uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında genel sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterdi (medyan sağkalım 1648 güne karşılık 1685 gün; $p=0,789$). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde, NUI stent uygulamasının genel sağkalım üzerinde bağımsız bir etkisi olmadığı ($p=0,825$) saptandı. Buna karşın, artan yaş (HR: 1,046; $p<0,001$), kasa invaziv patolojik T evresi ($>pT2$) (HR: 1,592; $p=0,006$) ve pozitif patolojik lenf nodu durumu (HR: 2,785; $p<0,001$) genel sağkalımı olumsuz etkileyen bağımsız prognostik faktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmamız, NUI stentlemenin radikal sistektomi sonrası gelişen üreteral komplikasyonların yönetiminde önemli bir rol oynadığını ancak beraberinde önemli zorluklar ve komplikasyonlar getirdiğini de ortaya koymaktadır. Bu nedenle NUI stentlemenin temel hedefi, yaşam süresini uzatmaktan çok hastanın kalan yaşam süresindeki böbrek fonksiyonlarını korumak ve daha rahat bir yaşam sürmesini sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Radikal Sistektomi, Mesane Kanseri, Üretero-enterik Darlık, Nefroüretoroileal Stent, Genel Sağkalım





[SS-063]

The Nutritional-Inflammatory Sarcopenia (NIS) Score: Mesane Kanseri Hastalarında Radikal Sistektomi Sonrası Komplikasyon ve Sağkalımın Çok Boyutlu Öngördürücüsü

Enes Malik Akdaş¹, Önder Kara², Engin Telli², Efe Bosnalı³, Kerem Teke²

¹Kocaeli Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

³Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

Amaç: Mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi (RS) uygulanan hastalarda mevcut klinik prognostik parametreler komplikasyon ve sağkalımı öngörmeye yetersiz kalmaktadır. Bu çalışmada, beslenme durumu (PNI), sistemik inflamasyon (SII) ve kas kitlesi (SMI) parametrelerini birleştiren, literatürde ilk kez tanımlanan Nutritional-Inflammatory Sarcopenia (NIS) Skorunun komplikasyon ve sağkalım üzerindeki prognostik değerini değerlendirmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2011-2024 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde RS uygulanan 179 hasta retrospektif olarak incelendi. PNI, SII ve SMI değerleri ROC analizi ile belirlenen eşik değerler üzerinden sınıflandırıldı. Her parametrede riskli gruba 1 puan verilerek toplam 0-3 puan aralığında NIS Skoru oluşturuldu: 0 (düşük risk), 1 (orta risk), 2 (yüksek risk), 3 (çok yüksek risk).

Klinikopatolojik veriler, komplikasyon oranları ve sağkalım sonuçları Cox regresyon ve Kaplan-Meier analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 179 hastanın medyan yaşı 66 yıl, %84,9'u erkekti. Hastaların %34,6'sı düşük risk, %30,2'si orta risk, %24,6'sı yüksek risk ve %10,6'sı çok yüksek risk grubundaydı.

Artan NIS Skoru ile birlikte komplikasyon oranı, hastanede kalış süresi ve mortalite anlamlı olarak yükseldi ($p < 0.001$). Düşük risk grubu referans alındığında komplikasyon riski orta riskte 1,59 kat, yüksek riskte 3,3 kat ve çok yüksek riskte 3,78 kat arttı. Sağkalım analizinde ortalama genel sağkalım düşük risk grubunda 80,8 ay iken, çok yüksek risk grubunda 22,6 aya düştü ($p < 0.001$).

Çok değişkenli analizde pN evresi (HR:1,42; %95 GA:1,06-1,89; $p=0.017$) ve NIS Skoru (yüksek risk için HR:2,54; %95 GA:1,49-4,33; $p < 0.001$) bağımsız prognostik faktörler olarak belirlendi.

Sonuç: NIS Skoru, RS geçiren mesane kanseri hastalarında hem postoperatif komplikasyonları hem de uzun dönem sağkalımı öngörmeye güçlü ve bağımsız bir belirteçtir. Kolay hesaplanabilir, çok boyutlu ve biyolojik olarak kapsamlı yapısı sayesinde cerrahi planlamada ve bireyselleştirilmiş hasta yönetiminde klinisyenlere değerli bir yol gösterici olabilir. Prospektif çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, Radikal sistektomi, NIS Skoru, Sarkopeni, Risk sınıflaması



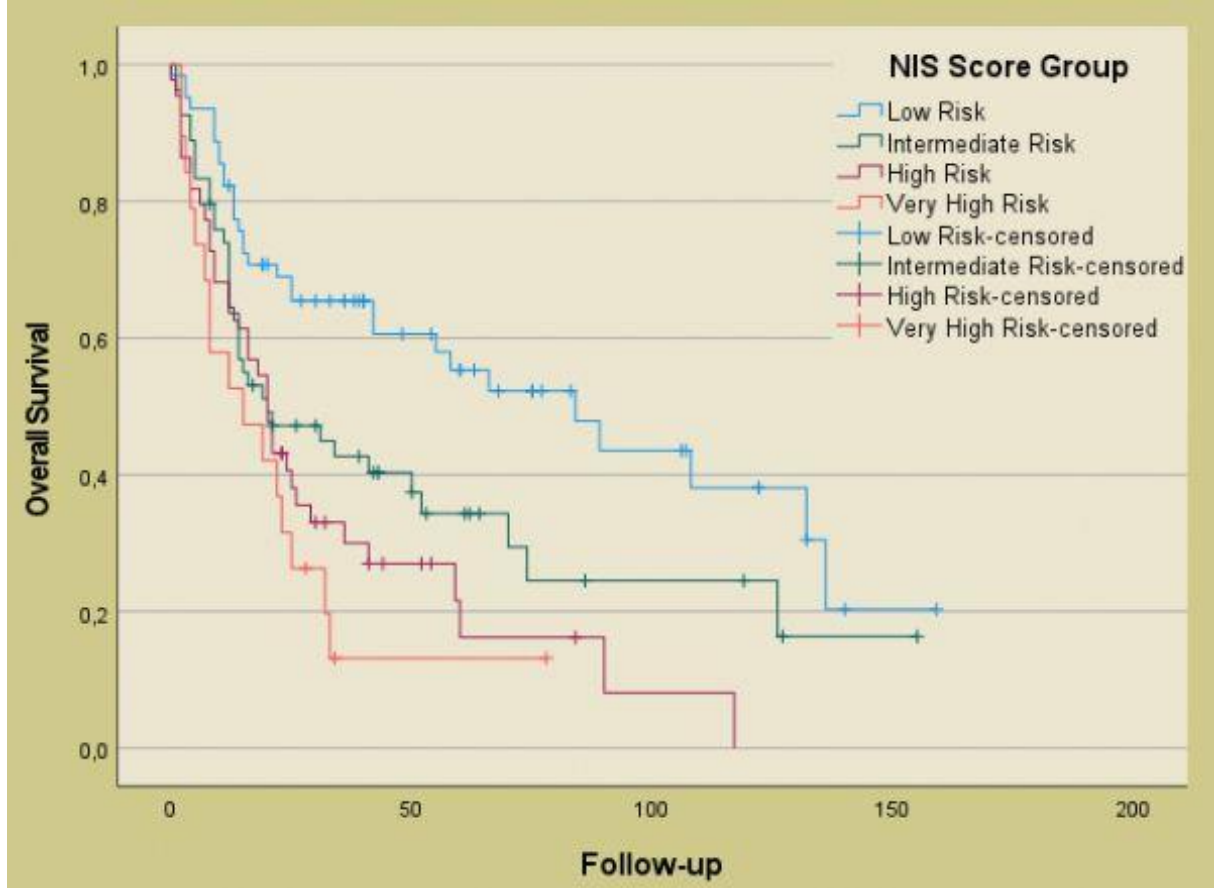


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Figür 1



Kaplan-Meier genel sağkalım analizi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Variable	Univariate		Multivariate	
	HR(95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Age (<65 vs. ≥65) (Ref: <65)	1,75(1,19-2,56)	0.004	1.29(0.85-1.94)	0.226
pT Stage (≤T2 vs. ≥T3) (Ref: ≤T2)	2.34(1.57-3.47)	<0.001	1.41(0.87-2.31)	0.161
pN Stage (Positive vs. Negative) (Ref: Negative)	2.80 (1.72-4.56)	<0.001	1.42(1.06-1.89)	0.017
Perineural invasion (Positive vs. Negative) (Ref: Negative)	1.94(1.33-2.82)	<0.001	1.15(0.72-1.82)	0.544
Lymphovascular invasion (Positive vs. Negative) (Ref: Negative)	2.58(1.76-3.77)	<0.001	1.43(0.85-2.41)	0.167
Carcinoma in situ (Positive vs. Negative) (Ref: Negative)	1.60(1.08-2.37)	0.017	1.34(0.88-2.03)	0.168
Variant Histology (Positive vs. Negative) (Ref: Negative)	1.37(0.93-2.03)	0.104	N/A	
SMI (Sarcopenic vs. Non-Sarcopenic) (Ref: Non-Sarcopenic)	2.29(1.57-3.34)	<0.001	N/A	
PNI (Low vs. High) (Ref: Low)	1.41(0.97-2.03)	0.065	N/A	
SII (Low vs. High) (Ref: High)	1.96(1.33-2.88)	<0.001	N/A	
NIS Score Group		<0.001		0.003
NIS Score Group (Intermediate risk)(Ref: Low Risk)	1.80(1.11-2.93)	0.016	1.68(1.02-2.76)	0.038
NIS Score Group (High risk) (Ref: Low Risk)	2.50(1.52-4.09)	<0.001	2.54(1.49-4.33)	<0.001
NIS Score Group (Very high risk) (Ref: Low Risk)	3.26(1.75-6.05)	<0.001	2.68(1.38-5.20)	0.003
CI: Confidence Interval, HR: Hazard Ratio, NA: Not Applicable, NIS: Nutritional-Inflammatory Sarcopenia Score, PNI: Prognostic Nutritional Index, SII: Systemic Immune-Inflammation Index, SMI: Skeletal Muscle Index				

Komplikasyonlar, mortalite ve sağ kalımla ilişkili klinik ve patolojik değişkenlerin tek değişkenli ve çok değişkenli analizleri.





[SS-064]

Mesane Kanseri Olgularda İndoleamin 2,3-Dioksijenaz 1 (IDO-1) Enzim Aktivitesi İle Rs10089084 Gen Polimorfizminin İlişkisi

Kemal Kayar¹, Rıdvan Kayar¹, Dilara Sönmez², Mehmet Tolgahan Hakan², Cem Horozoğlu³, Ömer Ergin Yücebaşı¹, İlhan Yaylım², Levent Verim⁴

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneyisel Tıp Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

³Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Yalova

Amaç: Bu çalışma, mesane kanserinde (MK) triptofan-kinürenin (TRP-KYN) yolunun ve IDO1 rs10089084 polimorfizminin tanısal ve prognostik rollerini değerlendirmeyi amaçladı. Hipotezimiz, KYN/TRP oranının invaziv olmayan bir biyobelirteç olabileceği ve rs10089084 allellerinin prognozu öngörebileceğiydi.

Gereç-Yöntem: Olgu-kontrol çalışmasına 43 MK hastası ve 70 sağlıklı kontrol dahil edildi. IDO1 rs10089084 genotipleme (PCR-RFLP) ve plazma TRP/KYN ölçümü (HPLC) yapıldı. Tanısal doğruluk ROC eğrileriyle, biyobelirteç performansı ve nüks öngörücüleri ise regresyon analizleriyle değerlendirildi.

Bulgular: IDO1 rs10089084 G/C genotip dağılımı hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermedi; her iki grupta da en sık görülen genotip GG idi. Kombine genotip ve allel analizleri de MK duyarlılığı ile ilişkili bulunmadı. Ancak klinik ve metabolik profillemelerde belirgin farklılıklar saptandı. Plazma kinürenin (KYN) düzeyi ve KYN/TRP oranı MK hastalarında anlamlı şekilde artmıştı ($p < 0.001$), buna karşın triptofan (TRP) düzeyleri benzerdi ($p = 0.824$). Alt grup analizlerinde KYN/TRP oranı özellikle yüksek dereceli (HG) tümörlerde ve mesane kitlesi bulunan hastalarda ayırt edici bulundu. ROC analizinde KYN/TRP oranı MK hastalarını sağlıklılardan ayırmada AUC 0.823 (duyarlılık %91.7, özgüllük %64.1) değerine ulaştı; bu doğruluk HG alt grubunda da korundu (AUC 0.823). Düşük dereceli (LG) tümörlerde ise ayırt edicilik daha zayıftı (AUC 0.728). Mesane kitlesi olan hastalarda KYN/TRP oranı AUC 0.816 ve özgüllük %94.7 ile kitle varlığını göstermede özellikle güçlüydü. Lojistik regresyon analizinde KYN/TRP, MK için bağımsız bir öngörücü olarak bulundu (OR 10.667, $p < 0.001$) ve kitle varlığında da güçlü prediktif değer gösterdi (OR 22.500, $p = 0.006$). Model açıklayıcılığı %38'e ulaştı.

Prognostik analizlerde rs10089084 C alleli ve tümör boyutu nüks için en güçlü belirteçlerdi. Cox regresyon analizinde C alleli yaklaşık beş kat artmış nüks riski ile ilişkiliydi (HR 4.867, $p = 0.022$) ve büyük tümör boyutu da anlamlı risk artışı sağladı (HR 2.702, $p = 0.032$). Çok değişkenli modellerde bu iki değişken bağımsız önemini korudu (C alleli HR 7.510; tümör boyutu HR 4.663). Diğer değişkenler (KYN/TRP, yaş, grade, çok odaklılık, CIS) nüks veya progresyon ile anlamlı ilişki göstermedi. Bu bulgular, KYN/TRP'nin güçlü bir tanısal biyobelirteç olduğunu, nüks açısından ise C alleli ve tümör boyutunun kritik prognostik faktörler olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç: KYN/TRP oranı MK tanısında özellikle agresif tümörlerde güçlü bir biyobelirteçtir. IDO1 rs10089084 C alleli ve tümör boyutu ise nüksün temel prediktörleridir. Bulgular, metabolik ve genetik profillemenin klinik uygulamalara entegre edilerek risk-adapte takip ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir. Bu biyobelirteçlerin geçerliliğini doğrulamak ve hassas onkolojiye entegrasyonunu araştırmak için daha geniş ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: IDO1, Kinürenin, Mesane kanseri, Rs10089084, Triptofan





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tanısal Alt Gruplara Göre KYN/TRP ROC Eğrileri

KYN/TRP Oranının Mesane Kanseri Tanısal ve Öngörücü Değeri

Parameter	Test Statistic	Degree of Freedom	p	Significant Differences	
Mesane Kanseri vs Sağlıklı Kontrol					
KYN/TRP	24.496	3	<0.001	Control vs TaLG (p=0.049), Control vs T1HG (p=0.047), Control vs TaHG (p<0.001)	
KYN	67.881	3	<0.001	Control vs T1HG (p<0.001), Control vs TaHG (p<0.001), Control vs TaLG (p <0.001)	
TRP	0.908	3	0.824	None	
Mesane Kanseri kitle varlığı vs yokluğu					
KYN/TRP	279.000	1	<0.001		
KYN	205.000	1	0.313		
TRP	64.000	1	<0.001		
Değişken	B	SS	p	Exp (B)	95% CI
KYN/TRP	2.367	0.546	<0.001	10.667	3.660-31.091
KYN/TRP	3.114	1.132	0.006	22.500	2.449-206.736

Mesane kanseri hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda IDO1 rs10089084 G/C genotipleri

Genotip	Mesane Kanseri Hastaları, n(%)	Sağlıklı Kontroller, n (%)	p
GG	26 (61)	41 (59)	0.691
GC	13 (30)	25 (35)	
CC	4 (9)	4 (6)	
GG+GC	39 (91)	66 (94)	0.470
CC	4 (9)	4 (6)	
GC+CC	17 (39)	29 (41)	0.842
GG	26 (61)	41 (59)	
GG+CC	30 (70)	55 (64)	0.549





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



GC	13 (30)	25 (36)	
Allel			
G Allel	40 (93)	66 (94)	0.787
C Allel	17 (39)	29 (41)	0.842





[SS-065]

Radikal Sistektomi Uygulanan Hastalarda Hayatta Kalma Tahmininde Sarkopeni Göstergelerinin Analizi

Enes Malik Akdas¹, Kerem Teke², Engin Telli², Efe Bosnalı³, Serdar Baykal⁴, Önder Kara², Hasan Yılmaz², Özdal Dillioğlugil²

¹Kocaeli Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

⁴Van Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Van

Amaç: Sarkopeni, çeşitli kanserlerde görüntüleme temelli bir prognostik faktör olarak giderek daha fazla kabul görmektedir, ancak radikal sistektomi geçiren mesane kanseri hastalarında cinsiyete özgü radyolojik göstergeleri henüz net olarak tanımlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, radikal sistektomi (RC) geçiren hastalarda genel sağkalımı (OS) tahmin etmek için kullanılabilecek radyolojik sarkopeni parametrelerini belirlemektir.

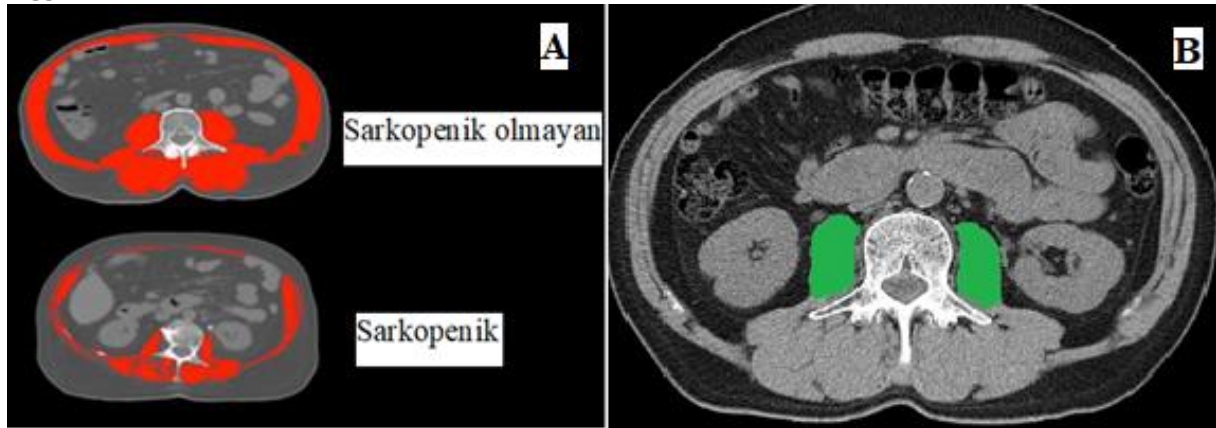
Gereç-Yöntem: Ürotelyal mesane kanseri nedeniyle RC geçiren ve ameliyattan önceki üç ay içinde abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) taraması yapılan toplam 183 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. L3 vertebra seviyesindeki iskelet kası alanları ve ortalama Hounsfield birimi (HU) ölçümleri BT görüntülerinden çıkarıldı. Bu ölçümlere dayanarak, beş sarkopeni ile ilişkili parametre [iskelet kası indeksi (SMI) tip 1, SMI tip 2, psoas kası indeksi (PMI) tip 1, PMI tip 2 ve iskelet kası yoğunluğu (SMD)] hesaplandı ve tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizi kullanılarak OS üzerindeki prognostik etkileri araştırıldı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 22 aydı (IQR: 10-50). Tek değişkenli Cox regresyon analizinde, erkeklerde genel sağkalımı etkileyen önemli faktörler arasında yaş, pT evresi, pN evresi, SMI tip 1, SMI tip 2 ve PMI tip 2 yer aldı ($p < 0,05$). Kadınlarda ise önemli faktörler arasında pT evresi, pN evresi ve sadece SMD ($p < 0,05$) yer almıştır. Radyolojik sarkopeni belirteçleri arasında, çok değişkenli Cox regresyon modelleri, SMI tip 1, SMI tip 2 ve PMI tip 2'nin erkeklerde genel sağkalım için prognostik faktörler olarak önemini koruduğunu göstermiştir ($p < 0,05$). Kadınlarda ise sadece SMD önemli kalmıştır ($p = 0,018$).

Sonuç: Analizimiz, cinsiyete özgü radyolojik sarkopeni parametrelerinin RC geçiren hastaların OS'sini etkilediğini ortaya koydu. Erkeklerde RC geçiren hastalarda SMI tip 1, SMI tip 2 ve PMI tip 2, kadınlarda ise sadece SMD prognostik faktörlerdi.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, radikal sistektomi, sarkopeni, genel sağkalım

Resim 1





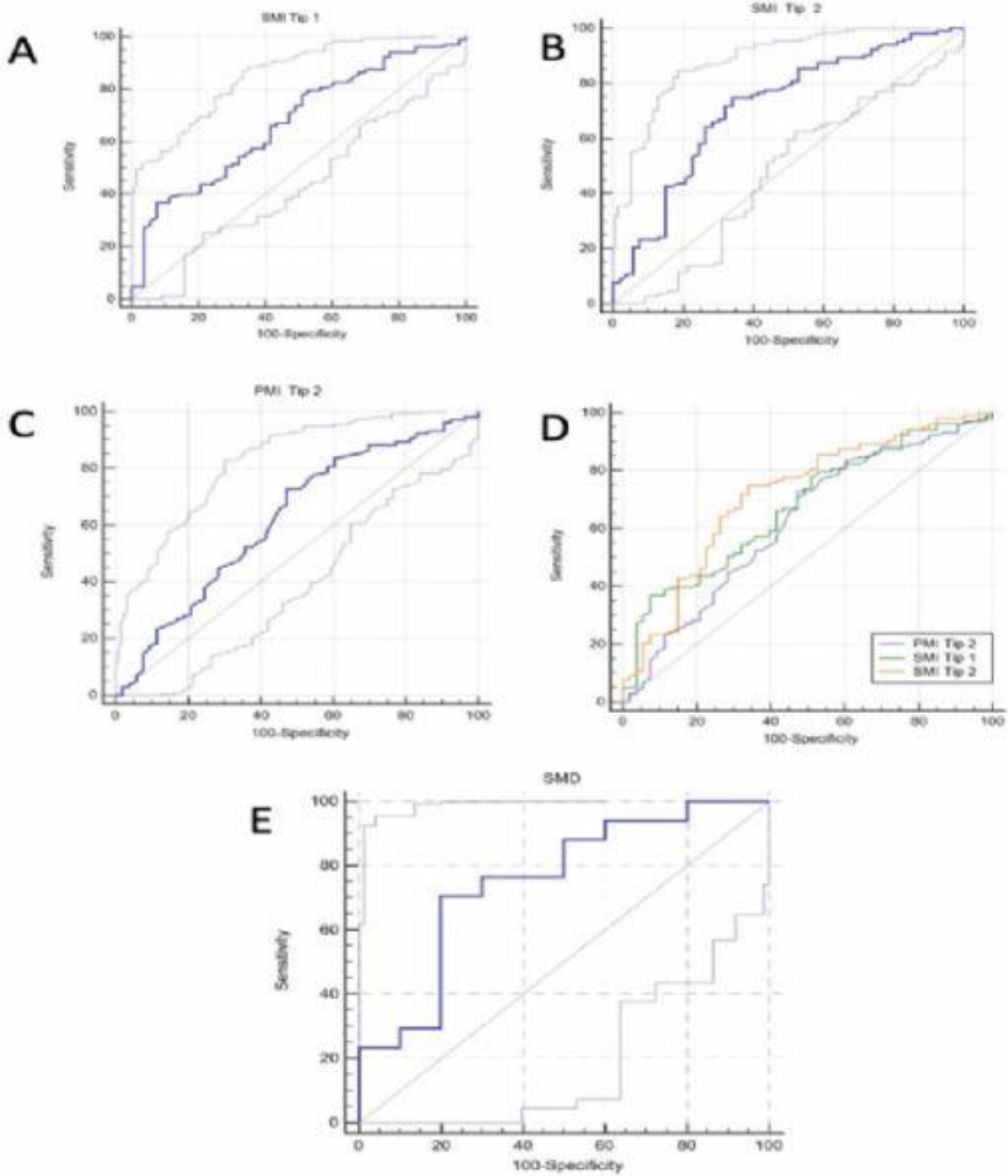
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



L3 vertebra seviyesinden alınan kesitte iskelet kaslarının renklendirilmiş görseli. A) L3 seviyesindeki iskelet kaslarının alan ölçümü (cm²). B) Sağ ve sol psoas kaslarının alan ölçümü (cm²).

Şekil 2



Radikal sistektomi yapılan erkek ve kadın hastalarda genel sağkalıma etkisi olabilecek radyolojik parametrelerin ROC eğrisi ile gösterilmesi ve duyarlılık ve özgülük değerlerinin şematik gösterimi (A-D erkek hastaları, E ise kadın hastaları temsil etmekte). (A, B, C ve E görselinde yer alan açık renkteki eğriler, parametrelerin güven aralığını göstermektedir.) A) SMI tip 1: duyarlılık %36,8 ve özgülük %92,4 B) SMI tip 2: duyarlılık %74,7 ve özgülük %66 C) PMI tip 2: duyarlılık %72,8 ve özgülük %52,8 D) SMI tip 1-2 ve PMI tip 2'nin kendi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



aralarındaki karşılaştırması E) SMD: duyarlılık %70,5 ve özgüllük %80

Tablo 1

Değişkenler	HR (%95 GA)	p
Yaş (<65 vs. ≥ 65) (Referans: <65)	1.56 (1.04-2.34)	0.03
pT Evresi (<=T2 vs. ≥T3) (Referans: <=T2)	2.22 (1.45-3.39)	<0.001
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.89 (1.26-2.86)	0.002
Varyant Histoloji (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.39 (0.91-2.11)	0.12
TUR ile RS Arası Süre (ay) (<=3 vs. >3) (Referans: <=3)	0.86 (0.56-1.3)	0.481
Yaşa Göre Düzeltilmiş CCI (<3 vs. ≥3) (Referans: <3)	0.87 (0.57-1.31)	0.517
CIS (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.47 (0.97-2.24)	0.068
Çıkarılan Lenf Nodu (<=18 vs. >18) (Referans: <=18)	0.93 (0.63-1.38)	0.746
SMI Tip 1 (<=45.3 vs. >45.3) (Referans: >45.3)	2.48 (1.64-3.73)	<0.001
SMI Tip 2 (<=9.53 vs. >9.53) (Referans: >9.53)	2.75 (1.75-4.32)	<0.001
PMI Tip 2 (<=1.47 vs. >1.47) (Referans: >1.47)	2.07 (1.33-3.2)	0.001

CCI: Charlson komorbidite indeksi, CIS: karsinoma in-situ, GA: güven aralığı pT: patolojik T evresi, pN: patolojik N evresi, PMI: psoas kas indeksi, RS: radikal sistektomi, SMI: iskelet kas indeksi, TUR: transüretral rezeksiyon.

Tablo 2

Değişkenler	HR (%95 GA)	p
Yaş (<65 vs. ≥ 65) (Referans: <65)	2.46 (0.9-6.73)	0.079
pT Evresi (<=T2 vs. ≥T3) (Referans: <=T2)	3.64 (1.26-10.52)	0.017
pN Evresi (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	3.21 (1.15-8.92)	0.025
Varyant Histoloji (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.46 (0.53-3.97)	0.457
TUR ile RS Arası Süre (ay) (<=3 vs. >3) (Referans: <=3)	2.71 (0.97-7.52)	0.055
Yaşa Göre Düzeltilmiş CCI (<3 vs. ≥3) (Referans: <3)	3.41 (0.77-15)	0.105



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



CIS (Pozitif vs. Negatif) (Referans: Negatif)	1.71 (0.63-4.65)	0.29
Çıkarılan Lenf Nodu (≤ 20 vs. >20) (Referans: ≤ 20)	0.69 (0.25-1.88)	0.476
SMD (≤ 39 vs. $39>$) (Referans: $39>$)	3.36 (1.17-9.64)	<0.024

CCI: Charlson komorbidite indeksi, CIS: karsinoma in-situ, GA: güven aralığı, pT: patolojik T evresi, pN: patolojik N evresi, RS: radikal sistektomi, SMD: iskelet kas dansitesi, TUR: transüretral rezeksiyon.





[SS-066]

Radikal sistektomi geçirmiş Türk Üroonkoloji Derneği veritabanındaki hastalarda Ürotelyal ve Ürotelyal dışı patolojilerin COBRA skoru ve mortalite-sağkalım karşılaştırılması

Hasan Hüseyin Tavukcu¹, İlker Tinay², Volkan İzol³, Sümer Baltacı⁴, Evren Süer⁴, Kerem Teke⁵, Hacı Murat Akgül⁶, Uğur Yüce⁷, Sertaç Yazıcı⁸, Serkan Akan⁹, Bahadır Şahin¹⁰, Üroonkoloji Derneği Üyeleri¹¹

¹Medipol Üniversitesi, Çamlıca Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²Anadolu Sağlık Merkezi, Üroloji Bölümü, Kocaeli

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁶Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

⁷İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

¹⁰Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

¹¹Üroonkoloji Derneği Üyeleri, Türk Üroonkoloji Derneği, Ankara

Amaç: COBRA(Mesane kanseri risk değerlendirmesi) Skoru radikal sistektomi geçirmiş hastalarda sağkalımı öngörmeye kullanılabilecek pratik ve faydalı bir yöntem olarak gözlenmektedir. Ürotelyal ve Ürotelyal dışı patolojileri olan hastalar arasında karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Türk Üroonkoloji derneği veritabanında radikal sistektomi geçirmiş ve en az 3 ay takip süresi olan 1017 hasta çalışmaya dahil edildi. Ürotelyal patolojiye sahip 923 hasta (Grup 1) varken Ürotelyal dışı patolojiye sahip 94 hasta vardı. Tümör evresi ve lenf nodu(TLN) tutulumuna göre hastalar sınıflandırıldı; hem TLN sınıflamasına hem de COBRA skoruna göre mortalite oranları ve sağkalım süreleri analiz edildi ve her iki grup ayrı ayrı değerlendirildi. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, takip süresi, çıkarılan lenf nodu sayısı, ve kansere özgü sağkalım açısından fark saptanmadı. Grup 1 de ortalanca COBRA Skor, lenf nodu dansitesi, lenfovasküler invazyon ve metastaz oranı Grup 2' ye göre daha yüksek saptandı (p:0.000,p:0.007,p:0.014 ve p:0.001). Grup 1' de hem COBRA skorları hem de TLN sınıflamasına göre kansere özgü ve genel sağkalım oranları Log Rank test ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p:0.000; p:0.000). (Figür 1) Grup 2' de ise COBRA Skoruna göre hem genel hem de kansere özgü sağkalım açısından fark saptanmadı (p:0.213 ve p:0.225). Ayrıca Grup 2' de TLN sınıflamasına göre hem genel hem de kansere özgü sağkalım açısından da fark saptanmadı (p:0.505 ve p:0.481). Grup 1' in aksine Grup 2' de COBRA skorundaki her birim artış için hem genel sağkalım hem de kansere özgü sağkalım açısından bir önceki skora göre anlamlı ilişki saptanmadı. Grup 1' de COBRA Skoru ile hem genel sağkalım hem de kansere özgü sağkalım regresyon analizinde bir birim artış riski 1.2 kat artırmaktadır şeklinde tespit edildi. **Sonuç:** Ürotelyal hasta grubunda COBRA skoru ve TLN sınıfı arttıkça prognoz kötüleşmekte olup Ürotelyal dışı patolojisi olan hasta grubunda COBRA Skoru ve TLN sınıflamasına göre istatistiksel fark görülmedi. Daha fazla hasta sayılı çalışmalar ile Ürotelyal dışı patolojisi olan hasta grubunda COBRA Skoru-sağkalım ilişkisi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prognoz, radikal sistektomi, risk değerlendirmesi, ürotelyal



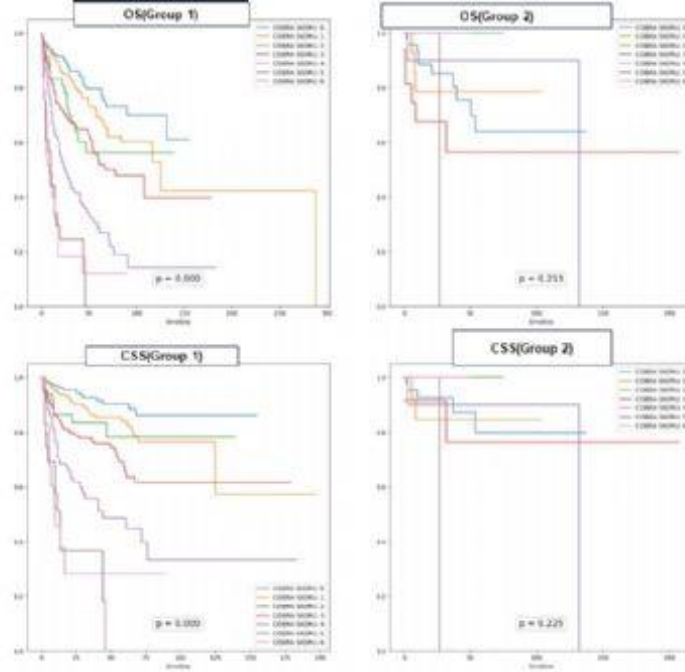


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Figür



Gruplara göre Cobra Skoru için Genel ve CSS Eğrileri





[SS-067]

Nested Varyant Ürotelyal Karsinom Tedavisinde Farklı Modalitelerin Etkinliği Üroonkoloji Derneği Mesane Kanseri Çalışma Grubu Raporu

Mutlu Değer¹, İsmail Önder Yılmaz¹, Güven Aslan², Serhat Şahin³, Çağrı Akpınar⁴, Tayyar Alp Özkan⁵, Tevfik Sinan Sözen³

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

⁵Özel Ürotip Üroloji Tanı Merkezi

Amaç: Nested varyant mesane ürotelyal karsinomu (NVUK), yanıltıcı derecede benign morfolojiye sahip olabilen ancak derin invazyon, metastaz ve yüksek dereceli konvansiyonel ürotelyal karsinomlara benzer şekilde kötü klinik sonuç potansiyeli taşıyan agresif bir kanser alt tipidir. Bu çalışmada NVUK olan hastalarda farklı tedavi modalitelerinin sağkalım verileri üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Türk Üroonkoloji Derneği Mesane Kanseri Çalışma Grubu Ürotelyal Karsinom Veritabanı incelemeye alındı. Takiplerdeki herhangi bir transüretal mesane tümör rezeksiyonu patolojisi NVUK olan 82 hasta seçildi. Klinik, demografik veya patolojik değişkenlerinin herhangi birinde eksiklik olan hastalar çalışma dışı bırakılmayıp mevcut haliyle imputation yöntemi kullanılarak analizler yapıldı. Tedavi modaliteleri arası, sürekli değişkenler için varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirildi ve koşullar sağlandığında tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulandı. Kategorik değişkenlerde gruplar arası dağılımlar, hücre frekanslarına bağlı olarak Pearson ki kare veya Fisher's Extract testiyle incelendi. Genel testler anlamlı olduğunda çoklu karşılaştırma hatasını kontrol etmek amacıyla uygun post hoc analizler kullanıldı. Bulgular, ortalamalar±SS ya da n(%) olarak sunuldu ve anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edildi. Sağkalım analizine ise ölüm bilgisi veya ölüm tarihine ulaşamayan 14 hasta çıkarıldıktan sonra 68 hasta dahil edildi. Genel sağkalım, kanser spesifik sağkalım ve metastazsız sağkalım analizlerinde Kaplan Meier yöntemi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 6 farklı üroloji kliniğinden 68 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 61,5±11,1 yıldır. Hastalardan 59/68'i (%86,7) erkek, 9/68'i (%13,3) kadındır. Ortalama takip süresi 38,8±25,5 aydır. Takip süresince 34 (%50) hastada mortalite gelişti. Tedavi grupları Sistoskopi+Takip (n=2), BCG (n=13), Radikal Sistektomi (n=26), Neo-Adjuvan Kemoterapi+Radikal Sistektomi ve Trimodal Tedavi (n=12) şeklindeydi. Trimodal Tedavi grubunda yaş ortalaması (74,57 ± 5,03) ve BCG almış olma oranı (%83,3, 10/12) anlamlı derecede yüksekti (p=0.002, p=0.000). Tedavi modaliteleri arası tüm klinik patolojik ve demografik veriler açısından karşılaştırmalar Tablo 1'de yer almaktadır. Genel sağkalım (p=0.326) ve kanser spesifik sağkalım (p=0.640) açısından gruplar arası farklılık bulunmadı. Metastazsız sağkalım anlamlı şekilde (p=0.001) sistektomi grubunda daha yüksekti 32 ay (13,3 – 50,7). (Tablo 2)

Sonuç: Nested varyant mesane ürotelyal karsinomu ile ilgili literatürde sınırlı veri bulunmaktadır. Bizim sonuçlarımıza göre metastazsız sağkalım açısından radikal sistektomi en iyi seçenek gibi görünmektedir. Genel sağkalım veya kanser spesifik sağkalım açısından tedavi grupları arasında bir farklılık bulunamaması hasta sayısının ve takip süresinin yeterli olmamasına bağlı olabilir. Bu sonuçlar Türk Üroonkoloji Derneği Mesane Kanseri Çalışma Grubu Veritabanı kullanılarak elde edilen ön sonuçlardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, nested, ürotelyal Karsinom, varyant histoloji



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Tablo 1: Tedavi Grupları Arası Demografik Klinik ve Patolojik Veriler Açısından Karşılaştırma

Tablo 1	Sistoskopi + Takip ^a	TURB+BCG ^b	Radikal Sistektomi ^c	Neo-Adjuvan Kemoterapi + Radikal Sistektomi ^d	Trimodal Tedavi ^e	P
CİNSİYET						
ERKEK	1(%50)	11(%84,6)	29(%90,6)	11(%100)	11(%91,7)	0,282
KADIN	1(%50)	2(%15,6)	3(%9,4)	0(%0)	2(%8,3)	
TAKİP SÜRESİ(AY)	2,00 ± 2,82	50,46 ± 43,84	52,13 ± 52,01	26,67 ± 12,44	13,86 ± 12,87	0,170
YAŞ(yıl)	69,50 ± 7,78	65,00 ± 8,55	61,67 ± 10,72	57,11 ± 9,85	74,57 ± 5,03	0,002^{c,d,e}
BMI	20,65 ± 3,75	26,64 ± 3,61	27,04 ± 4,06	24,99 ± 4,41	28,17 ± 4,24	0,157**
SİGARA						
VAR	1(%50)	12(%92,3)	25(%78,1)	6(%54,5)	11(%91,7)	0,001^{a,d}
YOK	1(%50)	1(%7,7)	9(%21,9)	5(%46,5)	1(%8,3)	
ASA	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	3(3-3)	0,007 ^{a,b}
ECOG	1 (0-1)	1 (0-3)	1 (0-3)	2 (1-4)	4 (3-4)	0,001 ^c
İLK TURB T EVRESİ						
TA	0(%0)	0(%0)	2(%6,5)	0(%0)	0(%0)	0,000^{a,b,c,d,e}
T1	2(%100)	12(%92,3)	6(%19,4)	6(%54,5)	7(%58,3)	
T2	0(%0)	1(%7,7)	23(%74,2)	5(%45,5)	5(%41,7)	
İLK TURB GRADE						
LOW G.	0(%0)	2(%15,4)	0(%0)	0(%0)	2(%16,7)	0,093
HIGH G.	2(%100)	11(%84,6)	31(%100)	11(%100)	10(%83,3)	
CIS						
VAR	0(%0,0)	3(%23,1)	7(%25,9)	3(%37,5)	6(%50)	0,565
YOK	0(%0,0)	10(%76,9)	20(%74,1)	5(%62,5)	6(%50)	
IVKT ÖYKÜSÜ						
VAR	1(%50)	7(%53,8)	5(%18,5)	3(%37,5)	1(%8,3)	0,013*
YOK	1(%50)	6(%46,2)	22(%81,5)	5(%62,5)	11(%91,7)	
BCG ÖYKÜSÜ						
VAR	0(%0)	12(%92,3)	8(%25,8)	6(%54,5)	2(%16,7)	0,000**
YOK	2(%100)	1(%7,7)	23(%74,2)	5(%45,5)	10(%83,3)	

^ap anlamlı olmasına rağmen post-hoc fark yok
^{**} istatistiksel olarak anlamlı olmasında rağmen post-hoc test uygulanamadı
⁺⁺Gruplar arası varyans homojenliği Levene testi ile doğrulanmış olup, BMI değerleri için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır.

Tedavi Grupları Arası Demografik Klinik ve Patolojik Veriler Açısından Karşılaştırma





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2

Tablo 2: Tedavi Grupları Arası Sağkalım Verileri Açısından Karşılaştırma

Tablo 2: Tedavi Grupları		Genel Sağkalım- Median (95% GA)	Kanser Spesifik Sağkalım(95% GA)	Metastaz
Sistoskopi + Takip	2	≈2 ay(güven aralığı yok)	Hesaplanmamış (olgu az)	Hesaplanmamış (olgu az)
BCG	13	34,9 ay (0 – 131,3)	60 ay (52,2 – 162,3)	19 ay (1,4 – 36,6)
Radikal Sistektomi	26	27,7 ay (23,6 – 132,4)	26 ay (23,7 – 28,3)	32 ay (13,3 – 50,7)
Neo-Adjuvan Kemoterapi + Radikal Sistektomi	8	11,6 ay (20,2 – 65,8)	11 ay (0,3 – 21,7)	12 ay (3,6 – 14,4)
Trimodal Tedavi	12	Hesaplanmamış*	26 ay (18,5 – 33,5)	9 ay (5,9 – 18,0)
Bilinmiyor	7	38 ay (GA verilmemiş)	Hesaplanmamış	7 ay (3,8 – 10,2)
TOPLAM	68	45,3 ay (9,0 – 80,7)	Hesaplanmamış ***	16 ay (8,3 – 23,7)
P		0,326**	0,640**	0,001**
* Medyan hesaplanamadı (olgu sayısı az, sadece 1 event)				
**Kaplan-Meier sağkalım analizi, gruplar arasındaki fark Log-rank testi ile değerlendirilmiştir.				
*** Medyan ulaşamadı; Ortalama sağkalım 40,8 ay (95% GA: 26,7-54,9)				

Tedavi Grupları Arası Sağkalım Verileri Açısından Karşılaştırma





[SS-068]

Kliniğimiz asistan hekimlerinin RE TUR -TM patoloji sonuçlarının literatür verileriyle karşılaştırılması

Muhammet Bilmiş, Oğuzcan Erbatu, Ali Can Albaz, Oktay Üçer, Gökhan Temeltaş, Talha Müezzinoğlu
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Kliniği, Manisa

Amaç:

Kliniğimizde 2010-2024 yılları arasında patolojileri pT1 gelen hastalara klinik 4 ve 5. sene asistan hekimlerinin yaptığı RE TUR -TM patoloji sonuçlarını güncel literatür verileriyle karşılaştırarak yeterli rezeksiyon ve upstage oranlarını belirlemek.

Gereç-Yöntem:

2010-2024 yılları arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde RE TUR -TM yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. İlk TUR-TM patoloji sonucu pT1 olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Literatür taraması yapılarak Manoharan ve ark. (2018), Naselli ve ark. (2018), Matthew DeSanto ve ark (2025) çalışmaları bulundu. İstatiksel analiz için Fisher's Exact Test kullanıldı. Etik kurul onamı alındı.

Bulgular:

Çalışmaya RE TUR -TM yapılan 353 hasta içerisinde patolojik evresi pT1 olan 284 hasta dahil edildi. 284 hastanın 70 tanesinde materyalde muscularis propria tespit edilememiştir. RE TUR -TM sırasında rezidüel tümör görülen 77 hasta oldu. Bu hastalar retrospektif olarak incelendiğinde RE TUR -TM e kadar geçen ortalama süre 37.2 ± 16 gündü. Patoloji sonuçlarında upstage (T1 den T2 ye geçen) hasta sayısı 19 olarak bulundu.

Manoharan ve ark. (2018) yılında yayınladığı çalışmada 88 pT1 hastanın 5 inde upstage görülmüş olup bizim hasta grubu verileri ile Fisher Exact Test ile analiz edildiğinde p değeri: 1.0 olarak görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Naselli ve ark. (2018) yaptığı 3566 kişilik çalışma ile karşılaştırıldığında upstage oranı %10 olarak bulunmuş. Bu oranları Fisher's Exact Test ile karşılaştırdığımızda ($p < 0.05$) olarak bulundu. Naselli ve ark. çalışması bir metaanaliz olup 1980-2016 yılları arasındaki 27 çalışmanın metanalizi olduğu görülmüştür. Çoklu farklı cihaz ve çok sayıda cerrahın dahil edildiği çalışmadan ötürü istatistiksel anlamlı fark olduğu düşünüldü.

RE TUR -TM olgularımızda rezidüel tümör %27 olarak bulundu. Literatüre bakıldığında bu oran %20-71 arasında olduğu görüldü. Matthew DeSanto ve ark. larının Urologic Oncology, 2025 dergisinde yayımlanan çalışması ile karşılaştırıldığında $p > 0.05$ bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Sonuç:

RE TUR -TM yapılma amacı, ilk TUR-TM sonrası mesane tümörlerinin doğru evrelendirilmesi, rezidüel tümör dokusunun temizlenmesi ve prognozun iyileştirilmesidir. Ülkemizde de uzman hekim düzeyinde sıkça yapılan bu ameliyatta patoloji oldukça önemli olup uzman hekim olma yolunda son basamakta olan asistan hekimlerin RE TUR -TM patoloji sonuçları literatür ile kıyaslandığında anlamlı farklar bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bladder cancer, T1 stage, Re-TUR, Residual tumor, Upstaging



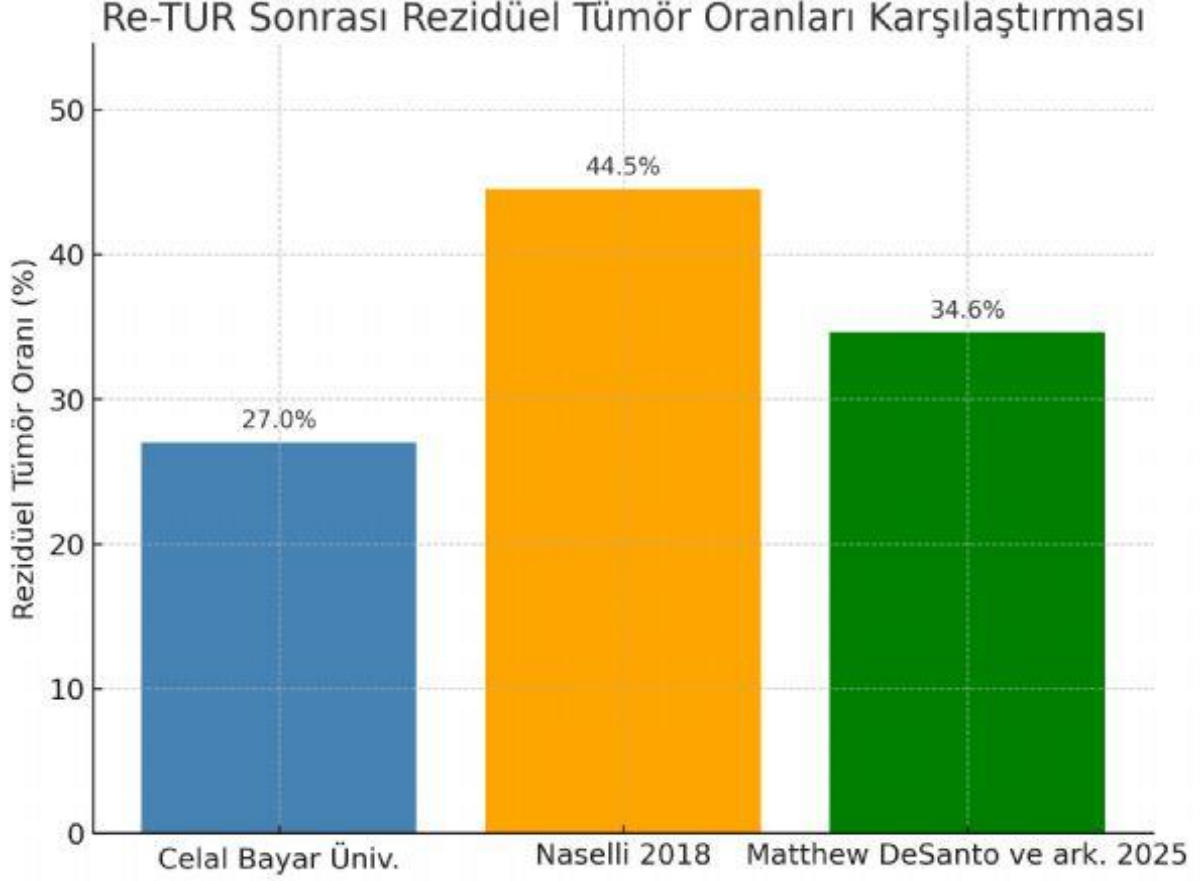


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



REZİDÜEL TÜMÖR ORANLARI





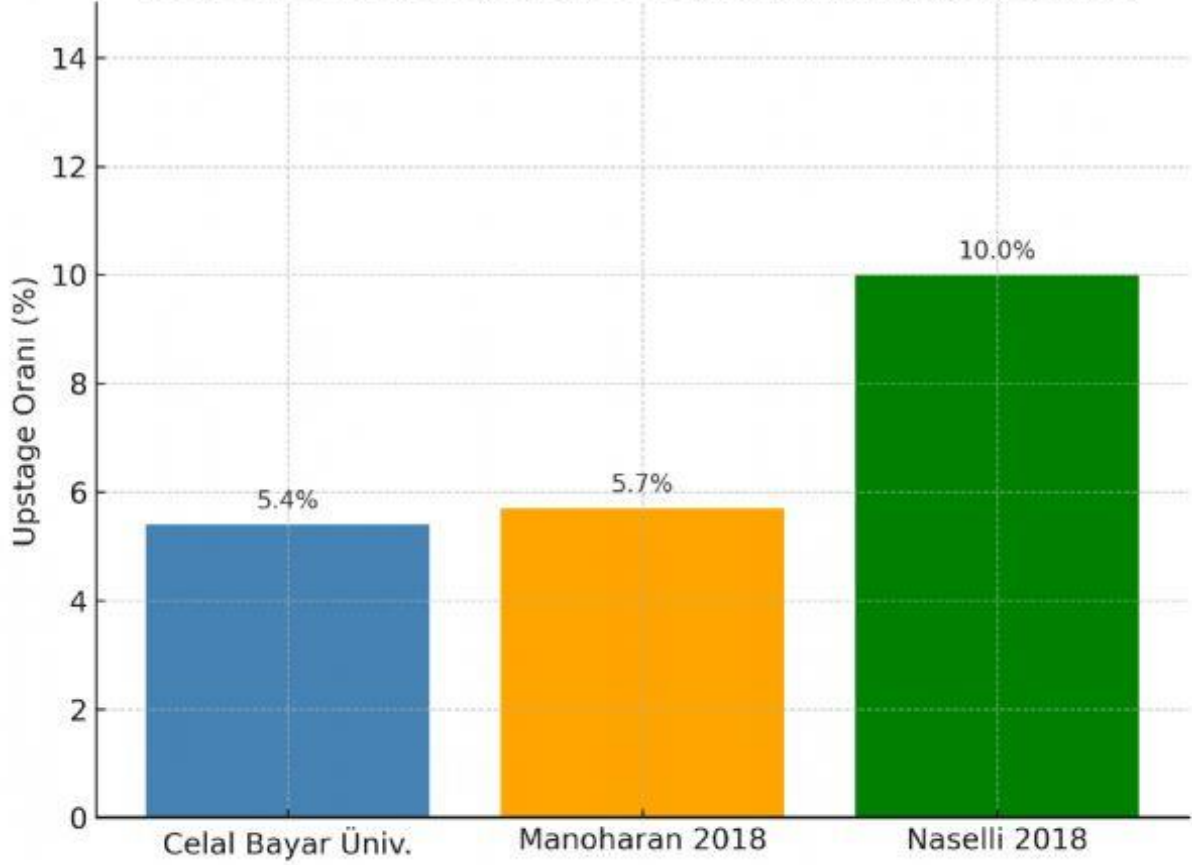
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



UPSTAGE ORANLARI

Re-TUR Sonrası Upstage Oranlarının Karşılaştırması





[SS-070]

Radikal Sistektomi Yapılan Hastalarda İnflamatuvar Belirteçlerin Makine Öğrenimi Sağkalım Modellerine Katkısı

Naci Burak Çınar¹, Hasan Yılmaz², Efe Yılmaz Taşyürek³, Meltem Kurt Pehlivanoğlu³, Sevinç İlhan Omurca³, Muhlis Ünal², Kerem Teke²

¹Kütahya Şehir Hastanesi, Kütahya

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Kocaeli

Amaç: Radikal sistektomi uygulanan hastalarda genel sağkalım tahmini için hasta demografik, klinik ve patolojik verilerini kullanarak bir Makine Öğrenimi (ML) modeli oluşturmayı hedefledik. İkinci olarak, inflamatuvar belirteçlerin bu modele katkısını değerlendirdik.

Gereç-Yöntem: Sistektomi veritabanı retrospektif olarak incelenmiş ve ardışık radikal sistektomi hastaları belirlenmiştir. Hastaların preoperatif, intraoperatif ve postoperatif verilerini içeren 30 değişken (hedef değişken dahil) kullanılarak Data Seti-1 (DS-1) üzerinden ML modelleri oluşturulmuştur. Türetilmiş tüm inflamatuvar belirteçler DS-1'e eklenerek DS-2 elde edilmiş ve öngörü gücüne göre belirteçler adım adım DS-3 modeline entegre edilmiştir; katkısı olmayan belirteçler modelden çıkarılmıştır. Ayrıca, Shapley Additive Explanations (SHAP) yöntemi kullanılarak her bir klinik özellik ve inflamatuvar belirtecin model üzerindeki önemi incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 241 hastanın medyan yaşı 65 yıl olup, mortalite oranı %60,2 (145/241) olarak saptandı. İki ve beş yıllık genel sağkalım oranları sırasıyla %54,7 ve %37,2 idi. DS-1 modelinde F1 skorları 0,72-0,78 arasında değişirken, Random Forest ve XGBoost modelleri 0,78 ile en yüksek F1 skoru elde etti. DS-2'de tüm inflamatuvar belirteçlerin eklenmesi F1 skorlarında anlamlı bir iyileşme sağlamadı (0,73-0,78). DS-3 modelinde ise Sistemik İnflamatuvar Yanıt İndeksi (SIRI), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve trombosit/lenfosit oranı (PLR) adım adım eklenerek Random Forest modelinde F1 skoru 0,80'e ulaştı. SHAP analizleri, T evresi, preoperatif albümin düzeyi ve lenfo-vasküler invazyonun (LVI) modelin öngörü gücüne en yüksek katkıyı sağladığını ortaya koymuştur.

Sonuç: Demografik ve klinik özelliklere dayalı ML modelleri en yüksek 0,78 F1 skorunu vermiştir. En öngörücü inflamatuvar belirteçler olan SIRI, NLR ve PLR'nin eklenmesiyle F1 skoru 0,80'e yükselmiştir. SHAP analizine göre modelin en güçlü öngörücü faktörleri T evresi ve preoperatif albümin düzeyidir.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar Belirteçler, Makine Öğrenimi, Mesane kanseri, Radikal Sistektomi, Yapay Zeka

Inflamatuvar belirteçlerin (SIRI, LMR, NLR, PLR, SII) adım adım eklenmesinin Random Forest modelinde F1 skorları üzerindeki etkisi



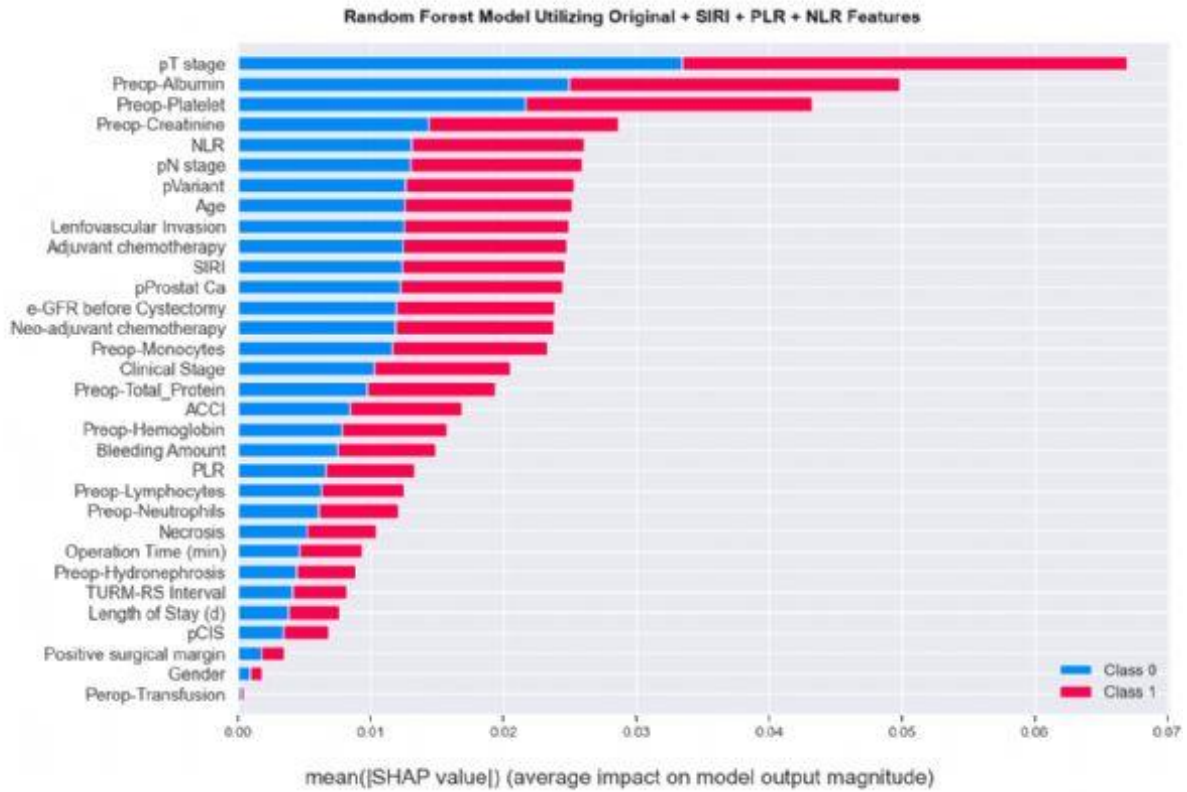
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Kombinasyonlar	F1-Score	Precision	Recall	Accuracy	ROC_AUC
<i>DSI+SIRI</i>	0.791041	0.750858	0.840476	0.7341	0.786629
<i>DSI+SIRI+LMR</i>	0.788862	0.747563	0.841428	0.7301	0.775703
<i>DSI+SIRI+NLR</i>	0.793419	0.760625	0.835238	0.7385	0.779417
<i>DSI+SIRI+NLR+PLR</i>	0.801126	0.737930	0.883333	0.7344	0.781582
<i>DSI+SIRI+NLR+PLR+SII</i>	0.789543	0.745874	0.841428	0.7301	0.754052

SHAP özet grafiği ile inflamatuvar belirteçlerin model tahmin performansına etkisi



SHAP özet grafiği, inflamatuvar belirteçlerin tahmin performansına etkilerini değerlendirmek amacıyla tek tek eklendiği bir grafikdir. SIRI, NLR ve PLR'nin dahil edilmesi, modelin hayatta kalan ve hayatta kalmayan hastaları





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



ayırt etme yeteneğini artırmıştır.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-071]

Intravezikal Gemsitabin ve Dosetaksel Kombinasyonunun BCG'ye Uygun Olmayan Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Hastalarında Uygulanabilirliği: Tek Merkez Deneyimi

Engin Telli, Enes Abdullah Baynal, Hakkıcan Yuva, Hasan Yılmaz, Özda Dillioğlugil
Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: BCG intoleransı, kontrendikasyonu veya yanıtı olmayan non-musküler invaziv mesane kanseri (NMIBC) hastalarında alternatif intravezikal tedavi olarak gemsitabin ve dosetaksel kombinasyonunun uygulanabilirliğini ve kısa dönem sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, Ocak 2024 – Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde intravezikal BCG tedavisi alamayan veya BCG tedavisine yanıtı olmayan non-musküler invaziv mesane kanseri (NMIBC) tanılı ardışık 14 hasta geriye dönük değerlendirildi (Tablo 1).

Hastalara altı haftalık indüksiyon tedavisinin ardından ayda bir idame tedavi olacak şekilde intravezikal gemsitabin ve dosetaksel kombinasyonu uygulandı. Tedavi sonrası yanıt sistoskopi ve idrar sitolojisi ile 3 ay aralıklarla değerlendirildi. Yan etkiler hastane kayıtları ve hasta bildirimiyle takip edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan 14 hastanın tamamı erkek ve ortalama hasta yaşı 70 idi. Tedaviye başlama endikasyonu en sık BCG refrakter (%35,7) hastalığı. Tedavi öncesi patolojik evrelemeye göre hastaların %57,1'i T1 yüksek dereceli (T1HG) mesane tümörüydü ve iki hastada (%14,3) eşlik eden karsinoma in situ (CIS) mevcuttu. Hastalar median 7 doz gemsitabin+dosetaksel kombinasyonu almıştı ve takip süresi median 6 aydı. Tedavi sonrası sistoskopik ve patolojik değerlendirmede hastaların 12'sinde (%85,7) tam yanıt (T0) gözlenirken, 2 hastada (%14,3) düşük dereceli Ta (down grade) tümör saptandı. Ayrıca tedavi öncesi CIS bulunan iki hastanın da takiplerinde tümör izlenmedi. Tedaviye bağlı ciddi yan etki izlenmedi.

Sonuç: BCG'ye uygun olmayan NMIBC hastalarında intravezikal gemsitabin ve dosetaksel kombinasyonu iyi tolere edilmekte ve umut verici klinik yanıtlar sunmaktadır. Geniş seriler ve uzun dönem sonuçlarla desteklenmesi gereken bu yaklaşım, BCG'ye alternatif veya tamamlayıcı bir protokol olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: İntravezikal Kemoterapi, Mesane Tümörü, Gemsitabin, Dosetaksel





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Yaş; Ortanca [ÇAA]	70 [64-73]
Endikasyon; n(%)	
BCG refrakter	5 (35,7)
BCG sistiti	3 (21,4)
BCG intoleransı	3 (21,4)
BCG sepsisi	2 (14,3)
BCG orşiti	1 (7,1)
Takip Süresi; Ortanca [ÇAA]	6 [4-8]
Tedavi öncesi pT; n(%)	
TaHG	5 (35,7)
T1LG	1 (7,1)
T1HG	8 (57,1)
Karsinoma in situ; n(%)	2 (14,3)
Toplam alınan doz; Ortanca [ÇAA]	7 [6-10]
Tedavi sonrası pT; n(%)	
T0	12 (85,7)
TaLG	2 (14,3)

Hastaların Klinik Özellikleri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-072]

Kas Tabakasına İnvaze Olmayan Mesane Kanseri BCG ve Hipertermik Mitomisin C'nin Karşılaştırılması: Semptom Yükü, Nüks ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Fahri Yavuz İlki¹, Emre Bülbül², Yusuf Kadir Topçu¹, Özgür Çınar¹, Çetin Kocabıyık¹, Selahattin Bedir¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Vakıfkebir Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada, yüksek riskli kas tabakasına invaze olmayan mesane kanseri (KTİOMK) olan hastalarda intravezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) ile mitomisin C (MMC) eşliğinde uygulanan kemohipertermi (CHT) tedavisinin semptom yükü, nüks oranları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Kas tabakasına invaze olmayan yüksek riskli mesane tümörü tanısı alan toplam 58 erkek hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 26'sı BCG, 32'si ise CHT-MMC tedavisi almıştır. Semptom şiddeti, tedavi öncesi ve sonrası Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve Aşırı Aktif Mesane Anketi (OAB-V8) ile değerlendirilmiştir. Tedavi sonrası dizüri, hematüri ve pollaküri gibi yan etkiler kaydedilmiştir. Yaşam kalitesi, kısa form sağlık anketi (SF-12) kullanılarak; fiziksel (PCS) ve mental bileşen (MCS) skorları üzerinden değerlendirilmiştir. Tüm hastalar 24 ay boyunca takip edilmiş ve nüks oranları kaydedilmiştir.

Bulgular: Tedavi sonrası semptom skorlarındaki kötüleşme, BCG grubunda CHT-MMC grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (her iki skor için $p < 0.01$). Dizüri oranı BCG grubunda %84.6 iken CHT-MMC grubunda %46.2 idi ($p = 0.054$). Hematüri sırasıyla BCG'de %43.8, CHT-MMC'de %12.5 oranında görüldü ($p = 0.095$). Yaşam kalitesi açısından fiziksel bileşen skorları (PCS), BCG grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu (43.9 ± 11.0 vs. 54.9 ± 6.3 , $p = 0.008$). Mental bileşen skorları (MCS) açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.145$). Takip süresince hastalık nüksü, BCG grubunda %42.3 (11/26), CHT-MMC grubunda ise %59.4 (19/32) oranında görüldü ($p = 0.467$).

Sonuç: İntravezikal CHT-MMC tedavisi, BCG'ye kıyasla daha iyi tolere edilebilir bir semptom profili ve daha yüksek fiziksel yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Nüks oranları açısından iki tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Bu sonuçlar, özellikle BCG intoleransı veya kontrendikasyonu olan yüksek riskli KTİOMK hastalarında intravezikal CHT-MMC'nin güvenle kullanılabilecek, iyi tolere edilen bir alternatif tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemohipertermi (CHT), İntravezikal tedavi, Bacillus Calmette-Guérin (BCG), Yaşam kalitesi





[SS-073]

Kasa İnvaze Mesane Kanserinde Sigara Kullanım Miktarının Kanser Kök Hücre Özelliklerine Etkisi

Mustafa Ozan Ataçer¹, Gökten Alptuğ Öz², Tevfik Aktoz³, Rıza Serttaş⁴, Suat Erdoğan⁴

¹Eşme Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Uşak

²Dörtüyl Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Hatay

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne

⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:

Mesane kanseri genitoüriner sistemde en sık görülen ikinci kanserdir ve sigara kullanımı mesane kanserinde ispatlanmış en iyi bilinen çevresel risk faktörüdür. Kanseri Kök Hücreleri (KKH), embriyolojik kök hücrelerin kendi kendini yenileme ve farklılaşabilme özelliklerine sahip olan tümör hücrelerinin bir alt popülasyonudur ve sigaranın kanser kök hücrelerin köklülüğünü, invazyon ve metastaz özelliğini etkilediği pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmamızda kasa invaziv mesane kanserinde(KİMK) sigara kullanım miktarının kanser kök hücreleri üzerine olan etkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem:

KİMK tanısı alan 40 hasta sigara kullanım miktarı 30 paket/yıl'dan az ve fazla olanlar olmak üzere 20 hastadan oluşan iki gruba ayrıldı. Hastaların tümör dokuları TÜTF Patoloji Anabilim Dalı'ndan temin edildi. Çalışma TÜTF Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Sitogenetik Laboratuvarı'nda devam etti. Doku deparafinasyonu, RNA saflık ve miktar tayini ve Tamamlayıcı DNA (cDNA) sentezi yapıldıktan sonra Real Time Kantitatif PCR (RT-qPCR) ile KKH belirteçleri olan CD44, CD133, ALDH1, SOX-2, NANOG, OCT3/4, E-kaderin, N-kaderin, Vimentin, Fibronektin, Okludin, MMP-2 ve MMP-9 genlerinin mRNA düzeyinde gen ifadelerine bakıldı. IBM SPSS Statistics Version 22 ile istatistiksel analiz yapıldı. İki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında sıklıkla kullanılan "Independent Samples t Test" kullanıldı. İstatistiksel olarak iki grup arasındaki anlamlı fark $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:

Hastalar sigara kullanım öykülerine göre 30 paket/yıldan az olanlar A grubu, fazla olanlar B grubu olarak iki gruba ayrıldı, Bu gruplardaki hastaların demografik verileri tablo 1'de gösterildi. Klinik veri tabanımızda sigara kullanım öyküsü olmayan KİMK hasta sayısı yetersiz olduğundan dolayı kontrol grubu oluşturulamadığı için A grubundaki ortalama sigara kullanımı 15 paket/yıl ile en az sigara kullanan 6 hasta ile B grubundaki ortalama sigara kullanımı 90 paket/yıl ile en fazla sigara kullanan 6 hasta ayrıca gruplandırılarak karşılaştırıldı ve bu hastaların demografik verileri tablo 2'de gösterildi. KKH yüzey belirteçleri olan CD44 ve CD133'ün, KKH transkripsiyon faktörleri olan OCT3/4, NANOG, SOX2, ALDH1'in ve KKH adezyon-migrasyon belirteçleri olan E-kaderin, N-kaderin, vimentin, fibronektin, okludin, MMP2, MMP9 genlerinin gruplar arasındaki mRNA düzeyinde gen ifadelerinin kat farkları tablo 3'de gösterildi. KKH yüzey belirteçlerinin, transkripsiyon ve adezyon-migrasyon belirteçlerinin sigara kullanım miktarının artması ile istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha çok ifade edildiği görüldü($p:0,001$).

Sonuç:

Bu çalışma ile sigara kullanımının KİMK'de KKH'lerin köklülüğünü etkilediği, KKH yüzey membran belirteçleri ve transkripsiyon faktörlerinin ekspresyonlarını arttırdığı ve epitel hücrelerindeki EMT mekanizmasını etkileyerek hücrelerin stabil hallerinden birbirine gevşek bağlı, invazyon ve metastaza yatkın hücrelere dönüşümünde etkisinin olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, Kanseri Kök Hücresi, Sigara, Epitelyal Mezenkimal Geçiş





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Hasta demografik verileri ve gen ekspresyon oranlarının gruplara göre dağılımı ve p değerleri

Özellikler	A (n:20)	B (n:20)	p değeri
Yaş	67,8±8,37	68,85±9,04	0,968
Ortalama Sigara İçimi (Paket/yıl)	23,2±6,57	69,5±17,38	0,001
Tümör Boyutu (mm)	49,9±34,68	57,0±26,32	0,115

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

Özellikler	En az sigara içen hasta grubu (n:6)	En fazla sigara içen hasta grubu (n:6)	p değeri
Yaş	72,33±4,58	70,0±9,59	0,59
Ortalama Sigara İçimi (Paket/yıl)	15,83±6,64	90,0±6,32	0,037
Tümör Boyutu (mm)	39,16±26,15	57,50±21,62	0,881

Tablo 2: En az sigara içen 6 hasta / En fazla sigara içen 6 hasta demografik veriler

Genler	Tüm Hastalar		Ort. 15 Paket/Yıl & Ort. 90 Paket/Yıl	
	Gen İfade Oranı	p değeri	Gen İfade Oranı	p değeri
CD44	1,11	0,055	3,11	0,001
CD133	0,93	0,808	4,08	0,001
ALDH1	0,77	0,001	2,21	0,001
OCT 3/4	0,43	0,001	2,09	0,001
NANOG	2,09	0,001	4,85	0,001
SOX2	0,28	0,001	0,56	0,001
E-Kaderin	0,98	0,053	1,04	0,847
N-Kaderin	1,59	0,001	1,72	0,001
Vimentin	0,83	0,001	1,47	0,001
Fibronektin	0,42	0,001	0,40	0,001
Okludin	0,93	0,025	0,88	0,001
MMP2	0,33	0,001	1,04	0,153
MMP9	0,70	0,001	1,02	0,054

Tablo 3. Genlerin İfade Oranlarının Hasta Gruplarına Göre Dağılımı ve p değerleri

Hasta demografik verileri ve gen ekspresyon oranlarının gruplara göre dağılımı ve p değerleri





[SS-074]

Popüler Yapay Zekâ Sohbet Robotları Hasta Bilgilendirmesi Konusunda Bize Ne Sunuyor? Mesane Kanseri Hakkında En Popüler On Sohbet Robotundan Alınan Yanıtların Karşılaştırılması

Mehmet Fatih Şahin¹, Murat Akgül², Çağrı Akpınar³, Deniz Bolat⁴, Ozan Bozkurt⁵, Volkan İzol⁶, Nihat Karakoyunlu⁷, Evren Süer³, İlker Tinay⁸

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Üroloji Kliniği

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

³Ankara Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği

⁴İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi, Üroloji Kliniği

⁶Adana Üroloji Kliniği

⁷Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

⁸Anadolu Sağlık Merkezi, Üroloji Kliniği

Amaç: Yapay zekâ (YZ), hastaların ve klinisyenlerin tıbbi bilgilere erişimini ve bu bilgileri anlamasını geliştirerek sağlık hizmetlerini hızla dönüştürmektedir. Üretken YZ modelleri, sağlıkla ilgili soruları yanıtlayabilir ve hızlı, kişiselleştirilmiş yanıtlar sunabilir. Kansere hastalarının %30-50'si sağlıkla ilgili bilgi almak için interneti kullanmaktadır. Bu çalışma, mesane kanseri (MK) hakkında 10 popüler YZ sohbet robotunun ürettiği cevapların okunabilirliğini ve kalitesini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda OpenAI GPT-4o, Microsoft Copilot Pro, Claude-3.5 Haiku, Sonar Large, Grok 2, Gemini Advanced 1.5 Pro, Mistral Large, Google Palm 2 (Google Bard), Meta Llama 3.3 ve Meta AI v2 olmak üzere on popüler sohbet robotunun en son sürümleri kullanıldı. Mesane kanseri, kas-invaziv olmayan MK, kas-invaziv MK ve metastatik MK hakkında metinler sağlamak için yönlendirmeler geliştirildi ve bu dört farklı komutun değerlendirme sonuçlarının ortalamaları alındı. Bilgi kalitesi, modified Ensuring Quality Information for Patients (mEQIP), the Quality Evaluating Scoring Tool (QUEST) ve DISCERN kullanılarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Okunabilirlik ise The Average Reading Level Consensus (ARLC), Flesch Okuma Kolaylığı (FKRE) ve Flesch-Kincaid Sınıf Seviyesi (FKGL) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: On sohbet robotu arasında ortalama mEQIP, DISCERN ve QUEST puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.048$, $p = 0.025$ ve $p = 0.021$). Ortalama mEQIP, DISCERN ve QUEST puanlarında Meta en düşük puanı alırken, Llama en yüksek puanı almıştır. Sohbet robotlarının ortalama ARLC, FKGL ve FKRE puanlarında da anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (sırasıyla $p = 0.002$, $p = 0.001$ ve $p = 0.002$). Google Palm en kolay okunabilir metinleri üretirken, Llama anlaşılması en zor metinleri oluşturmuştur. Google Palm'ın FKRE puanı en yüksek (51) ve FKGL puanı en düşük (8.6) iken, Llama'nın FKRE puanı en düşük (25) ve FKGL puanı en yüksek (14.4) idi. Genel olarak, YZ tarafından üretilen metinler yetişkin okuma yeterliliğini aşmaktaydı.

Sonuç: Bu analiz, değerlendirilen 10 popüler sohbet robotunun MK hakkında daha yüksek kalite ve okunabilirlik sergilemesi gerektiğini ortaya koymuştur. Llama en yüksek kaliteli ancak karmaşık metinler üretirken, Google Palm en kolay okunabilirliği sunmuştur. Sohbet robotları, özellikle maligniteler gibi durumlar hakkında hastaları eğitmede sağlık profesyonellerine yardımcı olabilecek bilgiler üretebilir. Klinisyenlerin, üretilen bilginin doğruluğunu garanti altına almak ve sağlık okuryazarlığını artıran kaynakları dahil etmek için geri bildirim sağlamaları gerekmektedir. Güncellenmiş YZ teknolojisiyle geliştirilen sohbet robotları da daha okunabilir ve yüksek kaliteli içerikler üretebilir.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, sohbet robotu, mesane kanseri, hasta bilgilendirmesi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Mesane Kanseri hakkındaki yazıların sonuç ortalamalarının değerlendirilmesi

Tablo 1. Mesane Kanseri hakkındaki yazıların sonuç ortalamalarının değerlendirilmesi

	mEQIP (ortalama ± SS), medyan	DISCERN (ortalama ± SS), medyan	QUEST (ortalama ± SS), medyan	FKRE (ortalama ± SS), medyan	FKGL (ortalama ± SS), medyan	ARLC (ortalama ± SS), medyan
GPT-4o	77.0 ± 6.2, 75.0	63.0 ± 2.7, 62.0	18.8 ± 1.5, 18.0	42.8 ± 5.6, 42.0	11.8 ± 1.4, 12.1	12.0 ± 1.0, 12.3
Microsoft Copilot Pro	77.0 ± 8.1, 73.5	61.0 ± 4.2, 59.5	18.8 ± 1.5, 18.0	36.3 ± 2.2, 37.0	11.2 ± 0.5, 11.4	13.2 ± 0.5, 13.2
Claude 3.5 Haiku	77.8 ± 8.4, 76.5	62.8 ± 3.2, 62.5	19.3 ± 1.5, 19.0	33.0 ± 7.3, 33.5	11.8 ± 0.7, 11.7	12.3 ± 0.3, 12.5
Sonar Large	79.3 ± 6.7, 76.5	62.5 ± 2.4, 62.5	19.3 ± 1.0, 19.5	41.3 ± 3.8, 42.0	9.7 ± 0.7, 9.5	10.8 ± 1.1, 10.8
Grok 2	81.5 ± 7.0, 78.0	64.8 ± 2.2, 64.0	20.0 ± 1.4, 19.5	38.0 ± 7.4, 41.0	10.4 ± 1.8, 9.5	11.6 ± 1.6, 10.9
Gemini Advanced 1.5 Pro	78.5 ± 7.4, 76.5	62.0 ± 3.7, 62.5	18.8 ± 1.0, 18.5	42.8 ± 5.5, 41.5	11.2 ± 1.4, 11.4	11.7 ± 1.0, 12.0
Mistral Large	77.8 ± 9.6, 73.5	62.0 ± 4.7, 61.5	19.3 ± 1.9, 18.5	39.8 ± 7.7, 40.0	12.1 ± 1.9, 12.0	12.5 ± 1.3, 12.4
Google Palm 2	74.0 ± 6.2, 72.0	61.5 ± 3.4, 61.0	18.8 ± 1.0, 18.5	53.8 ± 4.4, 54.0	8.3 ± 0.6, 8.2	9.4 ± 0.6, 9.3
Llama 3.3	92.8 ± 4.7, 94.0	70.8 ± 2.2, 70.0	23.3 ± 1.0, 23.5	27.8 ± 5.3, 27.5	13.8 ± 0.8, 14.0	13.9 ± 0.6, 14.0
Meta AI v2	71.5 ± 3.3, 72.0	57.5 ± 2.1, 57.5	17.5 ± 0.6, 17.5	26.8 ± 4.3, 28.0	13.4 ± 0.6, 13.5	13.6 ± 0.6, 13.4
p value	0.048 ¹	0.025 ²	0.021 ³	0.002 ⁴	0.001 ⁵	0.002 ⁶

mEQIP: modified Ensuring Quality Information for Patients, QUEST: Quality Evaluating Scoring Tool, ARLC: Average Reading Level Consensus, FKRE: Flesch-Kincaid Reading Ease, FKGL: Flesch-Kincaid Grade Level





[SS-075]

Makine Öğrenimi ile Denetlenen Üriner circRNA İmzaları Yoluyla Mesane Kanserinin Non-invaziv Tanısı ve Risk Sınıflaması

Deniz Bolat¹, Besne Çelik², Yağmur Kiraz Durmaz³, Selahattin Alperen Uysal², Burçin Tezcanlı Kaymaz²

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Onkoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji, İzmir

³İzmir Ekonomi Üniversitesi, Genetik ve Biyomühendislik, İzmir

GİRİŞ:

Bu çalışmada mesane kanseri tanısında non-invaziv bir biyobelirteç olarak kullanılabilecek idrar circRNA'larını belirlemek ve makine öğrenim modeli ile risk sınıflaması yapmak amaçlanmıştır.

Materyal-Metod:

Çalışmaya toplam 50 katılımcı dahil edildi:

Olgu grubu (MK+): Sistoskopisinde tümör saptanıp TUR-M patolojisi ürotelyal karsinom olarak gelen olgular

Kontrol grubu (MK-): Sistoskopisinde tümör saptanmayan olgular

Bu hastalardan sistoskopiden en az 1 saat önce en az 55 cc taze orta akım idrar örneği alındı. AKT, VEGF, TGF- β , MAPK/ERK ve WNT/ β -katenin gibi MK gelişimi sinyal yollarında düzenlenen 15 farklı circRNA seçilerek izole edildi ve ekspresyon düzeyleri real-time kantitatif PCR (qPCR) ile analiz edildi.

Bu circRNA'lar ve klinikopatolojik özellikler ile, klinik risk gruplarını tahmin etmek üzere tüm model eğitimi ve değerlendirmesi ise Python 3.10.16'da scikit-learn, xgboost ve lightgbm kullanılarak tamamlandı. (Tablo1)

Sonuçlar:

1. Hasta özellikleri:

Sistokopi ve histopatolojik değerlendirmeye göre 25'i olgu, 25'i ise kontrol grubu olmak üzere toplam 50 hasta çalışmaya dahil edildi(Tablo2).

2. Üriner CircRNA Ekspresyon Düzeylerinin Belirlenmesi:

Hsa_circ_0017247 ve circRNA-MYLK kontrol grubuna kıyasla MK olgularında istatistiksel olarak anlamlı bir aşağı düzenleme gösterirken (*p < 0,05, **p < 0,01) (TÜMÖR SUPRESÖR ETKİ), hsa_circRNA_104348 ve hsa_circ_0002495, kontrol grubuna kıyasla MK'li olgularda anlamlı şekilde yukarı düzenlenmiştir (*p < 0,05, **p < 0,01) (ONKOGENİK ETKİ).(Şekil 1a)

3. Hasta risk sınıflandırmasına dayalı seçili circRNA ekspresyon düzeylerinin belirlenmesi

CircHIPK3, circRNA-MYLK, ciRS-6, circCEP128, düşük riskli hastalarda yüksek riskli hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek ifade seviyeleri sergilemiştir (POTANSİYEL KORUYUCU ROL). (Şekil1b)

4. Üriner circRNA Biyomarker Panelinin Tanısal Performansı:

Hsa_circRNA_104348, MK- sağlıklı ayrımında AUC: 0,6000 ile iyi bir performans sergilemiştir.

Yüksek-düşük riskli sınıflamasında circHIPK3, circRNA-MYLK ve circCEP128 için sırasıyla AUC: 0,6682, 0,5818 ve 0,9048 olarak bulunmuştur. CircCEP128 (yüksek-düşük), %100 duyarlılık ve özgüllüğe yaklaşan değeriyle neredeyse mükemmele yakın bir performans göstermiştir.(Şekil2a)

5. Makine Öğrenimi ile CircRNA Ekspresyon Profillerini Kullanarak Klinik Sonuçların Öngörü Modellemesi:

Sınıflandırma modelleri arasında en iyi performansı XGBoost modeliyle (AUC = 0,78) gözlemlendi. Özellik önem analizi, cinsiyet ve yaşın modeldeki en etkili belirleyiciler olduğunu ortaya koymuştur. CircRNA'lar arasında circ17247 en yüksek önem puanına (0,18) sahip olup, bunu circ0137439, ciRs-6 ve circZNF139 izlemiştir. (Şekil2b)

Sonuç:

CircRNA'lar MK'de non-invaziv tanı, prognoz ve potansiyel hasta yönetimi için uygulanabilir potansiyel biyobelirteçlerdir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, MK tanısı ve risk sınıflandırması için idrar circRNA profilini makine öğrenimi algoritmalarıyla entegre etmeye yönelik en yeni çalışmalardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Halkasal RNA, Makine Öğrenimi, Mesane kanseri, Üriner Biyobelirteç, Yapay Zeka





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



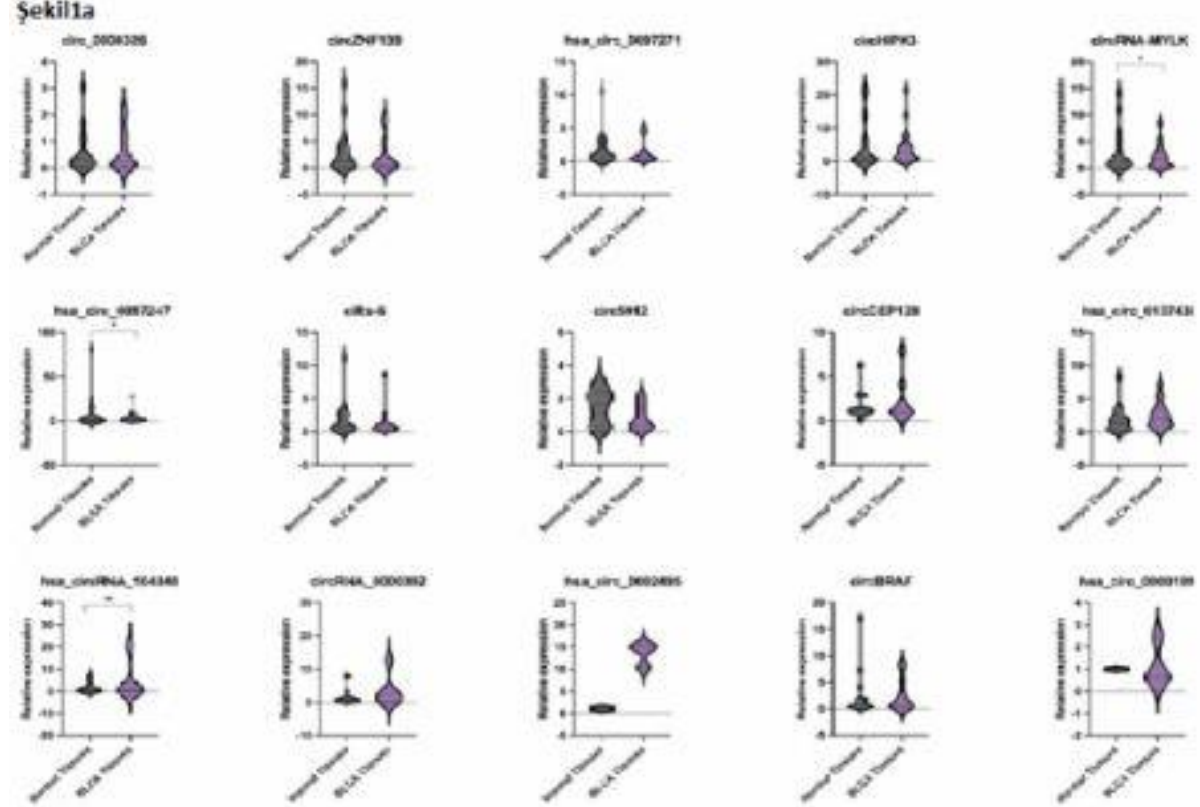


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

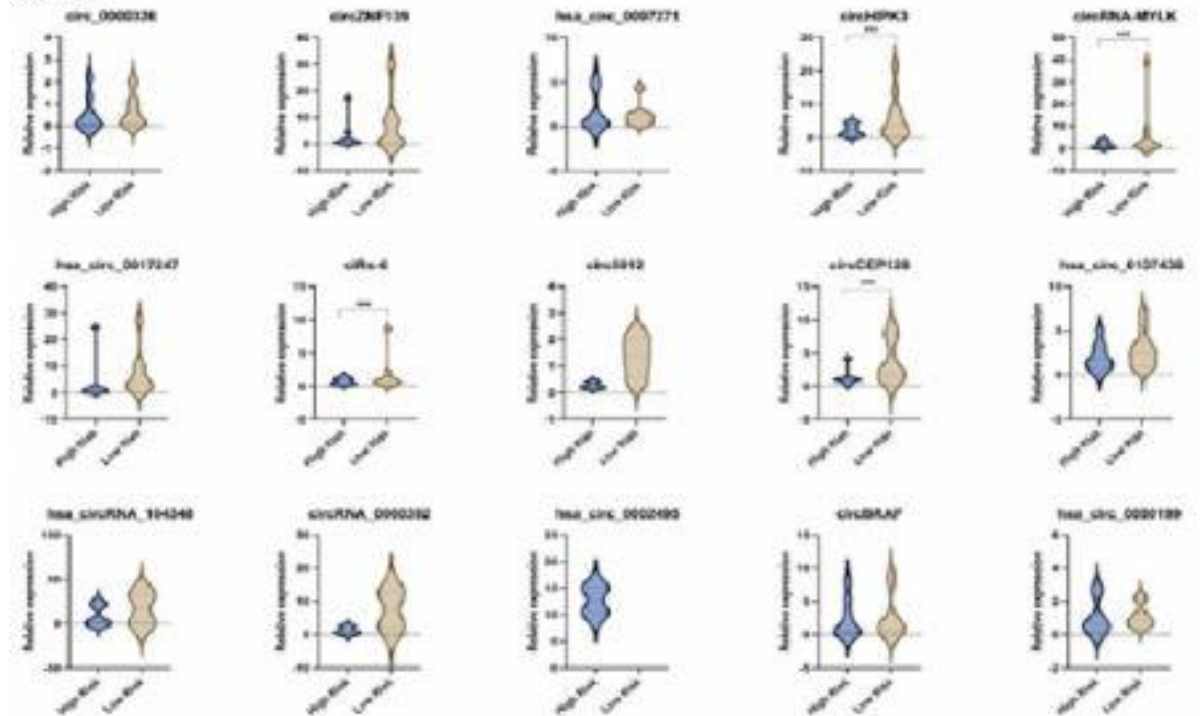
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil1



Şekil1b



Şekil1a:Seçilmiş circRNA'ların mesane kanserli ve sağlıklı kişilerdeki farklı ekspresyonu. (Yıldız işaretleri, istatistiksel önemi (*p < 0,05, **p < 0,01) göstermektedir.)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

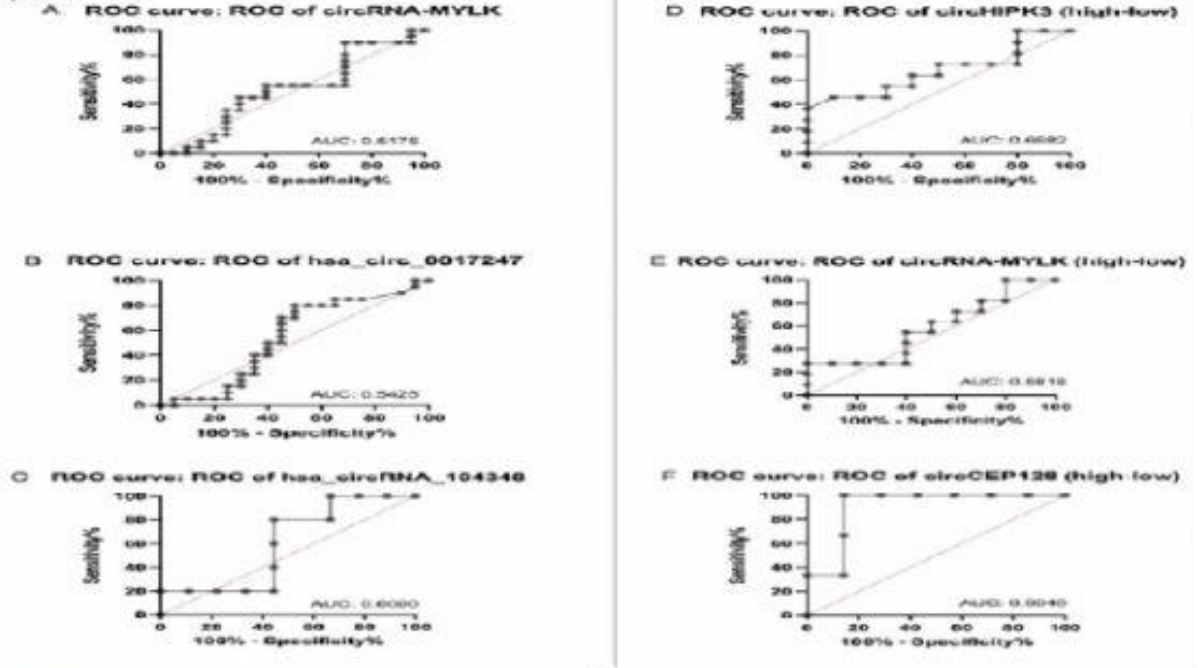
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



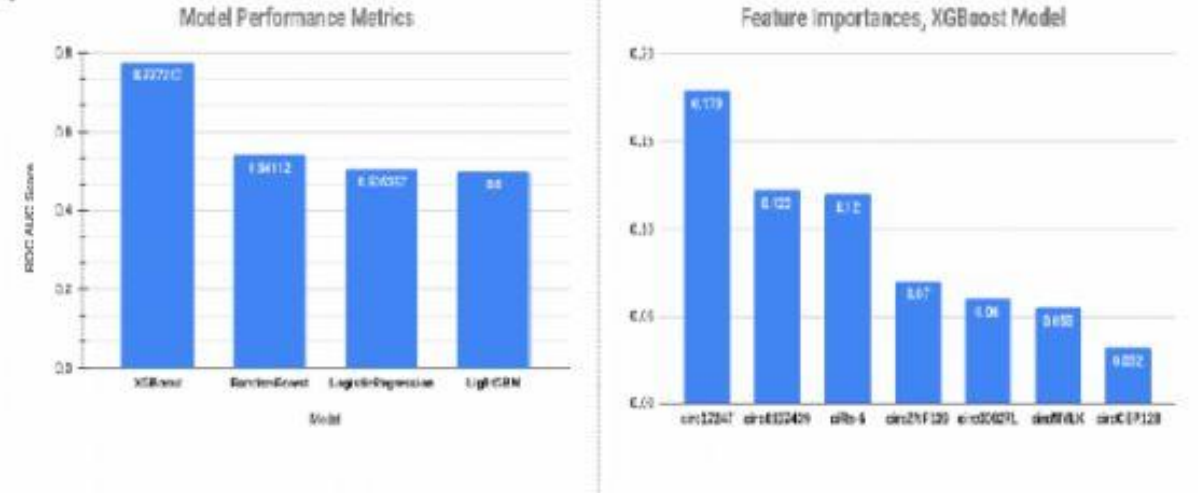
Şekil1b: Yüksek riskli ve düşük riskli mesane kanseri (BLCA) hastalarında circRNA'ların farklı ekspresyonu. Yıldız işaretleri, istatistiksel önemi (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$) göstermektedir.)

Şekil2

Şekil 2a



Şekil2b



A

B

Şekil2a: Mesane kanserinde tanı ve prognoz değerlendirmesi için aday circRNA'ların ROC eğrisi analizi. ROC eğrileri, seçili circRNA'ların (A-C) mesane kanseri-sağlıklı olguları ve (D-F) yüksek riskli ve düşük riskli mesane kanseri hastalarını ayırt etmedeki duyarlılık ve özgüllüğünü değerlendirmek için oluşturulmuştur.

Şekil2b: Dört makine öğrenimi sınıflandırıcısı arasında ROC/AUC puanları ve özellik önem puanlarının karşılaştırılması. A) ROC ve AUC puan performansları. En iyi sınıflandırma performansı XGBoost modelinde gözlenirken (AUC = 0,78), diğer modeller sınırlı tahmin yeteneği gösterdi. B) En iyi performans gösteren model tarafından seçilen en iyi circRNA'ların özellik önem puanları. Circ12747, circ0137439 ve ciRS-6, modelin tahmin performansına en





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



yüksek katkıyı gösterdi.

Çalışma Akış Şeması. Tablo 1

1) Olgu ve kontrol gruplarının belirlenmesi ve idrar örneklerinin alınması, süpernatant hücrelerin kriyopreservasyonu
2) İdrar örneği süpernatant hücrelerinden circRNA'yı da içeren total RNA izolasyonunun yapılması
3) Elde edilen RNA'lardan komplementer RNA çevriminin-cDNA reaksiyonunun gerçekleştirilmesi
4) Real-Time PCR ile hedef circRNA ifade düzeylerinin belirlenmesi
5) İstatistiksel ve biyoinformatik analizler
6) Makine öğrenim modellerinin eğitilmesi ve öngörü modellerinin oluşturulması

Çalışma Akış Şeması. Tablo 1

Tablo 2. Demografik ve klinikopatolojik özellikler

ÖZELLİKLER		OLGU	KONTROL
	Kategori	Yüzde(%)	Yüzde(%)
Yaş	30-49	4.2	12
	50-69	45.8	72
	70+	50	16
Cinsiyet	Erkek	91.7	72
	Kadın	8.3	28
Tümör boyutu	<3cm	33.3	
	>=3cm	66.6	
Tümör Sayısı	Soliter	37.5	
	Multipl	62.5	
Evre	Ta	66.7	
	T1	25	
	T2	8.3	
Derece	Düşük	66.7	
	Yüksek	33.3	
CIS	Var	8.3	
	Yok	91.7	
LVİ	Var	4.2	
	Yok	95.8	
Diferansiasyon	Skuamöz	16.7	
	Glandüler	4.2	
	Yok	79.1	
Risk Grubu	Kasa invaze	8.3	
	Kasa invaze olmayan		
	• Çok yüksek risk	16.6	
	• Yüksek risk	16.6	
	• Orta Risk	29.16	
	• Düşük risk	29.16	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2. Demografik ve klinikopatolojik özellikler





[SS-076]

Septin 9 expression in bladder cancer: a potential oncogenic role in tumor progression and epithelial-mesenchymal transition

Nuray Varol¹, Nevin Belder², Serhat Çetin³, Şeyma Gül Durgut⁴, Handan Yıldız⁴, Fazlı Polat³, Sinan Sözen³

¹Department of Medical Biology, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Türkiye

²Biotechnology Institute, Ankara University, Ankara, Türkiye

³Department of Urology, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Türkiye

⁴Department of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Afyon Karahisar Health Science University, Afyonkarahisar, Türkiye

Objective: Bladder cancer is a common urological malignancy worldwide and is associated with high mortality rates. Septin 9 (SEPT9), the fourth component of the cytoskeleton, has been implicated in epithelial-mesenchymal transition (EMT) and tumor progression, but its role in bladder cancer remains unclear. This study aimed to investigate SEPT9 expression in bladder cancer tissues and its potential effects on tumor biology.

Materials-Methods: A total of 34 primary bladder tumor tissues, adjacent normal bladder tissues from the same patients, and 4 normal bladder mucosa samples from non-cancer individuals were obtained by transurethral resection of the bladder (TUR-B). All patients were treatment-naïve, with no prior history of bladder cancer-related therapies. Gene and protein expression levels were evaluated by qPCR and Western blot. In addition, SEPT9 was silenced in the T24 bladder cancer cell line using siRNA, and subsequent effects on proliferation, migration, invasion, and EMT markers were assessed.

Results: The clinical characteristics of the patients are summarized in Table 1. SEPT9 expression was significantly higher in tumor tissues compared with both adjacent normal bladder tissues and normal mucosa from non-cancer patients ($p < 0.05$) (Figure 1A). When analyzed by tumor grade, no significant difference in SEPT9 expression was observed between low- and high-grade tumors (Figure 1B). However, stage-based comparison revealed that SEPT9 expression was higher in Ta-T1 tumors compared with T2-T3 tumors ($p < 0.05$) (Figure 1C). Western blot analysis confirmed increased SEPT9 protein levels in tumor samples (Figure 1D). In vitro, SEPT9 knockdown reduced cell proliferation, migration, and invasion ($p < 0.05$) (Figure 2). Furthermore, EMT marker analysis showed decreased N-cadherin and vimentin levels, while E-cadherin expression increased following SEPT9 suppression (Figure 3).

Conclusion: SEPT9 is overexpressed in bladder cancer tissues and promotes tumor progression through EMT-related mechanisms. Silencing SEPT9 reduces proliferation and invasion, highlighting its potential as both a therapeutic target and a biomarker in bladder cancer.

Keywords: septin 9, bladder cancer, biomarker, therapeutic target



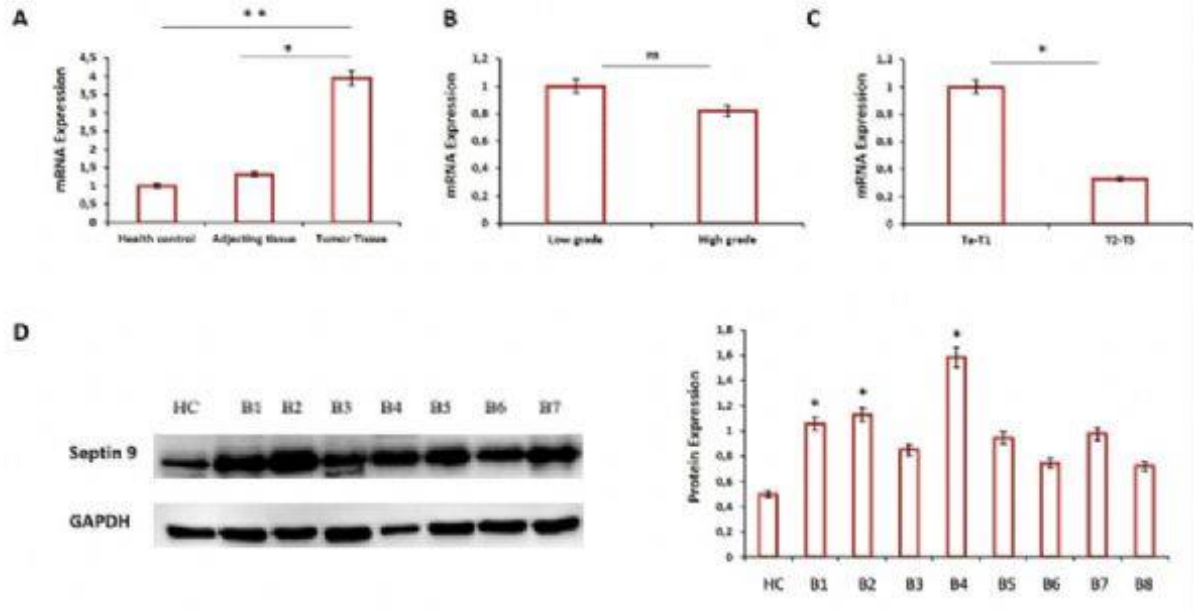


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM | Diamond
Otel, Antalya



Figure 1. Validation of SEPT9 expression in primary bladder cancer tissues and association between SEPT9 expression levels and clinicopathological parameters

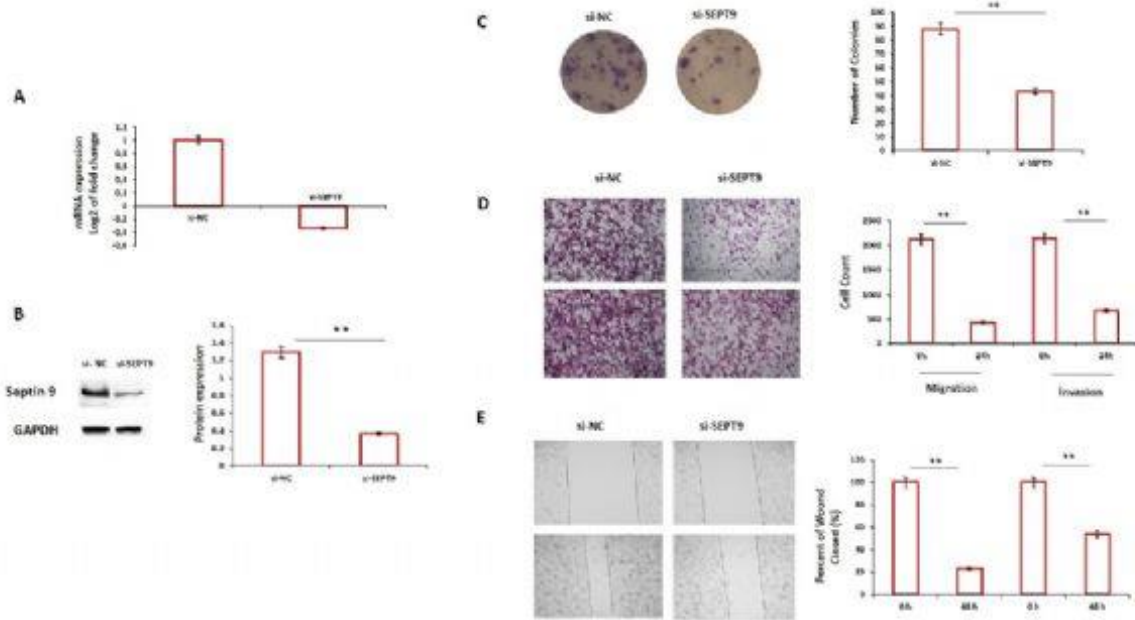


(A) SEPT9 expression level in bladder cancer tissues than normal bladder mucosae and pancancerous tissue at the transcriptional level (C,D) SEPT9 gene expression at different grades and stages of bladder cancer tissues (D) SEPT9 expression level in bladder cancer tissues than normal bladder mucosae and pancancerous tissue at the translational levels, respectively. SEPT9 gene expression at different stages of bladder cancer tissues. HC; healthy control, B1; pTa; B2; pT1, B3; pT1; B4; pTa; B5; pTa; B6; pT2; B7; pT2, B8; pT2. *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001.





Figure 2. The effect of SEPT9 knockdown on cell proliferation, invasion and migration in bladder cancer cells



(A, B) Confirmation of SEPT9 knockdown efficiency by qPCR and western blot, respectively (C, D and E) Cell proliferation, invasion and migration reduced in T24 cells after SEPT9 knockdown * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$.

Table 1. Clinical Characteristics of patients and controls

		Patients n=34	Healthy control n=4
Sex			
	Male	25	4
	Female	9	
Age, year			
	Median	69	57
	Range	45-91	36-66
Tumor stage, n(%)			
	pT0	1	-
	pTa	19	-
	pT1	3	-
	pT2	10	-



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	pT3	1	-
Tumor grade, n(%)			
	Low	19	-
	High	14	-





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-077]

CALD1, JAK1 ve STAT5 Ekspresyonunun Mesane Kanseri Prognosta Etkisi: İmmünoterapide Yeni Hedef Moleküller Olabilir mi?

İbrahim Halil Baloğlu¹, Serdar Arısan¹, Elif Damla Arısan², Nasip Ümran Turan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

²Gebze Teknik Üniversitesi, Biyoteknoloji Enstitüsü

Amaç: Amacımız mesane tümörlerinde immünoterapi hassasiyeti ilişkili hedef genlerden PD-L1 aracısı kaldesmonun (CALD1) mRNA ve protein ekspresyon seviyesinin ve JAK1 ve STAT5 mRNA ve protein ekspresyon düzeyinin mesane kanseri için prognostik ve hedef moleküller olabileceğini göstermektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma 27 adet mesane tümörü 28 adet sağlıklı hasta popülasyonu örnekleri içerecek şekilde 2 grupta planlandı. Tümör grubunda rezeke edilen tümör materyali örnekleri ve sağlam grupta mesane örneklerinde mRNA ve protein ifadesi belirlenmiştir.

Bulgular: Toplamda 55 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu 28 tümör grubu ise 27 hastadan oluşmaktaydı. Tümör grubu yaş ortalaması 68+/-10,1 kontrol grubu yaş ortalaması 60,78+/-7,82 olarak belirlendi. 6 hastada KİMK; 21 hastada KİOMK mevcuttu. 1 hastada mikropapiller varyant, 1 hastada kordoid karsinom saptandı. 6 hastada ise CIS pozitifliği mevcuttu. CALD1 proteini tümör dokusunda örneklerinde kontrol grubu doku örneklerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir (p=0,0001). Dokularda JAK1 protein düzeyi ise tümör grubunda düşük bant formasyonunda saptanmış olsa da kontrol grubuyla anlamlı farklılık izlenmiştir (p=0,01). Ancak düşük seviye antikor bağlanması, tümör ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılığı net olarak ortaya koyamamaktadır. STAT5 protein düzeyinin ise tümör grubunda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p=0,0001). CALD1, PD-L1, JAK1, STAT5 gen ifadeleri belirlemesi için toplanan RNA örnekleri arasında tümör grubunda tüm moleküllerde RNA ekspresyonunda artış saptanmıştır (Sırasıyla p=0,0001; p=0,0001; p=0,0001; p=0,0001) CALD-1 ve PD-L1 gen ifadesinin beraber değerlendirilmesinde tümör grubundaki gen ifadesi benzer artış ve azalma trendi göstermiştir (p<0,0005). Bu durumun kontrol grubundaki örnekler için anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,4014).

Sonuç: CALD1 tümör örneklerinde mRNA ve protein düzeyinde artış gösteren ifade düzeyi ile dikkat çekmiştir. Kontrol örneklerinde ise CALD1 bazal ifade düzeyinde temsil edilmiştir. Bununla birlikte STAT 5 in de ifade düzeyindeki değişiklikler de benzerlik göstermiştir. JAK1 ise protein düzeyinde zayıf antikor bağlanması göstermiş olup gruplar arası farklılık net olarak ayırt edilememiştir. mRNA düzeyinde CALD-1/PD-L1 ikili belirteci yüksek korelasyon ile tümör dokularında etkili biyobelirteçlerdir. Bu kapsamda hem CALD1 in hem de PD-L1 tümör gruplarında kontrol grubuna göre seçici olduğu belirlenmiştir. JAK1 ve STAT5 ise potansiyel seçici biyobelirteçlerdir.

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, PD-L1, CALD1, JAK1, STAT5



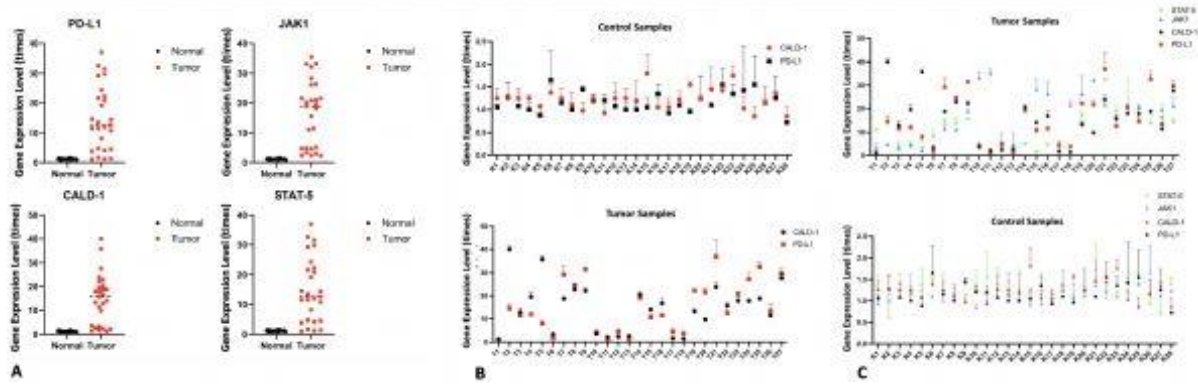


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Fig1

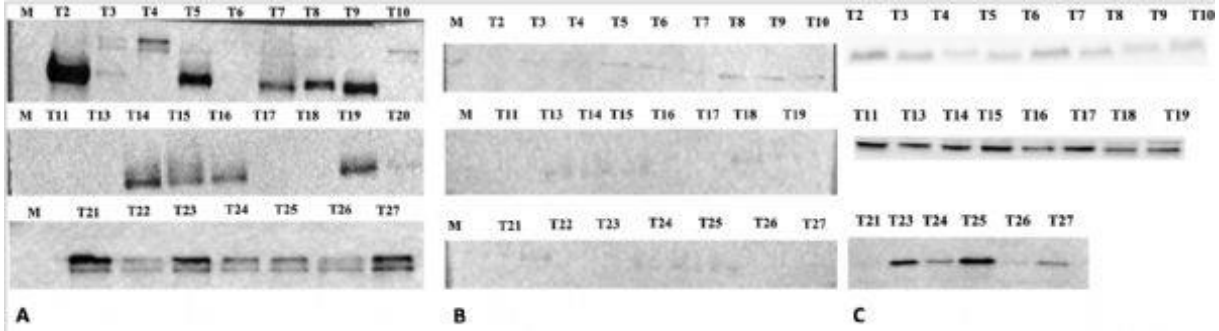


A: PD-L1 JAK1 STAT 5 CALD1 in tümör ve sağlıklı dokularda gen ekspresyon seviyesi farklılıkları

B: CALD1 ve PD-L1 ortak değerlendirmesinde Tümör ve Kontrol grubu gen ekspresyon seviyesi farklılıkları

C: CALD-1 PD-L1 JAK1 ve STAT5 ortak değerlendirmesinde tümör ve kontrol grubu gen ekspresyon seviyesi farklılıkları

Fig2



CALD-1 JAK1 VE STAT 5 immünotblama örneklem sonuçları A:CALD1 B:JAK1 C: STAT5



[SS-078]

Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Takibinde İdrar-Bazlı Uromonitor Testi: Türk Üroonkoloji Derneği Pilot Çalışmasının Erken Dönem Sonuçları

Deniz Bolat¹, Ender Özden², Cenk Yücel Bilen³, İlker Tinay⁴, Berk Karaca¹, Serdar Çelik¹, Levent Türkeri⁵

¹İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Samsun

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴Anadolu Sağlık Merkezi, Üroloji, Kocaeli

⁵Acıbadem Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Kasa invaze olmayan mesane kanserlerinin (KİOMK) takibinde, altın standart yöntem sistoskopi ve sitolojidir. (1) Sistoskopinin invaziv işlem olması ve sitolojinin düşük gradeli tümörlerdeki düşük duyarlılığı nedeniyle, gereksiz sistoskopilerin önüne geçmek için, zamanla genetik ve protein bazlı non-invaziv test geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda, DNA analizlerine dayanan Uromonitor® testi, gerçek zamanlı qPCR (kantitatif polimeraz zincir reaksiyonu) kullanarak KİOMK ile ilişkili üç genin (Telomeraz Ters Transkriptaz/TERT, Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptörü 3/FGFR3 ve Kirsten Sıçan Sarkomu Onkogen/KRAS) mutasyonlarını analiz eden idrar bazlı bir testtir. (2)

Materyal-Metod:

Türk Üroonkoloji Derneği bünyesinde gerçekleştirilen çalışmaya, İzmir Şehir Hastanesi'nde KİOMK nedeniyle kontrol sistoskopisi planlanan 30 hasta dahil edilmiştir. Hastalardan sistoskopi öncesi 10 ml idrar örneği alınmış ve Uromonitor testi için analiz edilmiştir. Sonrasında, hastalara fleksibl sistoskopi ve sitoloji ile biyopsi yapılmıştır. Uromonitor test sonuçları, sistoskopi ve sitopatoloji ile karşılaştırılıp analizi yapılmıştır. (Resim 1)

Sonuçlar:

Çalışmaya dahil edilen 29(30 hastadan 1'i çalışma dışı bırakılmış) hastanın %82.8'i erkek olup, ortalama yaş 71 (34-80) idi. Hastaların primer tümörlerinin %62.2'si Ta evresinde, %51.7'si düşük dereceli tümöre ve %37.9'u yüksek riskli KİOMK'a sahipti, %51.7'sine ise intravezikal tedavi uygulanmıştı. Sistoskopiye kadar geçen ortalama süre 6 ay olup, sistoskopi ve sitoloji sonuçlarına göre 4 hastada tümör saptanmış, bunlardan 3'ünde Uromonitor testi pozitif çıkmıştır. Pozitif test sonucu olan 3 hastanın birinin yüksek risk grubunda, diğer ikisinin ise düşük risk grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yüksek risk grubundaki hastada sistoskopi ile TaDd tümör tespit edilirken, düşük risk grubundakilerde tümör gözlemlenmemiştir. Testin pozitif olduğu 3 hastadan 1'inde FGFR mutasyonu, 1'inde FGFR geni 248. Kodon mutasyonu, 1'inde TERT geni promoter bölgesinde C. - 124C>T mutasyonu tespit edildi. Sistoskopi ile tümör saptanan 4 hastadan 2'si yüksek, 1'i orta, 1'i düşük risk grubundaydı. Yüksek risk grubundakinin Uromonitor testi pozitif iken, diğer 3'ü negatifti. Tanısal doğruluk analizinde, Uromonitor testinin özgüllüğü %92, duyarlılığı %25, pozitif öngörü değeri %33, negatif öngörü değeri %89 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 1-Resim 2)

Sonuç ve Değerlendirme:

Literatürde Uromonitor testinin özgüllük, duyarlılık, pozitif ve negatif öngörü değerleri sırasıyla %99, %87, %93 ve %99 olarak bildirilmiş olsa da (3) bizim sonuçlarımıza göre, bu testin KİOMK takibinde sistoskopinin yerini alması mümkün görünmemekle birlikte sistoskopiye yardımcı bir test olarak değerlendirilmelidir. Çalışmamızdaki kısıtlı sayıdaki hasta gözönünde bulundurulursa, bu sonuçların daha yüksek hasta volümü ile çok merkezli çalışmalara ihtiyacı vardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, Uromonitor, Üroonkoloji

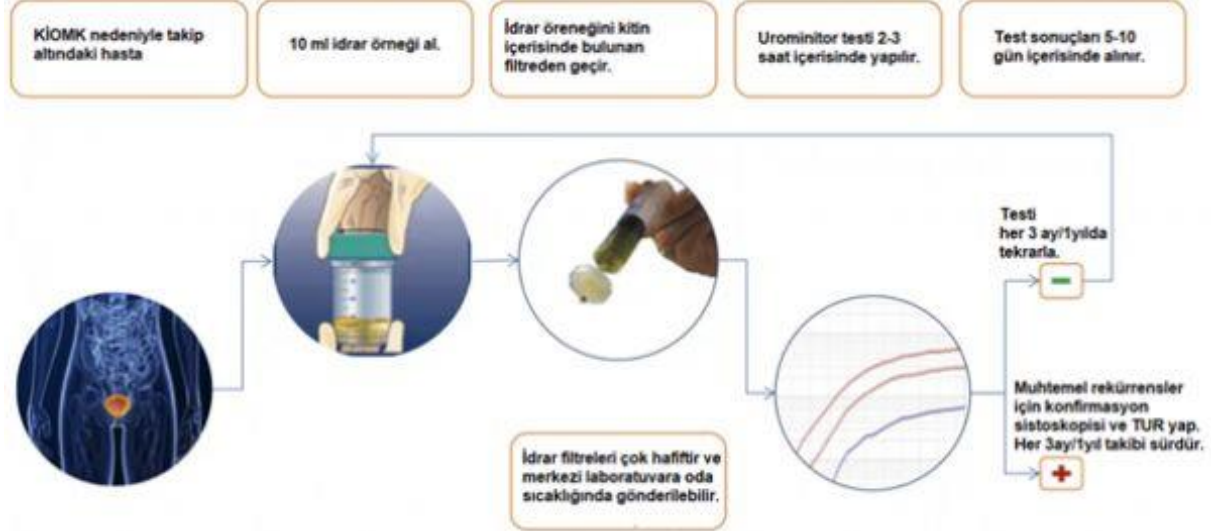


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1. Uromonitor testinin hazırlanışı



Resim 1. Uromonitor testinin hazırlanışı

Resim 2. Uromonitor Testi ile sistoskopi±sitopatolojinin karşılaştırmalı analizi

		SİSTOSKOPI±SİTOPATOLOJİ	
		POZİTİF (4)	NEGATİF (25)
UROMONITOR	POZİTİF (3)	1	2
	NEGATİF (26)	3	23

Resim 2. Uromonitor Testi ile sistoskopi±sitopatolojinin karşılaştırmalı analizi

Tablo 1. Demografik ve klinikopatolojik özellikler

N:29	
Yaş(Median(min-max))	71(34-80)
Cinsiyet	
• Erkek	24 (82.8)
• Kadın	5 (17.2)
Evre	
• Ta	18 (62.2)
• T1	5 (17.2)
• CIS	3 (10.4)
• T1+CIS	1 (3.4)
• T1+Glandüler diff	1 (3.4)
• Metastaz (meme ca)	1 (3.4)
Grade	
• Düşük dereceli	15 (51.7)
• Yüksek dereceli	9 (48.3)
EAU Risk kategorisi	
• Düşük	8 (27.6)
• Orta	5 (17.2)
• Yüksek	11 (37.9)
	4 (13.8)
	1 (3.5)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



• Çok yüksek • Metastaz	
İntravezikal tedavi • Almamış • Kemoterapi • BCG	14 (48.3) 5 (17.2) 10 (34.5)
Sistoskopiye kadar geçen süre (ay)	6 (3-21)
Sistoskopi±sitoloji±biyopsi • Pozitif • Negatif	4 (13.8) 25 (86.2)
Uromonitor • Pozitif • Negatif	3 (10.4) 26 (89.6)

Tablo 1. Demografik ve klinikopatolojik özellikler





[SS-079]

Benign Ve Malign Adrenal Lezyonlarda Klinik, Cerrahi Ve Patolojik Özelliklerin Karşılaştırmalı Analizi: Tek Merkezli Retrospektif Bir Çalışma

İsmail Önder Yılmaz¹, Mehmet Zubaroğlu¹, Nebil Akdoğan¹, Mehmet Gürkan Arıkan¹, Mutlu Değer¹, Volkan İzol²

¹Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, ADANA

²Özel Çukurova Üroloji Kliniği, ADANA

Amaç: Benign ve malign adrenal lezyonlar, klinik, cerrahi ve patolojik özellikler açısından belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle, bu tek merkezli retrospektif çalışmada her iki lezyon türü söz konusu özellikler yönünden analiz edilerek tanı ve tedavi yaklaşımlarına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Mart 2001 ile Aralık 2024 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na ait adrenal veri tabanı taranarak toplam 250 hasta değerlendirildi. Eksik verisi bulunanlar ve dışlanma kriterlerini karşılayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 149 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar, postoperatif patoloji sonuçlarına göre benign (n=117) ve malign (n=32) lezyonlar olarak iki gruba ayrıldı. Benign grupta; adrenokortikal adenom, miyelolipom, basit kist/psödokist, hemanjiyom, ganglionörom, schwannom, onkositik adenom, lipom/angiomyolipom ve nodüler hiperplazi gibi iyi huylu lezyonlar yer aldı. Malign grupta ise; adrenokortikal karsinom, malign feokromositoma/paraganglioma, primer adrenal lenfoma, nadir sarkomlar ve akciğer, meme, böbrek, gastrointestinal sistem gibi organlardan adrenal metastazlar yer aldı. Demografik, klinik, cerrahi ve patolojik özellikler karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı ve p<0,05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Benign ve malign adrenal lezyonlar karşılaştırıldığında, malign grupta BMI, 10 mm ve 5 mm trokar sayısı, anestezi süresi, kan transfüzyonu gereksinimi ve Clavien-Dindo $\geq$ Derece 2 komplikasyon oranı anlamlı derecede yüksektir (tümü p<0,05). Diğer tüm değişkenler (yaş, cinsiyet, kreatinin, hematokrit, lezyon boyutu, eşlik eden patolojiler, lezyon yönü, cerrahi giriş yolu, operasyon süresi, Clavien $\geq$ 2 dışı komplikasyonlar, kanama miktarı, dren çekilme ve taburcu süresi, spesimen ağırlığı ile takipte metastaz ve nüks) açısından ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05)(Tablo 1).

Sonuç: Malign adrenal lezyonlar, benign olgulara kıyasla daha yüksek kan transfüzyonu gereksinimi, artmış Clavien-Dindo $\geq$ Derece 2 komplikasyon oranı, daha uzun anestezi süresi ve fazla trokar kullanımı ile ilişkilidir. Bu durum, malign adrenal lezyonlarda cerrahi planlama ve multidisipliner yönetimin daha titiz yapılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal neoplaziler, Adrenalektomi ve cerrahi morbidite, Benign-malign adrenal lezyonların karşılaştırmalı analizi, Retrospektif kohort çalışması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1.

Tablo 1. Benign ve Malign Adrenal Lezyonların Demografik, Klinik, Cerrahi ve Patolojik Özellikler Açısından Karşılaştırılması			
	Benign	Malign	p
Yaş (Yıl)	57,37 ± 13,28	46,5 ± 11,36	0,714
Cinsiyet (n, %)			
Kadın	95 (%88,4)	19 (%59,4)	0,457
Erkek	22 (%11,6)	13 (%40,6)	
BMI	27,54 ± 4,7	25,18 ± 3,83	0,005
Kreatinin (pre op) (mg/dL)	1,0 ± 1,44	1,02 ± 1,23	0,902
Htc (pre op) (%)	39,57 ± 23,4	39,0 ± 25,4	0,096
Lezyon Boyutu (mm)	39,24 ± 4,4	42,78 ± 6,42	0,072
Ek Patoloji (n, %)			
Endokrin*	30 (%25,6)	4 (%12,5)	0,457
Jinekolojik**	6 (%5,1)	7 (%21,9)	
HT***	18 (%15,4)	0 (%0)	
Diğer****	6 (%5,8)	6 (%25)	
Yok	55 (%47,1)	12 (%40,6)	
Yön (n, %)			
Sağ	60 (%51,3)	10 (%31,2)	0,064
Sol	57 (%48,7)	22 (%68,8)	
Giriş Yolu (n, %)			
Transperineal	112 (%95,7)	32 (%100)	0,525
Retroparitoneal	5 (%4,3)	0 (%0)	
Triklor tünel (mm)			
10 mm'lik Port (n)	2,0 (0-3)	3,0 (1-4)	< 0,001
5 mm'lik Port (n)	1,0 (0-4)	3,0 (1-4)	
El Portu (n)	1,0 (0-1)	1,0 (0-1)	
Anestezi Süresi (dk)	141,84 ± 40,4	149,7 ± 35,7	0,0042
Operasyon Süresi	116,14 ± 40,71	112,38 ± 38,5	0,622
Per-op Komplikasyon (n, %)			
Yok	112 (%95,7)	22 (%68,8)	0,435
Var	5 (%4,3)	10 (%31,2)	
Kanama Miktarı (cc)	259,9 ± 73,5	350 ± 85,7	0,127
Kan Tx (n, %)			
Yok	115 (%96,3)	13 (%40,6)	0,007
Var	2 (%1,7)	19 (%59,4)	
Postop Komplikasyon (n, %)			
Yok	107 (%91,5)	22 (%68,8)	0,057
Var	10 (%8,5)	10 (%31,2)	
Clavien Sınıflaması (n, %)			
Derece 0	76 (%65)	9 (%28,1)	0,001
Derece 1	40 (%34,2)	17 (%53,1)	
Derece ≥ 2	1 (%0,8)	6 (%18,8)	
Dren Çıkılma (gün)	28,07 ± 7,89	28,03 ± 8,4	0,515
Talans Süresi (saat)	48,78 ± 37,11	45,38 ± 35,3	0,675
Spesimen Ağırlığı (gr)	59,7 ± 19,11	69,22 ± 23,86	0,129
Takip (n, %)			
Metastaz	3 (%2,6)	1 (%3,1)	0,822
Nüks	4 (%3,4)	0 (%0)	
Normal	110 (%94,0)	31 (%96,9)	

* Tiroid nodülü, paratiroid adenomu, hipofiz mikroadenomu, diabetes mellitus

** over kisti, endometrial hiperplazi, endometrial polip, endometrium kanseri, uterus fibroid (myom), histerektomi öyküsü, polikistik over sendromu

*** Hipertansiyon

**** kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı, safra kesesi taşı veya kolelizektomi, apandektomi, obezite, KOAH, sigara öyküsü, gastroözofageal reflü hastalığı

Benign ve Malign Adrenal Lezyonların Demografik, Klinik, Cerrahi ve Patolojik Özellikler Açısından Karşılaştırılması





[SS-082]

Berrak Hücreli Renal Karsinomda Patolojik Bulgular İle Sistemik İnflamatuvar Belirteçlerin İlişkisi

Osman Gerçek, Kutay Topal, Murat Cengizhan Atik, Melih Şenkol
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Üroloji Anabilimdalı, Afyonkarahisar

Amaç:

Berrak hücreli renal karsinom (BHRK), renal hücreli karsinomların en sık görülen alt tipidir ve biyolojik heterojenliği nedeniyle prognostik öngörüsü zordur. Klinik pratikte tümör evresi, histolojik derece ve patolojik özellikler önemli prognostik faktörlerdir. Son yıllarda sistemik inflamatuvar yanıtın tümör progresyonunda etkili olduğu vurgulanmakta ve tartışılmaktadır. Hemogram temelli inflamatuvar belirteçler (NLR, PLR, SII, SIRI, AISI) pek çok solid tümörde tümör biyolojisiyle ilişkili bulunmuş ancak BHRK'da patolojik bulgularla ilişkisi sınırlı çalışılmıştır. Bu çalışmada, radikal nefrektomi yapılan BHRK hastalarında sistemik inflamatuvar belirteçler ile patolojik parametreler arasındaki ilişki araştırıldı.

Gereç-Yöntem:

Haziran 2020-Haziran 2025 tarihleri arasında renal tümör nedeniyle radikal nefrektomi yapılan ve patolojide berrak hücreli karsinom saptanan 80 hasta dahil edildi. Aktif enfeksiyonu veya başka malignitesi olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların demografik verilerinin yanı sıra tümörün en büyük çapı (mm) kaydedildi. Hastaların operasyon öncesi son hemogram değerlerinden elde edilen; hematolojik parametreler ve sistemik inflamatuvar indeks değerleri hesaplandı ve kaydedildi. Hastaların patolojisi sonuçlarından; patolojik T evresi, Fuhrman derecesi, lenfovasküler ve perinöral invazyon varlığı incelendi. T1 ve T2 tümörler düşük T evresi olarak, T3 ve T4 tümörler yüksek T evresi olarak gruplandırıldı. Fuhrman 1 ve 2 derece tümörler düşük derece, 3 ve 4 derece tümörler yüksek derece olarak gruplandırıldı. Patoloji sonucundan elde edilen veriler ile preoperatif hemogram değerlerinden elde edilen hematolojik parametreler, inflamatuvar belirteçler ve diğer klinik bulgular karşılaştırıldı.

Bulgular:

Lenfovasküler invazyon %20, perinöral invazyon %10 idi. Düşük ve yüksek T evresi gruplarında hematolojik parametreler ve inflamatuvar belirteçlerde anlamlı fark yoktu. (Tablo 1) Fuhrman derecesinde göre sınıflandırılan gruplar arasında; yüksek Fuhrman derecesine (derece 3 ve 4) sahip grupta nötrofil, NLR, PLR, SII, SIRI ve AISI değerlerinin diğer gruba göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu izlendi (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.025$, $p=0.028$, $p=0.006$, $p=0.028$, $p=0.010$). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, tümör çapı, T evresi ve diğer hematolojik, inflamatuvar belirteçler açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2). Lenfovasküler veya perinöral invazyon varlığı ile inflamatuvar belirteçler arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç:

Bulgular, sistemik inflamatuvar yanıtın özellikle histolojik derece ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar, preoperatif dönemde kolaylıkla elde edilebilen hemogram temelli inflamatuvar indekslerin, berrak hücreli renal karsinom hastalarında özellikle tümör derecesini öngörmede yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Daha geniş hasta serilerinde ve uzun dönem takip verileriyle desteklenecek ileri çalışmalar, bu parametrelerin prognostik değerini daha güçlü şekilde ortaya koyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Berrak, Evreleme, İnflamatuvar

Hastaların Fuhrman derecesi ile hematolojik ve diğer klinik parametrelerinin karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Düşük Fuhrman Derecesi (Derece 1 ve 2) N=44 (n %) (Ort±SS)	Yüksek Fuhrman Derecesi (Derece 3 ve 4) N=36 (n %) (Ort±SS)	p
Yaş (yıl)	64.02±12.18	62.64±11.37	0.604
Cinsiyet Kadın Erkek	29 (65.9) 15 (34.1)	24 (66.7) 12 (33.3)	0.567
Tümör en büyük çapı	58.73±24.62	69.17±22.88	0.055
T evresi 1 2 3 4	19 (43.2) 14 (31.8) 7 (15.9) 4 (9.1)	8 (22.2) 9 (25) 15 (41.7) 4 (11.1)	0.051
Nötrofil (×103/μL)	5.19±2.33	7.71±5.39	0.025
Lenfosit (×103/μL)	1.86±0.72	1.71±0.79	0.379
Monosit (×103/μL)	0.61±0.23	0.73±0.41	0.485
Platelet (×103/μL)	260.61±61.46	299.25±108.94	0.117
NLR (%)	3.52±3.06	6.28±6.77	0.025
PLR (%)	163.06±79.88	212.47±113.50	0.028
MLR (%)	0.37±0.20	0.53±0.37	0.130
MPR (%)	0.0024±0.0011	0.0026±0.0017	0.581
SII (×103/μL)	599.00 (388.22-1143.95)*	1227.39 (543.61-2242.05)*	0.006
SIRI (×103/μL)	1.64 (0.86-2.64)*	2.31 (1.18-5.22)*	0.028
AISI (×106/μL2)	404.07 (216.92-702.78)*	612.11 (302.86-1620.10)*	0.010

(*:median (25-75 percentiles), NLR: neutrophil to lymphocyte ratio, PLR: platelet to lymphocyte ratio, MLR: monocyte to lymphocyte ratio, MPR: monocyte to platelet ratio, SII: systemic immune-inflammation index (neutrophil*platelet to lymphocyte ratio), SIRI: systemic inflammation response index (neutrophil* monocyte to lymphocyte ratio), AISI: aggregate index of systemic inflammation (neutrophil*platelet* monocyte to lymphocyte ratio))

Hastaların T evresi ile hematolojik ve diğer klinik parametrelerinin karşılaştırılması

	Düşük T Evresi (T1 ve T2 tümör) N=50 (n %) (Ort±SS)	Yüksek T Evresi (T3 ve T4 tümör) N=30 (n %) (Ort±SS)	p
Yaş (yıl)	64.40±12.03	61.73±11.32	0.330
Cinsiyet (Kadın) (Erkek)	18 (36) 32 (64)	9 (30) 21 (70)	0.633





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tümör en büyük çapı	54.18±21.23	78.83±21.23	<0.001
Fuhrman Derece			
1	8 (16)	0 (0)	
2	25 (50)	11 (36.7)	
3	15 (30)	10 (33.3)	
4	2 (4)	9 (30)	<0.001
Nötrofil (×103/μL)	6.40±4.28	6.19±4.05	0.968
Lenfosit (×103/μL)	1.79±0.77	1.80±0.74	0.945
Monosit (×103/μL)	0.64±0.29	0.70±0.38	0.739
Platelet (×103/μL)	268.46±78.98	293.90±99.92	0.196
NLR (%)	5.10±4.86	4.21±3.33	0.878
PLR (%)	179.16±94.85	195.51±106.31	0.487
MLR (%)	0.44±0.33	0.44±0.24	0.640
MPR (%)	0.0025±0.0013	0.0025±0.0015	0.554
SII (×103/μL)	687.54 (477.86-187.8.86)*	1020.11 (552.73-1471.15)*	0.518
SIRI (×103/μL)	1.71 (0.85-3.47)*	1.80 (1.22-3.23)*	0.605
AISI (×106/μL2)	431.04 (204.90-1097.42)*	483.80 (315.92-1149.67)*	0.404

(*:median (25-75 percentiles), NLR: neutrophil to lymphocyte ratio, PLR: platelet to lymphocyte ratio, MLR: monocyte to lymphocyte ratio, MPR: monocyte to platelet ratio, SII: systemic immune-inflammation index (neutrophil*platelet to lymphocyte ratio), SIRI: systemic inflammation response index (neutrophil* monocyte to lymphocyte ratio), AISI: aggregate index of systemic inflammation (neutrophil*platelet* monocyte to lymphocyte ratio))





[SS-083]

Asistanlıkta Edinilen Laparoskopi Deneyiminin Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarına Katkısı var mı?

Murat Gülşen¹, Cemil Aydın², Mehmet Necmettin Mercimek³, Ertuğrul Köse⁴, Onur Kalaycı⁵, Ender Özden¹

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

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çorum

³Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

⁴Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

⁵Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç:

Laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN), zorlu öğrenme eğrisi olan kompleks bir cerrahidir. Bu nedenle cerrahın laparoskopi eğitimi ve deneyim yolu, erken dönem sonuçlarda kritik rol oynayabilir. Bu çalışmada, yılda >70 LPN yapılan yüksek hacimli bir merkezde asistanlık eğitimi sırasında laparoskopi deneyimi kazanmış bir cerrahın (Asistan) ve laparoskopiyi uzmanlık sonrası gözlemci programı ile öğrenmiş bir cerrahın (Gözlemci) ilk 50 LPN vakasındaki perioperatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçları karşılaştırıldı.

Gereç-Yöntem:

Gözlemci cerrahın 4 aylık program sonrasında Ocak 2016 ile Eylül 2024 arasında ve asistan cerrahın Nisan 2021 ile Şubat 2024 arasında gerçekleştirdiği ilk 50 LPN olgusu retrospektif olarak incelendi. Demografik, tümör özellikleri, operatif parametreler (operasyon süresi, sıcak iskemi süresi, hemoglobin değişimi, yatış süresi, intraoperatif komplikasyonlar), onkolojik sonuçlar (histoloji, pT evresi, cerrahi sınır) ve postoperatif komplikasyonlar (Clavien-Dindo komplikasyon sınıflamasına göre) değerlendirildi. Trifecta; komplikasyon olmaması, sıcak iskemi süresinin <25 dakika olması, negatif cerrahi sınır elde edilmesi kriterleri ile tanımlandı. Pentafecta için ise trifecta'ya ek olarak; 1. yıl böbrek fonksiyonunun (CKD-EPI formülü ile hesaplanan eGFR) preoperatif değerin ≥ 90 'ının korunması ve CKD evre progresyonu olmaması kriterleri kullanıldı. Her iki cerrah da tüm olgularda transperitoneal yaklaşım ile gerçekleştirdi. Kategorik değişkenlerde Ki-Kare, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler ortanca gösterildi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular:

Demografik, peroperatif veriler ile onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar tablo 1'de verilmiştir. İki grup karşılaştırıldığında R.E.N.A.L. skorları anlamlı olarak farklıydı; asistan grubunda daha yüksek, gözlemci grubunda daha düşük bulundu (7,0 vs. 4,0; $p<0,001$). Operasyon süresi asistan grubunda daha kısaydı (115 vs. 139,5 dk; $p=0,003$). Sıcak iskemi ve postoperatif komplikasyonlar arasında anlamlı fark izlenmedi. Bir yıllık eGFR kaybı asistan grubunda daha düşük bulundu (-3,5% vs. -9,5%; $p=0,014$). Diğer parametrelerde gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç:

Asistanlık döneminde laparoskopi eğitimi alan cerrahın ilk 50 LPN olgusunda operasyon süresi daha kısa ve böbrek fonksiyonları daha iyi korunmuştur. Gözlemci programı ile laparoskopi öğrenmiş cerrah ise daha az kompleks olguları opere etmiştir. Buna rağmen onkolojik sonuçlar, komplikasyon oranları, trifecta ve pentafecta başarısı her iki grupta da benzer bulunmuştur. Bulgular, asistanlık sürecinde kazanılan laparoskopi deneyiminin fonksiyonel ve operasyonel avantajlar sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, parsiyel nefrektomi, Laparoskopi



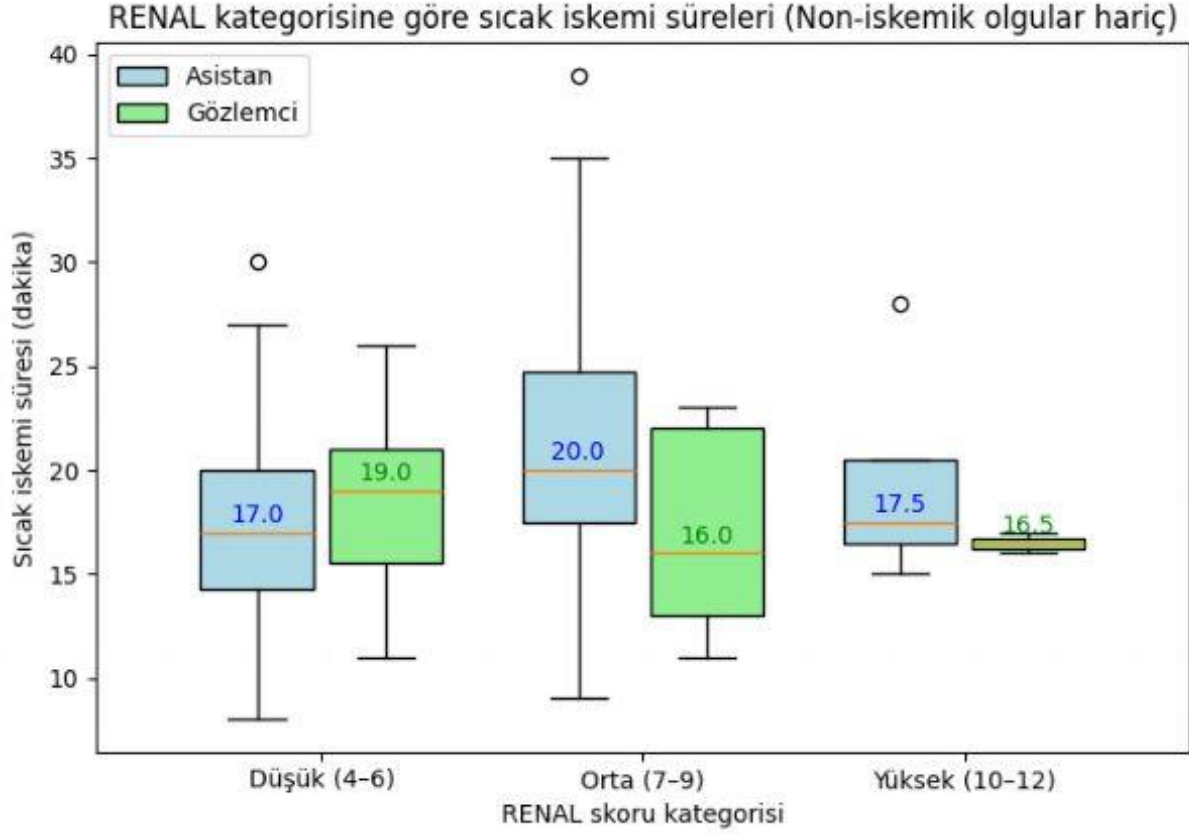


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1. RENAL skoru kategorilerine göre Asistan ve Gözlemci gruplarında sıcak iskemik sürelerinin dağılımı



(Non-iskemik olan olgular hariç)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Hastaların demografik, peroperatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçları

	Asistan	Gözlemci	p
n	50	50	
Yaş (Yıl)	58,5 [52,2-70,8]	65,0 [57,0-73,0]	0,142
Cinsiyet (E/K)	37/13	31/19	0,284
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	27,5 [25,1-30,6]	30,8 [28,4-32,8]	0,169
ASA skoru	2,0 [1,0-2,0]	3,0 [2,0-3,0]	0,781
HT	52%	46%	0,689
DM	28%	30%	1
Tümör boyutu (mm)	3,5 [2,5-4,5]	3,5 [2,5-4,5]	0,566
R.E.N.A.L Nefrometri Skoru	7,0 [5,0-8,0]	4,0 [4,0-5,0]	<0,001
Yüksek R.E.N.A.L Skoru	5 (10,0%)	2 (4,0%)	0,001
Orta R.E.N.A.L Skoru	24 (48,0%)	9 (18,0%)	
Düşük R.E.N.A.L Skoru	21 (42,0%)	39 (78,0%)	
Operasyon Süresi (dk)	115,0 [90,0-150,0]	139,5 [116,5-166,2]	0,003
Sıcak işlemi süresi (İskemik grupta)(dk)	18,5 [15,0-23,2]	18,0 [15,0-21,0]	0,458
İntraoperatif Komplikasyon	3 (%6)	3 (%6)	1
Açığa geçiş	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1
1. Gün Hemogloblin Değişimi (g/dl)	1,50 [1,23-2,30]	1,00 [0,33-1,70]	0,002
Postoperatif Komplikasyon			
Clavien 1-2	3 (%6)	4 (%8)	1
Clavien 3-4	1 (%2)	0	
Yatış süresi (gün)	3,5 [3,0-4,0]	4,0 [3,0-4,0]	0,692
1.Gün eGFR Yüzde Değişimi (ml/dk)	-9,8 [-16,5--2,3]	-2,1 [-13,8-0,0]	0,217
1.Yıl eGFR Yüzde Değişimi (ml/dk)	-3,5 [-8,9-0,3]	-9,5 [-20,5-0,0]	0,014
Malign /Benign Patoloji	39/11	49/1	0,056
Cerrahi Sınır Pozitifliği	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1
Trifecta Varlığı	39 (78,0%)	44 (88,0%)	0,287
Pentafecta Varlığı	26 (52%)	23 (%46)	0,689

(Kategorik değişkenler n(%), sürekli değişkenler ortanca [Çeyrekler arası aralık %25-75] olarak gösterildi.)





[SS-084]

3D slicer kullanılarak ölçülen tümör/ böbrek hacim oranının parsiyel/radikal nefrektomiye öngörme gücü

Cemil Aydın, Ahmet Taşcı, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.D

Amaç: 3D SLİCER programı kullanılarak preoperatif 3 boyutlu tümör hacmi, böbrek hacmi ve tümör/böbrek hacim oranının, uygulanacak cerrahiyi (Parsiyel/Radikal Nefrektomi) öngörmedeki performansını değerlendirmek ve çok değişkenli bir model oluşturmak. Renal hücreli karsinom(RCC), tüm kanserlerin yaklaşık %2'sini temsil etmektedir ve en yüksek insidans batı ülkelerinde görülmektedir. Belirlenmiş risk faktörleri arasında sigara, obezite, hipertansiyon, diyabet ve metabolik sendrom gibi faktörler yer almaktadır. Berrak hücreli, papiller ve kromofob olmak üzere 3 histolojik alt tipi vardır. RCC tedavi yaklaşımları, tümör evresi, hastanın genel durumu ve histolojik alt tipine göre belirlenmektedir. Lokalize RCC'de cerrahi yöntemler (parsiyel ya da radikal nefrektomi) birincil tedavi seçenekleridir. Parsiyel nefrektomi(PN), radikal nefrektomi(RN) ile karşılaştırıldığında, ortalama sağkalımı arttırdığı, postoperatif renal fonksiyonunu daha iyi koruduğu ve kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Hem AUA hem de EAU kılavuzları, tüm cT1a-b tümörler için PN'yi önermektedir. Cerrahi tipinin seçiminde tümör/böbrek hacmi oranı önemli bir belirleyici olabilir. Çalışmamızda, bu oranın parsiyel veya radikal nefrektomi kararını öngörmedeki etkinliği araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2023-Ağustos 2025 tarihleri arasında RCC tanısı alan ve parsiyel/radikal nefrektomi yapılan 41 vaka incelendi. Preoperatif dinamik tomografi 3D SLİCER programı kullanılarak 3 boyutlu modelleme tasarlandı. Her hasta için tümör hacmi ve böbrek hacmi hesaplanarak tümör (T)/böbrek (B) hacim oranı elde edildi. **Bulgular:** Tablo 1'de demografik özellikler gösterilmektedir. Ortalama T/B hacim oranı $0,419 \pm 0,749$ bulundu. Hastaların ortalama yatış süresi $5,63 \pm 1,89(3-11)$ 'dür. T/B hacim oranının ROC analizinde $AUC=0,99$ idi, $cut-off=0,306$ idi ve bu değer üstündeki hasatlarda RN'ye geçiş olduğu istatistiksel olarak da saptandı, sensitivite %100, spesifite %90,3 idi. Lojistik regresyon analizinde de T/B hacim oranının artış değeri ($cut-off=0,306$) radikal cerrahiye geçişi öngörmeye güçlü bir prediktif değer olarak bulundu ($OR \approx 6.7$, $p < 0.001$).

Sonuç: Renal hücreli kanserler sık görülen ürolojik kanserler arasındadır. Tedavisinde altın standart radikal nefrektomi olmakla birlikte, parsiyel nefrektomi ile seçilmiş hasta grubunda aynı onkolojik sonuçlar daha düşük komplikasyon ile elde edilmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz T/B hacim oranı %30'un üzerinde olduğunda radikal nefrektomiye gidiş olasılığı belirgin artmaktadır. Yine yüksek AUC değeri, bu oranın güvenilir bir parametre olduğunu desteklemektedir. Cerrahi planlama sürecinde tümör/böbrek hacmi oranının rutin değerlendirmelere eklenmesi klinik kararlara katkı sağlayabilir. Daha fazla hasta sayılı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: rcc, parsiyel nefrektomi, radikal nefrektomi, 3D slicer

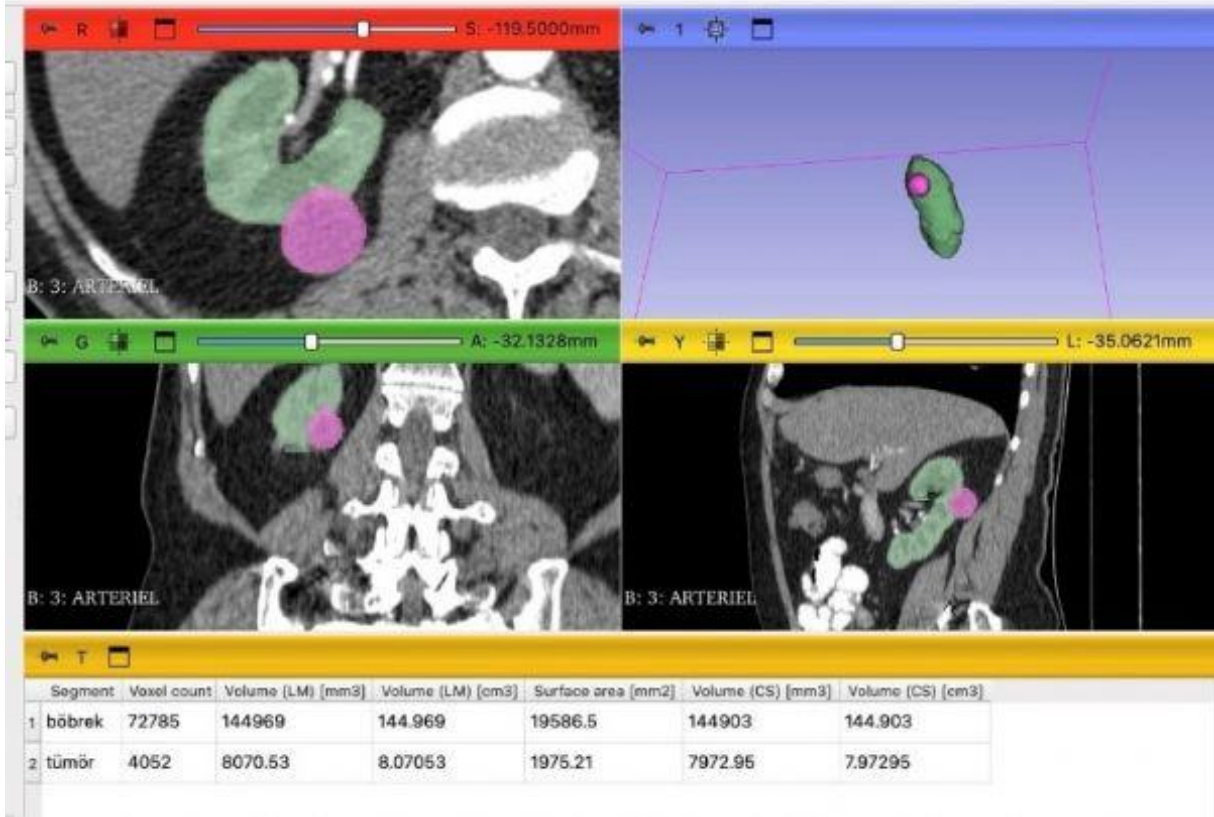


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



RESİM 1

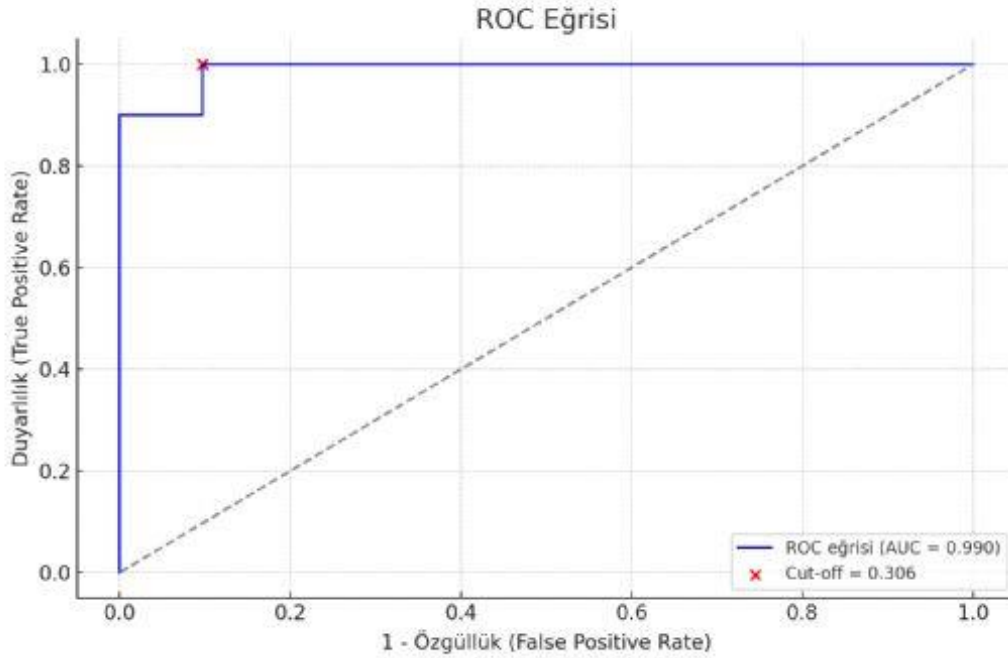


resim1





RESİM 2



resim 2

tablo 1

cinsiyet	Erkek: 20 (%48,8) Kadın: 21 (%51,2)
Ortalama Yaş	61,9 ± 10,96 yıl
Komorbiditeler	HT: %51 DM: %34 KAH: %26
Tümör Lateralizasyon	Sağ: %46 Sol: %54
Cerrahi Türü	PN: 31 hasta RN (PN planlanmış fakat RN yapılan): 10 hasta
Ortalama Tümör Boyutu	4,18 ± 1,99 cm
Ortalama Tümör Hacmi	58,28 cm ³
Ortalama Böbrek Hacmi	173,55 cm ³
Ortalama Tümör/Böbrek Hacim Oranı (T/B)	0,419 ± 0,749
Ortalama Yatış Süresi	5,63 ± 1,89 gün (3-11 gün arası)
Patolojik Tanı	Berrak hücreli RCC 23 hasta %56,1 Kromofob RCC 9 hasta %22,0 Papiller RCC 5 hasta %12,2 Anjiyomyolipom (AML) 4 hasta %9,8



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Patolojik Evre	T1a 18 hasta T1b 11 hasta T2a 2 hasta T3a 4 hasta
Cerrahi Sınır	36 hasta negatif 5 hasta pozitif

tablo1

tablo 2

Cut-off	Sensitivite	Spesifite
0.007	1.0	0.0
0.04	1.0	0.226
0.045	1.0	0.29
0.306	1.0	0.903
0.323	0.9	0.903
0.37	0.9	1.0
3.33	0.1	1.0

ROC Cut-off Değerleri ve Performans Göstergeleri





[SS-085]

Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomlarında İnflamatuvar Marker, Patolojik Parametre ve Demografik Özelliklerin Prognostik Önemi

Baran Sevgi, Muhammed Selçuk Özer, Can Sinirsiz, Can Ahmet Karabacak, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, İlhan Çelebi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Üst üriner sistem ürotelyal karsinomlu (ÜSÜK) hastalarda inflamatuvar markerlar (NLR, PLR, SII), patolojik parametreler ve demografik özelliklerin kansere özgü sağkalım (CSS) ve Nüksüz Sağkalım (RFS) üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL – METOD

Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Kliniğinde Ocak 2012 – Ocak 2024 tarihleri arasında merkezimizde ÜSÜK tanısıyla radikal nefrektomi veya nefroüretrektomi yapılan 97 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, sigara, HT, DM), patolojik evre bilgileri, inflamatuvar markerları (NLR, PLR, SII), sitoloji sonuçları, eş zamanlı veya takipte mesane tümörü varlığı, metastaz ve mortalite kayıtları değerlendirildi. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Ortanca yaş 69 (34–90) yıl olup, hastaların %70,1'i erkekti. Sigara öyküsü %49,5, hipertansiyon %55,7, diyabetes mellitus %15,5 oranında izlendi. Eş zamanlı mesane tümörü %30,9 hastada görüldü. Takip süresinde %26,8 hastada mesane nüksü, %12,4 hastada metastaz, %43,3 hastada kansere bağlı ölüm gerçekleşti.

Yaş $> 72,5$ yıl olanlarda CSS anlamlı olarak daha düşüktü ($HR=2,439$; $p=0,005$). Yüksek NLR ($> 4,17$), PLR ($> 156,8$) ve SII ($> 832,9$) değerleri kısa CSS ile ilişkili bulundu (sırasıyla $p=0,013$, $p=0,017$, $p=0,027$). Patolojik evre ilerledikçe CSS anlamlı derecede kısaldı; pT4 tümürlü hastalarda risk en yüksekti ($HR=14,868$; $p=0,002$).

Adjuvan kemoterapi alan grupta CSS başlangıçta daha kısa olmasına rağmen (25 ay vs 46,5 ay; $p=0,001$), multivaryant analizde fark istatistiksel anlamlılığını kaybetti ($p=0,621$). Lenfadenektomi yapılan hastalarda CSS daha kısa izlendi (30 ay vs 44 ay; $p=0,028$).

Cinsiyet, sigara öyküsü, hipertansiyon, diyabetes mellitus, sitoloji pozitifliği, operasyon sonrası mesane tümörü gelişimi ve hidronefroz ile CSS arasında anlamlı ilişki saptanmadı (tümü için $p > 0,05$). RFS analizlerinde ise hiçbir parametre ile anlamlı ilişki izlenmedi.

SONUÇ

ÜSÜK hastalarında ileri yaş, yüksek tümör evresi ve artmış inflamatuvar marker düzeyleri (NLR, PLR, SII) kansere özgü sağkalım üzerinde olumsuz etki göstermektedir. Demografik faktörler ve eşlik eden hastalıklar prognostik değer taşımamaktadır.

Adjuvan kemoterapi ve lenfadenektomi gruplarında ise başlangıçta farklılık gözlenirse de çok değişkenli analizde bu sonuçların anlamlılığını kaybettiği görüldü. Bu durum, adjuvan kemoterapi alan veya lenfadenektomi yapılan hastaların büyük oranda ileri evre tümöre sahip olmalarıyla açıklanabilir. Bulgularımız, inflamatuvar markerların klasik patolojik parametrelerle birlikte ÜSÜK hastalarının prognostik sınıflandırılmasında dikkate alınabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomu, İnflamatuvar Marker, Kanser Spesifik Sağkalım

Tablo 1 Klinik ve Demografik veriler

Yaş (ortalama $\pm$ SD)	69 $\pm$ 9,7 yıl





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Cinsiyet (E/K)		68/29
Sigara öyküsü (n,%)		48 (49,5%)
Hipertansiyon (n,%)		54 (55,7%)
Diabetes Mellitus (n,%)		15 (15,5%)
Koroner Arter Hastalığı (n,%)		16 (16,5%)
KOAH (n,%)		18 (18,6%)
Patolojik Evre (n,%)		
	pTa	14 (%14,4)
	pT1	41 (%42,3)
	pT2	11 (%11,3)
	pT3	22 (%22,7)
	pT4	9 (%9,3)

Tablo 2 Parametrelerin CSS ile ilişkisi

		Ortalama CSS (ay)	Hazard Ratio	p
Yaş	<= 72,5	48,1	1	
	> 72,5	32,1	2,439	0,005
NLR	<= 4,17	46,1	1	
	> 4,17	34,1	3,950	0,01
PLR	<= 156,8	46,3	1	
	> 156,8	39,2	1,876	0,01
SII	<= 832,9	47,9	1	
	> 832,9	35,7	2,102	0,02
Adjuvan KT	Yok	48,4	1	
	Var	25,6	3,306	0,001
Lenfadenektomi	Yok	46,2	1	
	Var	30,8	2,138	0,028
Patoloji	pTa-pT1	52,1	1	
	pT2	33,3	6,122	0,032
	pT3	28,5	8,985	0,008
	pT4	22,2	14,868	0,002





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya





[SS-086]

Parsiyel nefrektomide korunan böbrek parankim hacminin fonksiyonel sonuçlara etkisi: geliştirilmiş ölçüm ve öngörü modellerinin değerlendirilmesi

Ahmet Furkan Özsoy¹, Abdurrahman Jafarov¹, Yusuf Hüzeyfe Şahin¹, Ahmet Doruk Güler¹, Çağrı Akpınar¹, Muhammed Arif İbiş¹, Muratcan Karaburun³, Tuğba Hoca Akkayagil², Evren Süer¹

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Çalışmanın birincil amacı, parsiyel nefrektomi (PN) sonrası fonksiyonel sonuçlar üzerinde korunan parankim hacmi yüzdesinin (PPVP) ve kalan parankimin iskemiye takiben iyileşme kapasitesinin (Reciskemi) etkisini, yazılım tabanlı, objektif ve ileri düzey bir yöntem kullanarak değerlendirmektir. İkincil amaç ise PPVP'nin olası öngörücü faktörlerini belirlemektir.

Gereç-Yöntem:

2019-2023 yılları arasında parsiyel nefrektomi geçiren ve gerekli görüntüleme verileri bulunan 85 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi (≤ 3 ay) ve ameliyat sonrası 3-6. ay döneminde elde edilen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri, yarı otomatik üç boyutlu yazılım aracılığıyla incelenerek PPVP hesaplandı. Sürekli değişkenler Spearman korelasyon testi ile analiz edildi. Korunmuş ipsilateral glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ile PPVP'nin öngörücülerini belirlemek için çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanıldı. "Recischaemia", korunmuş ipsilateral GFR yüzdesinin PPVP'ye normalize edilmesiyle tanımlandı.

Bulgular:

Median yaş 62 idi. Tümör boyutu 0-4 cm olan 53 hasta (%62.4) ve 5-7 cm olan 30 hasta (%35.3) vardı. Hastaların 42'si (%49.4) düşük, 33'ü (%38.8) orta ve 10'u (%11.8) yüksek renal nefrometri skoruna sahipti. Median preoperatif ve postoperatif ipsilateral GFR sırasıyla 47 ve 35.3 mL/dk/1.73 m² olup, median korunmuş GFR yüzdesi %77.9 (IQR: 65.71-89.7) idi. Median global GFR kaybı -10 (IQR: -21, -0.5) olarak bulundu. Median preoperatif ve postoperatif parankim hacmi sırasıyla 143.8 mL ve 104.4 mL iken, PPVP %77.9 (IQR: 65.71-89.7) olarak hesaplandı. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde, tümör boyutunun 8-10 cm olması PPVP'yi azaltan tek bağımsız değişken olarak saptandı. PPVP ile korunmuş ipsilateral GFR arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon izlendi ($p = 0.47$, $p < 0.001$). Ayrıca çok değişkenli analizde, korunmuş ipsilateral GFR'nin en güçlü ve tek anlamlı belirleyicisi PPVP idi ($\beta = 55.96$, $p < 0.001$). İskemi süresi ile Recischaemia arasında ise Spearman korelasyon analizine göre anlamlı bir negatif ilişki mevcuttu ($p = -0.215$, $p = 0.05$).

Sonuç:

Parsiyel nefrektomi sırasında korunan parankim hacmi, postoperatif dönemde ipsilateral böbrekteki GFR kaybını belirleyen en önemli faktör olup; fonksiyonel sonuçların korunabilmesi açısından cerrahi sırasında en fazla önem gösterilmesi gereken husus olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parankimal kalınlık, Reciskemi, ipsilateral GFR, PVPP



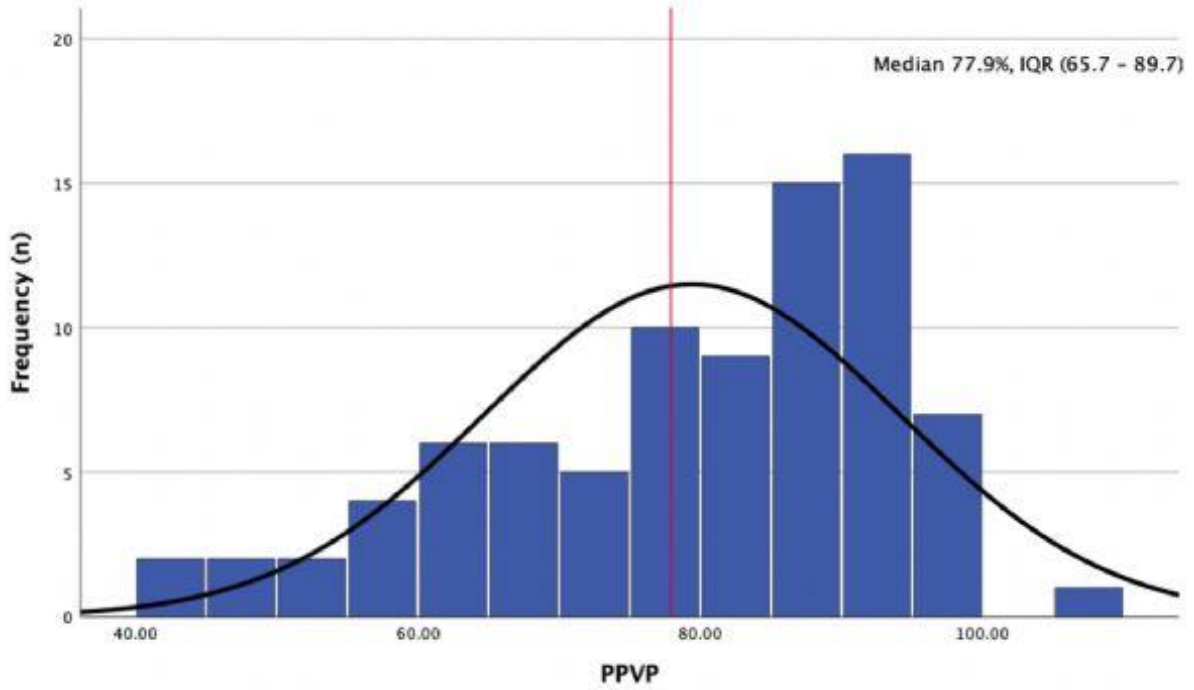


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

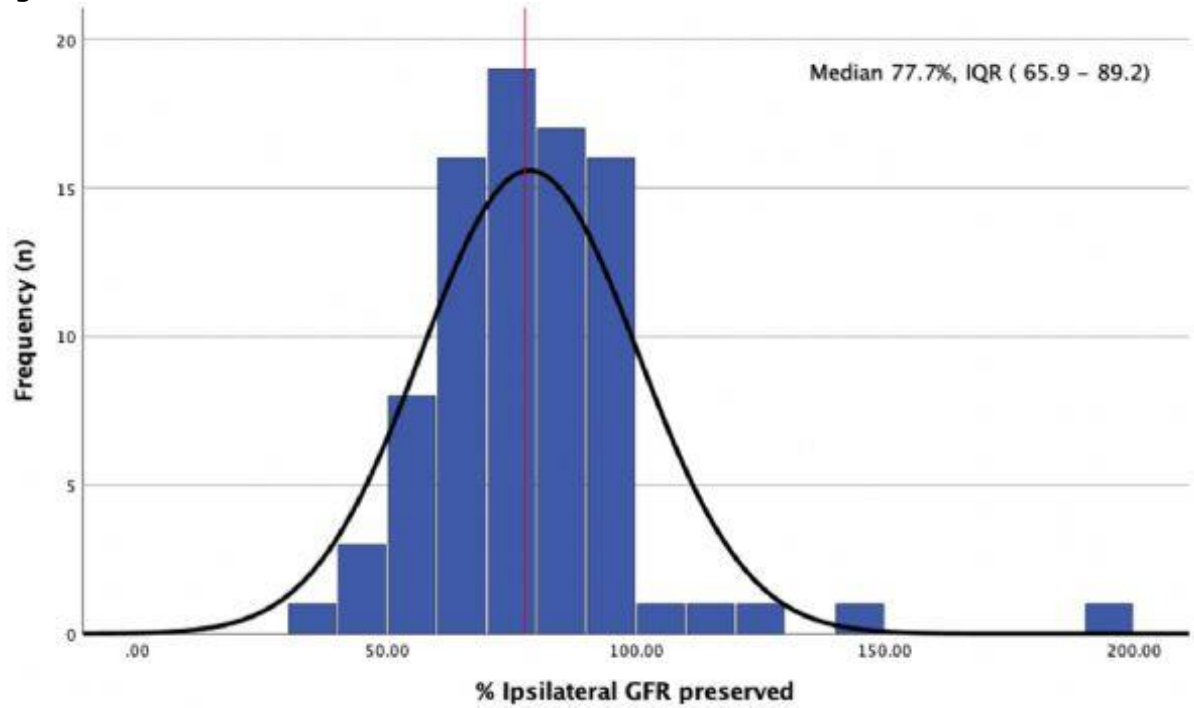
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Figür 1



Figür 2



Demografik ve Klinik Karakteristik Özellikler

Variable	Values





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Yaş, yıl, median (IQR)	62 (52-68)
BMI, median (IQR)	27.6 (24.9 – 31.2)
Erkek, n (%)	62 (72.9)
Hipertansiyon, n (%)	39 (45.9)
Diyabetes Mellitus, n (%)	15 (17.6)
CVD, n (%)	9(10.6)
Sigara içici, n (%)	33 (38.8)
ASA skoru ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4	40 (47.1) 35 (41.2) 9 (10.6) 1 (1.2)
Tümör boyutu, n (%) 0-4 cm 5-7 cm 8-10 cm	53 (62.4) 30 (35.3) 2 (2.4)
Tümör yeri, n (%) Üst pol Orta pol Alt pol	26 (30.6) 25 (41.2) 24 (28.2)
R.E.N.A.L. nefrometri skoru, n (%) Düşük (4 – 6) Orta (7- 9) Yüksek (10 – 12)	42 (49.4) 33 (38.8) 10 (11.8)
Egzofitik, n (%)	71 (83.5)
Toplayıcı sisteme uzaklık, median (IQR)	7 (3 – 9)
Tümör yeri, ön taraf, n (%)	47 (55.3)
Polar çizgi durumu, n (%) Temas yok Polar çizgi geçildi/ orta hat geçilmedi Orta hat geçildi/ çizgiler arası	31 (36.5) 28 (32.9) 26 (30.6)
Patolojik Evre, n (%) T1a T1b T2a T3a T4	57 (67.1) 23 (27.1) 1 (1.2) 3 (3.5) 1 (1.2)
PV ve fonksiyonel sonuçlar	
İpsilateral PV, mL, median (IQR) Preoperative Postoperative % preserved	143.8 (106.5 – 183.7) 104.4 (86 – 140.7) 77.9 (65.71 – 89.7)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



İpsilateral GFR, mL/min/1.73 m2, median (IQR)	47 (38.5-54.8)
Preoperative	35.4 (25.9 – 45.0)
Postoperative	77.7 (65.9-89.2)
% preserved	
Global GFR, mL/min/1.73 m2, median (IQR)	89 (74-102)
Preoperative	77 (56-92.5)
Postoperative	88.5 (75.8 – 98.4)
% preserved	
Global GFR loss, median (IQR)	-10 (-21, -0.5)
Reciskemi, median (IQR)	98 (84- 112)





[SS-087]

Cerrahi Stresin Sessiz Sinyalleri: Laparoskopik Nefrektomide Cerrahin Kalp Hızı Takibi

Hüseyin Alperen Yıldız¹, Emrullah Söğütülen², İbrahim Dönmez³

¹Hüseyin Alperen Yıldız, Department of Urology, Bolu Abant İzzet Baysal University, School of Medicine, Bolu, Türkiye

²Emrullah Söğütülen, Department of Urology, Bolu Abant İzzet Baysal University, School of Medicine, Bolu, Türkiye

³İbrahim Dönmez, Department of Cardiology, Bolu Abant İzzet Baysal University, School of Medicine, Bolu, Türkiye

Amaç: Ameliyathane, cerrahların zaman baskısı, teknik güçlükler ve sürekli karar verme zorunluluğu gibi çok sayıda stres faktörüyle karşı karşıya kaldığı yüksek riskli bir ortamdır. Artan intraoperatif stres, bilişsel ve motor fonksiyonları bozarak hata riskini artırmakta, operasyon süresini uzatmakta ve cerrahın tükenmişliğine yol açabilmektedir. Stresin fizyolojik göstergeleri arasında yer alan kalp hızı (HR), sempatik aktivasyonu yansıtan basit, güvenilir ve non-invaziv bir parametredir. Literatürde cerrahın gerçek zamanlı intraoperatif stres düzeyini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, laparoskopik nefrektomi sırasında cerrahın kalp hızındaki değişimlerin cerrahi fazlara göre değerlendirilmesi ve bu değişimlerin operasyon süresi ile tümör boyutu arasındaki ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ağustos 2023-Ocak 2025 tarihleri arasında aynı ürolog tarafından gerçekleştirilen 52 laparoskopik nefrektomi operasyonu prospektif gözlemsel tasarımda incelendi. Cerrahın kalp hızı, 3 derivasyonlu Holter EKG cihazı ile sürekli kaydedildi ve Telesmart-H yazılımı ile analiz edildi. Kalp hızı şu fazlara ayrıldı: bazal (Holter takılması), ameliyathaneye giriş (HR0), trokar yerleştirme (HR1), üreterin bulunması (HR2), renal arterin klemplenmesi (HR3), spesimen çıkarılması (HR4) ve operasyon sonu. Hastaların yaşı, tümör boyutu ve operasyon süresi kaydedildi. İstatistiksel analizde Friedman testi, ikili karşılaştırmalarda Wilcoxon testi, korelasyonlarda ise Pearson katsayısı kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $62,8 \pm 12,7$ yıl, operasyon süresi $152,4 \pm 50,6$ dk, tümör boyutu $7,3 \pm 2,7$ cm idi. Cerrahın ortalama kalp hızı $90,5 \pm 18,6$ bpm bulundu. Bazal HR $66,9 \pm 11,3$ bpm iken, renal arter klempleme aşamasında (HR3) $106,7 \pm 15,6$ bpm ile en yüksek değere ulaştı. Spesimen çıkarımı sırasında (HR4) $99,6 \pm 11,2$ bpm'e düşüş izlendi ancak değerler bazal seviyelerin üzerinde kaldı. Fazlar arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). HR0'dan sonraki tüm fazlarda anlamlı artış, HR3'ten HR4'e geçişte ise anlamlı azalma görüldü. Ortalama HR ile operasyon süresi ($r = 0,059$, $p = 0,775$) ve tümör boyutu ($r = -0,214$, $p = 0,294$) arasında anlamlı korelasyon bulunmadı.

Sonuç: Bu çalışma, laparoskopik nefrektomi sırasında cerrahın kalp hızının operasyon boyunca kademeli olarak arttığını ve en yüksek seviyeye vasküler kontrol fazında ulaştığını göstermektedir. Bulgular, intraoperatif stresin operasyon süresi veya tümör boyutundan çok belirli cerrahi adımlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Gerçek zamanlı HR takibinin, cerrahi süreçte en yüksek stres oluşturan anların belirlenmesinde yararlı bir yöntem olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım, cerrahi eğitimde, iş akışı düzenlemelerinde ve cerrah sağlığını korumaya yönelik stratejilerde kullanılabilir. Farklı cerrahları kapsayan ve ek stres parametrelerini içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

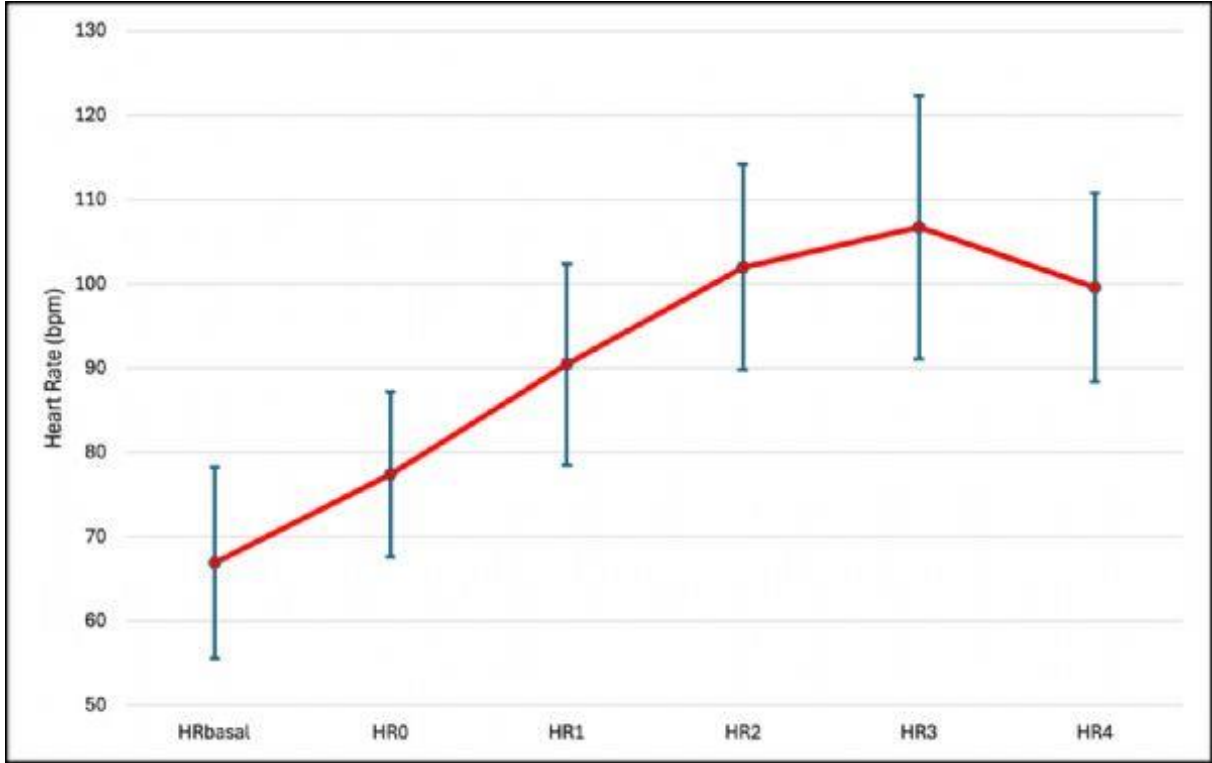
Anahtar Kelimeler: Kalp hızı takibi, İntraoperatif stres, Laparoskopik nefrektomi

Şekil 1: Cerrahi evreler boyunca cerrahın ortalama kalp hızı değişimi. (bpm: dakikadaki atım sayısı; mavi çubuklar $\pm SD$ 'yi göstermektedir.)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Cerrahin Kalp Hızının Cerrahi Evreler Arasındaki İkili Karşılaştırması

	Wilcoxon İstatistik	p
HR0 vs HR1	103.0	<0.001
HR0 vs HR2	10.5	<0.001
HR0 vs HR3	25.0	<0.001
HR0 vs HR4	7.0	<0.001
HR1 vs HR2	137.5	<0.001
HR1 vs HR3	152.5	<0.001
HR1 vs HR4	247.0	<0.001
HR2 vs HR3	401.0	0.035
HR2 vs HR4	463.0	0.199
HR3 vs HR4	313.5	<0.001

Laparoskopik Nefrektomi Evrelerinde Cerrahin Ortalama Kalp Hızı

Phases of Holter monitoring	Timepoint	Mean HR (bpm) ± SD
HR basal		66.90 ± 11.34
Operating room entry	t0	



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



HR0		77.40 ± 9.80
Trocar insertion	t1	
HR1		90.42 ± 11.95
Ureter identification	t2	
HR2		101.96 ± 12.21
Artery clamping	t3	
HR3		106.69 ± 15.62
Specimen removal	t4	
HR4		99.57 ± 11.22
End of the operation	t5	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-088]

Radikal Nefroüretrektomi Sonrası Onkolojik Sonuçları Etkileyen Faktörler: Türk Üroonkoloji Derneği Çok Merkezli Çalışması

Fesih Ok¹, Volkan İzol², Çağrı Akpınar³, Murat Gülşen⁴, Ata Özen⁵, Sinan Sözen⁶, Ahmet Vural⁷, Talha Müezzinoğlu⁸, Ahmet Güdeloğlu⁹, Mehmet Fatih Şahin¹⁰, Güven Aslan¹¹, İlker Tinay¹², Deniz Bolat¹³

¹Adana Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁴Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁷Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁸Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

¹⁰Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

¹¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı / Anadolu Sağlık Merkezi, Üroloji Kliniği

¹³İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

Amaç: Üst üriner sistem ürotelyal karsinomu (UTUC) nedeniyle radikal nefroüretrektomi (RNU) uygulanan hastalarda genel (OS), kansere özgü (CSS), hastalıksız (DFS) ve intravezikal rekürrensiz sağkalımı (IVRFS) etkileyen bağımsız prognostik faktörleri belirlemek.

Yöntem: 2005–2024 arasında primer UTUC için RNU yapılan çok merkezli retrospektif kohorttan 503 hasta analiz edildi. Öncesinde/eşzamanlı radikal sistektomi olanlar ve temel patoloji/takip verisi eksik olanlar dışlandı. Sonlanımlar Kaplan–Meier ve log-rank ile değerlendirildi; belirleyiciler için tek/çok değişkenli Cox regresyon kullanıldı. Anlamlı sürekli değişkenlerde ROC ile kesim değeri saptandı. Birincil sonlanımlar OS, CSS, DFS ve IVRFS idi.

Bulgular: Medyan takip 31.6 ay (IQR 46.5) idi. 5 yıllık olasılıklar: OS %65.2, CSS %86.3, DFS %78.0, IVRFS %52.7. Çok değişkenli analizde OS için ileri yaş (HR 1.035; %95 GA 1.018–1.053; $p < 0.001$), varyant histoloji (HR 2.366; 1.455–3.847; $p < 0.001$), önceki (HR 1.538; 1.030–2.297; $p = 0.035$) ve eşzamanlı mesane kanseri (HR 1.989; 1.229–3.219; $p = 0.005$), yüksek pT evresi (pT2: HR 2.801; $p = 0.005$; pT3: HR 2.944; 1.480–5.854; $p = 0.002$; pT4: HR 8.183; 3.182–21.042; $p < 0.001$), pN1–N2 (pN1: HR 1.886; 1.193–2.981; $p = 0.007$; pN2: HR 2.970; 1.357–6.498; $p = 0.006$) ve adjuvan kemoterapi (HR 1.736; 1.191–2.530; $p = 0.004$) olumsuz belirleyicilerdi. ROC yaş için 68.5 yılı kesim olarak gösterdi (AUC 0.671; $p < 0.0001$); ≥ 68.5 yaş daha kötü OS ile ilişkiliydi.

CSS için varyant histoloji (HR 1.225; 1.103–3.117; $p = 0.046$), pT3–T4 (pT3: HR 4.663; 1.071–20.297; $p = 0.002$; pT4: HR 6.160; 1.092–34.762; $p = 0.003$), pN2 (HR 2.116; 1.345–7.284; $p = 0.012$), pozitif cerrahi sınır (HR 1.941; 1.012–3.444; $p = 0.046$) ve adjuvan kemoterapi (HR 2.893; 1.503–5.568; $p = 0.001$) bağımsız olarak daha kötü CSS ile ilişkiliydi.

DFS için pT2–T4 (pT2: HR 3.065; 1.291–7.280; $p = 0.011$; pT3: HR 3.631; 1.651–7.989; $p = 0.002$; pT4: HR 4.857; 1.748–13.491; $p < 0.001$), pN1–N2 (pN1: HR 3.477; 1.371–8.820; $p = 0.009$; pN2: HR 2.228; 1.261–5.167; $p = 0.012$), pozitif cerrahi sınır (HR 3.053; 1.798–5.186; $p < 0.001$) ve adjuvan kemoterapi (HR 4.009; 2.460–6.534; $p < 0.001$) olumsuz prediktörlerdi.

IVRFS için distal üreter yerleşimi (HR 1.346; 1.002–2.099; $p = 0.041$), multifokalite (HR 2.084; 1.417–3.064; $p < 0.001$), CIS varlığı (HR 1.688; 1.110–2.569; $p = 0.014$), eşzamanlı mesane kanseri (HR 1.783; 1.164–2.731; $p = 0.008$) ve preoperatif tanısal URS (HR 1.308; 1.003–1.809; $p = 0.046$) bağımsız olarak daha kötü IVRFS ile ilişkiliydi.

Sonuç: RNU sonrası UTUC hastalarında yaş, varyant histoloji, pT/pN evresi, mesane kanseri



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

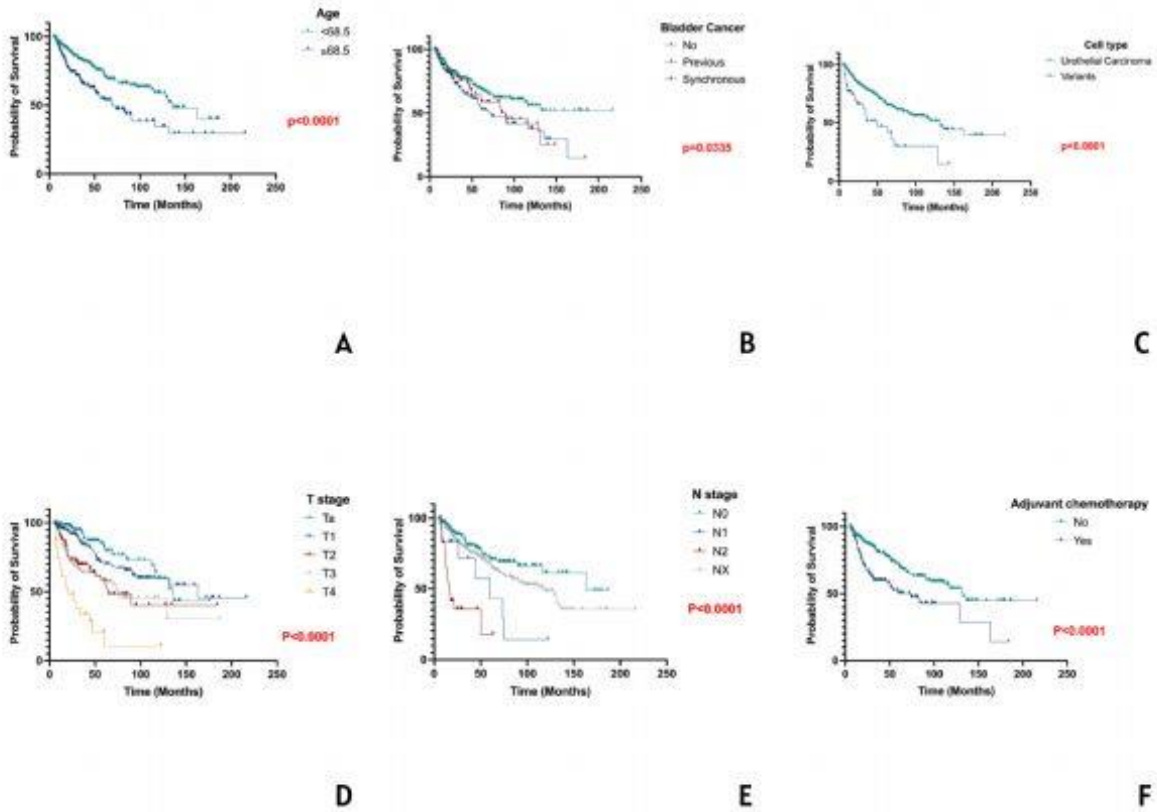
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



öyküsü, pozitif cerrahi sınır ve adjuvan kemoterapi OS/CSS/DFS üzerinde; distal üreter yerleşimi, multifokalite, CIS ve preoperatif URS ise IVRFS üzerinde bağımsız ve klinik açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Bu belirleyiciler hasta seçimi, adjuvan tedavi ve intravezikal rekürrens için takip stratejilerinin kişiselleştirilmesine katkı sağlar; bulguların prospektif, standardize çalışmalarda doğrulanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Üst üriner sistem ürotelyal karsinomu, radikal nefroüretrektomi, sağkalım, prognostik faktörler, intravezikal rekürrens

Resim 1

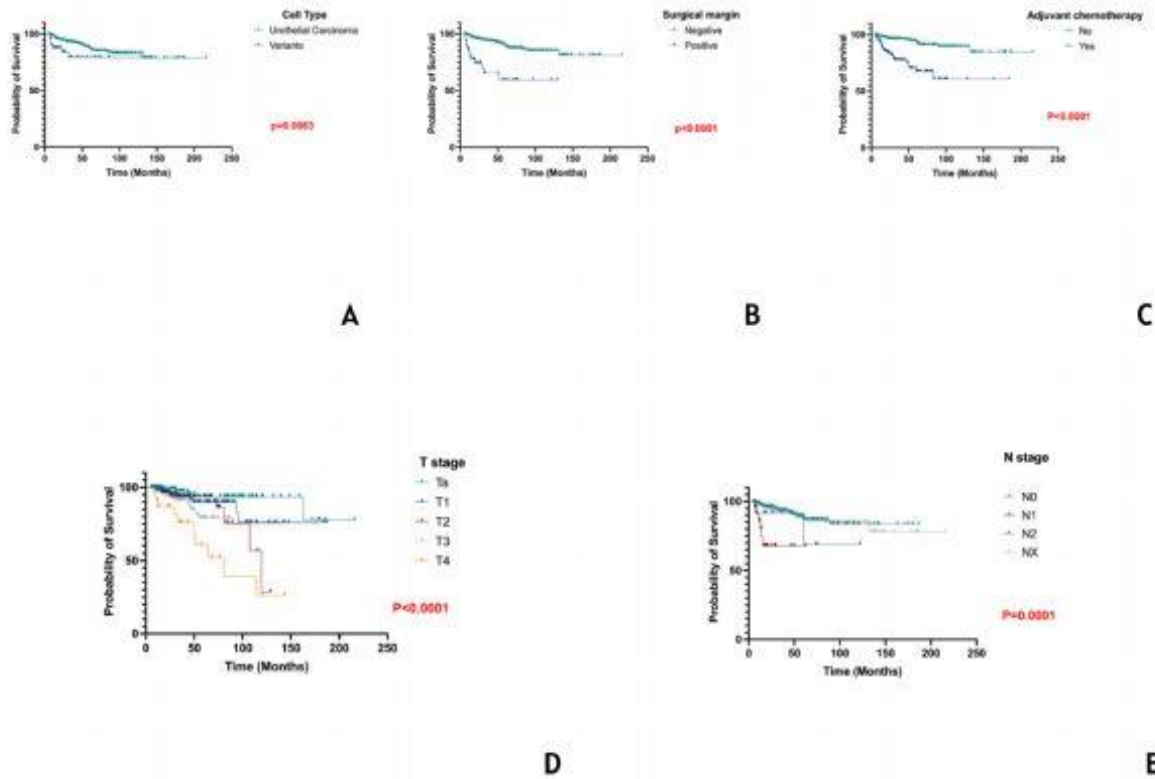


Kaplan-Meier eğrileri, prognostik faktörlere göre tabakalanmış genel sağkalımı (OS) göstermektedir: (A) Yaş, (B) Önceki/eşzamanlı mesane kanseri, (C) Histolojik varyant durumu, (D) Patolojik T evresi (pT), (E) Patolojik nodal durum (pN) ve (F) Adjuvan kemoterapi alımı. p-değerleri log-rank testlerinden elde edilmiştir.





Resim 2



Kaplan-Meier eğrileri, prognostik faktörlere göre tabakalanmış kansere özgü sağkalımı (CSS) göstermektedir: (A) Histolojik varyant durumu, (B) Cerrahi sınır durumu (pozitif vs negatif), (C) Adjuvan kemoterapi alımı, (D) Patolojik T evresi (pT) ve (E) Patolojik nodal durum (pN). p-değerleri log-rank testlerinden elde edilmiştir.

Tablo 1

Cinsiyet, n (%)	119 (23.7)
Kadın	384 (76.3)
Erkek	
Yaş, ort±SS	68.3 ± 11.4
VKİ (kg/m ²), ort±SS	26.4 ± 4.1
ECOG, n(%)	
0	61 (12.1)
1	337 (67.0)
2	97 (19.3)
3	8 (1.6)
Sigara, n(%)	311 (61.8)
Tümör boyutu (cm), mean±SS	4.35±2.5





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tümör lokalizasyonu, n(%)	273 (54.3)
Renal pelvis-kaliks	52 (10.3)
Proksimal-orta ureter	76 (15.1)
Distal ureter	102 (20.3)
Multifokal	
Taraf, n(%)	222 (44.1)
Sağ	281 (55.9)
Sol	
Preop hidronefroz, n(%)	219 (43.5)
Diagnostik URS, n(%)	208 (41.4)
Hücre tipi, n(%)	459 (91.3)
Urothelial carcinoma	44 (8.7)
Variants	
Karsinoma in situ, n(%)	55 (10.9)
Mesane kanseri, n(%)	312 (62.0)
Yok	118 (23.5)
Öncesinde	73 (14.5)
Eş zamanlı	
Tümör derecesi, n(%)	183 (36.4)
Düşük	320 (63.6)
Yüksek	
Lenfovasküler invazyon, n(%)	97 (19.3)
Cerrahi sınır pozitifliği, n(%)	42 (8.3)
pT evresi, n(%)	113 (22.5)
Ta/Tis	155 (30.8)
T1	69 (13.7)
T2	142 (28.2)
T3	24 (4.8)
T4	
pN evresi, n(%)	324 (64.4)
Nx	141 (28.0)
N0	14 (2.8)
N1	24 (4.8)
N2	
Operasyon türü, n(%)	279 (55.5)
Açık	218 (43.3)
Laparoskopik	6 (1.2)
Robotik	



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Lenf nodu direksiyonu, n(%)	174 (34.2)
Clavien-Dindo sınıflaması, n(%)	302 (60.0)
0	183 (36.4)
1	8 (1.6)
2	6 (1.2)
3	3 (0.6)
4	1 (0.2)
5	
Postoperatif intravezikal instilasyon, n(%)	66 (13.1)
Adjuvan kemoterapi, n(%)	149 (29.6)
Intravezikal rekürrens, n(%)	159 (31.6)
Hastalıksız sağkalım, n(%)	392 (77.9)
Hastalığa özgü Mortalite, n(%)	50 (9.9)
Genel Mortalite, n(%)	153 (30.4)
Follow-up, median(IQR), n(%)	31.6 (46.5)

Demografik ve klinikopatolojik veriler





[SS-089]

Testis Tümörü Olgularında Radikal Orşiektomi Sonrası Testis Protezi İmplantasyonu'nun Cinsel Fonksiyon ve Beden Algısı Üzerine Etkisi

Ahmet Vural, Kadir Can Şahin, Duhan Enes Tel, Mehmet Hamza Gültekin, Bülent Önal, Hamdi Özkara

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Testis tümürlü hastalarda radikal orşiektomi küratif tedavinin temel basamağıdır. Bununla birlikte, testisin kaybı özellikle genç erkeklerde beden algısı, özsaygı ve cinsel yaşam üzerinde olumsuz psikososyal etkilere yol açabilmektedir. Testis protezi implantasyonu, yalnızca kozmetik görünümün iyileştirilmesine değil, aynı zamanda psikososyal iyileşmeye de katkı sağlayabilmektedir. Bu çalışmada, radikal orşiektomi sonrası testis protezi implantasyonu yapılan hastalarda perioperatif veriler ile cinsel fonksiyon ve beden algısına olan etkiler değerlendirildi. **Gereç-Yöntem:** Aralık 2017–Ocak 2025 tarihleri arasında testis tümörü nedeniyle radikal orşiektomi sonrası testis protezi implantasyonu yapılan 18 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, tümör evresi, lenfovasküler invazyon, adjuvan tedavi gereksinimi, protez özellikleri ve protezin skrotal fiksasyonu kaydedildi. Cinsel fonksiyon IIEF-5 (Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi-5), beden algısı ise BESAQ (Cinsel Aktiviteler Sırasında Beden Maruziyeti Ölçeği) ile preoperatif, postoperatif 1. ve 6. aylarda değerlendirildi (Şekil 1). **Bulgular:** Median yaş 28,5 (18–44), median takip süresi 54 (6–84) ay idi. Hastaların %55,5'i pT1, %44,4'ü pT2 evresindeydi (Tablo 1). Yedi hastada (%38,8) lenfovasküler invazyon ve rete testis tutulumu saptandı. Ortalama tümör çapı 3 (0,4–8) cm, median protez hacmi ise 18 ml (12–22) idi. Yedi hastada (%38,8) protez skrotuma fiks edildi. Preoperatif ve postoperatif dönemde tüm hastalarda IIEF-5 skorları normal sınırdıydı (25/25). BESAQ skorları preoperatif dönemde 22,5 (12–45) iken postoperatif 1. ayda anlamlı şekilde artış gösterdi (33 [14–72], $p<0,001$). Ancak postoperatif 6. ayda skorlar 23,5 (13–60) seviyesine gerileyerek preoperatif değerlerle benzer bulundu. Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalarda; preoperatif ve postoperatif 1. ay skorları ile postoperatif 1. ve 6. ay skorları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). (Tablo 2). İki hastada (%11,1) retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, 10 hastada (%55,5) adjuvan kemoterapi uygulandı. Proteze bağlı majör komplikasyon izlenmedi. **Sonuç:** Radikal orşiektomi sonrası testis protezi implantasyonu genç erkek hastalarda erken dönemde beden algısı ve özsaygıyı anlamlı şekilde iyileştirmekte, cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etkiye yol açmamaktadır. Ancak bu etkinin uzun dönemde azaldığı gözlenmektedir. Bulgularımız, literatürde bildirilen yüksek hasta memnuniyeti oranlarıyla uyumludur. Testis protezi implantasyonu, uygun hasta bilgilendirmesi yapılarak standart orşiektomi pratiğinde göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, Radikal Orşiektomi, Testis protezi, Cinsel fonksiyon, Beden algısı





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Cinsel ilişki sırasında, partnerimin vücudumun gerginliğini fark edeceğimi düşünürüm.					
2	Cinsel ilişki sırasında, partnerimin vücudunda çekici bulmadığım yerleri keşfedeceğinden endişelenirim.					
3	Cinsel ilişki sırasında vücudumun nasıl göründüğünü umursamam.					
4	Vücut imajıyla ilgili bir şey cinsel ilişki sırasında beni utandırır.					
5	Partnerim üzerinden kıyafetlerimi çıkarırken kendimi rahat hissedem.					
6	Cinsel ilişki sırasında vücudumu parçalı ya da örtü ile saklamayı tercih ederim.					
7	Partnerimin cinsel organlarına bakmasından rahatsız olmam.					
8	Cinsel ilişki sırasında partnerimin vücudumu iğrenç bulacağından endişelenirim.					
9	Cinsel ilişki sırasında partnerimin cinsel organlarının görünümünü veya boyutunu yetersiz bulacağından endişelenirim.					
10	Partnerim beni çıplak görüldüğünde hiçbir şey saklamam.					
11	Cinsel ilişki sırasında vücudumun şekli görüldüğünü düşünürüm.					
12	Cinsel ilişki sırasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.					
13	Partnerim beni çıplak görüldüğünde heyecanlandığını düşünürüm.					
14	Cinsel ilişki sırasında bazı kıyafetlerimi çıkarmayı tercih ederim.					
15	Cinsel ilişki sırasında vücudumun farkında olurum.					
16	Cinsel ilişki sırasında partnerimin genital bölgesinin kokusunu veya görünümlünü iğrenç bulacağından endişelenirim.					
17	Cinsel ilişki sırasında vücudumun bazı bölgelerini saklamaya çalışırım.					
18	Cinsel ilişki sırasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olmak için fazla mahrem olduğunu düşünürüm.					
19	Cinsel ilişki sırasında partnerimin görmesini istemediğim vücut bölgelerim vardır.					
20	Cinsel ilişki sırasında partnerimin vücudumun nasıl görüldüğüyle ilgili ne düşündüğünü defter ederim.					
21	Cinsel ilişki sırasında vücuduma dokunulduğunda hissettiklerimin partnerimin ilgisini kaybettireceğinden endişelenirim.					
22	Cinsel ilişki sırasında kilomu düşürmemek benim için zordur.					
23	Cinsel ilişki sırasında odanın iyi aydınlatılmış olması beni daha farkında hale getirir.					
24	Cinsel ilişki sırasında vücudumun bölümlerini partnerime ağmaktan genellikle rahatlık duyarım.					
25	Cinsel ilişki sırasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.					
26	Cinsel ilişki sırasında partnerimin görmesini istemediğim bölgeleri saklamak için bazı pozlardan veya duruşlardan kaçınırım.					
27	Cinsel ilişki sırasında vücudumun bazı kısımlarının nasıl görüldüğünü düşünmek beni dikkatimden alıkoyar.					
28	Cinsel ilişki öncesi veya sonra partnerimin yanında çıplak durmaktan rahatsız olmam.					

Şekil 1. BESAQ – Cinsel Aktivite Sırasında Beden Maruziyeti Ölçeği Türkçe versiyonu.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1, Tablo 2

Tablo 1. Hasta karakteristikleri (n=18)	
Yaş	28.5 (18 - 44)
Sigara kullanımı	11 (61.1)
Alkol tüketimi	8 (44.4)
Tanı anında tümör belirteçleri	
β -hCG (mIU/mL)	21 (0.1 - 7620)
AFP (ng/mL)	3.2 (1.08 - 1810)
LDH (IU/L)	267 (155 - 582)
Preoperatif IIEF-5 skoru	25 (25 - 25)
Postoperatif IIEF-5 skoru	25 (25 - 25)
Testis tümörü en geniş çap (cm)	3 (0.4 - 8)
Tümör T evresi	
pT1	10 (55.5)
pT2	8 (44.4)
Lenfovasküler invazyon	7 (38.8)
Rete testis invazyonu	7 (38.8)
Protez Volümü (mL)	18 (12-22)
Protez tarafı	
Sağ	10 (55.5)
Sol	6 (33.3)
Bilateral	2 (11.1)
Protez fiksasyon durumu	7 (38.8)
Takip süresi (ay)	54 (6 - 84)
Takipte ek tedavi ihtiyacı	
Adjuvan kemoterapi	10 (55.5)
Retropitoneal lenf nodu diseksiyonu	2 (11.1)
Not: Veriler ortanca (min.-max.) veya sayı (%) olarak ifade edilmiştir.	
Kısaltmalar: AFP; alfa fetoprotein, LDH; laktat dehidrogenaz, β -hCG; beta-insan koryonik gonadotropin, IIEF-5; International Index of Erectile Function	

Tablo 2. Testis protezi koyulan hastaların preoperatif, postoperatif 1. ay ve postoperatif 6. ay BESAQ değerlendirmeleri			
	BESAQ skoru	p değeri	p değeri
Preoperatif	22.5 (12 - 45)		Preoperatif vs. Postoperatif 1. ay
Postoperatif 1. ay	33 (14 - 72)	0.003 ▼	Preoperatif vs. Postoperatif 6. ay
Postoperatif 6. ay	23.5 (13 - 60)		Postoperatif 1. ay vs. Postoperatif 6. ay
Not: Sayısal veriler ortanca (min.-max.) olarak ifade edilmiştir. BESAQ: Body Esteem Scale for Adolescents and Adults Questionnaire. ▼ Friedman testi, * Bonferroni düzeltmesi ile Wilcoxon test			

Tablo 1. Hasta Karakteristikleri, Tablo 2. Testis protezi implantasyonu yapılan hastaların preoperatif, postoperatif 1. ay ve postoperatif 6. ay BESAQ değerlendirmeleri





[SS-090]

Mikst Germ Hücreli Testis Tümörlerinde Postkemoterapi Lenf Nodu Hacim Değişiminin Patoloji Sonucunu Öngörmedeki Rolü

Kadir Can Şahin¹, Feyyaz Irmak², Berk Yılmaz², Muhammet Fatih Şimşekoğlu², Çetin Demirdağ², Bülent Önal²

¹İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

²İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Miks germ hücreli testis tümörlerinde ilk basamak kemoterapi sonrasında retroperitoneal yerleşimli rezidü kitlelerin yönetimi klinisyenler ve hastalar için önemli bir klinik sorundur. Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) ile çıkarılan bu kitlelerin histopatolojik incelemeleri nekroz/fibrosis, matür teratom veya canlı malign germ hücreli tümör olarak raporlanmaktadır. Bu üç farklı sonucun öngörülmesi, tedavi yaklaşımı ve hasta prognozu açısından kritik önem taşır.

Güncel çalışmalarda bu patolojileri klinik ve radyolojik olarak ön görebilecek parametreler araştırılmışsa da halen net bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmamızda kemoterapi öncesi ve sonrası üç boyutlu hacim analizleri yaparak oluşacak hacim farkının RPLND sonucunu öngörmedeki potansiyel rolünü araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2016-2024 yılları arasında radikal inguinal orşiektomi sonrası mikst germ hücreli testis tümörü tanısıyla kemoterapi alan ve onkolojik izleminde RPLND uygulanan hastaların demografik, klinik ve patolojik verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların pre- ve post-kemoterapi kesitsel görüntülemelerinden 3D Slicer (v5.6.2) yazılımı kullanılarak üç boyutlu segmentasyon ile toplam lenf nodu hacimleri hesaplandı (Figür 1). Tüm görüntü segmentasyonları, standart bir protokolle ve körleme esasına uygun biçimde gerçekleştirilerek ölçümlerde tutarlılık sağlandı. Patoloji sonuçlarına göre hastalar nekroz/fibrosis, teratom ve canlı malign germ hücreli tümör olmak üzere üç gruba ayrıldı; tedaviye bağlı hacim değişiklikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 44 hasta dahil edildi. Bu hastaların RPLND patolojilerine göre dağılımı 16 (%36.3) nekroz/fibrosis, 21 (%47.7) teratom ve 7 (%15.9) canlı tümör şeklindeydi. Demografik ve klinik parametreler karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı tek farklılık pre-kemoterapi AFP değerlerinde gözlemlendi ($p=0.018$). Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. 3D segmentasyon verileri karşılaştırıldığında pre-kemoterapi lenf nodu hacimleri açısından istatistiksel fark saptanmazken ($p=0.065$), post-kemoterapi hacimlerde ise anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.009$). Yapılan ROC analizinde kemoterapi sonrası hacimsel küçülme için %40.5 cut-off değeri nekroz varlığını en iyi öngören eşik olarak belirlendi (Figür 2). Bu değer için duyarlılık %85.7, özgüllük %75.7 ve AUC 0.83 (GA %0.66-0.96) bulundu.

Sonuç: Kemoterapi sonrası lenf nodu hacminde $\geq$ %40 küçülme, rezidü kitlenin nekroz lehine güçlü bir göstergedir. 3D segmentasyonla elde edilen bu bulgu, klinik karar sürecini destekleyebilir; ancak güvenilirliğinin teyid için daha geniş prospektif seriler gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Germ hücreli tümör, kemoterapi, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, testis tümörü



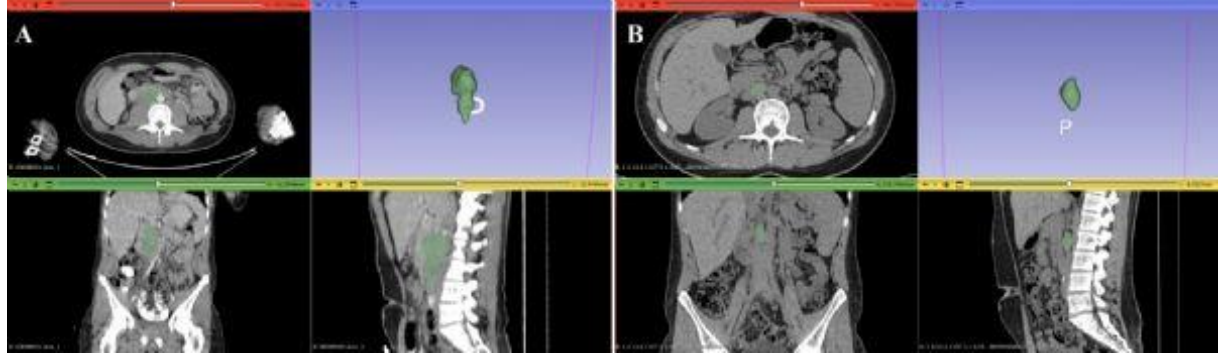


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

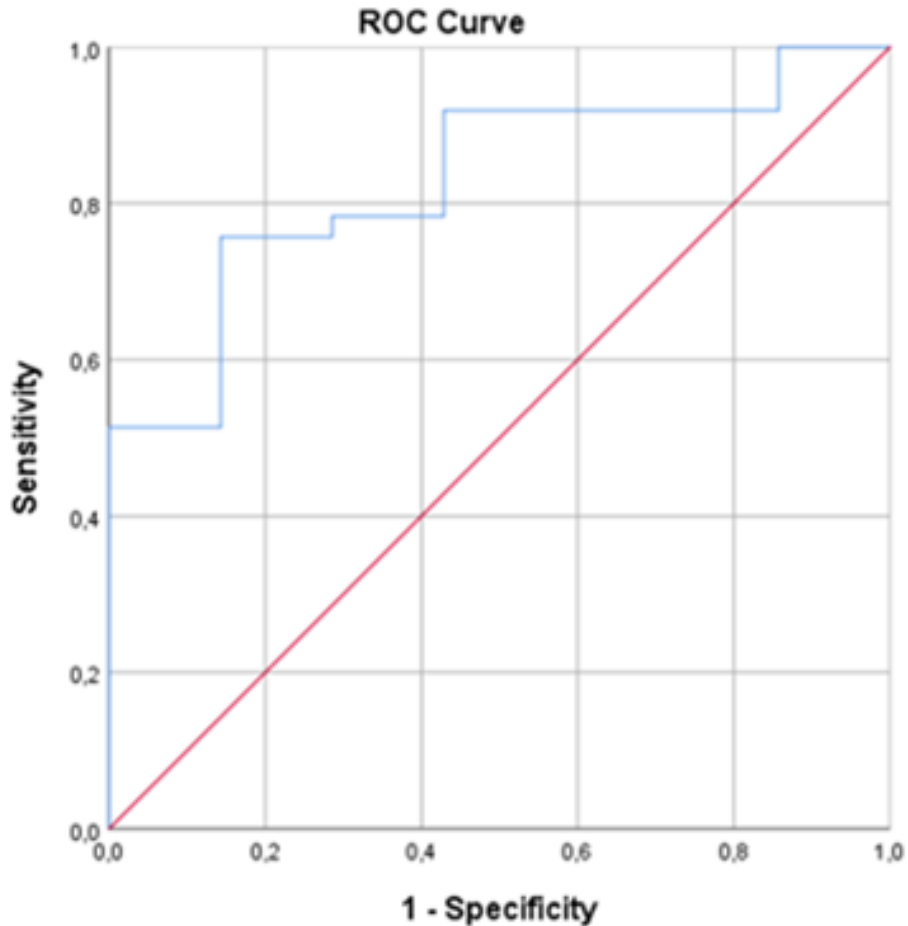


Figür 1



Aynı hastanın 3D slicer yazılımı ile yapılan segmentasyon görselleri A) Kemoterapi öncesi B) Kemoterapi sonrası

Figür 2



Area under the curve (AUC)	%95 Güven aralığında alt ve üst sınır	Sensitivite (%)	Spesifite (%)	p değeri
0.830	0.689 - 0.971	85.7	75.7	0.006

ROC eğrisi ve sonuçları



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya**Tablo 1. RPLND patolojilerine göre hastaların demografik ve klinik verileri**

	Nekroz/Fibrozis (n=16)	Teratom (n=21)	Canlı tümör hücresi (n=7)	p değeri
Yaş	25.5 (23 - 27.8)	25 (21 - 28)	27 (23.5 - 34.5)	0.549 ♥
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	25.3 (24.4 - 27.6)	24.1 (23 - 25.5)	25.5 (25.2 - 28.4)	0.101 ♥
ECOG performans skoru	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0.987 ♥
Sigara kullanan sayısı	12 (75)	9 (42.8)	2 (28.5)	0.06 ♣
Orşiektomi tarafı				0.648 ♣
Sağ	9 (56.2)	12 (57.1)	3 (42.8)	
Sol	7 (43.7)	8 (38.1)	3 (42.8)	
Bilateral	0 (0)	1 (4.7)	1 (14.2)	
Tanı sonrası/kemoterapi öncesi tümör belirteçleri				
AFP (ng/ml)	20.5 (3.5 - 78.4)	246 (45.4 - 872)	15.7 (3.5 - 148)	0.018 ♥
β-hCG (mIU/mL)	157 (4.6 - 536)	158 (28.5 - 729)	18 (3.6 - 79.3)	0.334 ♥
LDH (IU/L)	339 (255 - 684)	386 (255 - 454)	255 (194 - 262)	0.065 ♥
Tanı sonrası/kemoterapi öncesi batin içi LAP'ların toplam hacmi (cm3)	29.3 (19.3 - 110.9)	93.9 (43.4 - 227.1)	36.5 (6.4 - 79.6)	0.071 ♥
Kemoterapi sonrası/RPLND öncesi tümör belirteçleri				
AFP (ng/ml)	2.4 (1.9 - 3.5)	3.9 (1.8 - 7.5)	4 (3.2 - 5)	0.251 ♥
β-hCG (mIU/mL)	0.6 (0.2 - 1.1)	0.2 (0.1 - 1.2)	0.1 (0.1 - 0.2)	0.365 ♥
LDH (IU/L)	233.5 (218.8 - 254.2)	239 (180 - 260)	250 (176 - 294)	0.74 ♥
Kemoterapi sonrası/RPLND öncesi batin içi LAP'ların toplam hacmi (cm3)	9.7 (6.2 - 18.5)	47.7 (21.4 - 90.9)	29.7 (7 - 47.9)	0.009 ♥

Not: Veriler median (IQR25 - IQR75) ya da sayı (%) olarak ifade edilmiştir. ♥: Kruskal Wallis testi, ♣: Chi-kare testi.





[SS-091]

Mononükleer Seminom Hücrelerinde İmmünohistokimyasal Beta-insan Koryonik Gonadotropin (β -hCG) Ekspresyonunun Klinik ve Prognostik Önemi

Göktaş Kalender¹, Muhammet Demirbilek², Kadir Can Şahin³, Emre Akkuş⁴, Hamdi Özkara⁴, Zeyneb Ali Yılmaz⁵, Bülent Önal⁴, İclal Gürses⁵

¹İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

³İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mononükleer seminom hücrelerinde immünohistokimyasal (İHK) olarak beta-insan koryonik gonadotropin (β -hCG) ekspresyonu saptanan vakaların morfolojik özelliklerinin incelenmesi ve ekspresyon paterninin klinik ve prognostik öneminin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2018-2024 yılları arasında testis tümörü nedeniyle orşiektomi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Tümör dokusunun tamamının örneklediği, pür seminom tanısı alan ve en az bir yıl klinik takibi olan 85 hastanın verileri derlendi. Preoperatif serum belirteç analizleri kübital venden yapılan ve serum β -hCG düzeyi yüksek saptanan 31 olgunun tümör dokusuna İHK β -hCG ve CD117 (C-KIT) çalışıldı. Tümör dokusunda trofoblastik hücre izlenen 7 olgu çalışmadan dışlandı. Tümör dokusunda histolojik özellikler (nekroz, mitoz, septasyon, regresyon, sitoplazma berraklığı, pleomorfizm, lenfoplazmositer hücre varlığı) değerlendirildi ve mononükleer seminom hücrelerinde β -hCG ve CD117 ekspresyon paternleri; negatif (β -hCG ekspresyonu %0), fokal (%0-5), yamasal (%6-50), diffüz pozitif (>%50) olarak skorlandı. Olgular, evre 1 (Grup 1) ve evre 2-3 (Grup 2) olarak gruplandırılarak klinik ve histopatolojik parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 78 hastanın median yaşı 34 (28-42), median takip süresi 59 (39-79) aydı. 61 hasta (%78) evre I, 17 hasta (%22) evre II-II grubundaydı. Median serum β -hCG değeri evre I grubunda 2.4 (0.2-6) mIU/ml, evre 2 grubunda 8.9 (0.2-53) mIU/ml' du ($p=0.096$). İHK β -hCG ekspresyonu gözlenen 24 hastanın (%30.8) 12' sinde fokal, 12' sinde yamasal-diffüz patern izlendi.

İHK β -hCG ekspresyon paterninin klinik evre ile istatistiksel anlamlı ilişkisi olduğu saptandı ($p=0.007$). Evre 1 olgularda ise yamasal/diffüz ekspresyon paterninin rete testis invazyonu (RTİ) ile ilişkili olduğu belirlendi ($p=0.001$). Ayrıca, β -hCG eksprese eden hücrelerde CD117 (C-KIT) ekspresyon şiddetinin ters orantılı olarak azaldığı gözlemlendi ($p=0.009$). β -hCG ekspresyonunun metastazsız ve genel sağkalım ile ilişkisi saptanmadı.

Sonuç: Mononükleer seminom hücrelerinde β -hCG ekspresyon paternin tanı anında klinik evreyle ilişkili olduğu gösterildi. Serum β -hCG değerinin yüksek olduğu vakalarda tümörün tamamının örneklenmesi ve β -hCG boyanması prognostik değerlendirme açısından önem arz etmektedir. Ayrıca klinik evre 1 hasta grubunda, yamasal/diffüz β -hCG ekspresyon paterni RTİ ile ilişkilidir. Daha geniş serilerde okült metastatik hastalık ve relaps açısından önemi araştırılmalıdır. Ayrıca bu tümörlerde anaplastik ya da atipik morfolojik özellikler belirgin olduğundan raporlarda belirtilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Seminom, β -hCG (İmmünohistokimya), CD117 (c-KIT), Rete testis invazyonu, Klinik evre

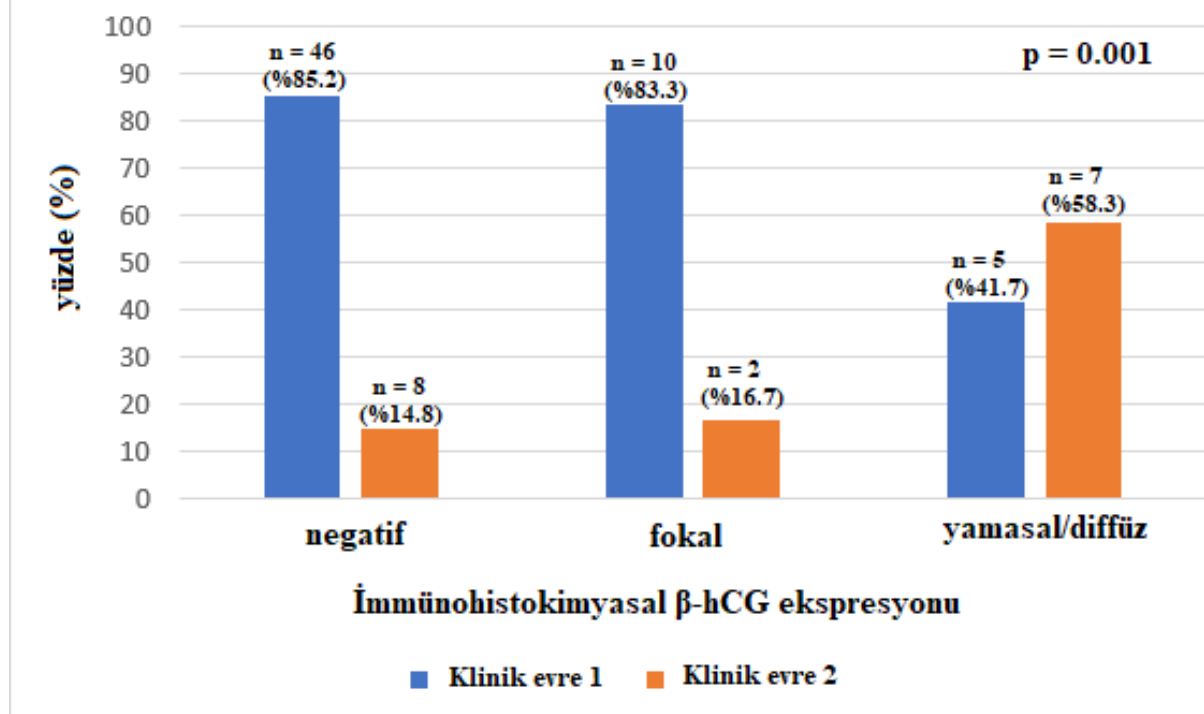


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

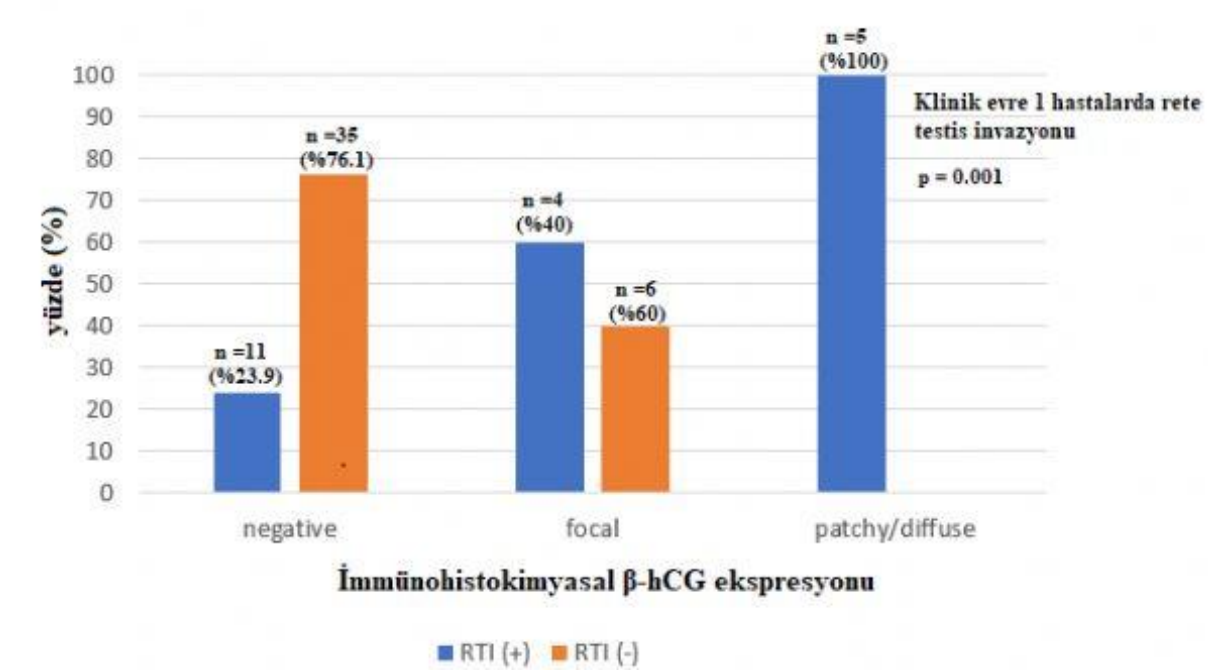
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Figür 1. Klinik Evrelere Göre BHCG Ekspresyon Paterni



Figür 2. Klinik Evre 1 Grubunda Rete Testis İnvazyonu İle BHCG Eksp. Paterni İlişkisi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-093]

Ürolojik Onkoloji Sorularında Büyük Dil Modellerinin Performansı: EAU 2025 Kılavuzlarına Dayalı Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Tansel Çakır¹, Mehmet Fatih Şahin², Hakan Çakır³, Hacı Murat Akgül⁴

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Nükleer Tıp A.D.

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji A.D.

³İstanbul Acıbadem Fulya Hastanesi, Üroloji Bölümü

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü

Amaç: Yapay zeka (YZ) ve büyük dil modellerinin (BDM) tıp alanına entegrasyonu hızla ilerlemektedir. Bu çalışmanın amacı, altı önde gelen BDM'nin (ChatGPT-5, DeepSeek, Claude Sonnet 4, Grok 3, Perplexity ve Gemini 2.5 Flash) Avrupa Üroloji Derneği (EAU) 2025 kılavuzlarına dayalı standartlaştırılmış bir ürolojik onkoloji sınavındaki performansını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Yedi temel ürolojik onkoloji alanını kapsayan 60 soruluk çoktan seçmeli bir sınav hazırlandı: Renal Hücreli Karsinom (RCC), Kas İnvaziv Mesane Kanseri (MIBC), Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri (NMIBC), Testis Kanseri, Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomu (UTUC), Penis Kanseri ve Primer Üretral Karsinom. Sorular Avrupa Üroloji Derneği Yeterlilik (EBU) sınavı tarzında hazırlandı. Altı BDM bu sınavda test edildi ve performansları genel doğruluk, konuya özgü bilgi ve hata kalıpları açısından analiz edildi.

Bulgular: BDM'leri yüksek genel doğruluk sergiledi; skorlar %93,3 ile %96,7 arasında değişti. En yüksek puanı Claude Sonnet 4 ve Gemini 2.5 Flash aldı (58/60, %96,7), ardından ChatGPT-5, Grok 3 Perplexity (57/60, %95,0) ve DeepSeek (56/60, %93,3) geldi. En sık hatalar, özellikle MIBC'nin adjuvan tedavisi ve NMIBC için BCG idame tedavisi süresine ilişkin son kılavuz güncellemeleriyle ilgiliydi.

Sonuç: Önde gelen BDM'leri ürolojik onkoloji alanında karmaşık ve kılavuz temelli soruları yüksek doğrulukla yanıtlayabilmektedir. Performansları uzman düzeyine yakın olup, görülen sınırlı tutarsızlıklar çoğunlukla kılavuzlardaki en güncel değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlar, BDM'lerin tıp eğitimi ve klinik karar destek süreçlerinde önemli bir yardımcı araç olabileceğini göstermekte; aynı zamanda modellerin düzenli güncellenmesi ve en yeni klinik kanıtlarla sürekli olarak uzman tarafından doğrulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yapay Zeka, Büyük Dil Modelleri, Ürolojik Onkoloji, EAU Kılavuzları, Tıp Eğitimi



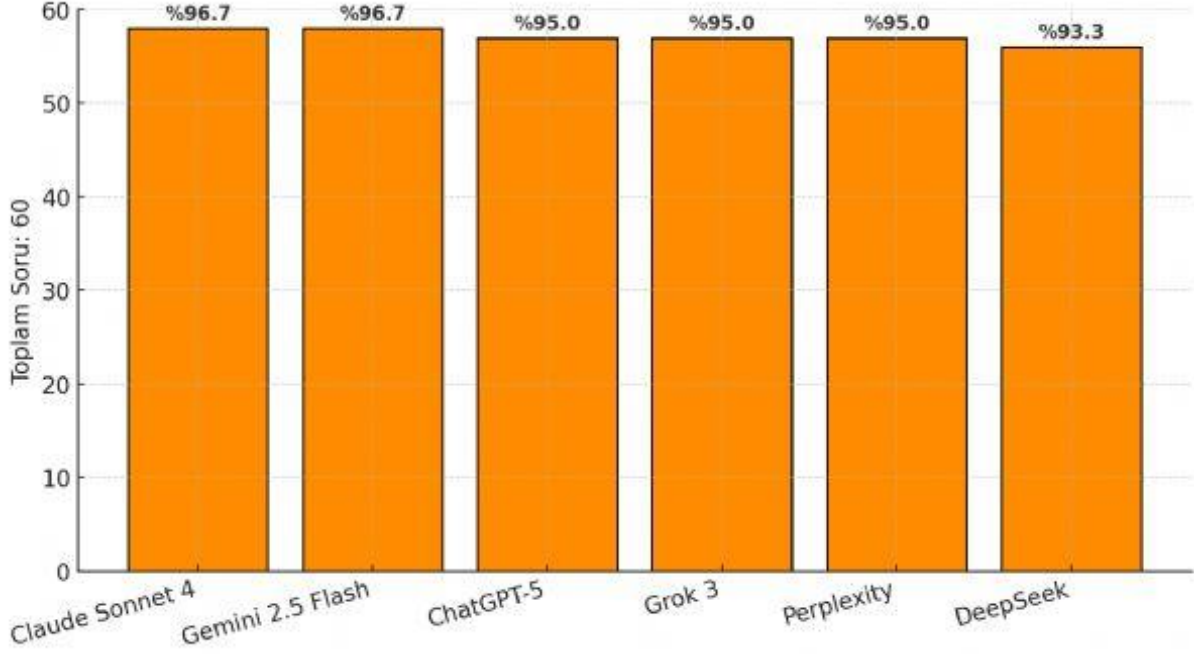


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1



Ürolojik Onkoloji Sorularında Büyük Dil Modellerinin Performansı



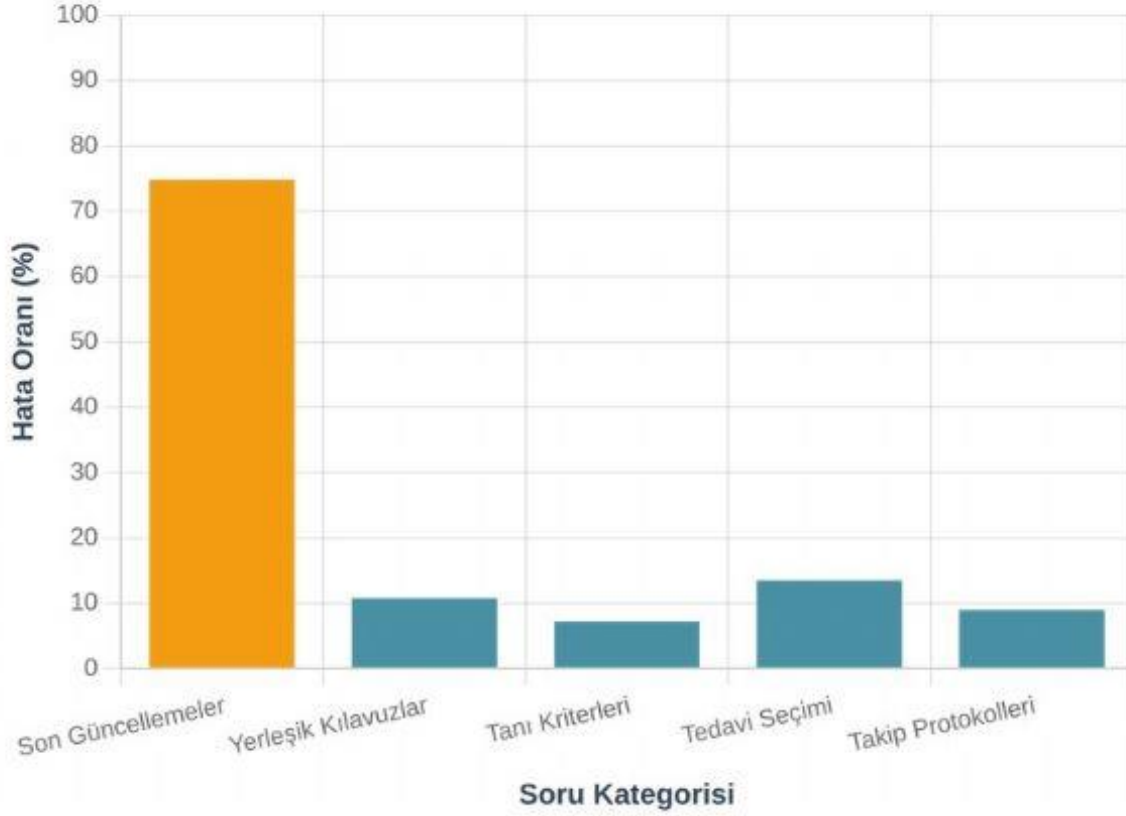


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2



Büyük Dil Modellerinin Soru Tipine Göre Hata Dağılımı



[SS-094]

Yapay Zekâ Dil Modeli ChatGPT'nin Yüksek Riskli Kas İnvaziv Olmayan Mesane Tümörlerinde Tedavi Kararı Verme Performansının Değerlendirilmesi: Bir Vaka Serisi Analizi

Jeyhun Hasanov¹, Hikmat Jabrayilov²¹ÖZEL ANKARA MAGNET HASTANESİ²ÖZEL VM MEDİCAL PARK ANKARA HASTANESİ

Amaç:

Yapay zekâ dil modellerinin onkolojik karar süreçlerindeki rolü giderek artmaktadır. Bu çalışmada, yüksek riskli kas invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) olgularında ChatGPT-4 modelinin tedavi önerilerinin, üroloji uzmanlarının retrospektif konsensüs kararı ve EAU 2025 kılavuzları ile uyum düzeyi değerlendirildi. Amaç, yapay zekânın klinik karar destek potansiyelini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem:

Çalışmaya retrospektif olarak yüksek riskli KİOMK tanılı 32 hasta dahil edildi. Her hastanın demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, BMI), eşlik eden hastalıklar, tümör özellikleri (T1/Ta, grade, boyut, multifokalite, CIS), BCG durumu, ek klinik bilgiler (tekrarlayan nüks, hızlı progresyon, semptomatik kanama, yaşam kalitesi etkilenimi), takip süresi, TUR-MT sayısı ve EORTC risk skorları toplandı. Her vaka, ChatGPT-4 modeline sunuldu ve önerilen tedavi kaydedildi. Aynı vakalar, en az 10 yıllık üro-onkoloji deneyimine sahip 6 uzmandan oluşan bir panel tarafından bağımsız olarak değerlendirildi ve Delphi tekniği ile konsensüs kararı oluşturuldu. ChatGPT-4 önerileri ile uzman konsensüsü ve EAU 2025 kılavuzları arasındaki uyum Cohen's Kappa istatistiği ile analiz edildi. Bulgular: ChatGPT-4'ün tedavi önerileri, ürolog konsensüsü ile 32 vakadan 30 'unda (%93,75) tam uyum gösterdi. İki vakada (Vaka 9 ve Vaka 13) ChatGPT, ürologların önerdiği TUR+BCG tedavisi yerine radikal sistektomi önermiştir EAU 2025 kılavuzları ile uyum 30/32 vakada (%93,75) gözlemlendi.

İstatistiksel analizde, ChatGPT-4 ile ürolog konsensüsü arasındaki görüş birliği Cohen's Kappa istatistiği ile değerlendirildi. Kappa katsayısı 0.88 (%95 GA: 0.77–0.99) olarak hesaplandı ve mükemmel uyum düzeyine işaret etti ($p < 0.001$). ChatGPT-4'ün duyarlılığı %93.8, özgüllüğü %100 olarak bulundu. Pozitif öngörü değeri %100, negatif öngörü değeri %77.8 ve modelin genel doğruluk oranı %90.6 olarak tespit edildi.

Vakaların EORTC risk skorları ile ChatGPT-4'ün karar doğruluğu arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. İki değişken arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r = 0.79$, $p = 0.0019$). Uyumsuzluk gösteren iki vakada (9 ve 13) her iki olgu da orta EORTC skorlu, BCG-naif özellikte ve semptomsuz olarak belirlendi.

Sonuç:

Çalışmamız, ChatGPT-4'ün yüksek riskli KİOMK'da tedavi kararlarında ürolog konsensüsü ve güncel kılavuzlarla yüksek düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. Yapay zekâ dil modelleri, ürolojik onkoloji pratiğinde değerli bir karar destek aracı olma potansiyeli taşımaktadır. Bununla birlikte, nihai tedavi kararının hasta özelinde klinisyen tarafından verilmesi esastır. Daha geniş örneklemli ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: BCG, ChatGPT, TUR-MT, sistektomi, yapay zekâ

ChatGPT-4 ve Doktor Kararlarının EAU 2025 Kılavuz Uyum Analizi

Vaka	Yaş/Cinsiyet/BMI	Ek Hastalıklar	Tümör + BCG	Ek Klinik Bilgi	Takip (ay)/TUR - MT/EORTC	Doktor Kararı	ChatGPT	EAU Uyum





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



1	67E / 27	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, Naif	6. ayda nüks; CIS yok	24 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
2	72K / 31	DM2, hiperlipide mi	T1 yüksek gradeli, multifok al, Dirençli	Hızlı progresyon ; pollaküri	18 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
3	58E / 24	Sağlıklı	Ta yüksek gradeli, tek odak, Naif	İlk TUR-MT sonrası tam rezeksiyon	30 / 1 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
4	69K / 29	KOAH	T1 yüksek gradeli, büyük, Dirençli	Nüks, kanama, sık idrar	20 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
5	63E / 26	HT, hafif BY	Ta yüksek gradeli, multifok al, Naif	Büyük boyut, hızlı tekrar	28 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
6	70K / 33	DM, AF	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Naif	Tekrarlayan nüks, hızlı progresyon	22 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
7	65E / 28	HT, obezite	T1 yüksek gradeli, multifok al, CIS, Dirençli	Hızlı progresyon , BCG direnç	18 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
8	59K / 25	Sağlıklı	Ta yüksek gradeli, tek odak, Naif	Semptomsu z; TUR-MT sonrası tam kontrol	30 / 1 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
9	68E / 30	KOAH, hafif BY	T1 yüksek gradeli, tek	Semptomsu z	16 / 3 / Orta	TUR- MT+BCG	Radikal sistekto mi	hayır





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



			odak, Naif					
10	61K / 27	DM2	T1 yüksek gradeli, multifok al, CIS, Naif	Hızlı tekrar eden tümör	26 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
11	66E / 26	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Dirençli	BCG direnç, tekrarlayan nüks	20 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
12	64K / 29	Astım	Ta yüksek gradeli, multifok al, CIS, Naif	Tekrarlayan Ta	28 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
13	71E / 32	DM, hiperlipide mi	T1 yüksek gradeli, tek odak, Naif	Semptomsu z	14 / 3 / Orta	TUR- MT+BCG	Radikal sistekto mi	hayır
14	60K / 24	Sağlıklı	Ta yüksek gradeli, tek odak, Naif	İlk TUR-MT sonrası tam rezeksiyon	30 / 1 / Düşük	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
15	69E / 28	HT, hafif KOAİ	T1 yüksek gradeli, multifok al, CIS, Dirençli	BCG'ye direnç, hızlı nüks	18 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
16	62K / 26	Sağlıklı	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Naif	Tekrarlayan nüks	24 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
17	68E / 30	DM, obezite	T1 yüksek gradeli, multifok	Semptomat ik kanama, hızlı progresyon	15 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



			al, CIS, Dirençli					
18	65K / 27	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Naif	Tekrarlayan nüks	26 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
19	70E / 29	Sağlıklı	Ta yüksek gradeli, multifok al, CIS yok, Naif	Semptomsu z	30 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
20	67K / 31	KOAH, DM	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Dirençli	Semptomat ik pollaküri	16 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
21	59E / 28	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, Naif	Tekrarlayan nüks	22 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
22	73K / 30	DM, KOAH	T1 yüksek gradeli, multifok al, Dirençli	Hızlı progresyon	18 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
23	66E / 26	HT	Ta yüksek gradeli, tek odak, Naif	Semptomsu z	28 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
24	61K / 27	Sağlıklı	T1 yüksek gradeli, büyük, CIS, Dirençli	Kanama, hızlı progresyon	20 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
25	68E / 29	DM	Ta yüksek gradeli, multifok al, Naif	Tekrarlayan Ta	26 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



26	70K / 31	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Dirençli	Semptomat ik nüks	18 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
27	64E / 27	Obezite	Ta yüksek gradeli, tek odak, Naif	Semptomsu z	30 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
28	69K / 32	DM2	T1 yüksek gradeli, multifok al, CIS, Dirençli	Hızlı progresyon , kanama	16 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
29	65E / 28	HT	T1 yüksek gradeli, tek odak, Naif	Tekrarlayan nüks	24 / 2 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
30	71K / 30	KOAH	T1 yüksek gradeli, büyük, Dirençli	Semptomat ik kanama	20 / 3 / Yüksek	Radikal sistekto mi	Radikal sistekto mi	evet
31	66E / 29	DM	Ta yüksek gradeli, multifok al, Naif	Semptomsu z	28 / 2 / Orta	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet
32	67K / 31	HT, KOAH	T1 yüksek gradeli, tek odak, CIS, Dirençli	Hızlı progresyon	16 / 3 / Yüksek	TUR- MT+BCG	TUR- MT+BCG	evet

Kas İnvaziv Olmayan Mesane Tümörlü 32 Hastada Klinik Özellikler, Tedavi Kararları ve ChatGPT-4 ile Doktor Önerilerinin EAU 2025 Kılavuzlarıyla Uyumunun Karşılaştırılması



**[SS-095]****Prostat Kanseri Bilgilendirmesinde Büyük Dil Modelleri: ChatGPT ve Gemini Karşılaştırması**İbrahim Halil Şükür¹, Tunahan Ateş², Fesih Ok¹, Mutlu Değer³¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana²Defne Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Hatay³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

Prostat Kanseri Bilgilendirmesinde Büyük Dil Modelleri: ChatGPT ve Gemini Karşılaştırması

Amaç: Büyük dil modelleri (LLM), sağlık bilgisine ulaşmada alternatif kaynak haline gelmiştir. Bu çalışmada, ChatGPT ve Gemini'nin prostat kanseri hakkında verdikleri yanıtların okunabilirlik ve kalite açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Erken ve ileri evre prostat kanserine ilişkin sorulara verilen yanıtlar değerlendirilerek, bu modellerin hasta bilgilendirmesindeki etkinliği incelenmiştir. **Gereç-Yöntem:** Bu çalışmada, ChatGPT ve Gemini gibi LLM'lerin prostat kanseri hakkında verdikleri yanıtlar okunabilirlik ve kalite yönünden karşılaştırıldı. Urology Care Foundation'dan alınan erken ve ileri evre prostat kanseriyle ilgili 26 soru iki modele de soruldu. Okunabilirlik için ARLC (Automated Readability Level Calculator), ARI (Automated Readability Index) ve FKGL (Flesch-Kincaid Grade Level), kalite için EQIP (Ensuring Quality Information for Patients) ve modifiye DISCERN (mDISCERN) ölçütleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi ve verilerin dağılımına göre Student's t-testi veya Mann-Whitney U testi uygulandı. Ayrıca erken ve ileri evre soruları için alt grup analizleri yapıldı.

Bulgular: Tüm sorular değerlendirildiğinde, okunabilirlikte Gemini'nin ARLC (12.69 ± 2.4) ve FKGL (12.20 ± 2.9) skorlarının ChatGPT'ye (14.44 ± 3.4 ve 14.20 ± 3.9) göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p = 0.038$ ve $p = 0.043$), dolayısıyla daha kolay anlaşılır yanıtlar verdiği görüldü. ARI skorlarında fark bulunmadı (ChatGPT: 14.67 ± 3.2 , Gemini: 13.60 ± 3.8 , $p = 0.275$). Kalitede, Gemini'nin EQIP skorları (60.45 ± 7.1) ChatGPT'ye (35.73 ± 4.8) göre çok anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.001$), fakat mDISCERN skorlarında fark izlenmedi (ChatGPT: ortalama 2.5, ÇAG 1.0; Gemini: ortalama 2.0, ÇAG 1.0; $p = 0.120$) (Tablo 1). Alt grup analizlerinde, erken evre sorularda okunabilirlik açısından fark bulunmazken, ileri evre sorularda Gemini'nin tüm okunabilirlik ölçütlerinde (ARLC, ARI, FKGL) ChatGPT'ye göre anlamlı derecede daha düşük (daha iyi) skorlar sunduğu görüldü ($p = 0.006$, $p = 0.025$, $p = 0.003$). EQIP skorları her iki evrede de Gemini lehine anlamlı biçimde yüksek ($p < 0.001$) olup, mDISCERN skorlarında fark saptanmadı.

Sonuç: Bulgularımız, Gemini'nin prostat kanseri hakkında ChatGPT'ye kıyasla daha anlaşılır ve kaliteli içerik ürettiğini göstermektedir. İleri evre prostat kanserinde Gemini'nin okunabilirlik açısından anlamlı derecede daha iyi performans sergilediği, EQIP skorlarının tüm sorularda Gemini lehine anlamlı yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar, büyük dil modellerinin hasta bilgilendirmesindeki potansiyelini vurgularken, modeller arasındaki farklılıklara da dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Büyük Dil Modelleri, Okunabilirlik ve Kalite, Prostat Kanseri**Tablo 1. ChatGPT ve Gemini'nin Prostat Kanseri Sorularına Verdikleri Yanıtların Okunabilirlik ve Kalite Skorlarının Karşılaştırması**

	ChatGPT	Gemini	P değeri
ARLC, ortalama $\pm$ SS	14.44 ± 3.4	12.69 ± 2.4	0.038
ARI, ortalama $\pm$ SS	14.67 ± 3.2	13.60 ± 3.8	0.275
FKGL, ortalama $\pm$ SS	14.20 ± 3.9	12.20 ± 2.9	0.043
EQIP, ortalama $\pm$ SS	35.73 ± 4.8	60.45 ± 7.1	< 0.001





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



mDISCERN, ortalanca (ÇAG)	2.5 (1.0)	2.0 (1.0)	0.120

SS: standart sapma, ÇAG: çeyrekler arası genişlik





[SS-096]

Prostat Kanserinde Lenf Nodu Tutulumunu Öngören Makine Öğrenme Tabanlı Model Geliştirilmesi ve Nomogramlarla Karşılaştırılması

Muhammet Demirbilek¹, Semih Yılmaz², Muhammet Erkam Gökçepinar², Ayça Çakmakoğlu³, İnci Baytaş², Elif Altınay Kırılı⁴, Emre Uğur², Bülent Önal⁴

¹Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

²Boğaziçi Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prostat kanserinde pelvik lenf nodu tutulumunu öngörmede makine öğrenmesi (ML) tabanlı model geliştirilmesi ve bu modellerin performanslarının klinik pratikte kullanılan nomogramlarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2018-2023 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde radikal prostatektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılan 196 hasta ve 2010-2019 yılları arasında tedavi görmüş The Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) veritabanından seçilen 30.922 hasta dahil edildi. Demografik ve klinikopatolojik değişkenler üzerinden lojistik regresyon, destek vektör makineleri (SVM), aşırı gradyan artırma algoritması (XGBoost) ve yapay sinir ağı (MLP) modelleri oluşturuldu. Modellerin içsel doğrulaması için SEER veritabanı, harici doğrulaması için kohortumuz kullanıldı. Yeni modellerin performansı kohortumuzdaki Briganti 2012, Briganti 2017, MSKCC ve Amsterdam-Brisbane-Sydney (ABS) nomogramlarının sonuçlarıyla karşılaştırıldı. Modellerin performansını değerlendirmek için alıcı işlem eğrisi analizi altında kalan alan (AUC), net faydayı değerlendirmek için ise karar eğrisi analizi (DCA) kullanıldı. Tüm modeller Python kütüphaneleri kullanılarak geliştirildi.

Bulgular: Makine öğrenmesi modelleri, Briganti 2012/2017 ve MSKCC nomogramlarına göre daha yüksek performans sergiledi (AUC ~0.81-0.82'ye karşı 0.72-0.75). Buna karşın ABS nomogramı harici doğrulamada daha iyi performans gösterdi (AUC 0.86). ML modelleri, ABS nomogramının %6'dan yüksek kesme değerlerinde daha yüksek net fayda sağlaması dışında karşılaştırılabilir net fayda sağladı. Karar eğrisi analizleri, ML modellerinin ABS dışındaki nomogramlardan daha yüksek klinik fayda sağladığını gösterdi.

Sonuç: ML tabanlı modeller prostat kanserinde lenf nodu tutulumunu öngörmede klasik nomogramlara ek olarak etkili ve güvenilir bir alternatif sunmaktadır.. Makine öğrenmesi, klasik nomogramların yerine geçmekten çok, karar süreçlerini destekleyen tamamlayıcı bir araç olarak değerlendirilmelidir. Ancak klinik kullanıma girmeleri için çok merkezli, prospektif çalışmalarda doğrulanmaları, test edilmeleri ve kalibrasyonlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, Pelvik Lenf Nodu, Makine Öğrenmesi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablolar 1

Table 1: Baseline characteristics of patients in SEER and Local cohorts

Characteristic	SEER (n = 30,922)	Local (n = 196)	p-value *
Age, years (median [IQR])	62 [57-67]	65 [60-70]	< 0.001
PSA, ng/mL (median [IQR])	6.6 [4.9-10.2]	9.2 [6.0-15.0]	< 0.001
Clinical T stage, n (%)			< 0.001
T1	19,480 (63.0)	88 (44.9)	
T2	10,136 (32.8)	90 (45.9)	
T3-T4	1,306 (4.2)	18 (9.2)	
ISUP grade group, n (%)			0.002
1	6,702 (21.7)	33 (16.8)	
2	10,997 (35.6)	63 (32.1)	
3	5,819 (18.8)	59 (30.1)	
4-5	7,404 (24.0)	41 (20.9)	
Positive biopsy cores, median [IQR]	5 [3-7]	6 [4-9]	< 0.001
Total biopsy cores, median [IQR]	12 [12-13]	12 [12-15]	< 0.001
Positive core percentage (PCP), %	44.8	49.1	< 0.001

*Categorical variables (Clinical T stage, ISUP grade) were compared using Chi-square test; continuous variables (Age, PSA, positive biopsy cores, total biopsy cores, PCP) were compared using Mann-Whitney U test.

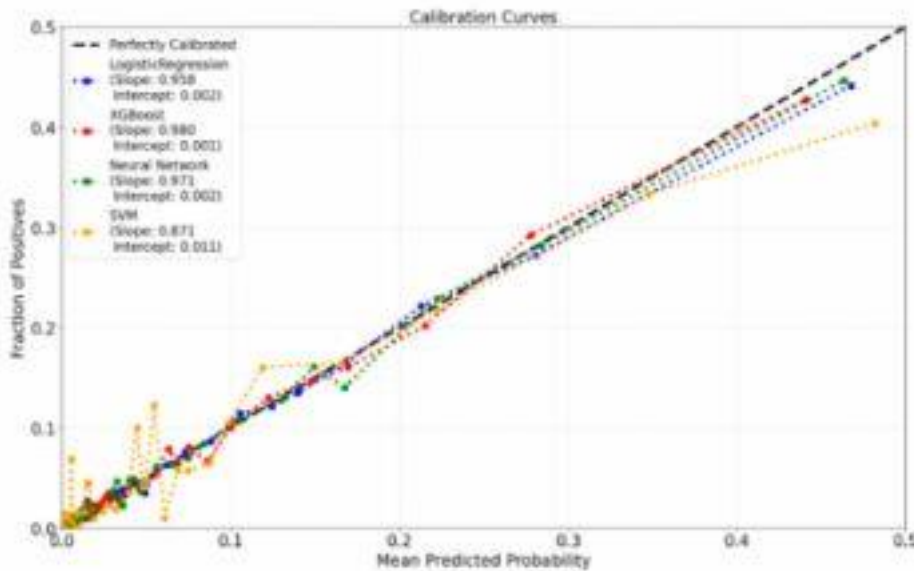


Figure 1: Internal Calibration Analysis





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablolar 2

Table 2: AUC and 95% Confidence Intervals for ML Models and Nomograms

Model	AUC (95% CI)
Logistic Regression	0.818 (0.753–0.879)
XGBoost	0.810 (0.741–0.872)
Neural Network	0.819 (0.752–0.879)
SVM	0.820 (0.755–0.880)
Briganti 2012	0.751 (0.676–0.826)
Briganti 2017	0.722 (0.641–0.803)
MSKCC	0.725 (0.643–0.807)
ABS Nomogram	0.862 (0.794–0.929)

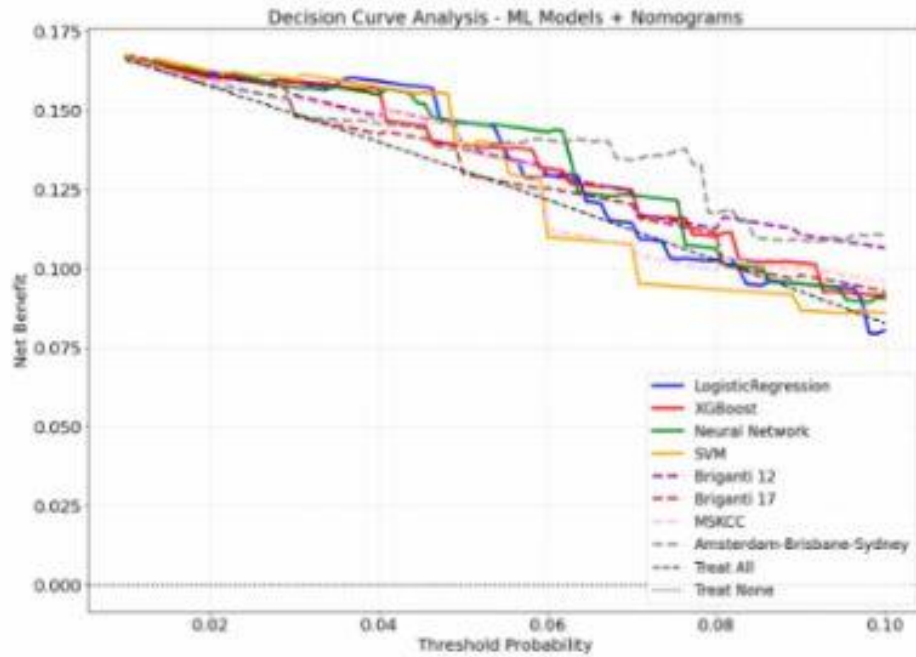


Figure 3: Decision Curve Analysis



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-097]

Üroonkolojide Bilimsel Eğilimler: Türk Üroonkoloji Kongresi Bildirilerinin 2009–2023 Yılları Arasında Tematik ve Metodolojik Açından İçerik Analizi

Engin Denizhan Demirkıran

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Amaç

Bu çalışmanın amacı, 2009–2023 yılları arasında Türk Üroonkoloji Kongrelerinde sunulan bildirileri tematik ve yöntemsel açıdan inceleyerek, yıllar içindeki eğilimleri, gelişmeleri ve değişimleri ortaya koymaktır. Aynı zamanda, bildirilerin konular, tümör tipleri, teknolojik yaklaşımlar ve bilimsel eğilimler açısından zamansal değişimlerini değerlendirmek hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

2009–2023 yıllarına ait Türk Üroonkoloji Kongresi bildiri kitapçıları retrospektif olarak incelendi. Toplam 1905 adet bildiri yıl, sunum tipi (sözlü, video, poster), ana konu (Prostat Tm, Mesane Tm, Böbrek Tm, Testis Tm, Adrenal Tm, ÜÜST, Diğer) ve alt başlık (örn. robotik cerrahi, genetik inceleme, yeni tedavi yöntemleri) kategorilerine göre sınıflandırıldı. Tanımlayıcı istatistikler kullanılarak bildirilerin yıllara göre sayısal ve oransal dağılımları değerlendirildi.

Bulgular

Tüm yıllarda en sık bildiri sunulan konu Prostat Tm (%37,1) olurken, bunu Mesane Tm (%23,2) ve Böbrek Tm (%20,9) izlediği saptandı. Daha nadir olarak Testis Tm (%8,0) ve diğer konular (%4,6) sunulduğu görüldü. Prostat Tm bildirileri 2009'dan itibaren sürekli yüksek oranda seyrettiği izlendi ancak mesane Tm bildirilerinin oranının özellikle 2021 ve 2023 kongrelerinde artış gösterdiği saptandı. Böbrek Tm bildirilerinin ise 2017'den sonra belirgin yükseliş gösterdiği izlendi. 2009–2013 arasında daha çok cerrahi tekniklere (radikal/parsiyel cerrahi, laparoskopik girişim) odaklanılırken, 2015 sonrası dönemde robotik cerrahi ve genetik inceleme başlıklarının öne çıktığı görüldü. 2021 ve 2023'te ise yeni tedavi yöntemleri ve görüntüleme başlıklarında diğer yıllara oranla artış izlendiği saptandı.

Sonuç

Türk Üroonkoloji Kongresi'nde sunulan bildiriler 2009 – 2023 yılları arasında belirgin bir evrim göstermiştir. Klasik cerrahi konuların yanı sıra gelişen teknoloji ile birlikte robotik cerrahi, genetik ve yeni tedavi yöntemlerine yönelik artan ilgi, üroonkolojideki sunum önceliklerinin değiştiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, gelecekteki araştırma yönelimleri ve kongre programlarının şekillenmesinde yol gösterici olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Üroonkoloji, kongre bildirileri, trend analizi, robotik cerrahi, yeni tedavi yöntemleri



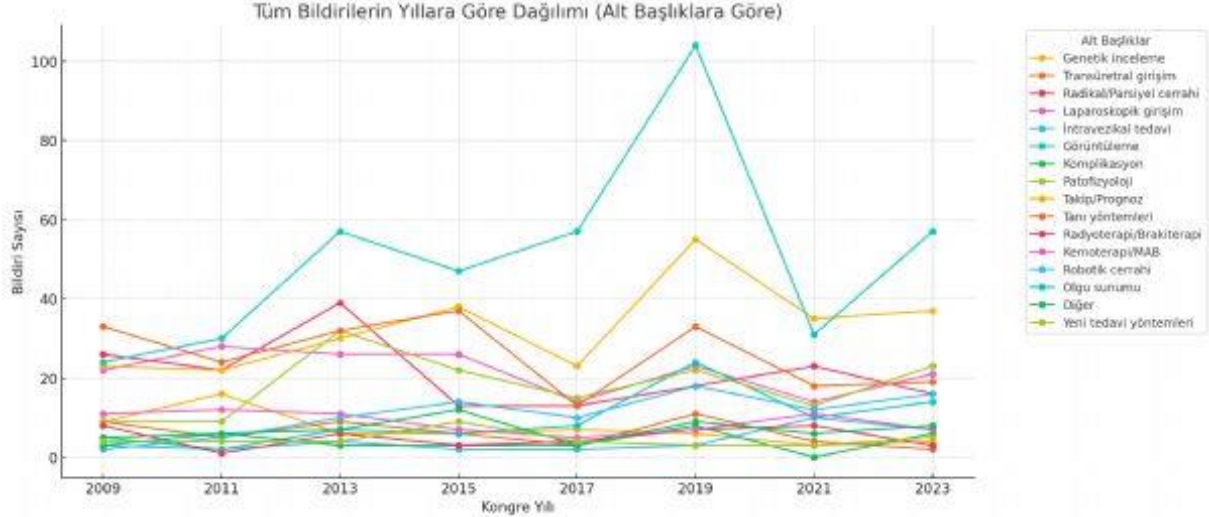


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

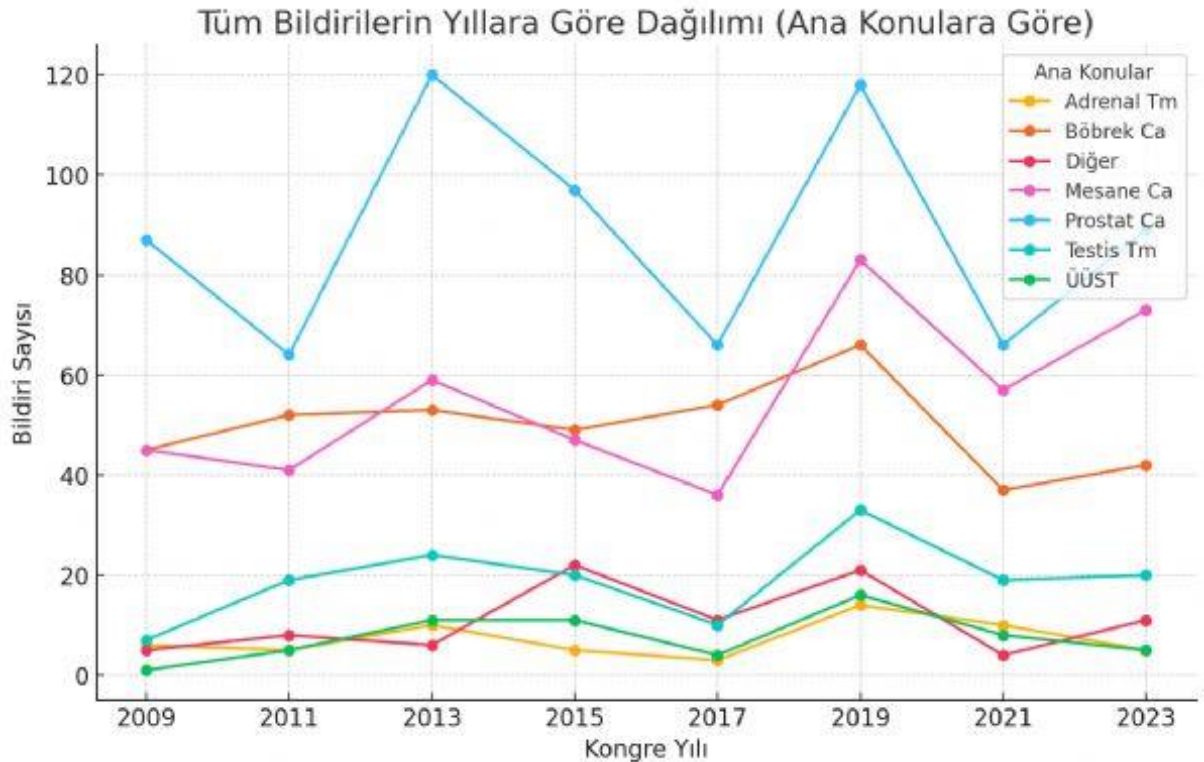


Tüm Bildirilerin Yıllara Göre Dağılımı (Alt Başlıklar)



Sunulan tüm bildirilerin alt başlıklara göre dağılım grafiği

Tüm Bildirilerin Yıllara Göre Dağılımı (Ana Konular)



Sunulan tüm bildirilerin ana konular özelinde yıllara göre dağılım grafiği

Bildirilerin Sunum Tipine ve Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Sözlü Bildiri	Video Bildiri	Poster Bildiri	Toplam
2009	36 (%18.3)	15 (%7.6)	145 (%73.9)	196 (%100)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



2011	44 (%22.6)	17 (%8.7)	133 (%68.5)	194 (%100)
2013	52 (%18.3)	28 (%9.8)	203 (%71.7)	283 (%100)
2015	40 (%15.9)	24 (%9.5)	187 (%74.5)	251 (%100)
2017	32 (%17.3)	17 (%9.2)	135 (%73.3)	184 (%100)
2019	106 (%30.1)	18 (%5.1)	227 (%64.6)	351 (%100)
2021	100 (%49.7)	16 (%7.9)	85 (%42.2)	201 (%100)
2023	145 (%59.1)	29 (%11.8)	71 (%28.9)	245 (%100)
Toplam	555 (%29.1)	164 (%8.6)	1186 (%62.2)	1905 (%100)

Bildirilerin Yıllara ve Ana Konulara Göre Dağılımı

Yıl	Bildiri Çeşidi	Prostat Tümörü	Mesane Tümörü	Böbrek Tümörü	Testis Tümörü	Adrenal Tümör	Üst Üriner Sistem Tümörü	Diğer	Toplam
	Sözlü Bildiri	12 (%33.3)	12 (%33.3)	10 (%27.7)	2 (%5.56)	0	0	0	36 (%100)
2009	Video Bildiri	2 (%13.3)	2 (%13.3)	6 (%40)	0	4 (%26.6)	0	1 (%6.67)	15 (%100)
	Poster Bildiri	73 (%50.34)	31 (%21.38)	29 (%20)	5 (%3.45)	2 (%1.38)	1 (%0.69)	4 (%2.76)	145 (%100)
	Toplam	87 (%44.39)	45 (%22.96)	45 (%22.96)	7 (%3.57)	6 (%3.06)	1 (%0.51)	5 (%2.55)	196 (%100)
	Sözlü Bildiri	15 (%34.09)	9 (%20.45)	15 (%34.09)	2 (%4.55)	0	2 (%4.55)	1 (%2.27)	44 (%100)
2011	Video Bildiri	2 (11.76)	4 (%23.53)	7 (%41.18)	0	3 (%17.65)	1 (%5.58)	0	17 (%100)
	Poster Bildiri	47 (%35.34)	28 (%21.05)	30 (%22.56)	17 (%12.78)	2 (%1.5)	2 (%1.5)	7 (%5.26)	133 (%100)
	Toplam	64 (%32.99)	41 (%21.13)	52 (%26.8)	19 (%9.79)	5 (%2.58)	5 (%2.58)	8 (%4.12)	194 (%100)
	Sözlü Bildiri	18 (%34.62)	14 (%26.92)	15 (%28.85)	3 (%5.57)	1 (%1.92)	1 (%1.92)	0	52 (%100)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



2013	Video Bildiri	3 (%10.71)	4 (%14.29)	7 (%25)	4 (%14.29)	3 (%10.71)	6 (%21.43)	1 (%3.57)	28 (%100)
	Poster Bildiri	99 (%48.77)	41 (%20.2)	31 (%15.27)	17 (%8.37)	6 (%2.96)	4 (%1.97)	5 (%2.46)	203 (%100)
	Topla m	120 (%42.4)	59 (%20.85)	53 (%18.73)	24 (%8.48)	10 (%3.53)	11 (%3.89)	6 (%2.12)	283 (%100)
	Sözlü Bildiri	11 (%27.5)	8 (%20)	13 (%32.5)	3 (%7.5)	1 (%2.5)	2 (%5)	2 (%5)	40 (%100)
2015	Video Bildiri	4 (%16.67)	3 (%12.5)	7 (%29.17)	3 (%12.5)	3 (%12.5)	1 (%4.17)	3 (%12.5)	24 (%100)
	Poster Bildiri	82 (%43.85)	36 (%19.25)	29 (%15.51)	14 (%7.49)	3 (%1.6)	6 (%3.21)	17 (%9.09)	187 (%100)
	Topla m	97 (%38.65)	47 (%18.73)	49 (%19.52)	20 (%7.97)	5 (%1.99)	11 (%4.38)	22 (%8.76)	251 (%100)
	Sözlü Bildiri	16 (%50)	3 (%9.38)	9 (%28.12)	1 (%3.12)	0	1 (%3.12)	2 (%6.25)	32 (%100)
2017	Video Bildiri	5 (%29.41)	4 (%23.53)	8 (47.06)	0	0	0	0	17 (%100)
	Poster Bildiri	45 (%33.33)	29 (%21.48)	37 (%27.41)	9 (%6.67)	3 (%2.22)	3 (%2.22)	9 (%6.67)	135 (%100)
	Topla m	66 (%35.87)	36 (%19.57)	54 (%29.35)	10 (%5.43)	3 (%1.63)	4 (%2.17)	11 (%5.98)	184 (%100)
	Sözlü Bildiri	38 (%35.85)	28 (%26.42)	25 (%23.58)	9 (%8.49)	1 (%0.94)	3 (%2.83)	2 (%1.89)	106 (%100)
2019	Video Bildiri	4 (%22.22)	3 (%16.67)	5 (%27.78)	1 (%5.56)	2 (%11.11)	3 (%16.67)	0	18 (%100)
	Poster Bildiri	76 (%33.48)	52 (%22.91)	36 (%15.86)	23 (%10.13)	11 (%4.85)	10 (%4.41)	19 (%8.39)	227 (%100)
	Topla m	118 (%33.62)	83 (%23.65)	66 (%18.8)	33 (%9.4)	14 (%3.99)	16 (%4.56)	21 (%5.98)	351 (%100)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Sözlü Bildiri	42 (%42)	30 (%30)	14 (%14)	7 (%7)	5 (%5)	1 (%1)	1 (%1)	100 (%100)
2021	Video Bildiri	2 (%12.5)	3 (%18.75)	9 (%56.25)	0	1 (%6.25)	1 (%6.25)	0	16 (%100)
	Poster Bildiri	22 (%25.88)	24 (%28.24)	14 (%16.47)	12 (%14.12)	4 (%4.71)	6 (%7.06)	3 (%3.53)	85 (%100)
	Topla m	66 (%32.84)	57 (%28.36)	37 (%18.41)	19 (%9.45)	10 (%4.98)	8 (%3.98)	4 (%1.99)	201 (%100)
	Sözlü Bildiri	66 (%45.52)	50 (%34.48)	18 (%12.41)	4 (%2.76)	2 (%1.38)	1 (%0.69)	4 (%2.76)	145 (%100)
2023	Video Bildiri	8 (%27.59)	8 (%27.59)	7 (%24.14)	1 (%3.45)	2 (%6.9)	2 (%6.9)	1 (%3.45)	29 (%100)
	Poster Bildiri	15 (%21.13)	15 (%21.13)	17 (%23.94)	15 (%21.13)	1 (%1.41)	2 (%2.82)	6 (%8.45)	71 (%100)
	Topla m	89 (%36.33)	73 (%29.8)	42 (%17.14)	20 (%8.16)	5 (%2.04)	5 (%2.04)	11 (%4.49)	245 (%100)
	Sözlü Bildiri	218 (%39.28)	154 (%27.75)	119 (%21.44)	31 (%5.59)	10 (%1.8)	11 (%1.98)	12 (%2.16)	555 (%100)
Topla m	Video Bildiri	30 (%18.29)	31 (%18.9)	56 (%34.15)	9 (%5.49)	16 (%9.76)	16 (%9.76)	6 (%3.66)	164 (%100)
	Poster Bildiri	459 (%38.7)	256 (%21.59)	223 (%18.8)	112 (%9.44)	32 (%2.7)	34 (%2.87)	70 (%5.9)	1186 (%100)
	Topla m	707 (%37.11)	441 (%23.15)	398 (%20.89)	152 (%7.98)	58 (%3.04)	61 (%3.2)	88 (%4.62)	1905 (%100)





[SS-099]

Testis Muayenesi Farkındalığının Değerlendirilmesi: Anket Çalışması

Ceyhun Özdemiroğlu, Kader Ada Doğan, Bahadır Şahin
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Testis kanseri, 18-40 yaş arası genç erkeklerde en sık görülen solid malign tümördür ve erken tanıda kendi kendine testis muayenesi büyük önem taşımaktadır. Ancak toplumda bu konuda farkındalık ve bilgi düzeyi yeterli değildir. Bu çalışmanın amacı, polikliniğimize başvuran erkek hastalarda testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi farkındalığını değerlendirmek ve elde edilen veriler ışığında toplumsal bilgilendirme ihtiyacını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Bu kesitsel anket çalışması Haziran-Temmuz 2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi ve Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Anket formu, kliniğimizde görev yapan üroloji doktorları tarafından literatürden yararlanılarak hazırlandı. Polikliniğe farklı nedenlerle başvuran, 18-40 yaş aralığındaki 110 erkek hastaya, testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi farkındalığını ölçmeye yönelik 18 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Katılımcılara çalışmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş gönüllü onamları alındı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmek üzere kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya 18-40 yaş aralığında 110 erkek katılmıştır. Katılımcıların en büyük grubunu 25-30 yaş (%33,6) oluşturmuştur. Yarısi evli (%52,7), %43,6'sı üniversite mezunudur. Katılımcıların çoğunluğu (%66,4) asgari ücretin üzerinde gelire sahiptir. Katılımcıların %71,8'i daha önce testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi (KTM) hakkında bilgi almadığını belirtmiştir. KTM yapmayanların oranı %73,6 ile büyük çoğunluğu oluşturmuştur. KTM yapanların oranı %26,4 olup, düzenli her ay yapanlar yalnızca %16,4'tür. Katılımcıların %30,9'u muayenenin "ayda bir" yapılması gerektiğini, %36,4'ü en uygun zamanın "duş/banyo sonrası" olduğunu bilmıştır. Sağlık davranışlarında; %91,8'i testiste şişlik/sertlik fark edilirse doktora başvurulması gerektiğini, %98,2'si erken teşhisin önemini kabul etmiştir. Ancak %56,3'ü "belirti yoksa muayeneye gerek yok" ve %53,6'sı "sadece doktor muayene yapmalı" görüşünü bildirmiştir. Katılımcıların %70'i muayene yöntemini bilmediğini ifade etmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyine göre farkındalık/muayene oranlarında farklılıklar saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Katılımcıların büyük çoğunluğu kendi kendine testis muayenesi yapmamaktadır. Bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve düşük muayene oranları dikkat çekmektedir. Bulgular, genç erkeklerle yönelik sağlık profesyonelleri tarafından yürütülecek eğitim ve farkındalık programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Testis Kanseri, Kendi Kendine Testis Muayenesi, Toplumsal Farkındalık





[SS-101]

Gleason skor 6 prostat kanseri olan hastalarda ekstraprostatik uzanım düşünüldüğü kadar nadir mi?

Bariş Esen¹, Yakup Kordan¹, Bartu Akıncı¹, Ahmet Gürbüz¹, Umut Can Karaarslan¹, Mustafa Müdüroğlu¹, Abdullah Erdem Canda¹, Mevlana Derya Balbay¹, Dilek Ertoý Baydar², Tarık Esen¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Günümüzde gleason skor 6 (Grad Grup 1) prostat kanseri, ekstraprostatik uzanım çok nadir görülmesi ve metastaz bildirilmemesi nedeni ile bu hastalık klinik olarak "önemsiz" olarak değerlendirilmekte ve aktif izlem önerilmektedir. Bu tek merkez retrospektif analizde radikal prostatektomi (RP) neticesinde GG1 gelmiş olan hastalarda ekstraprostatik uzanım (EPU) oranlarının bildirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2014 ve Ağustos 2025 tarihleri arası RP yapılmış olan hastalar (n=974) retrospektif olarak değerlendirilmiştir. RP neticesinde GG1 hastalık saptanan hastalar (n=96) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş ve vücut-kitle indeksi) ve klinik karakteristikleri (serum PSA, PSA dansitesi, prostat biyopsi özellikleri) ve edilmiştir. RP neticesinde gelen patolojide EPU oranları ve bu uzanımın özellikleri (uzanım derinliği, kaç odakta EPU olduğu) üropatoloji konusunda yüksek deneyimi olan patoloğlar tarafınca değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 96 hastanın ortalama yaşı ve vücut kitle indeksi sırası ile 62.9 yıl (IQR: 56.5 – 68.7) ve 26.3 kg/m² (IQR: 24.4 – 28.4) idi. Tanı anında ortalama serum PSA ve PSA dansitesi 5.0 ng/dL (IQR: 3.8 – 9.0) ve 0.09 ng/dL/cc'ydı (IQR: 0.06 – 0.18). Hastaların 13'ü (%13.5) prostat biyopsisinde GG $\geq$ 2 hastalık için opere olmuştu ancak RP neticesinde GG1 hastalığa downgrade olmuştu. Hastaların 6'sında (%6.25) RP neticesinde GG1 hastalık olmasına rağmen EPU (pT3a) mevcuttu. Bu hastaların 1'inde 2 ayrı odakta EPU görülürken diğer 5 vakada tek bir odakta EPU görülmüştü. Hastaların tamamında EPU <1 mm boyutta idi. EPU olan ve olmayan hastaların yaş, PSA, PSAD, VKI ya da tümörün prostata yüzdesi gibi parametreler açısından anlamlı bir fark görülmedi. 6 adet EPU görülen hastanın tamamında postoperatif PSA <0.01 ng/dL olarak görüldü.

Sonuç: Bizim çalışmamızda GG1 hastalıkta literatürde daha önce bildirilen sonuçlardan daha yüksek oranda ekstraprostatik uzanım görülmüştür. Ancak EPU mikroskopik (<1mm) uzanım paterninde gerçekleşmiştir. GG1 hastalıkta EPU varlığının olası klinik önemi ve bu invaziv davranışa sebep olan genetik temellerine ilişkin ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Ekstrakapsüler uzanım, Grad grup 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-102]

Testis Kanserinde Kemoterapi Sonrası Nüksü Tahmin Etmede HALP Skorunun Prognostik Yararı: Retrospektif Kohort Çalışması

Kemal Kayar¹, Rıdvan Kayar¹, Emre Karabay², Behlül Berk Genç¹, Çağatay Tosun¹, Ömer Ergin Yücebaş¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Kartal Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Testis germ hücreli tümörleri olan hastaların çoğu, orşiektomi ve sisplatin bazlı kemoterapi sonrasında uzun süreli remisyon elde ederken, bir kısmında nüks görülmektedir. Kişiselleştirilmiş izleme stratejilerini iyileştirmek için kemoterapi sonrası nüksün güvenilir belirleyicilerine ihtiyaç vardır. Bu çalışma, geleneksel evreleme parametrelerinin yanı sıra, nüksü öngörmeye inflamatuvar-beslenme biyobelirteci olan hemoglobin, albümin, lenfosit ve trombosit (HALP) skorunun prognostik yararını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:

2015 ile 2023 yılları arasında orşiektomi sonrası kemoterapi alan 91 testis germ hücreli kanser hastası üzerinde retrospektif bir analiz yapılmıştır. Klinik, patolojik ve hematolojik veriler toplandı. Nüks riski lojistik regresyon, ROC eğrisi analizi ve Kaplan-Meier sağkalım eğrileri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Medyan 81 aylık takip süresi boyunca hastaların %15,4'ünde nüks görüldü. Nüks eden hastaların medyan HALP skorları anlamlı olarak daha düşüktü (36,17 vs. 54,24, p = 0,018). ROC analizi, 0,699 AUC (95% CI: 0,531-0,868) ve 53,615 optimal HALP kesme değeri verdi. HALP $\geq$ 53,615 olan hastalar, 3 ve 5 yıllık nüksüz sağkalım açısından anlamlı olarak daha iyi sonuçlar elde etti (sırasıyla p = 0,017 ve p = 0,009). Çok değişkenli analizde, N evresi ve klinik evre nüksün bağımsız belirleyicileri olarak kalırken, HALP anlamlılık eğilimi gösterdi.

Sonuç:

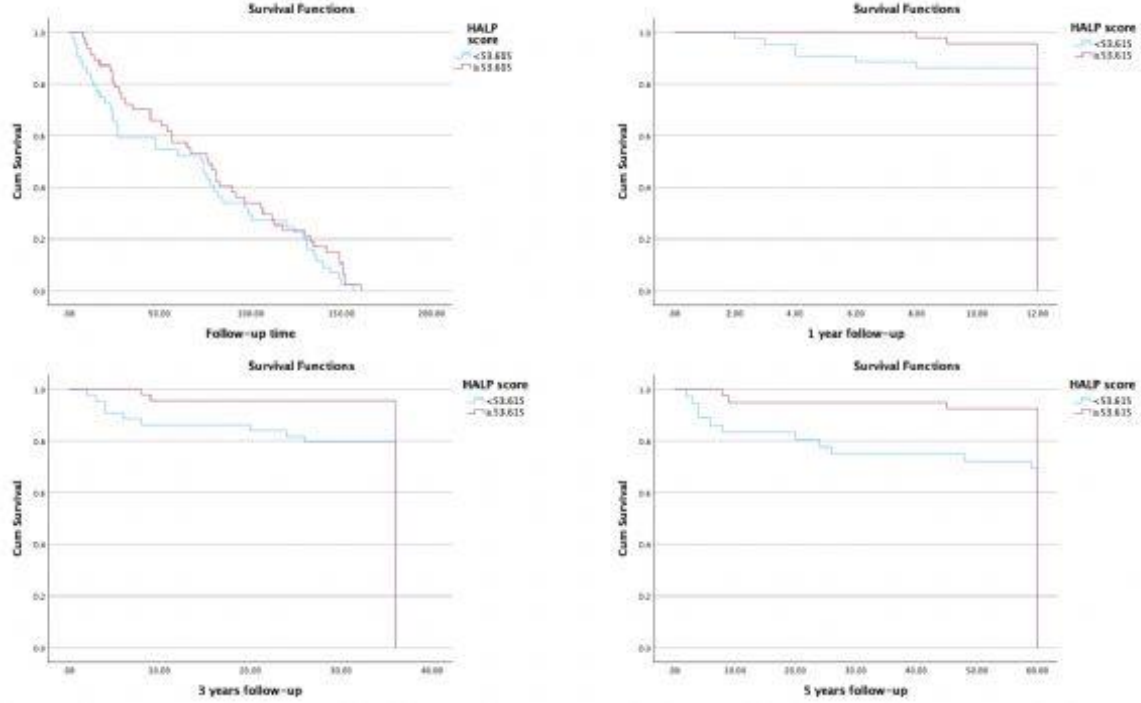
HALP skoru, özellikle geleneksel evreleme ile birlikte, testis kanserinde kemoterapi sonrası nüksü öngörmeye yardımcı olabilecek umut verici, maliyet etkin bir biyomarkerdir. Prognostik rolünü ve klinik uygulanabilirliğini doğrulamak için prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Testis Germ Hücreli Tümör, HALP skoru, Nüks

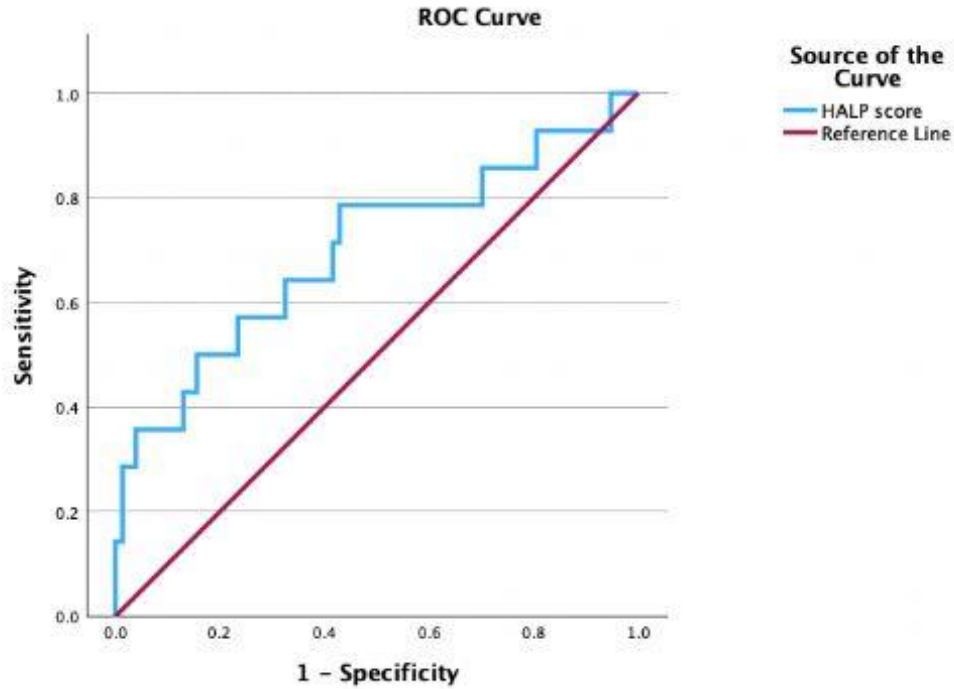




Kaplan Meier RFS according to categorized HALP score



ROC curve



Comparison of model fit statistics between multivariate logistic regression models



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	Model 1	Model 2
Omnibus χ^2 (df, p)	14.398 (4, 0.006)	12.112 (2, 0.002)
-2 Log Likelihood	63.739	66.024
Nagelkerke R^2	0.254	0.216
Hosmer-Lemeshow Test (p)	0.621	0.121

Univariate and multivariate logistic regression analyses for predicting recurrence

Değişkenler	Univariate Analizi		Model 1		Model 2	
	OR1 (%95 CI)	p	OR2 (%95 CI)	p	OR3 (%95 CI)	p
HALP skoru	4.889 (1.262-18.935)	0.022	3.356 (0.774 - 14.549)	0.106	3.485 (0.853 - 14.231)	0.082
S evresi	2.210 (1.020-4.789)	0.044	0.824 (0.289 - 2.349)	0.717	-	-
N evresi	2.615 (1.393-4.908)	0.003	2.210 (1.057 - 4.623)	0.035	-	-
M evresi	2.369 (1.066-5.263)	0.034	1.718 (0.672 - 4.391)	0.259	-	-
Evre	3.004 (1.347-6.699)	0.007	-	-	2.553 (1.123 - 5.801)	0.025

HALP- hemoglobin, albumin, lymphocytes and platelets score. OR1- crude odds ratio; OR2 is adjusted to HALP score, S stage, N stage and M stage; OR3 is adjusted to HALP score and stage. OR-odds ratio, CI-confidence interval.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-104]

Testis Kanseri Histolojik Tipi, Klinik Evresi ve Tümör Belirteci Ekspresyon Oranları ile İlişkili Olarak Tümör Dansitesinin Yeni Bir Klinik Parametre Olarak İncelenmesi

Muhammet Hilmi Enes Aracı, Hüseyin Aytaç Ateş, Yusuf Şahin, Uğur Yücetaş, Emrah Okucu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği

Amaç: Testis kanseri (TC), yetişkin neoplazmlarının %1'ini ve ürolojik tümörlerin %5'ini oluşturur (Park et al., 2018). Seminom ve seminom dışı testis tümörlerinde bazı prognostik faktörler tanımlanıp kılavuzlara girmiştir (Patrikidou et al., 2023). Bu çalışmamızda, bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce hiç araştırılmamış olan, ancak bazı farklı kanser türlerinde prognostik değeri kanıtlanmış olan tümör dansitesinin klinikopatolojik parametreler ve onkolojik sonuçlarla ilişkisi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda kliniğimizde 2013-2024 yılları arasında testis kanseri nedenli radikal orşiektomi uygulanan 155 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar tümör dansitesi ≤ 40 ve > 40 olarak iki gruba ayrıldı. Klinik veriler, tümör belirteçleri (LDH, AFP, B-HCG), histopatolojik parametreler ve onkolojik sonuçlar karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz olarak Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı; anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, BMI, komorbidite, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Tümör dansitesi ≤ 40 grubunda marker ekspresyonu bakımından preoperatif LDH seviyeleri anlamlı olarak daha düşük, B-HCG seviyeleri ise daha yüksekti ($p < 0,05$). AFP düzeylerinde ise anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Histopatolojik olarak, tümör dansitesi ≤ 40 grubunda rete testis invazyonu, nekroz ve radyoterapi uygulanma oranları anlamlı şekilde daha düşüktü ($p < 0,05$). Nüks ve mortalite oranları da tümör dansitesi ≤ 40 grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0,05$). İki grubun karşılaştırmalı sonuçları tablo 1 ve 2' de özetlenmiştir.

Sonuç: Testis tümörü dansitesi; tümör belirteçleri ile histopatolojik özellikler ve onkolojik sonuçlar arasında anlamlı ilişki göstermektedir. Tümör dansitesinin düşük olması, daha iyi prognozla ilişkili olup, bu parametrenin prognostik bir belirteç olarak potansiyel kullanımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, Tümör belirteci, Tümör dansitesi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Tablo 1

	Tümör Dansitesi% ≤ 40		Tümör Dansitesi% > 40		p
	Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş	33,6 ± 11,2	32,0	35,1 ± 10,9	34,0	0,274 ^m
Boy	1,8 ± 0,1	1,8	1,8 ± 0,1	1,8	0,773 ^m
Kilo	80,3 ± 12,9	78,0	80,7 ± 13,5	80,0	0,742 ^m
BMI	26,0 ± 3,6	25,2	26,0 ± 3,6	25,7	0,868 ^m
Ek Hastalık	3	4,1%	2	2,4%	0,557 ^{X²}
Sigara Kullanımı	33	45,2%	44	53,7%	0,293 ^{X²}
Alkol Kullanımı	11	15,1%	16	19,5%	0,467 ^{X²}
LDH	308,7 ± 426,6	198,0	363,1 ± 364,4	237,5	0,001 ^m
AFP	163,1 ± 536,1	4,5	1197,2 ± 6862,2	4,2	0,535 ^m
B-HCG	3642,1 ± 30422,8	2,3	796,1 ± 4268,4	5,3	0,025 ^m
Takip Süresi (Ay)	72,5 ± 41,0	69,0	61,1 ± 41,7	55,5	0,096 ^m

^m Mann-whitney u test/ ^{X²} Ki-kare test

Tümör Dansitesine Göre Klinik ve Laboratuvar Özelliklerin Karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2

Tablo 2

		Tümör Dansitesi % ≤ 40 (n:73)		Tümör Dansitesi % > 40 (n:82)		p
		n	%	n	%	
Alt Tip	N.S. Mikst	39	53,4%	39	47,6%	0,466 ^{X²}
	S	34	46,6%	43	52,4%	
T	I	50	68,5%	51	62,2%	0,406 ^{X²}
	II	22	30,1%	27	32,9%	
	III	1	1,4%	4	4,9%	
M	(-)	71	97,3%	79	96,3%	0,747 ^{X²}
	(+)	2	2,7%	3	3,7%	
RPLN	(-)	69	94,5%	78	95,1%	0,866 ^{X²}
	(+)	4	5,5%	4	4,9%	
LN Boyut	(-)	66	90,4%	78	95,1%	0,254 ^{X²}
	(+)	7	9,6%	4	4,9%	
RETE Testis	(-)	48	65,8%	40	48,8%	0,033 ^{X²}
	(+)	25	34,2%	42	51,2%	
LVI	(-)	56	76,7%	63	76,8%	0,986 ^{X²}
	(+)	17	23,3%	19	23,2%	
CS	(-)	72	98,6%	78	95,1%	0,217 ^{X²}
	(+)	1	1,4%	4	4,9%	
Nekroz	(-)	30	41,1%	18	22,0%	0,010 ^{X²}
	(+)	43	58,9%	64	78,0%	
KT	(-)	36	49,3%	41	50,6%	0,872 ^{X²}
	(+)	37	50,7%	40	49,4%	
RT	(-)	73	100,0%	74	92,5%	0,017 ^{X²}
	(+)	0	0,0%	6	7,5%	
Nüks	(-)	72	98,6%	80	97,6%	1,000 ^{X²}
	(+)	1	1,4%	2	2,4%	
EX	(-)	72	98,6%	75	91,5%	0,044 ^{X²}
	(+)	1	1,4%	7	8,5%	

^m Mann-whitney u test/ ^{X²} Ki-kare test

Tümör Dansitesine Göre Histopatolojik ve Onkolojik Özelliklerin Karşılaştırılması





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-106]

Geriatrik Üroonkoloji Alanında Ürologların Farkındalık, Tutum ve Uygulamaları: Çok Merkezli Kesitsel Anket Çalışması

Sadettin Eskiçorapçı¹, İlker Çelen², Hasan Hüseyin Tavukçu³, Cemil Aydın⁴

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

³Medipol Üniversitesi Çamlıca Hastanesi Üroloji Bölümü

⁴Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.D

Amaç: Bu çalışma, Türk Üroonkoloji Derneği Geriatrik Üroonkoloji ve Yaşam Kalitesi Çalışma Grubunun yapmış olduğu Türkiye’de üroloji pratiğinde geriatrik değerlendirme araçlarının bilinirlik ve kullanım düzeylerini ortaya koymak ve mevcut eksiklikleri klinik açıdan tartışmak ve çalışma grubu olarak mevcut durumu göz önünde bulundurarak bundan sonraki bilimsel hedeflerini daha iyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Türk Üroonkoloji Derneği ve Ürolojik Cerrahi Derneği üye veri tabanlarından ulaşılan ürologlara, çevrimiçi bağlantı aracılığıyla 15 soruluk bir anket uygulanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri, geriatrik hasta tanımına bakış açıları, tedavi kararında yaşın etkisi, karşılaşılan güçlükler ve geriatrik değerlendirme araçlarının (G8, KGD, CARG, CRASH, MMSE, MNA, CCI vb.) kullanım durumları sorgulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 127 ürolog ankete katılmıştır. Katılımcıların %92,9’u cerrahi karar sürecinde yaşın belirleyici olduğunu, %51,2’si ise geriatrik hastalarda tedavi seçimi konusunda zorlandığını bildirmiştir. Ancak cerrahi öncesinde hiçbir ölçek kullanmadığını belirtenlerin oranı %55,9’dur. En sık kullanılan araç %36,2 ile Karnofsky Performans Skalası olurken, G8 testi yalnızca %14,2 oranında tercih edilmiştir. Bilişsel, fonksiyonel ve nutrisyonel değerlendirmelerde ölçek kullanmayanların oranı sırasıyla %68,3, %76,2 ve %78,0 olarak bulunmuştur. Çok değişkenli analizde, akademisyen olmak ve kurumda geriatrist bulunması geriatrik araç kullanımını artıran bağımsız faktörler olarak öne çıkmıştır.

Sonuç: Bulgular, ülkemizde geriatrik değerlendirme araçlarının ürolojik onkoloji pratiğinde sınırlı kullanıldığını göstermektedir. Yaşlı hastaların heterojen yapısı dikkate alındığında, yalnızca kronolojik yaşa dayalı kararların yetersiz kalabileceği açıktır. Eğitim programlarının güçlendirilmesi, multidisipliner ekiplerin desteklenmesi ve Türkçe validasyon çalışmalarının artırılması, geriatrik değerlendirme yöntemlerinin etkin ve yaygın kullanımını kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: geriatrik değerlendirme ölçekleri, geriatrik üroonkoloji, kapsamlı geriatrik değerlendirme





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Özet Bulgular Tablosu

Tablo 1- Geriatrik Üroonkoloji Alanında Ürologların Farkındalık, Tutum ve Uygulamaları

Çok Merkezli Kesitsel Anket Çalışması — Özet Bulgular Tablosu

KATILIMCILAR	KATILIMCI ÜROLOGLAR	127 (100%)
YAŞ DAĞILIMI	24-35 yaş	38 (29.9%)
	36-45 yaş	43 (33.9%)
	46-55 yaş	34 (26.8%)
	56-65 yaş	8 (6.3%)
	65+ yaş	4 (3.1%)
MESLEK DURUMU	Akademisyen	56 (44.0%)
	Uzman	47 (36.8%)
	Asistan	24 (19.2%)
GERİATRİK YAKLAŞIMLAR	Geriatrik hasta tanımlı ≥65 yaş	29.1%
	≥70 yaş	22.0%
	≥75 yaş	28.3%
	Yaşın cerrahi kararda etkili olduğunu düşünün	118 (92.9%)
	Tedavi kararında zorlanırlar	65 (51.2%)
DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	Cerrahi öncesi hiçbir ölçek kullanmayan	71 (55.9%)
	Karnofsky Performans Skalası	46 (36.2%)
	GS Testi	10 (7.9%)
BİLİŞSEL	Ölçek kullanmayan	87 (68.3%)
	MMSE	24 (19.0%)
	MoCA	6 (4.7%)
FONKSİYONEL	Ölçek kullanmayan	97 (76.2%)
	ADL	19 (15.1%)
	TUG	2 (1.6%)
KOMORBİDİTE	Ölçek kullanmayan	63 (49.6%)
	CO	34 (26.8%)
NÜTRİSYON	Ölçek kullanmayan	99 (78.0%)
	NNA	18 (14.2%)
EĞİTİM & ALTYAP	Kurumunda geriatrist bulunur	28.3%
	Geriatri konsültasyonu talep eden	88.2%
	Eğitime geriatrik modül eklenmeli diyen	70.1%
ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ	Akademisyen olma	OR=2.3 (p<0.05)
	Kurumunda geriatrist bulunması	OR=2.8 (p<0.01)

Tablo 1- Geriatrik Üroonkoloji Alanında Ürologların Farkındalık, Tutum ve Uygulamaları
Çok Merkezli Kesitsel Anket Çalışması — Özet Bulgular Tablosu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[SS-108]

Üroonkolojide Zor Kararları Vermede Yapay Zekanın Kullanımı

Ahmet Mervan Arslan, Eray Hasırcı, Enis Kervancioğlu, Ayhan Dirim, Erman Ceyhan
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Bu çalışmada ürolojik kanserlerin tedavi süreçlerinde verilmesi zor kararlarda yapay zeka (YZ) modellerinin hastaları yönlendirme potansiyelinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma kapsamında ürolojik kanserlerin tedavisi için çoğu zaman doktor ile hastanın tedavi seçiminde zorlandığı Tablo 1'deki 10 farklı ürolojik kanser senaryosu 12 Haziran 2025 tarihinde ChatGPT, Microsoft Copilot, Gemini ve Deepseek'e hasta diliyle soruldu ve tedavi seçimindeki tavsiyeleri alındı. Cevapların yeterliliği, Ateşman okunabilirlik indeksleri ve PEMAT-P skorları değerlendirildi.

Bulgular

Cevaplar memnuniyet açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0,006$). Çok memnun olunan cevap sayısı ChatGPT'de %20, Gemini'de %10, Deepseek'te %70 olarak ölçüldü. Copilot'ta çok memnun olunan cevap yoktu. 3 soruda ChatGPT'nin yanlış bilgi içeren yanıt verdiği görüldü, diğerlerinde yanlış bilgi yoktu ($p=0,049$). Referans verme oranları ChatGPT'de %70, Copilot'ta %90, Gemini'de %0, Deepseek'te %40 olarak bulundu. Referans kaynaklarının çeşitliliğine bakıldığında Copilot en çeşitli referansları vermişken ChatGPT ve Deepseek sadece dernek sitelerinden referans verdiği görüldü. Tedavi seçimi için net öneri verme oranı ChatGPT'de %60, Copilot'ta %30, Gemini'de %10 ve Deepseek'te %30'du ($p=0,164$). Yanıtlarda verilen "geçmiş olsun, sağlıklı günler dilerim" benzeri sosyal etkileşimli içerikler değerlendirildiğinde ChatGPT'de soruların %20'sinde, Copilot'ta %10'unda, Gemini'de %30'unda, Deepseek'te %90'ında bu içerikler vardı ($p=0,001$). YZ'lerin tamamı mutlaka doktora görünmeyi tavsiye ederken, ChatGPT %70, Copilot %60, Gemini %10, Deepseek %70 oranında hangi uzman doktor ile görüşülmesi gerektiğini belirtti ($p=0,022$). Yanıtların Ateşman okunabilirlik indekslerine bakıldığında Copilot'un skoru diğer YZ'lere göre daha düşüktü ($p<0,001$). PEMAT anlaşılabilirlik (understandability) skoru median değerleri ChatGPT'de 75 (69-93), Copilot'ta 87,5 (50-92), Gemini'de 83 (75-92), Deepseek'te 92 (75-92) olarak bulundu ($p=0,029$). En yüksek PEMAT anlaşılabilirlik skoru Deepseek'teydi. En belirgin fark Deepseek ve ChatGPT arasındaydı ($p=0,018$). PEMAT eyleme dönüştürülebilirlik (actionability) skoru median değerleri ChatGPT'de 40 (20-80), Copilot'ta 20 (0-40), Gemini'de 36,5 (20-60), Deepseek'te 60 (20-60) olarak bulundu ($p=0,001$). En yüksek PEMAT eyleme dönüştürülebilirlik skoru Deepseek'teydi. PEMAT eyleme dönüştürülebilirlik skorları açısından Copilot ve ChatGPT arasında ve Copilot ve Deepseek arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,029$ ve $p=0,001$).

Sonuç

YZ modelleri ürolojik kanserlerin tedavi sürecinde verilmesi zor kararlarda çoğunlukla yeterli ve okunabilir yönlendirmeler sunabilmektedir. Yeni bir YZ modeli olmasına rağmen Deepseek PEMAT understandability ve actionability açısından iyi performans göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Ateşman okunabilirlik indeksi, PEMAT-P skoru, tedavi seçimi, ürolojik kanserler, yapay zeka

Tablo 1

Soru 1	65 yaşındayım, PSA değerim 50 ng/mL ve kemiklere metastaz yapmış prostat kanserim var. Doktorum hormon tedavisi olarak 3 aylık iğne veya testislerimin ameliyatla alınması seçeneklerini sundu. Hangi tedaviyi seçmeliyim?
Soru 2	50 yaşındayım, kreatinin değerim 1,2 mg/dL. Abdomen bilgisayarlı tomografi raporum aşağıdaki gibi. Doktorum bana böbreğin alınması gerektiğini ve iki seçeneğim olduğunu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	söyledi. Ya böbreğimin tümü alınacakmış ya da böbreğimin bir kısmı alınacakmış. Hangi tedaviyi seçmeliyim? "Bilateral böbreklerin büyüklükleri ve parankim kalınlıkları normaldir. Sağ böbrek orta kesim anterolateralde böbrekten dışa doğru egzofitik olarak da büyüyen düzgün konturlu solid kitle dikkati çekti. Kitlenin boyutları 40x34 mm ölçüldü. Kitlenin ortasında nekroz alanı izlenmektedir. Bu kitlenin renal hücreli karsinoma ait olduğu düşünüldü. Kitlenin medialdeki sınırı renal sinüse kadar uzanmaktadır."
Soru 3	50 yaşındayım, kreatinin değerim 1,2 mg/dL. Abdomen bilgisayarlı tomografi raporum aşağıdaki gibi. Doktorum bana böbreğin alınması gerektiğini ve iki seçeneğim olduğunu söyledi. Ya böbreğimin tümü alınacakmış ya da böbreğimin bir kısmı alınacakmış. Hangi tedaviyi seçmeliyim? "Bilateral böbreklerin büyüklükleri ve parankim kalınlıkları normaldir. Sağ böbrek orta kesim anterolateralde böbrekten dışa doğru egzofitik olarak da büyüyen düzgün konturlu solid kitle dikkati çekti. Kitlenin boyutları 70x50 mm ölçüldü. Kitlenin ortasında nekroz alanı izlenmektedir. Bu kitlenin renal hücreli karsinoma ait olduğu düşünüldü. Kitlenin medialdeki sınırı renal sinüse kadar uzanmaktadır."
Soru 4	50 yaşındayım, kreatinin değerim 1,2 mg/dL. Abdomen bilgisayarlı tomografi raporum aşağıdaki gibi. Doktorum bana böbreğin alınması gerektiğini ve iki seçeneğim olduğunu söyledi. Ya böbreğimin tümü alınacakmış ya da böbreğimin bir kısmı alınacakmış. Hangi tedaviyi seçmeliyim? "Bilateral böbreklerin büyüklükleri ve parankim kalınlıkları normaldir. Sağ böbrek orta kesim anterolateralde toplayıcı sisteme yakın izlenen düzgün konturlu solid kitle dikkati çekti. Kitlenin boyutları 40x34 mm ölçüldü. Kitlenin ortasında nekroz alanı izlenmektedir. Bu kitlenin renal hücreli karsinoma ait olduğu düşünüldü."
Soru 5	35 yaşındayım. Evre 1A non-seminom tipi testis tümörüüm. Patoloji raporunda lenfovasküler invazyon yok. Doktorum bana kemoterapi alma veya kemoterapi vermeden izleme seçeneklerini sundu. Hangi tedaviyi seçmeliyim?
Soru 6	65 yaşındayım. Üreter adı verilen idrar yolumun alt kısmında 1 cm büyüklüğünde bir tümörüm var. Biyopsi yapıldı ve patoloji sonucum yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak geldi. Doktorum bana böbrek ile birlikte tüm üreteri alma ve sadece hastalıklı olan alt üreter parçasını alma seçeneklerini sundu. Hangisini tercih etmeliyim?
Soru 7	80 yaşındayım. Mesane tümörü sebebiyle ameliyat oldum ve patoloji sonucum aşağıdaki gibi çıktı. Doktorum bana tedavi olarak idrar kesesi içerisine verem aşısı vermek ve ilaç vermeden sistoskopiler ile izleyerek takip etme seçeneklerini sundu. Hangi tedaviyi seçmeliyim? "Ürotelyal karsinom; papiller tip, invaziv, yüksek dereceli (WHO-ISUP). Lamina propria invazyonu görüldü. İncelenen doku parçalarında muskularis propria mevcut olup bu örneklerde kas invazyonu görülmedi. Çevre mukozada in situ ürotelyal karsinom odakları mevcuttur."
Soru 8	80 yaşındayım. Mesane tümörü sebebiyle ameliyat oldum ve patoloji sonucum aşağıdaki gibi çıktı. Doktorum bana tedavi olarak idrar kesesi içerisine verem aşısı vermek ve ilaç vermeden sistoskopiler ile izleyerek takip etme seçeneklerini sundu. Hangi tedaviyi seçmeliyim? "Ürotelyal karsinom; papiller tip, invaziv, yüksek dereceli (WHO-ISUP). Lamina propria invazyonu görüldü. İncelenen doku parçalarında muskularis propriaya mevcut olup bu örneklerde kas invazyonu görülmedi."
Soru 9	70 yaşındayım. Mesane tümörü sebebiyle ameliyat oldum ve patoloji sonucum aşağıdaki gibi çıktı. Doktorum bana tedavi olarak idrar kesesi içerisine BCG tedavisi vermeyi önermişti. BCG tedavimin birinci yılı bitti. Doktorum bu tedavinin 1 yıl veya 3 yıl uygulanabileceğini söyledi. Tedaviyi sonlandırmalı mıyım, yoksa 3 yıla tamamlamalı mıyım?



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	"Ürotelyal karsinom; papiller tip, invaziv, yüksek dereceli (WHO-ISUP). Lamina propria invazyonu görüldü. İncelenen doku parçalarında muskularis propriaya mevcut olup bu örneklerde kas invazyonu görülmedi. Çevre mukozada in situ ürotelyal karsinom odakları mevcuttur."
Soru 10	65 yaşında kadını. Üretra adı verilen idrar yolumun en dış kısmında ürotelyal kanser çıktı. Doktorum bana üretranın tümünün veya sadece tümörlü olan kısmının alınabileceğini söyledi. Hangi tedaviyi seçmeliyim?





[SS-109]

Aktif İzlem Kriterlerine Uyan Prostat Kanseri Hastalarında Robotik Radikal Prostatektominin Onkolojik Sonuçları

Fırat Çağlar Budak, Yalçın Kızılkın, Cüneyt Özden
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Aktif izlem (Aİ), düşük riskli prostat kanseri hastalarında önerilen ilk basamak yönetim stratejilerinden biridir. Bu yaklaşımın temel amacı, düşük riskli prostat kanseri olan hastaları radikal tedavilerin potansiyel komplikasyonlarından korumak ve gereksiz tedaviden (overtreatment) kaçınmaktır. Bununla birlikte, aktif izlemdeki bazı hastalar zamanla biyopsi veya PSA progresyonu nedeniyle aktif tedaviye yönlendirilmektedir. Çalışmamızda, aktif izlem kriterlerine uyan hastalarda robotik radikal prostatektomi (RRAP) sonrası onkolojik sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2020-2024 yılları arasında merkezimizde robot yardımlı radikal prostatektomi (RYRP) yapılan toplam 319 hasta retrospektif olarak incelendi. Aktif izlem kriterleri şu şekilde tanımlandı; Preoperatif PSA <10 ng/mL, Biyopsi Gleason toplam <=6, Pozitif biyopsi kor sayısı <=2, Klinik evre T1c/T2a, PSA-D < 0.15ng/dl/cc.

Bu kriterleri karşılayan hastalar "Aİ-uygun" grup (n=42), diğerleri "Aİ-dışı" grup (n=277) olarak sınıflandırıldı. Demografik, preoperatif ve patolojik veriler değerlendirildi. Sürekli değişkenler için min-maks-ortalama±SS değerleri verildi; gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik veriler Ki-kare veya Fisher testi ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 319 radikal prostatektomi hastasının 42'si (%13,2) aktif izlem kriterlerine uygun bulundu. Aİ-uygun hastaların ortalama yaşı 64,5 ± 5,5 yıl iken Aİ-dışı grupta 64,1 ± 6,8 yılı (p=0,748). Preoperatif PSA değerleri Aİ grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (6,18 ± 2,0 vs 11,0 ± 9,4 ng/mL; p<0,001). Prostat hacmi ve spesmen ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı; ancak spesmen ağırlığı Aİ grubunda daha yüksekti (66,8 g vs 58,7 g; p=0,009). Onkolojik sonuçlarında, Aİ-uygun hastalarda ekstraprostatik yayılım (EPY) oranı anlamlı olarak daha düşük bulundu (%19,1 vs %48,0; p<0,001). Pozitif cerrahi sınır (PCS), seminal vezikül invazyonu (SVİ) ve biyokimyasal rekürrens (BKR) oranları Aİ-uygun grupta daha düşük olmasına rağmen bu farklar istatistiksel anlamlı saptanmadı.

Upgrading (biyopsi Gleason <=6 → spesmen Gleason >6) oranı Aİ grubunda %42,9, Non-Aİ grubunda %24,9 idi. Upstaging (T1c → patolojik T2c/T3/T4) oranı ise Aİ grubunda %59,5, Non-Aİ grubunda %68,6 bulundu.

Sonuç: Aktif izlem kriterlerine uyan prostat kanseri hastalarında RYRP sonrası belirli oranlarda EPE, BKR, upgrading ve upstaging görülmektedir. Bu bulgular cerrahinin olguların bir kısmında gerekli olduğunu göstermektedir. Ancak aktif izlem yerine cerrahiye ilk basamakta seçmek overtreatment riski taşımaktadır. Dolayısıyla hasta seçimi kritik öneme sahiptir. mpMRI ve tekrar biyopsi gibi yöntemlerle hasta seçiminde daha titiz davranılmalı, aktif izlem altındaki hastalarda yakın takip ile progresyon saptandığında cerrahiye yönlendirme yapılmalıdır. Prospektif ve uzun dönem takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: aktif izlem, onkoloji, prostatektomi

Onkolojik Sonuçlar

Değişken	Aİ-Uygun	Aİ-Dışı	p değeri
PCS	11/42 (%26,2)	95/269 (%35,3)	0,246
EPY	8/42 (%19,1)	129/269 (%48,0)	0,001
SVİ	2/42 (%4,8)	36/269 (%13,4)	0,113



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



BKR	2/42 (%4,8)	16/277 (%5,8)	0,764
Upgrading	18/42 (%42,9)	69/277 (%24,9)	0,028
Upstaging	25/42 (%59,5)	94/137 (%68,6)	0,291





[SS-110]

Aykut Buğra Şentürk (1) ,**Nihat Karabacak (2)** , Serhat Çetin (2) , Ahmet Güdeloğlu (3), Cenk Bilen (3) , T.Sinan Sözen (2)

- 1) Lösante çocuk ve yetişkin hastanesi
- 2) Gazi üniversitesi tıp fakültesi üroloji AD
- 3) Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi üroloji AD

Sunum yapacak: **Nihat Karabacak**

Hormona duyarlı oligo metastatik Nod 1-2 prostat kanseri olan hastalarda cerrahi öncesi tedavi alternatifleri

Amaç

Radikal prostatektomi uygulanan oligo metastatik, nod 1-2 hormona duyarlı prostat kanseri olan cT2-T3 hastalarda cerrahi öncesi ADT ile birlikte dosetaksel ya da abirateron ve enzalutamid gibi androjen reseptör yolu inhibitörlerinin (ARPI) kullanımının operasyon sonrası etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal method

Prostat kanseri nedeniyle opere olan, oligometastatik N1-2 prostat kanseri olan hastaların dataları retrospektif olarak tarandı. Radikal prostatektomi + pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılan 12 hastanın, beş tanesi ADT+ Dosetaksel (Grup 1), yedi tanesi ADT + Enzalutamid / Abirateron (Grup 2) tedavisi aldı. Grup 1' de tüm hastalar cT3 iken, Grup 2' de 1 hasta cT2, 6 hasta cT3' dü.

Bulgular

Ortalama takip süresi grup 1 de 62.2 ay, grup 2 de 7.6 ay'dı. Ortalama yaş grup 1 de 66.2, grup 2' de 60.32' ydi. Her 2 grupta da tüm hastaların ISUP derecesi ≥ 4 ' tü.. Grup 1' de operasyon sonrası 2 hastanın ISUP derecelerinde artış gözlenirken, Grup 2 de operasyon sonrası 4 hastanın ISUP derecelerinde artış oldu. Tüm hastalarda en az bir adet bölgesel lenf nodu tutulumu ve oligometastatik (en fazla 3 kemik tutulumu) hastalık mevcuttu. Her 2 grubun 3.aydaki PSA düşüş oranları %95' in üzerindeydi. Operasyon sonrası Grup 1 hastaların tamamı pT3' dü. Grup 2' de ise 3 hastada pT3, 2 hastada pT2 saptanırken, 2 hastada ise postoperatif patoloji spesmenlerinde tümöre rastlanmadı (pT0)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Sonuç

Dosetaksel ile kıyaslandığında , Abirateron,/ Enzalutamid ' in, kısa takip sürelerine rağmen mevcut datalar ışığında karşılaştırılabilir onkolojik sonuçlarının olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler

Abirateron; Enzalutamid; Metastatik Prostat Kanseri





[SS-111]

Transrektal prostat biyopsi ve radikal prostatektomi sonrası patoloji ISUP skorlarının karşılaştırılması: Konkordans ve prediktif faktörler

Mehmet Eflatun Deniz, Mehmet Vehbi Kayra, Suhail Baradia, Sezgin Güvel
Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Araştırma ve Uygulama Merkezi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş

Prostat kanseri tanısında, prostat biyopsisi ile belirlenen International Society of Urological Pathology (ISUP) skoru tedavi planlamasında temel parametrelerden biridir. Ancak radikal prostatektomi sonrası elde edilen patoloji ISUP skoru, biyopsi sonuçlarına kıyasla farklı bir Gleason skoru gösterebilmektedir. Bu çalışmada, transrektal prostat biyopsi ile radikal prostatektomi histopatoloji sonuçları arasındaki uyum ve prediktif faktörler araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hem transrektal prostat biyopsi hem de radikal prostatektomi sonrası ISUP verisi mevcut olan 246 hasta retrospektif olarak incelendi. Prostatektomi ISUP skorunun biyopsiden yüksek olduğu olgular "upgrade", düşük olduğu olgular "downgrade", eşit olduğu olgular uyumlu olarak tanımlandı. İki yöntem arasındaki uyum ağırlıklı Cohen's kappa katsayısı ile değerlendirildi. Upgrade olasılığını öngörmek için serum PSA, prostat hacmi, biyopsi pozitif kor yüzdesi, Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) skoru, yaş ve klinik T evre çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi.

Bulgular

Toplam 246 hastanın 127'sinde (%51.6) upgrade, 24'ünde (%9.8) downgrade ve 95'inde (%38.6) uyum saptandı. Genel uyum orta düzeydeydi (kappa = 0.34). Biyopsi ISUP 1 grubunda 103 hastanın 76'sında (%73,8) upgrade izlendi. ISUP 2 grubunda 69 hastanın 40'ı (%58,0) upgrade oldu. ISUP 3 grubunda ise 45 hastanın 31'i (%68,9) uyum gösterdi. Daha ileri gruplarda (ISUP 4-5) downgrade daha belirgin bulundu (Şekil 1). Multivaryant analizde yüksek PSA, biyopsi pozitiflik oranı ve PI-RADS 5 bağımsız prediktif faktörlerdi. Prostat hacmi upgrade ile ters ilişkili bulundu. Yaş ve klinik T evre anlamlı değildi (Tablo 1).

Sonuç

Prostat biyopsisi ISUP skorları, radikal prostatektomi patolojisini çoğunlukla olduğundan düşük göstermektedir. Bu sonuçlar, biyopsi skorlarının tek başına güvenilir olmadığını ve özellikle düşük ISUP gruplarında daha agresif patolojilerin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Konkordans, prostat biyopsi, prostat kanseri, radikal prostatektomi



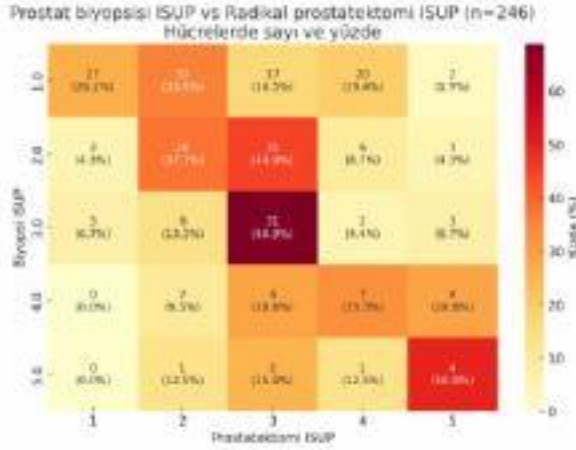


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1. ISUP değişim dağılımı (Upgrade / Uyum / Downgrade)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Upgrade için çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Parametre	OR	%95 GA	p
Serum PSA (ng/mL)	1.08	1.02 – 1.15	0.012
Biyopsi pozitiflik (%)	1.03	1.01 – 1.05	0.008
PI-RADS 5	2.42	1.19 – 4.91	0.015
Prostat hacmi (mL)	0.96	0.93 – 0.99	0.021
Yaş	1.01	0.98 – 1.04	0.44
Klinik T evre	1.09	0.83 – 1.43	0.52

Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS)





[PS-002]

Primer Bilgisayarlı Tomografide Mesane Tümörü Çevresindeki Yağ Doku Dansitesi ve Perivezikal Kirlenme Rekürrens Gelişimini Öngörebilir mi?

İsmail Önder Yılmaz¹, Mehmet Gürkan Arıkan¹, Nebil Akdoğan¹, Türker Muratcan Dünder¹, Kemal Alagöz¹, Ferhat Can Pişkin³, Bişar Akbaş³, Melike Keskinkılıç³, Mutlu Değer³, Volkan İzol²

¹Çukurova Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

²Özel Çukurova Üroloji Merkezi

³Çukurova Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç

Kasa invaze olmayan mesane kanserli hastalarda %50-70 oranında rekürrens görülebilmektedir. Rekürrens ihtimalini; yaş, cinsiyet, T evresi, tümör boyutu, tümör sayısı, tümör grade durumu ve karsinoma in situ varlığı gibi faktörler etkilemektedir. Biz de bu çalışmamızda mesane kanserli hastalarda çeşitli klinik ve patolojik faktörlerle birlikte primer tanı anındaki bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri kullanılarak ölçülen lezyon çevresindeki yağ doku dansitesinin ve perivezikal kirlenme (PVK) varlığının rekürrens açısından prediktif olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Mesane Kanseri Veritabanında yer alan Nisan 2013 – Ağustos 2021 tarihleri arasında kliniğimizde transüretral mesane tümör rezeksiyonu (TURB) yapılmış mesane ürotelyal karsinomlu (ÜK) hastalar incelemeye alındı. Primer tanısı dış merkezde olanlar, primer TURB operasyonu kliniğimizde yapıp takip verileri bulunmayan ya da eksik olanlar, primer TURB öncesi BT çekilmemiş olanlar, BT kontrastlı fazı olmayan ya da çekim yöntemi ya da lezyon yerleşimi gibi nedenlerle lezyon çevresi yağ dansitesi ölçümüne uygun olmayan hastalar, primer tanıda $\geq pT2$ olanlar, primer tanıda $\geq cT2$ olanlar, üst üriner sistem ÜK öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Kriterlere uyan 20 hasta analize dahil edildi. BT'ler deneyimli üroradyolog tarafından tekrardan değerlendirildi. Demografik, klinik, patolojik ve radyolojik verilerin rekürrens oranı ve rekürrenssiz sağkalım (RS) üzerine etkisi istatistiki olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların medyan yaşı 73.5 (46-86) yıl olup %70'i erkekti. Evre dağılımı Ta %70, T1 %30; derece dağılımı G1 %55, G3 %45 idi. Medyan tümör boyutu 2.0 (0.3-5.0) cm idi. Kontrastlı BT'de 13 hastada PVK saptandı. Görüntüleme morfolojisi açısından lezyonların %50'si polipoid, %25'i papiller ve %25'i flat tipteydi. Medyan takip süresi 42 (24-180) ay idi. Takip süresince 7 hastada (%35) rekürrens gelişti. Rekürrens gelişmeyen hastaların lezyon çevresi yağ doku dansitesi (-72.9 ± 26.4) ile rekürrens gelişenler (-64.7 ± 21.3) arasında istatistiki anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.513$). PVK varlığı ile rekürrens oranları arasında istatistiksiz anlamlı farklılık bulunmadı (%38.5 vs %61.5, $p>0.99$). RS analizinde, PVK olmayan hastalarda medyan sağkalım 102.9 ay, kirlenme görülenlerde ise 52.3 ay idi ($p=0.214$). Kitle morfolojisi ile rekürrens arasında da anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.719$).

Sonuç

Kontrastlı BT'de PVK varlığı ile rekürrens arasında istatistiksel anlamlılık gösterilememiştir. Ancak sağkalım analizinde kirlenme saptanan hastalarda RS süresi daha kısa bulunmuştur. Bu durum, klinik açıdan perivezikal kirlenmenin prognostik değer taşıyabileceğini düşündürmektedir. Hasta sayısının sınırlı olması ve retrospektif tasarım, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Daha geniş seriler ve uzun dönemli takiplerle yapılacak çalışmalar, PVK'nin gerçek prognostik önemini ortaya koyacaktır.

Anahtar Kelimeler: perivezikal kirlenme, mesane kanseri, bilgisayarlı tomografi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



tablo 1

	Nüks		p
	Yok	Var	
Yaş	69.8±10.9	72.7±7.8	0.536
Cinsiyet, n(%)			
Erkek	9(64.3)	5(35.7)	>0.999
Kadın	4(66.7)	2(33.3)	
TİT	16.0(1.0-145.0)	4.0(2.0-30.0)	>0.999
Kreatinin	0.85±0.23	0.78±0.21	0.505
Evre, n(%)			
Ta	5(83.3)	1(16.7)	0.354
T1	8(57.1)	6(42.9)	
Derece, n(%)			
G1	8(72.7)	3(27.3)	0.642
G3	5(55.6)	4(44.4)	
Varyant, n(%)	-	1(100.0)	
Tümör sayısı, n(%)			
Tek	5(50.0)	5(50.0)	0.350
Multiple	8(80.0)	2(20.0)	
Tümör boyutu	2.0(0.3-4.0)	1.5(1.0-5.0)	0.699
Tümör boyutu, n(%)			
<3cm	9(64.3)	5(35.7)	>0.999
>3cm	4(66.7)	2(33.3)	
Takip süresi	36.0(24.0-180.0)	48.0(24.0-120.0)	0.938
BCG, n(%)	7(77.8)	2(22.2)	0.374
Son durum, n(%)	2(40.0)	3(60.0)	0.290
Boyut-radyoloji	26.1±12.5	43.6±17.5	0.018
Lenf nodu, n(%)	2(66.7)	1(33.3)	>0.999
Yağ dokusu dansitesi	-72.9±26.4	-64.7±21.3	0.513
Perivazikal kirlenme, n(%)	8(61.5)	5(38.5)	>0.999
Ek özellik, n(%)			
Solid polipoid	6(60.0)	4(40.0)	0.719
Solid papiller	3(60.0)	2(40.0)	
Flat	4(80.0)	1(20.0)	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



tablo 2

	RFS (month)		
	Total N/N of Events	Mean/Median	p
Cinsiyet			
Erkek	14/5	68.9/-	0.842
Kadın	6/2	71.8/40.0	
Tümör sayısı			
Tek	10/5	47.6/40.0	0.140
Multiple	10/2	105.9/-	
Tümör boyutu			
<3cm	14/5	83.5/-	0.947
>3cm	6/2	67.4/-	
Perivazikal kirlenme			
Yok	7/2	102.9/-	0.214
Var	13/5	52.3/40	
Ek özellik			
Solid, polipoid	10/4	56.9/40.0	0.615
Solid, papiller	5/2	81.8/72.0	
Flat	5/1	78.6/-	





[PS-005]

Radikal Sistektomi Uygulanan Mesane Kanseri Hastalarında Lenf Nodu Pozitifliği ve Lenf Nodu Pozitiflik Oranının Prognostik Rolü

Barış Doğan, Muhammed Selçuk Özer, Mehmed Emin Kayacan, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, Mehmet Uğur Mungan, Güven Aslan, Aykut Kefi, İlhan Çelebi, Ahmet Adil Esen
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Kasa invaziv mesane kanseri hastalarında radikal sistektomi(RC) ve lenf nodu diseksiyonu (LND) standart tedavi yöntemidir. RC ve LND yapılan hastaların %25-%30'unda lenf nodu metastazı saptandığı çeşitli çalışmalarca gösterilmiştir (1,2,3,4). Mesane kanserinde prognozu belirleyen birçok faktör olmakla beraber en önemli faktörlerden biri de lenf nodu pozitifliğidir (2,5,6). Lenf nodu pozitif olan hastaların beş yıllık sağ kalımı %15 ila %30'dur (5,7,8). Biz bu çalışmamızda RC ve LND yapılan hastalarda lenf nodu pozitifliğinin, takipleri sırasında metastaz saptanması ve genel sağkalım üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Şubat 2013 - Nisan 2024 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji anabilim dalında radikal sistektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaları dahil edildi. Hastalar lenf nodu pozitifliğine ve negatifliğine göre iki gruba ayrıldı. Gruplar metastazsız sağkalım ve genel sağkalım açısından karşılaştırıldı. Pozitif lenf nodu sayısının total lenf noduna bölünerek pozitif lenf nodu oranı (LNP) hesaplandı. LNP değerleri üzerinden metastazsız sağkalım ve genel sağkalım takibi için sınır değerler hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 84 hastanın 13'ü(%15,5) kadın, 71'i(%84,5) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 65 (min 41-max 89) olarak saptandı. Ortanca takip süresi 21 ay (min:8, max 120) olarak hesaplandı. Tablo 1 de radikal sistektomi yapılan hastaların patolojik özellikleri detaylıca anlatılmıştır. Radikal sistektomi sırasında yapılan lenf nodu diseksiyonunda toplanan lenf nodu ortalama sayısı 12 (min:1, max:35) olarak tespit edildi.

En az 1 lenf nodunda metastaz saptanan hastaların %54,2'sinde takibinde metastaz saptanırken, lenf nodu metastazı olmayan hastalarda bu oran %26,7 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi (Tablo 2,p=0,017). En az 1 lenf nodunda metastaz saptanan hastaların 21 aylık takipte genel sağkalımın %50 olduğu tespit edilirken, lenf nodu metastazı olmayan hastalarda bu oran %55 olduğu tespit edildi. Sayısal olarak her ne kadar fark saptansa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 2,p=0,431).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda sadece lenf nodu metastazının takipleri sırasında metastaz saptanması öngörmede literatür ile uyumlu olarak anlamlı saptandı. Sadece lenf nodu metastazı genel sağkalımı öngörmede yetersiz kalırken LNP hem metastazsız sağkalımı hem de genel sağkalımı öngörmede bir belirteç olarak kullanılabileceği tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Radikal Sistektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu, Mesane Kanseri



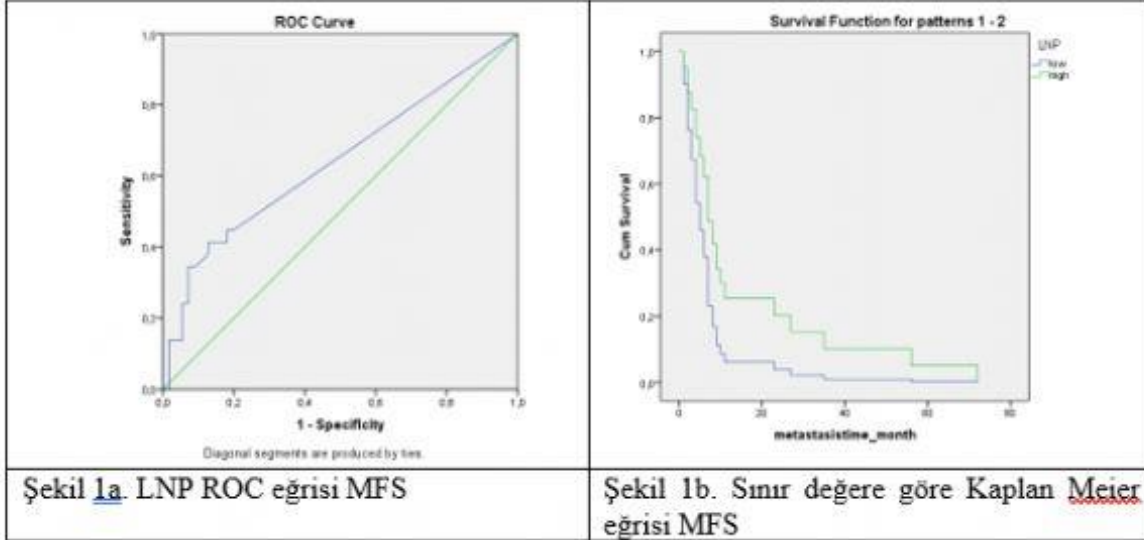


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



LNP ROC eğrisi MFS/Sınır değere göre Kaplan Meier eğrisi MFS



Şekil 1a. LNP ROC eğrisi MFS

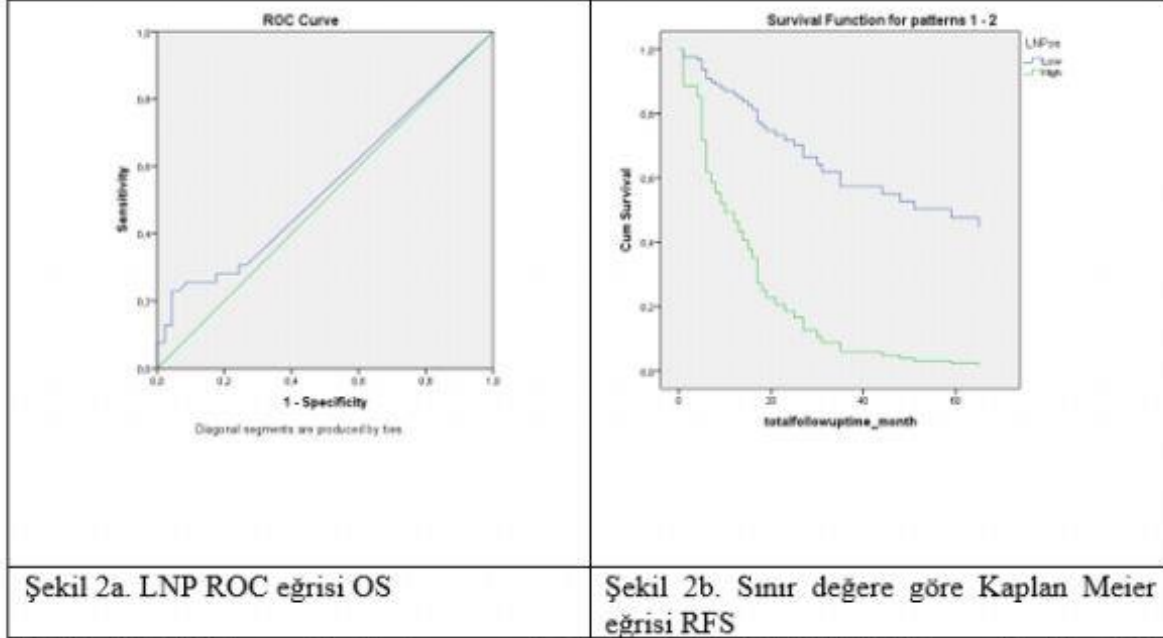
Şekil 1b. Sınır değere göre Kaplan Meier eğrisi MFS

Şekil 1a'da LNP arttıkça takiplerde metastaz oranının arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (AUC:0,639, $p=0,037$). Youden index kullanarak LNP üzerinden belirlenen sınır değeri %7 olarak hesaplandı (sensitivite %41,4-specificite %87,3). Bu değere göre hastalar iki gruba ayrılıp Kaplan Meier analizi yapıldığında yüksek LNP değerlerinin daha kısa metastazsız sağkalım ile ilişkili olduğu gözlemlendi ($p=0,08$, LNP>%7 ortalama RFS 5,5 ay, LNP<%7 ortalama RFS 16,3 ay).





LNP ROC eğrisi OS/Sınır değere göre Kaplan Meier eğrisi RFS



Şekil 2a'da LNP ile genel sağkalım arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmadığı fakat LNP arttıkça genel sağkalımın arttığı tespit edildi (AUC:0,543, $p=0,498$). Youden index kullanarak LNP üzerinden belirlenen sınır değeri %20 olarak hesaplandı (sensivity %23, specificity %95,6). Bu değere göre hastalar iki gruba ayrılıp Kaplan Meier analizi yapıldığında düşük LNP değerlerinin daha uzun sağkalım ile ilişkili olduğu gözlemlendi ($p<0,001$, LNP>%20 ortalama OS 11,6 ay, LNP<%20 ortalama RFS 40,1 ay).

Tablo 1. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri

DEMOGRAFİK BULGULAR			
		n	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	71	84,5
	Kadın	13	15,5
		Median	Min-Max
Yaş(Yıl)		68	41-49
BMI (kg/m ²)		26	18-37
		n	Yüzde(%)
Neoadjuvan Kemoterapi	Var	25	29,8
	Yok	59	70,2
Radikal Sistektomi Öncesi Evre	T1	36	42,9
	T2	48	57,1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Primer Patolojisi PT1 Olan Hastaların Radikal Sistektomi Evresi	PT0	10	27,8
	PT1	12	33,3
	PT2A	4	11,1
	PT2B	1	2,8
	PT3A	5	13,9
	PT3B	1	2,8
	PT4	3	8,3
Primer Patolojisi PT2 hastaların Radikal Sistektomi Evresi	PT0	11	22,9
	PT1	3	6,3
	PT2A	8	16,7
	PT2B	1	2,1
	PT3A	4	8,3
	PT3B	15	31,3
	PT4	6	12,5
Primer Patolojisi PT1 Hastaların Lenf Nodu Evresi	N0	26	72,2
	N1	5	13,9
	N2	4	11,1
	N3	1	2,1
Primer Patolojisi PT2 Hastaların Lenf Nodu Evresi	N0	34	70,8
	N1	9	18,8
	N2	4	8,3
	N3	1	2,1

Tablo 2. Lenf nodu metastazı olan ve olmayan hastaların uzun dönem takiplerinde metastaz ve sağkalım oranları

		Lenf Nodu(+)	Lenf Nodu(-)	P
Takipler Sırasında Metastaz	Var	13 (%54,2)	16 (%26,7)	P=0,017
	Yok	11 (%45,8)	44 (%73,3)	
Takipler Sırasında Sağkalım	Var	12 (%50)	33(%55)	0,431
	Yok	12 (%50)	37 (%45)	





[PS-006]

Cerrahi sınır pozitif prostat kanseri hastalarında biyokimyasal rekürrensi öngören parametreler

Furkan Abdullah Vural¹, Serhat Çetin¹, Berk batuk¹, Nihat Karabacak¹, Murat Yavuz Koparal¹, Ender Cem Bulut¹, İpek Işık Gönül², Tevfik Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç

Radikal prostatektomi sonrası cerrahi sınır (CS) pozitifliği, prostat kanserinde sık karşılaşılan ve biyokimyasal rekürrens (BCR) açısından klinik önem taşıyan bir bulgudur. Ancak her CS pozitif hastada BCR gelişmemekte, bu nedenle hangi parametrelerin rekürrens riskini artırdığını belirlemek tedavi ve takip stratejilerinin şekillendirilmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu çalışmada, CS pozitifliği olan ve cerrahi sonrası PSA düzeyi ölçülemez seviyeye düşen, adjuvan tedavi almamış, N0 evredeki hastalarda BCR'yi öngören klinik ve patolojik faktörlerin ortaya konması amaçlandı.

Materyal-Metot

Çalışmaya prostat kanseri nedeniyle açık ya da robotik radikal prostatektomi uygulanmış ve patoloji sonucunda cerrahi sınır pozitifliği olan 76 hasta dahil edildi. Tüm hastaların cerrahi sonrası PSA değerleri ölçülemez düzeydeydi ve hiçbir adjuvan tedavi almamıştı. Hastaların tamamı c/pN0 idi. Ortalama takip süresi 38 ay olup, bu süre boyunca PSA takibi düzenli olarak yapıldı. BCR, PSA'nın ardışık ölçümlerde $\geq 0,2$ ng/mL'ye yükselmesi olarak tanımlandı. BCR gelişen hastalara salvage radyoterapi (RT) $\pm$ androjen deprivasyon tedavisi (ADT) uygulandı. Hastalar BCR gelişip gelişmemesine göre iki gruba ayrılarak demografik, laboratuvar ve patolojik bulgular karşılaştırıldı.

Bulgular

BCR gelişmeyen grup 50, BCR gelişen grup ise 26 hastadan oluşmaktaydı. Yaş, operasyon öncesi PSA ve PSAD açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. CS uzunluğu da BCR ile ilişkili değildi. Patolojik veriler değerlendirildiğinde, BCR gelişen hastalarda yüksek ISUP grade grubu (özellikle GG4-5), ektrakapsüler yayılım (ECE) ve seminal vezikül invazyonu (SVI) anlamlı derecede daha sık izlendi. Univaryet analizlerde ISUP GG4-5 ($p=0,003$), ECE ($p=0,003$) ve SVI ($p=0,002$) BCR ile güçlü şekilde ilişkili bulundu. Multivaryet analizde ise iki ayrı model oluşturuldu. İlk modelde ISUP ile birlikte ECE yer aldığı, ISUP GG3 ($p=0,043$), ISUP GG4-5 ($p=0,025$) ve ECE ($p=0,013$) bağımsız prediktörler olarak saptandı. İkinci modelde ISUP ile birlikte SVI değerlendirildiğinde, ISUP GG4-5 ($p=0,049$) ve SVI ($p=0,013$) bağımsız prediktörlerdi.

Sonuç

Cerrahi sınır pozitifliği olan ve adjuvan tedavi almadan takip edilen hastalarda BCR gelişimini öngörmeye en güçlü parametreler yüksek ISUP grade grubu ve lokal ileri hastalık bulguları (ECE, SVI) olarak bulundu. Bu sonuçlar, CS pozitifliği bulunan hastalarda BCR riskinin tümör diferansiasyonu ve patolojik evreye bağlı olarak değiştiğini, dolayısıyla CS pozitifliğinin bu parametrelerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: biyokimyasal rekürrens, cerrahi sınır, prostat kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Görsel 1.

	BCR (-)	BCR (+)	P değeri
Yaş, yıl	68 (49-80)	70 (58-82)	0,381
PSA, ng/mL	7,1 (3,0-40,3)	12,0 (3,0-31,0)	0,835
PSAD	0,15 (0,03-0,51)	0,24 (0,02-0,75)	0,504
ISUP Grade Grubu			0,014
• GG1	24 (48,0%)	5 (19,2%)	
• GG2	15 (30,0%)	6 (23,1%)	
• GG3	4 (8,0%)	4 (15,4%)	
• GG4-5	7 (14,0%)	11 (42,3%)	
Ekstrakapsüler yayılım (+)	22/50 (44,0%)	21/26 (80,8%)	0,002
Seminal vezikül invazyonu (+)	2/50 (4,0%)	9/26 (34,6%)	0,001
Kribriform patern (+)	13/34 (38,2%)	6/12 (50,0%)	0,513
CS uzunluğu (mm)	3,25 (0,1-18,0)	4,80 (0,9-40,0)	0,414
CS Gleason Skoru			0,247
• Gleason 3	28(77.7%)	8(22.3%)	
• Gleason 4-5	12(63.1%)	7(36.9%)	

BCR = biyokimyasal rekürrens, CS = cerrahi sınır. Sürekli değişkenler için p değerleri Mann-Whitney U; kategorik değişkenler için Ki-kare veya Fisher exact testinden alınmıştır.

Model 2 – ISUP + Seminal Vezikül İnvazyonu

Değişken	Univarye t Exp(B)	95% CI Alt	95% CI Üst	p	Multivarye t Exp(B)	95% CI Alt	95% CI Üst	p
Yaş	1.041	0.965	1.123	0.296				
PSA	1.006	0.946	1.071	0.841				
ISUP GG1(ref)								
ISUP GG2	1.92	0.497	7.412	0.344	1.13	0.255	5.023	0.871
ISUP GG3	4.80	0.888	25.960	0.069	3.85	0.675	21.996	0.129
ISUP GG4-5	7.54	1.953	29.138	0.003	4.26	1.004	18.062	0.049
Ekstrakapsüler yayılım	5.35	1.737	16.446	0.003				
Seminal vezikül invazyonu	12.71	2.492	64.783	0.002	0.106	0.008	0.653	0.013
Kribriform patern	1.62	0.429	6.085	0.478				





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PSAD	1.60	0.609	4.200	0.340				
Cerrahi Sınır uzunluğu	1.059	0.968	1.159	0.211				
Cerrahi Sınır Gleason Grade	2.042	0.603	6.909	0.251				

MODEL-1 ISUP+EKSTAKAPSÜLER YAYILIM

DEĞİŞKEN	Univaryet exp(b)	%95 CI Alt	%95 CI Üst	p	Multivaryet Exp(B)	%95 CI Alt	%95 CI Üst	p
yaş	1.041	0.965	1.123	0.296	-	-	-	-
psa	1,006	0,946	1,071	0,841	-	-	-	-
ISUP GG1(ref)								
ISUG GG2	1,92	0,497	7,412	0,344	1,68	0,409	6,943	0,471
ISUP GG3	4,8	0,888	25,960	0,069	6,77	1,061	43,238	0,043
ISUP GG 4-5	7,54	1,953	29,138	0,003	5,05	1,221	20,932	0,025
Ekstrakapsüler yayılım	5,35	1,737	16,446	0,003	0,202	0,055	0,745	0,013
Seminal vezikül invazyonu	12,71	2,492	64,783	0,002	-	-	-	-
Kribriform patern	1,62	0,429	6,085	0,478	-	-	-	-
psa dansitesi	1,6	0,609	4,2	0,34	-	-	-	-
cerrahi sınır uzunluğu	1,059	0,968	1,159	0,211				
cerrahi sınır gleason grade	2,042	0,603	6,909	0,251				





[PS-007]

Robotik Radikal Sistektomide Vessel Sealer Kullanımının Perioperatif Sonuçlara Etkisi: 37 Hastalık Tek Merkez Deneyimi

Emre Albayrak, Beşir Mutukhov, Mesut Altan, Ahmet Güdeloğlu, Cenk Yücel Bilen, Mustafa Sertaç Yazıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç

Bu çalışmada robotik radikal sistektomi (RRS) ameliyatı sırasında vessel sealer kullanımının önemli perioperatif sonuçlar olan ameliyat süresi, kanama miktarı ve komplikasyonlar üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod

Ekim 2020 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında merkezimizde mesane kanseri nedeniyle kliniğimizde RRS uygulanan 37 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, perioperatif ölçümleri ve patolojik sonuçları kaydedildi. Bu çalışmanın birincil analizi için hastalar, ameliyat sırasında vessel sealer kullanılan (n=17) ve kullanılmayan (n=20) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar, medyan konsol süresi, medyan toplam ameliyat süresi ve medyan kanama miktarı ve yüksek dereceli komplikasyon (Clavien-Dindo ≥ 3) oranları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışma grubunun ortalama yaşı $60,9 \pm 11,8$ olup, hastaların %89,2'si (n=33) erkekti. Ameliyat endikasyonları %70,3 oranında kasa invaziv mesane kanseri ve %29,7 oranında yüksek riskli kasa invaziv olmayan mesane kanseriydi. Postoperatif dönemde hastaların %70,3'ünde komplikasyon gelişmiş olup; Clavien-Dindo sınıflamasına göre bu komplikasyonların %43,2'si düşük dereceli (Grade 1-2), %27'si ise yüksek dereceli (Grade ≥ 3) olarak saptandı ve bir hasta (%2,7) kaybedildi.

Vessel sealer kullanılan ve kullanılmayan gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda, incelenen hiçbir perioperatif sonuçta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gruplar arasında medyan konsol süresi (p=0,167), medyan toplam ameliyat süresi (p=0,916), medyan kanama miktarı (p=0,641) ve komplikasyon oranları (p=0,460) açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Sonuç

Çalışmamızda, robotik radikal sistektomi sırasında vessel sealer kullanımının ameliyat sürelerini veya kanama miktarını istatistiksel olarak anlamlı ölçüde etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuç vessel sealer kullanımının rutin bir gereklilik olmayıp cerrah tercihinin bırakılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vessel Sealer, Robotik Radikal Sistektomi, Perioperatif Sonuçlar, Hemostaz, Ameliyat Süresi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-010]

Radikal Prostatektomi Sonrası Tümör Volümü / Yüzdesi ile İlişkili Prediktif Faktörler

Yiğithan Dağdelen¹, Anıl Eker¹, Ebru Hasbay³, Selda Tatar², Karahan Dönmez¹, Berk Karaca¹, Mahmut Çınar¹, Muhammet Bilal Nart¹, Yasin Ceylan¹, Deniz Bolat¹, Tansu Değirmenci¹, Serdar Çelik¹

¹İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

³İzmir Şehir Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Prostat kanseri (PCa), erkeklerde en sık görülen malignitelerden biri olup, lokalize ve lokal ileri PCa tedavisinde cerrahi tedavi olarak radikal prostatektomi (RP) uygulanmaktadır. RP sonrası patolojik verilerden PCa hastalık volümünü gösteren tümör hacmi ve yüzdesinin preoperatif PSA, mpMR bulguları ve biyopsi verileri ile öngörülebilmesi hastalığın prognozu ve tedavi seçeneklerinin sunulması açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, prostat kanserinde RP sonrası final patolojide saptanan tümör hacmi ve yüzdesi ile ilişkili preoperatif prediktif faktörlerin yüksek volümlü prostat kanseri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya, RP yapılan 164 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı $66,5 \pm 5,6$, ortalama PSA değerleri ise $11,7 \pm 11,1$ olarak tespit edildi. Hastaların klinik evrelerinin dağılımı %61'i T1c, %11,3'sü T2a, %18,3'ü T2b ve %9,1'i T2c olarak saptandı. Preoperatif veriler arasında; PSA, parmakla rektal muayene (PRM) bulgusu (klinik T evresi), mpMR bulguları (PIRADS skoru ve lezyon boyutu), konvansiyonel transrektal biyopsi + kognitif füzyon biyopsi verileri ve PSMA-PET (SUVmax) bulguları yer almaktadır. Tüm bu preoperatif faktörlerin, operasyon sonrası patolojide elde edilen tümör volümü ve yüzdesi ile olan ilişkisi istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada değerlendirilen 164 hastanın klinikopatolojik verileri Tablo'da verilmiştir. Preoperatif prediktif faktörlerden PSA, PRM'de patolojik bulgu varlığı ve mpMR görüntülemesinde lezyonun PIRADS skoru ve lezyon boyutu RP sonrası hem tümör volümü hem de tümör yüzdesi ile ilişkili saptandı ($p < 0,05$). Preoperatif PSA'daki gelen her 1ng/ml yükseklik tümör volümünde 0,47 cc ve tümör yüzdesinde yaklaşık 0,30'lık bir artış ile ilişkili saptandı ($\beta = 0,44$, $p < 0,001$) (Şekil 1). Yine mpMR'daki lezyon boyutunda her 1 mm boyut artışında tümör volümünde 0,50, tümör yüzdesinde ise 0,30 artış gözlemlendi ($p < 0,001$) (Şekil 2). Fakat ilginç bir şekilde mpMR'daki lezyon sayısı ve PSMA-PET prostat SUVmax değeri ile tümör volümü ve yüzdesi arasında ilişki saptanmadı. Preoperatif biyopsi verileri incelendiğinde ise hem ISUP derece grubu hem de pozitif kor sayısının RP sonrası tümör volümü ve yüzdesi ile ilişkili olduğu gözlemlendi ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda PSA yüksekliği, PIRADS skoru ve lezyon boyutu ile ISUP derece grubu ve pozitif kor sayısının RP sonrası yüksek volümlü PCa ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Radikal Prostatektomi, Tümör Volümü, Tümör Yüzdesi



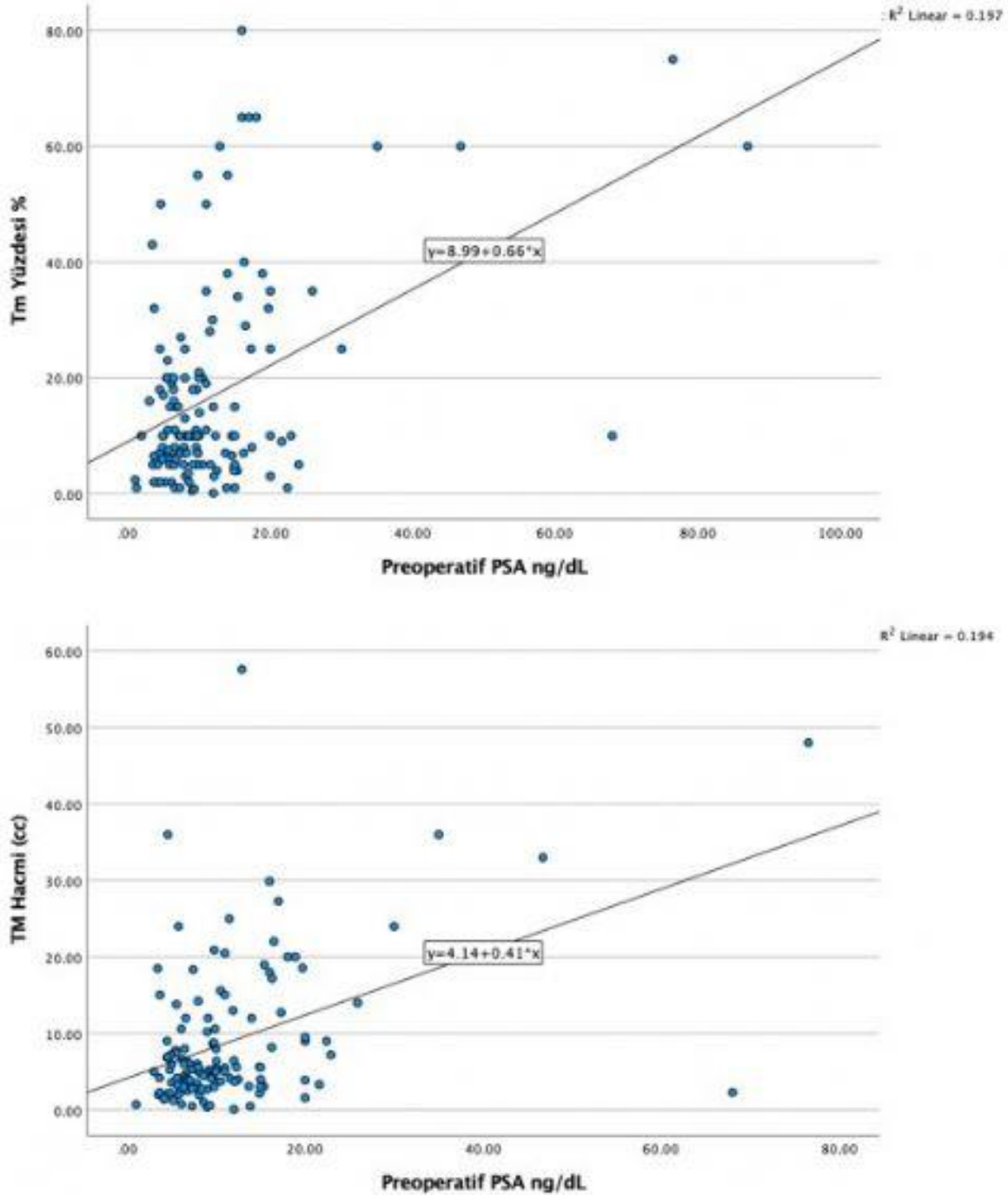


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1: Preoperatif PSA ile postoperatif tümör hacmi ve yüzdesi ilişkisi

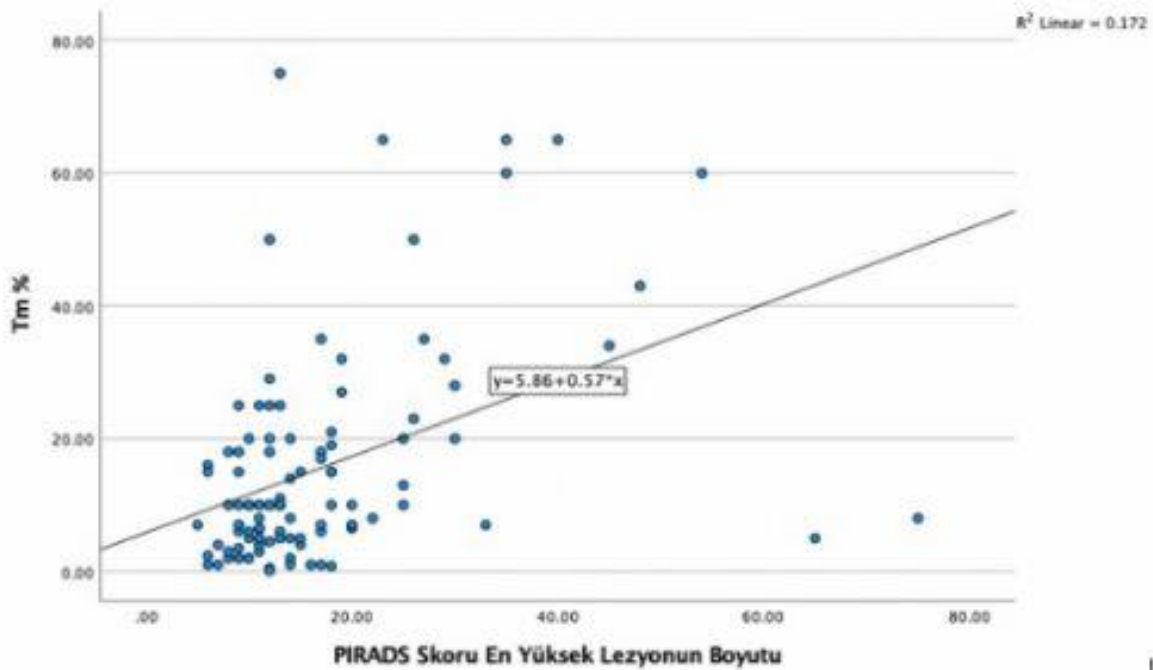
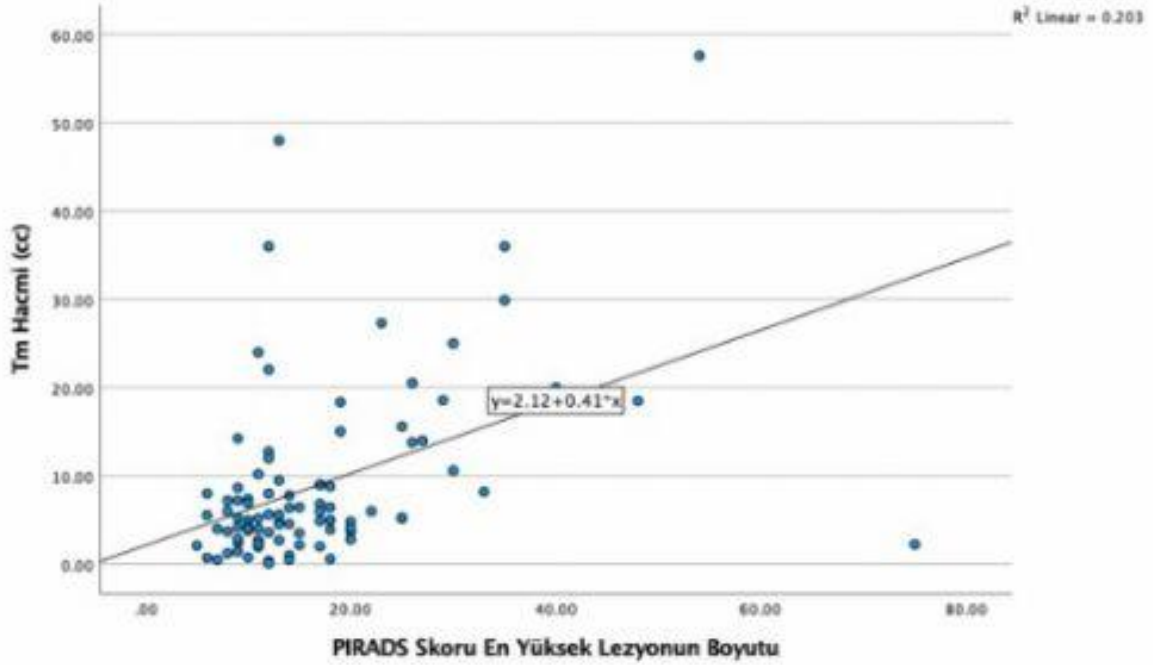


Şekil 2: Preoperatif mpMR'da PIRADS Skoru En Yüksek Lezyonun Boyutu ile Postoperatif Tümör Hacmi ve Yüzdesi İlişkisi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo: Hastaların klinikopatolojik verileri

Veriler	Veriler	n=164
Yaş	Yaş	66,5 +- 5,6
PSA		11,7 +- 11,1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PRM bulgusu	Benign	100 (%61)
PRM bulgusu	Malign	64 (%39)
mpMR PIRADS (n=151)	2	16 (%9,8)
mpMR PIRADS (n=151)	3	22 (%13,4)
mpMR PIRADS (n=151)	4	64 (%39)
mpMR PIRADS (n=151)	5	49 (%29,9)
mpMR Lezyon Sayısı	mpMR Lezyon Sayısı	1,7 +- 0,97
mpMR Lezyon Boyutu (mm3)	mpMR Lezyon Boyutu (mm3)	16,8 +- 11,4
Biyopsi Grade Grup	1	67 (%40,9)
Biyopsi Grade Grup	2	45 (%27,4)
Biyopsi Grade Grup	3	25 (%15,2)
Biyopsi Grade Grup	4	18 (%11)
Biyopsi Grade Grup	5	9 (%5,5)
PSMA PET-CT Prostat SUVmax (n=62)	PSMA PET-CT Prostat SUVmax (n=62)	13,2 (min 3,4- max 186)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-012]

Radikal Sistoprostektomide Saptanan İnsidental Prostat Kanserin Klinik Önemi

Günel Özgür¹, Yusuf Şenoğlu², Halil Batur Akay², Murat Kars¹, Hasan Toper³, İlker Tinay⁴, Haydar Kamil Çam²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Anadolu Sağlık Merkezi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada radikal sistektomide (RSP) yapılan hastalarda insidental prostat kanserinin (İPK) insidansını, histopatolojik özelliklerini ve klinik özelliklerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2018 ile 2024 yılları arasında RSP uygulanan 96 erkek hastanın klinik ve histopatolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 30'unda (%31,25) İPK saptandı. İPK saptanan hastaların çoğunluğunda Gleason Skoru 6 (%76,67) ve organa sınırlı pT1-pT2 hastalık (%90) mevcuttu. Öte yandan, İPK hastalarının 6'sında (6/30, %20) klinik olarak anlamlı prostat kanseri (PK) (Gleason>3+4) bulundu. Preoperatif PSA değerleri İPK hastalarında daha yüksekti (3,27 [1,16-5,8] ng/dL vs. 1,24 [0,79-2,36] ng/dL) (p=0,01). Mesane kanseri patolojisinde pT3-pT4 hastalığı [13 (%26,5) vs. 25 (%53,2)], pozitif lenf nodları [7 (%14,3) vs. 16 (%34)] ve lenfovasküler invazyon [12 (%24,5) vs. 29 (%61,7)] olan hastalarda sağkalım daha düşüktü (p=0,015, 0,023 ve 0,001, sırasıyla). İPK olan ve olmayan hastalar arasında genel sağkalım oranlarında anlamlı bir fark bulunmadı [16 (%32,7) vs. 14 (%29,8)] (p=0,762).

Sonuç: Daha yüksek preoperatif PSA düzeyi, RSP hastalarında İPK varlığını öngörebilir. Prostat kanseri (PK) hastalarının yaklaşık %20'sinde, PSA takibi gerektiren klinik olarak anlamlı PK saptanmaktadır. Ancak genel sağkalım esas olarak mesane kanseri patolojisi ve evresi ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, Prostat kanseri, Radikal Sistektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. İnsidental Prostat Kanseri Olan ve Olmayan Sistektomiprostatektomi Hastalarının Demografik ve Patolojik Özellikleri

Tablo 1. İnsidental Prostat Kanseri Olan ve Olmayan Sistektomiprostatektomi Hastalarının Demografik ve Patolojik Özellikleri

	İnsidental Prostat Kanseri Saptanan (N=30)	İnsidental Prostat Kanseri Saptanmayan (N=66)	P değeri
Yaş ortalaması	67,33 +/- 7,74	63,65 +/- 9,27	0.061
Charlson Komorbidite İndeksi medyan (IQR)	3 (2.5-6)	3 (2-5)	0.594
Diyabet (%)	10 (33.3)	15 (22.72)	0.272
Hipertansiyon (%)	14 (46.6)	13 (19.69)	0.006
Preoperatif PSA (ng/dl) Medyan (IQR)	3.27 (1.16-5.8)	1.24 (0.79-2.36)	0.01
Sigara (%)	14 (46.6)	39 (59.09)	0.507
Prostat volümü medyan (IQR)	39.5 (26.25-56)	40 (29-62.5)	0.801
Patolojideki lenf nodu sayısı (IQR)	17,5 (10-20)	14 (10-21)	0,736
Patolojideki lenf nodu pozitifliği (%)	10 (33.3)	13 (19.7)	0.147
pT3-pT4 (%)	14 (46.7)	28 (42.42)	0.85
Lenfovasküler İnvazyon	13 (43,33)	28 (42,42)	0,992
Genel Sağkalım (%)	16 (53.33)	33 (50)	0.762

PSA: Prostat Spesifik Antijen



**[PS-013]****Prostat Kanserli Hastalarda Kurtarma Radyoterapisi Öncesi ⁶⁸Ga-PSMA PET Suvmax Değerinin Prognostik Önemi**

Pantea Bayatfard¹, Çiğdem Soydaş², Yasemin Çelik³, Yüksel Ürün⁴, Sümer Baltacı⁵, Serap Akyürek³

¹Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Onkomer Onkoloji Merkezi

²Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁴Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵Üroloji Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal nüks (BN) gelişen hastalarda kurtarma radyoterapisi (kRT) standart tedavi yaklaşımıdır. Ancak bu grupta tedavi yanıtını öngörecektir belirteçler sınırlıdır. Bu çalışmada, kRT öncesi yeniden evreleme amacıyla yapılan ⁶⁸Ga-PSMA PET'te ölçülen SUVmax değerinin tedavi yanıtını öngörmedeki rolü araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: 2019-2024 yılları arasında BN nedeniyle kRT uygulanan 65 hasta retrospektif olarak incelendi. RT öncesi tüm olgulara merkezimizde ⁶⁸Ga-PSMA PET-BT çekildi; uzak metastaz saptananlar ve takibi eksik olan veya dış merkezde olan hastalar dışlandı. SUVmax için PET-BT'de raporlanan en yüksek değer kaydedildi. Tüm hastalara androjen deprivasyon tedavisi ile konvansiyonel fraksiyonla kRT'si uygulandı. Biyokimyasal rekürrensiz sağkalım (bRSK) ve uzak metastazsız sağkalım (UMSK) Kaplan-Meier ile, prognostik faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman's korelasyonu ile analiz edildi. Tüm analizler SPSS v23.7'te yapıldı ve p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 64 (aralık: 46-78) olup medyan takip süresi 21 aydı (aralık: 1.6-65). Hasta ve tedavi özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. Ortanca nüks PSA değeri 0.5 ng/mL, nüks kadar geçen süre 12 ay ve RT sonrası PSA nadire ulaşma süresi 2.8 ay olarak saptandı. RT öncesi hastaların %43'ünde ⁶⁸Ga-PSMA tutulumu izlendi. SUVmax değeri arttıkça RT sonrası PSA nadire ulaşma süresi uzamıştır (Spearman's rho=0.5, p=0.004). Bu ilişki için %64 duyarlılık ve %50 özgüllük ile Suvmax değeri 6 olarak bulundu. RT sonrası PSA nadire ulaşma süresi 2.8 ayın üzerinde olanlarda biyokimyasal nüks daha sık görüldü (%25 vs. %3, p=0.01). RT sonrası takipte hastaların %14'ünde biyokimyasal nüks, %9'unda uzak metastaz izlendi. Ortanca bRSK ve UMSK'ye ulaşılmadı; 1, 3 ve 5 yıllık bRSK oranları %92, %78 ve %71, UMSK oranları ise %94, %91 ve %73 bulundu. RT öncesi PSMA'da tespit edilen nüks tipinin (lokal, bölgesel veya her ikisi) bRSK üzerine etkisi izlenmedi (p>0.05). PSMA tutulumu olan hastalarda bRSK, tutulum olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu (2 yıllık %14 vs. %0, p=0.002), ancak UMSK açısından fark yoktu (p=0.08). Tek ve çok değişkenli analiz sonuçları ise Tablo-2'de sunulmuştur.

Sonuç: kRT sonrası PSA nadire kadar geçen süre uzadıkça biyokimyasal rekürrens oranı artmakta ve bu süre PSMA SUVmax'ı ile korelasyon göstermektedir. Ayrıca, kRT uygulanan prostat kanseri hastalarında ⁶⁸Ga-PSMA PET'te tutulum saptanması biyokimyasal kontrolü olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Kurtarma Radyoterapisi, ⁶⁸Ga-PSMA PET, Suvmax

Tablo-1: Hasta ve Tedavi özellikleri

Özellik	N (aralık/%)
Ortanca tanı PSA (ng/mL)	8.7 (3.2-70.2)
Gleason grup	
- 1	8 (12)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



- 2	12 (19)
- 3	19 (29)
- 4	5 (8)
- 5	21 (32)
Ekstraprostatik uzanım	
- Var	45 (70)
- Yok	20 (30)
Seminal vezikül invazyonu	
- Var	30 (46)
- Yok	35 (54)
pT evresi	
- pT1-2	19 (29)
- pT3a	16 (25)
- pT3b	25 (38)
- pT4	5 (8)
pN evresi	
- pNx	21 (32)
- pN0	32 (49)
- pN1	12 (19)
Cerrahi Sınır	
- Pozitif	50 (77)
- Negatif	15 (23)
Lenf nodu diseksiyonu	
- Var	41 (63)
- Yok	24 (37)
Diseksiyonda çıkarılan ortanca lenf nodu sayısı	14 (5-47)
Cerrahiden biyokimyasal nükse kadar geçen ortanca süre	13.4 ay (2-178 ay)
Biyokimyasal nükste ortanca PSA değeri (ng/mL)	0.5 (0.2-79)
Biyokimyasal nükste 68Ga-PSMA tutulumu	
- Var	28 (43)
- Yok	37 (57)
Nüks tipi	



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



- Lokal	5 (18)
- Bölgesel	18 (64)
- Lokal ve bölgesel	5 (18)
Ortanca 68Ga-PSMA Suvmax	6.5 (2-50)
CTV prostat yatak dozu	70 Gy (100)
Pelvik lenfatik RT'si	
- Var	35 (54)
- Yok	30 (46)
CTV lenfatik dozu	46 Gy (100)
RT sonrası PSA nadire ulaşma süresi (ortanca)	2.8 ay (1-30)
RT sonrası biyokimyasal nüks	
- Var	9 (14)
- Yok	56 (86)

Tablo-2: Hasta ve klinik özelliklerin biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım ve uzak metastazsız sağkalım verileri ile tek ve çok değişkenli analiz sonuçları

	bRSK		UMSK	
Özellik	TDA (p değeri)	ÇDA (p değeri)	TDA (p değeri)	ÇDA (p değeri)
Yaş	0.1	0.3	0.2	-
SVI	0.009*	0.6	0.01*	0.4
Tanı PSA	0.7	-	0.9	-
Gleason grup	0.1	0.9	0.3	-
EPE	0.08	0.9	0.3	-
T evresi	0.02*	0.9	0.09	0.9
N evresi	0.04*	0.9	0.04*	0.8
Risk grubu	0.03*	0.9	0.02*	0.9
RT sonrası medyan PSA nadire ulaşma süresi	0.04*	0.6	0.2	0.5

Kısaltmalar: bRSK=biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım, UMSK=uzak metastazsız sağkalım, TDA= tek değişkenli analiz sonuçları, ÇDA= çok değişkenli analiz sonuçları, SVI= seminal vezikül invazyonu, EPE= ekstraprostatik uzanım





[PS-014]

Mesane Kanseriinde BCG İndüksiyon Tedavisinin Mesane Duvar Kalınlığı ve İdrar Semptomlarına Etkisinin Prospektif İncelenmesi

Hüseyin Ağca¹, Murat Akgül², Mehmet Fatih Şahin¹, Çağrı Doğan¹, Erdem Can Topkaç¹, Cenk Murat Yazıcı¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Kasa invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) tedavisinde, orta ve yüksek risk grubundaki hastalarda TUR-M işlemini takiben intravezikal BCG uygulaması ve düzenli sistoskopik takip standart yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bu çalışmada amacımız; KİOMK tanısıyla intravezikal BCG indüksiyon tedavisi alan hastalarda, irritatif işeme semptomları, işeme paternleri ile mesane ve prostatın anatomik yapılarındaki değişiklikleri değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde, 2022-2024 yılları arasında KİOMK tanısıyla TUR-M sonrası endikasyona uygun olarak intravezikal BCG (Danimarka 1331 suşu) tedavisi uygulanan toplam 30 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda intravezikal BCG tedavisi öncesinde ve altı kürlük indüksiyon tedavisi tamamlandıktan sonra gelişen irritatif işeme semptomları ve işeme paternleri; International Prostate Symptom Score (IPSS) ve Aşırı Aktif Mesane Formu (AAMF-V8) kullanılarak ölçüldü. Ayrıca rutin takiplerde yapılan üriner sistem ultrasonografisi ile mesane duvar kalınlığı, post-void rezidü miktarı, erkek hastalarda prostat hacmi değerlendirildi; ek olarak üroflovetri bulguları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 30 hastanın 4'ü (%13,3) kadın, 26'sı (%86,7) erkek olup, yaş ortalaması $65,3 \pm 8,3$ yıl idi. Ortalama takip süresi $11,7 \pm 3,8$ ay olarak saptandı. Patolojik incelemede 22 hastada (%73,3) T1 yüksek dereceli (HG), 6 hastada (%20,0) Ta yüksek dereceli (HG) ve 2 hastada (%6,7) T1 düşük dereceli (LG) tümör tespit edildi.

İntravezikal BCG tedavisi öncesi ve indüksiyon sonrasına ait üroflovetri bulguları, mesane duvar kalınlığı, post-void rezidü miktarı, IPSS ve AAMF-V8 skorları Tablo 1'de özetlenmiştir. Tedavi sonrası üroflovetrik incelemede işenen idrar hacminde anlamlı azalma ($p=0,034$) ve mesane duvar kalınlığında anlamlı artış ($p=0,039$) saptandı. Buna karşın, IPSS ve AAMF-V8 skorlarında artış görülmesine rağmen bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,678$ ve $p=0,786$).

Sonuç: Erken dönem bulgular değerlendirildiğinde, altı kür intravezikal BCG tedavisi sonrasında mesane duvar kalınlığında anlamlı artış, üroflovetrik incelemede ise işenen idrar hacminde belirgin azalma saptanmıştır. IPSS ve AAMF-V8 formları ile değerlendirilen irritatif işeme semptomlarında tedavi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemekle birlikte, semptomlarda artış eğilimi gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, BCG, IPSS, AAMF-v8





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. İntravezikal BCG tedavisi öncesi ve indüksiyon tedavisi sonrası Q maks, işenen hacim, mesane duvar kalınlığı, PVR, IPSS ve AAMF-v8 sorgulama form sonuçları

Tablo 1. İntravezikal BCG tedavisi öncesi ve indüksiyon tedavisi sonrası Q maks, işenen hacim, mesane duvar kalınlığı, PVR, IPSS ve AAMF-v8 sorgulama form sonuçları

	BCG tedavisi öncesi	BCG İndüksiyon tedavisi sonrası	p değeri
Qmaks (ml/sn) (ortalama $\pm$ SD)	17,7 $\pm$ 12,0	14,3 $\pm$ 6,4	0.158
İşenen hacim (ml) (ortalama $\pm$ SD)	306,8 $\pm$ 137,7	176,0 $\pm$ 65,8	0.034
USG ortalama mesane duvar kalınlığı (mm) (ortalama $\pm$ SD)	3,2 $\pm$ 0,7	4,3 $\pm$ 1,5	0.039
PVR (ml) (ortalama $\pm$ SD)	28,3 $\pm$ 27,5	36,5 $\pm$ 22,8	0.185
IPSS (ortalama $\pm$ SD)	8,1 $\pm$ 4,2	8,8 $\pm$ 6,2	0.678
AAMF-v8 (ortalama $\pm$ SD)	10,5 $\pm$ 6,9	11,3 $\pm$ 8,5	0.786





[PS-019]

Düşük Riskli Prostat Kanserinde mpMRI Hedefli lezyon vs Sistemik Biyopsi Pozitifliğinin Patolojik Upgrade Üzerindeki Etkisi

Çağrı Akpınar¹, Diğdem Kuru Öz², Araz Musayev¹, Ahmet Furkan Özsoy¹, Eriz Özden², Nuray Haliloğlu², Muhammed Arif İbiş¹, Muratcan Karaburun³, Evren Süer¹, Mehmet Çağatay Göğüş¹, Sümer Baltacı¹

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Düşük riskli prostat kanserli (PCa) hastalarda aktif izlem genellikle tercih edilir. Ancak radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarda nihai patolojide up-grade ya da up-stage saptanabilir. Bu noktada görüntüleme, biyopsi ve nihai spesmen bulgularının uyumu ya da ayrışması önemli hale gelmektedir. Biz bu çalışmada düşük riskli prosta kanserine (PCa) sahip hastalarda multiparametrik magnetik rezonans görüntülemeye (mpMRI) indeks lezyon (TB) vs sistematik biyopsi (SB) de ISUP GG 1 hastalardaki klinik ve patolojik önemi ile upgrade oranlarını araştırdık.

Gereç-Yöntem:

Ocak 2017 ile Ocak 2025 tarihleri arasında, tek merkezde mpMRI (DKO) ve transrektal ultrason eşliğinde yapılan kognitif (EÖ) ve füzyon hedefli (NH) biyopsileri takiben radikal prostatektomi (RP) uygulanan 147 düşük riskli hastanın verileri retrospektif olarak yeniden değerlendirildi. Biyopsi sonucu ISUP GG 1 olan hastalar; sadece mpMRI TB (Grup 1, n=33), sadece SB (Grup 2, n=44) ve mpMRI TB + SB (Grup 3, n=70), olmak üzere pozitiflik durumlarına göre üç gruba ayrıldı. Hastaların klinik ve görüntüleme verileri, biyopsi ve nihai patoloji sonuçları not edildi. Nihai patolojide upgrade, upstage oranları patolojik özellikler ve takip ve tedavi değişiklikleri değerlendirildi.

Bulgular:

Medyan 24 aylık takip sonunda, Grup 1, 2 ve 3 olan hastalarda histopatolojik olarak $\geq$ ISUP grade 2'ye upgrade oranı, sırasıyla %36.4, %27.9 ve %62.9, pT3 oranı ise sırasıyla %18.2, %9.1 ve %34.7 olarak saptandı ($p=0.028$). Grup 3 hastalarda upgrade ve pT3 oranları daha yüksekti. ISUP GG ≥ 2 upgrade olan hasta alt grubunda, Grup 1 için %75 (9/12) ve Grup 3 için %72.7 (32/44) oranında PI-RADS kategorisi 4 veya 5 vardı (Tablo 1), ve %82 (8/12) 'sinde indeks lezyon uzunluğu boyutu >11 mm'den yüksekti. Tek değişkenli analizde ISUP GG ≥ 2 olan hastalar için yaş, PSA, PSAd, mpMRI PI-RADS ≥ 4 varlığı ve ISUP GG 1 pozitifliğinin mMRI TB + SB'de olması anlamlı değişkenler iken (Tablo 2), çok değişkenli analizde PI-RADS ≥ 4 varlığı ve ISUP GG 1 pozitifliğinin mMRI TB + SB'de olması bağımsız prediktördü (Tablo 3).

Sonuç:

Düşük riskli PCa'de, mpMRI hedefli TB ve SB pozitifliğinin birlikte bulunması, RP sonrası daha yüksek patolojik upgrade oranları ile ilişkilidir. PI-RADS ≥ 4 lezyon varlığı upgrade ile ilişkili olup, tümör agresifliğinin tahmini, aktif izlem vs RP seçiminde tedavi planlamasını optimize edebilir.

Anahtar Kelimeler: klinik anlamsız prostat kanseri, upgrade, multiparametrik prostat MRI

MRI-hedefli ve/veya sistematik biyopsi ile tanı alıp radikal prostatektomi ile tedavi edilen ISUP GG 1 prostat kanserli hastaların özellikleri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Parameters (ISUP grade 1)	Only MRI TB (n=33)	Only SB (n=44)	MRI TB + SB (n=70)	P value*
Yaş, median (IQR)	63 (60-69)	65 (60-71)	65 (62-71)	0.411
Preoperatif PSA (ng/ml), median (IQR)	5.9 (4.7-7.3)	5.9 (4.6-9)	6 (4.6-7.4)	0.825
MRI prostate volüm, (ml), median (IQR)	54 (37.5-80)	66 (50-79.5)	50.5 (37-63.5)	0.025
Preoperative PSA dansitesi, median (IQR)	0.10 (0.09-0.16)	0.11 (0.07-0.18)	0.13 (0.09-0.17)	0.623
Jlinik Evre (mpMRI based), n (%)				
≤T2	28 (84.9%)	44 (100%)	60 (85.5%)	0.113
T3a	4 (12.1%)	-	7 (10.1%)	
T3b	1 (3%)	-	3 (4.3%)	
mpMRI tümör lokasyonu, n (%)				
Periferal zon	29 (87.1%)	19 (73%)	16 (34.8)	0.097
Transizyonel zon	4 (12.9%)	7 (27%)	30 (65.2)	
mpMRI PI-RADS skoru, n (%)				
PI-RADS 2	-	18 (40.9%)	-	NA
PI-RADS 3	15 (45.5%)	11 (25%)	24 (33.4)	
PI-RADS 4	10 (30.3%)	13 (29.5%)	33 (47.8)	
PI-RADS 5	8 (24.2%)	2 (4.5%)	13 (18.8)	
mpMRI index lezyon boyutu, median (IQR)	8 (6-13)	9 (6-12)	9 (6-12)	0.802
Pozitif kor sayısı, median (IQR)	1 (1-1)	2 (1-3)	3 (2-6)	<0.001
Cerrahi prosedür				
Açık	7 (21.2%)	8 (18.2%)	12 (17.1)	0.212
Robotik	26 (79.8%)	36 (81.8%)	58 (82.9)	
Upgrade varlığı, n (%)				
No	21 (63.6%)	32 (72.7%)	26 (37.1%)	<0.001 *
Yes	12 (36.4%)	12 (27.3%)	44 (62.9%)	
ISUP grade radikal prostatektomi sonucu, n (%)				
Grade 1	21 (63.6%)	32 (72.7%)	26 (37.1)	<0.001 *
Grade 2	9 (27.3%)	4 (9.1%)	36 (51.5)	
Grade 3	3 (9.1%)	8 (18.2%)	8 (11.4)	
Patolojik stage, n (%)				
pT2	27 (81.8%)	40 (90.9%)	45 (65.2)	0.028*
pT3a	5 (15.2%)	4 (9.1%)	21 (30.4%)	
pT3b	1 (3%)	-	3 (4.3%)	
Cerrahi Sınır Durumu, n (%)				
Hayır	28 (84.8%)	38 (86.4%)	60 (85.7%)	0.982
Evet	5 (15.2%)	6 (13.6%)	10 (14.3%)	
Biyokimyasal Rekürrens n (%)				
No	31 (93.9%)	38 (86.4%)	57 (81.4%)	0.224
Yes	2 (6.1%)	6 (13.6%)	13 (18.6%)	
Median takip süresi, ay (IQR)	24 (17-48)	25 (15-40.5)	22 (12-37)	0.132

Nihai patolojide yükseltmeyi ($\geq$ ISUP GG 2) öngören preoperatif klinik ve görüntüleme temelli değişkenlerin tek değişkenli analizi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Variables	Upgrading		P value*
	No (n=79)	Yes (n=68)	
Age	63 (60-70)	65.5 (63-73)	0.014*
PSA, median	5.5 (4.5-7)	6.5 (5.5-9.2)	0.004*
PSA dansitesi, median	0.10 (0.8-0.15)	0.13 (0.9-0.18)	0.005*
mpMRI based (iT) local stage			
≤iT2	73 (92.5%)	58 (86%)	0.093
iT3	6 (7.5%)	10 (14%)	
mpMRI <u>tumor lokasyonu</u> (n=103)			
Peripheral zone	40 (81%)	48 (79.4%)	0.686
Transitional zone	7 (19%)	8 (20.6%)	
mpMRI PI-RADS skoru (n=103)			
PI-RADS ≤ 3	25 (53.2%)	15 (26.8%)	0.029*
PI-RADS 4	15 (31.9%)	27 (48.2%)	
PI-RADS 5	7 (14.9%)	14 (25%)	
Pozitif biyopsi tipi			
Yalnızca MRI hedefli biyopsi	21 (26.9%)	12 (17.6%)	<0.001
Yalnızca sistemik biyopsi	31 (41%)	12 (17.6%)	
Sistemik + MRI hedefli biyopsi	26 (32.1%)	44 (64.7%)	
Index lezyonun <u>MRI'daki</u> maksimum uzunluğu, mm, median (n=103)	8 (6-12)	9.5 (6-14.7)	0.292

Nihai patolojide yükseltmeyi (>= ISUP GG 2) öngören preoperatif klinik ve görüntüleme temelli değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon modeli

Variable	Risk Ratio	95 % CI	P value*
Yaş	1.048	0.995-1.115	0.079
PSA, median	1.136	0.982-1.314	0.087
PSA dansitesi, median	2.331	0.972-5.586	0.218
mpMRI PI-RADS skoru PI-RADS ≤ 3 / PI-RADS ≥ 4	2.413	1.017-6.736	0.046*
Pozitif biyopsi tipi Sistemik + MRI hedefli biyopsi	3.125	1.247-7.832	0.015*
İndex lezyonun maksimum çap uzunluğu (n=103)	1.935	0.471-7.949	0.349





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-025]

Metastatik Mikst Germ Hücreli Testis Tümörlü Hastalarda Kemoterapi Sonrası Robotik Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu: Tek Merkez Deneyimlerimiz

Ahmet Vural¹, Feyyaz Irmak¹, Kadir Can Şahin¹, Uğur Aferin², Mehmet Hamza Gültekin¹, Çetin Demirdağ¹, Bülent Önal¹

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

²T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Metastatik testis tümörlü hastalarda kemoterapi sonrası retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (pcRPLND), non-seminomatöz germ hücreli tümörlerde rezidü kitlelerin yönetiminde altın standart cerrahi yaklaşımdır. Geleneksel olarak açık cerrahi tercih edilmekle birlikte, son yıllarda robotik yaklaşımlar daha az invaziv bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, kemoterapi sonrası uygulanan robotik pcRPLND'nin perioperatif ve postoperatif onkolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Merkezimizde Ocak 2017-Mart 2025 arasında metastatik testis tümörü nedeniyle kemoterapi sonrası ipsilateral template robotik RPLND uygulanan 9 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, perioperatif parametreler (operasyon süresi, kan kaybı, komplikasyonlar, yatış süresi), patoloji sonuçları ve onkolojik veriler (rekürrens, takip süresi, sağkalım) değerlendirildi. Robotik pcRPLND tüm olgular Da Vinci Xi sistemi ile supin pozisyonda gerçekleştirilmiş olup, Şekil 1A'da port yerleşimi, Şekil 1B'de ise ameliyat odası düzeni gösterilmiştir.

Bulgular: Median yaş 27,5 (18-39) idi (Tablo 1). Median operasyon süresi 210 (120-450) dakika, ortalama kan kaybı 100 (50-2000) mL ve median hastanede yatış süresi 5 (2-10) gün olarak bulundu. Çıkarılan rezidü kitlelerin ortalama boyutu 5 (2-8) cm, çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 8 (5-17) adetti. İki hastada açık cerrahiye dönüş ihtiyacı oldu. Perioperatif dönemde iki hastada damar yaralanmasına bağlı Clavien-Dindo 3b komplikasyon, bir hastada ise postoperatif dönemde gelişen atriyal fibrilasyon nedeniyle Clavien-Dindo 2 komplikasyon izlendi. Histopatolojik incelemede olguların 6 tanesinde teratom(%66,6), 2 tanesinde nekroz/fibrozis (%22,2) ve hastalardan birinde (%11,1) canlı tümör saptandı. Median takip süresi 24 (14-88) ay idi (Tablo 2). Takip süresince hastalarımızda nüks, metastaz veya kanser ile ilişkili mortalite bildirilmedi.

Sonuç: Çalışmamızın bulguları güncel çok merkezli ve tek merkezli serilerle uyumludur. Robotik pcRPLND, seçilmiş metastatik testis tümörlü hastalarda güvenli, etkili, düşük morbiditeli ve onkolojik açıdan tatmin edici bir cerrahi seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, Robotik cerrahi, Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu



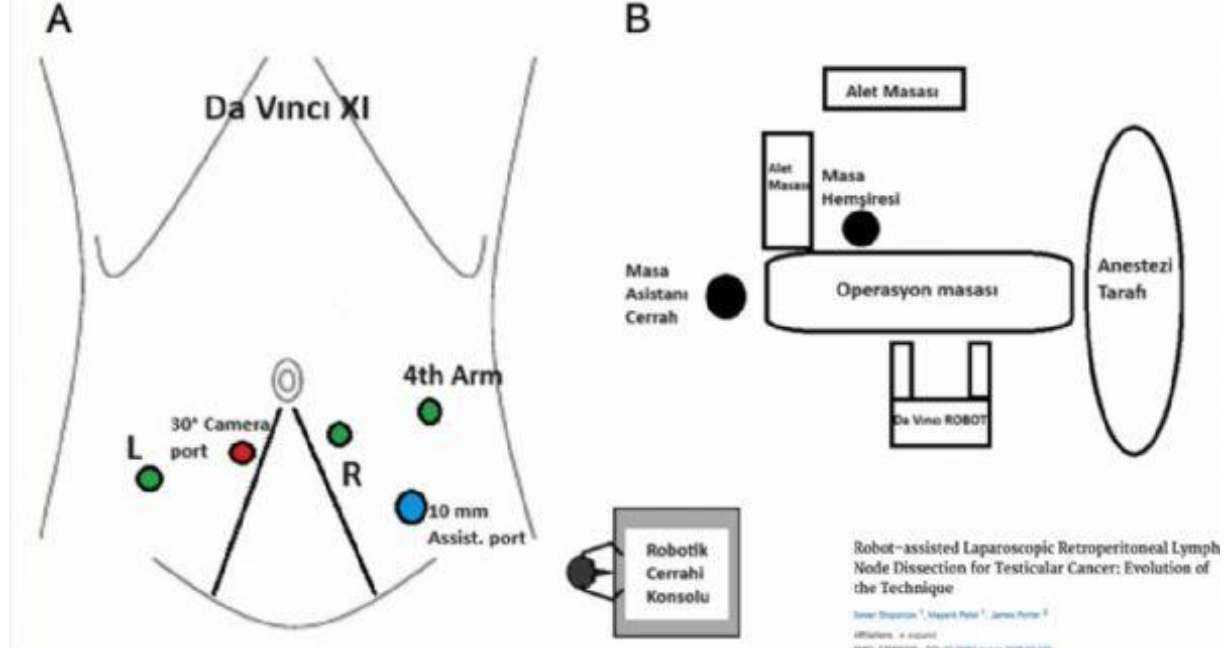


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1.



Şekil 1. A. Da Vinci Xi ile supin yaklaşım ile robotik port yerleşimi. B. Robotik RPLND prosedürü için ameliyat odası düzeni.

Tablo 1, Tablo 2

Tablo 1. Hasta karakteristikleri (n=9)	
Yaş	27.5 (18 - 39)
BMI (kg/m ²)	22 (18.9 - 29.9)
Sigara kullanımı	7 (77.7)
Alkol tüketimi	5 (55.5)
Testis tümör boyutu (cm)	4 (2.3 - 5)
Testis tümör tarafı	
Sağ	5 (55.5)
Sol	3 (33.3)
Bilateral	1 (11.1)
Tanı anında metastatik lenf nodu	3 (33.3)
Tanı anında tümör belirteçleri	
β-hCG (mIU/mL)	109 (13 - 6072)
AFP (ng/mL)	328 (15 - 3866)
LDH (IU/L)	289 (200 - 624)
Orşiektomi patolojisi	
Mixed germ hücreli tümör	9 (100)
Cerrahi sınır pozitifliği	0
pT1	9 (100)
Lenfovasküler invazyon	4 (44.4)
Embriyonal karsinom varlığı	2 (22.2)
Adjuvan kemoterapi	
3 kür BEP	8 (88.8)
3 kür BEP + 4 kür TIP	1 (11.1)

Not: Veriler ortalanca (min.-max.) veya sayı (%) olarak ifade edilmiştir.
Kısaltmalar: AFP: alfa fetoprotein, LDH: laktat dehidrogenaz, β-hCG: beta-insan koryonik gonadotropin, BEP: bleomisin/etoposid/ cisplatin, TIP: paklitaksel/fosfamidocisplatin

Tablo 2. Operasyon ve takip verileri (n=9)	
Rob.RPLND öncesi tümör belirteçleri	
β-hcg (mIU/mL)	0.1 (0.1 - 5005)
AFP (ng/mL)	1.5 (0.9 - 125)
LDH (IU/L)	258 (138 - 600)
Operasyon süresi (dk)	210 (120 - 450)
Hemoraji miktarı (mL)	100 (50 - 2000)
Peroperatif transfüzyon ihtiyacı	2 (22.2)
Komplikasyon	
Clavien-Dindo II	1 (11.1)
Clavien-Dindo IIIb	2 (22.2)
Yatış süresi	5 (2-10)
Rob.RPLND patolojisi	
Nekroz/fibroz	2 (22.2)
Teratom	6 (66.6)
Canlı tümör hücresi	1 (11.1)
Lenf nodu en geniş çap (cm)	5 (2-8)
Çıkarılan lenf nodu sayısı	8 (5 - 17)
Cerrahi sınır pozitifliği	0
Takip süresi	24 (14 - 88)
Takipte nüks/metastaz gelişimi	0

Not: Veriler ortalanca (min.-max.) veya sayı (%) olarak ifade edilmiştir.
Kısaltmalar: Rob.RPLND: robot yardımlı laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, β-hCG: beta-insan koryonik gonadotropin, AFP: alfa fetoprotein, LDH: laktat dehidrogenaz.

Tablo 1. Hasta Karakteristikleri, Tablo 2. Operasyon ve Takip Verileri



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-027]

Koaksiyel İğne Tekniği ile Transperineal Prostat Biyopsisi: İlk 35 Olguluk Deneyimimiz

Şeref Coşer, Halil İbrahim İvelik, İbrahim Güven Kartal
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

Amaç:

Transperineal prostat biyopsisi (TPBx), enfeksiyon riskinin düşük olması ve tanısal etkinliği nedeniyle transrektal biyopsiye alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde uygulanan ilk 35 TPBx olgusunun sonuçları sunulmuştur.

Gereç-Yöntem:

Haziran – Eylül 2025 tarihleri arasında TPBx uygulanan 35 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, PSA düzeyleri, prostat hacmi, histopatolojik bulgular, komplikasyonlar ve VAS (Visual analog skala) skorları değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı $66,9 \pm 6,5$ yıl (57–85) idi. Ortalama PSA düzeyi $21,4 \pm 28,6$ ng/mL (4,65–146) ve ortalama prostat hacmi $66,2 \pm 32,4$ mL (36–175) olarak saptandı. Toplam 17 hastada (%48,5) prostat kanseri tanısı konuldu. Gleason skor dağılımı 3+3 (n=7), 3+4 (n=4), 4+3 (n=2), 4+4 (n=3) ve 4+5 (n=1) şeklindeydi. Kanser tanısı alan hastalarda ortalama pozitif kor sayısı $4,29 \pm 2,87$ (1–12) idi. İşlem sırasında hastaların VAS skoru ortalaması $2,82 \pm 2,47$ idi. Hiçbir hastada biyopsi sonrası ateş yükseliği veya sepsis gelişmedi. Hiçbir hastanın biyopsi sonrası hastaneye yatış gerekliliği olmadı.

Sonuç:

Transperineal prostat biyopsisi, merkezimizde ilk defa uygulanmış olup güvenle gerçekleştirilebildiği ve kabul edilebilir kanser saptama oranları ile düşük komplikasyon riski taşıdığı görülmüştür. Kütahya’da elde edilen bu ilk deneyimler, yöntemin klinik uygulamada yaygınlaştırılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Transperineal prostat biyopsisi, lokal anestezi, prostat kanseri, koaksiyel iğne tekniği





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-028]

Radikal Prostatektomi Sonrası Dren Kalış Süresi Ve Fonksiyonel Sonuçlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ceyhun Özdemiroğlu, Kader Ada Doğan, Yusuf Şenoğlu, Günel Özgür, Murat Kars, Haydar Kamil Çam
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Radikal prostatektomi (RP) sonrası kontinans ve erektil disfonksiyon gibi fonksiyonel sonuçlar hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, RP sonrası dren kalış süresi ile fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmada, 01.2023-01.2025 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle RP uygulanan 62 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik, preoperatif ve intraoperatif verileri ile; postoperatif 6. ayda IPSS, IIEF skorları ve kontinans durumları incelendi. Hastalar dren çekilme günlerine göre "3 gün ve altı" (Grup 1) ve "4 gün ve üzeri" (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrılarak bu parametreler karşılaştırıldı. Üriner inkontinans değerlendirmesinde, bir ped üzeri ıslatma inkontinans olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 62 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 67 [56-79] yılı. Median total PSA değeri 7,85[2,4-40] ng/mL, preoperatif IPSS skoru 18 [0-35] ve IIEF skoru 13 [5-23] idi. Hastaların %66'sına açık, %34'üne laparoskopik RP uygulanmıştır. Pelvik lenf nodu diseksiyonu %35,5 hastada yapıldı. Median cerrahi süre 240 [135-405] dk ve sonda çekilme günü 15 [10-35] gün olarak kaydedilmiştir. Postoperatif 6. ayda median IPSS skoru 3 [0-20] ve IIEF skoru ise 10 [3-22] olarak saptandı. Hastaların %68'i kontinandı. Grup 1'de 23 (%37,1) hasta, Grup 2'de ise 39 (%62,9) hasta vardı. Gruplar arasında demografik, preoperatif ve intraoperatif özellikler ve postoperatif 6. ay IPSS ve IIEF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($P>0.05$). Ancak dren kalış süresi $4 \leq$ olan hastalarda inkontinans oranları sınırdan anlamlı olarak daha düşük (%23,1 vs %47,8; $p=0,044$) saptandı. Laparoskopik RP grubumuzda kontinans oranlarının istatistiksel olarak anlamsız olsa da nominal olarak bir miktar daha iyi olmasına bağlı olarak bu durumun oluştuğu düşünülmektedir. Çünkü intraperitoneal yaklaşıma bağlı olarak laparoskopik grupta görece daha uzun dren kalış süreleri (5 vs 4 gün) mevcuttu.

Sonuç: Çalışmamızda dren kalış süresinin ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçlar üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı görüldü. Daha geniş hasta serilerini içeren, prospektif çalışmalar ile dren kalış süresinin fonksiyonel sonuçlar üzerindeki etkisinin net olarak ortaya konmasında yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Radikal Prostatektomi, İnkontinans, Dren Süresi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Dren süresi ile intraoperatif ve postoperatif parametrelerin karşılaştırılması

Tablo 2. Dren süresi ile intraoperatif ve postoperatif parametrelerin karşılaştırılması

	Grup-1 (≤3 gün) (n=23, %37,1)	Grup-2 (≥4 gün) (n=39, %62,9)	p değeri
RP yöntemi (Laparoskopik)	5 (%21,7)	16 (%41,0)	0,121
PLND Yapılanlar	5 (%21,7)	17 (%43,6)	0,082
Üriner inkontinans	11 (%47,8)	9 (%23,1)	0,044
ED için ilaç kullanımı	11 (%47,8)	12 (%30,8)	0,179
IPSS (6. ay)	3 [0-15]	2 [0-20]	0,088
IIEF (6. ay)	8 [5-22]	11 [3-22]	0,326

Not: Değerler n (%) veya Mann-Whitney U testi için median değerler şeklinde sunulmuştur.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Hastaların demografik, preoperatif ve intraoperatif parametreleri

Tablo 1. Hastaların demografik, preoperatif ve intraoperatif parametreleri

	Toplam n=62	Grup-1 (≤3 gün) n=23, (%37,1)	Grup-2 (≥4 gün) n=39, (%62,9)
Yaş (yıl)	67 [56-79]	67 [56-79]	67 [57-77]
BMI	25,9 [21,1-34,6]	25,8 [21,4-33,1]	26,2 [21,1-36,4]
Total PSA (ng/mL)	7,85 [2,4-40]	6,8 [2,4-27]	8,0 [4-40]
DRM (sert/nodül)	30 (%48,4)	11 (%47,8)	19(%48,7)
Op süresi (dk)	240 [135-405]	210 [135-340]	250 [150-405]
Preop IPSS (median, aralık)	18 [0-35]	16 [0-30]	18 [0-35]
Preop IIEF (median, aralık)	13 [5-23]	13 [5-22]	13 [5-23]

Not: Değerler median (minimum-maksimum) veya yüzde (%) olarak sunulmuştur.



**[PS-029]****Artan Cerrahi Tecrübenin Radikal Sistektomi Sonuçlarına Yansımaları: Beş Yıllık Analiz**

Uğur Akgün, Rıdvan Özcan, Abdullah Erdoğan
Bursa Şehir Hastanesi

Amaç: Kliniğimizde son 5 yılda gerçekleştirdiğimiz radikal sistektomi sonuçlarımızı bildirmeyi amaçladık.

Gereç Yöntem: Bursa Şehir Hastanesi'nde Ocak 2021 ile Ağustos 2025 tarihleri arasında radikal sistektomi yapılmış olan hastaların verileri hastane otomasyon sisteminden alınmıştır. Hastaların demografik verileri, perioperatif ve erken postoperatif veriler ile patolojik sonuçlar kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 216 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 68,4 olup 185(%85,6)' i erkek, 31(%14,4)'i kadındı, 130(%62)'unda sigara kullanımı 14(%6,5)'ünde mesleki maruziyet vardı.

Vakaların 205(%94,9)'üne açık cerrahi teknik 11(%5,1)'ine laparoskopik sistektomi+ açık diversiyon uygulanmıştır. Diversiyon tiplerinde ise 26(%12) üreterokutanostomi, 151(%69,9) wallas tip ileal loop, 11(%5,1) bricker tip ileal loop ve 25(%11,5) ortotopik modifiye y tip anastomoz yapılmış, 3 hastaya bilateral nefrektomi yapıldığı için diversiyon yapılmamıştır.

Hastalara sistektomi öncesi yapılan trans üretral rezeksiyon(TUR) patolojilerinde 189(%87,5) TccT2, 24(%11,1) TccT1 olarak raporlanmış, ayrıca 2(%0,9) hastada TccTa patolojisi olmasına rağmen tümör yükü sebebiyle 1(%0,5) hasta ise hipokompliyan mesane nedeniyle sistektomi kararı alınmıştır.

Sistektomi sonrası patolojiler incelendiğinde 216 hastanın 3 (%1,4) 'ü benign 14 (%6,5)'ü Tcc Ta 12 (%5,7) 'si Tcc T1 63 (%29,1) 'ü TccT2 65 (%30,09) 'i Tcc T3 59 (%27,3) 'u ise Tcc T4 olarak raporlanmıştır. 68(%31,5) hastada lenf nodu metastazı 20(%9,3) hastada ise cerrahi sınır pozitifliği izlenmiştir. Hastaların pre ve postoperatif patolojileri karşılaştırıldığında 133(%61,6) hastanın evresinin yükseldiği, 62(%28,7) hastanın evresinin değişmediği 21(9,7) hastanın ise evresinin gerilediği görülmüştür.

Ortalama ameliyat süresi 255 dk, kan kaybı 370 ml olarak bulunmuş olup 60(%27,8) hastaya perop 83(%38,4) hastaya postop kan transfüzyonu yapılmıştır.

Perioperatif komplikasyonlar incelendiğinde Clavien derece 1 komplikasyon 137(%63,4), derece 2 komplikasyon 56 (%25,9), derece 3 komplikasyon 16(%7,3), derece 4 komplikasyon 6(%2,7) hasta şeklindedir, 2 (%0,9) hastada ise postoperatif erken dönem mortalite görülmüştür.

Hastaların ortalama 5,7 ± 1,6 gün sonra drenleri çekilmiş olup ortalama hastanede kalış süreleri 8,08 ± 2,2 gün olarak bulunmuştur.

Artan vaka sayısı ile gelişen cerrahi tecrübe, operasyon süresi, kanama miktarı, komplikasyon oranları, hastanede kalış süreleri ve dren çekim sürelerinde belirgin bir azalma ile anlamlı korelasyon göstermektedir.

Sonuç: Beş yıllık dönemde radikal sistektomi vaka sayısının artışına paralel olarak cerrahi tecrübenin gelişimiyle, perioperatif parametrelerde ve postoperatif komplikasyon oranlarında belirgin iyileşmeler gözlemlenmiştir, bu bilgiler ışığında radikal sistektomide cerrahi tecrübenin önemi görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tecrübe, mesane kanseri, radikal sistektomi

cerrahi tecrübeye göre perioperatif bulguların korelasyonu

Operasyon süresi	Kanam a miktarı	Komplikasyon	Hastanede kalış süresi	Dren çekim süresi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
cerrahi tecrübe	-0,694	0,00 0	-0,392	0,00 0	-0,214	0,00 2	0,000	- 0,47 5	- 0,31 6	0,00 6
r:spearman n korelasyo n katsayısı										

Demografik Veriler

Yaş (yıl) (ort±SS)	68,4 ± 9,5
Cinsiyet n(%) Erkek Kadın	185 (%85,6) 31 (%14,4)
VKI ort±SS Median(min-max)	23,6 ± 3,03 24(17,2-32,5)
Sigara n(%) Var Yok	130(%60,2) 86(%39,8)
Mesleki Maruziyet n(%) Var Yok	14(%6,5) 202(%93,5)
Yıllara göre vaka sayısı n(%) 2021 2022 2023 2024 2025	23(%10,6) 41(%19) 59(%27,3) 44(%20,4) 49(%22,7)
Cerrahi teknik n(%) Açık Lap sistektomi+ açık diversiyon	205(%94,9) 11(%5,1)
Üriner diversiyon n(%) yok üreterokutanostomi wallas anastomoz ileal loop bricker anastomoz ileal loop ortotopik neobladder(modifiye y tip)	3(%1,4) 26(%12) 151(%69,9) 11(%5,1) 25(%11,5)
Sistektomi kararı verilen patoloji n(%) Hipokompliyon mesane Tcc Ta Tcc T1 Tcc T2	1 (%0,5) 2 (% 0,9) 24 (%11,1) 189 (%87,5)
Sistektomi sonrası patoloji n(%) Benign Tcc Ta	3 (%1,4) 14(%6,5) 12(%5,7)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tcc T1	63(%29,1)
Tcc T2	65(%30,09)
Tcc T3	59(%27,3)
Tcc T4	
Lenf nodu tutulumu n(%)	
Var	68 (%31,5)
Yok	148(%68,5)
Cerrahi Sınır Pozitifliği n(%)	
Var	20 (%9,3)
Yok	196 (%90,7)
Patolojik Evre	
İlerleme	133 (%61,6)
Sabit	62 (%28,7)
Gerileme	21 (%9,7)
Ameliyat süresi(dk) ort±SS	255 ± 76,3
Median(min-max)	255 (105-500)
Kan kaybı(ml) ort±SS	370 ± 121,8
Median(min-max)	350(100-800)
Perop Kan transfüzyonu n(%)	
Var	60 (%27,8)
Yok	156 (%72,2)
Postop Kan transfüzyonu n(%)	
Var	83 (38,4)
Yok	133 (%61,6)
Mortalite n(%)	
Yok	214 (%99,1)
Var	2 (%0,9)
Clavien komplikasyon n(%)	
1	137 (%63,4)
2	56 (%25,9)
3	16 (%7,3)
4	6 (%2,7)
5	2(%0,9)
Dren çekim günü ort±SS	5,7 ± 1,6
Median(min-max)	6 (2-13)
Hastanede kalış süresi(gün) ort±SS	8,08 ± 2,2
Median(min-max)	8 (5-16)





[PS-030]

Kütahya'da lokal anestezi altında koaksiyel iğne tekniği ile transperineal prostat biyopsisi: İlk 35 olguluk deneyimimiz

Şeref Coşer, Halil İbrahim İvelik, İbrahim Güven Kartal
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

Amaç:

Transperineal prostat biyopsisi (TPBx), enfeksiyon riskinin düşük olması ve tanısallık etkinliği nedeniyle transrektal biyopsiye alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde uygulanan ilk 35 TPBx olgusunun sonuçları sunulmuştur.

Gereç-Yöntem:

Haziran – Eylül 2025 tarihleri arasında TPBx uygulanan 35 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, PSA düzeyleri, prostat hacmi, histopatolojik bulgular, komplikasyonlar ve VAS (Visual analog skala) skorları değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı $66,9 \pm 6,5$ yıl (57–85) idi. Ortalama PSA düzeyi $21,4 \pm 28,6$ ng/mL (4,65–146) ve ortalama prostat hacmi $66,2 \pm 32,4$ mL (36–175) olarak saptandı. Toplam 17 hastada (%48,5) prostat kanseri tanısı konuldu. Gleason skor dağılımı 3+3 (n=7), 3+4 (n=4), 4+3 (n=2), 4+4 (n=3) ve 4+5 (n=1) şeklindeydi. Kanser tanısı alan hastalarda ortalama pozitif kor sayısı $4,29 \pm 2,87$ (1–12) idi. İşlem sırasında hastaların VAS skoru ortalaması $2,82 \pm 2,47$ idi. Hiçbir hastada biyopsi sonrası ateş yükseliği veya sepsis gelişmedi. Hiçbir hastanın biyopsi sonrası hastaneye yatış gerekliliği olmadı.

Sonuç:

Transperineal prostat biyopsisi, merkezimizde ilk defa uygulanmış olup güvenle gerçekleştirilebildiği ve kabul edilebilir kanser saptama oranları ile düşük komplikasyon riski taşıdığı görülmüştür. Kütahya'da elde edilen bu ilk deneyimler, yöntemin klinik uygulamada yaygınlaştırılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: koaksiyel iğne tekniği, Kütahya deneyimi, lokal anestezi, prostat kanseri, transperineal prostat biyopsi

Tablo 1. Demografik ve klinik veriler

Özellik	Sonuç
Yaş (yıl), ort. $\pm$ SS (min–maks)	$66,9 \pm 6,5$ (57–85)
PSA (ng/mL), ort. $\pm$ SS (min–maks)	$21,4 \pm 28,6$ (4,65–146)
Prostat hacmi (mL), ort. $\pm$ SS (min–maks)	$66,2 \pm 32,4$ (36–175)
Prostat kanseri tanısı, n (%)	17 (48,5)
Gleason skoru, n	3+3: 7 3+4: 4 4+3: 2 4+4: 3 4+5: 1
Pozitif kor sayısı, ort. $\pm$ SS (min–maks)	$4,29 \pm 2,87$ (1–12)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



VAS skoru, ort. $\pm$ SS

2,82 $\pm$ 2,47





[PS-031]

Mesane tümörü nedeniyle transüretral rezeksiyon uygulanan hastaların klinik ve onkolojik sonuçları

Murat Uçar, Nureddin Raym, Uğur Soy, Deniz Demir, Semih Keskin, Mahmut Emre Uysal, Murat Topçuoğlu, Ali Akkoç
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana bilim Dalı, Antalya

Amaç: Mesane tümörü nedeniyle transüretral rezeksiyon (TUR-M) uygulanan hastaların demografik özellikleri, tanısal yöntemler, patolojik tanı (evre/grade), Re-TUR-M ve postoperatif intravezikal tedavilerin sonuçlarının değerlendirilmesi.

Gereç-Yöntem: Çalışmada 2016-2025 arasında mesane tümörü tanısıyla TUR-M yapılan 219 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler; yaş, cinsiyet, sigara, primer tanı yöntemi, endoskopik tümör sayısı ve boyutu, patolojik evre ve derecesi, Re-TUR-M ve intravezikal instilasyon sonuçlarıydı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standard sapma ve medyan (min.-maks.) olarak belirtildi.

Bulgular: Değerlendirilen 219 hastanın 198'i erkek, 21'i kadın olup, medyan yaş 67 (yıl) olarak bulundu (Tablo 1). Sigara içen hasta sayısı 141 (%64.4) hastaydı. Hastaların takip süresi $25,38 \pm 25,49$ aydı. Primer tanı yöntemlerinden 123 hastaya USG ile, 20 hastaya BT ile, 76 hastaya da sistoskopi ile mesanede tümör tanısı konuldu. Mesanede tümör nedeniyle opere edilen 121 hastada tümör tek odakta, 98 hastada ise multipl odakta görüldü. Ortalama tümör boyutu $29,5 \pm 15$ mm olarak ölçülmüştü. Mesanede tümör nedeniyle opere edilen 216 (%98.6) hastanın patolojisi ürotelyal karsinom olarak sonuçlandı. Patolojisi ürotelyal karsinom olan hastaların evreleri; 93 hasta Ta, 88 hasta T1, 39 hastanın da T2 olarak bulundu. Tümör patolojik derecesi ise 124 hastada düşük dereceli, 92 hastada yüksek dereceli, 3 hastanın da klinik önemi belirsiz olarak saptandı (Tablo 1). Mesane kanseri nedeniyle takip edilen ve Re-TUR-M yapılan 78 hastanın 55'inde ise nüks tümör izlendi, 23 hastada ise nüks izlenmedi. Nüks tümör izlenen tüm hastaların patolojisi ürotelyal karsinom olarak bulundu. Toplam 219 hastadan 56 (%25,6) hasta intravezikal instilasyon tedavisi aldı. İntravezikal instilasyon tedavilerinden 48 hastaya BCG, 5 hastaya mitomisin ve 3 hastaya kombine tedavi uygulandı. İntravezikal instilasyon uygulanan hastaların 42 (%75)'sinde nüks olmadı. 10 hastada nüks izlendi ve 4 hasta da kontrolden çıktı (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda primer tanı yöntemi olarak USG kullanımının yüksek olması klinik pratikte USG'nin yaygın kullanıldığını göstermektedir. Mesane kanseri erkeklerde ve sigara içenlerde daha sık görülmektedir. TUR sonrası sistoskopi + Re-TUR-M ve intravezikal instilasyon nüksün önlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktif immünoterapi, mesane, rekürrens, transüretral rezeksiyon, ürotelyal karsinom

Tablo 1. Hasta Karakteristikleri

Parametre	Değer
Cinsiyet, n (%)	219 (100)
Erkek	198 (90.4)
Kadın	21 (9.6)
Yaş Median, y(min-max)	67 (25-96)
Takip Süresi, Ort. (ay)	25.38 ± 25.49
Sigara, n (%)	
Evet	141 (64.4)
Hayır	78 (35.6)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Primer Tanı Yöntemi, n (%)	123 (56.2)
USG	20 (9.1)
BT	76 (34.7)
Sistoskopi	
Endoskopik Tümör, n (%)	121 (55.3)
Tek	98 (44.7)
Multiple	
Endoskopik Tümör Boyutu, Ortalama (mm)	29.5 ±15
Patolojik T Ürotelyal Karsinom n (%)	216 (98.6)
Ta	93 (42.4)
T1	88 (40.2)
T2	39 (17.8)
Patolojik Derece, n (%)	124 (56.6)
Low Grade	92 (42)
High Grade	3 (1.4)
Bilinmeyen	
Re-TUR-M Patoloji, n (%)	78 (35.6)
Ürotelyal Karsinom	55 (25.1)
İnflamasyon	23 (10)
Postoperatif İntravezikal İnstilasyon n (%)	56 (25.5)
BCG	48 (21.9)
Mitomisin	5 (2.2)
BCG + Mitomisin	3 (1.3)
İntravezikal Tedavi Sonrası Nüks	42 (19.1)
Nüks yok	10 (4.5)
Nüks	4 (1.8)
Kontrol Yapılamayan	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-032]

PI-RADS 3 lezyonu olan ve biyopsi sonucu prostat kanseri ve benign prostat hiperplazisi gelen olguların PSA dansitelerinin karşılaştırılması

Muhammed Bahattin Ulu, Süleyman Tümer Çalışkan
Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Son yıllarda multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) prostat biyopsisi kararında standart olarak kullanılmaktadır. PSA dansitesi, total PSA düzeyi 4 ile 10 ng/mL arasında olan olgularda benign prostat hiperplazisi (BPH) ve prostat kanseri ayrımı için prostat biyopsisi kararında kullanılan bir değerdir. Eşik değeri olarak farklı çalışmalarda farklı değerler verilmekle birlikte 0,15 ng/mL'den yüksek olgularda biyopsi önerilmektedir. Bu çalışmada multiparametrik prostat MRG'de PI-RADS 3 lezyonu olan, biyopsi yapılan ve prostat kanseri ve BPH olarak rapor edilen olguların retrospektif olarak PSA dansiteleri karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2023 ve Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde prostat biyopsisi yapılan 192 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Multiparametrik prostat MRG 'de PI-RADS 3 lezyonu olan ve total PSA 4-10 ng/mL arası olan toplam 69 olgu çalışmaya dahil edildi. Prostat hacmi 100 gr'dan fazla olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Olguların patoloji sonuçları prostat kanseri ve BPH olarak iki gruba ayrıldı. Olguların yaş, total PSA değeri, prostat hacmi ve PSA dansitesi not edildi. İstatistiksel olarak grupların dağılımının normal dağılıma uygun olmaması nedeni ile parametrik bir test olan t testi yerine nonparametrik bir test olan Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 63,3 (minimum:46, maksimum:83) idi. Ortalama PSA dansitesi prostat kanseri olan 26 olguda 0,17 ng/mL iken BPH 'lı 43 olguda 0,11 ng/mL olarak hesaplandı. Prostat kanseri ve BPH olgularının PSA dansiteleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iki grup arasında PSA dansitesi ortanca değerinin prostat kanseri olgularında daha yüksek olduğu hipotezi %95 güvenirlilikle tespit edildi ($p=0,003$). Bu durum prostat kanseri grubunun daha yüksek PSA dansite değerlerine işaret ettiği anlamına gelmektedir.

Sonuç: Bizim çalışmamızda multiparametrik prostat MRG'de PI-RADS 3 lezyonu olan olgularda ortalama PSA dansitesi değeri prostat kanseri olan grupta 0,17 ng/mL olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda PI-RADS 3 lezyonlarda prostat kanseri olan olgularda PSA dansitesi BPH olan olgular ile karşılaştırıldığında daha yüksek olarak bulunmuştur ve prostat biyopsisi kararını vermede destekleyici bir bulgu olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, PI-RADS 3, PSA dansitesi



[PS-036]

İmmünoterapi Altında Küçük Hücreli Akciğer Kanserinin İzole Böbrek Metastazı: Vaka Sunumu

Günel Özgür¹, Murat Kars¹, Yusuf Şenoğlu², İhsan Turan Ceran³, Hasan Toper³, Abdussamet Çelebi⁴, Haydar Kamil Çam²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Küçük hücreli akciğer kanserinin (KHAK) böbrek metastazı çok nadirdir. Bu vakada dikkat çekici olarak immünoterapi tedavisi altında KHAK'nin izole böbrek metastazını raporladık.

Olgu: Diyabet ve hipertansiyonu olan 58 yaşındaki kadın hastada sağ akciğerin alt lobundaki kitleye yapılan biyopsi ile sınırlı evre KHAK tanısı konularak cisplatin (C), etopozit (E) ve radyoterapi (RT) tedavisi uygulanmıştı. Hastada tedaviden 12 ay sonra sağ uylukta metastatik bir lezyon eksize edilmiş ve beyin MR'ında sol frontal bölgedeki lezyona stereotaktik RT yapılmıştı. Hasta ileri evre KHAK olarak C + E + Atezolizumab (A) tedavisi almıştı. Tedavi sonrasında idame immünoterapi (A) ile takip edilen ve remisyonda olan hastada bir buçuk yıl sonra sol böbrekte 44x40 mm büyüklüğünde bir lezyon tespit edildi (Şekil 1). Multidisipliner üroonkoloji konseyinde değerlendirilen hastaya laparoskopik nefrektomi yapıldı. Patolojide böbrekteki lezyonun KHAK metastazı olduğu belirlendi (Şekil 2). Cerrahi sonrası bir yıllık takipte nüks saptanmadı.

Sonuç: KHAK'nin böbrek metastazı çok nadirdir. Böbrekteki tek lezyonlar, primer böbrek tümörüyle karışabilir. Doğru tanı için histopatolojik inceleme gereklidir. İzole böbrek metastazı olanlarda, primer tümör kontrol altındaysa, bu vaka sunumunda olduğu üzere nefrektomi küratif amaçlı uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bu tür nadir vakaların doğru bir şekilde yönetilmesi için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Kanseri, Küçük Hücreli Akciğer Kanseri, Metastaz, Nefrektomi





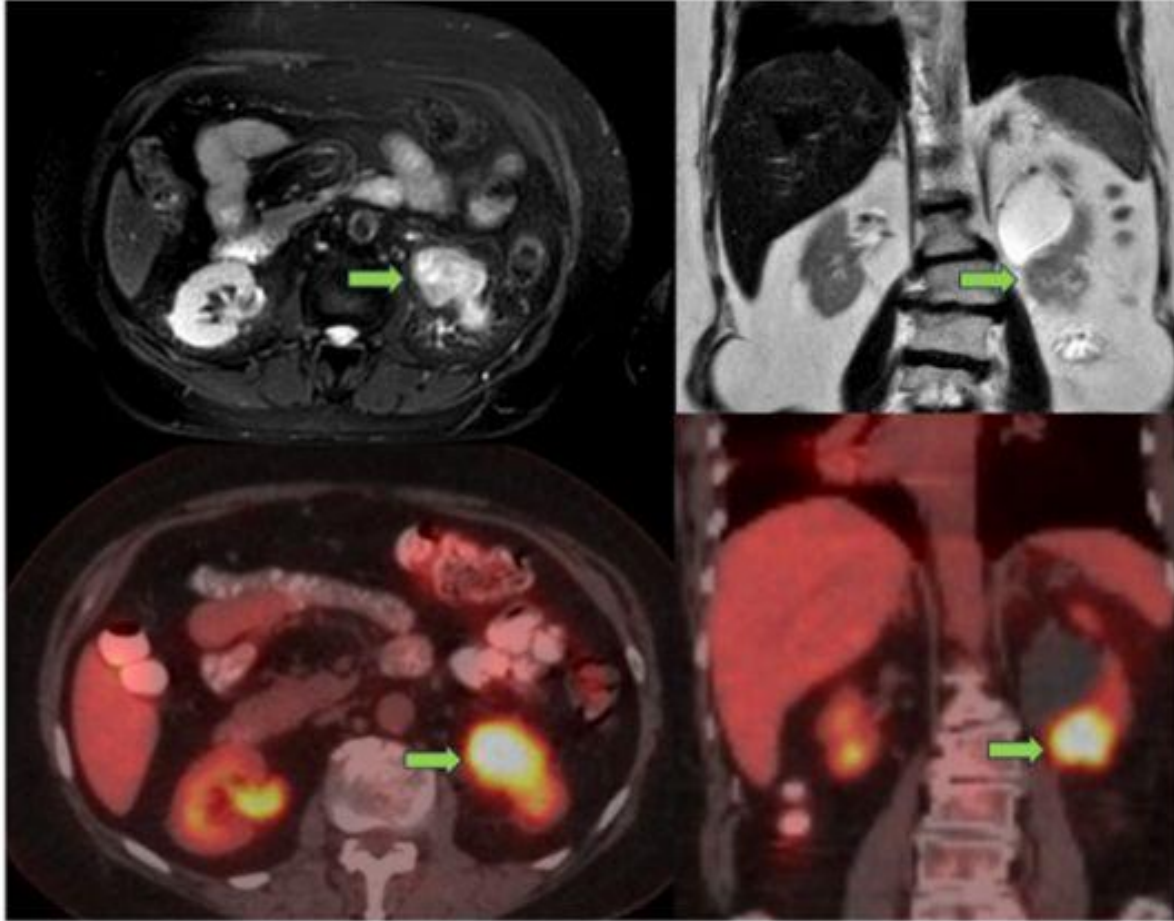
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1. Böbrek Kitlesinin MR ve FDGPET/CT Görüntüleri

Şekil 1. Böbrek Kitlesinin MR ve FDGPET/CT Görüntüleri



Şekil 1. Böbrek kitlesinin MRI (üst) ve FDGPET/CT (alt) görüntüleri gösterilmektedir. Yeşil ok, böbrek kitlesini göstermektedir. Böbreğin alt kutbunda yaklaşık 4 cm büyüklüğünde bir lezyon mevcut olup bu lezyonda FDG (SUVmax=13.6) tutulumu görülmektedir.

*FDGPET/CT: 18-Fluorine-fluorodeoksiglütroz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi.
MRI: manyetik rezonans görüntüleme





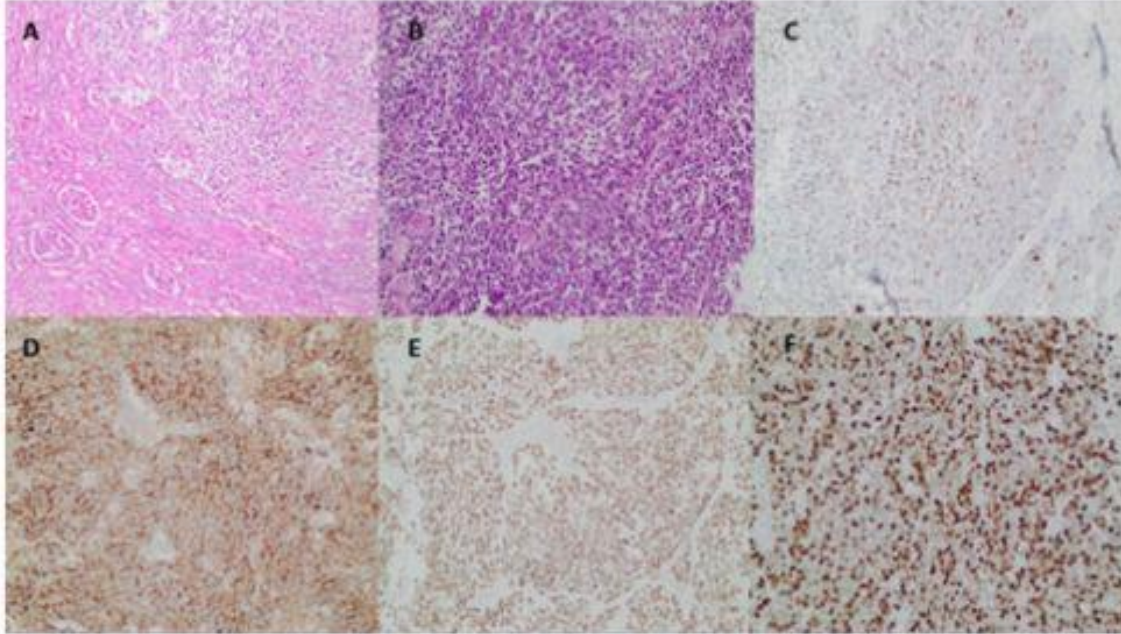
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2. Küçük Hücreli Akciğer Kanserinin Böbrek Metastazına Ait Histopatoloji

Şekil 2. Küçük Hücreli Akciğer Kanserinin Böbrek Metastazına Ait Histopatoloji



Şekil 2. Mikroskopik incelemede, bazı alanlarda yuvarlak-oval, diğerlerinde ise iğsi görünen, farklı morfolojilerde neoplastik hücreler görülmektedir. Bu hücrelerde nükleer şekil değişimi ve ezilme artefaktları gözlemlenmiş ve yüksek mitotik indeks saptanmıştır. Neoplastik hücre kümelerinin etrafında yaygın nekroz alanları mevcuttur. İmmünohistokimyasal çalışmalarda neoplastik hücreler PanCK, kromogranin, sinaptofizin ve TTF-1 için pozitifdir. PAX-8 ile immünreaktivite yoktur. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %70'dir.

A. Sol tarafta normal böbrek parankimi, sağ üst alanda neoplastik hücre infiltrasyonu bulunmaktadır (Hematoksilin & Eozin, 100X).

B. Tümör hücrelerinde az sitoplazma, belirgin olmayan hücre sınırları ve ince granüler nükleer kromatin görülmektedir (Hematoksilin & Eozin, 200X).

C. Neoplastik hücrelerde PANCK ekspresyonunun kenar ve nokta deseninde olduğu gözlemlenmiştir (X200).

D. Neoplastik hücrelerde yaygın sinaptofizin ekspresyonu gözlemlenmiştir (X200).

E. Tümör hücrelerinde TTF-1 ekspresyonu gözlemlenmiştir (X200).

F. Yaklaşık %70 Ki-67 proliferasyon indeksi gözlemlenmiştir (X200).

*PanCK: pan-sitokeratin, *TTF-1: Tiroid Transkripsiyon Faktörü-1, *PAX: paired box geni





[PS-037]

Mesane Leiomyomu: Nadir Görülen Bir Vaka

Yusuf Önder Özsağır¹, Deniz Gül¹, Esat Ünal²

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç:

27 yaş, kadın hasta. Acil servise araç içi trafik kazası nedeni ile başvurdu. Yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde mesane sağ yan duvarda mesaneye uzanım gösteren 3 cm kitle tespit edilmesi üzerine tarafımıza danışıldı. Yapılan ultrason görüntülemesinde mesane sağ yan duvarda 27x15 mm çapında düzgün sınırlı nodüler lezyon tespit edildi. Hasta geçmişinde alt üriner sistem semptomu tarifilemedi. Yapılan kontrastlı pelvik MR görüntülemesinde 24x22x28mm boyutunda lümene kısmen uzanım gösteren ve detrüsr tabakası ile benzer şekilde kontrastlanan kitlesel lezyon şeklinde raporlandı. Tetkiklerde ek patoloji saptanmayan hastaya sistoskopi yapılmasına karar verildi.

Gereç-Yöntem

Sistoskopi ve kitlenin transüretral rezeksiyon planı yapıldı.

Bulgular

Genel anestezi altında 26 fr rezektoskop ile eksternal meadan girildi. Her iki üreter orifisi doğal izlendi. Mesane sağ yan duvarda üzeri mesane mukozası ile kaplı intramural, lümene bası yapan yaklaşık 3cm kitlesel lezyon izlendi. Ek patolojik oluşum izlenmedi. Kitleye transüretral rezeksiyon yapılırken kitlenin kas tabakası üzerinden enükle olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine kitleye komplet olarak enükleasyon uygulandı ve dışarı alındı. Cerrahi sınırlar temiz izlendi. Kanama kontrolü ardından vaka sonlandırıldı. Operasyon süresi 30 dakika olarak kaydedildi.

Sonuç:

Postoperatif hematürisi olmayan hasta 1. günde taburcu edildi. 7. günde foley katateri alındı. Hastanın patolojisi leiomyom olarak rapor edildi.

Anahtar Kelimeler: leiomyom, mesane, transüretral rezeksiyon





[PS-038]

Partial nephrectomy in a difficult anatomical location and endophytic mass

Eray Öztürk¹, Eren Erdi Aksaray², Umur Cem Topcu¹, Mehmet Salih Boğa¹, Mahmut Ekrem İslamoğlu¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

²Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Üroloji, Kahramanmaraş

Objective: Right-sided kidney tumors, especially due to their close proximity to the liver, are difficult to access transperitoneally and perform partial nephrectomy if they are located in the upper posterior pole and more than half are endophytic. In this video presentation, we will share our experience with robotic transperitoneal partial nephrectomy performed on an endophytic mass located in the posterior pole of the right kidney.

Case:

Our patient is a 48-year-old male. He has no known comorbidities and is a smoker of 28 packs/year. He was referred to us after a non-specific abdominal pain led to the detection of a solid lesion in the right kidney on an abdominal ultrasound performed at an external center. A contrast-enhanced computed tomography scan of the entire abdomen revealed a solid mass measuring 33x28 mm in the upper pole of the right kidney, which showed significant contrast uptake (100 HU) in the arterial phase and washout (65 HU) in the late venous phase, primarily suggestive of renal cell carcinoma (RCC). Based on these findings, it was decided to perform a robot-assisted transperitoneal partial nephrectomy.

The operation lasted 110 minutes, with a warm ischemia time of 27 minutes, a renoraphy time of 17 minutes, and a blood loss of 230 cc. The patient was discharged on the third day after surgery. The pathology result of the excised lesion: histological type: Clear cell renal cell carcinoma - tumor size: 4x3x2.8 cm - histological grade: grade 3 (who/isup nuclear grade) -surgical margins: no tumor present

Conclusion:

As is well known, laparoscopic partial nephrectomy is a safe method with good oncological results in suitable patients and is also a more comfortable method for the patient compared to open surgery. Thanks to advancements in technology over the past few years, robot-assisted partial nephrectomy has emerged as a safe and feasible alternative to laparoscopic partial nephrectomy, offering comparable early oncological outcomes and similar morbidity rates to the traditional laparoscopic approach. Additionally, robot-assisted partial nephrectomy offers advantages such as shorter hospital stays, significantly reduced intraoperative blood loss, and shorter warm ischemia time, while also helping to preserve kidney reserve to the maximum extent possible. The only drawbacks appear to be the lack of access to this technology in all locations and the associated costs. Furthermore, surgical parameters for robot-assisted partial nephrectomy are less influenced by tumor complexity compared to laparoscopic partial nephrectomy. Interestingly, while the advantages of robotic surgery have historically been thought to assist surgeons with limited experience in laparoscopic surgery, these data suggest that robot-assisted partial nephrectomy may also benefit experienced laparoscopic surgeons.

Keywords: Partial Nephrectomy, Robotic Surgery, Difficult Renal Masses





[PS-039]

Tunica Vaginalisin Primer Malign Mezotelyoması: Benign Skrotal Kitleyi Taklit Eden Nadir Bir Olgu

Zihni Can Dağdeviren, Ahmet Emre Eren, Engin Dereköylü, Hasan Deliktaş
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

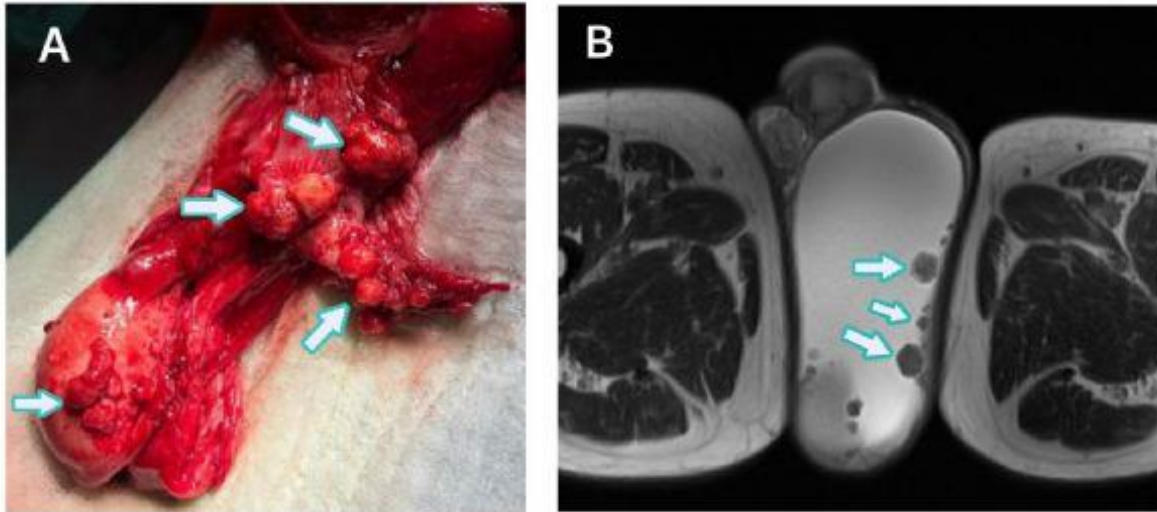
Amaç: Tunica vaginalisin primer malign mezotelyoması, son derece nadir görülen ve genellikle benign skrotal patolojilerle, özellikle hidroselle, karıştırılabilen bir neoplazmdır. Bu olgu sunumunda, benign bir skrotal kitle görünümünde prezente olan primer tunica vaginalis mezotelyomasının tanı ve tedavi süreci aktarılmaktadır.

Olgu: Sol hemiskrotumda son aylarda giderek artan şişlik şikayetiyle başvuran 77 yaşındaki erkek hasta değerlendirildi. Skrotal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme, polipoid kitleler ve tunica vaginalis'e ait nodüler yumuşak doku komponentleri eşliğinde hidrosel varlığını ortaya koydu. Tümör belirteçleri normaldi. Cerrahi eksplorasyonda testis ve spermatik kord üzerinde çok sayıda solid kitle saptandı ve hidroselektomi ve kitle eksizyonu yapıldı. Gönderilen materyalin histopatolojik incelenmesi epiteloid tip malign mezotelyoma tanısını doğruladı. Tanı, kalretinin, CK7, CK5/6, PanCK ve WT1 pozitifliği ile BAP1 kaybını içeren immünohistokimyasal bulgularla desteklendi. Hastaya daha sonra radikal inguinal orşiektomi ve hemiskrotektomi uygulandı. Adjuvan olarak pemetreksed ve sisplatin ile yedi kür kemoterapi verildi. Takipte nüks izlenmedi ve hasta halen hastalıksız izlenmektedir.

Sonuç: Tunica vaginalisin primer malign mezotelyoması, nadir görülmesi ve klinik olarak benign süreçleri taklit etmesi nedeniyle tanısız açıdan güçlük yaratmaktadır. Tanıda ultrasonografi ve MRG gibi görüntüleme yöntemlerinin yol gösterici olmasının yanı sıra kesin tanı histopatolojik ve immünohistokimyasal analizler ile koyulmaktadır. Erken radikal cerrahi müdahale ile birlikte uygulanan uygun adjuvan tedavi, hastalıksız sağkalım açısından belirleyici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mezotelyoma, Hidrosel, Tunica Vajinalis, Skrotum

Şekil 1A-B





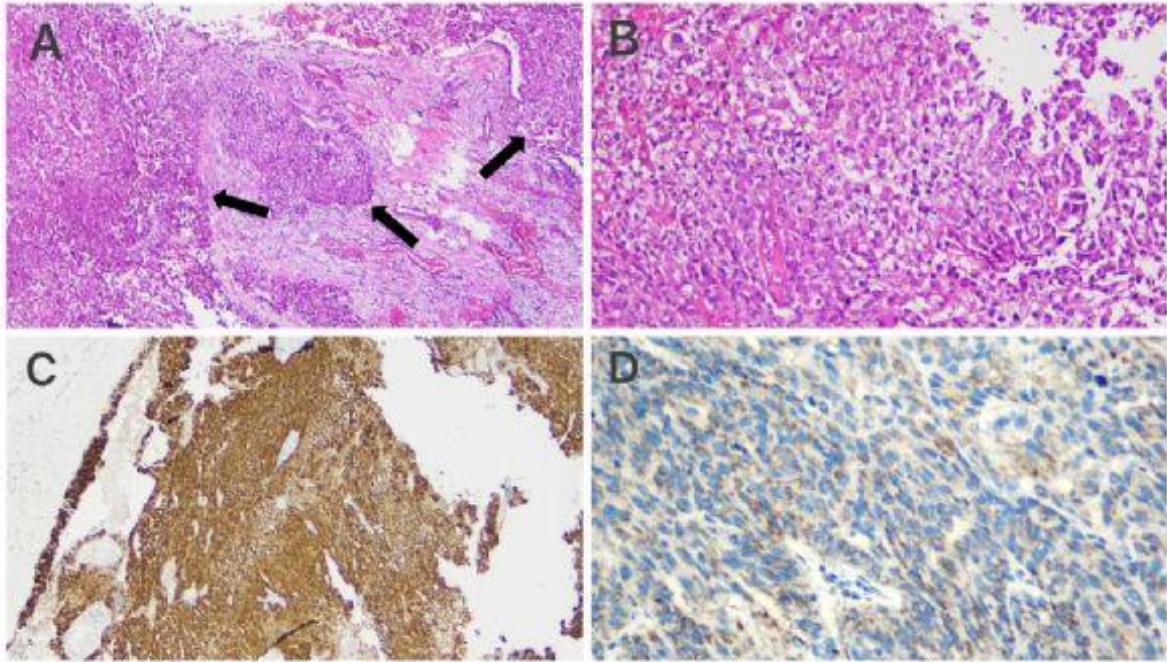
17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



1A- Cerrahi Eksplorasyonda Solid Kitleler
1B- Skrotal MRI Görüntülemeye Solid Kitleler

Şekil 2A-2B-2C-2D



Şekil 2A: Mezotelyomaya ait solid epitelyal tümöral adacıklar, 40x, HE
Şekil 2B: Mezotelyomaya ait solid epitelyal tümöral adacıklar, 100x, HE
Şekil 2C: Kalretinin pozitifliği, 40x, DAB
Şekil 2D: BAP1 kaybı, 100x, DAB





[PS-041]

Testis Tümörü Takibinde Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu Yapılan Olgu

Ömeri Faruk Mutlu, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın
KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

Amaç:

Testis tümörleri, erkeklerde en sık görülen solid tümörler arasında yer alır ve genç erişkin erkeklerde en sık görülen kanser tiplerinden birisidir. Bu tümörler, histolojik olarak seminom ve non-seminom germ hücreli tümörler olarak sınıflandırılır. Non-seminom germ hücreli tümörler, genellikle daha agresif seyir gösterir ve karma histolojik yapıya sahip olabilir; bunlar arasında yolk sac, teratom, embriyonel karsinom gibi çeşitli komponentler bulunur. Germ hücreli tümörler, kökenlerini testis germ hücrelerinden alan ve çeşitli histolojik komponentlerden oluşan tümörlerdir. Testis tümörleri sıklıkla hematojen ve lenfatik yayılım gösterir. Özellikle retroperitoneal lenf nodları, metastazların en yaygın ve klinik olarak önemli yoludur. Retroperitoneal diseksiyon, metastatik hastalarda lokal kontrol ve prognostik faktörlerin belirlenmesinde kritik bir rol oynar. Güncel kılavuzlar, metastatik non-seminom testis tümörlerinde, özellikle retroperitoneal alanda belirgin lenf nodu metastazı bulunduğu anda, cerrahi girişimin önemli olduğunu vurgular.

Olgu:

30 yaş erkek hasta sol testiste ağrı ve şişlik şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Fizik muayenede sol testiste ele gelen palpable sert kitle izlenmiş. Bunun üzerine hastaya scrotal doppler usg istenmiş. Scrotal dopplerde sol testiste 5*3 cm kitle izlenmiş. Hastadan preop tümör markerları bakılmış AFP:3445 BHCG:4179 LDH:1000 olduğu görülmüş. Tarama amaçlı çekilen tüm abdomen + toraks bt sol paraaortik düzeyde konglomerasyon oluşturmuş büyüğü 8*7 cm boyutlu santralinde dejenere alanlar içeren LAP kümesi ile uyumlu alan izlenmektedir. Hastaya inguinal orşiektomi kararı verilmiş. Patolojisi miks germ hücreli tümör saptanmış olup yüzde 50 yolk sac, yüzde 30 teratom yüzde 20 embriyonel karsinom gelmiş olup hasta tıbbi onkolojiye yönlendirilmiş. Hastaya bleomisin etoposid sisplatin tedavisi sonrası hasta tarafımıza retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ve double j stent için yönlendirilmiş. Hastaya tarafımızca paraaortik lenf nodu rezeksiyonu + spermatik kord radikal rezeksiyonu + skrotal kitle rezeksiyonu ile hemiskrotektomi uygulanmıştır. Aynı seansta dj stent konulmuştur. Patolojide örneklerde lenf nodu yapısı izlenmiştir. Materyalin tamamı tümör, nekroz arada, yağ dokusundan oluşmaktadır. Materyalin %70'i teratom, %20'si yolk salk tümör ve embriyonel karsinomdan oluşmaktadır. Hastanın takiplerinde tümör markerları regrese olmuş olup lenf nodu çekilen pet ctde tamamen regrese olmuş olup hastaya yıllık stent değişimi yapılmaktadır.

Sonuç:

Testis germ hücreli tümörlerde, histolojik çeşitlilik ve metastazın yaygınlığı tedavi stratejisini belirler. Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, metastatik hastalarda lokal kontrol ve patolojik değerlendirme açısından kritik öneme sahiptir. Kemoterapi ve cerrahi kombine yaklaşımlar, hastanın prognozunu iyileştirmekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu olgu karma histoloji testis tümörlerinde multidisiplin yaklaşımın başarıyla uygulandığı ve tedavi sonrası takip sürecinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Miks Germ Hücreli Testis Tümör, Üreteral Stent Takılması, Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

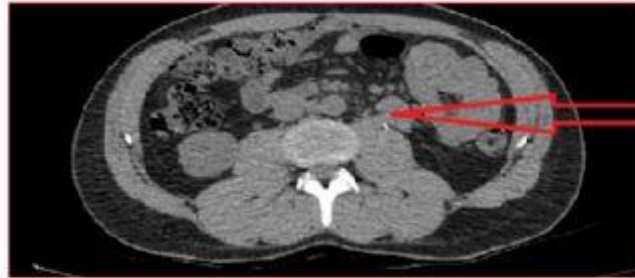
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu



RETROPERİTONEL LENF
NODU DİSEKSİYONU PRE-
OP



RETROPERİTONEL LENF
NODU DİSEKSİYONU POST-
OP





[PS-042]

Radikal Sistektomi + Parsiyel Nefrektomi Sonrası Aynı Taraf Böbrekte Geç Dönem RCC Nüksü: İki Ayrı Majör Malignitenin Altı Yıllık Yolculuğu

Mert Balya, Enis Mert Yorulmaz, Osman Köse, Serkan Özcan, Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Mesane kanseri ve renal hücreli karsinom (RCC) farklı etyopatogenez ve risk faktörlerine sahip iki majör ürolojik malignitedir. Aynı hastada farklı zamanlarda görülmeleri nadirdir. Parsiyel nefrektomi sonrası pozitif cerrahi sınır, lokal nüks için önemli bir risk faktörüdür. Bu olguda, radikal sistektomi sonrası pT0 mesane kanseri patolojisi ile eş zamanlı cerrahi sınır pozitif berrak hücreli RCC saptanan, altı yıl sonra aynı böbrekte multifokal RCC nüksü gelişen ve radikal nefrektomi sonrası diyaliz ihtiyacı doğan bir hastanın klinik süreci sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

77 yaşında erkek hasta, 2019 yılında makroskopik hematüri ile başvurdu. Yapılan TUR-M patolojisi pT2 ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Ardından radikal sistektomi + ileal loop üriner diversiyon + sağ parsiyel nefrektomi + pelvik ve retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi.

Sistektomi patolojisi: pT0 ürotelyal karsinom.

Parsiyel nefrektomi patolojisi: Berrak hücreli renal hücreli karsinom

Takiplerde asemptomatik seyreden hasta, 2025 yılında kontrol görüntülemesinde sağ böbrekte kitle saptanması üzerine başvurdu.

Kontrastsız MRG raporu:

Sağ böbrek korteksinde solid görünümde, ekspansil, en geniş yerinde 5 cm çapında ölçülen kitlesel lezyon ve komşuluğunda benzer özelliklerde en büyüğü yaklaşık 2 cm çapında birkaç adet diğer kitlesel lezyon odakları görülmektedir. Malignite ekartasyonu açısından ileri inceleme önerilir. Sol böbrek atrofiktir. Pelvis ve üreterde dilatasyon izlenmektedir. Sol üreterde dolum defektleri izlenmektedir (taş?).

Hastaya sağ radikal nefrektomi planlandı. Operasyon transperitoneal yolla yapıldı, tüm makroskopik tümör kitlesi ve perirenal yağ dokusu çıkarıldı. Postoperatif dönemde diyaliz ihtiyacı gelişti.

Radikal nefrektomi patolojisi: Berrak hücreli RCC.

Hasta postoperatif 5. günde hemodinamik olarak stabil, yara yeri sorunsuz ve diyaliz programına alınmış şekilde taburcu edildi.

Tartışma

Mesane kanseri ve RCC birlikteliği nadirdir. Bu olguda dikkate değer olan, sistektomi sonrası patolojinin pT0 çıkmasına rağmen eş zamanlı RCC varlığı ve ilerleyen yıllarda aynı böbrekte RCC nüksünün ortaya çıkmasıdır. Parsiyel nefrektomi sonrası nüks riski, tümör multifokalitesi ve mikroskopik rezidüel hastalık ile ilişkilidir. Ayrıca, tek fonksiyonel böbrekte radikal cerrahi sonrası diyaliz ihtiyacı, cerrahi planlama sırasında hastaya ayrıntılı olarak anlatılması gereken önemli bir sonuçtur. Bu vaka, uzun dönem takiplerin, nüks riskinin ve cerrahinin böbrek fonksiyonlarına etkisinin önemini vurgulamaktadır.

Sonuç

Radikal sistektomi sonrası pT0 patoloji, eş zamanlı RCC varlığını ve nüks riskini dışlamaz. Pozitif cerrahi sınır varlığında yakın görüntüleme takibi şarttır. Tek böbrekli hastalarda onkolojik kontrol ile renal fonksiyon korunması arasında hassas denge kurulmalı, multidisipliner takip sürdürülmelidir. Bu vaka, hem onkolojik hem de nefrolojik açıdan zorlayıcı klinik karar süreçlerini ve cerrahi sonrası yaşam kalitesine etkileri göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Tümörü, Mesane kanseri, Nüks, Pozitif cerrahi sınır, Radikal nefrektomi

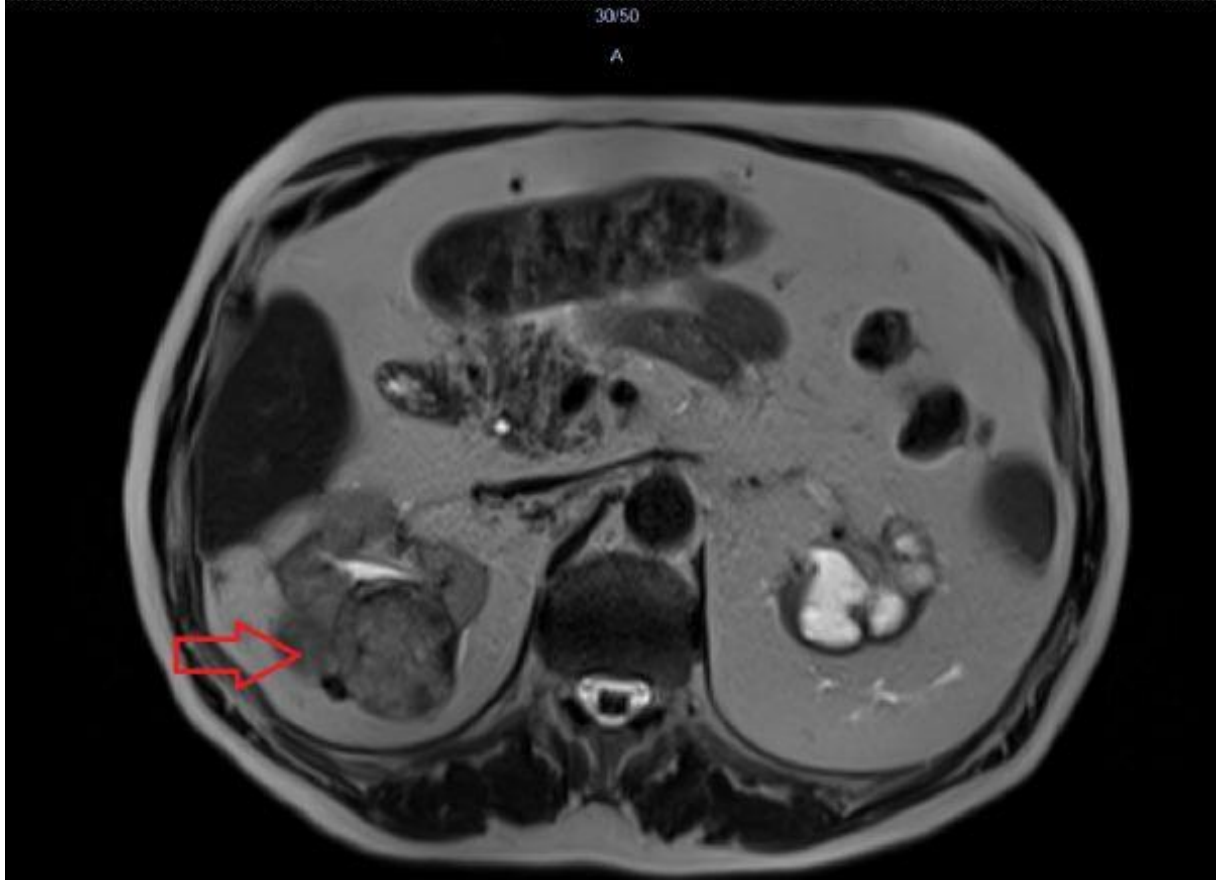


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1: MRG



Sağ Böbrekte Nüks Kitle





[PS-043]

Mesane Üretelyal Karsinomu ile Birlikte Bir Üreteral Fibroepitelyal Polip Olgusu

Zihni Can Dağdeviren, Eren Can Aydın, Engin Dereköylü, Hasan Deliktaş
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Fibroepitelyal polipler, üriner sistemde nadir görülen benign tümörlerdir ve özellikle üreter kaynaklı olanları az sayıda olgu ile bildirilmiştir. Bu çalışmada, karaciğer adenokarsinom öyküsü olan bir hastada eşzamanlı olarak mesanede düşük dereceli non-invaziv ürotelyal karsinom ile birlikte üreter kaynaklı fibroepitelyal polip olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 55 yaşında, karaciğer adenokarsinom öyküsü bulunan hasta, üriner ultrasonografide sol lateral mesane duvarında 17 mm polipoid lezyon saptanması nedeniyle başvurdu. BT ürografide sol pelvik bölgede 10 cm boyutunda mesaneye bası yapan lezyon raporlandı. Hastaya transüretral rezeksiyon (TUR-M) ve sol tanısal üreterorenoskopi (URS) planlandı. Sistoskopide mesane sol lateral duvarında yaklaşık 25 mm papiller tümör izlendi. Sol tanısal URS'de ise sol orta üreterden sol orifis proksimaline kadar uzanan yaklaşık 1x10 cm saplı, lümene protrüze ürotelyal fibroepitelyal polip şüpheli lezyon görüldü. Bu lezyon kökünden lazer ile eksize edilip forceps yardımıyla çıkarıldı. Mesanedeki papiller lezyon rezeke edildi. Patoloji sonucu üreter materyalinde fibroepitelyal polip, mesane rezeksiyonunda ise düşük dereceli non-invaziv ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hasta rutin sistoskopik takibe alındı.

Sonuç: Fibroepitelyal polipler, üreterde nadir görülen benign lezyonlardır ve genellikle ürotelyal karsinom gibi malign tümörlerle ayırt edilmesi gerekmektedir. Endoskopik lazer eksizyonu, büyük ve saplı fibroepitelyal poliplerin tedavisinde etkili ve minimal invaziv bir yöntem olarak tercih edilmektedir. Bu olguda, eşzamanlı benign fibroepitelyal polip ve düşük dereceli non-invaziv ürotelyal karsinom varlığının nadirliği göz önüne alındığında, doğru tanının tedavi stratejisinin belirlenmesindeki kritik önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibroepitelyal Polip, Üretelyal Karsinom, Üreter





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Eksizyon Materyali



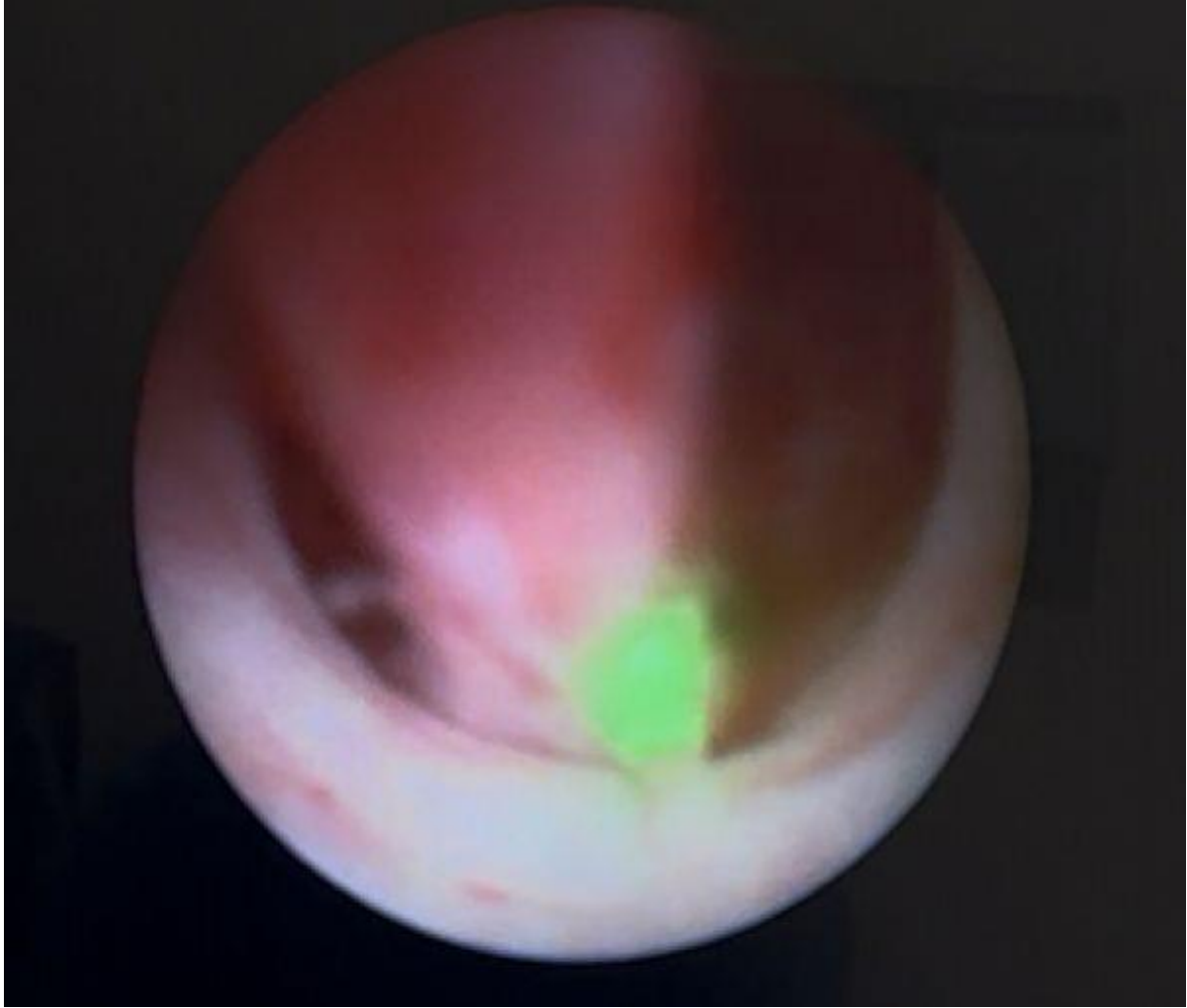


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Endoskopik İnceleme



Sol orta üreterde lümene protrüze lezyonun, lazer ile eksizyonu





[PS-044]

Üretral Meada Nadir Görülen Penil İntraepitelyal Neoplazi: Olgu Sunumu

Hakan Şığva, Kadir Körpe, Berat Deniz, Arif Mehmet Duran, Mehmet Sevim, Oktay Karakoç,
İbrahim Göksoy
SBÜ Van Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Penil intraepitelyal neoplazi (PeIN), penil skuamöz hücreli karsinomun preinvaziv formu olup glans, prepusyum veya shaftta görülür. Üretral mea yerleşimi oldukça nadir olup literatürde sınırlı sayıda olgu bulunmaktadır (1). PeIN'in HPV ile ilişkisi güçlüdür; HPV'nin katkısı oranının %87-100 arasında değiştiği bildirilmiştir (2). WHO, PeIN'i etiyojolojiye göre HPV ile ilişkili (undifferentiated PeIN) ve HPV-bağımsız (differentiated PeIN) olarak sınıflandırmaktadır (2).

Olgu Sunumu

41 yaşında erkek hasta, üretral meada HPV benzeri lezyon görülmesiyle başvurdu. Lezyonlar rezeke edilip koterize edildi; sistoskopide üretra ve mesanede başka lezyon saptanmadı. Patoloji sonucu HPV (+), P16 (fokal +), P53 (artmış proliferasyon), Ki-67 (tam kat artmış proliferasyon) olarak bulundu ve tanı "HPV ilişkili, fokal yüksek dereceli displazi alanları içeren PeIN" olarak kondu.

Tartışma

PeIN vakalarının büyük çoğunluğu HPV pozitif olup yüksek riskli tipler sıklıkla saptanır (3). P16 pozitifliği HPV ilişkisini destekleyen önemli bir biomarkerdir; Ki-67 ve P53 artışı da proliferasyon ve genomik instabiliteyi yansıtır (3). PeIN'in %10-30 oranında invaziv karsinoma ilerleyebildiği bildirilmiştir (2).

Tedavi seçenekleri arasında cerrahi eksizyon, lazer, topikal tedaviler, fotodinamik tedavi yer almaktadır. Cerrahi, tanısal netlik ve nüksü azaltma açısından tercih edilir. Nüks oranı %3-30 arasındadır; düzenli takip büyük önem taşır (2).

• Üretral Meada PeIN: Çok nadir görülen bu lokalizasyon, tanıda gecikmeye neden olabilir. Millî bir olgu raporunda, üretral mea'da HPV-6 ile ilişkili PeIN tanısı konmuş örnekten bahsedilmiştir (4).

Sonuç

Bu olgu, HPV ile ilişkili yüksek dereceli PeIN'in nadir bir yerleşim yeri olan üretral meada saptanmasının erken tanı ve cerrahi müdahale ile yönetilmesinin önemini göstermektedir. Yüksek nüks riski nedeniyle üç ayda bir klinik ve endoskopik takibe devam etmek kritik önemdedir.

Anahtar Kelimeler: Penil intraepitelyal neoplazi, İnsan papilloma virüsü, Üretral mea, Yüksek dereceli displazi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-045]

Üreterin Primer Küçük Hücreli Nöroendokrin Karsinomu: Olgu Sunumu

Okan Baz¹, Eren Can Aydın¹, İlker Akarken¹, Yelda Dere², Uğur Ersoy³, Hüseyin Tarhan¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Muğla

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Üreterin primer küçük hücreli nöroendokrin karsinomu (SCNEC) 1986'daki ilk tanımlanmasından bu yana toplam 50'den az vakanın belgelendiği, oldukça nadir görülen bir olgudur. Vakaların azlığı, etkilenen bireylerin klinikopatolojik özellikleri ve prognozu hakkında sınırlı bilgiye yol açmıştır. Bu olgu sunumunda oldukça nadir görülen üreterin primer SCNEC tanısı ve tedavi sürecini sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu: SCNEC, primer tümör olarak ekstrapulmoner organlarda nadir görülür. İdrar yolunda SCNEC'nin en sık görüldüğü yerler mesane ve prostattır, üreter tutulumu ise nadirdir. Bu tümör kötü prognozlu olup çoğu hasta 1 yıl içinde ölür. Hematüri ve yan ağrısı bu tümörlerin sık görülen belirtileri olup prognozu, en erken evrelerdeki hastalar için bile kötüdür. Çünkü SCNEC, oldukça agresif lokal invazyon ve uzak metastazlarla karakterizedir. Lenf düğümleri ve kemik metastazın en sık görüldüğü bölgelerdir. Ancak metastaz yapan primer akciğer tümörlerini ekarte etmek önemlidir. Ortalama genel sağkalım oranı on yedi ay olup, 3 yıllık sağkalım oranı ise %30'dur. Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle tedavi için standart öneriler yoktur. SCNEC için en sık kullanılan tedavi cerrahi, kemoterapi ve radyasyonun kombinasyonudur. Bu vaka raporu, tekrarlayan yan ağrısı ve idrar yolu tıkanıklığı şüphesi olan hastalar için kapsamlı bir değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

64 yaşında bilinen guatr dışında ek hastalığı olmayan bir erkek hasta tekrarlayan sol yan ağrısı nedeni ile dış merkezde yapılan BT Ürografi tetkiki ile tarafımıza yönlendirildi. İdrar tahlili ve laboratuvar incelemesi normaldi. Fizik muayenede sol yan ağrısı mevcuttu. BT Ürografide sol distal üreterde nodüler yumuşak doku dansite artımları izlenmekte idi (TCC?). Hastaya Fleksible Urs ile Sol Tanısal URS operasyonu planlandı. Operasyon esnasında sol üreter distalinde orifis girişi 3.cm'de lümeni dolduran solidopapiller lezyon izlendi ve punch biyopsi alındı. Patolojisi Nöroendokrin Karsinom ile uyumlu geldi. Üroonkoloji konseyi sonrası çekilen FDG-PET görüntülemesinde sol üreter lokalizasyonu dışında tutulum olan alan saptanmadı. Neoadjuvan KT için tıbbi onkolojiye yönlendirildi. Hasta Karboplatin+Etoposid tedavisi aldı. Tedavi sonrası çekilen FDG-PET'te; kitlesel lezyonda metabolik ve boyutsal progresyon, yeni lenf nodları ile KC'de yeni metastatik lezyonlar görüldü. Hastada bilinç ile ilgili semptomlar nedeniyle Beyin MRG'nda kitle metastazı saptandı. Hastaya takiben radyasyon onkolojisi tarafından kranial RT, Medikal onkoloji tarafından da RT sonrası 2. Basamak tedavi olarak Topotekan planlandı. Hasta ilerleyen dönemde KT tedavisi sürerken genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakıma alındı ve takipleri sırasında dahada kötüleşerek exitus oldu.

Sonuç: Bu çalışma üreterdeki nadir primer SCNEC vakalarının tedavisinde zamanında ve kesin tanının önemini vurgulamaktadır. SCNEC, oldukça agresif bir tümör olup lokal ve uzak metastazlarla karakterizedir. Tedavi için halen standart öneriler literatürde mevcut değildir.

Anahtar Kelimeler: Küçük Hücreli Nöroendokrin Karsinom, Üreter tümörü, Karboplatin+Etoposid, Topotekan



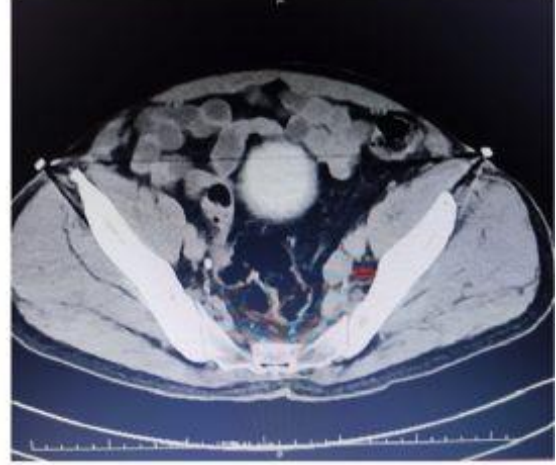


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

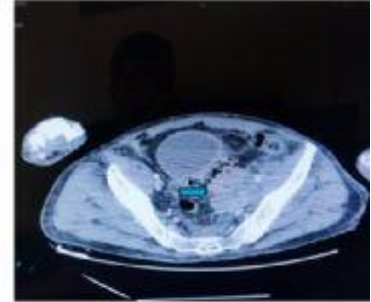
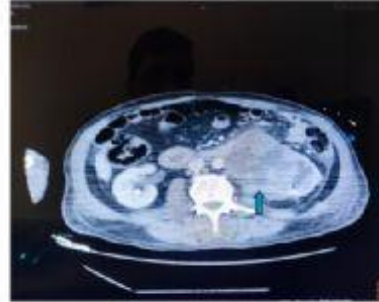


Şekil 1



Şekil 1- BT Ürografi'de Sol hidroüreteronefroz. Sol üreterde obstrüksiyonun başladığı yumuşak doku kitlesi (Kırmızı Ok)

Şekil 2



Şekil 2- Hastalığın yedinci ayında acilde çekilen BT görüntüleri (ilerlemiş tümör hücreleri;mavi ok)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-046]

Böbrek Nakilli Hastalarda BK Polyomavirüs İlişkili Ürotelyal Karsinom Farkındalığı: Tersiyer Merkezin İki Olgu Deneyimi

Halil Batur Akay¹, Yunus Emre Genç¹, Murat Kars¹, Muhammed Hasan Toper², Murat Sarı³, Arzu Velioğlu⁴, Haydar Kamil Çam¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Böbrek nakil alıcılarında ürotelyal karsinom(ÜK) gelişme riski normal popülasyondan 3-4 kat yüksektir.BK Polyoma Virüs'ün Viral Large T Antijen üzerinden P53 ve Retinoblastom proteinlerini inaktive ederek ÜK gelişiminde rol oynadığı sınırlı vakada bildirilmiştir.Bu iki olgu ışığında böbrek nakilli hastalarda, BK Polyomavirüs ilişkili ÜK konusunda farkındalığın artırılması amaçlandı.

Olgu: 57 yaşında erkek hastaya Mart 2018'de canlıdan böbrek nakli yapılmış. Herhangi bir rejeksiyon atağı olmayan hastada BK viremi hikayesi mevcut.Böbrek nakli sonrası 5. yılında yapılan sistoskopide mesanesinin oldukça küçük kapasiteli olduğu,mesane mukozasının yaygın olarak ödemli ve fragil görünüm taşıdığı izlendi.Yapılan sistematik transüretal rezeksiyon biyopsi sonucunda tüm örneklerde T1 yüksek dereceli ÜK saptandı.SV- 40 immunekspresyonu izlenmesi nedeniyle Polyomavirüs ilişkili ÜK olarak değerlendirildi.FDG PET-BT görüntülemeye uzak metastaz görülmeyen hastaya radikal sistektomi önerildi.İmmüsupresif medikasyonu nefroloji tarafından düzenlendikten sonra peroperatif rektum invazyonu saptanması üzerine radikal

sistektomi,genişletilmiş lenfadenektomi ve very low anterior rezeksiyon yapıldı.Patolojisi T4aN2, BK virüs ilişkili yüksek dereceleri invaziv ÜK olarak sonuçlanan hastaya adjuvan 4 kür gemsitabin ve sisplatin kemoterapisi verildi.Postop 6.ay görüntülemelerinde lokal nüks veya metastaz saptanmadı. Olgu 2: 66 yaşında erkek hastaya 2012 yılında canlıdan böbrek nakli yapılmış ve sonrasında BK virus nefropatisi ve kronik rejeksiyon gelişmiş. Böbrek nakli sonrası 11. yılında hematüri nedeniyle yapılan sistoskopide mesanede tümör saptanması üzerine tam transüretal rezeksiyon yapıldı. Patoloji raporu Ta yüksek dereceli ÜK olarak sonuçlandı. Bu Yaygın SV40 immunekspresyonu izlenmesi nedeni BK virüs ilişkili ÜK ile uyumlu değerlendirildi. Hastanın bakılan idrar BK virus titresi 122.000 kopya olarak geldi.Postop dönemde intrakaviter tedavi verilmeden yakın takip kararı alındı.Hastada 1. yılda T1 yüksek dereceli ÜK nüksü gelişmesi üzerine konsey kararıyla intrakaviter BCG tedavisi başlandı. 2.doz instilasyon sonrası ateş, dizüri ve ARB pozitifliği olan hastaya anti-tüberküloz tedavi başlandı ve BCG tedavisi kesildi. Akabinde hastaya radikal sistektomi ve graft nefroüretarektomi yapıldı. Patoloji raporunda malignite saptanmadı.

Sonuç: Literatürde BK virüs ilişkili ÜK'un, hastaların immünsüpresif durumları ve viral onkojenite nedeniyle agresif seyirli seyredebileceğine vurgu yapılmıştır.Olgularımızda nakil sonrası geç dönemde hem yüzeysel evrede,hem de lokal ileri evrede radikal cerrahi ile başarıyla tedavi edilen iki hasta paylaşılmıştır.Bu olgular ışığında; sıklıkla nefroloji tarafından takip edilen bu hastaların ürolojik açıdan özellikle hematüri veya irritatif işeme bulguları gelişmesi halinde ivedilikle sistoskopik değerlendirme yapılmasının uygun olduğu düşünüldü.Ayrıca bu iki olgu persiste eden BK virüsü ile ÜK ilişkisini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Transplantasyon, Bk Virüs, Ürotelyal Karsinom



[PS-047]

Nivolumab - Cabozantinib kombinasyonu ile Preoperatif İmmünoterapi Sonrası RCC ve Tümör Trombüsünde Tam Patolojik Yanıt: Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

İhsan Batuhan Demir, Feqan Memmedkerimov, Ahmet Güdeloğlu, Mustafa Sertaç Yazıcı, Cenk Yücel Bilen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

RCC'de inferior vena kava tümör trombusu (IVC-TT) cerrahiye zorlaştırır ve prognozu kötüleştirir. Bu bildiride, preoperatif nivolumab (anti-PD-1) + cabozantinib (TKI) verilen, ameliyat sonrası hem renal kitlede hem de IVC trombusunda canlı tümör saptanmayan bir olgu sunulmakta; neoadjuvan IO+TKI'nin yeri tartışılmaktadır.

Olgu

78 yaşında kadın hasta; üç aydır halsizlik ve kilo kaybı. Kontrastlı batin BT'de sağ alt polde 4,8x4,5x4,3 cm periferik kontrastlanan kitle ve sağ renal ven/infrahepatik IVC'ye uzanan trombus saptandı; toraks BT'de metastaz yoktu. Komorbiditeler: hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi. Multidisipliner kurul kararıyla nivolumab+cabozantinib başlandı; tedavi yaklaşık 3 ay sürdü ve iyi tolere edildi. Kontrol görüntülemelerde kitle ve trombus seviyeleri stabil izlendi.

Cerrahi ve Patoloji

Laparoskopik sağ radikal nefrektomi+trombektomi planlandı; hepatik IVC ekspozisyonu yetersizliği nedeniyle açık cerrahiye dönüldü. Açık radikal nefrektomi, IVC trombektomisi ve bölgesel lenfadenektomi yapıldı; trombus Satinsky klemple tek parça çıkarıldı, IVC primer onarıldı. Operasyon komplikasyonsuzdu. Patolojide renal kitle neredeyse tamamen nekrotikti; yalnızca 2 mm'lik odakta tedaviye sekonder fibrosis-inflamasyon izlendi. Renal ven ve IVC trombuslarında canlı tümör saptanmadı. On bir lenf nodu reaktif özellikteydi; metastaz yoktu. Adrenal bez doğaldı; cerrahi sınırlar negatiftir. Evre ypT3aN0 olup patolojik tam yanıt (pCR) kabul edildi.

Tartışma

IVC-TT yüksek morbidite ve kimi olgularda ileri teknik gereksinimiyle ilişkilidir. Neoadjuvan TKI'lar trombus regresyonunda sınırlı kalırken, IO+TKI kombinasyonları metastatik RCC'de yüksek yanıt oranları göstermiş ve perioperatif alana taşınmıştır. Literatürde IO+TKI (örn. nivolumab+cabozantinib, avelumab+axitinib) sonrası primer tümör ve trombusta pCR bildirilen olgular mevcuttur; ancak kanıt düzeyi çoğunlukla olgu sunumları ve küçük serilerle sınırlıdır. Öte yandan PROSPER gibi faz 3 çalışmaları, tüm RCC popülasyonunda perioperatif nivolumabın rekürrensi anlamlı azaltmadığını bildirmiştir. Mevcut olguda nivolumab+cabozantinib ile hem primer tümörde hem trombusta pCR sağlanması, seçilmiş IVC-TT olgularında tümör yükünü azaltarak cerrahi güvenliği artırma potansiyelini desteklemektedir. Hasta seçiminde trombus seviyesi, performans durumu, komorbiditeler ve toksisite izlemi kritik önemdedir.

Sonuç

Preoperatif nivolumab+cabozantinib, IVC-TT içeren lokal ileri RCC'de cerrahiye kolaylaştırabilecek ve pCR sağlayabilecek bir seçenektir. Standart uygulama değildir; deneyimli multidisipliner ekiplerce dikkatle seçilmiş hastalarda kullanılmalı ve prospektif çalışmalarla etkinlik ile aday alt gruplar netleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: neoadjuvan terapi, nivolumab, RCC, lokal ileri böbrek kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Makroskopik Spesmen



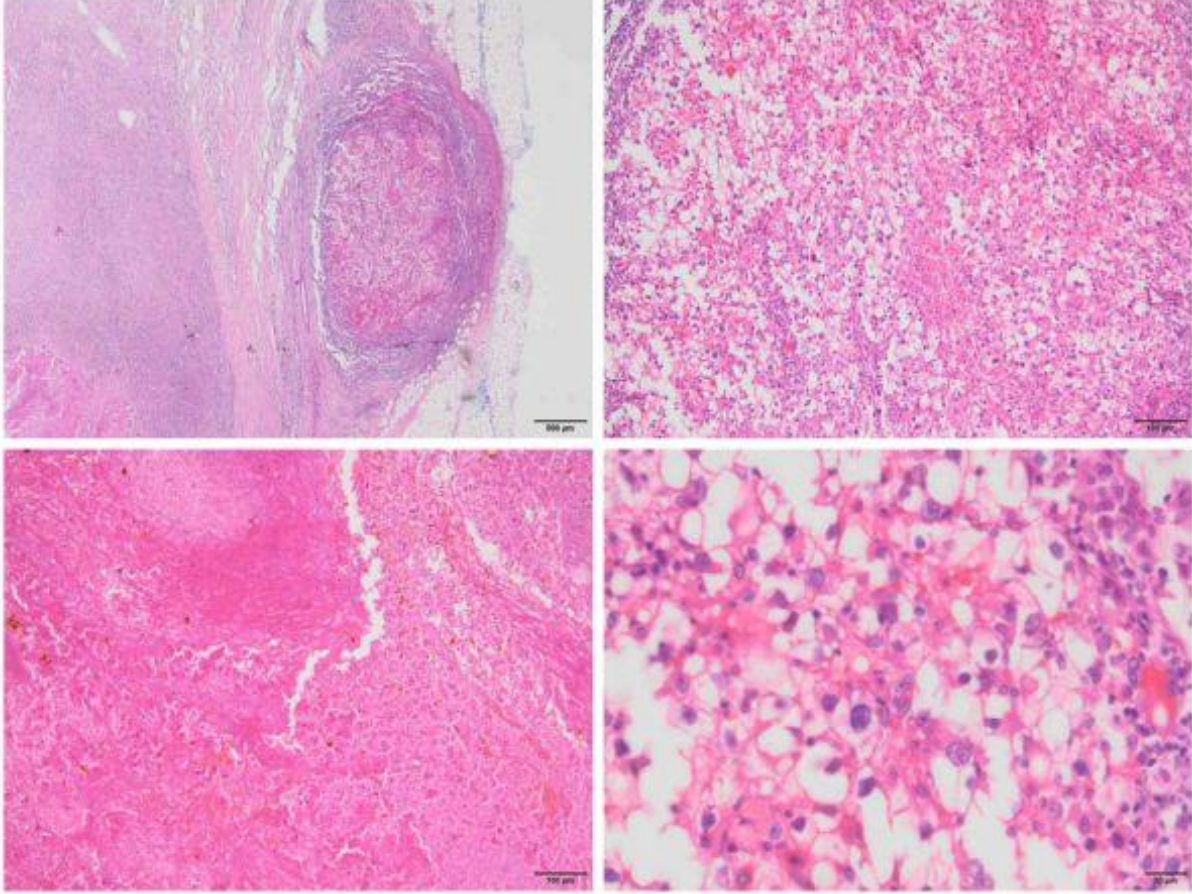


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1 Patolojik İnceleme



Radikal Nefrektomi materyali ve 4/10/40x mikroskopik görüntüler





[PS-048]

Mesaneye Bası Yapan Retroperitoneal Dev Kitle: Nadir Görülen İndiferansiye Pleomorfik Sarkom Olgusu

Murat Cengizhan Atik, Kutay Topal

Afyonkarahisar sağlık bilimleri üniversitesi üroloji anabilimdalı, afyonkarahisar

Amaç: İndiferansiye pleomorfik sarkom (İPS), erişkinlerde görülen agresif mezenkimal tümörlerden biri olup, retroperitoneal yerleşimi oldukça nadirdir. Bu yazıda, hematüri ve karın ağrısı şikayetleriyle başvuran 70 yaşındaki erkek hastada, mesaneye dıştan bası yapan büyük boyutlu retroperitoneal kitle olgusu sunulmuştur. Radyolojik ve sistoskopik incelemeler sonrası cerrahi tedavi uygulanmış, histopatolojik inceleme sonucunda İPS tanısı doğrulanmıştır. Olgu, nadir görülmesi ve ayırıcı tanısının zor olması nedeniyle literatür ile birlikte tartışılmıştır.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 haftadır devam eden makroskopik hematüri ve sağ alt kadranda karın ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, tip 2 diyabet ve koroner arter hastalığı mevcut olup, ek olarak geçirilmiş önemli operasyon öyküsü bulunmamaktadır. Fizik muayene: Anormal bulgu saptanmadı.

Laboratuvar: Hemoglobin ve kreatinin düzeyleri başvuru anında normal sınırlardaydı. BT incelemesinde: Pelviste, mesaneyi anterosüperior yönden basılayan, yaklaşık 100 x 143 x 102 mm boyutlarında, lobüle konturlu, yağ ve yumuşak doku dansitesinde komponentler içeren, yer yer kalsifik alanlar barındıran büyük bir kitle saptandı. Görüntü özellikleri nedeniyle teratom veya mezenkimal tümör ön tanıları düşünüldü.

Tanışal sistoskopi: Mesane iç yüzeyinde tümöral lezyon izlenmedi. Sağ lateral duvarda ve kubbe hizasında dıştan basıya bağlı deformasyon mevcuttu.

Cerrahi işlem:

- Radikal sistektomi
- Ortotopik neobladder (ileal neomezane)
- Bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu

Histopatoloji sonuçları:

- İndiferansiye pleomorfik sarkom (UPS) — Malign mezenkimal tümör infiltrasyonu ile uyumlu

Postoperatif süreç:

- Hasta post-op 15. gününde sorunsuz şekilde taburcu edildi
- Son kontrollerde Hb: 10 g/dL, Kreatinin: 1.48 mg/dL
- Radyoloji konseyi kararıyla PET-CT planlandı
- Tümör kemoterapi ve radyoterapiye dirençli olarak değerlendirildi

Sonuç:

İndiferansiye pleomorfik sarkom, histolojik olarak belirgin diferansiasyon göstermeyen, pleomorfik hücrelerden oluşan agresif bir yumuşak doku sarkomudur. Retroperitoneal yerleşim nadir olup genellikle asemptomatik seyredebilir. Ancak komşu organlara bası ile semptom verebilir. Bizim olgumuzda, mesaneye dıştan bası sonucu hematüri ile kendini göstermiştir.

Retroperitoneal yerleşimli İPS'ler nadir görülmekle birlikte, geç tanı ve agresif seyir nedeniyle önemlidir. Mesane basısı gibi atipik bulgularla da karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu tip olgularda erken tanı, cerrahi planlama ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: hematüri, retroperitoneal, sarkom, sistektomi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Mesaneyeye Bası Yapan Retroperitoneal Dev Kitle: İndiferansiye Pleomorfik Sarkom



Mesaneyeye Bası Yapan Retroperitoneal 15*12 cm Kitle: İndiferansiye Pleomorfik Sarkom





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Mesaneye Bası Yapan Retroperitoneal Dev Kitle: İndiferansiye Pleomorfik Sarkom



Mesaneye Bası Yapan Retroperitoneal 15*12 cm Kitle: Nadir Görülen İndiferansiye Pleomorfik Sarkom





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-054]

Eşzamanlı Prostat Adenokarsinomu ve Renal Schwannom: MLH1 c.794G>A "Olasılıkla Benign" Varyantı Taşıyan Hastada Lynch Sendromu Spektrumunu Düşündüren Nadir Bir Olgu

İhsan Batuhan Demir, Hakan Keskin, Tayyip Kılıcsokan, Mustafa Sertaç Yazıcı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç

Lynch sendromu (LS) klasik olarak kolorektal ve endometriyal kanserlerle ilişkilidir; ancak üriner sistem ve prostat kanseri riskinde de artış bildirilmektedir. Renal schwannom ise son derece nadirdir ve kistik RCC'yi taklit edebilir. Bu bildiri, eşzamanlı yüksek dereceli prostat adenokarsinomu ile renal schwannom birlikteliği ve MLH1'de "olasılıkla benign" bir germline varyant varlığının klinik/ayırıcı tanı ve genetik danışmanlığa etkilerini sunmayı amaçlar.

Olgu Sunumu

Altta hipertansiyonu bulunan 66 yaş erkek hasta, bel-bacak ağrısı ile başvurdu. PSA 9,01 µg/L idi. Prostat mpMR'de volüm 90 mL ve sol periferik zon'da PI-RADS 4 lezyon saptandı. Abdominal MRG'de sağ böbrek hilus komşuluğunda 4x3 cm septalı T2-hiperintens kitle izlendi. Açık parsiyel nefrektomide histopatoloji S100 difüz pozitif, AE1/3 negatif "benign schwannom" ile uyumlu raporlandı. Kraniospinal MRG'de Meckel Cave ve trigeminal sinir komşulukları dâhil çoklu nodüller; toraksta paravertebral lezyonlar görüldü. FDG-PET/BT gluteal, femoral, popliteal ve psoas kaslarında çok odaklı tutulum gösterdi; bulgular "schwannomatozis" lehine yorumlandı. Mart 2024'te MRG/TRUS füzyon biyopsisinde çoklu korlarda yüksek dereceli adenokarsinom (Gleason 4+4 ve 4+5), kribriiform/intraduktal patern ve perinöral invazyon saptandı. PSMA PET/BT'de prostat odağına ek olarak sol internal/eksternal iliak lenf nodlarında tutulum mevcuttu. Germline analiz MLH1 c.794G>A heterozigot varyantını gösterdi; ACMG'ye göre "olasılıkla benign" sınıflandı. Tümör MMR immünohistokimyası (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) intakt idi. Tedavide androjen yoksunluğu (bikalutamid + leuprolerin) ve prostat hedefli IMRT uygulandı. Altıncı ayda PSA 0,010 µg/L'ye geriledi; nöral lezyonlar stabil seyretti. Aileye genetik danışmanlık verildi, kolonoskopi dâhil taramalar planlandı. Nisan 2025 kraniospinal MRG stabiliteyi doğruladı.

Tartışma

Renal schwannomun nadirliği ve RCC'yi taklit edebilmesi, gereksiz major cerrahileri önlemek için histopatolojik doğrulamayı kritik kılar. LS'de prostat kanseri riskinin artabileceği giderek daha fazla kabul görmektedir. Bu olguda MMR-İHK'nin intakt olması ve MLH1 varyantının "olasılıkla benign" sınıflanmasına rağmen hastada yüksek dereceli prostat kanseri fenotipinin bulunması, genotip-fenotip yorumlarında aşırı güven yerine temkinli ve bağlamsal yaklaşım gerektirdiğini vurgular. Özellikle "olasılıkla benign" varyantlarda bile klinik fenotip ağır ise multidisipliner ve multisistem tarama (kolorektal, üriner, nöroaksiyel/periferik sinir kılıfı; aile temelli taramalar) planlanmalıdır. Bu strateji, olası varyant yeniden sınıflamalarına hazırlık sağlar ve aile risk yönetimini güçlendirir. PSMA ile FDG-PET'in birlikte kullanımı, üro-onkolojik odaklar ve nöral kılıf tümörlerinin ayırımında tamamlayıcı görünmüştür.

Anahtar Kelimeler: Lynch sendromu, MLH1, prostat kanseri, renal schwannom, schwannomatozis





[PS-055]

Genç Erişkinde Ksantogranülomatöz Urachitis: Urachal Karsinomu Taklit Eden Nadir Bir Olgu – Biyopsinin Urakal Kitlelerin Yönetimdeki Rolü

İhsan Batuhan Demir, Beşir Mutukhov, Mesut Altan
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç

Urachus kökenli kitleler klinikte çoğu zaman malign kabul edilip radikal eksizyon planlanmaktadır. Oysa ksantogranülomatöz urachitis (XGU) gibi benign inflamatuvar tablolar, görüntüleme ve klinikte urachal karsinomu yakından taklit edebilir. Bu bildirinin amacı; urachal kitlelerde biyopsinin yönetimde güvenle kullanılabilecek bir seçenek olduğunu göstermek, benign histoloji varlığında bazı olguların yalnızca yakın izlemle takip edilebileceğini ve böylece radikal eksizyona gerek kalmayabileceğini vurgulamaktır.

Olgu

Otuz yaşında erkek hasta, iki aydır idrar sıkışma-sıklığı ve zaman zaman ağrısız makroskopik hematuri ile başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvarlar olağandı; idrar sitolojisi malign hücre içermiyordu. 25.11.2024 ultrasonografide mesane ön duvarı komşuluğunda 36×28 mm düzensiz hipoekojen lezyon saptandı. 03.12.2024 pelvik MRG’de mesane kubbesinde 4×2,5 cm, heterojen kontrastlanan kalın duvarlı kitle; çevre yağ dokuda sınırlı ve rektus-yağ planında silinme izlendi. 20.02.2025 sistoskopide kubbe mukozası intakt olup dıştan bası bulgusu mevcuttu. 21.02.2025’te BT eşliğinde tru-cut biyopsi/İİAB yapıldı: bol köpüklü histiosit, multinükleer dev hücreler ve lenfoplazmositer infiltrasyon izlendi;atipi saptanmadı.

Yönetim ve Bulgular

Biyopsi benign gelmesine rağmen klinik-radyolojik şüphe tartışıldı ve multidisipliner konseyde iki seçenek sunuldu: (i) semptom ve görüntüleme ile yakın izlem, (ii) sınırlı cerrahi eksizyon. Hasta tercihi ve anksiyete düzeyi dikkate alınarak parsiyel sistektomi + urachal traktın en-blok eksizyonu uygulandı. Makroskopide 4×2,5 cm sarı-beyaz fibrotik lezyon görüldü. Histopatoloji XGU tanısını doğruladı; cerrahi sınırlar negatiftir. Postoperatif seyir sorunsuzdu; hasta 4. günde taburcu edildi. 3. ayda ortaya çıkan hafif urgency, oral antikolinerjikle kontrol altına alındı. 6. ay izlemlerinde nüks/rezidü saptanmadı

Tartışma

Urachal kitlelerde kubbe yerleşimi, düzensiz kontrastlanma ve perivezikal değişiklikler malignite şüphesini güçlendirir; ancak kesin ayırım histoloji ile mümkündür. Bu olguda benign biyopsi + intakt mesane mukozası + negatif sitoloji kombinasyonu, aktif izlem stratejisinin rasyonel olduğunu göstermektedir. Cerrahi uygulanacaksa çoğu durumda sınırlı eksizyon yeterli olabilir ve bu yaklaşım gereksiz radikal sistektomiden kaçınmayı sağlar. Olgumuz, biyopsi temelli kararın genç ve semptomları yönetilebilir hastalarda konservatif izlemi mümkün kılabilceğini somut biçimde göstermektedir.

Sonuç

Urachal kitle yönetiminde biyopsi, tanısal belirsizliği azaltan, tedaviyi kişiselleştiren ve aşırı tedaviyi önleyebilen kritik bir basamaktır. Benign histoloji varlığında ve invazyon belirtisi bulunmayan seçilmiş hastalar güvenle takip edilebilir; cerrahi gerekiyorsa sınırlı eksizyon çoğu kez yeterlidir. Bu olgu, urachal kitlelerin “genel olarak malign” varsayımıyla radikal eksizyona yönlendirilmesi yerine, biyopsiyle doğrulanan benign etiyolojide radikal cerrahiden kaçınılabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ksantogranülomatöz urachitis, urachal karsinom, biyopsi, parsiyel sistektomi, konservatif izlem



[PS-057]

HIV negatif hastada penis kaposi sarkomu:olgu sunumu

Mustafa Serdar Çağlayan, Cemil Aydın, Ahmet Taşçı, Metin Kızgın, Alpkon Torun, Abdullah Çolaker, Musa Ekici, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.D

Amaç:

Kaposi Sarkomu, sıklıkla organ nakli alıcısı ve AIDS gibi immünsüprese hastalarda gelişen, sıklıkla deride ve ekstremitelerde gözlenmekle beraber vücutta birçok odakta rastlanılabilen inflamatuvar vasküler bir tümördür. Burada insan immün yetmezlik virüsü (HIV) negatif, immünsüprese olmayan bir hastada saptanan ve atipik bir prezentasyonla, glans penis tutulumu ile kendini gösteren bir Kaposi Sarkomu olgusu sunulmuştur.

Olgu:

Seksen beş yaşında erkek hasta, glans peniste üç aydır var olan ağrısız mor renkli lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu (Resim-1/2). Özgeçmişinde immünsüpresif tedavi kullanımı, uyuşturucu bağımlılığı veya homoseksüellik öyküsü yoktu. Bilinen koroner arter hastalığı ve hipertansiyon mevcuttu. Fizik muayenede glans peniste üzeri ülsera yaklaşık 1,5 cm çapında mor renkli polipoid lezyon saptandı. İnguinal bölgede ya da diğer lenf nodlarında lenfadenopatiye rastlanmadı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal testler normaldi. Anti-HIV, Anti-HCV ve HBsAg serolojileri negatif bulundu. Lezyon eksize edildi. Eksizyon materyalinin patolojik incelemesi Kaposi Sarkomu olarak raporlandı ve cerrahi sınır negatifti. Hastaya ek bir tedavi verilmeden izleme alındı. Penisin malign tümörleri nadir olup, erkek malignitelerinin %1'inden azını oluşturmaktadır. Penil malignitelerin %95'i skuamöz hücreli karsinomdur; bazal hücreli karsinom ve lenfoma daha az sıklıkla görülmektedir. Peniste Kaposi sarkomu oldukça nadirdir ve sıklıkla HIV pozitif hastalarda rapor edilmiştir. Bununla birlikte, HIV negatif olgularda da penis tutulumlu Kaposi sarkomu bildirilmiştir. Kaposi sarkomu genellikle glansta lokalizedir. Klinik olarak morumsu, ağrısız, iyi sınırlı papüler lezyon şeklinde görülmekle birlikte, çoklu nodüler veya plak tarzında da prezente olabilir. Bazı olgularda peniste ödem ve lenfatik tutulum da görülebilir. Bizim olgumuzda mor renkli, tek ve polipoid bir lezyon saptanmış, penil ödem ya da lenfadenopati gözlenmemiştir. Hastalığın etyolojisinde HHV-8 enfeksiyonunun önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. HHV-8 cinsel yolla bulaşabilmekte ve genital sekresyonlarda yoğun bulunabilmektedir. Bu durum, penil Kaposi sarkomlarının HHV-8'in direkt etkisiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bizim hastamızda HHV-8 serolojisi yapılamamıştır. Standart bir tedavi yaklaşımı olmamakla birlikte, literatürde cerrahi eksizyon, radyoterapi, lazer tedavisi ve kemoterapi ile ilgili deneyimler mevcuttur. Erken evre olgularda cerrahi eksizyon genellikle yeterlidir. Olgumuzda, cerrahi eksizyon sonrası ek tedavi uygulanmamış olup, hasta yakın izlemle takip edilmektedir.

Sonuç:

Penisin malign tümörleri oldukça nadir olup, %1'den az görülür ve çoğu skuamöz hücreli karsinomdur. Penisin primer Kaposi sarkomu HIV pozitif ve immün suprese hastalarda sık görülürken olgumuzda olduğu gibi, HIV negatif olgularda da nonspesifik penil lezyonların ayırıcı tanısında akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, penis kanseri, HIV





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



RESİM 1



RESİM 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



RESİM 2



RESİM 2





[PS-058]

Transplante Böbrekte Gelişen İndiferan Pleomorfik Sarkom

Zihni Can Dağdeviren¹, Harun Bal², Ahmet Emre Eren¹, Turan Öztekin¹, Engin Dereköylü¹, Hasan Deliktaş¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Bartın Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

Amaç: Transplante böbrekte gelişen malign tümörler nadirdir ve tanı süreci karmaşık olabilir. Bu olguda, transplante böbrek kaynaklı indiferan pleomorfik sarkom sunulmaktadır.

Olgu: 68 yaşında erkek hasta; bilinen kronik böbrek hastalığı, astım, hipertansiyon, epilepsi ve geçirilmiş miyokart enfarktüsü öyküsü mevcut. 2016 yılında böbrek nakli yapılan ve 2021'den itibaren haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi almakta olan hasta sağ alt kadranda dolgunluk şikayetiyle başvurdu. Çekilen abdomen manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde transplante böbrekte çevre dokuları destrükte eden kitle saptandı. Yapılan iğne biyopsi, mezenkimal neoplazi olasılığı bildirmiş ancak kesin tanı konulamadı. Sonrasında yapılan transplante böbrek nefrektomi operasyonu sırasında kitlenin karın ön duvarına, psoas kasına ve iliak kemiğe invaze olduğu gözlemlendi. Patolojik incelemede materyalin tamamının tümör dokusu olduğu, yaygın nekroz ve lenfovasküler invazyon izlendiği saptandı ve kesin tanı indiferan pleomorfik sarkom olarak raporlandı. Hasta post-operatif 3.gününde multi organ yetmezliği nedeniyle yaşamını yitirmiştir.

Sonuç: Bu olgu, immünsüpresyon ve uzun süreli hemodiyaliz öyküsü olan hastalarda agresif böbrek tümörlerinin gelişebileceğini göstermektedir. Cerrahi bulgular ve patolojik inceleme, tümörün çevre dokulara invazyon potansiyelini ve biyopsi ile tanı konulmasının sınırlılıklarını vurgulamaktadır.

Erken tanı ve cerrahi stratejilerin belirlenmesi, transplante böbrek kaynaklı malignitelerde klinik ve patolojik verilerin bütüncül olarak değerlendirilmesiyle, tedavi başarısının ve prognozun iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: rcc, sarkom, transplantasyon

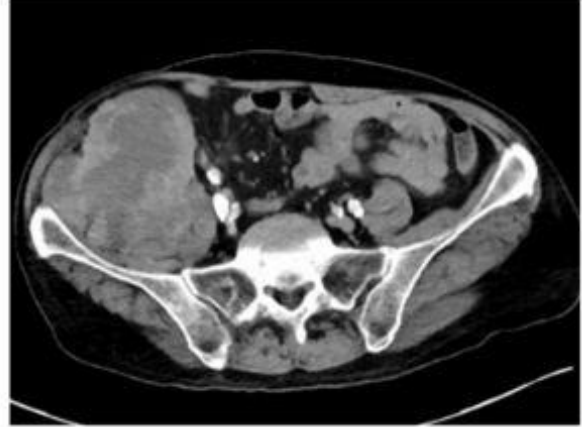
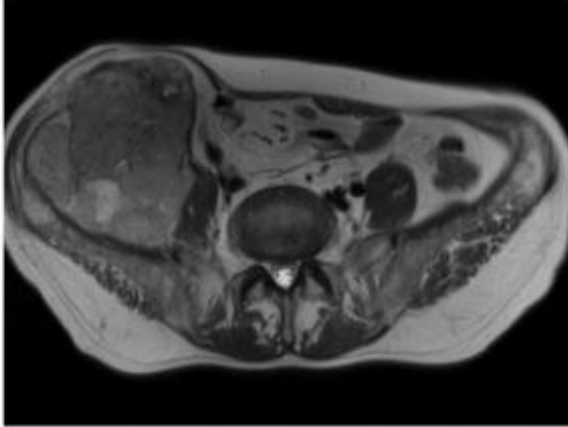
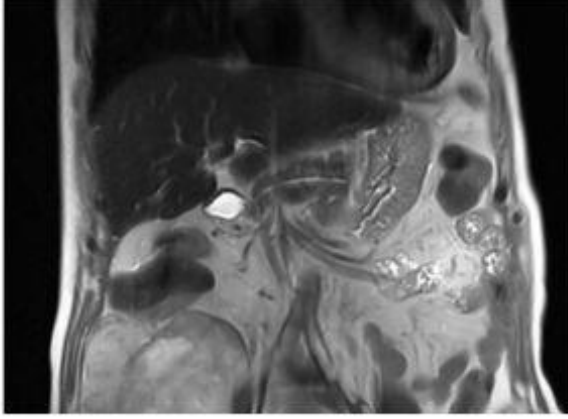


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



BT ve MRI inceleme



Sağ alt kadranda transplante böbrekte çevre dokuları destrükte eden kitlesel görünüm





[PS-060]

Bilateral Wilms Tümöründe Başarılı Neoadjuvan Kemoterapi ve Cerrahi Yöntem: Nadir Görülen Bilateral Wilms Tümörü Olgusu

Halil Batur Akay¹, Yunus Emre Genç¹, Onur Can Özkan², Beyza Binici³, Emine Çeşmecioğlu Karavin³, Uğur Demirsoy⁴, Gülşen Ekingen Yıldız⁵, Haydar Kamil Çam¹, Çağrı Akın Şekerci², Selçuk Yücel²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Amaç: Wilms tümörü 15 yaş altında her 10.000 çocuktan birinde görülmekle birlikte, çocukluk çağında en sık görülen böbrek kaynaklı malignitedir. Çoğunlukla tek taraflı olmakla birlikte vakaların %5-7'sinde bilateral tutulum gözlenmektedir. Bilateral olgularda tedavi stratejisi onkolojik prensiplere uygun şekilde böbrek fonksiyonlarını koruyacak multidisipliner bir yaklaşımla planlanmalıdır. Bu olgu sunumunda bilateral Wilms tümörünün neoadjuvan kemoterapi sonrası bilateral nefron koruyucu cerrahi ile başarılı bir şekilde yönetilmesini sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 10 aylık kız hasta kusma şikayeti ile başvurmuş olduğu dış merkezde yapılan ultrasonografide bilateral böbreklerde kitlesel lezyonlar saptanması üzerine yapılan kontrastlı abdominal manyetik rezonans görüntülemeye her iki böbrekte yaklaşık 9'ar cm'lik kontrastlanan solid lezyonlar gözlenmiştir (Şekil 1). Wilms tümör için uyumlu bulgular saptanması üzerine pediatrik onkoloji tarafından 6 kür Vinkristin- Daktinomisin kombinasyonu tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 2. ayında yapılan kontrol görüntülemeye sağ böbrekteki lezyonun en uzun çapının 33 mm'ye, sol böbrekteki lezyonun ise 37 mm'ye gerilediği görülmüştür (Şekil 1). Neoadjuvan kemoterapiyle yanıt alınan hastaya subkostal transvers insizyon ile bilateral açık parsiyel nefrektomi cerrahisi yapıldı (Şekil 2). Postoperatif dönemde takip amacıyla 3 gün pediatrik yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta, postoperatif 5. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji raporu, çıkarılan her iki kitle için de COG evre 1 nefroblastom, cerrahi sınırlar intakt olarak sonuçlandı. Postoperatif yara iyileşmesini takiben adjuvan 4 kür daha Daktinomisin tedavisi alan hasta, onkolojik takiplerine devam etmekte olup postoperatif 3. ay batın ve toraks görüntülemelerinde nüks veya metastaz ile uyumlu görünüm saptanmamış olup (Şekil 1) kreatinin düzeyi 0,2 mg/dL olarak ölçüldü.

Sonuç: Bilateral olgularda öncelikli hedef, tümörün cerrahi öncesi olabildiğince küçültülerek her iki böbrek parankiminin mümkün olduğunca korunmasıdır. Bu amaçla genellikle Children's Oncology Group (COG) ve The International Society of Paediatric Oncology (SIOP) protokollerine göre neoadjuvan kemoterapi rejimleri kullanılır ve iyi yanıtli olgularda simültane veya aşamalandırılmış parsiyel nefrektomi önerilmektedir. Bu olguda da kemoterapi sonrası ciddi tümör regresyonu elde edilmesi ile hem renal fonksiyonların korunması hem de tümörün R0 rezeksiyon ile tamamen çıkarılması mümkün olacak şekilde parsiyel nefrektomi yapılması sağlanmıştır. Literatürde, bu strateji ile hem hastalısız sağkalım oranlarının yüksek olduğu hem de uzun dönemde diyaliz ihtiyacının azaltılabildiği bildirilmiştir. Bu vaka ışığında multidisipliner yaklaşımın ve işbirliğinin önemi vurgulanmış; bu sayede deneyimli merkezlerde büyük bilateral olgularda dahi neoadjuvan tedavi sonrası aynı seansta bilateral nefron koruyucu yaklaşımın uygulanabileceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Wilms tümör, nefroblastom, simültane bilateral parsiyel nefrektomi, neoadjuvan kemoterapi



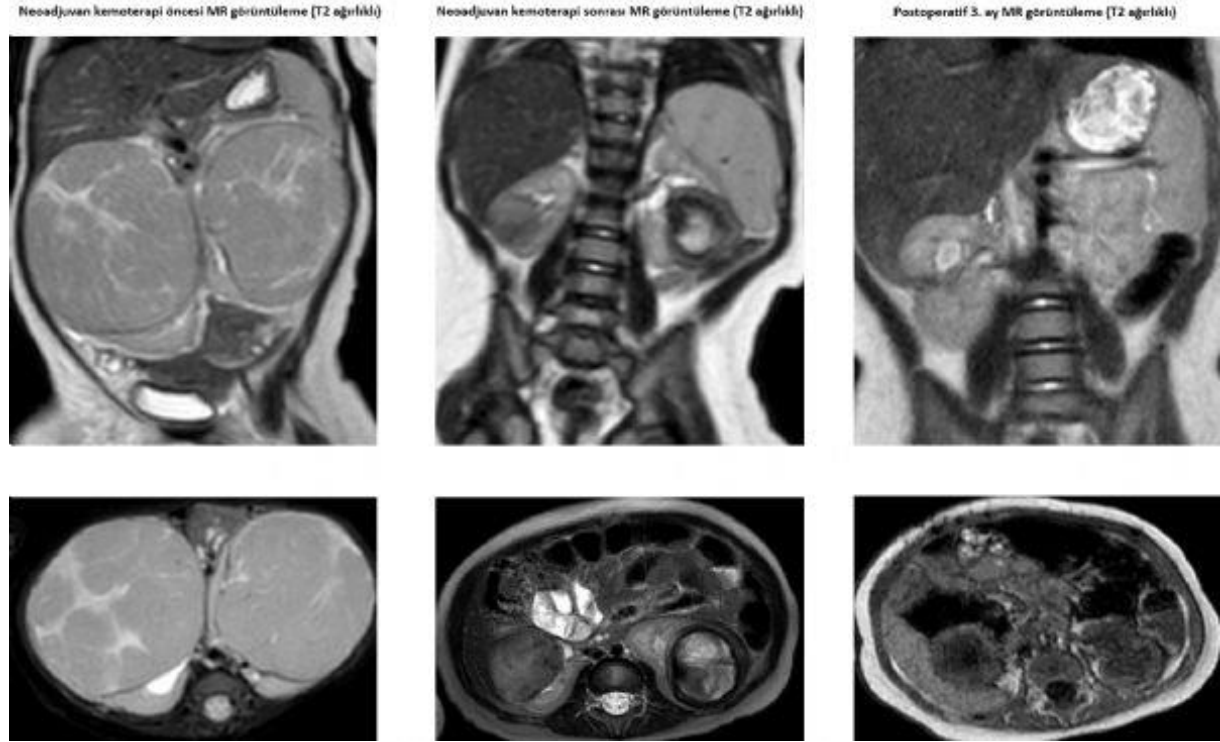


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

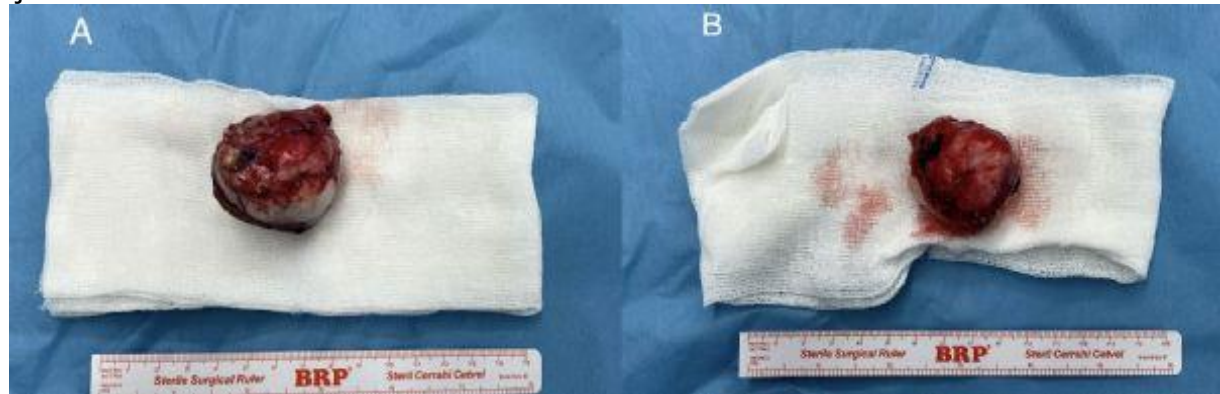


Şekil 1



Eksize edilen kitle görüntüsü: Sol böbrek (A), sağ böbrek (B)

Şekil 2



Neoadjuvan kemoterapi öncesi, sonrası ve bilateral parsiyel nefrektomi sonrası T2 ağırlıklı abdominal manyetik rezonans görüntülemeleri



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-063]

Açık Sol Parsiyel Nefrektomi Sonrası Şilöz Kaçak: Olgu Sunumu

Süleyman Öner, Utku Bekyürek, İyimser Üre, Ata Özen
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç:

Postoperatif şilöz kaçağı nadir görülmekle beraber, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, radikal ve donör nefrektomi dahil olmak üzere bazı ürolojik cerrahi olgularında zaman zaman bildirilmiştir. Şilöz kaçağın tedavisi, sürekli protein ve lenfosit kaybına rağmen beslenme kısıtlamalarının da uygulanması nedeniyle karmaşılaşabilir. Sunulan olguda, somatostatin analogunun (Octreotid) erken uygulanması ve beslenme kısıtlamaları ile şilöz kaçak kısa sürede başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

Gereç-Yöntem:

Tip 2 diyabet ve hipertansiyon tanıları nedeniyle takip edilen 72 yaşında kadın hastada, yapılan abdomen USG'de sol böbrek üst polde 32x35 mm boyutlarında heterojen kitle saptandı. Bunun üzerine çekilen dinamik renal bilgisayarlı tomografide kitlenin 40x43 mm boyutlarında RCC olarak raporlandı. Hastaya tarafımızca sol parsiyel nefrektomi uygulandı ve sol böbrek lojuna 20 fr nelaton dren yerleştirildi. Peroperatif komplikasyon görülmeydi.

Bulgular:

Vitalleri stabil seyreden hastanın postoperatif 1. gününde loj dreninden 200 cc seröz mayi geleni olduğu görüldü. Orali rejim 1 olarak açıldı ve mobilize edildi. Takiplerinde şikayeti olmayan hastada postoperatif 3. gün rejim 3'e geçildi. Postoperatif 4. günde, hastanın loj dreninden 24 saatte 400 cc geldiği ve vafının "süt kıvamında" şilöz karakterde olduğu görüldü (Resim 1). Bunun üzerine hastanın orali kapatıldı. Hastaya somatostatin analogu olan octreotid 0.5 mikrogram intravenöz infüzyon olarak 5 gün boyunca uygulandı. Bu süre boyunca lipitten fakir proteinli TPN intravenöz olarak uygulandı. Postoperatif 5. gününde loj dreninden gelen mayinin vafında değişiklik görülmezken, miktar 400 cc olarak ölçüldü. Postoperatif 6. günde mayi vafı seröze dönerken miktar 20 cc olarak ölçüldü (Resim 2). Postoperatif 9. günde rejim 3'e geçildi, TPN desteği ve octreotid tedavisi stoplandı. Postoperatif 6. günden itibaren mayi vafı tamamen seröze döndü ve miktarı ortalama 20 cc olarak ölçüldü. Loj dreni tarafımızca post operatif 14. günde çekildi ve takiplerinde şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Sol parsiyel nefrektomi patoloji spesmeni renal onkositom olarak raporlandı.

Sonuç:

Post operatif şilöz akıntısı olan hastalarda somatostatin analogunun erken uygulanması ve hastalara uygun diyet verilmesi ile şilöz kaçak komplikasyonsuz olarak kısa sürede tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Octreotid, Onkositom, Parsiyel Nefrektomi, Somatostatin, Şilöz





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-065]

Üreter Taşı Cerrahisinde Rutin Sistoskopinin Önemi

Mustafa Serdar Çağlayan, Metin Kızgın, Cemil Aydın, Musa Ekici, Ahmet Taşçı, Alpkon Torun, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

Amaç: Mesane kanseri(MK), çevresel faktörler ve sigara kullanımının etkisiyle uluslararası bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir. Küresel kanser insidansı verilerine göre 2020 yılında yaklaşık 573.000 yeni MK tanısı konulmuş, 273.000 ölüm bildirilmiştir. MK makroskopik hematüri gibi belirgin bir semptom vermesine karşılık nadiren de olsa herhangi bir semptom vermeden de karşımıza çıkabilir. Biz de sunumumuzda üreter taşı nedeniyle cerrahi tedavi planlanan hastamızda sistoskopi sırasında rastlantısal olarak saptadığımız mesane tümörü olgumuzdan bahsedeceğiz.

Olgu: 77 yaş erkek hasta, sol yan ağrısı ve dizüri şikayetiyle üroloji polikliniğine başvurdu. Hastamız makroskopik hematüri tariflememiş, sadece idrar renginde koyulaşma tarif etmişti. FM'de solda KVAH pozitif. Yapılan incelemelerde böbrek fonksiyon testleri normal olarak geldi. TİT'de eritrosit hakimiyeti mevcuttu. Böbrek taşı ön tanısıyla hastaya kontrastsız abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de sol midüreterde 1 cm taş izlenmesi üzerine hasta üreterorenoskopiye (URS) hazırlandı.

Hasta operasyona alındı. URS öncesi hastaya yapılan rutin sistoskopide sol yan duvarda yaklaşık 2 cm papiller tümöral oluşum izlendi. Ardından TUR-TM uygulandı. Sonrasında taş ürtereroskop eşliğinde taş lazer ile kırıldı. İşleme komplikasyonsuz son verildi.

Hastanın patoloji sonucu TaLG ile uyumlu geldi. Hastamız mesane tümörü açısından takibe alındı. **Tartışma:** Mesane kanseri (MK), dünya çapında erkek nüfusunda en sık tanı konulan yedinci kanser türüdür ve her iki cinsiyet dikkate alındığında onuncu sıradadır. Dünya çapında yaşa göre standardize edilmiş insidans oranı (100.000 kişi/yıl) erkeklerde 9,5, kadınlarda ise 2,4'tür. Dünya çapında, MK yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranı (100.000 kişi/yıl) erkekler için 3,3, kadınlar için 0,86'dır.

Mesane kanseri risk faktörleri arasında tütün kullanımı, mesleki maruziyet (boya ve lastik sanayi vb.), çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, pelvik radyasyon öyküsü, enfeksiyonlar ve genetik etkenler bulunmaktadır. Makroskopik hematüri MK tanısında en sık görülen belirtidir. Aynı zamanda alt üriner sistem semptomları olan hastalarda da MK şüphesi olabilir. Ancak olgumuzda da görüldüğü gibi bazı hastalarda semptom vermeyebilir.

MK tanısında ultrason başta olmak üzere görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Sırasıyla BT ürografi ve MR ürografi de tanıda değerlidir. Ancak tanıda altın standart sistoskopidir. Sistoskopi sırasında saptanan herhangi bir lezyon hem tanı hem tedavi amacıyla TUR-TM uygulanarak eksize edilmelidir.

Sonuç: Klinik pratikte iş yükü yoğunluğundan dolayı üreter taşı tedavisinde rutin sistoskopi atlanabilmektedir. Ancak kısa süreli de olsa yapılan sistoskopi, henüz semptom vermeyen mesane tümörlerinin erken dönemde saptanmasına olanak vermektedir. Bu sebeple herhangi bir nedenle endoürolojik girişim planlanan her hastada rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, üreter taşı, sistoskopi, TUR-TM





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



Tümörün kontrastsız BT görüntüsü



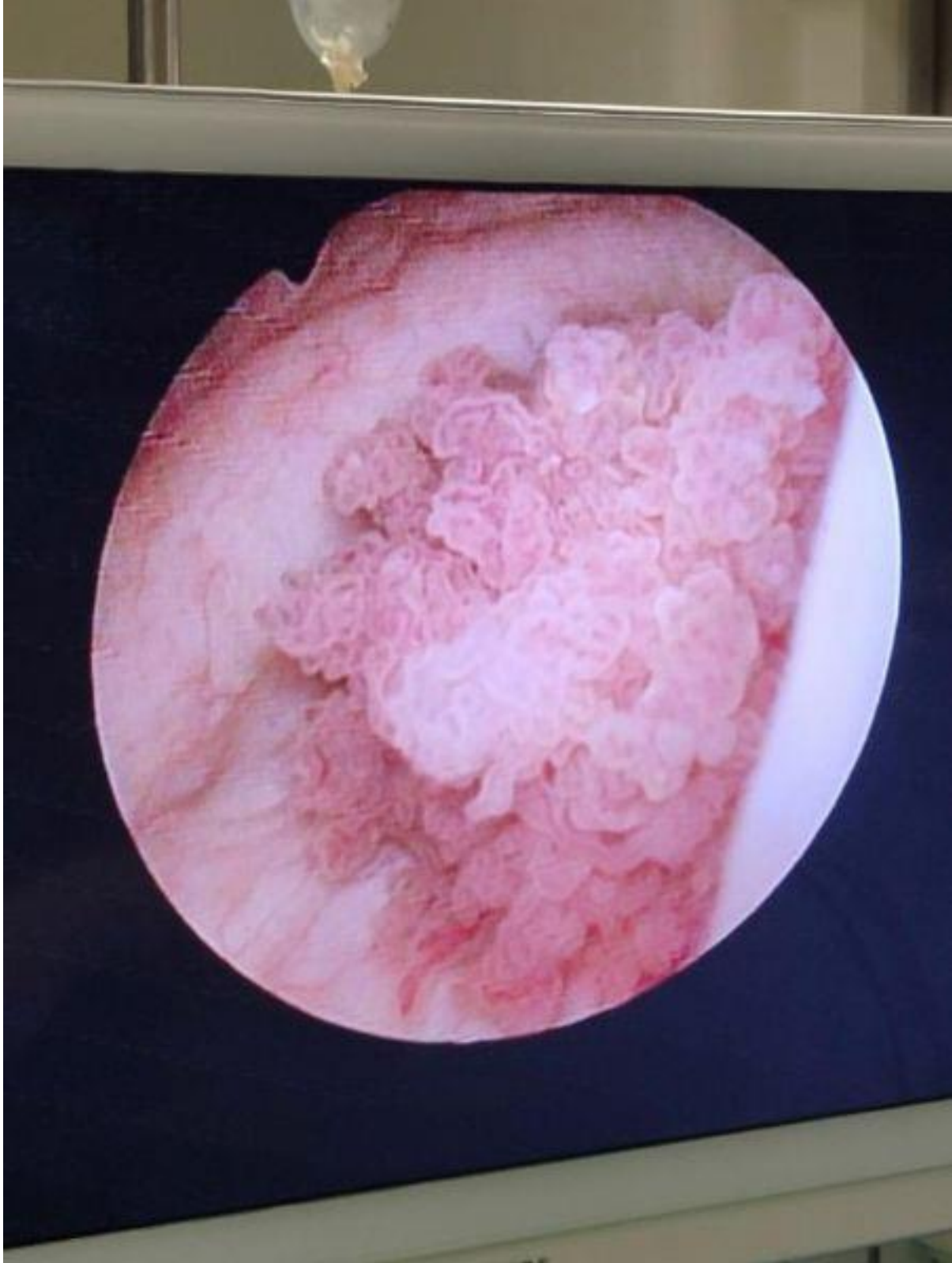


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2



Tümörün Sistoskopik Görüntüsü





[PS-066]

Primer Akciğer Tümörünün Böbrek Metastazının Kanaması Acili Vakası

Sevder Kırmızıtoprak

Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Böbrek tümörleri, tüm kanserlerin solid organ kanserlerinin %3'ünü oluşturmakta ve son yıllarda görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde insidansında artış görülmektedir. Vakaların %20'si tanı anında lokal ileri ve %25'i de metastatik safhadadır. Metastatik hastaların prognozu kötüdür ve 5 yıllık sağkalım %5'ten azdır. Literatürde metastatik RCC ile ilgili pek çok bilgi ve yayın bulunsa da böbrekte primer odak olmaksızın metastatik odaklarla giden vakalar nadirdir. Böbrek metastazlarının en yaygın primer kaynaklarından biri akciğer kanseri olup, bu durum klinik çalışmalarda %40-60 oranında görülmektedir. Yazımızda, böbreklerde primer odak olmaksızın akciğerden böbreğe metastazı ile seyreden bir adenokarsinom olgusu sunulacaktır.

Akciğer kanserlerinin böbreğe metastaz yapma potansiyeli vardır ve bu, akciğer kanseri hastalarında nadir olmayan bir durumdur.

Olgu:

65 yaşında kadın hasta, sabah şiddetli sağ yan ağrısı ile acil servise başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Bilinen Akciğer tümörü nedeniyle 3 seans kemoterapi almış. 1 yıldır takip edilen sağ böbrek üst polde 2 santimetrelilik aktif izlenen kitlesi mevcutmuş. Sabah yapılan tetkiklerinde Hemoglobinin değeri 12 g/dl izlendi. Çekilen kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide ise sağ böbrek üst polde perirenal hafif kirlenme mevcuttu. Hasta yatışı kabul etmeyip eve gidip kendi isteği ile acil servisten ayrılarak eve gitti. Yaklaşık 3 saat sonra şiddetlenen sağ yan ağrısı bulantı kusma sebebiyle tekrar acil servise başvurdu. Yapılan tetkiklerinde hemoglobin 8 g/dl ve çekilen kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide ise sağ perirenal hematoma arttığı izlendi. Hastaya acil nefrektomi önerilip onamları alındı. Kan hazırlığı yapıldı. Sağ anterokostal kesiyle açık nefrektomisi yapıldı. Histopatolojik incelemede piyes içerisinde üst orta pol yerleşimli bütünlüğü bozulmuş 4x3.5x3 cmlik kanamalı alan izlendi. Perirenal yağ doku invazyon izlenmedi. Patolojik tanı Adenokarsinom izlendi.

Sonuç: Vakamız primer böbrek tutulumu olmadan akciğerden metastazının görülmesi, acile yan ağrısı ile gelmesi sebebi ile farklılık göstermektedir. Vakamızın, bu tarz hastalardaki tedavi yönetiminde ve progresyonu öngörmede literatüre katkıda bulunacağını umuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Kanseri, Metastaz, Adenokarsinom



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Perfore olmuş metastatik böbrek tümörü



Nefrektomi sonrası görünüm



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-067]

Atnalı Böbrekte Pelvis Tümörü Sağ Nefroüretarektomi: Olgu Sunumu

Süleyman Öner, Utku Bekyürek, İyimser Üre, Ata Özen
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ

Atnalı böbrek toplumda en sık görülen böbrek füzyon anomalisi olarak karşımıza çıkmaktadır (%0.25). Renal pelvis tümörü insidansının, at nalı böbreklerinde en az 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu olgu sunumuyla atnalı böbrekte sağ renal pelvis tümörü olan hastanın cerrahi tedavi sürecindeki deneyimimizi sizlere sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

68 yaşında kadın hasta hematüri şikayeti nedeni ile tarafımıza başvurdu. Tip 2 diyabet dışında ek sistemik hastalığı olmayan hastanın dış merkezde Mart 2024'te çekilen abdominopelvik MR'nda her iki böbreğin L3-L4 seviyesinde alt polden füzyona uğradığı ve sağ böbrek alt pol kaliksinde kontrastlanan 36.5x27x46mm boyutlarında kitle lezyonu görüldü. Kitlenin füzyon düzeyine uzanımı ve sol böbrek alt pol kaliksine uzanımı görüldü (Resim 1).

BULGULAR

Hastaya tarafımızca sağ nefroüretarektomi planlandı. Preop kreatin 0.96 mg/dl ölçüldü. Yapılan sistoskopi de mesane içerisinde tümöral oluşum görülmedi. Ardından her iki kaliksiyel sisteme üreter katateri gönderildi ve sondaya sabitlendi. Göbek üstü ve altı midline kesi yapıldı, kolon mediale deviye edilerek, aort önünde inferior yerleşimli, atnalı böbrek görüldü. Uygun diseksiyonlar ile sağ üreter bulundu, sağ üreter takip edilerek renal hilusa ulaşıldı. Sağ renal ven ve arter çevre dokulardan diseke edildi, sağ böbrek keskin ve künt diseksiyonlarla çevre dokudan diseke edildi. Sağ renal arter ve ven ayrı ayrı 3'er adet serbest vicryl sütür ile bağlanarak kesildi. Ardından füzyon hattının sol lateralinde demarkasyon hattı izlendi. Bunun üzerine cerrahi sınır açısından demarkasyon hattına peroperatif steril şartlarda renal USG yapıldı. Demarkasyon hattının ilerisinde tümör devamlılığı olmadığı gözlemlendi. Bunun üzerine demarkasyon hattı koter ile çizildi ve bipolar enerji kullanılarak kesildi. Kanama kontrolünün ardından defekt üzerine fibriler ve yağ dokusu örtüldü, parankim sütüre edildi. Takiben sağ üreter mesane girimine kadar çevre dokulardan diseke edildi. Sağ üreter cuff'ı eksize edilerek sağ nefroüretarektomi gerçekleştirildi (Resim 2). Mesanedeki defekt vicryl sütür yardımı ile kapatıldı. Ardından parakaval, interaortakaval ve sağ common illiak lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Kanama kontrolünü takiben loja diren konularak işleme son verildi. Peroperatif komplikasyon gelişmedi. Operasyon süresi yaklaşık 2,5 saat olarak kaydedildi ve kanama miktarı yaklaşık 200 cc olarak hesaplandı. Patoloji raporu yüksek dereceli invaziv papiller üretelyal karsinom olarak raporlandı (Tümörün en büyük çapı 4 cm, CIS +, Lenfovasküler invazyon+, pT3, reaksiyone lenf nodları, cerrahi sınır negatif). Postoperatif takiplerinde komplikasyon yaşanmayan hasta taburcu edildi. Postop 1. Yıldaki kreatin 1.46 mg/dl ölçüldü. Taburculuk sonrası medikal onkoloji takipleri devam eden hasta gemcitabin ve karboplatin adjuvan kemoterapi almaktadır.

SONUÇ

At nalı böbrek renal pelvis tümörlerinde nefroüretarektomi operasyonu tecrübeli ellerde başarı ile gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Atnalı Böbrek, Nefroüretarektomi, Toplayıcı Sistem Tümörü, Üst Üriner Sistem



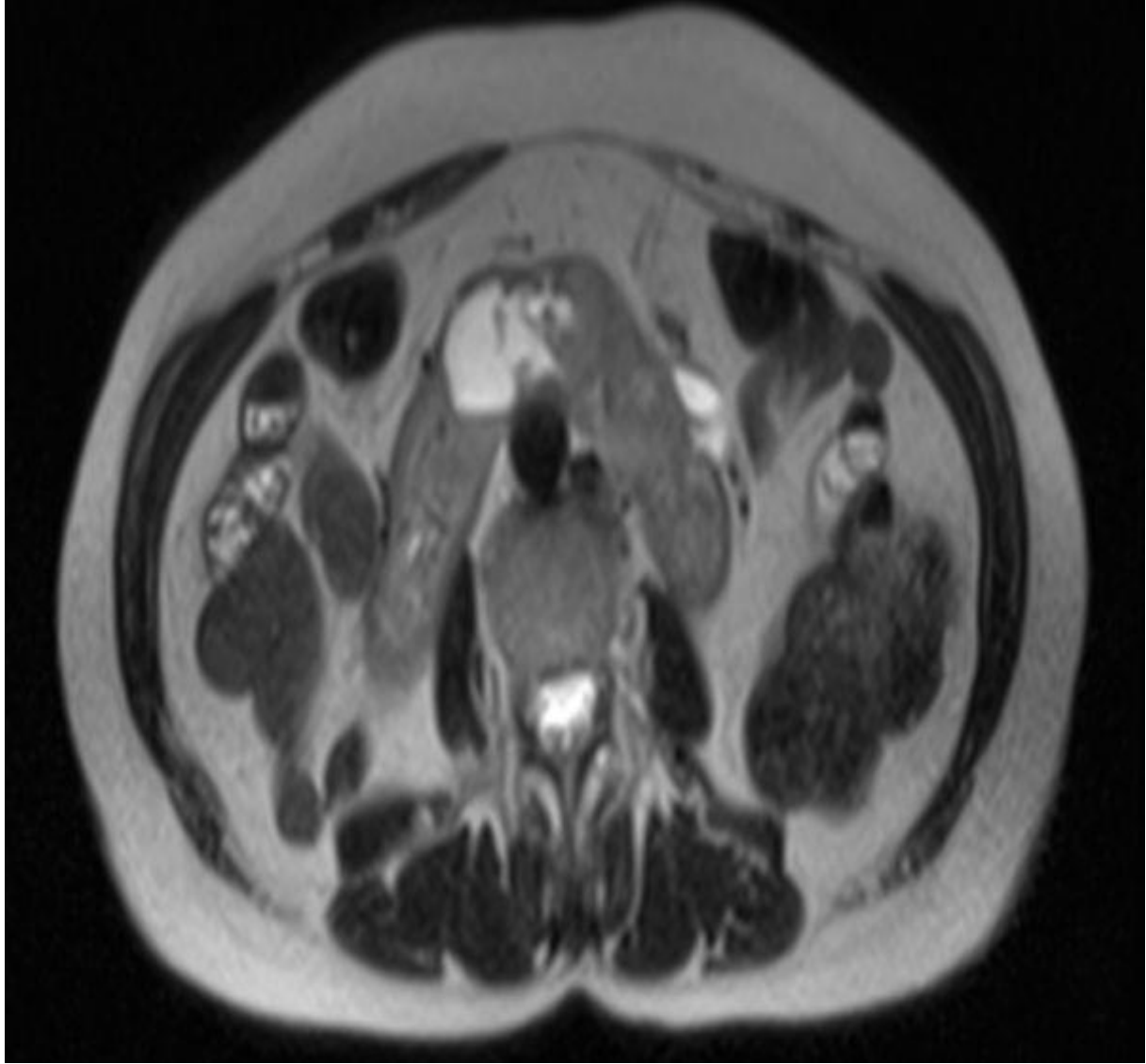


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



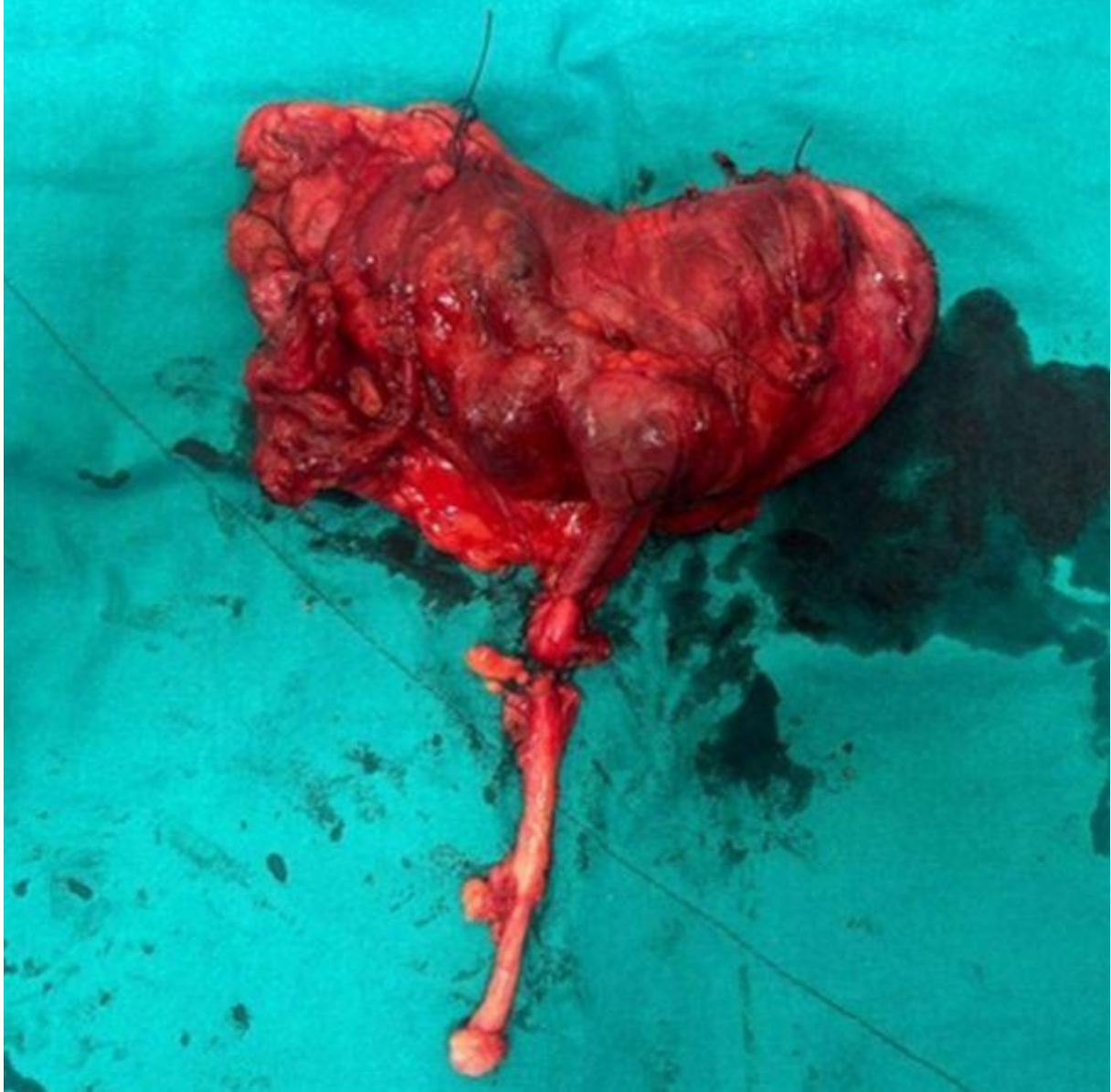


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2





[PS-068]

Trimodal Tedavi ile Başarılı Yönetilen Küçük Hücreli Nöroendokrin Mesane Karsinomu: Olgu Sunumu

Seyma Aydın, Adem Sancı, Metin Yiğman, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Küçük hücreli nöroendokrin karsinom (NEK), mesane tümörlerinin <%1'ini oluşturan nadir, yüksek dereceli ve agresif seyirli bir varyanttır. Genellikle ileri evrede tanı alır ve sağkalımı düşüktür. Bu alt tipte sistemik kemoterapiye ek radikal sistektomi önerilse de, seçilmiş hastalarda trimodal tedavi (TMT: TUR-M + kemoterapi + radyoterapi) mesane koruyucu alternatif bir yöntem olabilir. Bu sunumda, kemoterapi sonrası tam yanıt alınan ve TMT ile izlenen bir NEK olgusu paylaşılmaktadır.

Olgu Sunumu

Elli dört yaşında kadın hasta makroskopik hematüri şikâyetiyle başvurdu. Yapılan TUR-M sonrası patoloji; muskularis propria invazyonu gösteren yüksek dereceli küçük hücreli karsinom ile uyumluydu. <%1 oranında CK7 ve GATA3 pozitifliği ile ürotelyal komponent izlendi (mixed NEK). PET-BT'de sol internal iliak bölgede 16 mm çaplı, SUVmax: 17,3 düzeyinde lenf nodu tutulumu saptandı; uzak metastaz izlenmedi.

Üroonkoloji konseyinde dört kür sisplatin-etoposid kemoterapisi planlandı. Tedavi sonrası PET-BT'de patolojik tutulum kayboldu. Kontrol sistoskopilerinde tümör izlenmedi. Radikal sistektomi ve TMT seçenekleri tartışıldı; hasta mesane koruyucu yaklaşımı tercih etti. Kemoterapiye ek radyoterapi uygulandı. Hastanın düzenli sistoskopik takiplerinde ve birinci yıl kontrolünde nüks saptanmadı.

Tartışma

Küçük hücreli mesane karsinomu, histolojik olarak agresif özellikleri nedeniyle genellikle kötü prognozla ilişkilidir. Literatürde bu olgularda neoadjuvan kemoterapi sonrası radikal sistektomi önerilmektedir (1). Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalarda, tam yanıt alınan ve uygun hasta seçimi yapılan vakalarda TMT'nin de etkili olabileceği bildirilmiştir (2,3).

Bizim olgumuzda kemoterapi sonrası tam yanıt elde edilmiş ve TMT ile bir yıllık izlemde nüks izlenmemiştir. Bazı karşılaştırmalı çalışmalarda TMT'nin radikal sistektomi ile benzer sağkalım sonuçları sunduğu gösterilmiştir (4). Histolojik varyantlar için veriler sınırlı olmakla birlikte, küçük serilerde benzer sonuçlar rapor edilmiştir (5). Ancak uzun dönem sağkalım ve nüks açısından daha geniş serilere ihtiyaç vardır.

Sonuç

Küçük hücreli NEK, nadir ve kötü prognozlu bir tümördür. Seçilmiş ve kemoterapiye iyi yanıt veren olgularda TMT, mesane koruyucu ve etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Ancak uzun dönem izlemlerle desteklenen daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Siefker-Radtke AO et al. J Urol. 2004;172(2):481-4.
2. Lohrisch C et al. Cancer. 1999;86(11):2346-52.
3. Lynch SP et al. Eur Urol. 2013;64(2):307-13.
4. Kim YJ et al. Oncotarget. 2017;8:68996-69004.



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

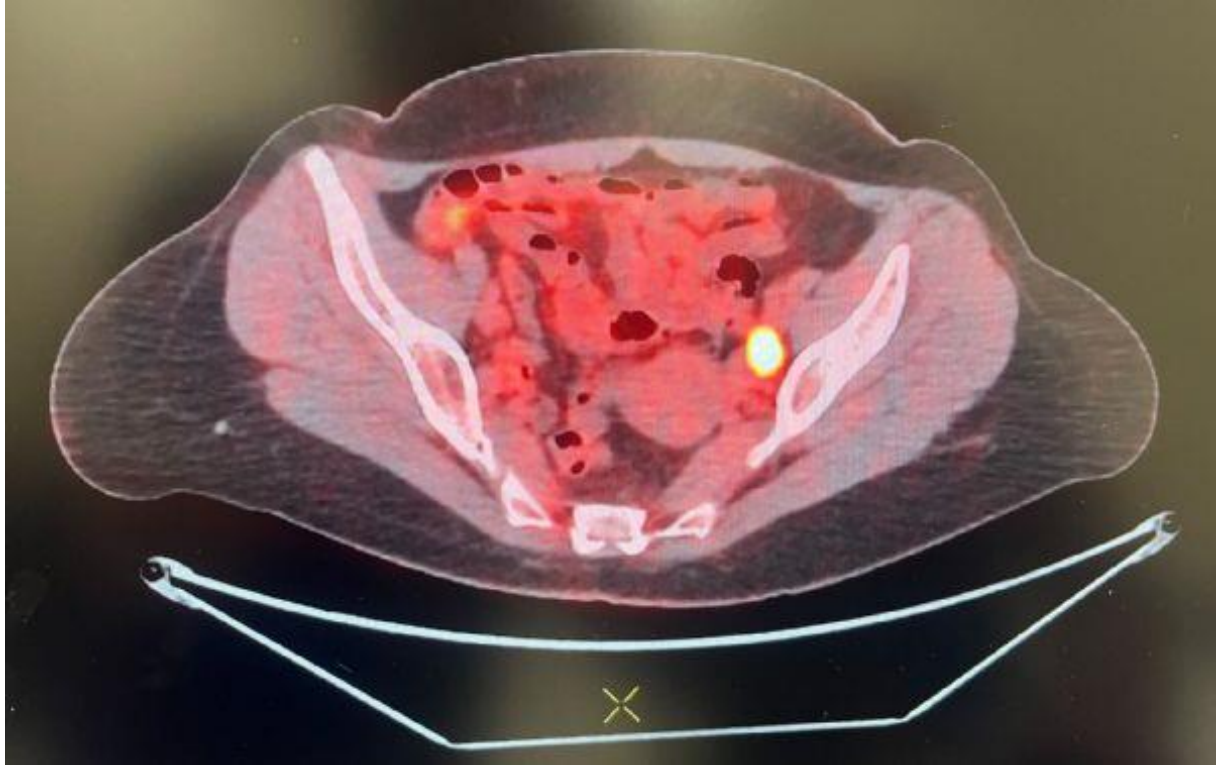
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



5. Processali T et al. AME Med J. 2020;5(March):n.p

Anahtar Kelimeler: 1. Küçük hücreli mesane kanseri, 2. Trimodal tedavi, 3. Kemoradyoterapi, 4. Organ koruyucu yaklaşım, 5. Olgu sunumu

PET BT' de sol internal iliak lenf nodu tutulumu





[PS-069]

vertebra metastazı yapan testis tümörü

Mustafa Serdar Çağlayan, Abdullah Çolaker, Cemil Aydın, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Ahmet Taşcı, Musa Ekici, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Testis tümörü erkeklerde 20-35 yaş aralığında en sık görülen kanserdir. Testis tümörleri tedavi edilebilir bir kanser türü olması nedeniyle erken tanı konulması oldukça önemlidir.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta kendi seviyesinden düşme sonrası boyun ağrısı ve kollarda bacaklarda güçsüzlük, hissizlik şikayetiyle hastanemiz aciline başvurdu. Hastanın 3-4 aydır sol testisinde kitle olduğunu farkettiği ancak ürolojiye muayene olmadığı öğrenildi.

Düşme sonrası acil şartlarda yapılan kontrastlı abdomen/pelvis CT'de paraortik, parakaval alandan paravertebral alana uzanım gösteren, aksiyel planda uzun aksı yaklaşık 8 cm olan kitlesel yumuşak doku lezyonu gözlemlendi (Resim-1). Sol testis lokalizasyonunda aksiyel planda uzun aksı 2,5 cm olan, içerisinde kistik nekrotik alanların ve septasyonların izlendiği ön planda testis tümörü düşündürülen kitle lezyonu izlendi. Hastanın fiziki muayenesinde sol testiste parankimden belirgin ayrımı olmayan yaklaşık 2 cm nodüle sert kitle farkedildi.

Servikal fraktür şüphesi olan hastada beyin sinir cerrahi önerisiyle kontrastlı servikal vertebra mr çekildi. C5 vertebra düzeyinde vertebra korpus anterior ve santralinde kompresyon fraktürüne bağlı yükseklik kaybı izlendi. Hasta beyin sinir cerrahi tarafından yoğun bakım ünitesinde takip edilirken testis tümörü markerları çalışıldı. LDH:593, B-hcg:28, AFP:2 olarak sonuçlandı. Beyin ve sinir cerrahi, servikal fraktür nedeniyle hastayı operasyona aldıktan sonra tarafımızca dahil olunan vakada hastaya sol radikal inguinal orşiektomi yapıldı.

Sol orşiektomi materyalinin patolojik incelemesinde: Hiler bağ dokusuna kısmen invaze, rete testis invazyonu olan, spermatik kord cerrahi sınırdaki tümör olmayan, kapsül invazyonu olmayan, lenfovasküler invazyon izlenmeyen, 2,5 cm boyutunda T2 olarak evrelendirilen seminom olarak sonuçlandı. Vertebra lezyonunun patolojik incelemesi ise seminom metastazı ile uyumlu koagülatif tümör nekrozu içeren spongiotik kemik dokusu olarak değerlendiriliyor.

Kemoterapi protokolü için hasta medikal onkolojiye yönlendirildi. 1 ay sonra dispne ile başvuran hastada çekilen toraks CT'de sağ akciğer tama yakın kollabe görünümde olması nedeniyle entübe edilen hasta aynı gün exitus oldu.

Sonuç: Testis tümörleri genellikle genç erkek hastalarda görülen ciddi seyirli, birçok organ tutulumu yapabilen bir tümör grubudur. Erken tanı alan hastalarda cerrahi +/- kemoterapiye yanıt dramatik olmakla beraber olgumuzda olduğu gibi bazı hastalar sosyo-kültürel sebeplerden dolayı hekime başvurmakta gecikebilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü, metastaz, travma





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



resim 1



resim 1





[PS-070]

Postembolizasyon Sendromu: Olgu Sunumu

Ahmet Mervan Arslan¹, Erman Ceyhan¹, Enis Kervancıoğlu¹, Özgür Özen², Eray Hasırcı¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Renal anjiomyolipom (AML) sık görülen böbrek benign kitlelerindendir. Çoğu zaman konservatif izlem ideal bir seçenek olsa da büyük kitlelerde selektif arter embolizasyonu önerilmektedir. Anjiyoembolizasyon sonrası muhtelif komplikasyonların yanı sıra Postembolizasyon Sendromu (PES) işlemin başarısına gölge düşürecek kadar ağrılı bir tabloya yol açabilmektedir. Fizyopatolojisi net olmasa da embolizasyon sonrası nekrotik dokuya karşı inflamatuvar bir yanıtın olduğu ve şiddetli ağrı ve ateşin görüldüğü bilinmektedir. Bu olgu sunumunda daha önce AML nedeniyle nefrektomi yapılan, ardından nüks AML nedeniyle anjiyoembolizasyon uygulanan ve sonrasında PES gelişen hastayı sunuyoruz.

Olgu

35 yaş kadın hasta Nisan 2025'te kliniğimize yaklaşık 10 gündür devam eden şiddetli karın ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın hikayesinde 2013 yılında gebeliğinin 2. trimesterinde genel durum bozukluğu ile dış merkez acil servise başvurduğu, yapılan tetkiklerde sol böbrek kaynaklı rüptüre AML olduğu ve acil şartlarda sol nefrektomi yapıldığı öğrenildi. Dış merkez bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde nefrektomi lojunda 12x8x8 cm'lik heterojen kontrastlanan kitle izlenmiştir. Hastanın Mart 2025 BT'sinde de aynı lezyon "Sol böbrek lojunda en geniş yerinde 15 cm çapa ulaşan yağ dansitesinde lezyon izlenmiş, kitle AML?, lipomatöretroperitoneal kitle lezyonu?" (Fig 1) olarak raporlanmıştır. Hastanın tetkiklerinde ilave anormal bulgu saptanmadı. Radyoloji Bölümü'ne konsülte edilen hastada olası malignite varlığı açısından biyopsi önerildi. 25 Nisan 2025'te sol nefrektomi lojundaki yumuşak dokudan tru-cut biyopsi alındı ve patolojisi AML olarak raporlandı. Hasta patoloji sonucu ve BT raporları eşliğinde GR (Girişimsel Radyoloji)'de değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda hastaya selektif arter embolizasyonu önerildi. Nüks AML Mayıs 2025'te GR tarafından sol lumbalden 3 ayrı düzeyden bleomisin ve lipiodol kullanılarak embolize edildi (Fig 2). İşlemin ertesi günü hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta taburculuğun ertesi günü sol yan ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Hastanın vital bulgularının stabil olduğu ve ateşi olmadığı görüldü. Kan tetkiklerinde CRP 25,6 mg/L tespit edilmesi dışında ilave anormallik saptanmadı. Hastada akut batına sebep olabilecek durumlar dışlandıktan sonra PES tanısıyla Üroloji Servisi'ne yatırıldı. Analjezik tedavi ile birlikte 2 mg/kg metilprednizolon başlandı. Tedavi dozu azaltılarak 7. günde sonlandırıldı. Hastanın takibinde 262,2'ye kadar yükselen CRP değeri tedavi bitiminde 7,6'ya gerilediği görüldü.

Sonuç

AML gibi embolizasyona uygun kitlelerde işlem sonrası olası ağrı açısından PES akılda tutulmalıdır. Her ne kadar ağrı kontrolünün efektif olabilmesi için steroid tedavisinin işlemden önce başlanması önerilse de günlük işleyiş esnasında bu öneri gözden kaçabiliyor. İşlem sonrası PES düşünülen hastada geç de olsa steroid tedavisi başlanmasının hasta konforunu büyük oranda sağladığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: postembolizasyon sendromu, renal anjiomyolipom, selektif arter embolizasyonu, steroid tedavisi



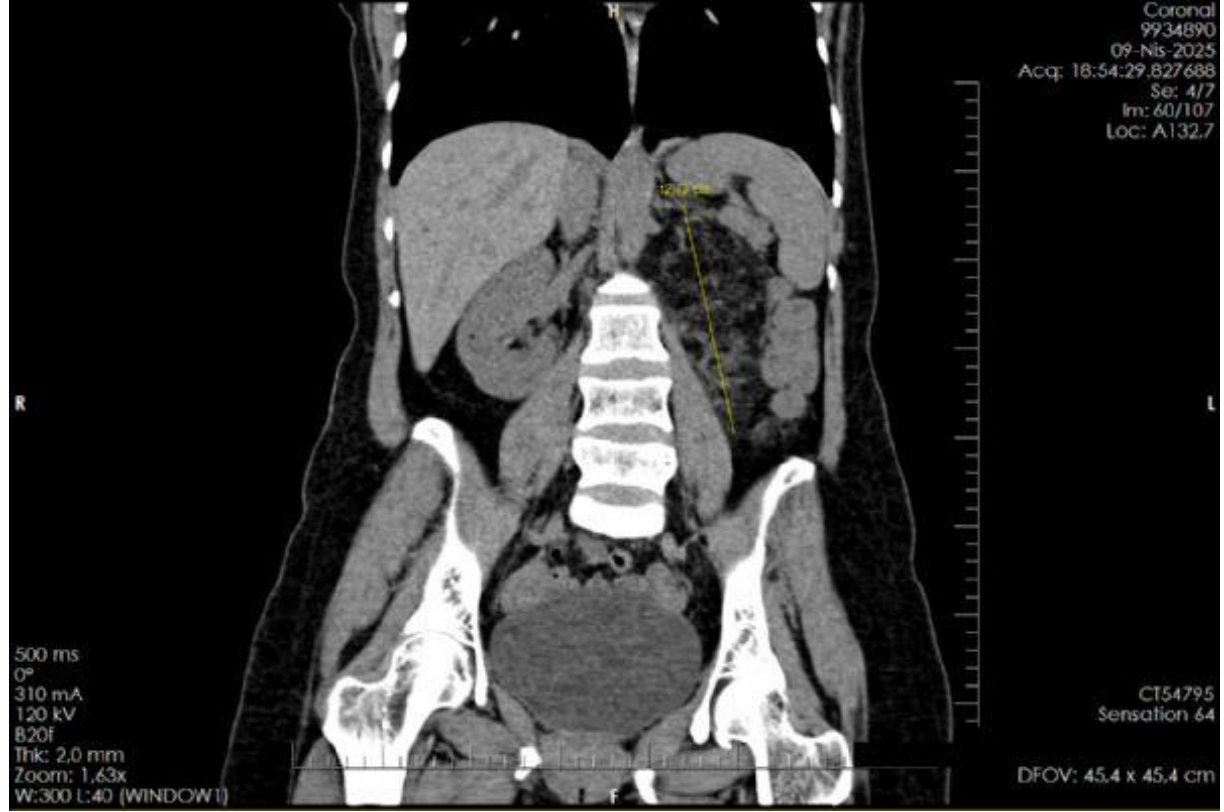


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Fig 1



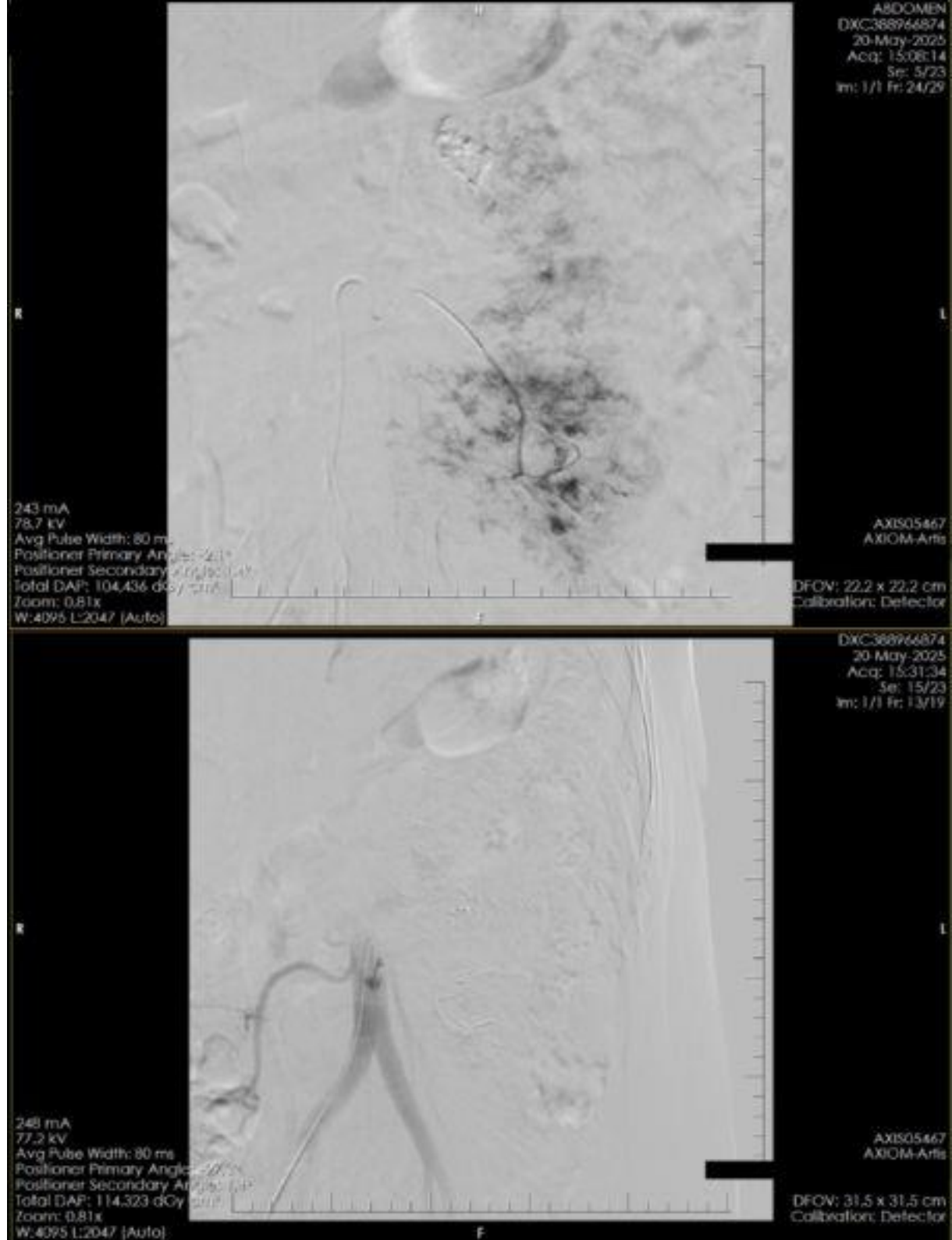


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Fig 2





[PS-071]

Testiküler Adrenal Rest Tümör Nadir Bir Olgu Sunumu

Can Ahmet Karabacak¹, Berna Demir Yüksel³, Muhammed Selçuk Özer¹, Volkan Şen¹, Ozan Bozkurt¹, Abdurrahman Çömlekçi³, Mustafa Seçil², Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İzmir

Amaç: 21-hidroksilaz eksikliğine bağlı konjenital adrenal hiperplazisi (KAH) olan bir hastada gelişen bilateral testiküler adrenal rest tümörlerini (TART) klinik, biyokimyasal ve radyolojik bulgular eşliğinde sunarak, TART'ın ayırıcı tanısı, tedaviye yanıtı ve uzun dönem izlem gerekliliği konusunda farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır.

Olgu: Konjenital adrenal hiperplazi (21-Hidroksilaz eksikliği) nedeniyle düzensiz hidrokortizon ve fludrokortizon kullanım öyküsü olan 30 yaşında erkek hasta sol testiste ele gelen kitle nedeniyle yapılan USG görüntülemesinde her iki testiste adrenal artıklar, sol testis alt kesimde 4 mm, 6 mm, 10 mm nodüler kitlesel lezyonlar tespit edildi (resim 1). Kitlesel lezyonun ayırımı için yapılan MRG'de bilateral sünrenal gland hiperplazik görünümde, bilateral testislerde adrenal artıklar ile uyumlu lezyonlar, sol testis üst kesimde extratestiküler alanda 16x10 mm nodüler lezyon saptandı. Hastada testis tümör belirteçlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Ancak hormonal incelemede ACTH düzeyi >1250 pg/mL, 17-OH progesteron 67,13 ng/mL ve testosteron 180,84 ng/dL olarak ölçüldü. Spermiogram analizinde ise spermatozoa gözlenmedi (azoospermi). Endokrinoloji tarafından da değerlendirilen hasta ön planda KAH yetersiz tedavisine sekonder TART olarak değerlendirildi. Genkort ve astonin tedavisine başlandı. Altı aylık tedavi sonrası kontrol muayenesinde, hastanın hormonal parametrelerinin normal sınırlara döndüğü (17-OH progesteron: 41,93 ng/mL, ACTH: 32,7 pg/mL, testosteron: 204,04 ng/dL) saptandı. Kontrol amaçlı yapılan ultrasonografi incelemesinde, sağ testisteki lezyonların stabil kaldığı, sol testisteki lezyonların ise yaklaşık 0,5 cm küçüldüğü gözlemlendi (Resim 2). Spermiogram analizinde ise tedavi sonrasında da spermatozoa gözlenmedi (azoospermi).

Sonuç: KAH, erken tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonları önlenabilen bir endokrin hastalıktır. Bu olguda olduğu gibi, kontrolsüz ACTH artışı sonucunda gelişen testiküler adrenal rest tümörleri (TART) testisin primer maligniteleri ile karışabilir ve gereksiz organ kaybı ile sonuçlanabilir. Uygun glukokortikoid tedavisi ile hormonal kontrol sağlanarak lezyonlarda gerileme ve testis fonksiyonlarının korunması mümkündür. Anemnezlerinde KAH olan hastalarda ve bilateral testiküler kitlesi olan hastalarda tedavi yetersizliğine bağlı TART akla mutlaka getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Adrenal Hiperplazi, Testiste Kitle, TART



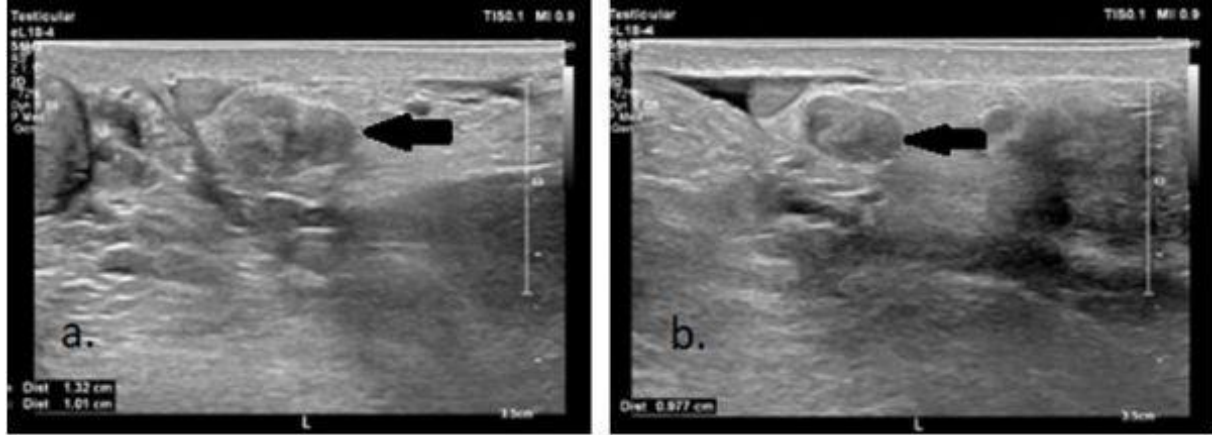


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

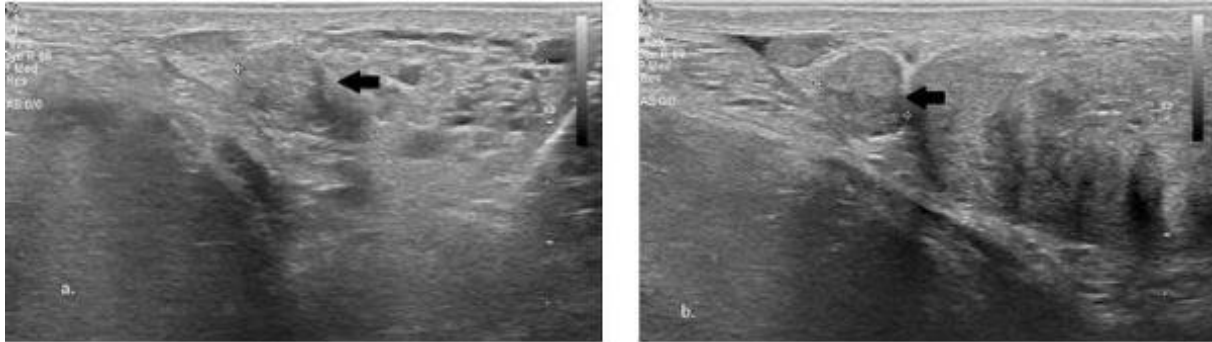


TEDAVİ ÖNCESİ SKROTAL USG



Resim1: Skrotal usg görüntüsü; Sağ testiste resim1a'da ok ile gösterilen 30 mm 'lik, resim1b'de sol testiste 25 mm'lik lezyon

TEDAVİ SONRASI SKROTAL USG



Resim2: Tedavi sonrası testiste kontrol usg görüntüsü; Resim2a'da ok ile gösterilen stabil seyreden sağ testisteki lezyon, resim2b'de ok ile gösterilen sol testiste yaklaşık 0,5 cm küçülme gösteren lezyon





[PS-074]

Vajen Ön Duvarda Paraüretal Kitle: Paraüretal Leiomyosarkom Nadir Bir Olgu

Cemil Aydın¹, Metin Kızgın¹, Merve Konal², Bayram Yılmaz³, Mustafa Serdar Çağlayan¹, Musa Ekici¹, Abdullah Çolaker¹, Ahmet Taşçı¹, Alpkon Torun¹, Mehmet Murat Baykam¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.

³Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D.

Amaç: Paraüretal leiomyosarkomlar son derece nadirdir ve literatürde daha önce hiç olgu bildirilmemiştir. Hastalığın nadir görülmesi ve üretra ile vajinal duvar arasındaki anatomik yakınlık nedeniyle tanı ve tedavisi genellikle zordur. Bu olguda transvajinal cerrahi ile başarıyla eksize edilen ve histopatolojik olarak tanı konulan bir paraüretal leiomyosarkom (LMS) olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta, vajende ele gelen kitle şikâyeti ile hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Hastanın vajende şişlik harici ek şikâyeti yoktu. FM'de, üretra ile vajina arasında, vajen ön duvarda yaklaşık 40 mm çapında yuvarlak ve mobil bir kitle palpe edildi. Üriner USG'de ve vajinal USG'de de vajen ön duvarından üretraya uzanan 4 cm'lik kitle saptandı. Kitlenin üretra ile ilişkisi konusunda intraoperatif konsültasyon istendi ve bu aşamada ekibimiz vakaya dahil oldu.

Hastaya sistoskopi yapıldı ve kitlenin mesane ile ilişkili olmadığı, mesanenin doğal olduğu görüldü. Ardından foley sonda takılarak yüksek litotomi pozisyonunda transvajinal yaklaşımla üretra koruyucu kitle eksizyonuna başlandı. Vajen ön duvarda orta hat kesisi yapıldıktan sonra kapsüllü solid bir tümör bulundu. Kitle ile üretra arasında herhangi bir bağlantı veya yapışıklık olmadığı saptandı ve tümör tam olarak rezeksiyonla çıkarıldı. Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. İdrar sondası 7. günde çıkarıldı. Dizüri veya idrar inkontinansı gibi herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: LMS en sık retroperitonda görülen düz kas orijinli nadir bir tümördür. Visseral organlar arasında en sık uterusu izlenmektedir; ancak paraüretal leiomyosarkomlar literatürde bildirilmemiştir.

Paraüretal kitlelerin ayırıcı tanısında leiomyoma, leiomyosarkom, üretra prolapsusu, divertikül ve üretra karunkülleri yer alır. Çeşitli ayırıcı tanıların yanı sıra, üretra, paraüretal ve ön vajinal duvar tümörleri arasındaki ayırım, anatomik yakınlıkları nedeniyle zor olabilir; bu nedenle, kitlenin ve çevreleyen organların ameliyat öncesi görüntüleme çalışmaları önemlidir. Bizim hastamızda jinekoloji doktoru lezyonun benign bir lezyon olduğunu düşündüğü için USG dışında ek görüntülemeye ihtiyaç duymamıştır. Ancak ileri görüntüleme tetkikleri burada olduğu gibi tümöral oluşumları önceden ön görebilmek için mutlaka yapılmalıdır. Tanıda pelvik MR altın standart olarak kabul edilmektedir.

Patoloji sonucu, iğsi leiomyosarkom olarak değerlendirildi.

Paraüretal kitle ön vajinal duvara yakın bir yerde bulunuyorsa, üretra yaralanmasını ve diğer komplikasyonları önlemek için üretra kateteri takılması faydalıdır.

Hastamız patoloji sonucuyla birlikte tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisine yönlendirildi. FDG PET incelemesinde metastaz saptanmadı. Hasta onkoloji birimi tarafından takibe alındı.

Sonuç olarak, Paraüretal leiomyosarkomlar son derece nadirdir. Paraüretal kitle değerlendirmesinde olgumuzda olduğu gibi malign nedenler de ekartasyon tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Leiomyosarkom, leiomyom, paraüretal kitle





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



kitlenin vaka esnasında çekilen fotoğrafı



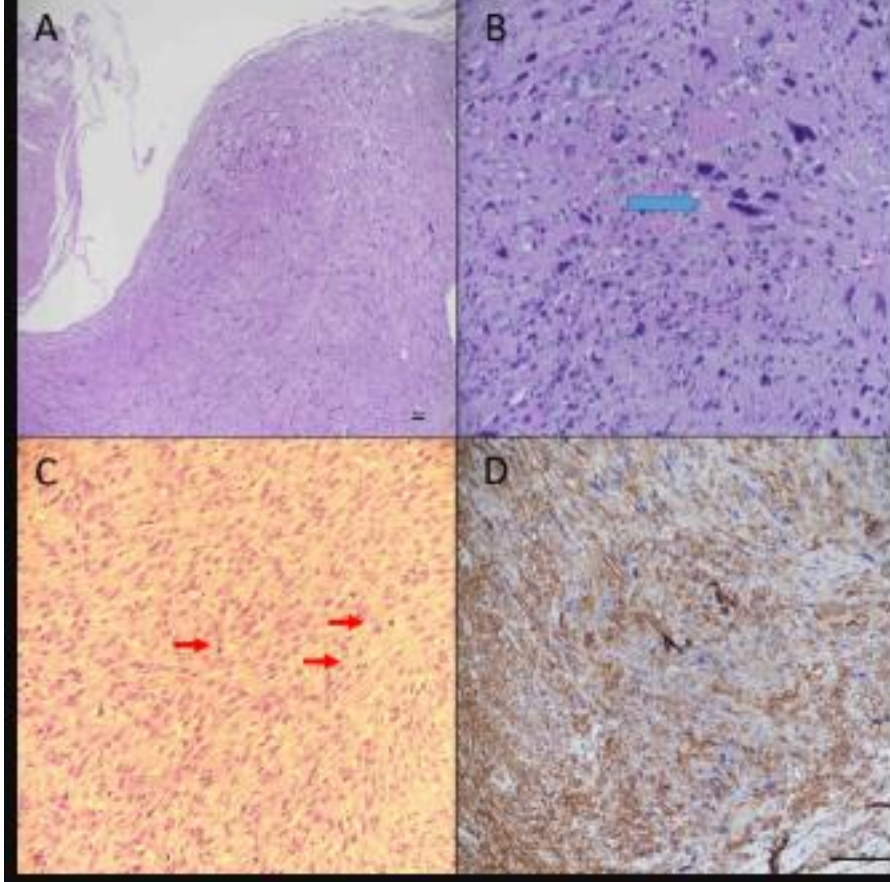


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2



- A: Düzensiz sınırlı içsi hücreli mezenkimal neoplazi, H&E, 4X
B: Nükleer atipi ve bizzarre nükleuslü içsi hücreler (mavi ok) H&E, 20X
C: Mitozlar (Kırmızı oklar) H&E 10X
D: Düz kas aktin pozitifliği, 20X, İHK





[PS-075]

Primer Böbrek Malignitesini Taklit Eden Histiyoitik Lezyon: Erdheim-Chester Hastalığı

Nihat Karabacak¹, Serhat Çetin¹, Fatma Sena Gürevin², İpek Işık Gönül², Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Erdheim-Chester hastalığı (ECD), nadir görülen Langerhans dışı bir histiyositoz formudur. Histiyoitik infiltrasyon ve sistemik inflamasyon baskındır(1). Hastalar sıklıkla uzun kemikte osteosklerozis ile başvurur ancak aorta tutulumu, pulmoner infiltrasyon, ksantalezma, serebellar ve piramidal semptomlar, retroperitoneal fibrozis ve böbrek tutulumu da görülebilmektedir(2). Bilinen miyelofibrozis tanılı insidental saptanan böbrek kitlesi patolojisi ECD tutulumu ile uyumlu olgumuzla literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

Olgu:

77 yaşında erkek hasta, insidental böbrek kitlesi nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Bilinen Primer Miyelofibrozis hastalığı mevcuttu. Ruksolitinin kullanıyordu. Sigara kullanmamış ve ailede kanser öyküsü yoktu. Ürolojik bir yakınması olmayan hastanın kan kreatinini 1,3 mg/dl idi. Tam idrar tetkikinde mikroskopik hematürisi yoktu. Kontrastsız Abdomen Bilgisayarlı Tomografi(BT)'de sol böbrek üst polde 5 cm lik kitle saptanmıştı. PET-BT'de Miyelofibrozis bulguları dışında sol böbrek orta ve üst kaliksiyel sistemi dolduran, böbrek parankim ile sınırları seçilemeyen, düzensiz sınırlı yumuşak doku yapılanması(SUVmax: 6,77) görülmüş. Abdomen MRG'de sol böbrek üst polde kapsül dışına uzanan 50*37*35 mm'lik nodüler lezyon olarak raporlandı(Görsel 1). Hastaya Ekim 2023'te sol radikal nefrektomi yapıldı ve patolojisi Histiositik Neoplazi, Erdheim-Chester Hastalığı ile uyumlu idi. Mikroskopik incelemede S100 negatif, CD163 diffüz sitoplazmik (+), CD68 diffüz sitoplazmik (+), ALK negatif, BRAF V600E boyası da negatif idi (Görsel 2). Renal sinüs ve perirenal yağ dokuda histiyositik infiltrasyon mevcuttu. 6 ay sonra yapılan abdomen USG'de ve 1 yıl sonra yapılan PET-BT'de miyelofibrozise sekonder dalak ve kemik bulguları dışında herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç:

ECD nadir görülen yaygın sistemik bulgular ile seyreden bir hastalıktır. İlk bulgu olarak çoğu hasta özellikle alt ekstremitelerde uzun kemik tutulumu ile başvurmaktadır. Böbrek tutulumu ile prezente olan olgu oldukça nadirdir(3). Literatürde olguların yaklaşık yarısında BRAF mutasyonu tanımlanmakla birlikte bizim olgumuzda BRAF negatif olması, histopatolojik incelemede histiyositoz ayırıcı tanısında olan ALK pozitifliğinin olmaması ve primer miyelofibrozis tanısı olması özellikleriyle olgumuz literatüre katkı sağlamaktadır.

Kaynakça:

1. Haroche et al., Erdheim-Chester disease, Blood. 2020
2. Wu Z et al., Abdom Radiol (NY). 2021
3. Abu Rass et al., Am J Case Rep., 2023

Anahtar Kelimeler: primer miyelofibrozis, Erdheim-Chester Hastalığı, histiyositik infiltrasyon, böbrek tutulumu, primer böbrek malignitesi

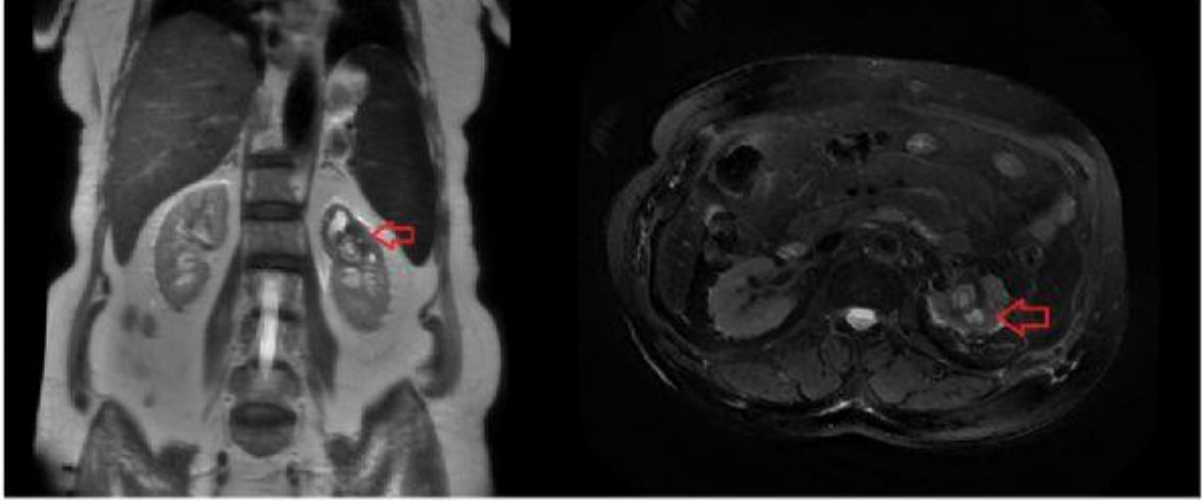


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

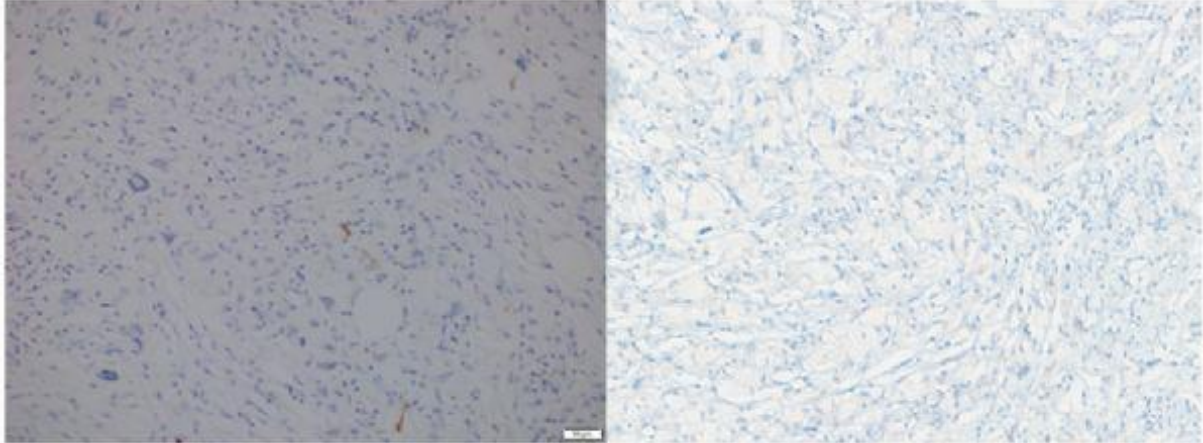
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Görsel 1. Sol böbrek üst pol yerleşimli kitlenin MRG aksiyel ve koronal görünümü



Görsel 2. Histopatolojik incelemede S100 (-) ve ALK (-) görünümü





[PS-080]

Sol Hemiskrotumda Dev Kitle Paratestiküler Liposarkom, Nadir Bir Olgu

Arif Kol, Ozan Aydoğan, Çağatay Özsoy
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Paratestiküler kitleler nadir görülmekle birlikte malignite riski taşır. İntraoperatif frozen inceleme, gereksiz orşiektomileri önleyip cerrahi planlamada yol gösterici olabilir. Bu olguda, paratestiküler liposarkomun skrotal kitle olarak prezente olabileceğın, ve frozen incelemenin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, Mayıs 2023 tarihinde uzun süredir sol hemiskrotumda ele gelen kitle ile dış merkeze başvurmuş. Dış merkez yapılan ultrasonografide paratestiküler kitle ön tanısı konmuş ve testis korunarak paratestiküler kitle eksizyonu yapılmış. Frozen inceleme yapılmamış. Patoloji iyi diferansiye liposarkom gelmiş ve 3 aylık takiplere alınmış. Ekim 2023 tarihinde dış merkezde FDG-PET(Florodeoksiglukoz- pozitron emisyon tomografisi) çekilmiş, rezidüel tümör izlenmemiş. 3 aylık takiplere devam edilmiş Mayıs 2024 ultrasonografide inguinal bölgede 20 mm patolojik lenf nodu saptanmış. Ağustos 2024 tarihinde tekrar FDG-PET çekilmiş; sonucunda sol inguinal kanal çevresinde ve skrotumda yeni gelişen hipermetabolik yumuşak doku dansiteleri saptanmış. Bunun üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Eylül 2024 tarihinde kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde sol hemiskrotumdan başlayan ağrısız, sert ve sol inguinal bölgeye uzanan dev kitle izlendi. Laboratuvar parametrelerinde patoloji saptanmadı. Testis tümör markerları negatif izlendi. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttu. Hastaya abdominopelvik MRG(manyetik rezonans görüntüleme) çekildi ve solda inguinal lojda 7x5x10,5 cm boyutunda postkontrast seride yoğun kontrast tutan irili ufaklı çok sayıda nodulden oluşan toplamda longitudinal çapı 12 cm'ye varan kitle bloğu şeklinde raporlandı. Bunun üzerine hasta Adnan Menderes Üniversitesi Üroloji-Onkoloji konseyine sunuldu. Konsey sonucu skrotal, inguinal eksplorasyon olarak sonuçlanması üzerine hastaya cerrahi planlandı. Hastaya sol hemiskrotumdan sol inguinal bölgeye uzanan geniş insizyon uygulandı. Görülebilen tüm yağ dokusu testiküler kompartmanlar, sol hemiskrotum, inguinal ve femoral lenf nodları eksize edildi. Hemovak dren bırakıldı, katlar usuluna uygun kapatıldı. Postoperatif 3. gün dren çekildi ve hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu en geniş yerde 14,5 cm miksoid liposarkom FNCLCC(Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre Le Cancer) Grade 2 olarak sonuçlandı. Tümöral alanlarda 10 büyük büyütme alanında 5 mitoz, <%50 nekroz izlendiği görüldü. Cerrahi sınır pozitif olarak yorumlandı. Testis yaşa uyumlu olağan, gönderilen lenf nodlarının tamamı reaktif olarak sonuçlandı. Adjuvan kemoterapi açısından medikal onkoloji görüşü alındı. Şubat 2025 tarihinde FDG-PET çekilen olguda rezidüel tümör/metastaz/lenf nodu saptanmadı.

Sonuç: Paratestiküler kitlelerde malignite olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır. Frozen inceleme, gereksiz orşiektomileri önleyebileceği gibi, malign lezyonlarda etkin cerrahi tedaviyi yönlendirmede de kritik bir rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Paratestiküler kitle, Üroonkoloji, Liposarkom



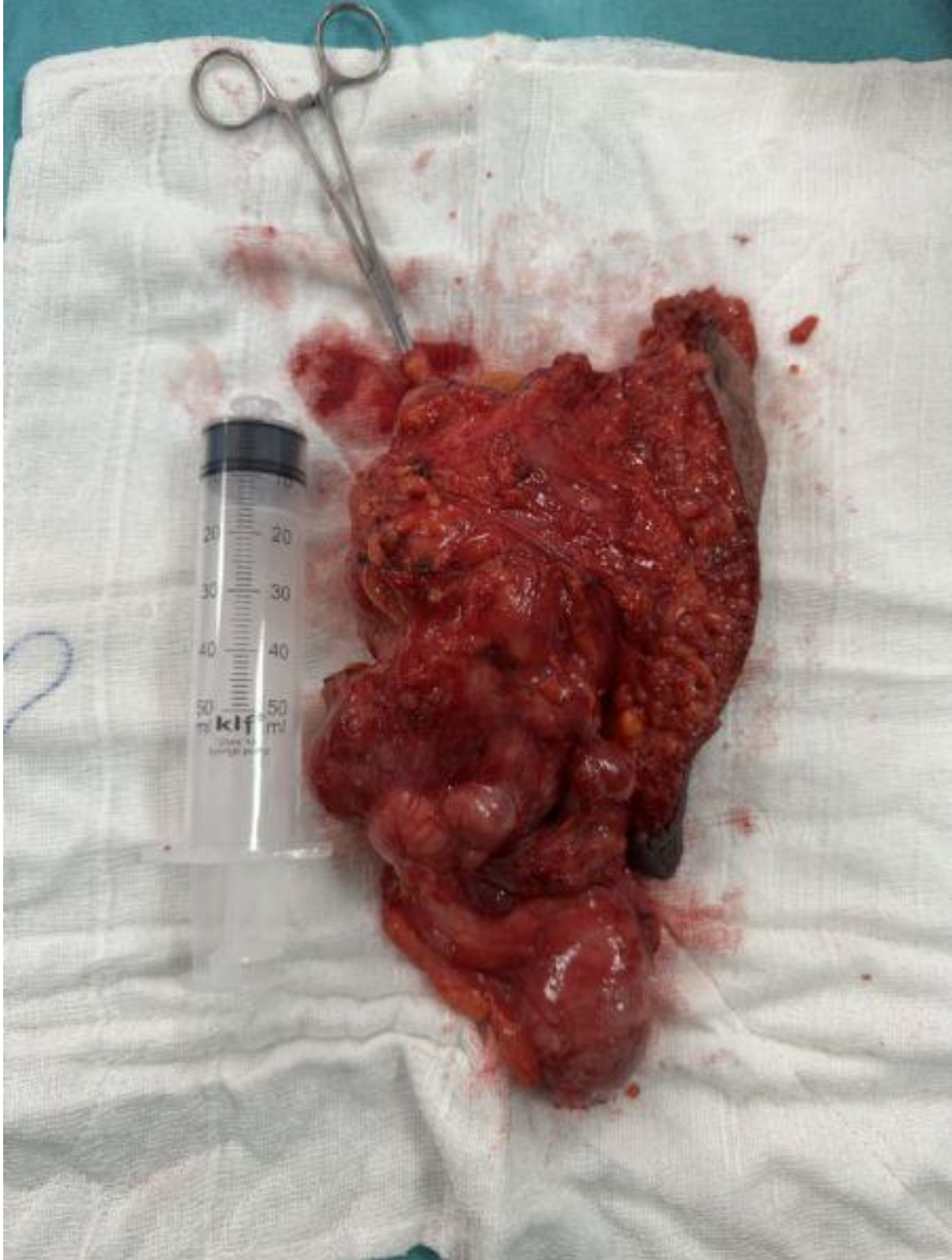


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Eksizyon Materyali



Sol Radikal Orsipektomi Materyali



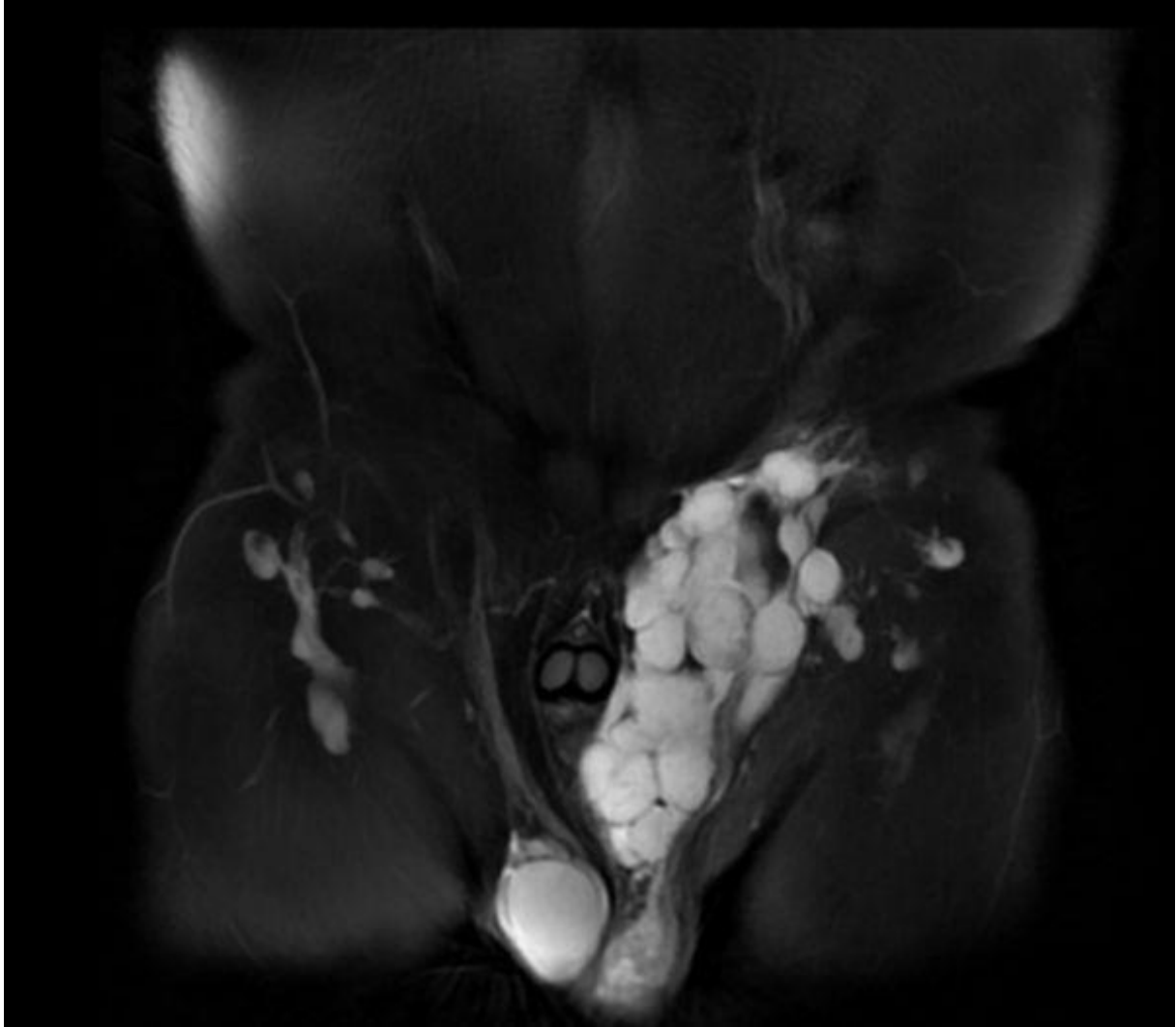


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



MRG



Paratestiküler Liposarkom MRG Görüntüsü





[PS-081]

İnsidental Saptanan Dev Sol Sürrenal Kitle: Malign Feokromasitoma Olgusu

Berkan Kuğu, Furkan Çapar, Emre Hepşen, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji, Ankara

Giriş:

Katekolamin üreten nadir nöroendokrin tümörler olan feokromositomalar, sıklıkla insidental olarak saptanır ve %10-15 malignite potansiyeli ile hipertansif krizlere yol açabildikleri için multidisipliner yönetim gerektirirler (Aygün ve Uludag, 2020). Bu sunumda, insidental saptanan dev bir sürrenal kitlenin tanı, tedavi ve patolojik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Olgu:

71 yaşında, Tip 2 DM, Hipertansiyon ve periferik arter hastalığı olan erkek hastanın bacak varisleri nedeniyle planlanan operasyon öncesi yapılan BT anjiyografide, sol sürrenal lojda insidental olarak 107x91 mm boyutlarında, böbrek üst polüne uzanan kistik-nekrotik kitle saptandı. Klasik triad olarak bilinen baş ağrısı, çarpıntı ve terleme öyküsü yoktu. MR'da kitle öncelikle adrenokortikal karsinomu düşündürdü. Biyokimyasal incelemede plazma serbest metanefrin 897.6 pg/mL, plazma serbest normetanefrin ise 28016.8 pg/mL ile 24 saatlik idrarda metanefrin 4111.2 µg/24s ve normetanefrin 42880.92 µg/24s düzeyleri masif yüksek saptanarak tanıyı aktif feokromositoma yönünde doğruladı. Hastaya preoperatif dönemde α-blokaj başlanarak titrasyonla 2 hafta süreyle hazırlık yapıldı. Fonksiyonel görüntüleme amacıyla yapılan Ga-68 DOTATATE PET/BT'de kitlede yoğun tutulum izlendi (SUVmax: 16,32). Ek metastatik odak saptanmadı. Sol açık sürrenalektomi, parsiyel nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulandı. İntraoperatif instabilite gözlenmedi. Çıkarılan 13x11x9 cm'lik kitlenin patoloji sonucu, fokal kapsül ve vasküler invazyon gösteren feokromasitoma olarak raporlandı. Lenf nodu örneklemesi negatif ve. PASS skoru 8 olarak değerlendirildi. Post-op 1. günde üretral katater, 3. günde batın dreni çekildi. 5.günde taburcu edildi. Preoperatif dönemde başlanan alfa-blokör tedavisi sonlandırıldı ve kan basıncı normal sınırlarda seyretti. Takiplerinde biyokimyasal belirteç düzeyleri normale döndü.

Tartışma:

İnsidental adrenal kitlelerde 10 cm'yi aşan boyut, malignite riskini belirgin şekilde artırmaktadır (Vural ve ark., 2020). Olgumuzda radyolojik olarak adrenokortikal karsinom düşünülmesine rağmen, tanısal süreci biyokimyasal testler belirlemiş ve aşırı yüksek katekolamin metabolitleri tanıyı feokromositoma yönüne çevirmiştir. Metastaz olmasa da, patolojide saptanan kapsül/vasküler invazyon ve yüksek PASS skoru, güncel kriterlere göre malign potansiyeli doğrulamaktadır (Thompson, 2002). Kitlenin dev boyutu ve malign potansiyeli, açık cerrahi tercihinin yönlendirmiştir. Açık yaklaşım, büyük feokromasitomalarda laparoskopinin taşıdığı artmış tümör rüptürü ve tümör manipülasyonunun bağlı intraoperatif hipertansif kriz kontrolü zorluğu gibi riskleri bertaraf ederken, onkolojik olarak tam rezeksiyon ve lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirme imkanı sunar (Zhang ve ark., 2022).

Sonuç:

Tüm dev adrenal kitleler fonksiyonel açıdan biyokimyasal olarak taranmalı ve feokromositoma yönetimi multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır. Malign potansiyelli olgularda dahi uzun süreli onkolojik takip esastır.

Anahtar Kelimeler: Açık Sürrenalektomi, Adrenal İnsidentaloma, Dev Adrenal Kitle, Malign Feokromositoma, PASS Skoru

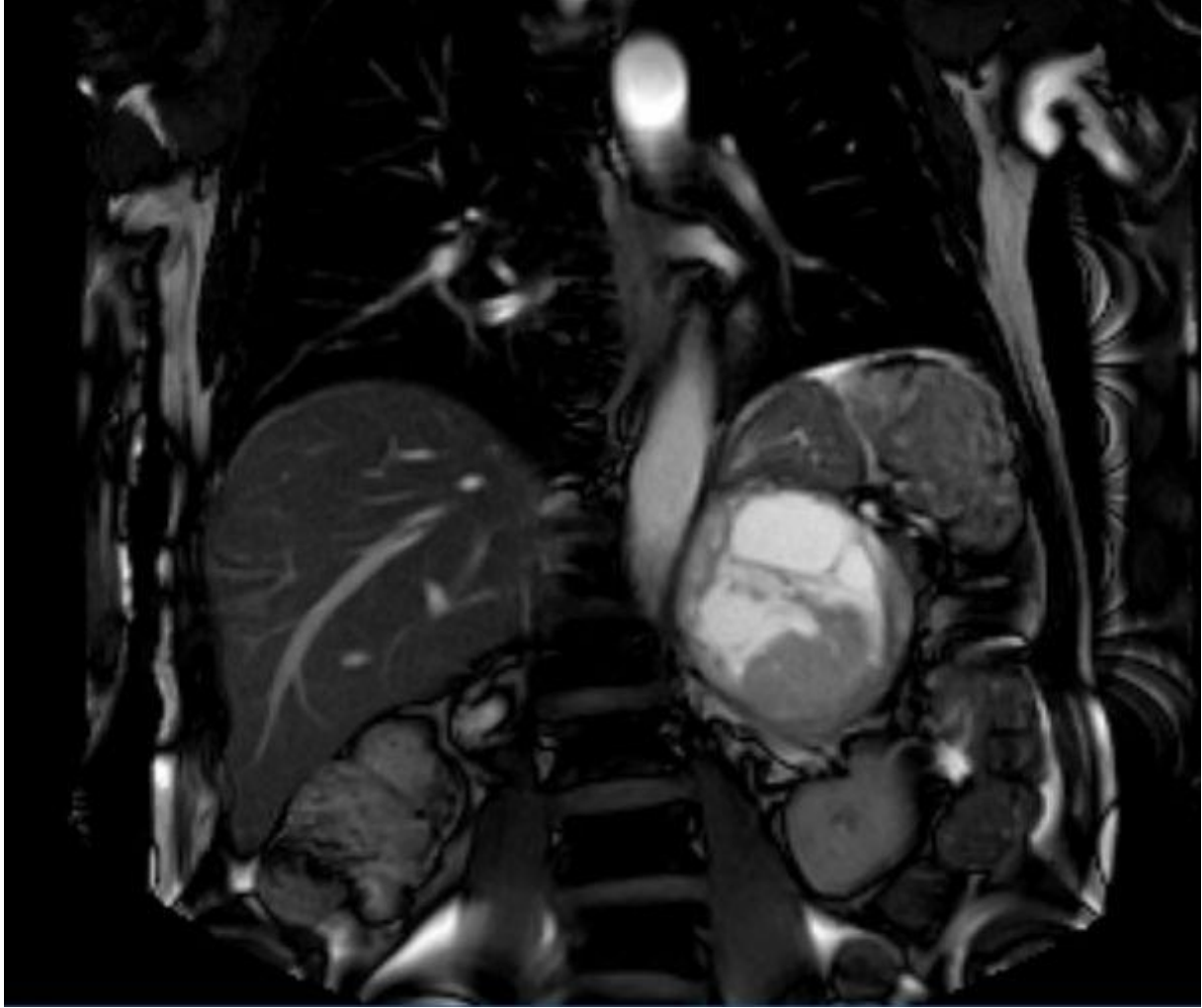


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Abdominal MR Görüntüsü



Abdominal MR görüntüsünde sol böbrek üst polüne invaze dev sürrenal kitle.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Ameliyat Sırasında Çıkarılan Kitle



Sol sürrenal lojda yerleşimli dev feokromasitoma kitlesinin açık cerrahi ile rezeksiyon anından görünümü.





[PS-084]

XP11 Translokasyonlu Renal Hücreli Karsinom: Tek Merkezden 4 Erişkin Olgu Serisi

Anıl Gençoğlu, Oktay Üçer, Ali Can Albaz, Oğuzcan Erbatu, Talha Müezzinoğlu
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç:

Xp11 translokasyonlu renal hücreli karsinom (Xp11-tRCC), TFE3 gen füzyonları ile karakterize, nadir görülen ve özellikle pediatrik/ genç erişkinlerde tanımlanan bir renal hücreli karsinom alt tipidir. Erişkinlerde daha agresif seyir gösterebilmesi, metastaz ve tedavi yanıtlarının değişken olması nedeniyle klinik açıdan önemlidir. Bu çalışmada merkezimizde radikal nefrektomi yapılan ve histopatolojik olarak Xp11-tRCC tanısı alan dört erişkin olgu klinik, patolojik ve tedavi özellikleri, uzun dönem takip ve sağkalım sonuçları ile sunulmuş ve literatür ile karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem:

2015-2019 yılları arasında böbrek tümörü nedeniyle radikal nefrektomi uygulanan ve histopatolojik incelemede Xp11 translokasyonlu RCC tanısı alan 4 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Olgu:

Olgu 1:

- 61 yaş kadın, 2015'te sol böbrek alt polde 9,5 cm kitle nedeniyle açık radikal nefrektomi yapıldı.
- Patoloji: RCC, Fuhrman grade III, kapsül dışına uzanım, perirenal yağ invazyonu, renal hilus yağ invazyonu; renal ven invazyonu yok.
- Paraaortik LN biyopsisinde metastaz saptandı. Takipte 11. ay görüntülemeye multipl milimetrik akciğer nodülleri metastaz lehine değerlendirilmiş, hasta sistemik progresyon sonrası 4 ay sonra kaybedilmiştir.

Olgu 2:

- 49 yaş erkek, 2016'da sol alt polde 11,5 cm kitle nedeniyle radikal nefrektomi.
- Patoloji: RCC, sarkomatoid alanlar, %40 nekroz, hilus ve perinefrik yağ invazyonu; renal ven invazyonu yok; cerrahi sınırlar temiz.
- Po 12. ayda kafa derisinde metastaz biyopsi ile doğrulandı. Pazopanib ve everolimus tedavileri sonrası hasta yaygın hastalık nedeniyle 2 ay sonra kaybedildi.

Olgu 3:

- 58 yaş erkek, 2018'de pT1b, WHO/ISUP grade III tümör nedeniyle radikal nefrektomi.
- Takibinde 60. ayda metastatik RCC tanısı ile tirozin kinaz inhibitörü başlandı. 7 ay önce çekilen PET/BT'de karaciğer, vertebra ve lenf nodu metastazlarında belirgin regresyon, akciğer nodüllerinde stabilite izlendi. Hasta halen tedavi altında takip edilmektedir.

Olgu 4:

- 44 yaş erkek, 2019'da pT3, WHO/ISUP grade III-IV, %40 nekroz izlendi.
- Nivolumab tedavisi almakta olup 11 ay önce çekilen PET/BT'de akciğer metastazında ve mediastinal lenf nodlarında metabolik progresyon izlenmektedir.
- Tüm hastalarda grade $\geq$ III, iki hastada %40 nekroz izlendi.
- Takip süresi ortalama 67 ay (60-132). İki hasta progresyon sonrası kaybedildi, iki hasta halen takipte.

- Metastaz gelişimi ortalama 38,7 ayda (18-58 ay) oldu

Sonuç:

Xp11-tRCC erişkinlerde nadir görülmekle birlikte metastaz ve mortalite oranları yüksektir. Serimizde dört olgunun üçünde metastaz gelişmiş, ortalama metastaz gelişim süresi 38,7 ay bulunmuştur. İki hasta hastalık progresyonu nedeniyle kaybedilmiştir. Literatürde erişkin serilerinde bildirilen yüksek metastaz oranı (%40-60) ve sınırlı sağkalım ile uyumlu olarak, serimizde de uzun dönem takipte kür sağlanamamıştır. Bu alt tipte erken tanı, yakın takip ve yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik RCC, Renal Hücreli Karsinom, Xp11 translokasyonu



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Olguların özet klinik özellikleri

OLGU	YAŞ/CİNSİYET	TÜMÖR ÖZELLİĞİ	TAKİP(KAÇINCI AY)
1	61,K	9.5 CM, GRADE III, İNVAZYON+	15. AYDA KAYBEDİLDİ
2	49,E	11.5 CM, SARKOMATOİD, NEKROZ %40	14. AYDA KAYBEDİLDİ
3	58,E	PT1b, GRADE III	81. AYDA HALEN TAKİPTE
4	44,E	PT3, GRADE III-IV, NEKROZ %40	71. AYDA HALEN TAKİPTE





[PS-085]

Pelvik Kondrosarkoma Sekonder Gelişen Atipik Prezantasyonlu Fournier Gangreni: Olgu Sunumu

Halil İbrahim Ayaz, Ata Haydar Selçuk, Mücahit Çavış, Ahmet Nihat Karakoyunlu
ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Fournier gangreni (FG), genital ve perineal bölgenin nadir görülen, hızla ilerleyen ve hayatı tehdit eden bir nekrotizan fasiitidir. Altta yatan nedenler arasında ürogenital veya kolorektal enfeksiyon odakları, diyabet ve immünosupresyon sayılabilir. Bu olgu sunumunda, bilinen pelvik kondrosarkom tanısı olan ve tümör kitlesinin enfekte olması sonucu atipik bir FG prezantasyonu gelişen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:

70 yaşında erkek hasta, skrotumda artan şişlik ve pürülan akıntı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden, pelvik bölgede yerleşimli, biyopsi ile grade 1 kondrosarkom tanısı konulmuş ancak hasta tarafından reddedilmiş bir tedavi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede bilateral testisler doğal palpe edildi, skrotumda yaklaşık 10-15 cm çapında ödematöz, hiperemik alanlar mevcuttu, sol hemiskrotumda krepitasyon palpe edildi. Sol skrotum ile pelvik bölge birleşiminde fistüle olmuş abse alanı izlendi ve bu alandan sıkma ile pürülan, kötü kokulu drenaj olduğu gözlemlendi. Sol bacak medial uyluk bölgesinde yaygın ödem mevcuttu.

Görüntüleme Bulguları:

Abdominopelvik Kontrastlı BT: Sağ inferior pubik ramusta 150x81 mm boyutlu, kalsifiye kemik kaynaklı kitle. Kitlenin posteriorunda 138x89 mm boyutlu, hava dansiteleri içeren loküle kistik koleksiyon alanı. Bu koleksiyon sol inguinal kanala ve testis posterioruna uzanım göstermekteydi. Hastaya "Fournier Gangreni" tanısı ile acil cerrahi debridman uygulandı. Tarafımızca skrotal debridman yapıldı ve skrotumda bulunan nekrotik dokular temizlendi. Debridman materyali patolojiye gönderildi.

Patoloji Sonucu: "Fibrin kayıtlı materyalde nekrotik yumuşak dokular görülmektedir. Neoplastik oluşum lehine aşikar bulgu izlenmemiştir. Mevcut kırıkdak dokusunda sellülaritede hafif artış ve nekroz bulunması nedeniyle, radyolojik veriler de uygun ise, grade 1 kondrosarkom ile uyumlu olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür."

Hasta postoperatif dönemde ortopedi kliniğine devredildi.

Sonuç:

Malign neoplazmalar, tümör nekrozu, doku iskemisi ve fistülizasyon yoluyla FG için nadir ancak ciddi bir predispozan faktör oluşturabilir. Özellikle pelvik tümörlerde perineal bölgeye yayılım varlığında, skrotal enfeksiyon ve abse bulguları ortaya çıktığında, altta yatan malignite mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu tür vakalarda tedavi, agresif cerrahi debridman ve uygun antibiyoterapinin yanı sıra, altta yatan malignitenin yönetimini de içeren multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, kondrosarkom, pelvik tümör





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



intraoperatif



intraoperatif



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



preop



preop





[PS-086]

Metastatik Prostat Adenokarsinomunda Nadir Bir Metastaz Yeri: Testiküler Metastaz Olgusu ve Yönetimi

Burak Çetin, İsmail Emre Ergin, Hilmi Sarı, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Başlık: Metastatik Prostat Adenokarsinomunda Nadir Bir Metastaz Yeri: Testiküler Metastaz Olgusu ve Yönetimi

Yazarlar: Dr. Burak ÇETİN¹, Op. Dr. İsmail Emre ERGİN¹, Op. Dr. Hilmi SARI¹, Prof. Dr. Ahmet Nihat KARAKOYUNLU¹

Kurum: ¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş:

Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen malignitelerden biridir. Tanıda prostat spesifik antijen (PSA), multiparametrik prostat MRG (mpMR) ve ultrason eşliğinde prostat biyopsisi altın standart yöntemlerdir. Metastatik hastalıkta androjen deprivasyon tedavisi (ADT) birinci basamak tedavi seçeneğidir. Prostat kanserinin testiküler metastazı oldukça nadir görülen bir durum olup literatürde <%1'den az oranda bildirilmiştir (Zhu et al, Oncology Letters, 21(5): 413, 2021.). Testiküler metastaz genellikle polimetastatik hastalık ile ilişkilidir.

Olgu:

Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, altı aydır devam eden üriner retansiyon ve PSA yüksekliği (139 ng/mL) nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan mpMR'de PIRADS 5 lezyon saptandı. Ultrason eşliğinde yapılan 12 kadrant prostat biyopsisinde 9 kadranda (%70, %35, %30, %50, %40, %50, %20, %20, %10) tümör izlendi ve Gleason skoru 7 (3+4) prostat adenokarsinomu tanısı konuldu. Kribriform pattern mevcuttu. Çekilen 68Ga-PSMA PET/BT'de yaygın kemik ve lenf nodu metastazları gösterildi. Hastanın tedavisine androjen deprivasyon tedavisi (ADT) başlandı ve palyatif amaçlı transüretral rezeksiyon (TUR-P) ve bilateral kastrasyon orşiektomisi uygulandı. TUR-P materyalinin patolojik incelemesinde prostat adenokarsinomu, Gleason skoru 10 (5+5), Grade Grup 5 olarak raporlandı. Sağ testis materyalinde ise immünohistokimyasal incelemede (NKX3.1 ve PSAP pozitifliği) prostat adenokarsinomu metastazı doğrulandı. NKX3.1 ve PSAP'ın prostat kanseri tanısında özgüllük ve hassasiyet değerleri %90'ın üzerindedir. Postoperatif dönemde medikal onkoloji konsültasyonu sonrası hastaya abirateron asetat + prednizolon tedavisi başlandı. PSA takiplerinde: Preoperatif PSA: 908 ng/mL, 1. ay: >100 ng/mL, 3. ay: 473 ng/mL. Hastanın ECOG performans durumu 1 olup tedaviye yanıt değerlendirilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Prostat kanserinde testiküler metastaz oldukça nadir olmakla birlikte, yaygın metastatik hastalık varlığında akılda tutulması gereken bir durumdur. Olgumuz, testiküler metastazın immünohistokimyasal yöntemlerle (NKX3.1 ve PSAP) nasıl doğrulandığını göstermesi ve yaygın metastatik hastalıkta testiküler metastazın polimetastatik hastalık seyrinin bir parçası olabileceğini vurgulaması açısından önem taşımaktadır. Testiste kitle saptanan ve prostat kanseri öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda metastaz olasılığı mutlaka değerlendirilmeli ve tanı için immünohistokimyasal incelemeler kullanılmalıdır. Tedavi, sistemik hastalığın yönetiminin bir parçası olup palyatif cerrahi gerektiren durumlarda uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: NKX3.1, Orşiektomi, Prostat Kanseri, PSAP, Testis Metastazı





[PS-088]

Cystic Nephroma: Case Report

Bilgin Öztürk¹, Aşkın Eroğlu¹, İncila Öztürk², Oya Nermin Sivriköz², Mehmet Uğur Mungan³

¹Department of Urology, Başkent University Research and Training Medical Center, İzmir, Turkey

²Department of Pathology, Başkent University Research and Training Medical Center, İzmir, Turkey

³Department of Urology, School of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir

Objective: Cystic nephroma (CN) is a rare benign neoplasia and is mostly seen in middle-aged women. These masses, which are generally asymptomatic, are detected incidentally radiologically. Emerging terminology regarding CNs, and other cystic kidney tumors reflects ongoing changes in classification as understanding of disease processes and genetic abnormalities changes. Herein, we present a patient with a CN who was presented to hospital with hematuria and underwent surgery for a renal mass, along with radiology and pathology images.

Case: A 72-year-old male patient was admitted to our urology clinic after a right renal mass was detected in abdominal ultrasonography performed due to hematuria. A computed tomography (CT) scan was performed on the patient before the surgery. In the patient's entire abdominal tomography examination, a multilocular cystic lesion was observed in the upper pole of the right kidney, containing parapelvic and exophytic components, reaching 50 × 51 × 50 mm in size at its widest point, and containing thin septa in the anterior and slight contrast enhancement and millimetric-sized calcification in the septa (Figure 1). This cystic lesion was evaluated as type 3 according to the Bosniak classification. The patient underwent transperitoneal laparoscopic right radical nephrectomy. After pathologic examination, a diagnosis of CN was made. In CN, which consists of cysts and septa, epithelial cells in the form of hobnail and a tubular structure in the septa were seen (Figure 2 and Figure 3). During the 2-year follow-up of the patient, no additional treatment was given, and no local recurrence or metastasis was observed. The patient was informed about the case presentation and written consent was obtained for the publication of the case and the use of their images.

Conclusion: As a result, CN is a rare, mostly benign lesion, and renal tumors with malignant cystic content should be kept in mind in its differential diagnosis. In selected cases, partial nephrectomy may be an appropriate treatment option. It has been reported that local recurrence may occur in cases where partial nephrectomy was performed. After the histopathologic diagnosis is made, it is necessary to follow up for malignant transformation, local recurrence or metastasis.

Keywords: cystic, nephroma, kidney, neoplasia





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



CT image of multilocular cystic lesion, separated by thin septations.

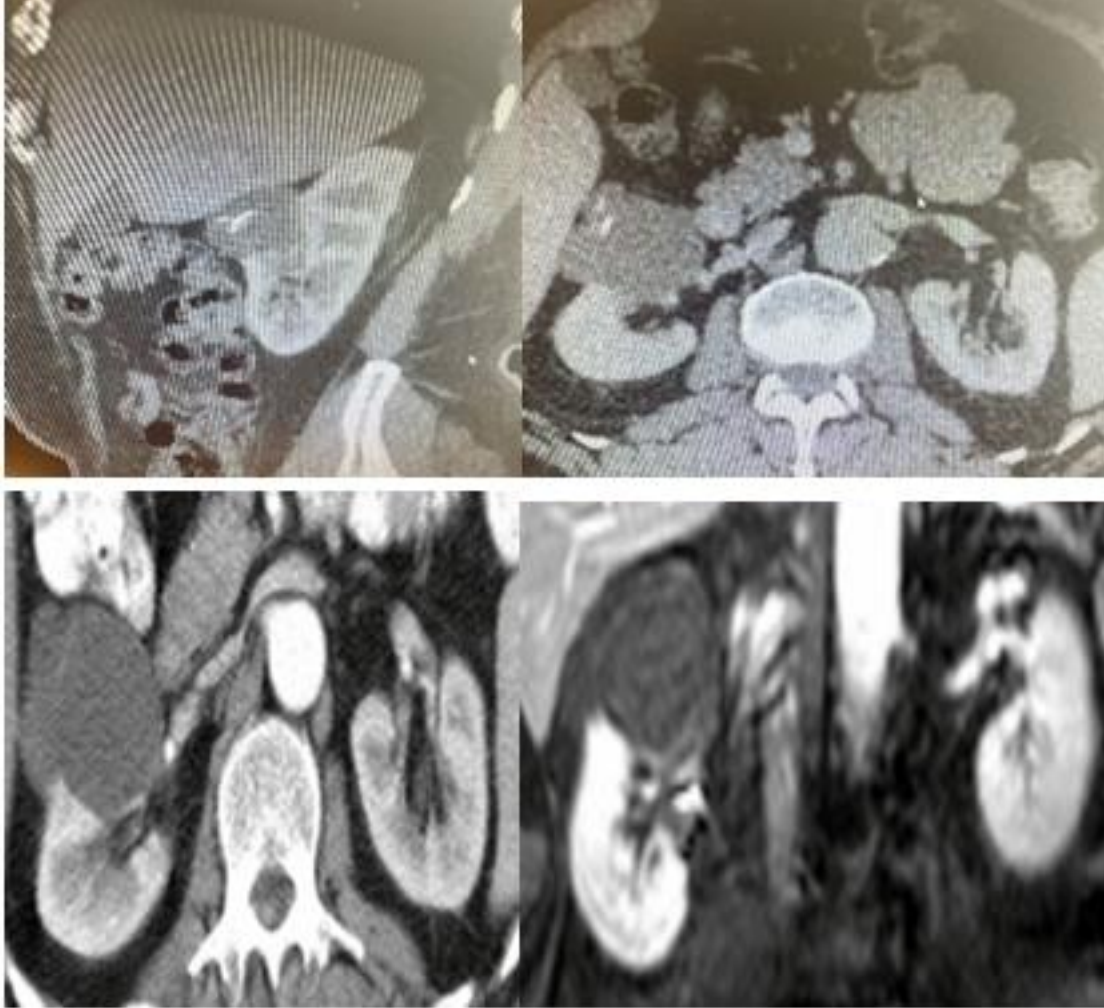


Figure 1:





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



figure 2: Macroscopic Image of Specimen, figure 3: Microscopic Image of the Lesion (Hematoxylin & Eosin staining, top x40 magnification. bottom x20 magnification)

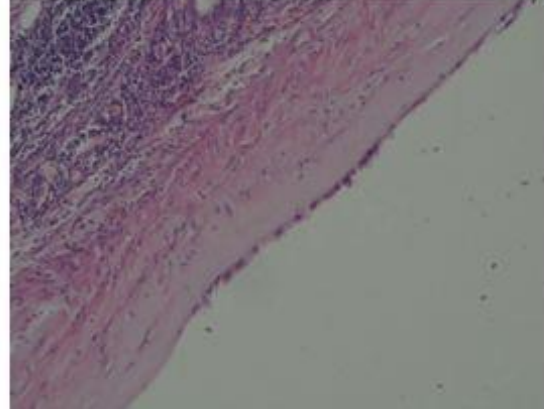
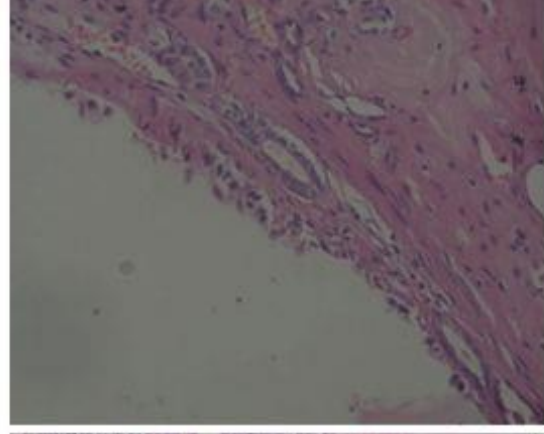
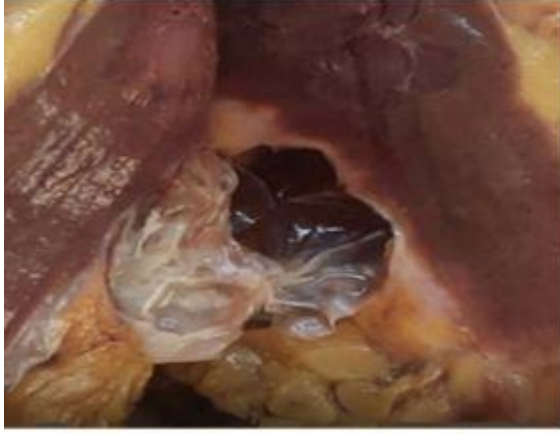


figure 2 ve figure 3 tek bir figür olarak görülecek





[PS-089]

Böbreğin Mikst Tip Adenokarsinomu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Bahattin Kızılgök¹, Emrah Demirci²

¹Çanakkale Lapseki Devlet Hastanesi

²Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

Giriş:

Renal malignitelerin %85–90'ını renal hücreli karsinomlar oluşturur. Daha nadir histolojik alt tipler %10–15'i temsil ederken, primer renal adenokarsinomlar çok düşük insidansa sahiptir ve literatürde genellikle olgu sunumları şeklinde bildirilir. Histopatolojik olarak müsinöz, enterik ve taşlı yüzük hücreli komponentleri içeren mikst tip varyantlar ise son derece nadir olup klinik ve radyolojik olarak sıkça renal hücreli karsinom ile karışır. Bu yazıda, komplike kistik lezyon görünümüyle prezente olan ve laparoskopik radikal nefrektomi uygulanan mikst tip adenokarsinom olgusu sunuldu.

Olgu:

Seksen yaşında kadın hasta sol yan ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenesi doğal sınırlarda olan hastanın üriner sistem USG'sinde sol böbrek alt polde 44×34 mm, kalsifikasyon ve solid komponent içeren komplike kistik lezyon saptandı. Trifazik kontrastlı BT'de 45×50 mm, solid ve kistik komponentler içeren heterojen, düzensiz konturlu kontrastlanan kitle izlendi. Bulgular renal hücreli karsinom lehine yorumlandı. Preoperatif toraks BT'de metastatik odak izlenmedi. Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede müsinöz, enterik ve taşlı yüzük hücreli komponentler içeren mikst tip adenokarsinom tanısı kondu. Tümör 4×3,5×3 cm olup pelvikalisial sistem, renal parankim ve perinefrik yağ dokusuna invazyon gösterdi ve pT4 olarak evrelendi. Postoperatif 18F-FDG PET-BT'de sol iliak kemikte 3 cm hipermetabolik metastatik lezyon saptandı (SUVmax:10,5) ve palyatif radyoterapi uygulandı.

Tartışma:

Böbreğin mikst tip adenokarsinomları çok nadir görülür, klinik ve radyolojik açıdan renal hücreli karsinomu taklit eder. Literatürde bu tümörlerin agresif biyolojik davranış sergilediği, erken dönemde metastaz yapabildiği ve çoğunlukla ileri evrede tanı aldığı bildirilmiştir. Müsinöz tübüler ve spindle hücre karsinomu gibi nadir varyantlarda başlangıçta lokalize izlenmesine rağmen postoperatif erken dönemde kemik metastazı gelişen vakalar raporlanmıştır. Bizim olgumuzda da preoperatif evreleme tetkiklerinde metastatik odak yokken postoperatif erken dönemde iliak kemikte metastaz saptanması bu agresif biyolojik davranışı destekler. Benzer olgularda perinefrik invazyonun sık eşlik ettiği ve genellikle pT4 gibi yüksek evreleme ile raporlandığı bildirilmiş olup bu durum kötü prognoz açısından önemli bir belirteçtir.

Sonuç:

Böbreğin mikst tip adenokarsinomları son derece nadir, agresif biyolojik davranış sergileyen ve genellikle ileri evrede tanı alan neoplazmlardır. Klinik ve radyolojik olarak renal hücreli karsinomu taklit edebilmeleri nedeniyle komplike kistik lezyonlarda geniş ayırıcı tanı yapılmalıdır. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur ve olası erken metastaz riski nedeniyle postoperatif dönemde yakın onkolojik takip önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kemik metastazı, laparoskopik radikal nefrektomi, müsinöz tümör varyantı, renal mikst tip adenokarsinom, taşlı yüzük hücreli komponent





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



Preoperatif Bilgisayarlı Tomografi kesitinde sol böbrek alt polde kitle



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2



Postoperatif 18F-FDG PET-BT'de sol iliak kemikte hipermetabolik aktivite(SUVmax:10,5)





[PS-089]

Böbreğin Mikst Tip Adenokarsinomu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Bahattin Kızılgök¹, Emrah Demirci²

¹Çanakkale Lapseki Devlet Hastanesi

²Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

Giriş:

Renal malignitelerin %85–90'ını renal hücreli karsinomlar oluşturur. Daha nadir histolojik alt tipler %10–15'i temsil ederken, primer renal adenokarsinomlar çok düşük insidansa sahiptir ve literatürde genellikle olgu sunumları şeklinde bildirilir. Histopatolojik olarak müsinöz, enterik ve taşlı yüzük hücreli komponentleri içeren mikst tip varyantlar ise son derece nadir olup klinik ve radyolojik olarak sıkça renal hücreli karsinom ile karışır. Bu yazıda, komplike kistik lezyon görünümüyle prezente olan ve laparoskopik radikal nefrektomi uygulanan mikst tip adenokarsinom olgusu sunuldu.

Olgu:

Seksen yaşında kadın hasta sol yan ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenesi doğal sınırlarda olan hastanın üriner sistem USG'sinde sol böbrek alt polde 44×34 mm, kalsifikasyon ve solid komponent içeren komplike kistik lezyon saptandı. Trifazik kontrastlı BT'de 45×50 mm, solid ve kistik komponentler içeren heterojen, düzensiz konturlu kontrastlanan kitle izlendi. Bulgular renal hücreli karsinom lehine yorumlandı. Preoperatif toraks BT'de metastatik odak izlenmedi. Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede müsinöz, enterik ve taşlı yüzük hücreli komponentler içeren mikst tip adenokarsinom tanısı kondu. Tümör 4×3,5×3 cm olup pelvikalisijel sistem, renal parankim ve perinefrik yağ dokusuna invazyon gösterdi ve pT4 olarak evrelendi. Postoperatif 18F-FDG PET-BT'de sol iliak kemikte 3 cm hipermetabolik metastatik lezyon saptandı (SUVmax:10,5) ve palyatif radyoterapi uygulandı.

Tartışma:

Böbreğin mikst tip adenokarsinomları çok nadir görülür, klinik ve radyolojik açıdan renal hücreli karsinomu taklit eder. Literatürde bu tümörlerin agresif biyolojik davranış sergilediği, erken dönemde metastaz yapabildiği ve çoğunlukla ileri evrede tanı aldığı bildirilmiştir. Müsinöz tübüler ve spindle hücre karsinomu gibi nadir varyantlarda başlangıçta lokalize izlenmesine rağmen postoperatif erken dönemde kemik metastazı gelişen vakalar raporlanmıştır. Bizim olgumuzda da preoperatif evreleme tetkiklerinde metastatik odak yokken postoperatif erken dönemde iliak kemikte metastaz saptanması bu agresif biyolojik davranışı destekler. Benzer olgularda perinefrik invazyonun sık eşlik ettiği ve genellikle pT4 gibi yüksek evreleme ile raporlandığı bildirilmiş olup bu durum kötü prognoz açısından önemli bir belirteçtir.

Sonuç:

Böbreğin mikst tip adenokarsinomları son derece nadir, agresif biyolojik davranış sergileyen ve genellikle ileri evrede tanı alan neoplazmlardır. Klinik ve radyolojik olarak renal hücreli karsinomu taklit edebilmeleri nedeniyle komplike kistik lezyonlarda geniş ayırıcı tanı yapılmalıdır. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur ve olası erken metastaz riski nedeniyle postoperatif dönemde yakın onkolojik takip önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kemik metastazı, laparoskopik radikal nefrektomi, müsinöz tümör varyantı, renal mikst tip adenokarsinom, taşlı yüzük hücreli komponent





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1



Preoperatif Bilgisayarlı Tomografi kesitinde sol böbrek alt polde kitle



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2



Postoperatif 18F-FDG PET-BT'de sol iliak kemikte hipermetabolik aktivite(SUVmax:10,5)





[PS-090]

Adrenal Kitle ile Prezente Olan Ekstrapulmoner Tüberküloz: Nadir Bir Vaka Sunumu

Hüseyin Sosa¹, Nisa Begüm Öztürk², Aydemir Asdemir¹, Hüseyin Saygın¹, Esat Korğalı¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Ekstrapulmoner tüberkülozun nadir formlarından biri adrenal bez tutulumudur. Genellikle adrenal tümörleri taklit eder ve tanı çoğunlukla cerrahi sonrası konur. **Olgu:** 48 yaşında erkek hasta, rutin batin görüntülemesinde sol adrenal bölgede saptanan 4 cm çapında heterojen, kontrastlanan kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Hastanın öyküsünde belirgin sistemik semptomu yoktu. Hormonal değerlendirme sonucu fonksiyonel olmayan adrenal kitle olarak değerlendirildi. Laparoskopik sol adrenalectomi uygulandı. Patoloji sonucu granülomatöz inflamasyon, kazeifikasyon nekrozu tüberküloz saptandı (Şekil 2). Hasta bu bulgular üzerine enfeksiyon hastalıkları bölümüne yönlendirildi. Yapılan toraks HRCT incelemesinde sağ üst lobta fibro-kaviter değişiklikler ve nodüler infiltrasyonlar izlendi. Bu bulgular tüberküloz sekül lezyonları ile uyumlu olarak değerlendirildi. Antitüberküloz tedavi başlandı. **Sonuç:** Adrenal bezlerin tüberküloz nedeniyle tutulumu, nadir görülmekle birlikte genellikle sinsi seyirli olup tanı koymak zordur. Vakaların çoğunda adrenal yetmezlik semptomları ile başvuru olurken, bizim vakamızda böyle bir klinik tablo mevcut değildi. Bu nedenle adrenalectomi sonrası patolojik inceleme ile tanı konulmuştur. Literatürde adrenal tüberküloza bağlı adrenal kitlelerin nadiren bildirildiği ve genellikle bilateral tutulumla yol açtığı ifade edilmektedir [3]. Bu olgu, literatürde oldukça nadir bildirilen izole adrenal tüberküloz olgularından biri olması nedeniyle önem arz etmektedir. Adrenal tüberküloz, genellikle pulmoner tüberküloz ya da yaygın diseminasyonun bir parçası olarak ortaya çıkar ve çoğunlukla bilateral adrenal büyüme ile ilişkilidir [4,5]. Ancak nadiren de olsa adrenal bezler izole olarak tutulabilir ve bu durum genellikle malignite ile karışabilen adrenal kitle şeklinde kendini gösterebilir [6]. Görüntüleme yöntemleri ile benign ya da malign ayrımı yapılması zor olduğundan, çoğu olguda kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır [7]. Bizim olgumuzda da klinik olarak adrenal yetmezlik bulguları olmamakla birlikte, sol sürrenal bölgede rastlantısal saptanan adrenal kitle nedeniyle cerrahi uygulanmış ve patoloji sonucu doğrultusunda adrenal tüberküloz tanısı konulmuştur. Adrenal tüberkülozun tanısı genellikle geç konulmakta ve adrenal yetmezlik geliştiğinde fark edilmektedir. Bu durum, adrenal tüberkülozun nonspesifik semptomlarla seyretmesi ve görüntüleme bulgularının malign lezyonlarla benzerlik göstermesi ile ilişkilidir [8]. Olgumuzun literatürdeki benzer vakalarla karşılaştırıldığında izole tek taraflı adrenal tutulumuna sahip olması ve adrenal yetmezlik semptomlarının eşlik etmemesi nedeniyle klinik açıdan ayırt edici olduğu düşünülmektedir. Bu yönüyle adrenal tüberkülozun ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, endemik bölgelerde adrenal kitle varlığında tüberkülozun akla gelmesi ve olası yanlış tanı ve gereksiz cerrahilerin önüne geçilmesi açısından dikkatli değerlendirme yapılması önemlidir [9].

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, sürrenal tüberküloz, laparoskopik sürrenalectomi



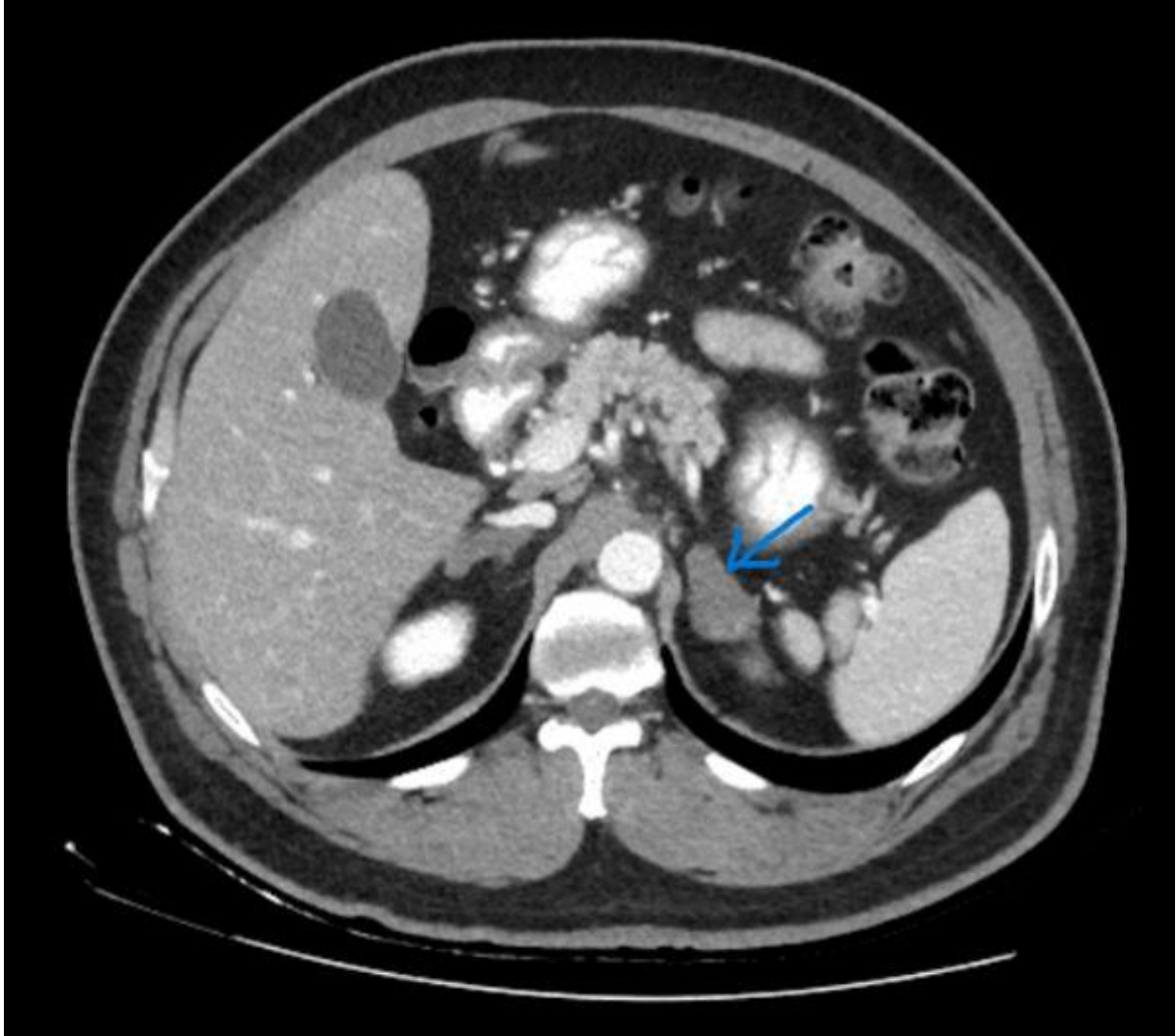


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1



Transvers planda abdomen BT'de, sol adrenal bezde yaklaşık 3 cm boyutlu, heterojen dansitede, kalsifik bileşen içeren kitle lezyonu izlenmektedir (mavi ok). Lezyonun FDG tutulumu PET-BT'de yüksek bulunmuştur.

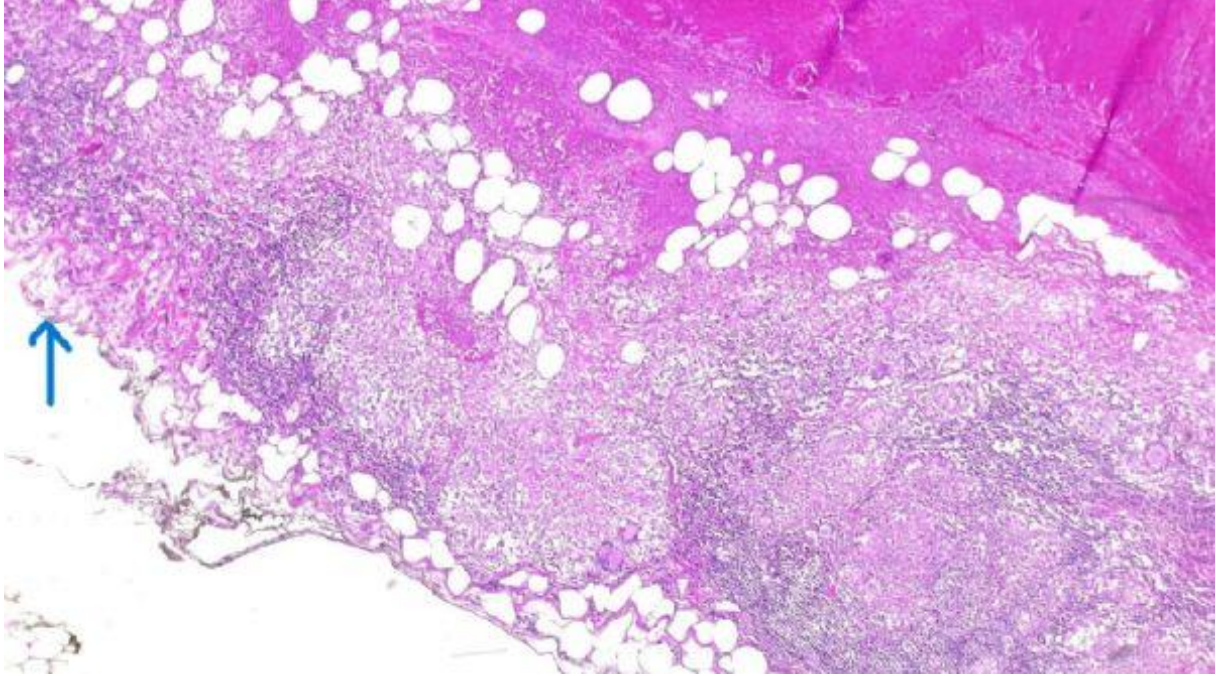


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2



Küçük rezidü adrenal dokusu (ok ile işaretli) ile çevre yağ dokusunu infiltre eden ve geniş kazeifiye nekroz alanlarına eşlik eden granülom yapıları ve içlerinde çok sayıda langhans ve yabancı cisim tipi multinükleer dev hücreler (HE X50) (HE X100)





[PS-091]

Nadir Bir Renal Malignite: Metastatik Toplayıcı Duktus Karsinomu İki Adet Olgu Sunumu

Ahmet Eren Demirtola

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Toplayıcı kanal karsinomu (TDK) renal medulladaki toplayıcı kanaldan köken alan, renal hücreli karsinomun (RCC) nadir görülen, kötü prognozlu bir formudur. Tüm RCC'lerin %3'ünden daha azını oluşturmaktadır.¹ Bu olgu sunumunda, farklı ön tanımlar düşünülmüş ama tanısal laparoskopi ve nefrektomi patolojisi sonucu ile TDK tanısı konmuş iki olguyla literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu 1:

34 yaşında erkek hasta sırt ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Görüntülemelerde torakal 12. vertebrada litik lezyon ve sağ renal hilusta lenfadenopati saptandı. Vertebradan yapılan biyopsi renal hücreli karsinom metastazı olarak sonuçlandı. Radyoterapi ve immünoterapi (ipilimumab+ nivolumab) sonrası kontrol görüntülemesinde lezyonların boyutunda progresyon saptanması üzerine tanısal laparoskopi planlandı. Tanısal laparoskopi sırasında hasta inoperabl kabul edilerek lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu TDK olarak raporlandı. Axitinib başlanmasına rağmen lezyonların boyutlarında progresyon gelişmesi üzerine, hastaya radikal nefrektomi, adrenalektomi ve bölgesel lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Nihai patoloji raporunda renal sinüs, pelvikalisial sistem, perirenal yağ ve adrenal tutan, geniş nekroz ve sarkomatoid diferansiasyon gösteren TDK saptandı.

Olgu 2:

71 yaşında KLL öyküsü olan erkek hasta, hematüri ile başvurdu. Abdomen BT'de sağ böbrek üst polde 5 cm lezyon ve bölgesel lenf nodları görüldü. PET/BT'de yaygın lenf nodları, sağ akciğerdeki 6 mm çapındaki nodül, sağ böbrek üst poldeki 5 cm çapındaki lezyon ve sağ adrenaldeki 2,5 cm çapındaki lezyonlarda tutulum mevcuttu. Yapılan renal tru-cut biyopsi KLL ile uyumlu raporlandı. Sonraki süreçte hematüri nedeniyle sistoskopi yapıp mesanesindeki hematoma boşaltıldı. Sağ böbreğe anjiyoembolizasyon yapıldı. Kontrol BT'de böbrekteki lezyonun 6 cm'ye ulaştığı ve perirenal yağ ile adrenele invaze olduğu görüldü. Lenfadenopatilerde progresyon mevcuttu. Takiben sağ radikal nefrektomi ve adrenalektomi yapıldı. Patoloji vasküler invazyon, tümör trombusu, yaygın nekroz ve sarkomatoid diferansiasyon içeren TDK olarak raporlandı.

Sonuç:

Literatürde de benzer şekilde, TDK'na ayırıcı tanı yapmanın zor olduğu, agresif seyirli olduğu ve prognozunun genellikle kötü olduğu bildirilmektedir. Median sağkalım çoğu çalışmada 12-24 ay arasında bildirilmiş olup, 5 yıllık sağkalım oranları %20'nin altındadır.^{1,2,3} TDK'nın nadirliği ve tedavi algoritmalarının belirsizliği nedeniyle prospektif randomize klinik çalışmalar yapmak güçtür. Bundan dolayı üroloji, patoloji, medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisinin birlikte multidisipliner yaklaşımı; tümörün biyolojisinin daha iyi anlaşılmasına, patolojik tanı araçlarının geliştirilmesine katkıda bulunarak en uygun tedavi seçeneğinin hastaya sunulmasına yardımcı olabilir.³

Kaynakça:

- 1-Tang, C.et al.Technology in Cancer Research & Treatment. 2023
- 2-Qian, X. et al Cancer Management and Research, 2020
- 3-Cabanillas G.et al.Urologic Oncology Seminars and Original Investigations 2021

Anahtar Kelimeler: Adrenal invazyon, metastaz, radikal nefrektomi, toplayıcı duktus karsinomu, üroonkoloji





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Olgu 1 preoperatif aksiyel kesit BT görüntüsü





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Olgu 2 Preoperatif koronal kesitte BT görüntüsü





[PS-092]

Patolojik Tibia Fraktürü ile Başvuran pT1 Mesane Üretelyal Kanseri Olgusu

Mustafa Ozan Ataçer¹, Ahmet Atsız²

¹Eşme Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Uşak

²Eşme Devlet Hastanesi Acil Servis Kliniği, Uşak

Amaç: Mesane kanseri dünya üzerinde en sık teşhis edilen onuncu kanser türüdür ve erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 4 kat daha sık görülmektedir. Tanı anında mesane kanserlerinin yaklaşık %70'i kasa invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK) iken %20'si kasa invaze, %10'u ise metastatiktir. Mesane kanseri öncelikle lenf nodları, akciğer, karaciğer ve kemiklere metastaz yapan ve agresif seyreden bir hastalıktır. Takip ve tedavi uyumsuzluğu olan mesane kanseri hastaları metastaz gelişip patolojik kemik fraktürleri ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu olgu sunumunda patolojik kemik fraktürü ile acil servise başvuran pT1 mesane üretelyal kanseri hastasını sunmak istedik.

Olgu:

Makroskopik hematüri ile ocak 2023'de başvuran 77 yaşındaki erkek hasta yapılan üriner sistem ultrasonografide mesane sağ yan duvarda 2 cm tümör görülmesi üzerine TUR-T operasyonu yapılmış ve patolojisi "muskularis propria'ya invazyon göstermeyen İnvaziv tip, low grade epiyelyal üretelyal karsinom (pT1, low grade)" gelmesi üzerine hastaya 6 kür intravesikal BCG uygulanmış. Hastanın haziran 2023'deki kontrol sistoskopisinde 5 mm boyutundaki tümöral odak görülmüş ve TUR-T sonrası patolojisi "düşük dereceli noninvaziv papiller üretelyal karsinom (pTa, low grade)" gelmiş. Hastaya evreleme amaçlı görüntüleme planlanmasına rağmen hasta takipten çıkmış ve kontrollerine gitmemiş. Ocak 2024'de 3 gün süren makroskopik hematüri üzerine tarafımıza başvurdu. Hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografide mesane sağ ve sol yan duvarda şüpheli tümöral odaklar görüldü ve TUR-T yapıldı, patolojisi "düşük dereceli noninvaziv papiller üretelyal karsinom(pTa, LG)" olarak raporlandı. Hasta evreleme görüntülemesi amacıyla tekrar yönlendirildi ancak 14.05.2024 tarihinde ayakkabısını bağlamak için eğildiği sırada sağ bacağında şiddetli bir ağrı hissedip dengesini kaybederek düşmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Çekilen Direkt Grafi ve Kontrastsız Bilgisayarlı Tomografi (Figür 1)'de sağ tibia distalinde 9 cm'lik segmentte kortekste destruksiyona neden olan kemik medulla kısmını tutan geniş geçiş zone izlenen malign görünümde litik lezyon izlendi. Hastaya yapılan fraktür onarımı sırasında alınan biyopsi örneğinin patolojik incelemesi "Atipik üretelyal hücrelerden oluşan yer yer lenfatik damar invazyonu gösteren adenokarsinom metastazı" şeklinde raporlanmıştır.

Sonuç:

Mesane kanseri tanı ve tedavi sonrası uzun dönem takip gerektiren nüks oranı yüksek ilerleyici bir kanserdir. Hastalar kimi zaman bu uzun ve yorucu süreçte takip ve tedaviden kaçınmakta, nüks kitle veya metastatik halde patolojik kemik fraktürleri ile başvurabilmektedir. Mesane kanseri hastaları hastalığın seyri ve yakın takip gerekliliği konusunda ayrıntılı şekilde bilgilendirilmeli, bu konuda hasta uyumu artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: patolojik fraktür, noninvaziv mesane kanseri, metastaz





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Sağ Tibia Patolojik Fraktürü Direkt Grafi ve Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü



Figür 1: Tibia Patolojik Fraktürü Grafi ve BT Görüntüleri

Sağ Tibia Patolojik Fraktürü Direkt Grafi ve Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü



[PS-093]

İdrar Atım Bozukluğu İle Başvuran Hastada Saptanan Mesane Tümörü Olgu Sunumu

Kayhan Görkem Tuncel, Ömer Yüksel

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç: Mesane kanseri, dünya çapında her iki cinsiyette en sık teşhis edilen 10. kanserdir. İnsidansı ve ölüm oranı; risk faktörleri, teşhis uygulamaları ve sağlık hizmetlerine erişim farklılıkları nedeniyle ülkeler arası değişiklik göstermektedir. Tütün ve mesleki kimyasal maruziyet en önemli risk faktörüdür. En sık prezentasyon şekli ağrısız pıhtılı hematüri olsa da, dizüri, idrar atım bozukluğu veya ilerlemiş olgularda hidronefroz ve buna bağlı yan ağrısı şeklinde de hastalar tarafımıza başvurabilir. Bu olgu ile, hematüri harici şikayetlerle başvuran, özellikle risk grubundaki hastalarda, ayırıcı tanıda mesane kanserinin de düşünülmesi gerektiğini amaçladık.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta idrar atım bozukluğu ile tarafımıza başvurdu. Hematüri şikayeti yoktu. Sol bacadan multipl operasyon nedenli sondalanma öyküsü mevcuttu. Şikayetin sondalanmadan sonra başladığını belirtiyordu. Kontrol amaçlı istenen tetkiklerinde P S A: 0.8 Kreatinin:0,8 olarak saptandı. Rektal tuşe benign idi. Yapılan USG sonucunda, prostat hacmi 11cc, median lob?/kitle ayrımı net yapılamayan oluşum görüldü. BT Ürografi: Prostat median lob/kitle ayrımı yapılamayan 1.5 cm lezyon Sigara: 50 paket yılı Öz-Soygeçmiş: Ek özellik yok Meslek: Şoför Hastaya anestezi altında sistoskopi planlandı

Genel anestezi altında sistoskopi yapılan hastada 26 f rezektoskop ile transüretral girilerek başlanan operasyonda mesane boynuna kadar herhangi bir patoloji gözlenmedi. Mesane boynuna gelindiğinde iste saat 7 hizasından köken alan, ince saplı, papillo-solid karakterde, mesane çıkımını kapatan tümöral oluşum gözlemlendi. Operasyonda kitle rezeke edildi ve patolojik inceleme için gönderildi.

Patoloji Sonucu TaHG olarak raporlanan hasta için 3 ay sonra kontrol sistoskopi planlandı

Sonuç: Ülkemizde de sık gözlenen mesane kanserinin azımsanmaması gereken bir kısmının idrar atım bozukluğu ile tarafımıza başvurabileceği, bu şikayetlerle başvuran hastalarda ileri inceleme ile özellikle risk grubundaki hastalarda erken evrede mesane kanseri saptanabileceği unutulmamalıdır. Mesane kanserinin hematüri olmadan da prezente olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: idrar atım bozukluğu, hematüri, mesane kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



BT ürografi görseli



median lob/kitle değerlendirme açısından bt ürografisi çekilen hasta



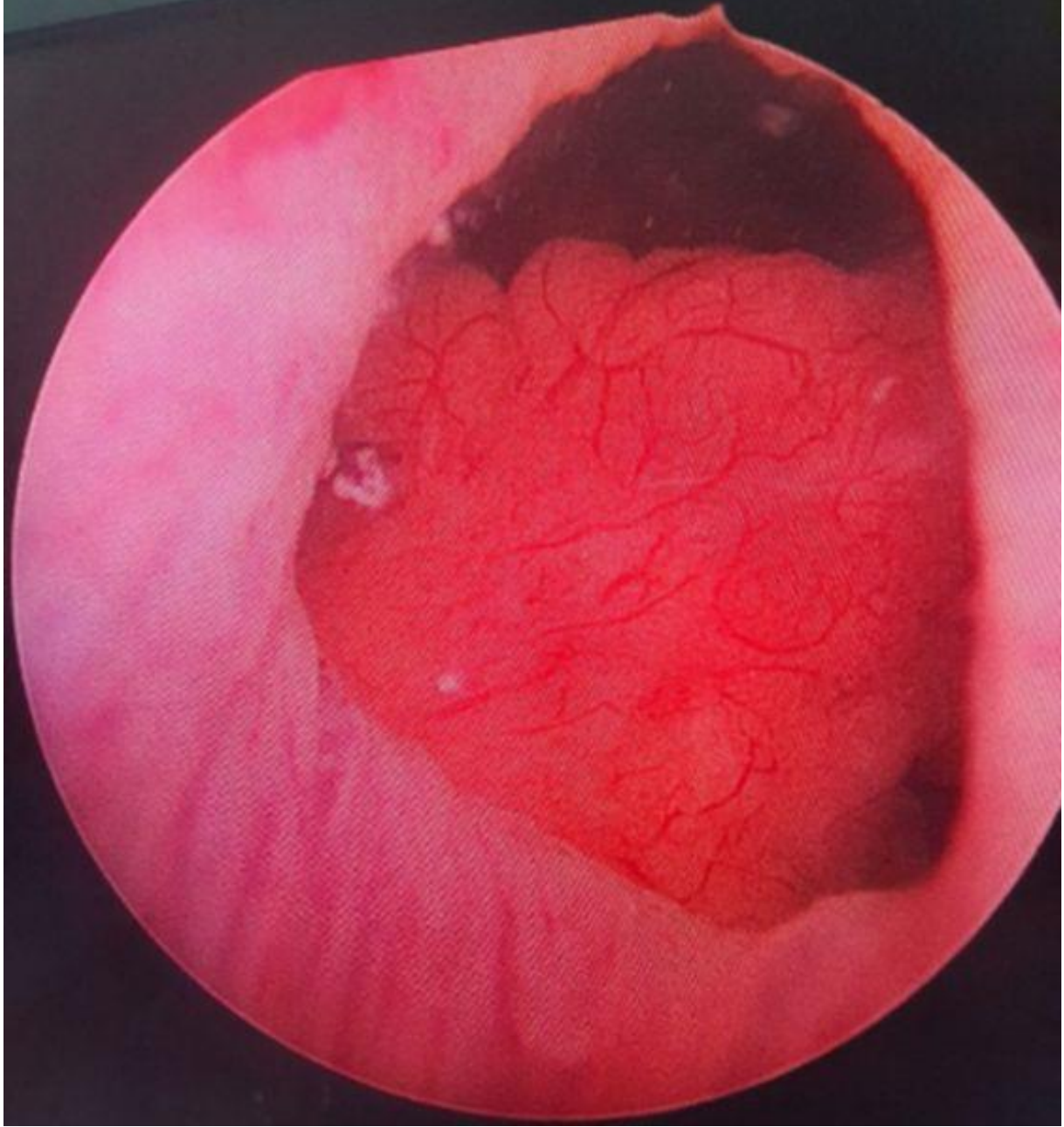


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



perop kitle görseli



mesane boynunu kapatan kitlenin görseli





[PS-095]

Papiller Kist Adenom: Von Hippel–Lindau Sendromlu Hastada Nadir Paratestiküler Tümör Olgu Sunumu

Berk Batuk¹, Halit Beşrek¹, Serhat Çetin¹, Onur Ertunç², Aslı Saruhan², Tevfik Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Von Hippel–Lindau (VHL) sendromu, çoklu tümör ve kistik lezyonlarla karakterize otozomal dominant bir hastalıktır. Epididim papiller kist adenom (PKA) nadir ve genellikle VHL ile ilişkili benign neoplazilerdendir(1). Bu olgu sunumunda VHL tanılı bir hastada paratestiküler kitlenin cerrahi ve histopatolojik bulguları ile literature katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta, 2011’de torakal hemangioblastom nedeniyle opere edilmiş, 2012’de şeffaf hücreli renal hücreli karsinom nedeniyle sol parsiyel nefrektomi uygulanmış. Beyin ve toraksta hemangioblastom, pankreasta kistler olması üzerine yapılan genetik incelemede VHL tanısı konmuş, iki kardeşinde de VHL saptanmıştır.

2024’te sol testiste ağrı ile başvuran hastanın skrotal USG’de epididim başında 1 cm kistik lezyon, testis inferiorunda 8×16×10 mm heterojen kitle izlendi. MRG’de her iki epididimde kistik lezyonlar, sol testiste 9×8 mm kontrast tutan nodüler oluşum saptandı. Serum tümör belirteçleri normaldi. Temmuz 2025’te hastaya parsiyel orşiektomi yapıldı. VHL ile ilişkili PKA lehine yorumlandı. (PAX8 pozitif, OCT3/4, PLAP ve in situ germ hücreli neoplazi lehine bulgu satanmamıştı. Kalretinin negatif).

Tartışma

Papiller kist adenom (PKA), epididimden kaynaklanan nadir benign tümörler arasında yer alır ve adenomatoid tümörden sonra ikinci sıklıkta görülür(2). Lezyon genellikle epididim başında, iyi sınırlı, solid-kistik yapıdadır. Histopatolojik olarak tek sıralı kuboidal hücrelerle döşeli papiller yapılar, berrak sitoplazmalı hücreler ve ince fibröz stroma tipiktir. İmmünohistokimyasal olarak CK7 pozitif, RCC marker negatif boyanma, renal hücreli karsinom metastazından ayırıcı tanıda önemlidir.

Literatürde PKA olgularının %10–60’ının VHL ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bilateral olgularda bu oran daha yüksektir ancak unilateral olgularda VHL’nin ilk veya tek klinik bulgusu olabilir. Bu nedenle özellikle genç erkeklerde epididim kitleleri saptandığında VHL olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve sistemik tarama yapılmalıdır.

Cerrahi eksizyon hem tanısal hem de tedavi edici yaklaşım olarak tercih edilir. Eksizyon sonrası prognoz genellikle iyidir ve nüks nadirdir(3). Bununla birlikte, VHL tanısı olan hastalarda yeni lezyon gelişme riski devam ettiğinden uzun dönem multidisipliner takip gereklidir.

Sonuç

PKA, VHL’nin önemli bir göstergesi olabilir. Erken tanı ve multidisipliner takip, sistemik komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynar.

Anahtar Kelimeler: epididim, papiller kist adenom, paratestiküler tümör, Von Hippel–Lindau sendromu



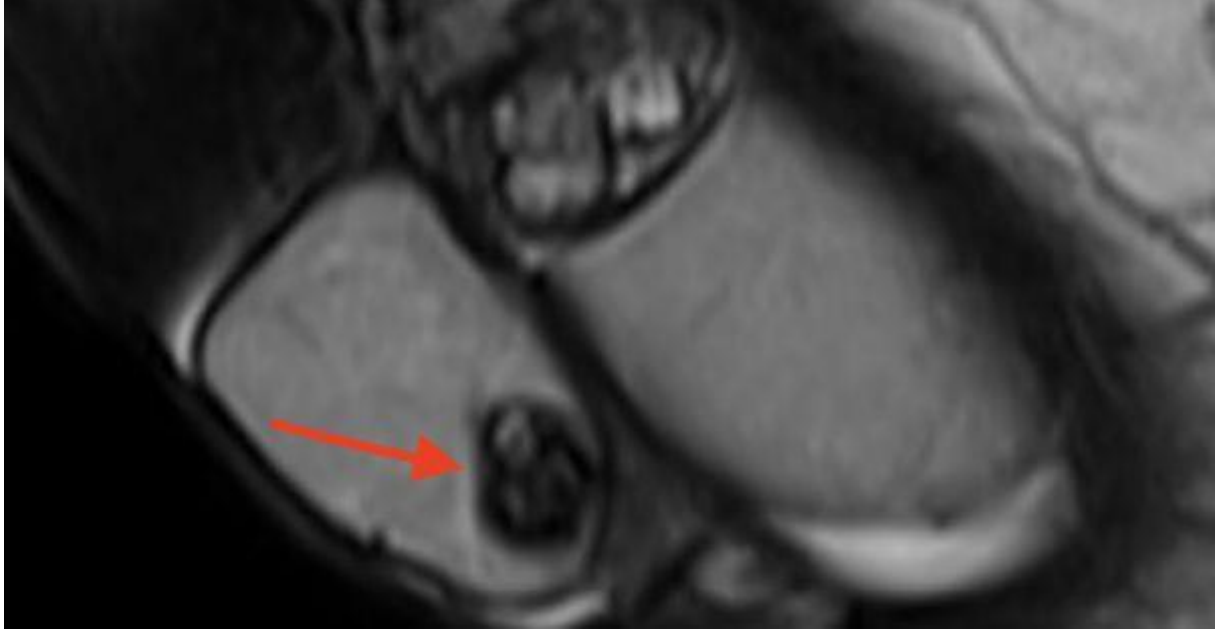


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

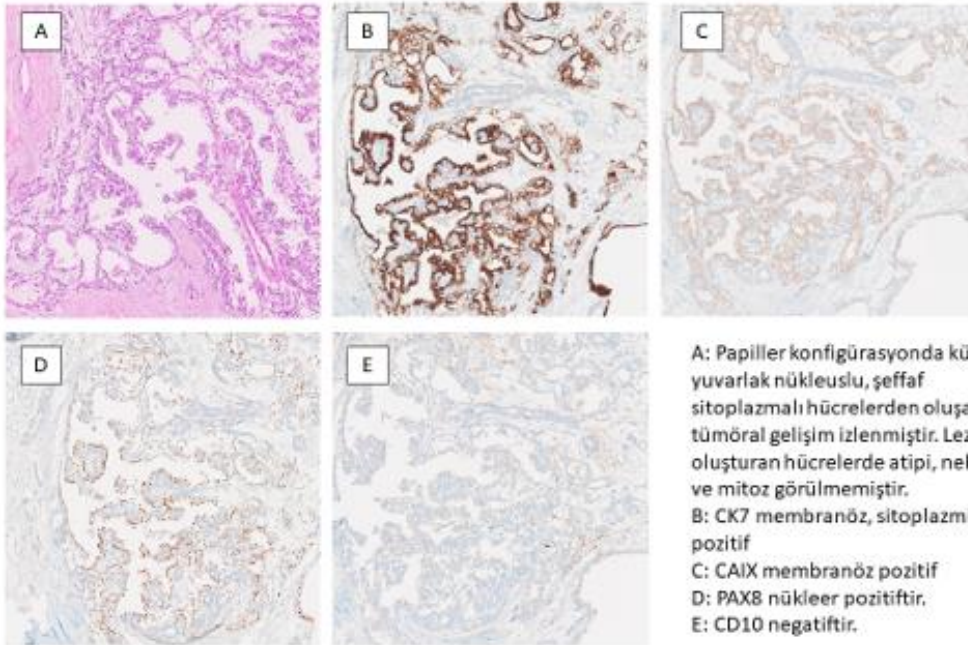


Görsel 1



Sol testis MR görüntüleri

Görsel 2



A: Papiller konfigürasyonda küçük, yuvarlak nükleuslu, şeffaf sitoplazmalı hücrelerden oluşan tümöral gelişim izlenmiştir. Lezyonu oluşturan hücrelerde atipi, nekroz ve mitoz görülmemiştir.
B: CK7 membranöz, sitoplazmik pozitif
C: CAIX membranöz pozitif
D: PAX8 nükleer pozitifdir.
E: CD10 negatiftir.

Parsiyel orşiektomi materyali İHC boyama görüntüleri



[PS-097]

Matür Adrenal Ganglionöroma: Nadir Bir Olgu Sunumu

Elif Betül Akçal¹, Berk Batuk¹, Serhat Çetin¹, Sinan Sözen¹, Aylar Poyraz², Huriye İrem Sarıbiyık²,
Müjde Aktürk³

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Adrenal ganglionöromalar (GN), nöral krest kökenli sempatik ganglion hücrelerinden gelişen nadir, benign tümörlerdir. Çoğunlukla hormon inaktif olup asemptomatik seyirli dirler. Adrenal lokalizasyon, tüm adrenal tümörlerin yalnızca %0,3-2'sini oluşturur(1). Genellikle insidental olarak saptanırlar(2). Görüntüleme bulguları spesifik olmadığından, preoperatif tanı güç olup kesin tanı histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile konur. Tedavide cerrahi rezeksiyon altın standarttır ve cerrahi sonrası prognoz genellikle iyidir(3).

Olgu:

Bilinen ek hastalığı olmayan 57 yaşında kadın hasta, başka bir nedenle yapılan görüntülemelerde sağ adrenal yerleşimli 6 cm kitle saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Dış merkezde çekilen MRG'de indetermine kitle olarak yorumlanan, takiben çekilen FDG PET BT'de tutulum görülmeyen hastanın fizik muayene bulguları doğal, laboratuvar incelemelerinde hormonal testleri normal düzeyde idi. Endokrinoloji tarafınca non-fonksiyone adrenal kitle olarak değerlendirilen hastaya kitle boyutu nedeniyle laparoskopik sağ adrenalectomi uygulandı. Peroperatif süreçte herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Patolojik incelemede lezyon matür ganglionöroma olarak raporlandı. Tümör komşuluğunda herhangi bir spesifik patoloji içermeyen adrenal doku izlenmişti. İmmünohistokimyasal çalışmalarda SOX10 ve S100 pozitif, PGP9.5 stromal ve ganglion hücrelerinde pozitif bulundu. Ayrıca ganglion hücrelerinde synaptophysin, chromogranin ve SMA pozitifliği saptanmıştı.

Sonuç:

Adrenal kitlelerin ayırıcı tanısında ganglionöroma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Preoperatif tanı güç olsa da histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile kesin tanı konur. Cerrahi rezeksiyon sonrası uzun dönem prognoz mükemmeldir ve adjuvan tedaviye gerek duyulmaz(4).

Kaynakça:

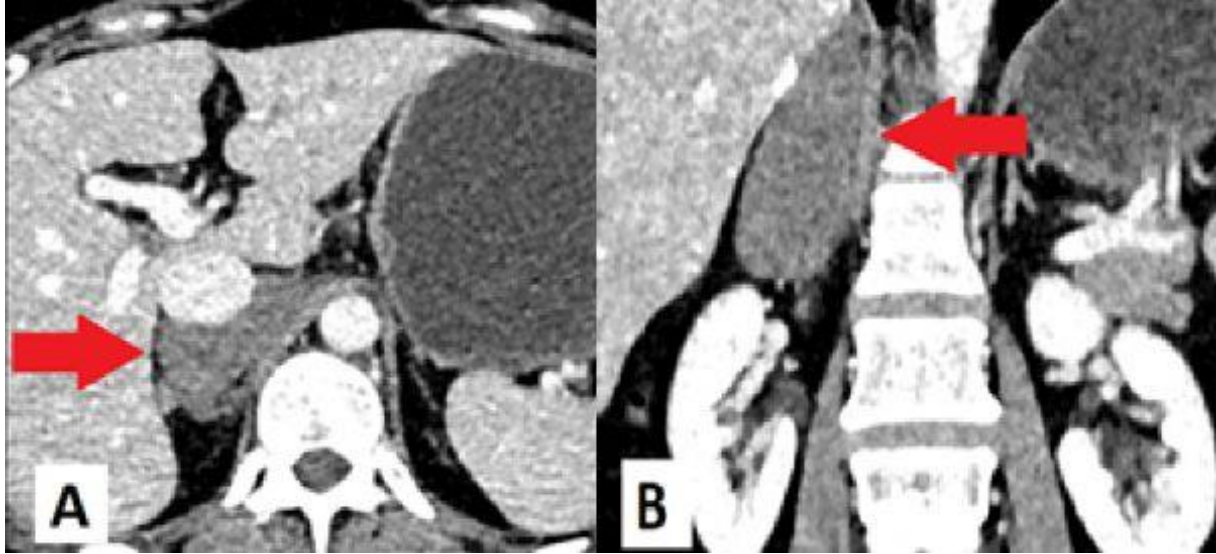
1. Lam AK. Update on Adrenal Tumours in 2017 World Health Organization (WHO) of Endocrine Tumours. Endocr Pathol. 2017 Sep;28(3):213-227. doi: 10.1007/s12022-017-9484-5. PMID: 28477311
2. Guo YK, Yang ZG, Li Y, Deng YP, Ma ES, Min PQ, Zhang XC. Uncommon adrenal masses: CT and MRI features with histopathologic correlation. Eur J Radiol. 2007 Jun;62(3):359-70. doi: 10.1016/j.ejrad.2006.12.011
3. Kayastha R, Acharya R, Pradhan S, Tuladhar AS, Shrestha A. Adrenal Ganglioneuroma. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2020 Jul-Sept.;18(71):316-319. PMID: 34158444
4. Geoerger, B., Hero, B., Harms, D., Grebe, J., Scheidhauer, K. and Berthold, F. (2001), Metabolic activity and clinical features of primary ganglioneuromas. Cancer, 91: 1905-1913. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20010515\)91:10<1905::AID-CNCR1213>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20010515)91:10<1905::AID-CNCR1213>3.0.CO;2-4)

Anahtar Kelimeler: Matür Adrenal Ganglionöroma, Adrenal kitle, Ganglionöroma



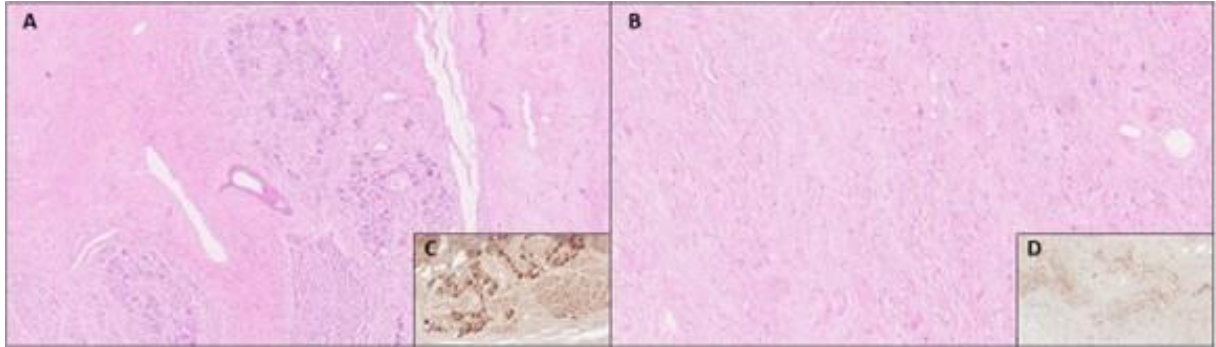


BT GÖRÜNTÜLERİ



Resim.1 Sağ sürrenal lojda görülen sınırları net seçilemeyen kitlesel lezyonun BT görüntüsü (A-Aksiyel Kesit, B-Koronal Kesit)

PATOLOJİ KESİTLERİ



Resim.2 A.Schwannian stroma içersinde matür ganglion hücreleri(H&E,100x) B.Schwannian stroma (H&E,100x), C. PGP9.5 ile pozitif ganglion hücreleri(100x), D. S100 ile schwannian stromada boyanma(100x)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-098]

Hematüri ile Başvuran Nadir Mesane Paraganglioması

Mustafa Yüksel, Burak Saygılı, Ekrem Akkın, Murathan Muradoğlu, Onur Karslı
Antalya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

Amaç: Paragangliomalar oldukça nadir görülen ve primitif nöroektodermden köken alan kromaffin hücrelerden gelişen tümörlerdir. Paraganglioma, mesanede çok nadir görülmekle birlikte tüm mesane tümörlerinin %0,06'dan azını oluşturmaktadır. Mesane paraganglioması klinik bulguları, artmış endotel katekolamin sekresyonlarının neden olduğu miksiyon senkopu, hematüri, hipertansiyon, baş ağrısı ve çarpıntıyı içerir ve bu bulgular bireyler arasında farklılık gösterebilir. mesanenin nöroendokrin kökenli nadir tümörlerinden olup cerrahi tedavi yaklaşımı, tümörün yerleşimi ve yayılımına göre değişiklik gösterebilir. Bu olgu sunumunda cerrahi yaklaşım ve tedavi süreci detaylandırılmıştır.

Olgu: 34 yaşında, 15 yıldır günde bir paket sigara içme öyküsü olan erkek hasta, akut hematüri şikayeti ile acil servise başvurdu. Ek hastalığı, geçirilmiş ameliyat öyküsü veya düzenli kullandığı ilaç bulunmamaktaydı. Yapılan ultrasonografide mesane anterior duvarında yaklaşık 3 cm çapında vasküler solid kitle ve 5 cm mesane hematomu tespit edildi. Hasta hematüri kontrolü açısından üroloji servisimize yatırıldı ve cerrahi müdahale planlandı. Hasta için transüretral rezeksiyon planlandı. İşlem sırasında mesane anteriorundaki solid lezyonun komplet rezeksiyonu gerçekleştirildi. Yapılan patolojik inceleme sonucu paraganglioma olarak raporlandı. Lenfovasküler ve perinöral invazyon saptanmadı. İmmunhistokimyasal incelemede nöroendokrin belirteçler pozitif, SDHB intakt bulundu. Ki-67 %2 ile düşük proliferasyon gösterdi.

Sonuç: Mesane paragangliomasında cerrahi tedavi genellikle tümörün konumuna ve büyüklüğüne göre değişiklik gösterir. Transüretral rezeksiyon yüzeysel ve sınırlı tümörlerde tercih edilen minimal invaziv yöntemdir. Ancak muskularis propria invazyonu varlığında ileri cerrahi seçenekleri (parsiyel ya da total sistektomi) düşünülmelidir. Operasyon sırasında tümörün vasküler yapısı nedeniyle kanama kontrolü önem taşır. Postoperatif dönemde Ga-68 Dota Pet ile evreleme planlanabilir. İleri evre tümörlerde cerrahi sonrası adjuvan tedavi seçeneği değerlendirilmelidir.

Nadir görülen mesane paragangliomasında cerrahi tedavi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Transüretral rezeksiyon, uygun vakalarda hem tanı hem tedavi amacıyla kullanılan etkin bir yöntemdir. Muskularis propria tutulumunda cerrahi sınırların incelenmesi ve evreleme yapılmasının ve lezyonun fonksiyonel olup olmadığının değerlendirilmesinin önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Paraganglioma, sistektomi, transüretral rezeksiyon



[PS-099]

Nadir Görülen Paratestiküler Kitle: Myofibroblastik Tümör Olgu Sunumu

Nursah Sarıduman, İrem Aleyna Teke, Serhat Çetin, Onur Ertunç, Emirhan Gül, Murat Uçar
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

İnflamatuar myofibroblastik tümörler (İMT), sıklıkla solunum sisteminde görülen, ancak nadiren genitoüriner bölgede de ortaya çıkabilen benign işi hücreli tümörlerdir. Genitoüriner sistem İMT'lerinin çoğu mesanede izlenirken, üreter, üretra, prostat ve intraskrotal bölgede de görülebilir. Paratestiküler yerleşim oldukça nadirdir ve genellikle benign seyirli, ağrısız kitleler şeklinde prezente olurlar(1). Bu olgu sunumunda nadir görülen paratestiküler İMT ile literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

Olgu Sunumu

29 yaşındaki erkek hasta birkaç aydır ele gelen sağ skrotal kitle nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede testisten bağımsız mobil, ağrısız nodüler lezyonlar saptandı. Serum tümör belirteçleri normaldi. Skrotal USG'de tunika vajinalise ait hipoekoik nodüller, MRG'de kontrastlanan fibröz psödötümör uyumlu lezyonlar izlendi. Sağ inguinal kesiyle yapılan cerrahide testis dışarı alındı; tunika vajinalis üzerinde testisten bağımsız, yaklaşık 1 cm'lik nodüller rezidü bırakılmadan eksize edildi. Frozen kesitte malignite lehine bulgu saptanmadı, bu nedenle radikal orşiektomi yapılmadı. Histopatolojide myofibroblastik diferansiasyon gösteren işi hücreli tümör izlendi.

İmmünohistokimyasal incelemede desmin, vimentin, SMA pozitif, ALK dağınık pozitif, Ki-67 proliferasyon indeksi %2-3 bulundu. Bulgular paratestiküler İMT ile uyumlu raporlandı.

Tartışma

Paratestiküler İMT nadir görülen, çoğunlukla benign seyirli tümörlerdir. Etiyopatogenez tam aydınlatılmamış olmakla birlikte kronik inflamasyon ve ALK gen yeniden düzenlemeleri rol oynamaktadır(1). Klinik olarak çoğu hasta ağrısız kitle ile başvurur. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, varikozel, spermatosel ve malign neoplaziler yer alır. İlk basamak görüntüleme yöntemi RDUS olup, gerekirse MRG lezyonun sınırlarını ve testis ile ilişkisini belirler. Histopatolojide işi hücreler ve mikst inflammatuar infiltrat tipiktir. İmmünohistokimyasal boyamalar tanıyı destekler; ALK pozitifliği özellikle genç hastalarda nüks riskiyle ilişkilendirilmiştir. Ki-67 indeksinin düşük olması iyi prognoz göstergesidir. Cerrahi tam rezeksiyon küratif olup, radikal orşiektomi yalnızca malignite dışlanamadığında uygulanmalıdır. Nadir de olsa literatürde metastaz bildirilmiştir(2), bu nedenle uzun süreli görüntüleme ile takip önerilmektedir.

Sonuç

Paratestiküler İMT, skrotal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Görüntüleme yöntemleri tanıda yol gösterici olsa da kesin tanı cerrahi eksplorasyon ve histopatolojik inceleme ile konur. İntraoperatif frozen çalışma, gereksiz radikal orşiektomilerin önlenmesine katkı sağlar. Tam cerrahi rezeksiyon sonrası prognoz genellikle iyidir; ancak nadir de olsa metastaz olabileceği için hastaların uzun dönem takip edilmesi önemlidir.

Kaynakça

1. S. Purnomo et al, Int J Surg Case Rep,2023
2. Liu, Z. Bai et al, Front Oncol, 2022

Anahtar Kelimeler: Genitoüriner, İnflamatuar myofibroblastik tümör, Paratestiküler kitle



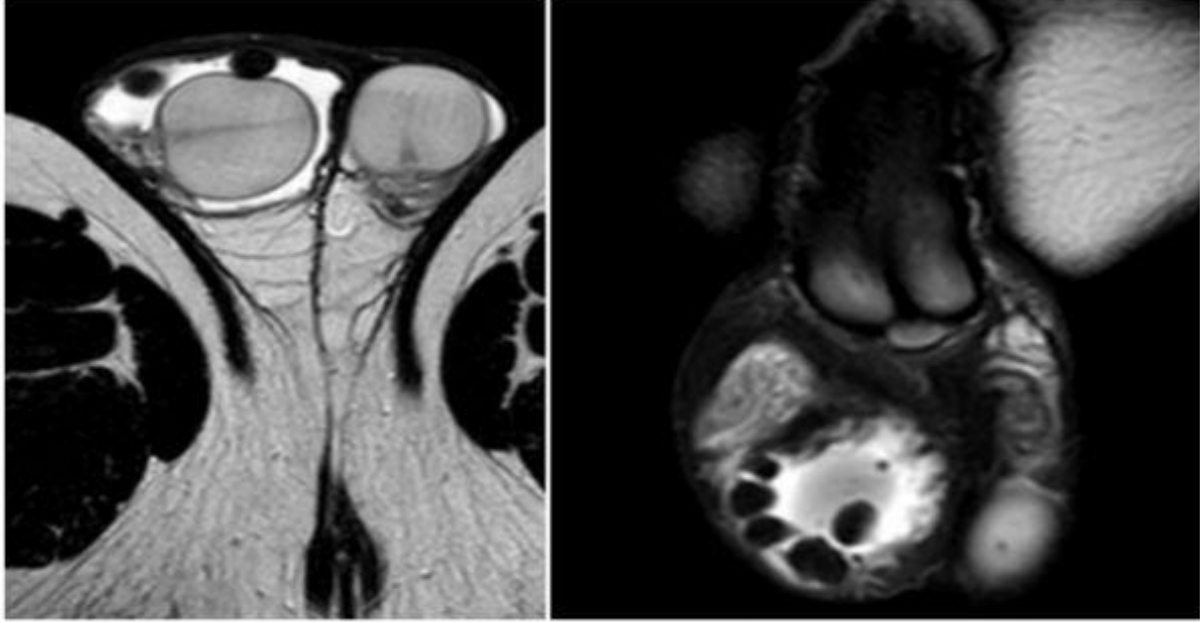


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1



MRG'de tunika vajinalisin fibröz psödotümörü ile uyumlu nodüler lezyonlar



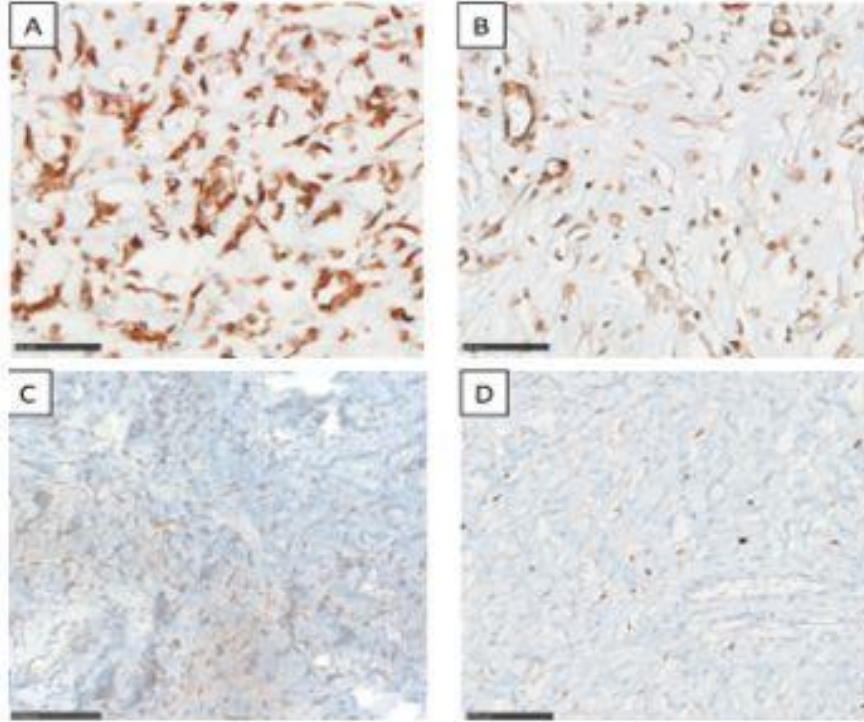


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

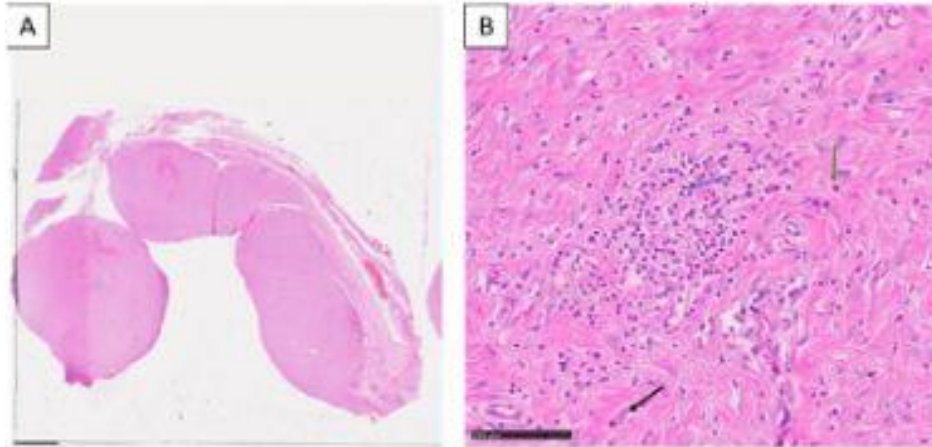
5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2:



Immunohistochemical analysis shows diffuse positivity of tumor cells for vimentin (A) and smooth muscle actin (SMA) (B) at 400x magnification. Cytoplasmic positivity for anaplastic lymphoma kinase (ALK) is observed at 200x magnification (C), along with a low Ki-67 proliferative index (2%) at 200x magnification (D).



Hematoxylin and eosin (H&E) stained section of an inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) at 12.5x magnification (A). (B) Spindle-shaped myofibroblasts with eosinophilic cytoplasm and vesicular nucleoli are shown at 200x magnification of H&E section (black arrow). Lymphocytes (blue arrow) and plasma cells (green arrow) infiltrate the stroma.

İnflamatuvar myofibroblastik tümör histopatolojik görüntüsü



[PS-100]

Dev Adrenokortikal Karsinomun Klinik ve Cerrahi Yönetimi: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Reşat İnal, Batuhan Furkan Berk, Umur Cem Topcu, Mehmet Salih Boğa, Mahmut Ekrem İslamoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

Amaç:

Adrenokortikal karsinom (ACC), nadir görülen ve genellikle agresif seyreden bir adrenal malignitedir. Çoğunlukla fonksiyonel olmayan kitleler veya insidentalomlar şeklinde tanı alır. Büyük boyutlara ulaşabilen tümörlerde cerrahi rezeksiyon tek küratif seçenek olmakla birlikte ciddi teknik zorluklar içerir. Bu bildiride genç yaşta dev boyutlara ulaşmış bir ACC olgusu, cerrahi süreç ve postoperatif takip ayrıntıları ile sunulmaktadır.

Olgu:

39 yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 aydır özellikle su içerken tetiklenen bulantı-kusma şikâyetleriyle başvurdu. Ek semptom olarak mide yanması ve baş ağrısı mevcuttu. Aile öyküsünde annede meme kanseri, amcada mesane kanseri vardı. Fizik muayenesi normaldi.

Laboratuvarında kortizol, aldosteron, renin ve metanefrin düzeyleri normal sınırlarda bulundu ve fonksiyonel olmayan kitle ile uyumlu değerlendirildi. BT'de sağ sürrenal lojda 14×11×10 cm boyutlarında kitle izlendi. PET-CT'de kitle 16 cm'ye ulaştı ve SUVmax 43,4 düzeyinde yoğun hipermetabolizma gösterdi. Karaciğer ve böbreğe bası mevcuttu, metastaz saptanmadı.

Cerrahi:

Hasta açık adrenalectomiye alındı. Başlangıçta sağ subkostal insizyonla girildi, diseksiyonun zorluğu nedeniyle kesi chevron insizyonuna genişletildi. Kitle inferior vena kavaya, karaciğer posterioruna ve böbreğe bası yapıyordu. Gastroenteroloji cerrahisinin katkısıyla kitle tamamen çıkarıldı. Operasyon süresi 200 dakika idi. Toplam 7 ünite eritrosit süspansiyonu ve 7 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı.

Postoperatif Dönem:

Hasta yoğun bakımda yakın takip edildi, komplikasyon gelişmedi. Vital bulguları stabil seyreden hastanın oral alımı 2. günde açıldı, mobilizasyon sağlandı ve korse kullanımı başlatıldı. 5. günde dren çekildi, hemoglobin ve kreatinin değerleri stabil seyretti. 6. günde aktif şikâyeti olmayan hasta taburcu edildi.

Makroskopide 770 g, 16 cm boyutlu kitle izlendi. Histopatolojide pleomorfik hücreler, yaygın nekroz ve yüksek mitotik aktivite saptandı. Modifiye Weiss skoru 4, Ki-67 proliferasyon indeksi %8-10 bulundu. Konvansiyonel ACC tanısı kondu (pT2NxMx, AJCC 8. baskı). Cerrahi sınırlar negatiftir. Genetik incelemede BRCA2 geninde heterozigot VUS saptandı, TP53 ilişkili predispozisyon açısından danışmanlık verildi. Postoperatif 2. ay PET-CT'de rezidüel kitle veya metastaz görülmedi. Hasta genç yaş, dev tümör boyutu ve yüksek risk özellikleri nedeniyle adjuvan mitotan tedavisine alındı ve onkoloji takibine yönlendirildi.

Sonuç:

Dev ACC olguları nadir görülür ve cerrahi yönetimi oldukça güçtür. Küratif tedavinin temelini cerrahi eksizyon oluşturur. Multidisipliner cerrahi yaklaşım, postoperatif yakın takip, adjuvan tedavi ve genetik danışmanlık sağkalım üzerine belirleyici rol oynar. Bu olgu, genç yaşta ortaya çıkan dev ACC'nin yönetiminde cerrahi ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Açık adrenalectomi, Adrenokortikal karsinom, dev adrenal kitle, mitotan, multidisipliner yaklaşım





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Patolojik Spesmen





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Preoperatif Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü



Sağ sürrenal lojda yaklaşık 15cmlik kitle görüntüsü





[PS-102]

Nadir görülen bir varyant, bilateral böbrek kitleli hastada leiomyomatöz anjiyomiyolipom olgusu

Elif Betül Akçal¹, Muratcan Toptaş¹, Onur Ertunç², Serhat Çetin¹, Murat Uçar³, Tevfik Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi, Üroloji

²Gazi Üniversitesi, Patoloji

³Gazi Üniversitesi, Radyoloji

Amaç: Anjiyomiyolipom (AML), böbreğin benign mezenkimal tümörlerinden biridir. Düz kas, yağ doku ve damar yapılarını içerebilir. Leiomyomatöz AML ise klasik AML'nin nadir görülen bir varyantıdır. Bu varyantta yağ oranı klasik varyanta göre daha azdır. İmmunohistokimyasal olarak HMB-45 ve Melan-A pozitifliği görülür(1). Çoğu olgu görüntülemeye insidental olarak saptanır. Tüberoskleroz kompleksi ile ilişkili olabilir ancak sporadik vakalar daha sık görülür. Yağ dokusu az olduğu için renal hücreli karsinom(RHK) ile karışabilir.

Olgu: Bilinen Tüberoskleroz tanılı, meme kanseri nedeniyle mastektomi planlanan hasta anatomik değerlendirilme amacıyla çekilen MRG'de sol böbrek orta-alt polde 32 mm, sağ böbrek alt polde 1 cm boyutunda benzer natürde kitlesel lezyonlar saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Herhangi bir ürolojik yakınması olmayan hastanın MRG'de tariflenen kitlesel lezyonlar ön planda Multisentrik Papiller RHK olarak yorumlandı. Hastaya çekilen FDG PET-BT'sinde sol böbrekte tariflenen lezyonda tutulum görülmedi. Hasta üroloji konseyinde mastektomi ile eş zamanlı olarak sol parsiyel nefrektomi yapılması ve patoloji sonucuna göre sağ böbrekteki lezyona yönelik radyofrekans planlanması kararı alındı. Hastanın sol parsiyel nefrektomi patolojisi "Leiomyomatöz AML" olarak raporlandı. Hasta patoloji sonucuyla tekrar değerlendirildi ve diğer böbrekteki lezyona yönelik takip kararı alındı.

Tartışma: Leiomyomatöz anjiyomiyolipom, yağ içeriğinden fakir olması ile klasik AML'den ayrılan nadir bir varyanttır. Görüntülemelerde yağ içeriğinden fakir olması ve solid görünümü nedeni ile leiomyom ve renal hücreli karsinom ile karışabilmektedir. Yağdan fakir olması preoperatif tanıda güçlük yaratır ve çoğu vakada kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. İmmunohistokimyasal olarak HMB-45 ve Melan-A pozitifliği ayırıcı tanıda yardımcı olabilmektedir. Klinikte çoğunlukla insidental saptanmakla beraber yan ağrısı, makroskopik hematüri kliniğe eşlik edebilmektedir. AML bu hastada olduğu gibi tüberoskleroz kompleksine eşlik edebilse de, sıklıkla sporadik görülmektedir(2).

Sonuç: Leiomyomatöz anjiyomiyolipom nadir görülen RCC ile karışabilmesinden dolayı klinik önemi olan genellikle ileri yaş kadın hastalarda insidental saptanan böbreğin benign mezenkimal tümörlerindendir. Tedavi yaklaşımı lezyon boyutu, semptom varlığı ve malignite şüphesine göre değişmektedir. Küçük ve asemptomatik AML olgularında konservatif izlem tercih edilirken, leiomyomatöz AML'lerde malignite ön tanısı ile cerrahi rezeksiyon yapılma oranı yüksektir.

KAYNAKÇA

1. Renal cell carcinomas with a mesenchymal stromal component: what do we know so far?

Williamson, Sean R. 2019/08/01

doi: 10.1016/j.pathol.2019.04.006

2. Bah et al., Atypical tuberous sclerosis complex presenting as familial renal cell carcinoma with leiomyomatous stroma, The Journal of Pathology: Clinical Research

doi:10.1002/cjp2.104

Anahtar Kelimeler: AML, böbrek kitleleri, leiomyomatöz anjiyomiyolipom, RCC



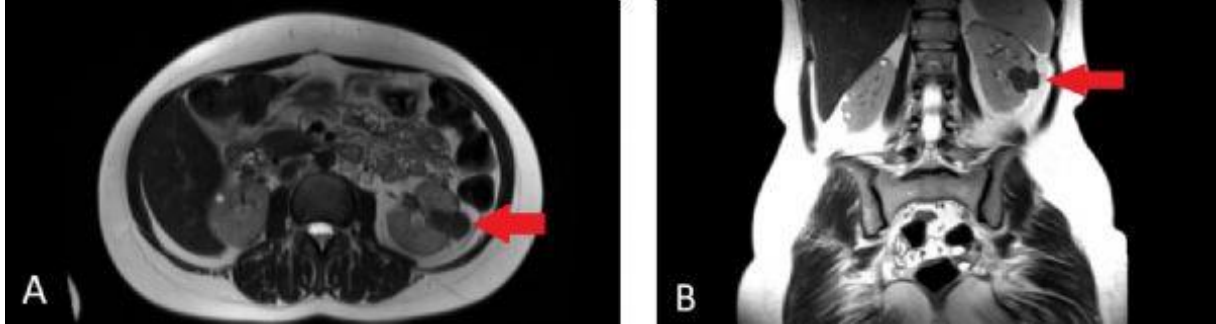


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

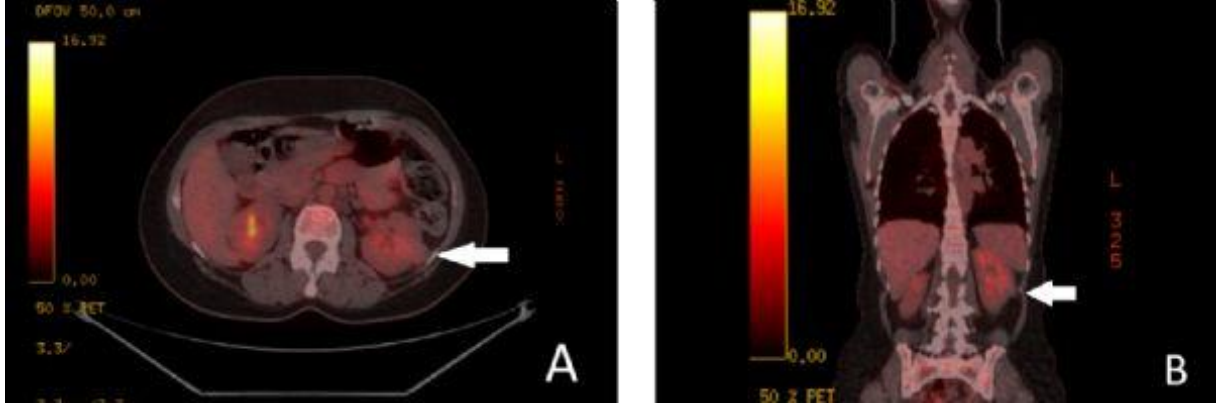


Resim 1



Sol böbrek orta-alt polde görülen solid kitlenin MRG görüntüsü (A: Aksiyel kesit, B: Koronal kesit)

Resim 2



Sol böbrek orta-alt polde görülen solid kitlenin FDG PET BT görüntüsü (A: Aksiyel kesit, B: Koronal kesit)





[PS-103]

Penis Proksimaline Baskı Yapan Plastik Şişenin Cerrahi Aletle Çıkarılması: Cezaevi Kaynaklı Nadir Bir Olgu Sunumu

İbrahim Göksel Arısoy¹, Evrim Kardelen²

¹Konya Ereğli Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Konya

²İzmir Çiğili Eğitim Araştırma Hastanesi kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İzmir

Cezaevinde otoerotik amaçla plastik şişe giriş kısmına penis proksimali sıkışan bir mahkumun acil ürolojik müdahale ile başarılı bir şekilde tedavi edilmesi sunulmaktadır. Penil yabancı cisimler nadir görülmekle birlikte ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Olgumuzda rotatif cerrahi aletle yapılan dikkatli kesim sayesinde komplikasyon gelişmeden cisim çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Penisde yabancı cisim, Üretra tıkanıklığı, Yaralanma, Plastik şişe sıkışması, Penis boğulması

Şekil 1.



Penil gövdede sıkışmış plastik şişenin preoperatif görüntüsü



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 2



Cerrahi sırasında şişenin boynunun çıkarılması



[PS-104]

Böbrek Tümörü İle Karışan Benign Vasküler Lezyon: Anastomozlaşan Hemanjiom Olgusu

Nihat Karabacak¹, Serhat Çetin¹, Huriye İrem Sarıbiyik², İpek Işık Gönül², Sinan Sözen¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:

Anastomozlaşan hemanjiom (AH), özellikle genitoüriner sistem ve paraspinal bölgede görülen nadir, benign vasküler bir neoplazidir. İlk kez 2009'da tanımlanan bu lezyonlar mikroskopide anastomoz yapan kapillerlerle karakterizedir ve radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilir(1). Bu olgu sunumunda, sol böbrekte insidental saptanan AH vakası ile literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:

57 yaşında erkek hasta, insidental saptanan sol böbrekte parapelvik 23*17 mm septalı kistik lezyon nedeniyle yönlendirildi (Görsel 1). Ürolojik yakınması olmayan hastanın MRG'sinde bu lezyon Bosniak tip 4 kist olarak raporlandı (Görsel 2). Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Patolojik incelemede renal sinüste 1,7 cm çapında kapsülsüz, iyi sınırlı, kahverengi solid lezyon görüldü. Mikroskopide tek sıralı endotel hücreleri ile döşeli anastomozlaşan vasküler yapılar, fibrin trombüsleri, skleroz ve yaygın hemoraji izlendi. Atipi veya mitoz yoktu. Seyrek megakaryosit içeren ekstramedüller hematopoez alanları mevcuttu. İmmünohistokimyada CD31 ve ERG pozitif, HHV-8 negatifti. Tüm bu bulgular anastomozlaşan hemanjiom ile uyumlu bulundu.

Tartışma:

AH'nin en sık görüldüğü organ böbrek dışında mesane, testis, adrenal, over ve kemik gibi farklı lokalizasyonlar rapor edilmiştir. Çoğu hasta asemptomatik olup, bazen hematüri ile başvurabilir. Radyolojik olarak anjiyosarkom başta olmak üzere maligniteleri taklit edebilir. Renal AH olgularında ekstramedüller hematopoez görülebileceği bildirilmiştir(2). Çoğu olguda benign nitelikte olmasına rağmen, radyolojik olarak ayırıcı tanı güçlüğü nedeniyle gereksiz radikal cerrahiler uygulanabilmektedir. Cerrahi rezeksiyon küratif olup nüks bildirilmemiştir.

Sonuç:

Anastomozlaşan hemanjiom nadir görülen, benign seyirli, ancak malignite ile karışabilen bir vasküler tümördür. Özellikle böbrek yerleşiminde insidental olarak saptanabilmektedir. Doğru histopatolojik tanı, gereksiz radikal cerrahi girişimlerden kaçınmak için kritik öneme sahiptir.

Kaynakça

1. Montgomery E, Epstein JI. Anastomosing hemangioma of the genitourinary tract: a lesion mimicking angiosarcoma. The American journal of surgical pathology. 2009;33(9):1364-9.
2. Shanbhogue K, Khandelwal A, Hajdu C, Cao W, Surabhi VR, Prasad SR. Anastomosing hemangioma: a current update on clinical, pathological and imaging features. Abdominal Radiology. 2022;47(7):2335-46.

Anahtar Kelimeler: benign vasküler lezyon, böbrek tümörü, anastomozlaşan hemanjiyom, mimicking tümör



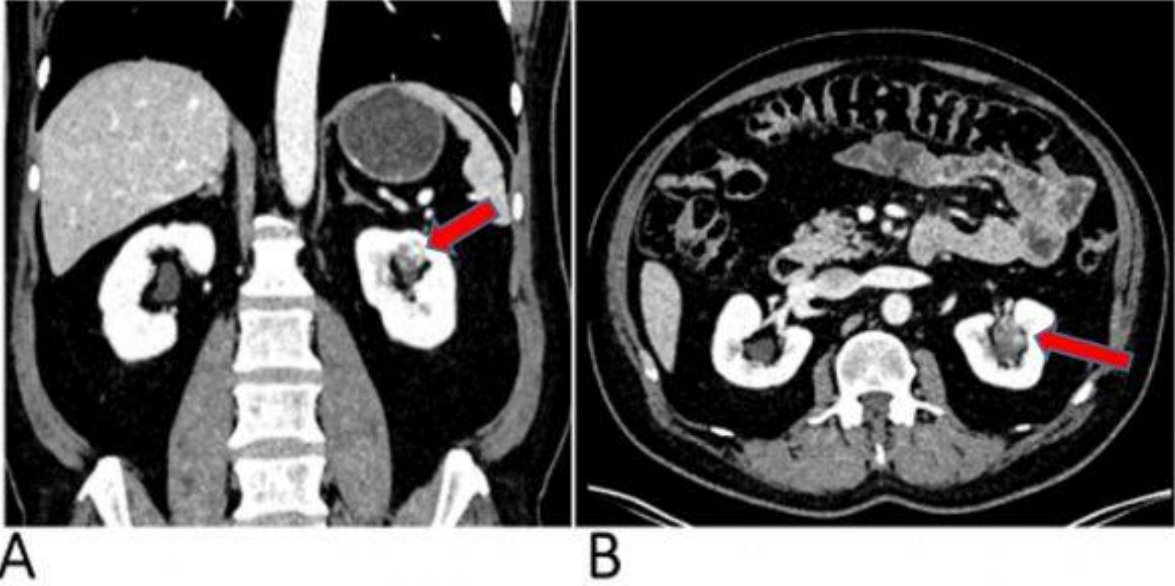


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

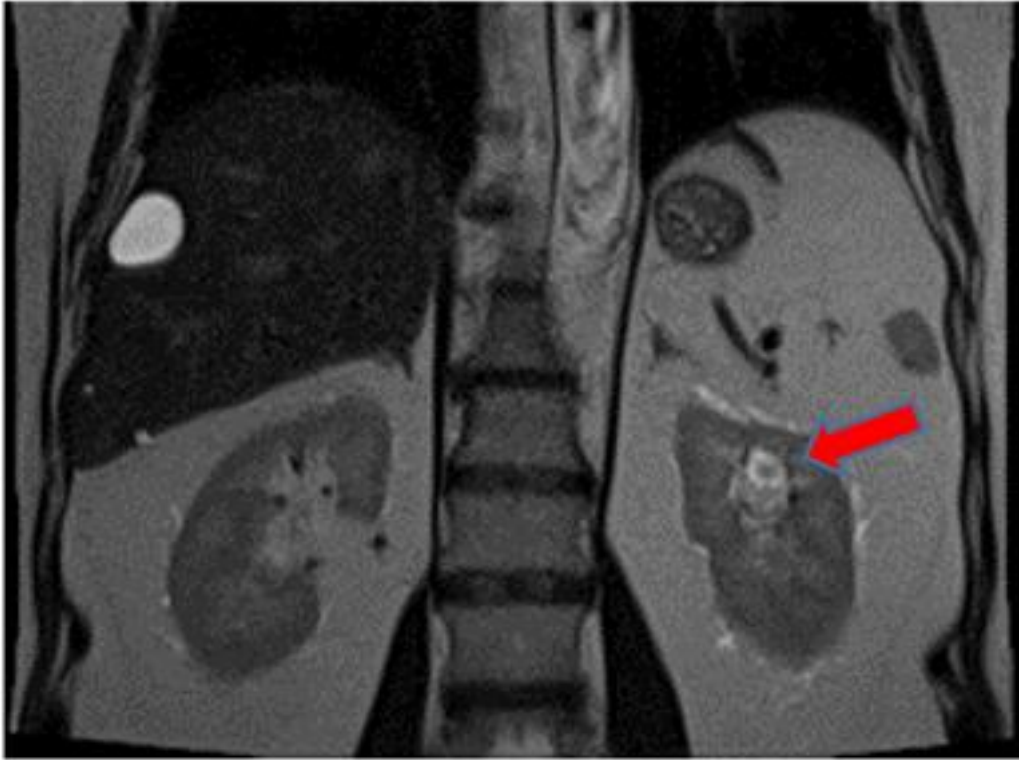


Görsel 1. Sol böbrek üst polde toplayıcı sistem ilişkili kistik lezyonun BT'de görünümü (kırmızı ok)



a) koronal kesit b) aksiyel kesit

Görsel 2. Sol böbrek üst polde Bosniak tip 4 kistik lezyonun MRG'de görünümü (kırmızı ok)





[PS-105]

Parsiyel Sistektomi ile Tedavi Edilen Urakal Adenokarsinom: Olgu Sunumu

Bilgin Öztürk¹, Aşkın Eroğlu¹, İncila Öztop², Oya Sivriköz², Mehmet Uğur Mungan³

¹Department of Urology, Başkent University Research and Training Medical Center, İzmir, Turkey

²Department of Pathology, Başkent University Research and Training Medical Center, İzmir, Turkey

³Department of Urology, School of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir

Amaç: Urakus, bir zamanlar gelişim sırasında fetal mesaneyi göbek deliğine bağlayan embriyonik bir kalıntı yapıdır. Gebeliğin 4. ve 5. ayları arasında urakus kıvrılmaya başlar ve sonunda medyan göbek bağı oluşturur. Fasya transversalis ile periton (Retropubik boşluk olarak bilinir) arasındaki gevşek bağ dokusunda bulunur. Kapanma işleminin başarısızlığı, anormal hücre çoğalmasına bağlı olarak maligniteler de dahil olmak üzere çeşitli anormalliklere yol açar. Urakal duvar 3 katmandan oluşur: ürotelyum, bağ dokusu ve yerleşik düz kas. Urakal karsinom, urakusun epitelyal kısmından gelişen, tüm mesane kanserlerinin yalnızca %0,35 ila %0,7'sini oluşturan nadir görülen bir tümördür. Genellikle ileri evrelerde keşfedilen bu kanser, genellikle kötü prognozla ortaya çıkabilir. Yaklaşık 1 yıldır ara ara pıhtılı hematüri yakınması ile kliniğimize başvuran, tıbbi öyküsünde özellik olmayan 32 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz

Olgu: Yaklaşık 1 yıldır ara ara pıhtılı hematüri yakınması olan 32 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Tıbbi öyküsünde özellik yoktu. Görüntüleme tetkiklerinde, mesane kubbesi anterior duvardan kaynaklanarak perivezikal yağ doku içerisine doğru uzanan tabanında kalsifikasyon alanları ve santral kesiminde kistik bileşen barındıran, çeperi kontrastlanan komplike kistik bir lezyon izlendi (Resim 1). Yapılan sistoskopiye mesane kubbesinde yaklaşık 4 cm çapında solid-kistik yapıda lezyon görüldü. Tur ameliyatı yapıldı. Patoloji sonucu; adenokarsinom (taşlı yüzük hücreli morfolojisinde?) olarak geldi. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde metastatik lezyon saptanmayan hastaya açık parsiyel sistektomi operasyonu yapıldı (Resim 2: Tümörün makroskopik görüntüsü). Patoloji sonucu; Urakal karsinom, mikst tip (müsinöz subtip + taşlı yüzük hücreli + enterik tip adenokarsinom) olarak geldi (Resim 3: Spesimenin mikroskopik görüntüsü). Kontrol sistoskopisi ve görüntüleme yöntemleri ile yapılan 1 yıllık takiplerinde lokal nüks veya metastatik lezyon saptanmadı.

Sonuç: Urakal kitleler nadir görülmesine rağmen malignite potansiyelleri yüksektir. Genellikle tanı anında lokal ilerlemiş tümörlerdir. Birincil tedavi cerrahidir. Urakal adenokarsinom nadir görülen bir kanser türü olsa da, biyopsi yapılmadan önce tanıyı kesin olarak düşündürecek spesifik görüntüleme bulguları mevcuttur. Mesane kubbesinden göbeğe uzanan yumuşak doku orta hat pelvik kitlesinin görüntülenmesi, urakal adenokarsinomu olasılığını kuvvetlendirir. Ayrıca, kitlerde bulunan kalsifikasyonlar da tanıyı güçlendirmektedir. Kısa sürede teşhis çok önemlidir, çünkü hastalık semptomatik olduğunda ileri evrede olma olasılığı yüksektir. Tedavi, hasta için en iyi olanla birlikte yönlendirilmeli ve değerlendirilmelidir; bu kemoterapi veya radyasyon, cerrahi rezeksiyon veya parsiyel veya total sistektomi olabilir. İyi diferansiyel ve yerleşimli urakal tümörlerin cerrahi tedavisinde parsiyel sistektomi ile mesane koruyucu cerrahi radikal cerrahiye alternatif tedavi olabilir.

Anahtar Kelimeler: urakus, adenokarsinom, mesane, malignite



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 1: Urakal Kitlenin BT Görüntüsü



Resim 1: Urakal Kitlenin BT Görüntüsü



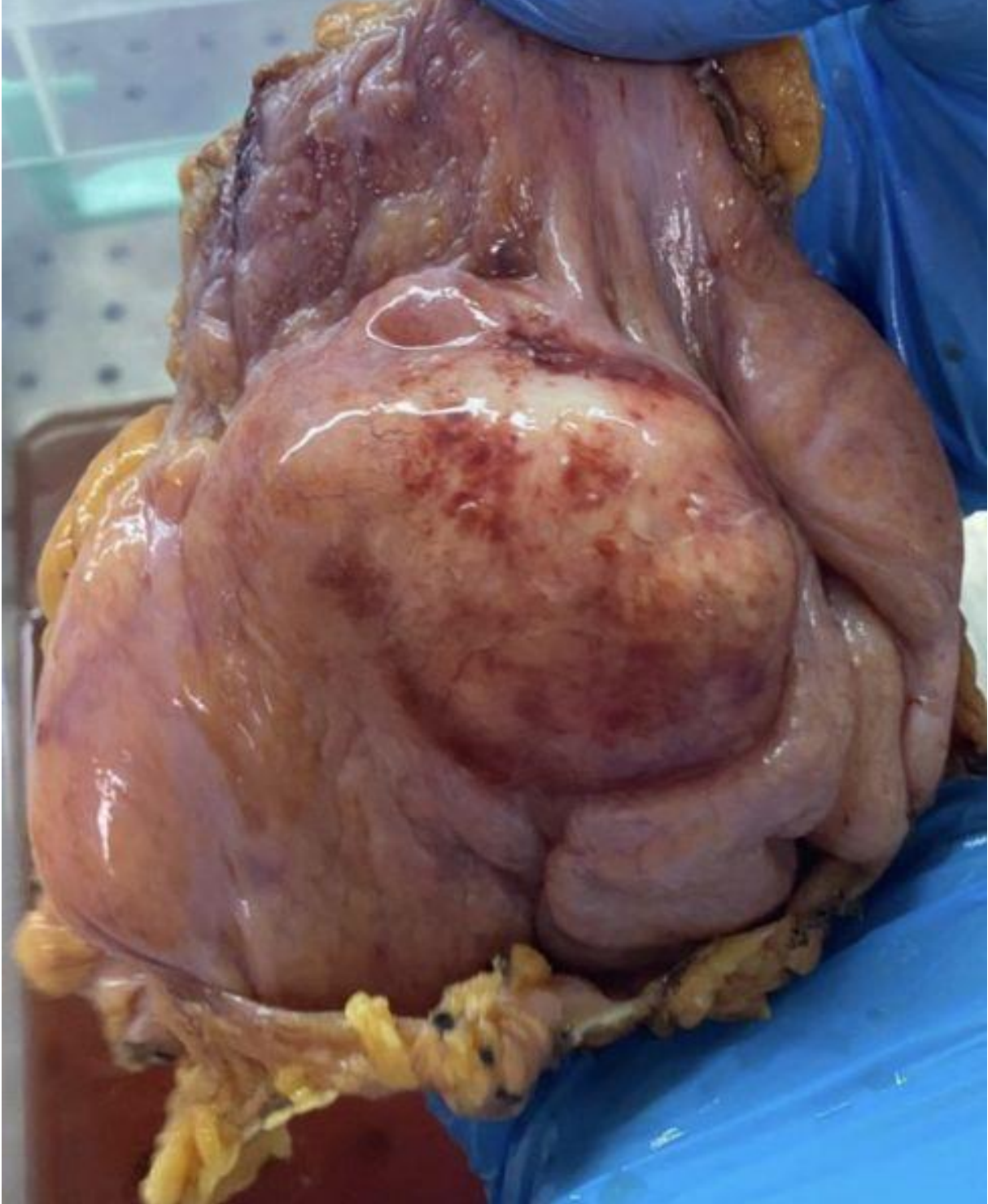


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim 2: Spesimenin Makroskopik Görüntüsü



Resim 2: Spesimenin Makroskopik Görüntüsü





[PS-106]

ELOC mutasyonu gösteren Renal Hücreli Karsinom:Nadir Bir Olgu

Çağatay Kaya¹, Muhammet Halil Dağışan¹, Ülkü Küçük², Serdar Çelik¹

¹İzmir şehir hastanesi,üroloji kliniği,izmir

²İzmir şehir hastanesi,patoloji kliniği,izmir

Amaç: Renal hücreli karsinom (RCC), erişkin böbrek tümörlerinin %85–90'ını oluşturur. Son yıllarda

moleküler alt tiplerin tanımlanması, tedavi ve prognoz açısından önem kazanmıştır. ELOC (Elongin C) İnsan genomunda 17q21.1 bölgesinde yer alır.Elongin C, VHL (Von Hippel–Lindau) tümör baskılayıcı proteini ile etkileşir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, ELOC mutasyonlarının VHL mutasyonundan bağımsız olarak böbrek kanserinde görülebildiğini göstermektedir.Özellikle ccRCC olgularında ELOC mutasyonları tanımlanmıştır.Histolojik olarak şeffaf hücreli morfoloji gösterir, ama klasik ccRCC'den farklı olarak CK7 pozitifliği ve CAIX pozitifliği ile ayırt edilir.Bu olgumuzda ELOC mutasyonu olan laparoskopik radikal nefrektomi uygulanan RCC olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 73 yaşında kadın hasta, 15 gün devam eden sağ yan ağrısı nedeniyle dış merkezde yapılan görüntülemelerin RCC uyumlu olması üzerine kliniğimize refere edildi.Kesitsel incelemede sağ böbrek orta kesim anteriorda ekzofitik uzanım gösteren, 50×43×45 mm boyutunda düzgün konturlu,

kapsüllü, heterojen iç yapıda kitle, erken arteriyel fazdan itibaren yoğun kontrastlı(RCC lehine), kitle, renal sinüs yağına ve duodenum 2. segmente sınırlı temas göstermekteydi.

Metastatik uyumlu patolojik bulgu saptanmayan hastaya 5 Aralık 2024 tarihinde sağ laparoskopik radikal nefrektomi yapıldı.Patolojik immunohistokimyasal (IHK) incelemede kesitlerde şeffaf sitoplazmaya sahip tümör izlenmiştir. Tümör hücreleri CK7 ve CAIX ile diffüz pozitif reaksiyon göstermiştir. CD10,CK20 ile negatif reaksiyon göstermiştir.Tümör nukleer derecesi "Furman derece II" ile uyumludur. Morfolojik ve immunohistokimyasal bulgular "ELOC mutasyonlu renal hücreli karsinom" şeklinde raporlanmıştır.Cerrahi sınırlar salim ve çevre dokularda invazyon olmayıp T1bN0M0 olarak değerlendirilmiştir. Postoperatif altıncı günde taburcu edilen hasta sorunsuz bir şekilde kliniğimizce takip edilmektedir.

Sonuç: Renal hücreli karsinomun moleküler alt tiplerinin belirlenmesi, prognostik ve tedavi planlamasında

önemlidir. ELOC mutasyonu (eski adıyla TCEB1 mutasyonu), son yıllarda tanımlanan nadir bir RCC alt tipidir. Tüm RCC olgularında %1'den az gözlenmektedir.Genellikle orta yaş ve yaşlı erişkinlerde görülür, şeffaf hücreli morfoloji gösterir.Çoğu olgu pT1–T2 evresinde tanı alır ve prognoz genellikle iyidir. Literatürde, radikal veya parsiyel nefrektomi sonrası düşük rekürrens oranları bildirilmiştir. Bu alt tipte VHL mutasyonu bulunmaz, farklı biyolojik yollar üzerinden gelişmektedir. Moleküler alt tip belirlenmesi ilerleyen dönemde hedefe yönelik tedavilerin seçimi açısından önem arz etmektedir. RCC'de moleküler patoloji raporları, özellikle nadir alt tiplerin tanımlanması, tedavi planlaması ve prognoz açısından giderek önem kazanmaktadır. Bu olguda da Furhman derece II, nekroz ve invazyon göstermeyen, pT1b evresinde bir tümör saptanmış olup literatürle uyumludur,erken evre tanı ve cerrahi tedavi ile kür sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ELOC, radikal nefrektomi, renal hücreli karsinom



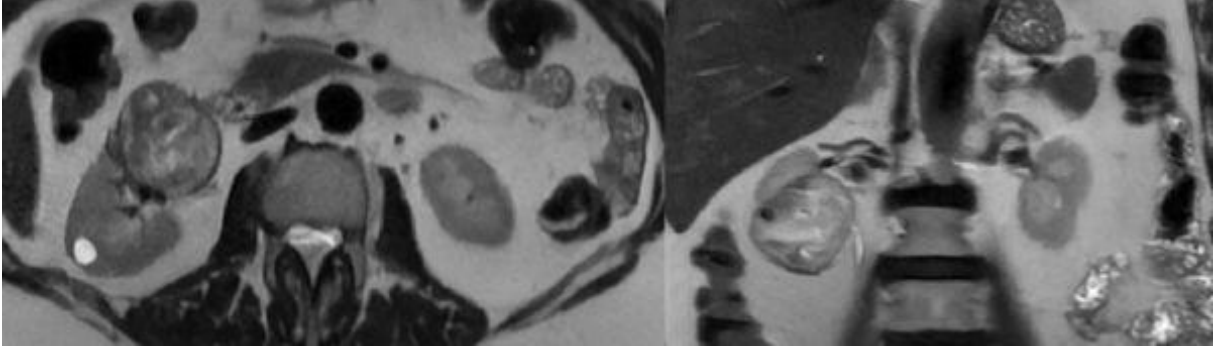


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

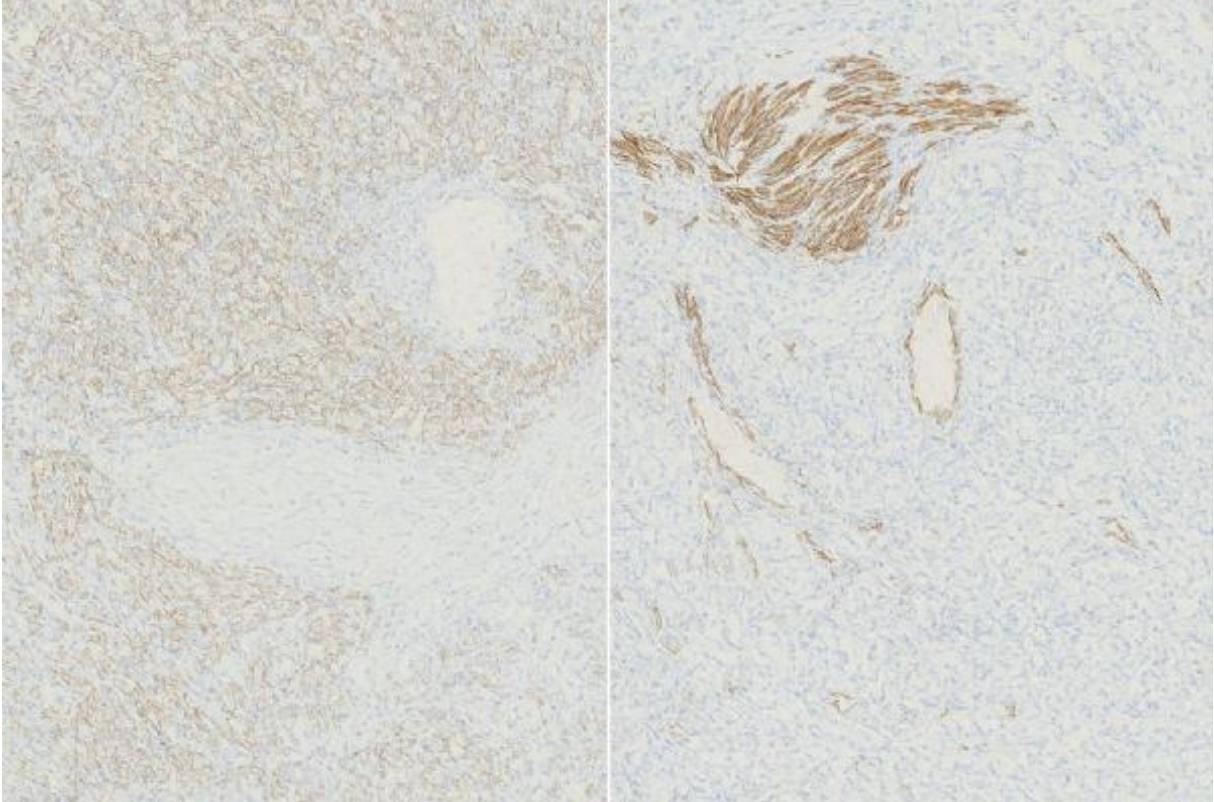


Kitlenin MR görüntüsü



Kitlenin axial ve coronal planda MR görüntüleri

Patoloji preparatları



karbonik anhidraz ve sitokeratin 7 ile pozitif boyanan patoloji preparatları





[PS-107]

İnsidental Paraaortokaval Lenf Nodu Saptanan Böbrek Tümörlü iki hastada Laparoskopik Radikal Nefrektomi ve Lenf Nodu Diseksiyonu

Berk Karaca, Kemal Züngün, Alican Kök, Serdar Çelik

T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş:

Böbrek tümörü tedavisinde T evresine göre radikal ya da parsiyel nefrektomi altın standart tedavi yöntemidir. Nefrektomiye ek olarak standart lenf nodu diseksiyonunun rolü tartışmalı olsa da görüntülemelerde saptanan ya da cerrahi sırasında görülen lenf nodlarının çıkarılması hem evreleme hem de tedavi planı açısından önemlidir.

Bu iki hastalık olgu sunumunda, retroperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi ve transperitoneal laparoskopik radikal nefrektomiye eş zamanlı lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Olgu:

İlk hasta, 59 yaşında erkek olup, kontrastlı abdominal manyetik rezonans (MRG) görüntülemesinde sol böbrek orta kesim posterior, ekzofitik 2cm boyutunda, kontrastlanan, difüzyon kısıtlayan kitle izlenmiştir (Resim1). Kitle, renal hücreli karsinom (RCC) lehine malign karakterde değerlendirilmiştir. Ayrıca, paraaortik alanda büyüğü sol infrarenal kesimde 14x9 mm lenf nodu izlenmiştir (Resim1-Kırmızı ok). Hastaya sol retroperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulanarak tedavi edilmiştir. Patoloji sonucu, böbrek kitlesi T1a kromofob hücreli karsinom (cerrahi sınır salim) ve lenf nodunda reaktif hiperplazi olarak raporlanmıştır.

İkinci hasta, 70 yaşında BMI 42 olan morbid obez erkek hasta olup, hematüri şikayetiyle üroloji polikliniğine başvurmuş ve yapılan kontrastlı abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde, sol böbrek orta kesimden ekzofitik uzanımı olan 45x47 mm boyutlarında kitlesel lezyon izlenmiştir (Resim2). Kitlenin dış yüzeyinde düzensizlik açısından şüpheli bir görünüm bulunmuş, ayrıca iliak bifurkasyon düzeyinde, sol paraaortik alanda 3.5x1.5 cm çapında lenf nodu izlenmiştir. FDG PET-BT incelemesinde, sol böbrek orta kısımda laterale ekzofitik uzanımı 6x4cm boyutunda heterojen aktivite gösteren lezyon izlenmiş (SUVmax:2.88), paraaortik alanda ise 3.3cm nonmetabolik lenf nodu gözlemlenmiştir (Resim2-Kırmızı Ok). Hastaya, tarafımızca laparoskopik transperitoneal radikal nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu ile tedavi edilmiştir. Radikal nefrektomi patoloji sonucu berrak hücreli renal karsinom (pT3) ve lenf nodu benign olarak saptanmıştır.

Sonuç:

Bu çalışmada, iki hastaya laparoskopik radikal/parsiyel nefrektomiye eş zamanlı yapılan lenf nodu diseksiyonunun böbrek kanseri tedavisindeki yerini değerlendirdik. Her iki olguda da lenf nodu diseksiyonu, maligniteyi ve metastatik yayılımı değerlendirmek için önemli bir adım olmuştur. Ancak, literatürdeki veriler, böbrek tümörlerinde standart lenf nodu diseksiyonunun gerekli olup olmadığı konusu tartışmalıdır. Bununla birlikte, lenf nodu diseksiyonunun, metastatik hastalık şüphesi bulunan veya yüksek riskli hastalarda prognostik bilgi sağlama açısından önemli olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, yüksek riskli hastalarda ve radyolojik olarak lenfadenopati kanıtı bulunan hastalarda, nefrektomiye eş zamanlı lenf nodu diseksiyonunun uygulanmasının gerekliliği adjuvan tedavi kararı açısından önemli bilgiler sunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Kanseri, Laparoskopik Lenf Nodu Diseksiyonu, Laparoskopik Retroperitoneal Parsiyel Nefrektomi, Laparoskopik Transperitoneal Radikal Nefrektomi



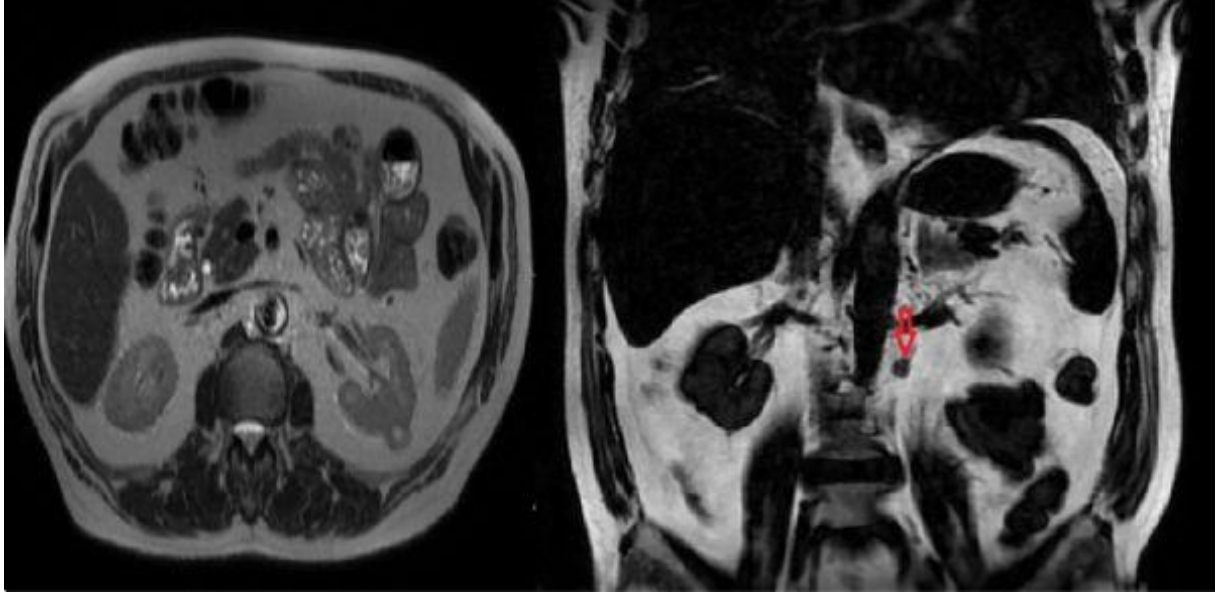


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim1



*Sol Resim: Böbrek Kitlesi
Sağ Tarafıta ise kırmızı işaretli ok sol paraaortik lenf nodu*





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim2



Sol Böbrek Kitlesi,
Kırmızı Ok: Sol paraaortik lenf nodu





[PS-108]

Nadir Bir Olgu: Hemoglobinopatisi Olmayan Hastada SMARCB-1(INI) Kaybı Gösteren Medüller Benzeri Karsinom

Nurşah Sarıduman¹, Mustafa Kaba¹, Nihat Karabacak¹, Onur Ertunç², Melike Urgancı Gökpınar², Serhat Çetin¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç

Renal medüller karsinom (RMK), renal hücreli karsinomların (RHK) nadir görülen ve agresif seyirli bir alt tipidir. Çoğunlukla orak hücreli anemi, talasemi gibi hemoglobinopatisi olan hastaların ikinci ve üçüncü dekadında görülür. RHK'lerin %0,5'inden azını oluşturmaktadır ve kötü prognozudur. Hastaların %67'si tanı anında metastaz ile başvurur.[1] [2]

Literatürde RMK, hemoglobinopatisi olmayan hastalarda son derece nadir bildirilmiş olup bu olguların bir kısmında SMARCB1 (INI1) tümör supresör gen kaybı da gözlenmiştir.[3] Olgumuzda hemoglobinopatisi olmayan RMK ile literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu sunumu

60 yaş erkek hasta 2 aydır aralıklı sırt ağrısı ve hematüri şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen diabetes mellitus, gut, kalp yetmezliği mevcuttu. Mitral kapak replasmanı nedeniyle warfarin kullanımı olan hastaya çekilen Torakoabdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de sağ böbrek orta polde 5 cm'lik kitle ve paraaortik seviyede 3 cm'lik lenfadenopati izlendi (Figür 1). Açık sağ radikal nefrektomi, sürrenalektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastanın patolojisi: SMARCB1 (INI1) kaybı gösteren medüller benzeri karsinom olarak sonuçlandı. Lenf nodları metastaz ile uyumlu olarak raporlandı. Yapılan immünohistokimyasal boyamada SMARCB1 (INI1) kaybı, PAX8, Desmin, OCT 3/4, Keratin 20, WT-1 negatif izlendi (Figür 2).

Postoperatif ikinci ayda çekilen FDG PET-BT' de mediastende, akciğerlerde ve karaciğerde; paraaortik, parakaval alanlarda, kemikte yaygın metastaz alanları saptandı. Cerrahi sonrası kan kreatinin değeri:1,5 mg/dL (GFR<60), ejeksiyon fraksiyonu 30, ECOG performans skoru 3 olması nedeniyle; medikal onkoloji tarafından kemoterapi uygun görülmedi. Hasta postoperatif 4.ayda bilinç bulanıklığı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Anüri ve üremik semptomlar nedeniyle yoğun bakım ünitesinde izlenen hastanın takibi sırasında çoklu organ yetmezliği gelişmiş ve eksitus gerçekleşti.

Tartışma

Hemoglobinopatinin olmadığı RMK vakaları nadirdir ve bu tümörler sınıflandırılmamış medüller fenotip RHK veya SMARCB1 kaybı gösteren medüller benzeri karsinom olarak adlandırılır. Tanı için SMARCB1 tümör supresör (INI1, BAF47) kaybı patognomoniktir.[4] Lokalize RMK için tedavi radikal nefrektomidir. Tanı anında uzak organ metastazı olmayan olgumuzda cerrahiden yaklaşık iki ay sonra multiple metastazlar ile karşılaşmamız, cerrahi sonrası 4. ayda mortalitenin gelişmesi hastalığın oldukça progresif ve agresif seyirli olduğunu göstermektedir. Ayrıca RMK, tirozin kinaz ve mTOR inhibitörleri dahil hedefe yönelik tedavilere dirençlidir. Platin bazlı sitotoksik kemoterapi, son zamanlarda tanımlanmış en iyi ve en etkili tedavidir.[5]

Sonuç

Renal medüller karsinom nadir, agresif seyirli ve prognozu kötü bir RHK alt tipidir. Bu olguda, hemoglobinopatisi olmayan hastalarda RMK'nin izlendiğini ve immünohistokimyasal incelemelerde SMARCB1 kaybının ayırıcı tanıda önemli bir belirteç olarak kullanıldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, SMARCB1 (INI1) kaybı, Radikal nefrektomi, Medüller benzeri karsinom

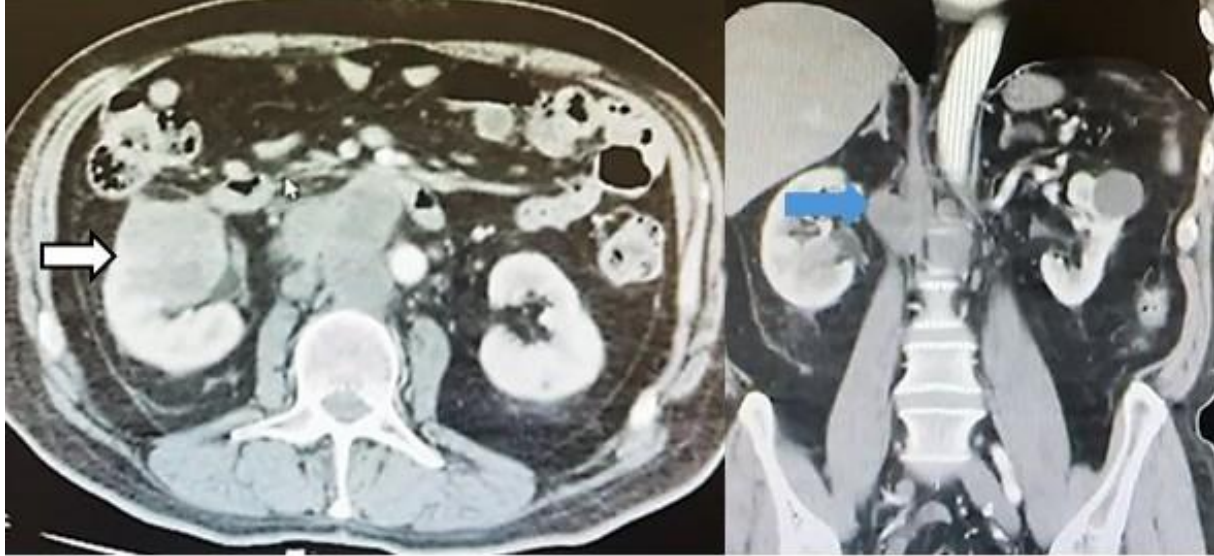


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

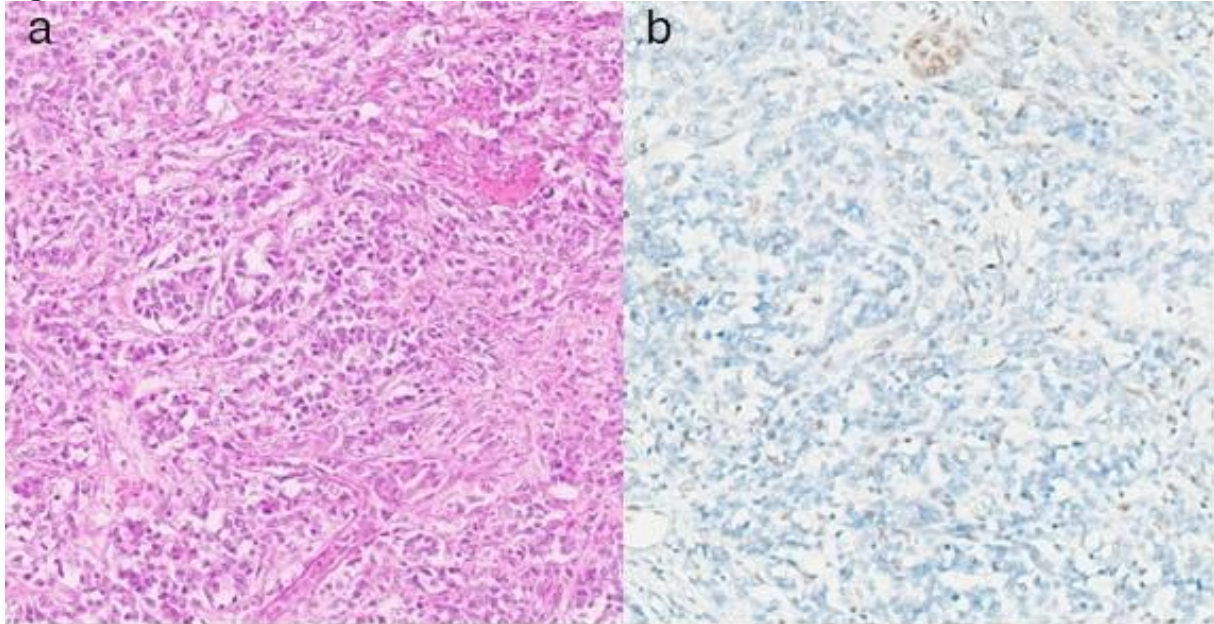


Figür 1



BT'de sağ böbrekte izlenen 5 cm'lik kitle(beyaz ok) ve paraaortik lenf nodu(mavi ok)

Figür 2



a) Hematoksilen-eozin x100, Tümör hücreleri iğsi ve epiteloid morfolojide ve pleomorfik görünümde, belirgin nükleollü hücrelerden oluşmaktadır.

b) INI-1 (SMARCB1) x200, INI-1 immünohistokimyasal boyamasında iç kontrol olarak vasküler endotelde nükleer pozitiflik görülmesine karşın tümör hücrelerinde kayıp izlenmektedir.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Kaynakça

1	Moch, H., et al., The 2022 World Health Organization classification of tumours of the urinary system and male genital organs—part A: renal, penile, and testicular tumours. European urology, 2022. 82(5): p. 458-468.
2	Shah, A.Y., et al., Management and outcomes of patients with renal medullary carcinoma: a multicentre collaborative study. BJU international, 2017. 120(6): p. 782-792.
3	Colombo, P., et al., Unclassified renal cell carcinoma with medullary phenotype versus renal medullary carcinoma: lessons from diagnosis in an Italian man found to harbor sickle cell trait. Urology Case Reports, 2015. 3(6): p. 215-218.
4	Lebenthal, J.M., et al., Clinical characteristics, management, and outcomes of patients with renal medullary carcinoma: a single-center retrospective analysis of 135 patients. European Urology Oncology, 2025. 8(2): p. 315-323.
5	Wilson, N.R., et al., Efficacy and safety of gemcitabine plus doxorubicin in patients with renal medullary carcinoma. Clinical Genitourinary Cancer, 2021. 19(6): p. e401-e408.





[PS-109]

Küçük Hücreli Prostat Karsinomu: 4 Olguluk Vaka Serisi ve Literatürle Karşılaştırma

İbrahim Caner Sönmez¹, Oktay Kuş¹, Ahmet Turhan¹, Gizem Fikir², Yasemin Yuyucu Karabulut², Erdem Akbay¹

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

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç:

Küçük hücreli prostat karsinomu (KHPC), prostat kanserlerinin oldukça nadir görülen ancak son derece agresif seyirli histolojik alt tiplerinden biridir. Klinik pratiğe yansıyan en önemli özellikleri; tanı anında sıklıkla metastatik evrede bulunması, düşük ya da tümör yükü ile uyumsuz PSA düzeyleri göstermesi ve androjen reseptörlerinden yoksun olması nedeniyle hormonal tedaviye yanıtı kalmasıdır. Bu çalışma ile, kliniğimizde tanı konulan dört KHPC olgusunun klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerini ortaya koymak, uygulanan tedavi yaklaşımlarını ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmek ve elde edilen bulguları literatürdeki verilerle karşılaştırmak amaçlanmıştır

Olgu:

Olgu 1:

85 yaşında erkek hasta, PET-CT'de prostatta malignite şüphesi üzerine yönlendirildi. PSA: 1,47 ng/mL. Rektal tuşede malign bulgular vardı. Hasta bilinen karaciğer ca. Hastaya yapılan biyopside küçük hücreli karsinom raporlandı. Tedavi: Kemoradyoterapi. Tanıdan 3 ay sonra kaybedildi.

PSMA-PET: Pelvik lenf nodlarında, karaciğer metastazlarında ve sol iliak kanatta metastatik belirgin intensitede artmış metabolizma.

Olgu 2:

56 yaşında erkek hasta, PSA yüksekliği (22 ng/mL) ile başvurdu. İlk biyopside adenokarsinom, iki yıl sonra TUR-P materyalinde KHPC tespit edildi. Rektal tuşede malign bulgular izlendi. Tedavi: ADT + RT. Takipte 15. Ay sonra kaybedildi.

PSMA-PET:Prostatik üretrada staz ve muhtemel seminal veziküllere invazyon. Bilateral pelvik, pararektal ve sağ paraaortik alanlarda metastatik olduğu düşünülen bazıları hipermetabolik milimetrik lenf nodları.

Olgu 3:

71 yaşında erkek hasta, işeme güçlüğü şikayeti ile başvurdu. PSA: 3,8 ng/mL. Rektal tuşede benign bulgular. Hasta bilinen mesane noninvazif papiller ürotelyal karsinom. Hastanın arka arkaya 4 yıl boyunca kontrol sistoskopileri tm-free. Hastanın AÜSS şikayetleri artmasından sonra TUR-P yapılmaya karar veriliyor. TUR-P materyalinde KHPC tespit edildi. Tedavi: Kemoradyoterapi. Takipte halen yaşamaktadır.

PSMA-PET:Paraaortik pelvik lenf nodları, kemiklerde metastatik ve mediastinal lenf nodları ve akciğer nodüllerinde met. şüpheli FDG tutulumları

Olgu 4: 84 yaşında erkek hasta, PSA: 222 ng/mL ile başvurdu. Rektal tuşede malign bulgular. Prostat biyopsisinde KHPC tespit edildi. Tedavi:ADT. Takipte 2 ay içinde kaybedildi.

PSMA-PET:Sağ pelvik alanda, abdomende retroperitoniyel paraaortik aortokaval ve bilateral parailiak alanlarda, sol supra-infraklavikular alanda hipermetabolik metastatik yer yer kitle görünümünde lenfadenopatiler.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Sonuç: Küçük hücreli prostat kansinomu, nadir görülmesine karşın klinik seyri agresif ve prognozu kötüdür. PSA düzeyleri tanı için güvenilir olmayabilir, adenokarsinom komponenti PSA'yı yükseltebilir. Hormonal tedavi tek başına yetersizdir. Multidisipliner yaklaşım, kemoterapi ve radyoterapi ile kombine tedavi sağkalımı uzatabilir. Literatürle uyumlu olarak, serimiz KHPC'nin kötü prognozunu ve erken mortalite riskini bir kez daha göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, küçük hücreli karsinom, nöroendokrin tümör, vaka serisi

Prostat Küçük Hücreli Karsinom Tanılı Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri

CİN SİYE T	TANI ANI NDA Kİ YAŞ	BAŞVUR U ŞİKAYE Tİ	TANI ANI NDA Kİ PSA	TANI ANI NDA Kİ IPSS SKO RU	RE KTA L TU ŞE	TANI YÖNTEM İ	KOMO RBİDİT E	UYGU LANA N TEDA Vİ	TAN I ANI NDA N SON RA KAÇ AY GEÇ Tİ	ÇEKİLE N PSMA- PET	PATOLOJİ RAPORU
ERK EK	84	PET SONUC U PROSTA TDA ŞÜPHEL İ TUTULU M	1,47	17	MA LİĞ N	TRUSG PROSTA T BİYOPSİ Sİ	KAH, HT	KT, RT	3 AY SON RA EX	Prostat bezinde primer malignit eyle uyumlu lezyond a, pelvik lenf nodların da, karaciğ er metasta zlarında ve sol iliak kanatta metasta tik belirgin intensite artmış metabol izma- Prostat adenok arsinom dışı	Tanı: KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNO M, 3,4,5,6,7, 8,9,10,12 nolu kadranslar, prostat 12 kadrans iğne biyopsi. - Perinöral invazyon izlenmiştir . - Orta sol medialde ekstrapros tatik ekstansiyon mevcuttur





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



										primer prostat malignit esi ve metasta zlarıyla uyumlu dur.	
ERK EK	56	PSA YÜKSEK LİĞİ	22	15	MA LİĞ N	TRUSG PROSTA T BİYOPSİ Sİ	DM, HT	ADT, RT	15 AY SON RA EX	1) Yeni tanı prostat ca. 2) Normal den büyük boyutta prostat bezinde heterojen tarzda artmış Ga-68 PSMA aktivitesi ve prostatik üretrada staz ve muhtemel seminel veziküllerde invazyon. 3) Bilateral pelvik, pararektal ve sağ paraaortik alanlarda metastatik olduğu düşünülen bazıları hipermetabolik	Tanı: MİKST NÖROENDOKRİN, NON-NÖROENDOKRİN KARSİNOM, prostat, TUR. - Küçük hücreli karsinom, tümörün yaklaşık %50 kadarını temsil etmektedir. - Gleason skor: 10 (5+5) - Prognostik derece: 5 - Perinöral invazyon izlendi - Lenfovasküler invazyon izlendi. - Tümör rezeksiyon materyalinin %60 kadarını işgal etmektedir. - Prostat glandlarında yaygın skuamöz metaplazi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



										milimetrik lenf nodları. 4) Tarif edilen aksiyel ve apendiküler iskelette metastatik kemik lezyonları.	mevcuttur .
ERKEK	70	TUR-PROSTA TEKTOMİ	3,8	15	BENİĞİN	TUR-PROSTA TEKTOMİ	KAH	KT, RT	TANIMANDAN 13 AY GEÇTİ HAL EN YAŞIYOR	Mesane-prostat bileşkesinde primer maligniteyle uyumlu hipermetabolik lezyon ve paraaortik pelvik lenf nodları, kemiklerde metastatik ve mediastinal lenf nodları ve akciğer nodüllerinde met. şüpheli FDG tutulumları	KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOM, prostat, tur - Mevcut immünohistokimyasal bulgular prostatın küçük hücreli adenokarsinomunu telkin eder niteliktedir .
ERKEK	84	PSA YÜKSEKLİĞİ	222	25	MALİĞİN	TRUSG PROSTAT BİYOPSİSİ	DM, HT AORT KAPAK REPLASMANI	ADT	2 AY SONRA EX	1) Yeni tanı Prostat ca 2) Prostat	Tanı: MİKST NÖROENDOKRİN, NON-NÖROEND





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | **Cornelia Diamond Otel, Antalya**



									bezi sağ lateral posterolateral duvarda primer malignite ile uyumlu hipermetabolik nodüler kalınlaşmalar 3) Sağ pelvik alanda, abdominalde retroperitoneiyel paraaortik aortokaval ve bilateral parailiak alanlarda, sol supra-infraklavikular alanda hipermetabolik metastatik yer yer kitle görünümde lenfadenopati r. 4) Tarif edilen kemiklerde metastatik lezyonlar.	OKRİN KARSİNOM Apeks sağ medial (1 no), apeks sağ lateral (2 no), orta sağ lateral (3 no), bazal sağ lateral (4 no), apeks sol lateral (5 no), orta sol lateral (6 no), bazal sol lateral (7 no) prostat 7 kadran iğne biyopsisi. - Tümör büyük oranda Asiner Adenokarsinomdan ibaret olup iki blokta Küçük hücreli karsinom mevcuttur. - Gleason skor: 10 (5+5) - Grade grup: 5 - Perinöral invazyon mevcuttur. - Lenfovasküler invazyon mevcuttur.

Prostat küçük hücreli karsinom tanısı alan olguların demografik özelliklerini, başvuru bulgularını, tanılarda değerlendirilmelerini, uygulanan tedavi yaklaşımlarını ve takipteki sağkalım durumlarını özetlemektedir.





[PS-110]

İntravezikal BCG Tedavisi Sonrası Gelişen Granülamatöz Orşit; Nadir Bir Komplikasyon

Osman Gercek, Melih Şenkol, Rahib Garayev, Ramazan Gencan
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: İntravezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tedavisinin, karsinoma in situ olgularında etkili bir tedavi seçeneği olduğu ve yüzeysel mesane tümörlerinde nüksü önlemede başarılı sonuçlar verdiği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. BCG'ye bağlı komplikasyonlar nadir olup genellikle kendiliğinden sınırlanır ve iyi tolere edilir. Yan etkiler lokal (disüri, sistit, hematüri) olabileceği gibi sistemik (ateş, artralji, sepsis) ve nadir organ-spesifik komplikasyonları da içerir. Testiküler tutulumla bağlı orşit ve epididimo-orşit bu nadir komplikasyonlardır. Skrotal yan etkiler genellikle granülamatöz orşit (tüberküloz orşiti) şeklindedir. Lamm ve arkadaşlarının 1200 hastalık serisinde %0.4 epididimo-orşit görülmüştür. Bu sunumda, nadir görülen intravezikal BCG sonrası gelişen granülamatöz orşit tanısı alan bir olguyu paylaşmaktayız.

Olgu: 81 yaşında erkek hasta, hematüri ve karın ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hipertansiyon, diyabet, serebrovasküler hastalık ve KOAH öyküsü mevcut idi. Muayene ve ultrasonografide mesanenin sağ yan duvarında 25x13 mm boyutlarında, düzgün sınırlı olmayan asimetrik kitle saptandı. ECOG performansı orta, preoperatif laboratuvar testleri normaldi; genital muayene normaldi.

Hastaya transüretral rezeksiyon (TUR) uygulandı ve işlem komplikasyonsuz tamamlandı. Hematürisi nedeniyle postoperatif doksorubisin uygulanamadı. Patoloji non-invaziv düşük dereceli mesane kanseri, karsinoma in situ (CIS) ise negatif olarak raporlandı. Üç ay sonra kontrol sistoskopi önerildi.

Kontrolde, eski rezeksiyon alanında düzensiz papiller kalınlaşmalar görüldü ve tekrar TUR yapıldı. Patolojide bu kez non-invaziv düşük dereceli mesane kanserine ek olarak CIS saptandı. Hastaya haftalık intravezikal BCG tedavisi başlandı.

BCG tedavisinin ikinci küründen yaklaşık 7 gün sonra bilateral testislerde ağrı, şişlik ve hassasiyet gelişti. Fizik muayenede bilateral testislerde hassasiyet, sertlik ve hacim artışı gözlemlendi; testis tümörünü düşündürdü. Skrotal ultrasonografide sağ testiste 3x1 cm, sol testis superior kesimde 3x2,5 cm boyutunda hipoekoik, vaskülaritesi olan nodüler lezyonlar izlendi. Tümör belirteçleri (AFP, β -HCG) normal, sadece LDH hafif yüksekti.

Antibiyotik ve semptomatik tedaviye rağmen şikayetler düzelmeyince bilateral inguinal orşiektomi yapıldı. Makroskopik incelemede diffüz granülamatöz inflamasyon görüldü. Histopatolojide kazeifiye olmayan granülomlar, dev hücreler ve epitelioid histiosit kümeleri saptandı. Bulgular, BCG'ye bağlı granülamatöz orşit ile uyumluydu.

Sonuç: İntravezikal BCG tedavisi gören hastalarda ortaya çıkan testiküler ağrı, şişlik ve hassasiyet gibi semptomlar titizlikle değerlendirilmelidir. Granülamatöz orşit, özellikle tedavi sonrası dönemde nadir fakat klinik olarak anlamlı bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır ve bakteriyel orşit ya da testis tümörleri ile karışabilir. Bu nedenle, ayırıcı tanıda granülamatöz orşit olasılığının mutlaka dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: granülamatöz, intravezikal, kanser, mesane, orşit





[PS-113]

Mesanede Nefrojenik Adenom Tanısı Alınan Dört Olgu: Mini Vaka Serisi

İbrahim Caner Sönmez¹, İsa Kamil Taşdemir¹, Hasan Erdal Doruk¹, Gizem Fikir², Yasemin Yuyucu Karabulut²

¹MERSİN ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

²MERSİN ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç: Nefrojenik adenom, mesanede nadir görülen benign bir lezyon olup, genellikle kronik inflamasyon, enfeksiyon, kateterizasyon veya cerrahi travma sonrası gelişir. Görünüm olarak malign lezyonları taklit edebilmesi nedeniyle ayırıcı tanıda önemli yer tutar. Bu bildiride, mesanede nefrojenik adenom tanısı almış dört olgu sunularak klinik özellikleri ve takip süreçleri tartışılmıştır.

Olgu: Olgu 1

77 yaşında erkek hasta, başka bir nedenle çekilen BT'de mesane sağ yan duvarda şüpheli lezyon saptanması üzerine sistoskopi ile değerlendirildi. Lezyondan alınan biyopsi sonrası patoloji sonucu nefrojenik adenom olarak raporlandı. Beş yıllık takip süresince nüks veya semptom saptanmadı.

Olgu 2

49 yaşında DM ve HT tanılı erkek hasta, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve yan ağrısı ile başvurdu. Görüntülemelerde bilateral üreteral genişleme, sol tarafta belirgin hidronefroz ve sağda grade 3 vezikoüreteral reflü saptandı. Bilateral UNC ve sistoskopi planlanan hastada mesanede tümöral oluşumlar izlenmesi nedeniyle üreteroneosistostomiden vazgeçildi ve TUR operasyonu yapıldı. Lezyonlar komplet rezeke edildi. Patoloji sonucu nefrojenik adenom olarak raporlandı. Hasta düzenli olarak takip edilmektedir.

Olgu 3

76 yaşında erkek hastada mikropapiller ürotelyal karsinom tanısı ve sağ nefroüretarektomi öyküsü mevcut olup, aynı seansta mesaneden alınan farklı bir örnek nefrojenik adenom olarak raporlandı. Hasta kemoterapi almış olup halen onkoloji takibindedir.

Olgu 4

73 yaşında erkek hastada bilinen mesane tümörü ve sol nefrektomi öyküsü mevcuttu. Beş yıl önce yapılan kontrol sistoskapisinde alınan TUR materyali histopatolojik olarak nefrojenik adenom ile uyumlu bulundu. Hasta halen düzenli aralıklarla sistoskopik olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Nefrojenik adenom klinik prezentasyon, radyolojik bulgular ve endoskopik olarak malign lezyonlarla karışabilen, makroskopik olarak cerrahi esnasında benign malign ayırıcının yapılmasının neredeyse imkansız olduğu lezyonlardır. Doğru tanı için histopatolojik inceleme şarttır. Lezyonlar çoğunlukla benign seyirli olup, TUR sonrası nüks oranları düşüktür. Sunulan dört olgu, farklı klinik prezentasyonlarda tanı alan nefrojenik adenomlardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane, nefrojenik adenom, benign lezyon





[PS-113]

Mesanede Nefrojenik Adenom Tanısı Alınan Dört Olgu: Mini Vaka Serisi

İbrahim Caner Sönmez¹, İsa Kamil Taşdemir¹, Hasan Erdal Doruk¹, Gizem Fikir², Yasemin Yuyucu Karabulut²

¹MERSİN ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

²MERSİN ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç: Nefrojenik adenom, mesanede nadir görülen benign bir lezyon olup, genellikle kronik inflamasyon, enfeksiyon, kateterizasyon veya cerrahi travma sonrası gelişir. Görünüm olarak malign lezyonları taklit edebilmesi nedeniyle ayırıcı tanıda önemli yer tutar. Bu bildiride, mesanede nefrojenik adenom tanısı almış dört olgu sunularak klinik özellikleri ve takip süreçleri tartışılmıştır.

Olgu: Olgu 1

77 yaşında erkek hasta, başka bir nedenle çekilen BT'de mesane sağ yan duvarda şüpheli lezyon saptanması üzerine sistoskopi ile değerlendirildi. Lezyondan alınan biyopsi sonrası patoloji sonucu nefrojenik adenom olarak raporlandı. Beş yıllık takip süresince nüks veya semptom saptanmadı.

Olgu 2

49 yaşında DM ve HT tanılı erkek hasta, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve yan ağrısı ile başvurdu. Görüntülemelerde bilateral üreteral genişleme, sol tarafta belirgin hidronefroz ve sağda grade 3 vezikoüreteral reflü saptandı. Bilateral UNC ve sistoskopi planlanan hastada mesanede tümöral oluşumlar izlenmesi nedeniyle üreteroneosistostomiden vazgeçildi ve TUR operasyonu yapıldı. Lezyonlar komplet rezeke edildi. Patoloji sonucu nefrojenik adenom olarak raporlandı. Hasta düzenli olarak takip edilmektedir.

Olgu 3

76 yaşında erkek hastada mikropapiller ürotelyal karsinom tanısı ve sağ nefroüretrektomi öyküsü mevcut olup, aynı seansta mesaneden alınan farklı bir örnek nefrojenik adenom olarak raporlandı. Hasta kemoterapi almış olup halen onkoloji takibindedir.

Olgu 4

73 yaşında erkek hastada bilinen mesane tümörü ve sol nefrektomi öyküsü mevcuttu. Beş yıl önce yapılan kontrol sistoskapisinde alınan TUR materyali histopatolojik olarak nefrojenik adenom ile uyumlu bulundu. Hasta halen düzenli aralıklarla sistoskopik olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Nefrojenik adenom klinik prezentasyon, radyolojik bulgular ve endoskopik olarak malign lezyonlarla karışabilen, makroskopik olarak cerrahi esnasında benign malign ayırıcının yapılmasının neredeyse imkansız olduğu lezyonlardır. Doğru tanı için histopatolojik inceleme şarttır. Lezyonlar çoğunlukla benign seyirli olup, TUR sonrası nüks oranları düşüktür. Sunulan dört olgu, farklı klinik prezentasyonlarda tanı alan nefrojenik adenomlardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane, nefrojenik adenom, benign lezyon





[PS-114]

Sağ Spermatik Kord Dediferansiye Liposarkom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Alperen Özdemir¹, İbrahim Halil Baloğlu¹, Fevziye Kabukçuoğlu², Kaya Horasanlı¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Paratestiküler yumuşak doku tümörleri nadir görülmekte olup intraskrotal kitlelerin yaklaşık %7-10'unu oluştururken, bunların yalnızca %3-7'si spermatik kord liposarkomlarıdır.

Liposarkomlar, klinik olarak sıklıkla inguinal herni ya da benign kitlelerle karıştırılabilir. Bu nedenle doğru tanı, cerrahi planlama ve onkolojik açıdan kritik öneme sahiptir. Özellikle dediferansiye varyant, agresif seyri ve yüksek nüks riski ile dikkat çeker. Burada spermatik kord kökenli dediferansiye liposarkom olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 71 yaş erkek hasta noktüri, dizüri şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ inguinal bölgede yaklaşık 4 cm'lik, mobil, sınırları düzgün kitle lezyonu palpe edildi. Bu sebeple yapılan inguinal ultrasonografide spermatik kord komşuluğunda 35x30x34 mm boyutlarında düzgün sınırlı, RDUS incelemede vaskülarizasyon göstermeyen, heterojen, hipoeoik kitlesel lezyon tespit edildi. Çekilen pelvik MR'da sağ inguinal kanalda spermatik kord komşuluğunda 39x33 mm boyutlarında, kontrast sonrası heterojen tutulum gösteren, difüzyon kısıtlaması mevcut tümöral lezyon tespit edildi. Bu sebeple inguinal eksplorasyon ve sağ inguinal kitle eksizyonu uygulandı. Kitlenin vas deferens orijinli olması nedeniyle kitle proksimal ve distalinden vas kesilerek kitle eksize edildi. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme vas deferens kaynaklı dediferansiye liposarkom ile uyumlu saptandı.

Tartışma: Spermatik kord liposarkomları nadir görülen tümörlerdir. Çoğu zaman klinikte inguinal herni ile karıştırılır. Dediferansiye liposarkom, iyi diferansiye liposarkom alanları içerisinde yüksek dereceli sarkomatöz odaklar içermesiyle agresif seyirlidir. Cerrahi, temel tedavi yöntemidir. Ancak cerrahi sınır pozitifliği nüks riskini belirgin artırmaktadır. Literatürde spermatik kord dediferansiye liposarkom olgu sayısı oldukça sınırlıdır. Bildirilen vaka sunumları adjuvan tedavi, takip ve sağkalım için aydınlatıcı olacaktır.

Sonuç: Spermatik kord dediferansiye liposarkom, nadir ancak agresif seyirli bir paratestiküler tümördür. Klinik ve radyolojik bulgular sıklıkla benign lezyonlarla karışabileceğinden ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle yakın takip ve gerekirse adjuvan tedavi multidisipliner yaklaşım çerçevesinde planlanmalıdır. Bu olgu, spermatik kord kitlesiyle başvuran hastalarda nadir de olsa liposarkomun ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini ve cerrahi sınırların önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dediferansiye liposarkom, İnguinal kitle, Paratestiküler tümör, Sarkom, Spermatik kord





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Şekil 1: Vas deferens orijinli dediferansiye liposarkom MR görüntüsü





[PS-116]

İntravezikal BCG (Bacillus Calmette-Guerin) Ve İntravezikal Termokemoterapi İle Tedavi Edilen Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Hastalarında Trombosit-Lenfosit Oranının Nüks Oranı Ve Nüks Süresine Etkisi

Muhammet İhsan Öztürk¹, Musa Ekici², Cemil Aydın², Mustafa Serdar Çağlayan², Mehmet Murat Baykam²

¹Alaca Devlet Hastanesi, ÇORUM

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, ÇORUM

Amaç: Bu çalışmada Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri (KİOMK) tanısı olan intravezikal termokemoterapi veya immünoterapi tedavisi alan hastalarda Platelet-Lenfosit Oranı'nın (PLR) nüks sayısı ve nüks süresine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2020 Ocak ile 2024 Ocak tarihleri arasında kliniğimizde Trans Üretral Mesane Tümörü Rezeksiyonu (TUR MT) uygulanmış ve sonrasında ortalama 24-48 ay poliklinik takibi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi ve çalışmaya toplam 153 hasta dahil edildi. Hastalar patoloji sonuçlarına, göre Ta ve T1, yüksek grade ve düşük grade, CIS pozitif veya negatif olarak gruplara ayrılarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, sigara içmeye devam etme durumları, ek hastalıkları, varyant patoloji birlikteliği gibi durumlar incelendi.

Takiplerinde nüks gelişen ve gelişmeyen hastalar olarak gruplara ayrılıp değerlendirildi. Nüks zamanına kadar geçen süre Rekürrens Free Survival (RFS) olarak değerlendirildi.

Başvuru zamanında aktif enfeksiyonu olan hastalar, hematolojik veya romatolojik hastalığı olanlar, dosyasında bilgileri eksik olan hastalar ve daha önce kemoterapi tedavisi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: ROC eğrisine göre PLR oranının nüks etme durumu için eşik değeri 120 olarak hesaplandı. PLR oranı 120'den yüksek olan hastaların nüks oranı daha fazla ve nüks süresi daha kısa izlendi. Hem intravezikal Bacilluscalmette-Guerin (BCG) hem de Termokemoterapi (TKT) grubunda PLR yüksekliği ile nükssüz sağkalım süresi arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$, $p=0,020$). Her iki grupta da sigaraya devam etme durumu ($p<0,001$, $p<0,001$) ve BCG alan grupta varyant patoloji bulunması ($p=0,008$) nüks oranını istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde arttırmaktaydı ($p=0,025$).

Ayrıca TKT grubunda tümörün evresinin T1 olması nüks sayısını arttırmaktaydı ($p<0,001$). Çok değişkenli varyant analizinde de her iki grupta yüksek PLR' nin nüks oranını arttırdığı ve nüks süresini kısalttığı görüldü ($p<0,001$, $p=0,038$).

Sonuç: Çalışmamızda, preoperatif Platelet-Lenfosit Oranı, kas invaziv olmayan mesane kanserinde hem intravezikal BCG hem de TKT gruplarında nüks oranı ve süresi için bağımsız bir prediktif faktör olarak bulundu. Bu biyobelirtecini diğer tanı/öngörü araçlarıyla birlikte kullanılması gelecekte klinik karar verme sürecinde üroloji hekimlerine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: KİOMK, BCG, Termokemoterapi, Platelet-Lenfosit Oranı



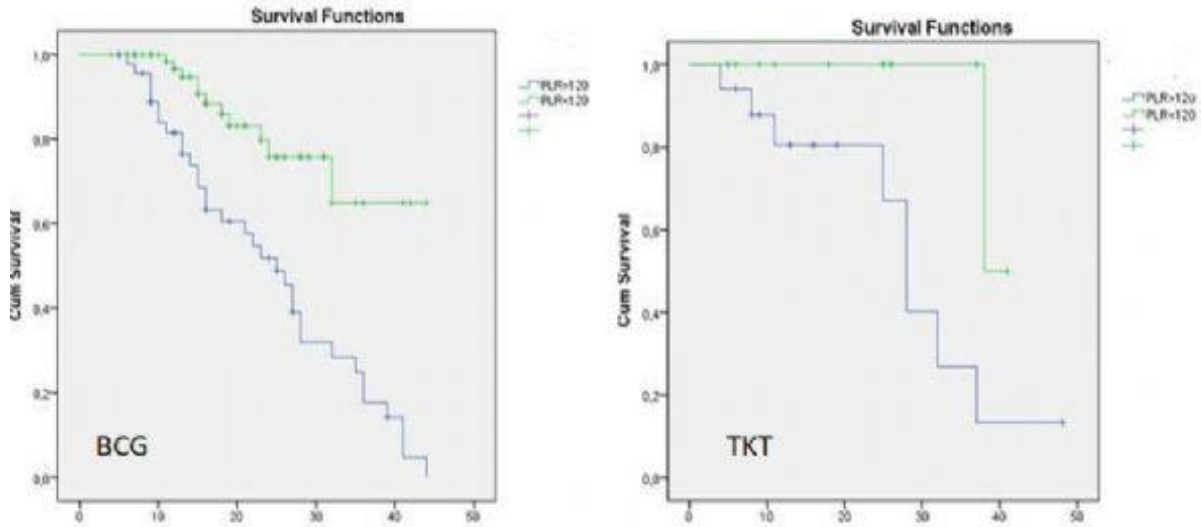


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



şekil-1



Şekil-1. BCG ve TKT tedavi edilen hastalarda PLR 120 eşik değeri için nüksüz sağkalım eğrisi

Tablo 1. Hastalarda Nüks Durumu

Değişkenler	BCG n(%)	TKT n(%)
Platelet-Lenfosit Oranı	120,2±32(67,4 - 273)	145,1±77,2(67,8 - 429,4)
Nüks Gelişimi		
Yok	79(64,2)	21(70)
Var	44(35,8)	9(30)

tablo 2 BCG ve TKT tedavisi alan hastalarda nüks durumuna etki eden faktörler

	BCG			TKT		
	Nüks Görülen(n)	Nüks Görülme(n)	p	Nüks Görülen(n)	Nüks Görülme(n)	p
Cinsiyet						
Erkek	43	74		8	20	
Kadın	1	5	0,317 a	1	1	0,523a
Yaş	72,1	69,3	0,371b	67,8	67,1	0,421b
Tümör Boyutu(cm)	3,6	3,1	0,151b	3,6	3,3	0,164b
Sigara Kullanan	20	13		6	20	
Hiç İçmeyen	24	66	<0,001a	3	1	<0,001a





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Mesleki Maruziyet Var Yok	2 42	5 74	0,682a	0 9	0 21	
Tümörün evresi Ta T1	17 24	22 52	0,507a	6 3	14 7	<0,001a
Tümörün Derecesi LG HG	20 21	19 55	0,065a	4 5	13 8	0,782a
CİS Var Yok	8 36	11 68	0,531a	0 9	0 21	
Varyant Patoloji Var Yok	6 38	1 78	0,008a	0 9	0 21	
PLR >120 <120	33 11	14 65	<0,001a	8 1	9 12	0,020a

(a=ki kare testi, b=man whitney u testi)





[PS-117]

Testis Germ Hücreli Tümörlerinde Risk Sınıflamasında Halp Skoru Ve Diğer İnflamatuvar İndekslerin Rolü

Kemal Kayar¹, Rıdvan Kayar¹, Emre Karabay², Behlül Berk Genç¹, Çağatay Tosun¹, Ömer Ergin Yücebaş¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Kartal Hastanesi, Üroloji Kliniği

Amaç:

Bu çalışma, testis germ hücreli tümörlerde inflamatuvar ve immuno-nutrisyonel indekslerin prognostik önemini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem:

Orşiektomi geçiren 143 TGHT hastasından oluşan retrospektif bir kohort analiz edildi. Klinik ve patolojik veriler ile ameliyat öncesi inflamatuvar ve beslenme belirteçleri toplandı. HALP, NLR, SII, CLR, IBI ve SIRI gibi bileşik indeksler hesaplandı. İstatistiksel analizler, bu indekslerin ileri klinik evreler için öngörü gücünü değerlendirmek üzere Kruskal-Wallis testleri, lojistik regresyon ve ROC eğrisi analizini içeriyordu.

Bulgular:

İnflamatuvar ve immuno-nutrisyonel skorlar klinik evreler arasında önemli farklılıklar göstermiştir. Ortanca HALP skorları evre I de, evre II ve III'e kıyasla önemli ölçüde daha düşüktü ($p<0,001$), medyan SII skorları evre III'te evre I'e kıyasla belirgin şekilde daha yüksekti ($p<0,001$). IBI, CLR ve NLR dahil olmak üzere diğer belirteçler de ilerleyen hastalık evreleriyle birlikte önemli artış eğilimleri gösterdi ($p<0,05$) ancak SIRI, evreler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermedi ($p=0,193$). ROC eğrisi analizi, HALP ve SII skorlarının ileri klinik evreler için en yüksek ayırt edici yeteneklere sahip olduğunu ortaya koydu (her ikisi için de $p<0,001$). HALP %61,3 duyarlılık ve %84,5 özgüllük gösterirken SII, %54,8 duyarlılık ve %90 özgüllük göstermiştir. IBI, CLR ve NLR dahil olmak üzere diğer biyobelirteçler de orta düzeyde ayırt edicilik göstermiştir. İleri evredeki (evre II/ evre III) hastalar daha yüksek HALP, SII, IBI, CLR ve NLR seviyeleri göstermiştir ($p<0,001$). HALP skorları evre I hastalığı olan hastalarda belirgin şekilde daha düşüktü ve bu da daha az ileri evrelerde daha iyi beslenme ve inflamatuvar durumla ilişkisini göstermektedir. Tümör boyutu ($>4\text{cm}$), daha düşük HALP seviyeleriyle ilişkilidir ($p=0,049$). Lenfovasküler invazyon ve rete testis invazyonu daha düşük HALP skoruyla ilişkilendirilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular HALP, SII, CLR, NLR ve IBI dahil olmak üzere inflamatuvar ve immuno-nutrisyonel skorlarının, hastaları hastalık şiddetine göre sınıflandırmada yararlılığını vurgulamaktadır. IBI en yüksek ayarlanmış OR'yi göstererek güçlü öngörü değerini vurgulamıştır. Benzer şekilde HALP, CLR, SII ve NLR de anlamlı ayarlanmış oranlar gösterdi ve bu da hastalık ilerlemesini tahmin etmede ilişkili olduklarını gösterdi. Bu bulgular germ hücreli tümörlü hastalarda risk sınıflaması ve klinik karar alma için invaziv olmayan araçlar olarak yararlılığını vurgulamaktadır.

Sonuç:

Bu çalışma, inflamatuvar ve immuno-nutrisyonel belirteçlerin rutin onkoloji pratiğine entegrasyonunu destekleyen giderek artan kanıtlara katkıda bulunmaktadır. Gelecekte yapılacak prospektif çalışmalar, bu bulguları doğrulamak ve testis kanseri hastaları için kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinde uygulanabilirliklerini araştırmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Testis germ hücreli tümörler, HALP skoru, immuno-nutrisyonel belirteçler

The association between different clinicopathological parameters and immuno-nutritional/ inflammatory scores.



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Table 5. The association between different clinicopathological parameters and immuno-nutritional/ inflammatory scores.

Parameters	HALP, n (%)			SII, n (%)			IBI, n (%)			CLR, n (%)			NLR, n (%)		
	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>	Low	High	<i>p</i>
Clinical stage															
Stage I	10	66	<0.001	68 (89)	8 (11)	<0.001	72 (95)	4 (5)	<0.001	69 (91)	7 (9)	<0.001	53 (70)	23 (30)	<0.001
Stage II	7	27		31 (91)	3 (9)		25 (74)	9 (26)		25 (74)	9 (26)		20 (59)	14 (41)	
Stage III	19	12		14 (45)	17 (55)		18 (58)	13 (42)		18 (58)	13 (42)		9 (29)	22 (71)	
Tumor size															
< 4 cm	10	47	0.049	47 (83)	10 (17)	0.352	47 (83)	10 (17)	0.488	46 (81)	11 (19)	0.451	37 (65)	20 (35)	0.138
≥ 4 cm	26	57		65 (78)	18 (22)		67 (81)	16 (19)		65 (78)	18 (22)		45 (54)	38 (46)	
LVI															
Yes	19	46	0.204	52 (80)	13 (20)	0.537	54 (83)	11 (17)	0.447	52 (80)	13 (20)	0.554	38 (59)	27 (41)	0.543
No	17	61		63 (81)	15 (19)		63 (81)	15 (19)		62 (80)	16 (20)		46 (59)	32 (41)	
Rete testes invasion															
Yes	23	63	0.371	69 (80)	17 (20)	0.561	70 (81)	16 (19)	0.528	70 (81)	16 (19)	0.342	50 (58)	36 (42)	0.498
No	13	44		46 (81)	11 (19)		47 (83)	10 (17)		44 (77)	13 (23)		34 (60)	23 (40)	

HALP- hemoglobin, albumin, lymphocytes and platelets score; NLR- neutrophil lymphocyte ratio; SII- systemic inflammatory index; IBI- inflammatory burden index; CLR- CRP lymphocyte ratio. LVI- lymphovascular invasion. Cut-off values; HALP 38.39, SII 1346.75, IBI 11.26, CLR 2.08, NLR 2.71; χ^2 test.

The risk of developing clinically advanced disease in relation to the levels of inflammatory and immuno-nutritional scores.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Table 6. The risk of developing clinically advanced disease in relation to the levels of inflammatory and immuno-nutritional scores.

Variables	OR1 (95% CI)	p	OR2 (95% CI)	p
HALP	4.4 (1.919-10.089)	<0.001	5.079 (2.074-12.436)	<0.001
SII	3.778 (1.532-9.313)	0.004	4.339 (1.672-11.266)	0.003
IBI	9.209 (2.974-28.519)	<0.001	11.504 (3.508-37.725)	<0.001
CLR	5.043 (1.986-12.806)	<0.001	6.687 (2.446-18.278)	<0.001
NLR	2.861 (1.432-5.714)	0.003	3.581 (1.675-7.655)	<0.001

HALP- hemoglobin, albumin, lymphocytes and platelets score; NLR- neutrophil lymphocyte ratio; SII- systemic inflammatory index; IBI- inflammatory burden index; CLR- CRP lymphocyte ratio. OR1- crude odds ratio; OR2 is adjusted to tumor size (greater than 4 cm), presence of LVI and presence of rete testis invasion; CI-confidence interval.

Epidemiological and pathological characteristics

Değişkenler	Evre 1 (n=76)	Evre 2 (n=34)	Evre 3 (n=31)	p	
Yaş	38 (20-69)	35 (22-64)	36 (18-62)	0.227	
Değişkenler	Evre 1, n (%)	Evre 2, n (%)	Evre 3, n (%)	OR (95% CI)	p
Tumor boyutu					
< 4 cm	31 (41.9)	13 (39.4)	13 (41.9)	0.949 (0.481-1.873)	0.880
>= 4 cm	43 (58.1)	20 (60.6)	18 (58.1)		
Rete Testis invazyonu					
Var	38 (50)	25 (73.5)	22 (71)	2.611 (1.290-5.286)	0.008
Yok	38 (50)	9 (26.5)	9 (29)		
LVI					
Var	28 (36.8)	15 (44.1)	21 (67.7)	2.128 (1.083-4.182)	0.028
Yok	48 (63.2)	19 (55.9)	10 (32.3)		

Inflammatory and Immuno-nutritional scores for GCT staging



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Skorlar	Evre 1	Evre 2	Evre 3	p
HALP	59.37 (21.46)	59.37 (21.46)	62.73 (20.92)	<0.001
SII	920.72 (528.80)	1087.99 (1426.76)	1628.35 (1232.10)	<0.001
SIRI	1.49 (1.08)	2.06 (3.34)	2.00 (1.46)	0.193
IBI	10.68 (53.62)	13.46 (27.82)	22.19 (38.18)	0.001
CLR	1.67 (6.76)	2.06 (2.64)	3.20 (5.23)	0.002
NLR	2.68 (1.54)	3.07 (2.36)	4.88 (4.19)	0.003





[PS-118]

BCG Tedavisi Gören Yüksek Dereceli pT1 Mesane Kanseri Patolojik Alt Evrelemenin Prognostik Rolü: Nüks ve İlerleme Hakkında Bilgiler

Kemal Kayar¹, Rıdvan Kayar¹, Emre Karabay², Buğrahan Buhur Özdemir¹, Çağatay Tosun¹, Gülistan Gümrükçü³, Ömer Ergin Yücebaş¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Kartal Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Mesane kanseri yaygın bir malignitedir ve pT1 tümörleri, diğer kas invaziv olmayan mesane kanserlerine (NMIBC) kıyasla nüks ve ilerleme riski daha yüksektir. pT1 tümörlerin lamina propria yüzeyel (pT1a) ve daha derin (pT1b) invazyon olarak alt evreye ayrılması, potansiyel prognostik değer göstermiştir. Bu çalışma, Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tedavisi ile tedavi edilen yüksek dereceli pT1 mesane kanseri hastalarında ilerleme ve nüksün tahmininde pT1 alt evrelemenin etkisini araştırmaktadır.

Gereç-Yöntem:

Transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TURMT) ve ardından BCG tedavisi uygulanan 99 primer yüksek dereceli pT1 mesane kanseri hastası üzerinde retrospektif bir analiz gerçekleştirildi. Hastalar patolojik bulgulara göre pT1a ve pT1b alt gruplarına ayrıldı. Hastalığın ilerlemesi ve nüksünün öngörücüleri, yaş, tümör boyutu, in situ karsinom (KİS) ve çokluğun düzeltilmesi ile lojistik regresyon kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

99 hastanın %71,7'si pT1a, %28,3'ü ise pT1b olarak sınıflandırıldı. Hastalığın ilerlemesi pT1b vakalarında ($p < 0,001$), özellikle eşzamanlı KİS ($p = 0,002$) varlığında anlamlı olarak daha sık görüldü. Lojistik regresyon, pT1b alt evrelemesi (odds oranı [OR]: 28,9, %95 güven aralığı [CI]: 12,4-58,7) ve KİS (OR: 8,65, %95 CI: 3,21-18,8) ilerlemenin bağımsız belirleyicileri olarak tanımlandı.

Sonuç:

pT1 mesane kanserinin patolojik alt evrelemesi, önemli prognostik bilgiler sağlar. pT1b tümörlü hastalar, özellikle eşzamanlı KİS olanlar, hastalığın ilerlemesi açısından daha yüksek risk altındadır ve yoğunlaştırılmış tedavi stratejilerinden fayda görebilirler. pT1 alt evrelemesini rutin patolojik değerlendirmelere dahil etmek, risk sınıflandırmasını iyileştirebilir ve kişiselleştirilmiş tedavi planlamasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: pT1 mesane kanseri, patolojik alt evreleme, nüks, progresyon, Bacillus Calmette-Guérin (BCG)

Mann-Whitney U Test Results for T1a vs. T1b Stages

Değişkenler	U istatistik	Z skoru	p
Yaş	690.0	-2.727	.006
KİS	708.0	-3.086	.002
Multifokalite	921.5	-0.672	.501
Tümör boyutu	962.5	-0.317	.751
Nüks	932.5	-0.769	.442



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Progresyon	397.0	-6.550	<.001

Multivariate Logistic Regression Analysis for Predictors of Progression in High-Grade pT1 Bladder Cancer

Değişkenler	Coefficient	OR	%95 CI	p
Yaş	-0.434878	0.647	-2.270-1.092	0.492
Tümör evresi	3.36107	28.890	2.264-6.316	0.000
KİS	2.159921	8.651	1.001-4.666	0.002
Multifokalite	0.151147	1.163	-0.876-2.050	0.432
Tümör boyutu	0.071203	1.074	-0.992-2.503	0.397

OR: Odds ratio, CI: Confidence intervale, KİS: Karsinoma in situ.





[PS-119]

Renal Hücreli Karsinomda Kistik Komponentin Klinik ve Prognostik Etkilerinin Değerlendirilmesi

Burhan Demir, Bayram Gökçe Aras, Ahmet Emre Eren, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, parsiyel veya radikal nefrektomi uygulanan RCC hastalarında kistik komponent varlığının; demografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikler ile nüks ve metastaz gelişimi üzerine etkilerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Muğla EAH Üroloji Kliniği'nde 2019 - 2025 arasında RCC tanısıyla parsiyel veya radikal nefrektomi uygulanan hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya, preoperatif görüntüleme yöntemlerinde solid kitle saptanan, histopatolojik olarak RCC tanısı doğrulanmış, takip süresi en az 6 ay olan ve verileri eksiksiz hastalar dahil edildi. Kistik komponent varlığı, preoperatif radyolojik raporlar temel alınarak değerlendirildi. Klinik, laboratuvar ve patolojik veriler, hastane bilgi yönetim sistemi aracılığıyla retrospektif olarak elde edildi.

İstatistiksel analiz IBM SPSS Statistics (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) ve Python programları kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi iki yönlü $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 87 RCC hastası dahil edildi. Katılımcıların %72,4 ($n = 63$) erkek ve %27,6 ($n = 24$) kadındı. Histopatolojik incelemede olguların %82,8 ($n = 72$) berrak hücreli RCC idi ve %43,7'sinde ($n = 38$) kistik komponent saptandı. Ortalama tümör boyutu $44,1 \pm 17,2$ mm. Kistik ve non-kistik gruplar arasında yaş, tümör boyutu, laboratuvar oranları ve takip süresi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 1). Kategorik değişkenlerde de anlamlı fark gözlenmedi ($p > 0,05$). Nüks oranları kistik grupta %5,3 ($n = 2$), non-kistik grupta %4,1 ($n = 2$) idi ($p = 1,000$). Metastaz oranları ise sırasıyla %2,6 ($n = 1$) ve %2,0 ($n = 1$) olup gruplar arasında fark yoktu ($p = 1,000$). Toplam 4 hastada (%4,6) nüks saptandı. Nüks gelişen hastalar, nüks olmayanlara kıyasla daha ileri yaşta idi ($73,25 \pm 8,18$ yıl vs. $61,47 \pm 12,40$ yıl; $p = 0,057$) (Tablo 2). Tümör boyutu, laboratuvar parametreleri ve diğer klinik değişkenlerde anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Point-biserial korelasyon analizinde yaş, nüks ile pozitif yönde en yüksek korelasyonu gösterdi ($r = 0,199$; $p = 0,064$). Tümör boyutu ile düşük düzeyde korelasyon saptandı ($r = 0,162$; $p = 0,133$). Laboratuvar parametreleri ile nüks arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0,2$) (Tablo 3).

Sonuç: Çalışmada, RCC olgularının yaklaşık yarısında kistik komponent varlığı saptanmıştır. Kistik ve non-kistik tümörler arasında demografik, laboratuvar ve patolojik parametreler ile nüks ve metastaz oranları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Nüks gelişimi daha çok ileri yaş ile ilişkili görünmekle birlikte, tümör boyutu ve laboratuvar parametreleri ile anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir. Bulgular, RCC'de kistik komponentin prognostik açıdan belirgin bir rol oynamadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek, İnflamasyon, RCC, Kist





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



rcc çalışma tabloları

Tablo 2. Nüks olan ve olmayan hastalar arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılması

Variable	No recurrence (n = 83) Mean ± SD	Recurrence (n = 4) Mean ± SD	p-value
Tumor size (mm)	43.41 ± 16.81	56.76 ± 25.49	0.325
Neutrophil-to-lymphocyte ratio	2.82 ± 1.98	3.13 ± 0.56	0.162
Platelet-to-lymphocyte ratio	139.10 ± 56.53	170.51 ± 31.93	0.062
Hemoglobin-to-platelet ratio	5.65 ± 1.77	5.47 ± 0.54	0.960
Age (years)	61.47 ± 12.40	73.25 ± 8.18	0.057

Tablo 3. Sürekli değişkenler ile nüks arasındaki point-biserial korelasyon

Variable	Correlation coefficient (r)	p-value
Tumor size (mm)	0.162	0.133
Neutrophil-to-lymphocyte ratio	0.034	0.756
Platelet-to-lymphocyte ratio	0.118	0.275
Hemoglobin-to-platelet ratio	-0.022	0.843
Age (years)	0.199	0.064

tablo 1 Kistik tümör komponenti olan ve olmayan hastalar arasında demografik, klinik ve patolojik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2. Nüks olan ve olmayan hastalar arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 3. Sürekli değişkenler ile nüks arasındaki point-biserial korelasyon





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



rcc çalışma tabloları

Tablo 1. Kistik tümör komponenti olan ve olmayan hastalar arasında demografik, klinik ve patolojik özelliklerin karşılaştırılması

Variable	No cystic component (n = 49)	Cystic component (n = 38)	p-value
Continuous variables (Mean ± SD)			
Body mass index (kg/m ²)	27.72 ± 4.57	27.77 ± 3.03	0.488
Platelet-to- lymphocyte ratio	136.40 ± 57.33	145.89 ± 54.32	0.148
Neutrophil-to- lymphocyte ratio	2.91 ± 2.15	2.74 ± 1.63	0.524
Hemoglobin-to- platelet ratio	5.63 ± 1.82	5.65 ± 1.65	0.787
Total protein/albumin ratio	1.67 ± 0.13	1.64 ± 0.10	0.238
Follow-up duration (months)	33.98 ± 31.84	36.32 ± 24.76	0.267
Tumor size (mm)	44.92 ± 17.95	42.88 ± 16.65	0.900
Categorical variables (n (%))			
Male sex	32 (65.3)	31 (81.6)	0.149
Smoking	16 (32.7)	16 (42.1)	0.495
Diabetes mellitus	14 (28.6)	10 (26.3)	1.000
Hypertension	14 (28.6)	11 (28.9)	1.000
Microscopic hematuria	31 (63.3)	24 (63.2)	1.000
Tumor necrosis	6 (12.2)	4 (10.5)	1.000
Clear cell histology	39 (79.6)	33 (86.8)	0.547
Recurrence	2 (4.1)	2 (5.3)	1.000
Metastasis	1 (2.0)	1 (2.6)	1.000

tablo 1 Kistik tümör komponenti olan ve olmayan hastalar arasında demografik, klinik ve patolojik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2. Nüks olan ve olmayan hastalar arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 3. Sürekli değişkenler ile nüks arasındaki point-biserial korelasyon





[PS-120]

PSA Dansitesi ve PIRADS Skoruna Göre Biyopsi Sonuçlarımız

Niyazi Ünlü, Ahmet Burak Yılmaz

Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Prostat kanseri (PCa) tanısında PSA ve multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) ile elde edilen PIRADS skorları güncel kılavuzlarda biyopsi kararında önemli rol oynamaktadır. Özellikle düşük PIRADS skoruna sahip olgularda biyopsi endikasyonu konusunda PSA dansitesi (PSAD) tamamlayıcı bir parametre olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada PSAD ve PIRADS skorlarının birlikte değerlendirilmesinin klinik olarak anlamlı prostat kanserini (csPCa) öngörmedeki değerini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Temmuz 2023 – Ocak 2025 tarihleri arasında PSA yüksekliği nedeniyle mpMRG sonrası prostat biyopsisi yapılan toplam 67 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, PSA, prostat hacmi, PSAD, PIRADS skorları ve biyopsi sonuçları kaydedildi. Klinik olarak anlamlı prostat kanseri, Gleason skoru ≥ 7 olarak tanımlandı. PIRADS skorları 1–5 arasında sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 19'unda (%28.4) prostat kanseri, 48'inde (%71.6) benign histopatoloji saptandı. PCa grubunda ortalama yaş 71 (60–85) yıl iken, benign grupta 66 (51–77) yıl idi ($p=0.01$). Ortanca PSA değeri PCa grubunda 14.5 (5–30) ng/mL, benign grupta ise 7.7 (3.2–15.2) ng/mL olarak bulundu ($p<0.001$). Ortanca prostat hacmi PCa grubunda 60 (20–180) cc, benign grupta 70 (36–180) cc idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.008$). Ortanca PSA dansitesi PCa grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olup 0.24 (0.04–0.86), benign grupta ise 0.1 (0.05–0.30) bulundu ($p<0.001$). PIRADS dağılımına bakıldığında, benign grupta PIRADS 1 (%14.6), PIRADS 2 (%31.3) ve PIRADS 3 (%54.2) baskınken; PCa grubunda PIRADS 4 (%47.4) ve PIRADS 5 (%21.1) oranları belirgin şekilde yüksekti ($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda PCa saptanan hastalarda PSA değerleri ve PSAD ortalama olarak anlamlı şekilde daha yüksek, prostat hacimleri ise daha düşük bulundu. PIRADS dağılımı değerlendirildiğinde, benign grupta daha çok PIRADS 1–3 lezyonlar görülürken, PCa grubunda PIRADS 4–5 lezyonların belirgin şekilde daha sık olduğu gözlemlendi. Bulgularımız PSAD ve PIRADS skorunun birlikte değerlendirilmesinin klinik olarak anlamlı prostat kanserini öngörmede önemli bir öngörücü olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Multiparametrik MRG, PIRADS, Prostat kanseri, PSA dansitesi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik bulguları

Değişken	Benign (n=48)	Prostat Kanseri (n=19)	p değeri
Yaş (yıl)	66 (51-77)	71 (60-85)	0.01 ^a
tPSA (ng/ml)	7.7 (3.2-15.2)	14.5 (5-30)	<0.001 ^a
Prostat hacmi (cc)	70 (36-180)	60 (20-180)	0.008 ^a
PSA dansitesi (ng/ml/cc)	0.1 (0.05-0.30)	0.24 (0.04-0.86)	<0.001 ^a
PIRADS dağılımı			
PIRADS 1	7 (%14.6)	0 (%0)	<0.001 ^b
PIRADS 2	15 (%31.3)	1 (%5.3)	
PIRADS 3	26 (%54.2)	5 (%26.3)	
PIRADS 4	0 (%0.0)	9 (%47.4)	
PIRADS 5	0 (%0.0)	4 (%21.1)	

a:Mann Whitney U testi, b:Fisher-Freeman-Halton testi

Değişkenler ortanca (min-maks) olarak verilmiştir.





[PS-123]

Düşük Risk Grubunda Prostat Kanseri Hastalarının Aktif İzlem Sonuçları ve Hasta Uyumunun İncelenmesi: Tek Merkezli Retrospektif Değerlendirme

Eren Kocaeren¹, Murat Akgül², Çağrı Doğan¹, Mehmet Fatih Şahin¹, Erdem Can Topkaç¹, Cenk Murat Yazıcı¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Düşük riskli prostat kanseri bulunan seçilmiş hasta grubunda, gereksiz küratif tedavinin ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi amacıyla aktif izlem (Aİ) önemli bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Aİ, acil tedavi gerektirmeyen olgularda küratif tedavinin en uygun zamanda uygulanmasına olanak tanıyan bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, kliniğimizde aktif izlem altında takip edilen hastaların sonuçlarını ve tedaviye uyumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Ocak 2018 – Eylül 2025 tarihleri arasında Aİ kriterlerine (ISUP grade 1, PSA <10 ng/dl, en fazla iki kadranda ve her kadranın <%50 tümör tutulumu) uygun 84 prostat kanseri hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Parmakla rektal muayene ve PSA sonuçları doğrultusunda biyopsi kararı verilen hastalara standart TRUS eşliğinde 12 kadrant biyopsi yapıldı. Tüm hastalara Aİ, radikal prostatektomi (RP) ve radyoterapi (RT) seçenekleri ayrıntılı olarak anlatıldı. Bu süreçte 39 hasta (%46,4) küratif tedaviyi tercih etti; bunların 31'ine (%79,5) RP, 8'ine (%20,5) RT uygulandı. RP yapılan hastaların 16'sında (%51,6) cerrahi sonrası patolojide upgrade saptandı.

Aİ'yi tercih eden 45 hasta (%53,6), ortalama 3 yıllık takip süresiyle çalışmaya dahil edildi. Bu grubun başlangıç ortalama PSA değeri 6,23 ng/ml idi. İlk biyopsiden 6 ay sonra 26 kadrant doğrulama biyopsisi yapıldı ve patolojisinde değişiklik olmayan hastalar Aİ protokolüne devam etti. Kliniğimizde uygulanan protokol; 6 ayda bir PSA kontrolü, yıllık 12 kadrant TRUS biyopsisi ve multiparametrik MR'ı içermektedir. Takip sırasında PSA değerinde yükselme, kontrol biyopsisinde kriter dışı sonuçlar veya hastanın isteği doğrultusunda aktif izlem sonlandırılarak küratif tedavi seçenekleri sunuldu.

Bulgular: Konfirmasyon biyopsisinden bir yıl sonra yapılan kontrol biyopsisi ve PSA ölçümlerinde tüm hastalar kriterlere uymaya devam etti. İkinci yıl kontrollerinde 6 hasta (%7,1) takiplerine gelmedi, diğerlerinde kriterler korundu. Üçüncü yıl kontrollerinde ise 4 hastada (%4,8) PSA >10 ng/ml, 3 hastada (%3,6) Gleason skorunda upgrade, 2 hastada (%2,4) pozitif korlarda tümör yükünde artış izlendi. Ayrıca 2 hasta (%2,4) takibi bıraktı. Bu nedenlerle ilgili hastalarda Aİ sonlandırıldı. Takiplerine devam eden ve yeni dahil edilen hastaların izlemleri sürmektedir.

Sonuç: Aİ'nin giderek önem kazanması ve daha çok hastanın küratif tedavi yerine bu yönetime yönlendirilmesi, yaklaşımın yönetimini ve sonuçlarını daha da kritik hale getirmektedir. Uygun hasta grubunda ayrıntılı bilgilendirme yapıldığında hasta uyumunun yüksek olduğu gözlenmektedir. Düşük riskli prostat kanserinde gereksiz tedavileri önleyen Aİ'nin, gelecekte sınırlarının daha da belirginleşerek güncel üroloji pratiğinde daha geniş yer bulacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, aktif izlem, takip



**[PS-124]****Testis Kanseri Hastalarında Semptomdan Doktora Başvuruya Kadar Geçen Sürenin Prognosa Etkisi**

Atahan Osman Çakmak, Muhammed Selçuk Özer, Mehmed Emin Kayacan, Ege Sarıkaya, Volkan Şen, Ozan Bozkurt
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:

Testis kanseri, genç erkeklerde en sık görülen kanser türlerinden biridir ve erken teşhis edilmesi, hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda testis kanseri hastalarının doktora başvuru sürelerinin hastalığın prognozuna etkisini araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod:

Çalışmamıza Ocak 2019 -Ocak 2025 tarihleri arasında testis kitlesi nedeni ile radikal orşiektomi yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların anamnezlerinden testiste kitle hissiyatı ile radikal orşiektomi arasındaki geçen süre gün olarak hesaplandı. Hastaların demografik bilgileri, patolojik özellikleri ve tanı anında retroperitoneal lenf nodu metastazları veya takiplerde retroperitoneal lenf nodu dışındaki metastazları retrospektif olarak tarandı. Hastaların testiküler kitleyi farketme süreleri ile radikal orşiektomi yapılması arasında geçen sürenin prognoz üzerindeki etkisi araştırıldı.

Bulgular:

Ocak 2019- Ocak 2025 tarihleri arasında kliniğimizde 274 radikal orşiektomi yapılan hastalardan verileri tam olan, patolojisi germ hücreli neoplazi olan ve tanı anında ele gelen kitle semptomu olan toplamda 120 hasta dahil edildi. Bu hastaların 58'inde (%48,3) seminom, 62'sinde (%51,7) non seminomatöz testis kanseri saptandı. Hastaların 49'unda (%40,8) tanı anında retroperitoneal lenf nodu metastazı ve 10'unda (%8,3) lenf nodu dışı metastaz saptandı. Hem retroperitoneal lenf nodu metastazının hem de retroperitoneal lenf nodu dışı metastazın non seminomatöz testis kanserlerinde daha sık gözlemlendiği tespit edildi (sırasıyla p=0,027, p=0,027, Tablo 1-2). Hastaların yaşları ve semptom ile radikal orşiektomi yapılması arasında geçen sürenin retroperitoneal lenf nodu metastazı veya lenf nodu dışı metastaz ile istatistiksel ilişki saptanmadı (sırasıyla p değerleri tablo 1-2)

Sonuç:

Testis tümörlerinde genel yaklaşım her ne kadar en kısa sürede radikal orşiektominin gerçekleştirilmesi olsa da çalışmamız sonucunda metastaz gelişimi açısından yaşın ve tedaviye ulaşım sürecinin etkili olmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızın uzun dönem sonuçları ve az sayıda hasta sayısı ile yapılmış olması bu sonuca ulaşmamıza neden olmuş olabilir. Erken tanı ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Başvuru Süresi, Lenf Nodu Dışı Uzak Metastazlar, Retroperitoneal Lenf Nodu Metastazı, Testis Germ Hücreli Tümör

Testis kanserinde başvuru sırasındaki retroperitoneal lenf nodu metastazı

	Retroperitoneal LAP (+) (n=49)	Retroperitoneal LAP (-) (n=71)	p
Yaş/Yıl Ortanca (min-max)	30 (20-55)	30 (15-60)	0,657*
Patoloji alt grup			
Seminom	18 (%36,7)	40 (%56,3)	
Nonseminom	31 (%63,3)	31 (%43,7)	0,027**





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Semptom ile tedavi arası süre/Gün Ortanca (min-max)	30 (1-360)	30 (1-365)	0,224*

Testis kanserinde başvuru anında lenf nodu dışında metastaz saptanan hastalar

	LN dışı metastaz (+) (n=10)	LN dışı metastaz (-) (n=110)	p
Yaş/Yıl Ortanca (min-max)	25,5 (21-55)	30,5 (15-60)	0,199*
Patoloji alt grup			
Seminom	1 (%10)	57 (%51,8)	
Nonseminom	9 (%90)	53 (%48,2)	0,027**
Semptom ile tedavi arası süre/Gün Ortanca (min-max)	30 (3-150)	30 (1-365)	0,674*



**[PS-125]****Robotik Radikal Prostatektomide Seminal Vezikül Diseksiyonu Tipinin Operatif Sonuçlara Etkisi**

Onur Karslı, Burak Saygılı, Ekrem Akkın, Toygar Özlüturhanlar, Murat Gönen
Antalya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

Amaç: Robotik cerrahinin prostat kanseri tedavisinde artan kullanımı ile birlikte, farklı teknikler ve uygulamalar geliştirilmektedir. Bu tekniklerin operatif sonuçlar üzerindeki etkisi, hasta güvenliği açısından önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde gerçekleştirilen 102 robotik radikal prostatektomi (RRP) vakasında uygulanan iki farklı seminal vezikül diseksiyonu tekniğinin operatif verilere etkisi sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2024 - Ağustos 2025 tarihleri arasında Antalya Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde gerçekleştirilen 102 robotik radikal prostatektomi vakası retrospektif olarak incelendi. Vakalar iki cerrahi tekniğe göre gruplandırıldı. Grup 1: Posterior rektovezikal alandan seminal vezikül diseksiyonu ile başladıktan sonra Retzius boşluğunda operasyona devam edilen grup. Grup 2: Posterior rektovezikal alan açılmadan mesane boynu-prostat bileşkesi ayrıldıktan sonra seminal vezikül diseksiyonu yapılan grup. İki grup; operasyon süresi, intraoperatif kan kaybı, komplikasyon oranı, ortalama hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 102 hasta çalışmaya dahil edildi. Birinci grupta 49, 2. grupta ise 53 hasta vardı. Ortalama operasyon süresi 1. grupta 195 dakika, 2. grupta ise 216 dakika olarak ölçüldü. Her iki grup arasında operasyon süresi ve hastanede kalış süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ortalama kanama miktarı karşılaştırıldığında 1. Grupta 324 ml, 2. Grupta ise 182 ml olarak bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). Komplikasyon oranları incelendiğinde ise 1. Grupta 1 hastada (%2.04) Clavien 3a komplikasyon görüldü. Bu bir hastada seminal vezikül diseksiyonu sırasında olduğu düşünülen üreter yaralanması gelişti ve onarıldı. İkinci grupta ise hiç komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Rektovezikal alandan yapılan seminal vezikül diseksiyonunda mesane posterioru diseke edildiği için kan kaybı ve üreterle ilişkili komplikasyon oranlarında artış gözlemlenmektedir. Ancak prostat volümü arttıkça Retziustan yapılan diseksiyon teknik olarak daha zor olmaktadır. Cerrahin tecrübesi arttıkça hastaya göre teknik seçimi güvenli ve etkin bir cerrahi sonuç sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: kanama, komplikasyon, radikal prostatektomi, robotik cerrahi

Robotik Radikal Prostatektomide Seminal Vezikül Diseksiyonu Tipinin Operatif Sonuçlara Etkisi Bulguları

	Grup 1	Grup 2
Hasta Sayısı (n)	49	53
Ortalama Operasyon Süresi (dk)	195 ± 61.57	216 ± 41.72
Ortalama Kanama Miktarı (ml)	324 ± 262.69	182 ± 75
Komplikasyon Oranı	%2.04	%0
Hastanede Kalış Süresi (gün)	4.5 gün	5.5 gün





[PS-126]

Radikal Sistektomi Uygulanan Hastalarda Preoperatif İmmün-İnflamatuvar Göstergelerin Metastazsız ve Genel Sağkalım ile İlişkisi

Barış Doğan, Muhammed Selçuk Özer, Mehmed Emin Kayacan, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, Mehmet Uğur Mungan, Aykut Kefi, Güven Aslan, İlhan Çelebi, Ahmet Adil Esen
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Mesane kanseri, üriner sistemi etkileyen en yaygın maligniteler arasında yer alır (1). İnflamatuvar yanıtın mesane kanseri oluşumunu ve ilerlemesini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir (2,3). İmmün-inflamatuvar biyobelirteçler olan nötrofil/lenfosit oranı(NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), sisteme inflamasyon indeksi (SIRI, SII), De Ritis, prognostik nütrasyon indeksi(PNI), pan-immün-inflamasyon değeri(PIV), RDW/Albumin, LDH/Albumin ve ALBI skorlarının birçok kanser türünde prognostik bir belirteç olarak kullanılabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda radikal sistektomi yapılan mesane kanseri hastalarında immün-inflamatuvar biyobelirteçlerin metastaz ve sağkalım üzerindeki prognostik değerini araştırmayı hedefledik.

Gereç-Yöntem: Şubat 2013 - Nisan 2024 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda radikal sistektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar dahil edildi. Hastalar retrospektif olarak tarandı ve demografik özellikleri, patolojik özellikleri, preoperatif kan analizleri, takipleri kaydedildi. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), sisteme inflamasyon indeksi (SIRI, SII), De Ritis, PNI, PIV, RDW/Albumin, LDH/Albumin ve ALBI değerleri analiz edildi. ROC analizleri ile cut-off değerleri belirlendi, Kaplan-Meier ve Cox regresyonları ile nüksüz sağkalım (MFS) ve genel sağ kalım (OS) değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 84 hastanın 13'ü(%15,5) kadın, 71'i(%84,5) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 65 (min 41-max 89) olarak saptandı. Ortanca takip süresi 21 ay (min:8, max 120) olarak hesaplandı (Tablo 1). Takipler sırasında %34,5 metastaz, %46,4 ölüm gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda radikal sistektomi sonrası mesane kanseri hastalarında NLR, SIRI ve PIV immün-inflamatuvar belirteçleri hem metastazsız hem de genel sağkalım açısından bağımsız prognostik faktörlerdir. Bu parametreler klinik takip ve risk stratifikasyonu için değerli araçlar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Radikal Sistektomi, İmmün-İnflamatuvar Belirteçler, Mesane Kanser



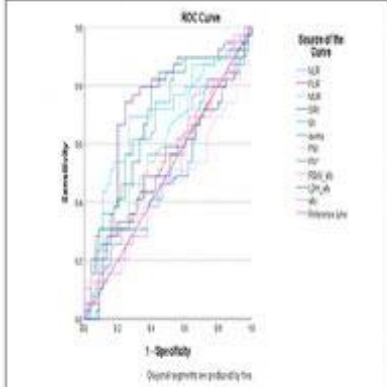


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

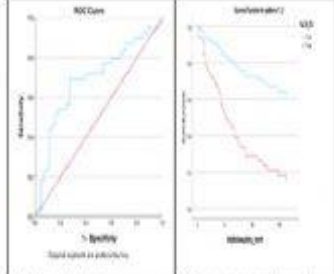


Genel Sağkalım (OS) Analizi

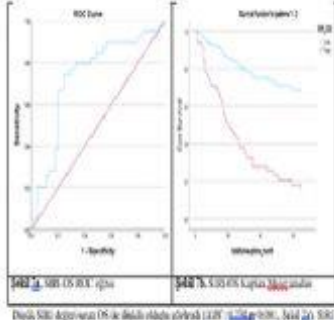


M3	0.628	0.003
M4	0.556	0.569
M5	0.798	0.122
M6	0.779	<0.001
M7	0.679	0.003
M8	0.490	0.875
M9	0.433	0.479
M10	0.689	0.003
M11	0.553	0.407
M12	0.512	0.847
M13	0.504	0.946

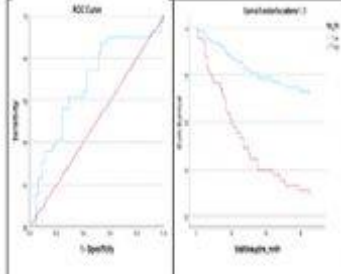
Genel sağkalım (OS) analizinde, M3, M5, M6 ve M7 modellerindeki artış ile birlikte sağkalım değeri artmaktadır. Bu sonuçlar, bu modellerin diğer modellerden daha iyi sonuçlar verdiğini göstermektedir. (Tablo 1).



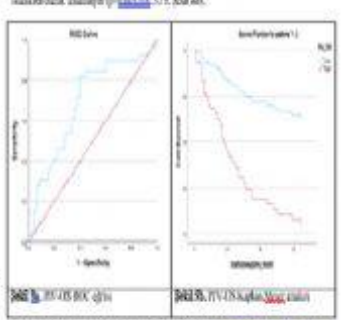
Tablo 1. M3 OS ROC eğrisi



Tablo 2. M3 OS ROC eğrisi



Tablo 3. M3 OS ROC eğrisi

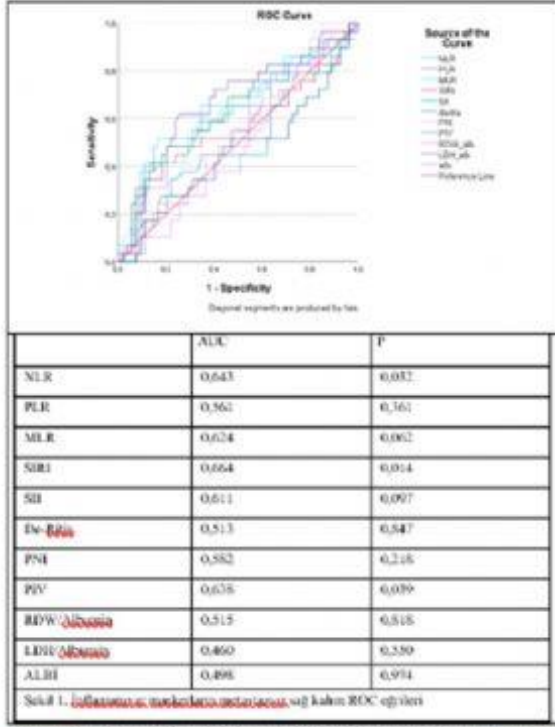


Tablo 4. M3 OS ROC eğrisi

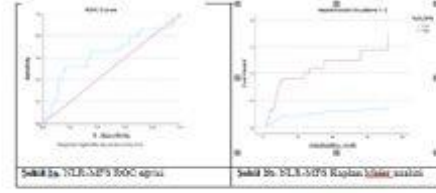




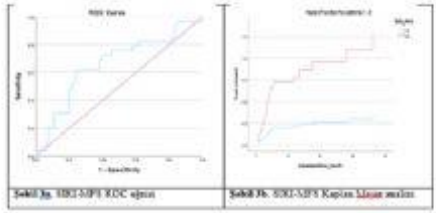
Metastazsız Sağkalım (MFS) Analizi



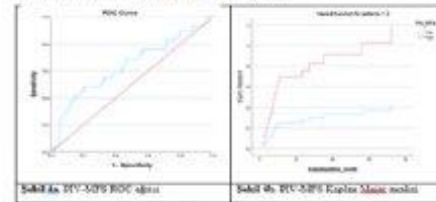
Metastazsız sağkalım (MFS) analizinde, NLR, SIRI ve PIV değerlerindeki artış ile metastaz gelişme olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken, diğer tüm parametreler beklendiği kadar anlamlı bir ilişki göstermemiştir (Şekil 1).



Diğer NLR değeri olan MFS ile ilişkili olduğu görülmüştür (AUC: 0,643, p=0,032). NLR değeri 3,51 olarak hesaplanmıştır (duyarlılık %71,7, özgüllük %43,8). NLR yüksek olan hastalarda MFS 14,7 ay iken NLR düşük olanlarda ortalama 26,7 ay olarak hesaplanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). HR: 4,32, Şekil 2b.



Diğer SIRI değeri olan MFS ile ilişkili olduğu görülmüştür (AUC: 0,664, p=0,014). SIRI değeri 1,97 olarak hesaplanmıştır (duyarlılık %62,3, özgüllük %74,5). SIRI yüksek olan hastalarda MFS 20,7 ay iken SIRI düşük olanlarda ortalama 16,4 ay olarak hesaplanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). HR: 1,81, Şekil 3b.



Diğer PIV değeri olan MFS ile ilişkili olduğu görülmüştür (AUC: 0,513, p=0,547). PIV değeri 994,45 olarak hesaplanmıştır (duyarlılık %48,5, özgüllük %48,0). PIV yüksek olan hastalarda MFS 22,4 ay iken PIV düşük olanlarda ortalama 33,9 ay olarak hesaplanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). HR: 2,21, Şekil 4b.

Tablo 1. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri

DEMOGRAFİK BULGULAR			
		n	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	71	84,5
	Kadın	13	15,5
		Median	Min-Max
Yaş(Yıl)		65	41-49
BMI (kg/m2)		26	18-37
		n	Yüzde(%)
Neoadjuvan Kemoterapi	Var	25	29,8
	Yok	59	70,2





[PS-127]

İlk Kez Deneyimlenen Laparoskopik ve Açık Radikal Prostatektomi Tekniklerinin Cerrahi Etkinlik ve Güvenlik Açısından Karşılaştırılması: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma

Yusuf Şenoğlu¹, Abdul Vahap Bakır¹, Günel Özgür², Murat Kars², Haydar Kamil Çam¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Radikal prostatektomi (RP) teknik olarak zorlayıcı olup bir öğrenme süreci gerektirmektedir. Minimal invaziv yöntem kullanmak isteyen cerrahlar belirli açık prosedür uyguladıktan sonra ya da açık cerrahi deneyimi olmadan Laparoskopik radikal prostatektomiye (LRP) başlayabilmektedirler. Bu çalışmada açık radikal prostatektomi (ARP) deneyimi olmadan yapılan LRP cerrahisinin etkinlik ve güvenilirlik açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada uzmanlık eğitimi sonrasında öncesinde iki yöntemde de deneyimi olmayan iki cerrah tarafından gerçekleştirilen ilk ARP ve LRP vakaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, perioperatif, patolojik ve postoperatif fonksiyonel verileri karşılaştırıldı. Operasyon sonrasında 12. ayda fonksiyonel sonuçlar incelendiğinde, Günde 0-1 ped kullanan hastalar tam kontinans olarak kabul edildi. Medikal tedavi desteğiyle veya tedavisiz penetrasyona yetecek düzeyde ereksiyon sağlayabilen hastalar ise erektile fonksiyonu korunmuş olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 40 hasta değerlendirildi (ARP:20, LRP:20). Hastaların yaş, ameliyat öncesi PSA değerleri ve prostat hacimleri benzerdi ($p>0.05$). Operasyon süreleri arasında anlamlı fark izlenmedi (ARP:253dk (231.3-301.5); LRP:240dk (240-270); $p=0.849$). İntraoperatif kan kaybı LRP'de belirgin şekilde daha düşüktü (950ml (700-1625); 200ml (150-300); $p=0.001$). ARP hastalarında %60 oranında transfüzyon ihtiyacı oldu. Hastanede kalış süresi LRP grubunda daha kısaydı (6 vs. 5 gün; $p=0.004$). Tam kontinans oranları LRP grubunda daha yüksek bulundu (%45 vs. %20; $p=0.006$). Erektile fonksiyon grupları arasında benzerdi. Minör komplikasyon oranı, Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildiğinde ortalama %17.5 iken gruplar arasında farklılık yoktu, Majör komplikasyon (Clavien $\geq$ III) bildirilmedi. Onkolojik sonuçlarda ise pozitif cerrahi sınır oranları ARP grubunda %20, LRP grubunda %15 olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.743$). Biyokimyasal nüks oranları (PSA >0.2 ng/mL, 12. ay) her iki grupta da %10 olarak izlendi ($p=1$). Tüm sonuçlar ayrıntılı şekilde Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Laparoskopik radikal prostatektomi, cerrahın önceden açık prostatektomi deneyimi olmasa dahi, erken onkolojik kontrolü koruyarak üstün perioperatif sonuçlar ve daha iyi erken kontinans iyileşmesi sağlamıştır. Yüksek maliyet ve eğitilmiş cerrah sınırlılığı nedeniyle robotik cerrahiye erişimin kısıtlı olduğu merkezlerde laparoskopi, güvenli ve etkili bir alternatif olmaya devam etmektedir. Bulgularımız, bu yöntemin öğrenme eğrisinin erken döneminde dahi uygulanabilir olduğunu göstermektedir; ancak uzun dönem sonuçların değerlendirilmesi için daha geniş, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Prostat Kanseri, Radikal Prostatektomi



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Preoperatif, Perioperatif ve Postoperatif Sonuçlar

Tablo 1. Preoperatif, Perioperatif ve Postoperatif Sonuçlar

Değişken	ARP (n=20)	LRP (n=20)	p-değeri
Yaş, yıl (ortalama±SD)	65 ± 6.3	67.6 ± 7.4	0.212
Preop PSA, medyan (IQR)	7.6 (5.5–9.6)	5.8 (4.6–10.6)	0.25
Prostat hacmi, mL (min-maks)	44.5 (24–66)	41 (32–64)	0.968
Lenfadenektomi oranı (%)	45%	15%	0.038
Ameliyat süresi, dk (min-maks)	253 (231–301)	240 (240–270)	0.849
Tahmini kan kaybı, mL (min-maks)	950 (700–1625)	200 (150–300)	0.001
Eritrosit replasmanı (%)	60%	0%	<0.001
Hastanede kalış, gün (min-maks)	6 (5–7)	5 (4–5.8)	0.004
Minör Komplikasyon (%)	20%	15%	0.681
Pozitif cerrahi sınır (%)	20%	15%	0.743
PSA nüksü (%)	10%	10%	1
Tam Kontinans oranı (%)	20%	45%	0.006
Eretil fonksiyon (%)	25%	35%	0.490





[PS-128]

Mesane Kanseri İçin Radikal Sistektomi Yapılan Olgularda Prostat Kanseri Birlikteliği

Sencer Köroğlu¹, Murat Akgül², Mehmet Fatih Şahin¹, Çağrı Doğan¹, Erdem Can Topkaç¹, Cenk Murat Yazıcı¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Geleneksel olarak radikal sistektomi sırasında, mesane kanseri hastalarında prostat kanseri gelişme olasılığının görece yüksek kabul edilmesi nedeniyle radikal prostatektomi de eş zamanlı olarak uygulanmaktadır. Ancak PSA taramasının yaygın kullanımıyla birlikte bu yaklaşımın yeniden değerlendirilmesi gündeme gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, radikal sistektomi yapılan mesane kanseri hastalarında eşlik eden prostat kanseri riskini incelemektir.

Gereç-Yöntem: 2013-2025 yılları arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde kasa invaziv mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan erkek hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya yalnızca operasyon öncesinde prostat kanseri tanısı bulunmayan olgular dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif PSA değerleri, radikal sistektomi patoloji bulguları, spesimendeki varyant histolojik komponentler ve CIS varlığı değerlendirildi. Eş zamanlı prostat kanseri saptanan hastalar ile saptanmayanlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 110 erkek hasta dahil edildi. Bunların 85'inde prostat kanseri saptanmazken, 25 hastada eş zamanlı prostat kanseri mevcuttu. Ortalama yaş $67,3 \pm 6,8$ yıl, ortalama takip süresi ise $35,8 \pm 17,2$ ay olarak bulundu. Prostat kanseri tanısı almayan hastaların 5'inde HGPN patolojisi gözlemlendi. Hasta verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Eş zamanlı prostat kanseri saptanan olguların 22'sinde (%88,0) Gleason 3+3, 2'sinde (%8,0) Gleason 3+4 ve 1'inde (%4,0) Gleason 4+4 prostat adenokarsinomu tespit edildi. Prostat kanseri bulunan grubun yaş ortalaması, kanseri olmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksekti ($72,3 \pm 6,9$ vs. $64,8 \pm 7,2$ yıl, $p=0.003$). Ayrıca, bu grupta ameliyat öncesi PSA düzeylerinde daha yüksek değerler saptandı ($3,7 \pm 1,1$ ng/ml vs. $2,5 \pm 0,69$ ng/ml, $p=0.040$). Çok değişkenli analizde ileri yaş (OR 0.285, %95 GA: 0.999-1.000, $p=0.001$) ve preoperatif PSA yüksekliği (OR 0.229, %95 GA: 0.999-1.000, $p=0.001$) eş zamanlı prostat kanseri varlığını öngören bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: Radikal sistektomi uygulanan olgularda eşlik eden prostat kanseri çoğunlukla asemptomatik seyir gösterir ve klinik açıdan genellikle önemsiz kabul edilir. Bu hasta grubunda yaş ve ameliyat öncesi PSA düzeyi, prostat kanseri varlığı için belirleyici risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, mesane kanseri, PSA, yaş





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1: Hastaların demografik verilerinin dağılımları

	Tüm vakalar (n=110)	Eşzamanlı Prostat kanseri olanlar (n=25)	Eşzamanlı Prostat kanseri olmayanlar (n=85)	p Değeri
Yaş (ortalama)	67,3 ± 6,8	72,3 ± 6,9	64,8 ± 7,2	0.003
Ortalama Takip Süresi (ay)	35,8 ± 17,2	27,2 ± 4,3	27,0 ± 5,4	0.414
Sigara Hikayesi	50 (%70,4)	10 (%66,7)	40 (%71,4)	0.756
Pre-op PSA (ng/ml)	3,1 ± 1,7	3,7 ± 1,1	2,5 ± 0,69	0.040
Sistektomi T Evresi				
Tx	20	5	15	0.876
Ta	3	1	2	
T1	10	4	6	
T2	27	7	20	
T3	30	6	24	
T4	20	2	18	
CIS Varlığı	35 (%31,8)	5 (%20,0)	30 (%35,3)	0.467
Farklı Histolojik Alt Tip	29 (%26,4)	5 (%20,0)	24 (%28,2)	0.134
Histolojik Alt Tip				
Skuamöz Dif.	22 (%75,9)	4 (%80,0)	18 (%75,0)	
Sarkomatoid Dif.	4 (%13,8)	1 (%20,0)	3 (%12,4)	
Pleomorfik Sarkom	1 (%3,4)	0 (%0)	1 (%4,2)	
Nöroendokrin V.	1 (%3,4)	0 (%0)	1 (%4,2)	
Nested Varyant	1 (%3,4)	0 (%0)	1 (%4,2)	

Tablo 1: Hastaların demografik verilerinin dağılımları

Tablo 2: Eşzamanlı prostat kanseri riskinin multivariate lojistik regresyon analizi

Değişken	Odd's Oranı	%95 Güven Aralığı		p Değeri
		Alt Sınır	Üst Sınır	
Yaş	0.285	0.999	1.000	0.001
Preop PSA	0.229	0.999	1.000	0.001
CIS varlığı	1.86	0.387	9.765	0.398
Histolojik Alt Tip	3.837	0.710	15.536	0.127

Tablo 2: Eşzamanlı prostat kanseri riskinin multivariate lojistik regresyon analizi



**[PS-130]****Üst Üriner Sistem Üretelyal Karsinom tanısıyla nefroüretarektomi yapılan hastalarda, uzak organ metastazı gelişimi ile ilişkili olabilecek klinik, demografik, patolojik ve hematolojik parametrelerin incelenmesi**

Zihni Can Dağdeviren, Bayram Gökçe Aras, Eren Can Aydın, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Bu retrospektif çalışmanın amacı, ÜÜS-ÜK tanısıyla nefroüretarektomi operasyonu geçiren hastalarda, uzak organ metastazı gelişimi ile ilişkili olabilecek klinik, demografik, patolojik ve hematolojik parametreleri incelemek ve karşılaştırmalı bir analiz sunmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'nde ÜÜS-ÜK tanısıyla 2018 ile 2024 yılları arasında nefroüretarektomi operasyonu geçiren 62 hastanın dosyalarının retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), klinik bilgileri (şikayetler, sigara kullanımı, diyabet ve hipertansiyon varlığı), preoperatif laboratuvar parametreleri (preoperatif trombosit/lenfosit oranı, nötrofil/lenfosit oranı, hemoglobin/trombosit oranı, total protein/albumin oranı), patolojik bulgular (tümör boyutu, patolojik evre, tümör nekrozu), tümör histolojisi (transisyonel hücreli karsinom veya diğer tipler) ve takip süresi verileri hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Çalışmanın birincil sonlanım noktası, takip süresince uzak organ metastazı gelişimidir. Hastalar, takip süresi sonunda metastaz gelişip gelişmemesine göre iki gruba ayrılmıştır: "Metastaz Var" ve "Metastaz Yok".

Bulgular-Sonuç: Bu retrospektif çalışmaya dahil edilen 62 hastanın 57'sinde (%91.9) takip sürecinde uzak organ metastazı görülmezken, 5'inde (%8.1) metastaz gelişimi saptanmıştır. Hastaların yaş ortalamaları arasında metastaz olmayan grupta 69.91 ± 10.97 yıl ve metastaz olan grupta 69.00 ± 10.46 yıl olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.854$). Vücut kitle indeksi (BMI) değerleri de her iki grup arasında benzerlik göstermektedir ($p=0.231$). Cinsiyet dağılımına bakıldığında ise, metastaz olmayan gruptaki hastaların %15.8'i kadın iken, metastaz olan grupta hiçbir kadın hastaya rastlanmamıştır. Bu durum, cinsiyet ve metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($p=0.009$). Sigara kullanımı, diyabet ve hipertansiyon varlığı incelendiğinde, bu değişkenler ile metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.063$, $p=0.784$, $p=0.278$).

Çalışmamızdaki en dikkat çekici bulgulardan biri, takip süresidir. Metastazı olan hastaların takip süresi ortalaması 71.00 ± 49.25 ay iken, metastazı olmayan hastaların takip süresi 33.67 ± 23.01 ay olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak son derece anlamlıdır ($p=0.002$).

Patolojik evreleme ile metastaz arasındaki ilişki de güçlü bir şekilde anlamlı bulunmuştur ($p=0.003$). Metastazı olan hastaların %60'ı T2 ve üzeri evreye sahipken, metastazı olmayan hastaların %56.1'i bu evrededir. Buna karşın, tümör boyutu (tm size) her iki grup arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0.621$). Preoperatif Trombosit/Lenfosit ve Nötrofil/Lenfosit oranları da metastaz durumuyla anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p=0.784$, $p=0.158$).

Anahtar Kelimeler: Üst Üriner Sistem, Üretelyal Karsinom, Metastaz, Patoloji, Laboratuvar

Hasta grupları arasında demografik ve klinik özellikler açısından yapılan karşılaştırmalı analiz sonuçları

Değişken	Metastaz Yok (n=57)	Metastaz Var (n=5)	p değeri
Sürekli Değişkenler			
Yaş	69.91 ± 10.97	69.00 ± 10.46	0.854





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Vücut kitle indeksi	26.91±4.09	25.46±3.01	0.231
preop. T/L oranı	162.77±84.14	144.82±81.99	0.784
preop. N/L oranı	4.87±7.18	2.54±1.19	0.158
tm size (mm)	37.40±45.42	30.40±19.26	0.621
Takip süresi (ay)	33.67±23.01	71.00±49.25	0.002
Kategorik Değişkenler			
Cinsiyet			0.009
Erkek	48 (%84.2)	5 (%100.0)	
Kadın	9 (%15.8)	0 (%0.0)	
Sigara			0.063
Yok	9 (%15.8)	0 (%0.0)	
Var	48 (%84.2)	5 (%100.0)	
Patolojik Evre			0.003
T1	25 (%43.9)	2 (%40.0)	
T2 ve üzeri	32 (%56.1)	3 (%60.0)	
Şikayet			0.17
Yok	9 (%15.8)	1 (%20.0)	
Var	48 (%84.2)	4 (%80.0)	
HT (Hipertansiyon)			0.278
Yok	30 (%52.6)	2 (%40.0)	
Var	27 (%47.4)	3 (%60.0)	
DM (Diyabetes Mellitus)			0.784
Yok	49 (%86.0)	4 (%80.0)	
Var	8 (%14.0)	1 (%20.0)	

Bu retrospektif çalışmaya dahil edilen 62 hastanın 57'sinde (%91.9) takip sürecinde uzak organ metastazı görülmezken, 5'inde (%8.1) metastaz gelişimi saptanmıştır. Hasta grupları arasında demografik ve klinik özellikler açısından yapılan karşılaştırmalı analiz sonuçları Tablo 1'de sunulmaktadır.



**[PS-131]****5 yıllık adrenalektomi sonuçlarımız**

Serdar Geylan, Alper Nesip Manav, Sedat Öner
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

Amaç: Kliniğimizde son 5 yılda gerçekleştirdiğimiz adrenalektomi sonuçlarımızı bildirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bursa Şehir Hastanesi'nde Ocak 2020 ile Ocak 2025 tarihleri arasında adrenal adenom/karsinom nedeni adrenalektomi yapılmış olan hastaların verileri hastane otomasyon sisteminden alınmıştır. Hastaların demografik verileri, preoperatif klinik ve radyolojik bulguları, perioperatif veriler ile patolojik sonuçlar kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 93 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı $53,8 \pm 10,8$ idi. Hastaların 33 (%35,5)'u erkek, 60 (%64,5)'i kadındı. Hormonal olarak %63,4 hasta fonksiyonel hormon aktif olarak tespit edilirken, %36,6'sı non-fonksiyonel olarak tespit edildi. Hormon aktif olan hastalardan en fazla görülen tanı %32,3 ile cushing sendromu idi. Başvuru şikayetleri incelendiğinde en yüksek oranda %50,5 ile insidental olarak tespit edildi. Radyolojik tümör boyutu ortalama $60,4 \pm 31,5$ mm, ortalama patolojik tümör boyutu $50,7 \pm 28,6$ mm idi.

10 (%10,8) hastada patolojik inceleme sonucu malign olarak raporlandı. 10 hastanın 8'i primer adrenokortikal karsinom, 2'si akciğer kanseri metastazı olarak raporlandı. Ortalama ameliyat süresi $143,9 \pm 39,6$ dk, ortalama kan kaybı $101,3 \pm 70,6$ cc olarak bulundu.

Çeşitli sebeplerle 7 (%7,5) hastada ameliyata laparoskopik başlanıp açık cerrahiye geçilmiştir. Perioperatif komplikasyonlar incelendiğinde Clavien derece 1 komplikasyon 79 (%84,9) hastada, derece 2 komplikasyon 11 (%11,8) hastada, derece 3a komplikasyon 1 (%1,1) hastada görülmüştür. 1 (%1,1) hastada ise mortalite görülmüştür.

Sonuç: Adrenal kitlelerde laparoskopik cerrahi tecrübeli merkezlerde düşük komplikasyon oranları ile uygulanabilir minimal invaziv bir cerrahi seçenek olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal adenom, adrenalektomi, adrenokortikal karsinom

Demografik veriler

Veriler	
Yaş (yıl) (ort $\pm$ SS)	$53,8 \pm 10,8$
Cinsiyet n(%)	
Erkek	33 (%35,5)
Kadın	60 (%64,5)
VKI ort $\pm$ SS	$27,9 \pm 5,3$
Median(min-max)	27,5 (18,4-48,1)
ASA skoru n(%)	
ASA 1	0 (%0)
ASA 2	35 (%37,6)
ASA 3	52 (%55,9)
ASA 4	6 (%6,5)
Hormonal fonksiyon n(%)	
Fonksiyonel	59 (%63,4)
Non-fonksiyonel	34 (%36,6)
Preop tanı n(%)	
Cushing	30 (%32,3)
	12 (%12,9)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Feokromasitoma	17 (%18,3)
Conn	9 (%9,7)
Karsinom	25 (%26,9)
Diğer	
Başvuru şikayeti n(%)	
Ağrı	11 (%11,8)
Hipertansiyon	27 (%29)
Obezite	8 (%8,6)
İnsidental	47 (%50,5)
Tümör tarafı n(%)	
Sağ	50 (%53,8)
Sol	42 (%45,2)
Bilateral	1 (%1,1)
Tümör boyutu ort±SS	60,4± 31,5
Median(min-max)	50 (15-170)
Preoperatif premedikasyon n(%)	
Yok	32 (%34,4)
Var	61 (%65,6)
Patolojik sonuç n(%)	
Benign	83 (%89,2)
Malign	10 (%10,8)
Malignite sebebi n(%)	
Primer adrenokortikal karsinom	8 (%80)
Metastaz	2 (%20)
Patolojik tümör boyutu ort±SS	50,7 ±28,6
Median(min-max)	45 (10-160)
Ameliyat süresi ort±SS	143,9±39,6
Median(min-max)	135 (70-300)
Kan kaybı ort±SS	101,3±70,6
Median(min-max)	100 (35-450)
Kan transfüzyonu ort±SS	0,09± 0,3
Median(min-max)	0(0-2)
Hipertansif kriz > 180mmhg n(%)	
Yok	87 (%93,5)
Var	6 (%6,5)
Hipotansif kriz <90mmhg n(%)	
Yok	92 (%98,9)
Var	1 (%1,1)
Mortalite n(%)	
Yok	92 (%98,9)
Var	1 (%1,1)
Açığa dönüş n(%)	
Yok	86 (%92,5)
Var	7 (%7,5)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



komplikasyon n(%)	79 (%84,9)
1	11 (%11,8)
2	1 (%1,1)
3a	0 (%0)
3b	0 (%0)
4a	0 (%0)
4b	0 (%0)
5	1(%1,1)
Dren n(%)	20 (%21,5)
Yok	73 (%78,5)
Var	
Dren çekim günü ort±SS Median(min-max)	1,1 ± 0,9 1(0-6)
Preop hemoglobin ort±SS Median(min-max)	13,2 ± 1,3 13,3 (9,6-17,6)
Postop hemoglobin ort±SS Median(min-max)	12,1±1,4 12,3 (8,7-16)
Hemoglobin düşüşü ort±SS Median(min-max)	1,1 ± 1,1 1 (0-4,2)
Postop medikasyon n(%)	61 (%65,6)
Var	32 (%34,4)
Yok	
Hastanede kalış süresi ort±SS Median(min-max)	2,5 ± 1,2 2 (2-11)





[PS-133]

Multiparametrik MR Çağında PIRADS ve PSA Dansitesinin Histopatolojik Upgrade ile Korelasyonu

Okan Yiğit, Oğuzcan Erbatu, Ali Can Albaz, Oktay Üçer, Gökhan Temeltaş, Talha Müezzinoğlu
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Giriş ve Amaç

Multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) tabanlı Prostate Imaging Reporting and Data System (PIRADS) skoru ve prostat spesifik antijen dansitesi (PSAD), klinik pratikte kullanılan önemli parametrelerdir. Bu çalışmada, PIRADS skoru ve PSAD'nin transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi (TRUS-Bx) ve radikal prostatektomi (RP) sonrası patolojik bulgular ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde prostat kanserine yönelik mpMRG görüntülemenin kullanılmaya başlandığı Mart 2021 tarihinden itibaren toplam 156 prostat kanseri hastası retrospektif olarak incelendi. Tüm olgularda yaş, PSA düzeyi, prostat volümü, PSAD ve PIRADS skorları kaydedildi ve PSAD ile PIRADS ilişkisi değerlendirildi. Bu hastalardan RP uygulanan 30 hastada TRUS-Bx ve cerrahi patoloji sonuçları karşılaştırıldı. PIRADS ile PSAD arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile, PIRADS grupları arasındaki PSAD değerleri Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi. Düşük ve yüksek PSAD gruplarında PIRADS dağılımı Ki-kare testiyle, RRP sonrası Gleason ve ISUP değişikliklerinin PIRADS ve PSAD ile ilişkisi ise Mann-Whitney U testiyle analiz edildi.

Bulgular

Çalışma grubunun ortalama yaşı $65,8 \pm 5,6$ yıl idi. Ortalama PSA değeri $20,4 \pm 33,3$ ng/mL (2,5-236,0), ortalama prostat volümü 59,4 mL (15-170) ve PSAD $0,44 \pm 0,88$ ng/mL/cm³ (0,04-5,96) bulundu. Cut-off değeri 0,15 alındığında hastaların 87'sinde (%55,8) yüksek, 69'unda (%44,2) düşük PSAD saptandı.

PSAD ile PIRADS arasındaki ilişki tüm grupta üç farklı yöntemle değerlendirildi. Spearman korelasyon analizi anlamlı pozitif ilişki gösterdi ($p < 0,001$). Kruskal-Wallis testi ile PIRADS gruplarına göre PSAD değerleri arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$). Ayrıca PSAD'nin düşük ve yüksek gruplara ayrılmasıyla PIRADS dağılımı da belirgin şekilde farklı bulundu ($p < 0,001$). Yüksek PSAD grubunda özellikle PIRADS 4 ve 5 olgularının daha sık izlendiği görüldü. RP yapılan 30 hastanın patoloji sonuçları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, 7 hastada Gleason toplam skorunda artış izlenirken 23 hastada değişiklik olmadı. Gleason artışı olanlarda ortalama PIRADS skoru 4,29, değişiklik olmayanlarda 3,78 idi; ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p = 0,115$). ISUP sınıflamasına göre ise 11 hastada cerrahi sonrası artış saptandı. ISUP artışı olanlarda ortalama PIRADS skoru 4,27, değişiklik olmayanlarda 3,68 olup bu fark anlamlı bulundu ($p = 0,031$). Buna karşın, ISUP artışı ile PSAD arasında anlamlı ilişki gösterilemedi ($p = 0,451$).

Sonuç

Bu çalışmada PSAD yüksekliğinin PIRADS skoru ile anlamlı ilişki gösterdiği saptandı. RP yapılan hastalarda upgrade için Gleason toplam skoru kullanıldığında PIRADS ile arasında anlamlı ilişki bulunmazken, aynı hastalarda ISUP skoru kullanıldığında PIRADS skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Buna karşılık, postoperatif ISUP artışı ile PSAD arasında anlamlı bir bağlantı gösterilemedi.

Anahtar Kelimeler: mp-MRG, Radikal Prostatektomi, ISUP





[PS-134]

Kas İnvaziv Mesane Kanseriinde Lenf Nodu Metastazını Öngören Klinik, Patolojik ve Biyobelirteç Faktörler

Kemal Kayar, Rıdvan Kayar, Kayhan Görkem Tuncel, Ömer Ergin Yücebaş
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç:

Kas invaziv mesane kanserinde (KİMK) radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu standart tedavi yaklaşımıdır. Cerrahi sonrası lenf nodu pozitifliği (LN+) hastaların prognozunu belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Bu çalışmada, KİMK nedeniyle radikal sistektomi yapılan hastalarda LN+ ile ilişkili faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

2010-2023 yılları arasında merkezimizde radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanan 150 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar lenf nodu tutulumu olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı, istatistiksel analizler bu gruplar üzerinden yapıldı.

Bulgular:

Toplam 150 hastanın 56'sında (%37.3) LN+ saptandı. LN+ olan hastalarda medyan yaş 67 iken, LN- olanlarda 65 idi ($p=0.440$). Cinsiyet, sigara öyküsü, diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı açısından iki grup arasında fark bulunmadı.

Patolojik parametreler incelendiğinde; T3-T4 evresinde LN+ oranı %46.7 iken, T2 hastalarda yalnızca %13.6 idi ($p<0.001$). LVI pozitif olgularda LN+ oranı %70, negatif olgularda ise %8.8 olarak bulundu ($p<0.001$). PNI varlığında LN+ oranı %48.9 iken, yokluğunda %20 idi ($p<0.001$).

Cerrahi sınır pozitif olan hastalarda LN+ oranı %62.5, negatif olanlarda %32.5 idi ($p=0.006$). İnflamatuvar biyobelirteçler açısından; SIRI, SII ve PIV LN+ ile anlamlı ilişkiliydi. LN+ grubunda medyan SII 785 (IQR 573-1192), LN- grubunda 647 (IQR 448-905) ($p=0.006$); medyan PIV 559 (IQR 354-765) iken LN- grubunda 361 (IQR 236-560) idi ($p=0.002$). SIRI LN+ grubunda 1.78 (IQR 1.22-2.89), LN- grubunda 1.42 (IQR 0.95-2.10) idi ($p=0.019$).

Univariate lojistik regresyon analizinde pT evresi (OR 5.56, $p<0.001$), LVI (OR 24.67, $p<0.001$), PNI (OR 3.91, $p<0.001$), cerrahi sınır (OR 3.49, $p=0.007$), PIV (OR 3.47, $p<0.001$), SIRI (OR 2.44, $p=0.010$) ve SII (OR 3.72, $p=0.004$) LN+ ile anlamlı ilişkiliydi. Ancak multivariate analizde yalnızca LVI bağımsız risk faktörü olarak saptandı (OR 18.2, %95 CI: 6.9-47.8, $p<0.001$). Modellerin doğruluk oranı %80-82, Nagelkerke R^2 değeri yaklaşık 0.50 idi.

Sonuç:

Çalışmamızda, univariate analizlerde LN+ ile ilişkili çok sayıda klinik, patolojik ve biyobelirteç parametre belirlenmesine rağmen, multivariate analizde yalnızca LVI bağımsız risk faktörü olarak öne çıktı. Bu bulgu, LVI'nin KİMK hastalarında lenf nodu metastazını öngörmeye en güçlü belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. İnflamatuvar indeksler (SII, PIV, SIRI) ve diğer patolojik faktörler tek başına anlamlı olsalar da LVI'nin güçlü etkisi altında bağımsızlıklarını kaybetmiştir. Bulgular, cerrahi sonrası patolojik değerlendirmede LVI'nin rutin raporlanmasının prognostik açıdan kritik olduğunu ve gelecekte hasta seçimi ile adjuvan tedavi kararlarında belirleyici rol üstlenebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kas invaziv mesane kanseri, Lenf nodu pozitifliği, Lenfovasküler invazyon (LVI), İnflamatuvar indeksler

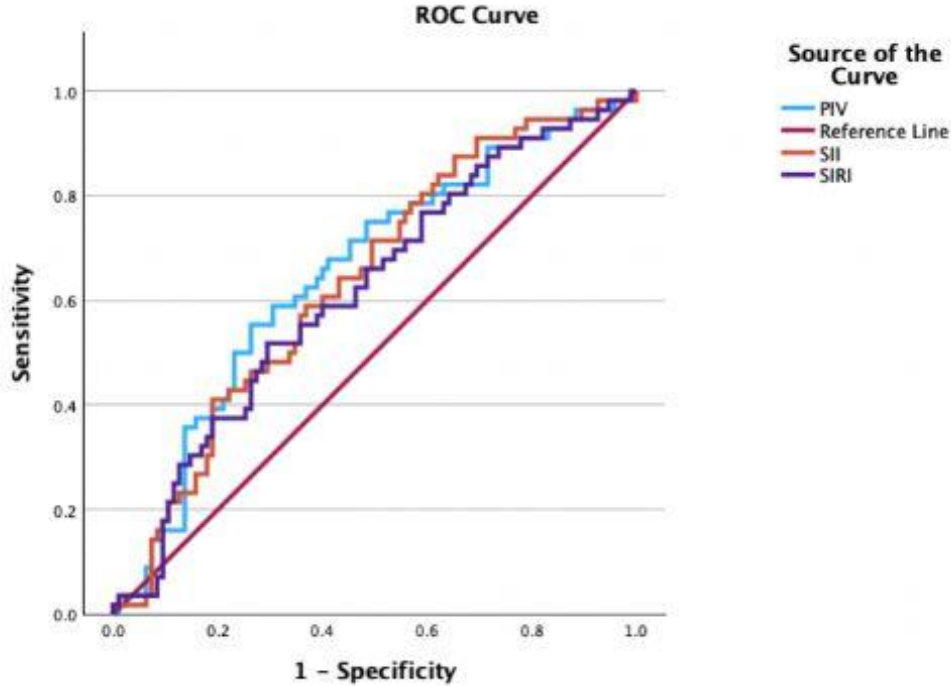


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PIV, SII ve SIRI'nin Lenf Nodu Pozitifliğini Öngörmedeki ROC Eğrileri



Demografik, patolojik, klinik özellikler ve inflamatuvar biyobelirteçlere göre lenf nodu tutulumu dağılımı

Değişkenler		Lenf nodu tutulumu yok, (n=94)	Lenf nodu tutulumu var, (n=56)	p
Yaş, Medyan (IQR)		65 (60-71)	67 (61-72)	0.440
Cinsiyet	Erkek	81 (60.9)	52 (39.1)	0.163
	Kadın	13 (76.5)	4 (23.5)	
Sigara	İçmemiş	10 (66.7)	5 (33.3)	0.354
	<20 p/y	13 (76.5)	4 (23.5)	
	>20 p/y	71 (60.2)	47 (39.8)	
DM	Var	23 (69.7)	10 (30.3)	0.220
	Yok	70 (60.3)	46 (39.7)	
HT	Var	42 (62.7)	25 (37.3)	0.544
	Yok	51 (62.2)	31 (37.8)	
KAH	Var	20 (69)	9 (31)	0.267
	Yok	72 (60.5)	47 (39.5)	
T evresi	T2	38 (86.4)	6 (13.6)	<0.001
	T3-4	57 (53.3)	50 (46.7)	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



LVI	Var	21 (30)	49 (70)	<0.001
	Yok	73 (91.2)	7 (8.8)	
CIS	Var	32 (64)	18 (36)	0.859
	Yok	62 (62)	38 (38)	
PNI	Var	46 (51.1)	44 (48.9)	<0.001
	Yok	48 (80)	12 (20)	
Cerrahi sınır	Negatif	85 (67.5)	41(32.5)	0.006
	Pozitif	9 (37.5)	15 (62.5)	
Lenf nodu sayısı, Medyan (IQR)		17 (12-25)	16 (9-22)	0.164
OS, Medyan (IQR)		30 (12-57)	22 (9-41)	0.141
RFS, Medyan (IQR)		19 (7-40)	15 (6-26)	0.350
NLR		2.37 (1.84-3.52)	2.75 (2.26-4.05)	0.056
IBI		15.63 (6.85-82.37)	16.51 (5.17-58.95)	0.600
SIRI		1.42 (0.95-2.10)	1.78 (1.22-2.89)	0.019
SII		647.70 (448.11-904.89)	785.47 (573.86-1192.63)	0.006
PIV		361.36 (236.21-559.70)	559.14 (353.95-764.50)	0.002

Tablo 5. Lenf nodu pozitifliği için multivariate lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		Model 1			Model 2			Model 3			Model 4	
	Exp	OR (95 % CI)	p	Exp	OR (95 % CI)	p	Exp	OR (95 % CI)	p	Exp	OR (95 % CI)	p
pT	1.865	0.534-6.515	0.329	1.618	0.447-5.857	0.464	1.848	0.523-6.526	0.340	1.740	0.485-6.236	0.395
LVI	18.260	6.977-47.792	<0.001	17.208	6.547-45.226	<0.001	16.871	6.394-44.518	<0.001	18.067	6.885-47.410	<0.001
PNI	1.450	0.517-4.066	0.480	1.474	0.519-4.185	0.466	1.422	0.503-4.018	0.507	1.453	0.510-4.139	0.484





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



R	1.55 6	0.49 5- 4.89 1	0.449	1.39 6	0.43 4- 4.48 6	0.576	1.48 5	0.50 3- 4.70 5	0.354	1.40 3	0.43 2- 4.55 0	0.573
PIV	-	-	-	1.70 2	0.68 1- 4.25 2	0.255	-	-	-	-	-	-
SIRI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.61 3	0.43 2- 3.95 8	0.296
SII	-	-	-	-	-	-	1.71 2	0.55 0- 5.33 3	0.354	-	-	-
Accuracy		80.1			80.8			82.1			80.8	
Hosmer- Lemesho v		0.89 6			0.92 1			0.96 3			0.73 2	
Nagelker ke R2		0.50 3			0.51 0			0.50 8			0.50 9	





[PS-135]

Ta Mesane Tümörlerinde Progresyon ve Nüks

Ahmet Mervan Arslan, Ayhan Dirim, Eray Hasırcı, Mehmet İlteriş Tekin
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Bu çalışmada non-invaziv düşük ve yüksek dereceli mesane kanserlerinin nüks ve progresyon oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma kapsamında 2020 yılından itibaren merkezimizde TUR-MT yapılan hastalar araştırıldı. Takiplerine düzenli gelmeyen veya kontrol sistoskopilerinde patoloji alınmadan lezyonları koterize edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların patolojik evreleri, dereceleri, cis varlığı, intravezikal tedavi alıp almadığı, takip boyunca nüks ve progresyon durumları, takip süreleri kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların %22,5'i (16/71) kadın, %77,5'i (55/71) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 70,5 ($\pm 9,59$)'du. Takip süresi medianı 48 (2-162) aydı. 71 hastanın %69'u (49/71) Ta düşük dereceli (LG), %31'i (22/71) Ta yüksek dereceliydi. Ta LG hastaların %38,8'inde (19/49), TaHG hastaların %68,2'sinde (15/22) nüks görüldü ($p=0,022$). Ta LG hastaların %6,1'inde (3/49) progresyon görülürken Ta HG hastaların %36,4'ünde (8/22) progresyon görüldü ($p=0,003$). İntravezikal tedavi almayan Ta LG hastaların %4,7'si (2/43) progresse olmuşken intravezikal tedavi almayan Ta HG hastaların %50'si (6/12) progresse olduğu görüldü ($p=0,001$). İntravezikal BCG verilen Ta LG'lerin %16,7'sinde (1/6) progresyon izlenirken intravezikal BCG verilen Ta HG'lerin %20'sinde (2/10) progresyon izlendi ($p=1$). İntravezikal BCG verilmeyen Ta HG hastaların %50'sinde (6/12) progresyon izlenirken intravezikal BCG verilen Ta HG hastaların %20'sinde (2/10) progresyon izlendi ($p=0,204$).

Sonuç

Bu çalışmada, non-invaziv Ta yüksek dereceli mesane tümörlerinde nüks ve progresyon oranlarının düşük dereceli olgulara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle intravezikal tedavi uygulanmayan yüksek dereceli hastalarda progresyon riskinin belirgin şekilde arttığı görülmüştür. Elde edilen bulgular, yüksek dereceli Ta tümörlerde yakın klinik takip ve intravezikal tedavinin hastalık kontrolü açısından kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Non-invaziv mesane tümörü, Nüks oranı, Progresyon oranı, Transüretral rezeksiyon (TUR-MT)



**[PS-137]****Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomunda Nefroüretarektomi Sonrası Mesane Nüksünü Belirleyen Faktörler**

Can Ahmet Karabacak, Muhammed Selçuk Özer, Can Sinirsiz, Volkan Şen, Ozan Bozkurt, İlhan Çelebi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Üst üriner sistem ürotelyal karsinomu nedeniyle radikal nefroüretarektomi uygulanan hastalarda, postoperatif dönemde %22-47 oranında mesane tümörü nüksü bildirilmektedir. Risk gruplarının belirlenmesi, mesane nüksü açısından yakın takip gerektiren hastaların erken dönemde tanınmasına olanak sağlayacaktır. Elde edilecek veriler, postoperatif izlem sıklığı ve yöntemi konusunda klinik rehberlerin geliştirilmesine katkı sunabileceği gibi, mesane nüksünü önleyici stratejilerin planlanmasına da temel oluşturabilir. Bu nedenle nefroüretarektomi sonrası mesane tümörü nüksünü öngörebilecek klinik, patolojik ve demografik faktörler değerlendirilmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Ocak 2012- Ocak 2024 tarihleri arasında üst üriner sistem ürotelyal karsinomu tanısı veya ön tanısı ile radikal nefroüretarektomi (RNU) uygulanan toplam 97 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri ile preoperatif alınan sitoloji, preoperatif tanısal üreteroneskopi (URS) yapılma durumu, tümörün lokalizasyonu, tümör multifokalitesi, eşlik eden hidroüreteronefroz, eş zamanlı mesane kanseri varlığı ve takip süresince gelişen mesane tümörü nüksü değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 69 (min-max 34 -90) olarak hesaplandı. Hastaların %70,1 erkek, %29,9'u kadındı. En sık rastlanan evre T1 yüksek dereceli ürotelyal karsinom olup 26 hastada (%26,8) tespit edildi (Tablo 1). 26 hastada (%27,8) RNU sonrası mesane tümörü nüksü gözlemlendi. Ameliyat öncesi idrar sitoloji alınan 35 hastanın değerlendirilmesinde, sitoloji pozitif olan hastaların %50'sinde mesane nüksü saptanırken, sitoloji negatif hastalarda bu oran %30,4 olarak gözlemlendi. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0,220$) (Tablo 2). Preoperatif tanısal URS yapılan hastaların %32,5'inde, URS uygulanmayanların ise %22,8'inde mesane tümörü nüksü tespit edildi ve bu fark anlamlı değildi ($p = 0,289$) (Tablo 2). Tümörün lokalizasyonu ve multipl tümör varlığı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Nefroüretarektomi ile eş zamanlı mesane tümörü bulunan hastalarda mesane nüksü oranı %50 iken, olmayanlarda bu oran %16,4 olarak gözlemlendi ve istatistiksel anlamlı fark olduğu görüldü ($p = 0,001$) (Tablo 2). Hidronefroz varlığı, sigara kullanımı ve cinsiyet ile mesane nüksü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 2).

Sonuç: Radikal nefroüretarektomi sonrası mesane tümörü nüksü hastalarda sık görülen bir durum olmakla birlikte, çalışmamızda eş zamanlı mesane tümörü varlığının mesane nüksü açısından en önemli risk faktörü olduğu saptandı. Risk faktörlerini tanımlamak adına prospektif ve daha fazla hasta sayısı içeren çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nefroüretarektomi, Mesane Nüksü, Ürotelyal Karsinom

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n = 97)

Yaş ortalama (min-max)	69 (34-90)
Cinsiyet (n, %)	
-erkek	68 (%70,1)
-kadın	29 (%29,1)
Sigara (n, %)	
-evet	48 (%49,5)
-hayır	49 (%50,5)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tanısal URS (n, %)	
-evet	40 (%41,2)
-hayır	57 (%58,8)
Eş zamanlı mesane tümörü (n, %)	
-evet	30 (%30,9)
-hayır	67 (%69,1)
Patolojik evre (n, %)	
-Ta düşük dereceli ürotelyal karsinom	10 (%10,3)
-Ta yüksek dereceli ürotelyal karsinom	4 (%4,1)
-T1 düşük dereceli ürotelyal karsinom	15 (%15,5)
-T1 yüksek dereceli ürotelyal karsinom	26 (%26,8)
-T2 yüksek dereceli ürotelyal karsinom	11 (%11,3)
-T3 yüksek dereceli ürotelyal karsinom	22 (%22,7)
-T4 yüksek dereceli ürotelyal karsinom	9 (%9,3)

RNU sonrası mesane nüksü ile ilişkili faktörler

		Mesane nüksü Var	Mesane nüksü Yok	p
Tümör lokalizasyonu	Üreter	14 (%28)	36 (%72)	
	Renal pelvis	12 (%25,5)	35 (%74,5)	0,784
Tümör sayısı	Soliter	20 (%26,3)	56 (%73,7)	
	Multiple	6 (%28,6)	15 (%71,4)	0,836
Eş zamanlı mesane tümörü	Var	15 (%50)	15 (%50)	
	Yok	11 (%16,4)	11 (%16,4)	0,001
Tümör evresi	Ta-T1	17 (%30,9)	38 (%69,1)	
	T2-T3-T4	9 (%21,4)	33 (%78,6)	0,209
Karsinoma in situ	Var	6 (%31,6)	13 (%68,4)	
	Yok	20 (%25,6)	58 (%74,4)	0,397



**[PS-138]****Radikal Nefroüretrektomi: Son 15 Yıllık Deneyimimiz**

Süleyman Öner, Musa Oflaz, Utku Bekyürek, İyimser Üre, Ata Özen
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

Üst üriner sistem ürotelyal karsinomu (ÜÜSÜK)'de standart tedavi yöntemi, böbreğin üreter ve mesane cuff ile birlikte çıkarıldığı radikal nefroüretrektomidir (RNÜ). Bu çalışmada, kliniğimizde son 15 yılda gerçekleştirilen nefroüretrektomi olgularını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod:

2010-2025 yılları arasında kliniğimizde RNÜ uygulanan 98 hasta retrospektif olarak incelendi. Patolojik evreleme 2017 TNM sistemine, tümör derecelendirmesi ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kriterlerine göre yapıldı.

Bulgular:

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı $68 \pm 9,4$ yıl olup, 77'si erkek (%78,6) ve 21'i kadın (%21,4) idi. Ortalama VKİ $26,4 \pm 4,3$ kg/m² idi; hastaların %44,5'inde komorbidite, %64,3'ünde sigara öyküsü mevcuttu. Ortalama operasyon süresi 177 ± 47 dk, ortalama kan kaybı 310 ± 170 ml idi. İntraoperatif komplikasyon oranı %6,1 olup tamamı intraoperatif kanama idi. Patolojik incelemede, evre dağılımı 34(%34,7) hastada pTa, 22(%22,4) hastada pT1, 6(%6,1) hastada pT2, 32(%32,7) hastada pT3 ve 4(%4,1) hastada pT4 şeklindeydi. Tümör 50(%51) hastada en sık pelvis renalis bölgesinde izlendi. Yüksek dereceli tümörler 55(%56,1) hastada, düşük dereceli tümörler ise 43(%43,9) hastada görüldü. Multifokalite 23(%23,5) hastada izlendi. Lenf nodu metastazı 16(%16,3), lenfovasküler invazyon 28(%28,6) ve pozitif cerrahi sınır 7(%7,1) hastada saptandı (Tablo 1). Postoperatif 12(%12,2) hasta eritrosit suspansiyonu replasmanı gerektiren hemogram düşüşü görüldü.

Takip süresince intravezikal rekürrens 29(%29,6) hastada, lokal nüks 3(%3,1) hastada ve uzak metastaz 13(%13,3) hastada görüldü. Genel sağkalım (OS): 1 yıllık %90,2; 5 yıllık sağkalım %82,2 ölçüldü. Kansere özgü sağkalım (CSS): 1 yıllık sağkalım %95,6; 5 yıllık sağkalım %94,1 ölçüldü (Tablo 2).

Sonuç:

RNÜ deneyimli merkezlerde düşük komplikasyon oranlarıyla ve başarılı onkolojik sonuçlarıyla güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Nefroüretrektomi, Parsiyel Sistektomi, Toplayıcı Sistem Tümörü, Üst Üriner Sistem

Tablo 1

Parametre	Değer (örnek)
Patolojik evre (pTa / pT1 / pT2 / pT3 / pT4)	34 / 22 / 6 / 32 / 4
Patolojik grade (low / high)	43 (%43.9) / 55 (%56.1)
Lenf nodu metastazı (+)	16 (%16.3)
Lenfovasküler invazyon (%)	28 (%28.6)
Pozitif cerrahi sınır (%)	7 (%7.1)
Tümör multifokalitesi (%)	23 (%23.5)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tümör boyutu (cm, ortalama)

3.1 ± 1.6

Patoloji Verileri

Tablo 2

Parametre	Değer (örnek)
Ortalama takip süresi (ay)	47.7 ± 44.4
Lokal nüks (%)	3 (%3.1)
Uzak metastaz (%)	13 (%13.3)
İntravezikal nüks (%)	29 (%29.6)
2 yıllık OS (%)	86.2
5 yıllık OS (%)	82.15
5 yıllık CSS (%)	94.1
5 yıllık RFS (%)	84.9

Onkolojik Sonuçlar





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-139]

Prostat Kanseri tanılı hastaların idrarında mikroplastik yoğunluğunun araştırılması

Burak Yılmaz

Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye

Amaç: Bu çalışma, canlı vücudunda birçok mekanizma ile olumsuz etki gösteren mikroplastiklerin; erkek cinsiyette en sık malignite olan prostat kanseri etiyolojisinde rol alıp almadığını tespit etmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada, Ocak 2024 – Haziran 2025 tarihleri arasında hastanemiz Üroloji Polikliniği'ne başvuran toplam 96 erkek birey değerlendirilmiştir. Hasta grubu, prostat kanseri tanısı almış bireylerden; kontrol grubu ise herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan ve düzenli ilaç kullanımı gerektirmeyen sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur. Tüm katılımcılardan mikroplastik analizlerinin yapılabilmesi amacıyla 5 cc idrar örneği steril cam tüplere toplanmıştır. Katılımcılara ait yaş, vücut kitle indeksi (BMI), serum total PSA, gleason grade grupları ve PSMA PET bulguları kaydedilmiştir. Mikroplastik yoğunluğu, stereomikroskop kullanılarak incelenmiş; mikroplastik partikülleri morfolojik özelliklerine göre görsel olarak tanımlanıp sayılmıştır. Tanımlanan partiküllerin gerçekten mikroplastik olup olmadığı sıcak iğne (hot needle) yöntemi ile doğrulanmış, ardından Nile Red boyası kullanılarak mavi ışık altında floresan özellikleri incelenmiş ve tanımlama teyit edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 60 prostat kanseri tanılı hasta, 36 sağlıklı gönüllü erkek dahil edildi. Prostat kanseri tanılı grup ve kontrol grubunda sırası ile yaş $65,73 \pm 8,57$ / $59,39 \pm 10,62$ idi. Kontrol grubunda ortalama mikroplastik yoğunluğu $2,82 \pm 2,05$ adet/ml iken, prostat kanseri tanılı grupta ml'de saptanan ortalama mikroplastik yoğunluğu $5,06 \pm 3,78$ adet/ml bulunmuştur. Lokalize ve metastatik prostat kanserli hastaların idrarlarındaki mikroplastik yoğunluğu benzer bulunmuştur. Lokal evrede prostat kanseri olan hastaların risk artışı ile mikroplastik yoğunluğu açısından korelasyon bulunmamıştır.

Sonuç: Radikal prostatektomi ve tur-p sonrası patolojik dokularda mikroplastik araştırılıp saptanmış olmasına karşın yeni tanı almış prostat kanseri olan hastaların idrar örneklerinde mikroplastikğin incelendiği ilk çalışmadır. Prostat kanseri etiyolojisi üzerinde idrarda mikroplastik varlığı ve/veya prostat dokusunda tümörü olan hastalarda idrarda mikroplastik artışı hipotezlerini araştırarak geniş örneklemli ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: idrar, mikroplastik, prostat kanseri





[PS-140]

Koaksiyel iğne tekniği ile yapılan transperineal prostat biyopsisinde farklı lokal anestetik ajanların perioperatif süreç üzerine etkisi

Eralp Kubilay¹, Çağrı Akpınar², Ferhat Eren³, Doruk Güler², Volkan Öztekin¹, Sümer Baltacı², Evren Süer²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD.

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD.

³Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

Amaç:

Transperineal prostat biyopsisi prostat kanseri tanısında günümüzde kılavuzlar ışığında önerilen yöntemlerden birisidir. Transrektal biyopsilere kıyasla daha az enfeksiyon riski ve anterior yerleşimli tümörlerde daha yüksek kanser saptama oranları ile ön plana çıkmaktadır. Lokal anestezi altında ofis şartlarında da uygulanabilmesi işlemi hastalar ve hekimler açısından da avantajlı hale getirmektedir. Çalışmamızda, transperineal prostat biyopsisi sırasında uygulanan farklı farmakokinetiğe sahip lokal anestetik ajanların perioperatif dönemde hasta konforu üzerine etkisini göstermeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Aralık 2024 - Temmuz 2025 arasında, iki farklı merkezde prostat kanseri şüphesi ile transperineal prostat biyopsisi uygulanan 97 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Biyopsi işlemi litotomi pozisyonunda transrektal lineer görüntüleme yüzeyli ultrason probu kullanılarak, perineal bölgeden sağ ve sol olmak üzere iki farklı giriş noktası belirlendikten sonra, bu noktalardan lokal anestetikler uygulanmış ardından giriş noktalarından 16G kalınlığında koaksiyel iğne yerleştirilmiştir. 22G iğne ile perine bölgesi ve prostat apeksi çevresine de lokal anestezi uygulanmıştır. Prilokain ve Prilokain+Bupivakain uygulanan hastalar 2 gruba ayrılmıştır. Hastaların demografik verileri, işlem sırasındaki, postoperatif 1. saat ve 6. saat VAS skorlarının yanı sıra, işlem sürecini değerlendiren QoL ölçekleri de karşılaştırılmıştır.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşları $68 \pm 7,2$ olarak hesaplandı. Ortalama preoperatif PSA değerleri $6,9 \pm 3,1$ ng/dl olarak görüldü. Ortalama prostat boyutları $55 \pm 27,3$ cc olarak kayıt edildi (Tablo1.). Kullanılan lokal anestetik ajana göre Prilokain kullanılan hastalar Grup-1, prilokain+bupivakain kullanılan hastalar grup 2 olarak adlandırıldı. Grup-1'de 56 hasta, Grup-2'de ise 41 hasta olduğu görüldü. Rektal prob girişi, koaksiyel iğne yerleştirilmesi ve biyopsi iğnesi ile işlem sırasında değerlendirilen VAS skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark izlenmedi. 1. Ve 6. saatlerde ise prilokain ve bupivakainin birlikte uygulandığı grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde VAS skorları daha düşük saptandı (Tablo 2). QoL ölçeği değerlendirmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da işlem sürecinin Grup-2'de daha konforlu geçtiği görüldü.

Sonuç:

Transperineal prostat biyopsisi sırasında kullanılan lokal anestetik seçimi perioperatif süreci olmasa da postoperatif sürecin daha konforlu geçmesine katkı sağlayabilir. İşlem standardizasyonu için daha fazla, randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: transperineal, prostat biyopsisi, prostat kanseri, lokal anestetik



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1. Hastaların temel demografik ve klinik karakteristikleri

Tablo 1. Hastaların temel demografik ve klinik karakteristikleri

Parameters	Overall
Age, median (IQR)	68 (61-72)
Preoperative PSA (ng/ml)	6.9 (5.2-11.1)
MRI prostate volume (ml), median (IQR)	49 (39-79)
Preoperative PSAd, median (IQR)	0.14 (0.09-0.18)
mpMRI based (iT) local stage, n (%)	
≤cT2	77 (79.4%)
cT3a	13 (13.4%)
cT3b	7 (7.2%)
mpMRI tumor location, n (%)	
Transitional zone	17 (17.5%)
Peripheral zone	80 (82.5%)
mpMRI PI-RADS score, n (%)	
PI-RADS 3	18 (18.6%)
PI-RADS 4	42 (43.3%)
PI-RADS 5	37 (38.1%)
mpMRI index lesion diameter, median (IQR)	13 (9-18)
Overall PCa detection rate, n (%)	67/97 (69.1%)
Overall csPCa detection rate, n (%)	47/97 (48.4%)
ISUP grade at biopsy histopathology, n (%)	
Benign	30 (30.9%)
Grade 1	20 (20.6%)
Grade 2	17 (17.5%)
Grade ≥ 3	30 (30.9%)
csPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	45/97 (46.4%)
TBx+SBx	47/97 (48.5%)
cisPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	16/97 (16.5%)
TBx+SBx	18/97 (18.6%)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 2. VAS Skoru Değerlendirmesi

Tablo 2. VAS Skoru Değerlendirmesi

VAS Skoru, mean±SD, (min-max)	Grup 1 (Pri.)	Grup 2 (Pri.+Bupr.)	P değeri
#	56	41	
Rektal Prob. Girişi	4,13±0.8 (2-7)	3,96±0.8 (2-7)	0,21
Koaksiyel İğne Girişi	3,28±0.7 (1-7)	3,39±0.7 (1-7)	0,35
İğne Biyopsisi Anı	3,5±0.9 (1-7)	3,22±0.9 (1-7)	0,38
İşlem sonrası 1. saat	1.12 ± 0.4 (0-4)	0.76 ± 0.5 (0-2)	0,001
İşlem Sonrası 6. saat	0.98 ± 0.6 (0-4)	0.58 ± 0.6 (0-2)	0,001





[PS-141]

Radikal Prostatektomi Sonrası İrritatif Semptomlu Hastalarda Nadir Bir Etiyoloji: Klips Migrasyonu

Burak Mehmet Gürpınarlı, Ahmet Yıldırım Balık, Arda Taşkın Taşkiran, Ekrem Başaran, Dursun Baba
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Hem-o-Lok® klipsler (HOLC) [Weck® Cerrahi Aletler, Teleflex Medical, Durham, NC], laparoskopik radikal prostatektomi sırasında lateral pediküllerin hemostazında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda intravezikal HOLC migrasyonuna ilişkin olgu bildirimleri ve klinik serilerde artış gözlenmektedir (Meng ve ark. 2006, Onal ve ark. 2025). Bu komplikasyon nadir görülmekle birlikte, mesane çıkım obstrüksiyonu, iritatif işeme yakınmaları, hematüri ve enfeksiyon gibi farklı klinik tablolarla prezente olabilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde radikal prostatektomi sonrası intravezikal HOLC migrasyonu tanısı alan hastaların başvuru şikayetleri, tanı yöntemleri ve uygulanan tedavi yaklaşımları retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde 2019-2025 yılları arasında laparoskopik transperitoneal radikal prostatektomi uygulanan ardışık 125 hasta üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışma grubuna, intravezikal Hem-o-Lok® klips (HOLC) migrasyonu tanısı alan iki hasta dahil edildi. Hastaların klinik başvuru semptomları, alt üriner sistem yakınmaları, üroflowmetri sonuçları ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) değerlendirildi. Tanısal amaçlı sistoskopik inceleme lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Ayrıca, mevcut bulguların literatür ile karşılaştırılabilmesi amacıyla PubMed veritabanında laparoskopik prostatektomi sonrası HOLC migrasyonu ile ilgili çalışmalar tarandı.

Sonuç: Kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi sonrası intravezikal Hem-o-Lok® klips (HOLC) migrasyonu insidansı %1,6 (2/125) olarak saptanmıştır. Literatürde bildirilen %0,8-3,8 oranlarıyla karşılaştırıldığında, bulgularımız uyumlu bulunmuştur (Onal ve ark 2025, Zhu ve ark 2021, Singh ve ark 2023, Chin-chin yu ve ark. 2015). Her iki olguda da mesane çıkım obstrüksiyonunu düşündüren klinik ve endoskopik bulgular mevcuttu. Sistoskopik değerlendirmede mesane boynu darlığına sebep olan anastomoz hattında migrate olmuş HOLC ler izlendi. Migrasyon olgularımız literatürde Chin-chin yu ve ark. (2015) çalışmasında tanımlanan Tip I sınıflaması ile uyumlu bulunmuştur. Hastaların biri spontan klips pasajı ile diğeriyse endoskopik klips eksizyonu ile tedavi edilmiştir. Her iki olgunun da takiplerinde semptomlarının gerilediği, üretral darlık ya da rekürrens gelişmediği gözlenmiştir.

KARAR: HOLC migrasyonu nadir görülse de, radikal prostatektomi sonrası iritatif semptomlar, hematüri veya enfeksiyon varlığında ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alt Üriner Sistem Yakınmaları, Hem-o-lok Polimer Klips, Komplikasyon, Laparoskopik Radikal Prostatektomi



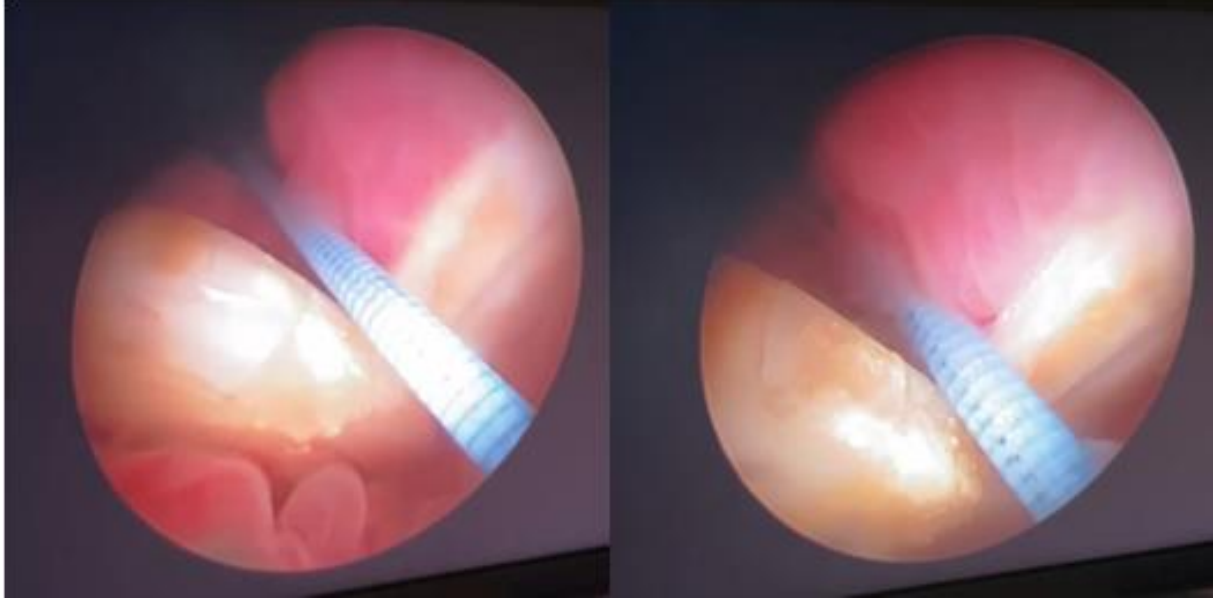


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Resim - 1



Sistoskopik bakıda anastamoz hattına migrate olan Hem-O-Lok polimer klips



[PS-142]

Radikal Prostatektomi: Son 15 Yıllık Deneyimimiz

Süleyman Öner, Musa Ofıaz, Utku Bekyürek, İyimser Üre, Ata Özen
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş

Prostat kanseri (PCa), erkeklerde en sık görülen solid tümörlerden olup, özellikle gelişmiş ülkelerde kansere bağlı morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Radikal prostatektomi(RP), lokal ve lokal ileri PCa'da altın standart tedavi yöntemidir. Bu çalışmada RP cerrahisindeki son 15 yıllık deneyimimizi sizlere sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod

Çalışmaya 2010–2025 yılları arasında kliniğimizde RP uygulanmış 517 hasta dahil edildi. Lokal ve lokal ileri PCa tanılı olgulara RP operasyonu planlandı. Tüm cerrahiler açık retropubik teknikle gerçekleştirildi. Patolojik incelemeler 2017 TNM sınıflaması ve ISUP Gleason gruplaması temel alınarak yapıldı. Postoperatif komplikasyonlar, Clavien–Dindo sınıflamasına göre kaydedildi. Sağkalım analizleri için Kaplan–Meier yöntemi kullanıldı.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen toplam 517 hastanın ortalama yaşı $63,3 \pm 6,1$ yıl, ortalama VKİ $27,5 \pm 3,4$ kg/m² ortalama PSA değeri ise $14,25 \pm 21,21$ ng/ml olarak bulundu. 201(%38) hastada Gleason skorları ≤ 6 , 236(%46) hastada Gleason 7 ve 76 hastada Gleason ≥ 8 saptandı. D'Amico risk sınıflamasına göre hastaların 125'i(%24,2) düşük, 253(%49) orta, 139(%26,8) yüksek risk grubunda yer almaktaydı.

Operatif bulgular incelendiğinde, ortalama operasyon süresi $156,2 \pm 18,2$ dakika, kan kaybı 530 ± 310 ml idi. Hastaların 65'inde(%12,6) sinir koruyucu cerrahi uygulandı. İntraoperatif komplikasyon 22(%4,2) hastada olup bu komplikasyonların 11'i (%50) intraoperatif kanama, 8'i(%36,36) rektal yaralanma, 3'ü(%13,64) üreter yaralanması şeklindeydi. Ortalama hastanede yatış süresi $7,2 \pm 3,0$ gün, kateterizasyon süresi ise $12,1 \pm 0,84$ gün olarak hesaplandı.

Patolojik değerlendirmede, hastaların 232'si(%45,2) pT2, 277'si(%53,9) pT3, 3'ü(%0,5) pT4 evresinde idi. Pozitif cerrahi sınır 127(%24,7) hastada gözlenirken bunların 21'i (%16,53) düşük, 44'ü (%34,64) orta, 62 (%48,81) tanesi yüksek riskli prostat kanseri grubundaydı. Lenf nodu metastazı 161(%31,1) hastada saptandı.

Postoperatif komplikasyonlar değerlendirildiğinde, erken komplikasyon 66(%12,8), geç komplikasyon 43(%8,3) hastada saptandı. En sık erken dönem komplikasyon 38(%57,57) hastada uzamış drenaj olurken en sık geç komplikasyon ise 40(%7,8) hastada mesane boynu darlığı olarak kaydedildi. 28 (%5,41) hastada postoperatif 3. aydan sonra devam eden idrar kaçırma izlendi.

Ortalama $46 \pm 28,9$ aylık takip süresinde, biyokimyasal rekürrens 63(%12,2), metastaz gelişimi 44(%8,5) hastada gözlemlendi. Beş yıllık sağkalım analizine göre, genel sağkalım oranı %97,5, kanser spesifik sağkalım %98,9, biyokimyasal nüksüz sağkalım %82,8 olarak hesaplandı.

Sonuç

Serimizde uygun hasta seçimiyle deneyimli cerrahların uyguladığı RP, onkolojik sonuçlarıyla güvenilir bir tedavi seçeneği sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gleason, İnkontinans, Prostat Kanseri, Radikal Prostatektomi

Tablo 1

Parametre	n (%)
Patolojik evre pT2 / pT3 / pT4	232(%45.2) / 277(%53.9) / 3(%0,5)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Gleason skoru ≤ 6 / 7 / ≥ 8	106 / 351 / 56
Pozitif cerrahi sınır (Düşük risk/ Orta risk/ Yüksek risk)	21(%16,53) / 44(%34,64) / 62(%48,81)
Kribiform pattern	117 (%22.6)
İntraduktal karsinom	11 (%2.1)
Lenf nodu disseksiyonu yapılan hasta sayısı	418 (80.9%)
Lenf nodu metastazı (+)	161 (31.1%)
Tümör yüzdesi (%)	%32.7 $\pm$ 21.17

Patoloji Bulguları

Tablo 2

Parametre	n (%) / Ortalama $\pm$ SS
Takip süresi (ay)	46 $\pm$ 28.9
Biyokimyasal rekürrens	63 (%12.2)
Metastazı olan hasta	44 (%8.5)
Cerrahi ile biyokimsayal nüks arası süre (gün)	592 $\pm$ 943
Salvaj RT	27 (%5.2)
Adjuvan tedavi ADT/ RT / KT	107 (%20.8) / 47 (%9.1) / 10 (%2)
5 yıllık kanser spesifik sağkalım (%)	98.9
5 yıllık biyokimyasal nüksüz sağkalım (%)	82.8
5 yıllık genel sağ kalım (%)	97.5

Onkolojik Sonuçlar





[PS-143]

Pelvik Üroonkolojik Cerrahi Esnasında İyatrojenik Rektal Yaralanmalara Yaklaşımın Değerlendirilmesi

Ata Özen, Süleyman Öner, Utku Bekyürek, Necdet Fatih Yaşar, İyimser Üre
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

Rektumun, mesane ve prostatla yakın komşuluğu nedeniyle özellikle radikal prostatektomi (RP) ve radikal sistektomi (RS) esnasında yaralanma riski vardır. Literatürde çoğu vaka serisinde, intraoperatif olarak rektumdaki defektin primer kapatıldığı ve kolostomiye ihtiyaç kalmadığı bildirilmiştir. Bu çalışma ile pelvik üroonkolojik cerrahilerde (PÜC) meydana gelen rektal yaralanmalarda, primer onarım tecrübemizi sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

2010 ile 2024 tarihleri arasında metastatik olmayan mesane tümörü ve prostat kanseri tanıları nedeniyle kliniğimize başvuran ve PÜC (açık RS, retropubik RP) gerçekleştirilen 708 hasta çalışmaya dahil edildi. PÜC esnasında RY meydana gelen 15 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. RY tespit edilen olgularda rektal defekt onarımı, RP esnasında prostat çıkarıldıktan sonra vezikoüretal anastomoz öncesinde ve RS esnasında ise mesane çıkarıldıktan sonra yapıldı. Defekt, musküler ve serözal olmak üzere iki tabaka olacak şekilde primer 2/0 polifilaman absorbable suture yardımı ile kapatıldı.

Bulgular:

RP esnasında meydana gelen iyatrojenik RY grubundaki hastaların yaş ortalamaları $63(\pm 5,97)$ idi. Hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması $26,7(\pm 1,98)$ olarak görüldü. Hastaların total PSA ortalamaları $21,2(\pm 18,6)$ ng/ml idi. Prostat biyopsisi ile RP arasında ortalama 4,5 ay ($\pm 3,69$) süre vardı. RY ortalama boyutları 2 cm ($\pm 0,9$) olarak ölçüldü. Vakaların %71'inde prostat bazis diseksiyonu esnasında, %29'unda ise apeks diseksiyon esnasında RY gerçekleştiği gözlemlendi. Patoloji raporlarına göre 4(%57) hastada tümör cerrahi sınırdan devam etmekteydi, 2(%28) hastada metastatik lenf nodu mevcuttu. Hastalardan 3'ü(%23) EAU risk sınıflandırmasına göre yüksek riskli sınıfta yer almaktaydı. Hastaların takiplerinde aktif şikayetleri olmadı, rektoüriner fistül (RÜF) gözlenmedi. (Tablo 1)

RS esnasında RY meydana gelen hastaların yaş ortalamaları $65,7(\pm 8,53)$ idi. Hastaların VKİ ortalama $24,75(3,15)$ olarak hesaplandı. RY ortalama boyutları $2(\pm 0,76)$ cm olarak ölçüldü. Vakaların %75'inde posterior diseksiyon esnasında, rektal yaralanmanın gerçekleştiği gözlemlendi. 3(%37,5) hastanın patolojik evresi T0 olarak raporlandı, 2(%25) hastanın patolojik evresi T4a olarak raporlandı, 3 (%37,5) hastada da varyant sitoloji varlığı tespit edildi. Tüm hastaların cerrahi sınırları negatifti. 2(%25) hastada metastatik lenf nodu mevcuttu. Hastaların takiplerinde aktif şikayetleri olmadı, RÜF gözlenmedi. (Tablo 2)

Sonuç:

PÜC esnasında oluşan RY'nin intraoperatif tespiti ve defektin kaliteli primer onarımı, RY bağlı oluşabilecek morbidite ve mortalite önlenmesinde kritik role sahiptir. Preoperatif dönemde mekanik barsak hazırlığı yapmanın prosedürü daha az kontamine ederek, defektin görünürlüğünü artırarak kaliteli bir primer onarıma olanak sağlamaktadır. RY intraoperatif kaliteli primer onarım ile kolostomi ihtiyacı duymadan komplikasyonsuz şekilde iyileşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer Onarım, Radikal Prostatektomi, Radikal Sistektomi, Rektal Yaralanma



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

No	1	2	3	4	5	6	7
Yaş	53	69	66	59	61	70	63
VKİ	27	26	30	28	25	24	27
Ek Hastalık	-	HT	-	-	-	HT	-
DRM	Diffüz Sert	Sol bazal endürasyon	Sağ bazal nodül	Bazal sert	Sağ bazal sert	Sol apeks sert	Sağ bazal sert
PSA(Ng/ml)	56,4	11,8	8,3	17	10,9	6,8	37
Biyopsi ile operasyon süresi arasında geçen süre (ay)	8	4	3	4	11	1	1
Gleason Skoru	4+5=9	3+4=7	4+5=9	3+3=6	3+3=6	3+3=6	4+3=7
EAU Risk Sınıflandırması	Yüksek	Orta	Yüksek	Orta	Orta	Düşük	Yüksek
Cerrahi sınır	+	-	+	-	+	-	+
Patolojik Evre	T3b	T2c	T4	T3a	T3a	T2a	T3b
Metastatik Lenf Nodu	+	-	+	-	-	-	-
Prostat Hacmi (cc)	52	63	68	116	46	54	76
Yaralanmanın boyutu (cm)	3	1	3	1	2	2	1
Hangi aşamada yaralanma olduğu	Bazal diseksiyon	Apikal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Apikal diseksiyon
Operasyon süresi (dk)	195	180	200	190	195	200	185
Hastane yatış süresi (gün)	10	12	12	15	15	12	8
Takip Süresi (ay)	21	99	33	66	48	158	148

RADİKAL PROSTATEKTOMİ ESNASINDA MEYDANA GELEN REKTAL YARALANMALAR

Tablo 2





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



No	1	2	3	4	5	6	7	8
Yaş	68	73	51	69	57	61	72	75
VKİ	20	23	24	22	27	25	29	28
Ek Hastalık	KAH	-	-	-	ALL	-	HT,KAH	-
Tur Patolojisi	T2 High Cıs	T2 High Cıs	T2 High Cıs+Squamöz	T2 High Cıs	T2 High Cıs	T2 High Cıs+Squamöz	T2 High Cıs + Villogland üler	T1 low
Postop Komplikasyon	Yara Yeri Açılması	-	Yara Yeri Açılması	-	-	Sepsis	GİS Kanama	-
Patolojik Evre	T0 Cıs	T3a Villogland üler	T4a Squamöz	T2b	T4a	T2a Squamöz Diff	T0	T0
Cerrahi Sınır	-	-	-	-	-	-	-	-
Metastatik Lenf Nodu	+	-	-	-	+	-	-	-
Yaralanmanın Boyutu (Cm)	2	2	1	3	3	1	2	2
Hangi Aşamada Yaralanma Olduğu	Bazal diseksiyon	Apikal Disseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Bazal diseksiyon	Apikal Disseksiyon	Bazal diseksiyon
Operasyon Süresi (Dk)	275	290	260	290	310	260	250	230
Hastane Yatış Süresi (Gün)	26	24	28	20	26	21	16	19
Takip süresi (ay)	39	5	53	89	79	64	61	54

RADİKAL SİSTEKTOMİ ESNASINDA MEYDANA GELEN REKTAL YARALANMALAR





[PS-145]

Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahiler Sonrası Ürolojik Yaralanmaların Yönetimi: 10 Yıllık Tek Merkez Deneyimi ve Literatüre Dayalı Retrospektif Analiz

Sadık Görür¹, Eser Ördek¹, Ahmet Beyazıt², Muhannet Şammala¹, Khaled Albaba¹

¹HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, HATAY

²HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI, HATAY

Amaç: Jinekolojik ve obstetrik cerrahiler sırasında ortaya çıkan üriner sistem yaralanmaları, cerrahi morbiditeyi artıran önemli komplikasyonlardır. Bu tek merkezli çalışmada, son on yılda jinekolojik ve obstetrik cerrahilere bağlı üriner yaralanmaları incelenmiş; insidans, dağılım, tanı ve tedavi yöntemleri güncel literatür eşliğinde analiz edilmiştir.

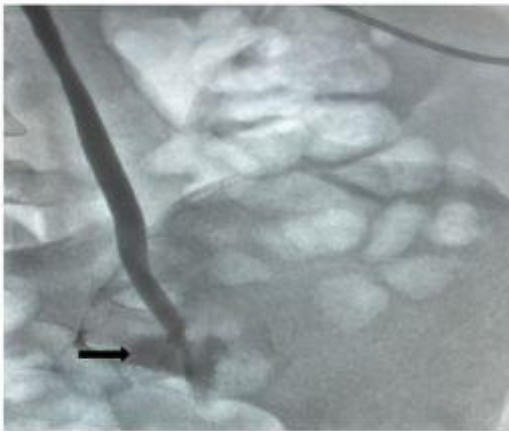
Materyal-Metod: Ocak 2014–Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen 16.100 obstetrik-jinekolojik cerrahi retrospektif olarak tarandı. Ürolojik komplikasyon gelişen 223 olgu analiz edildi. Yaralanmaların etiolojisi, tipi, tanı zamanı ve uygulanan tedavi yöntemleri incelendi.

Bulgular: Olguların %62,3'ünde mesane yaralanması, %28,7'sinde üreter yaralanması, %9,0'ında ise genitoüriner fistül saptandı. Mesane yaralanmalarının %98,6'sı, üreter yaralanmalarının ise %68,8'i intraoperatif olarak tanı aldı ($p<0,001$). IBI (iatrojenik mesane yaralanması), sezaryen ile; IUI (iatrojenik üreter yaralanması) ise en sık malign cerrahilerle ilişkiliydi ($p<0,05$).

Sonuç: Jinekolojik ve obstetrik cerrahilere bağlı üriner yaralanmalarda erken tanı, uygun müdahale ve cerrahin anatomik bilgi düzeyi, komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi açısından belirleyici rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: iatrojenik üriner sistem yaralanmaları, jinekolojik ve obstetrik cerrahi, erken teşhis ve cerrahi yönetim

ureteral avulsion (nephrourogram).



ureteral avulsion (nephrourogram).



ureteral avulsion (endoscopic image).



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



vesicouterine fistula.





[PS-147]

Radikal Prostatektomi Yapılan Hastalarda Isup Grade Yükselişini Öngörebilecek Parametrelerin Değerlendirilmesi

Mustafa Özkaya¹, Engin Dereköylü², Kadir Can Şahin³, Göktuğ Kalender⁴, Uğurcan Sayılı⁵, Nur Ahmet Erözenci⁶

¹Pendik Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

²Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

³Bayrampaşa Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

⁴Beykoz Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

⁶İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç:

Çalışmamızda, prostat kanseri (Pk) nedeniyle radikal prostatektomi (Rp) uygulanan hastalarda; ameliyat öncesi transrektal ultrason eşliğinde (TRUS) biyopsi yapılarak elde edilen patolojiye kıyasla, ameliyat sonrası Rp piyeslerinden elde edilen patolojide ISUP grade yükselmesini öngörebilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

1 Ocak 2011 ile 1 Ocak 2022 tarihleri arasında fakültemizde, Prostat kanseri şüphesiyle Rp uygulanan 523 hasta, ISUP grade yükselişi açısından değerlendirilmiştir.

Hastaların yaşı, doğum yeri, rektal tuşe bulgusu, ek hastalıkları, aile hikayesi, prostat kanserinin tanı zamanı ve hastaların tanı anındaki yaşı, tanı anı ve takiplerindeki PSA değerleri, prostat hacmi, PSA dansitesi, biyopside alınan odak sayısı, biyopside tümör saptanan odak sayısı ve tümörlü odak yüzdesi, biyopside alınan örneklerin toplam uzunluğu, biyopside tümör mevcut olan örneklerin uzunluğu ve tümör mevcut odakların yüzdesi, pre operatif ve post operatif risk grupları, pre operatif ve post operatif gleason skorları, pre operatif ve post operatif ISUP grade grupları, Rp patolojisindeki tümör yüzdeleri, sağ kalım bilgileri, TRUS biyopsi ile Rp operasyonu arasındaki zaman farkı (gün), hastalığın klinik evresi, tanı anındaki prostat kanseri yayılımları, görüntüleme bulguları, Multiparametrik Prostat Manetik Rezonans Görüntüleme (MpMRG) yapılmış hastalar için lezyonların Prostat Görüntüleme ve Raporlama Veri Sistemi (PIRADS) skoru ve en büyük lezyonun uzunluğu, Briganti 2012 ve 2017 nomogram göre skorları, tedavi öncesi ve sonrası diğer klinik ve laboratuvar değerleri hastane veri tabanından (ISHOP sistemi) taranarak veri forumuna işlenmiştir. Değerlendirilen tüm hastaların verileri retrospektif olarak taranmıştır

Bulgular:

ISUP grade gruplarında artış olan grupta 215 hasta (%41,1) bulunurken değişmeyen grupta sayı 308 (%58,9) 'dir. Ortanca yaş, PSA değeri, Prostat hacmi ve PSA dansitesi ve patoloji verileri Tablo 1 'de, Risk Gruplarına Ait Klinik Veriler ise Tablo 2'de özetlenmiştir. ISUP grade yükselişi açısından farklılık gösteren değişkenlerin Yaş, ISUP grade grup (biyopsi) ve PSA olduğu görülmüştür. Regresyon analizi neticesinde ISUP grade yükselişini; 65 yaş üstünde olmak 2,086 kat ($p<0.001$), PSA>10 olması 2,001 kat ($p<0.001$) arttırdığı tespit edildi. Grade grup 1 hastaların Grade grup 4-5 olanlara göre grade yükselişi ihtimali 6,44 kat ($p<0.001$), grade 2 olanların 2,297 kat ($p=0.042$) daha yüksek olduğu görüldü. Bu değerlerin yaş ve PSA sürekli değişken olduğu durumlarda ise 7,939 ($p<0.001$) ve 2,855 ($p=0.014$) olduğu bulundu.

Sonuç:

Prostat kanseri güncel tedavi yaklaşımlarında özellikle düşük riskli hasta grubu için daha konservatif yöntemler tercih edilmektedir. Ancak bu grubun yanlış tanı alma ihtimali veya mevcut hastalığın grade'nin yükselme ihtimali oldukça yüksektir. Çalışmamızda ileri yaş, yüksek PSA ve tanı anında daha düşük ISUP grade grup hastalık bu yükseliş açısından en riskli parametreler olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, ISUP grade yükselişi, PSA, Aktif İzlem



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM | **2025** | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tablo 1

				YAŞ DAĞILI MLARI					
YAŞ	Or t	Std	Ortanca	Min	Max	25p	75 p		
GENEL	64 ,3 2	7,0 5	65	43	84	59	69		
DEĞİŞİM EYENLER	63 ,5 7	7,0 2	64	44	79	59	69		
ARTIŞ OLANLA R	65 ,3 9	6,9 6	66	43	84	60	71		
				PSA DAĞILI MLARI					
PSA (ng/mL)	Or t	Std	Ortanca	Min	Max	25p	75 p		
GENEL	10 ,9 2	10, 51	7,38	0,64	77	5,2 7	12		
DEĞİŞİM EYENLER	10 ,8	10, 76	7,14	0,64	70	5,1 6	11 ,6 5		
ARTIŞ OLANLA R	11 ,0 9	10, 17	7,9	1,36	77	5,6	12 ,7 7		
		GE NE L			DEĞİŞİM EYENLER			ARTIŞ OLANLAR	
	Or t	Std	Ortanca	Ort	Std	Ort anc a	Or t	Std	Ort anc a
PSA (ng/mL)	10 ,9 2	10, 51	7,38	10,8	10,76	7,1 4	11 ,0 9	10,17	7,9
PROSTA T HACMİ (mL)	46 ,7 2	21, 28	42	46,47	22,73	40	47 ,0 9	19,06	43
PSA DANSİTE Sİ	0, 29	0,3 7	0,18	0,3	0,4	0,1 8	0, 27	0,31	0,1 8





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



(ng/mL/ cc)								
PATOLOJİ İ VERİLERİ			ORTALAMA±STAN DARTSAPMA(SD)					
Odak Sayısı			13,55±4,77					
Tümörlü Odak Sayısı			4,93±3,25					
Tümör Pozitif Odak Oranı (%)			38,03±24,4					
Odak Toplam Uzunluk (mm)			188,35±77,4					
Tümörlü Odak Toplam Uzunluk (mm)			22,34±24,42					
Tümör Pozitif Odak Oranı (%)			13,76±14,99					
Rp Sonrası Tümör Yüzdesi (%)			14,8±16,72					
Biyopsi ile Rp Arasında Geçen Süre (gün)			99,08±100,38					
				MpMR Bulgul ar ve Brigant i Skorlar ı				





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PIRADS SKORU		ORTALAMA±STAN DARTSAPMA(SD) VEYA ORTANCA (EN KÜÇÜK-EN BÜYÜK)		LEZYON BOYUTU		ORTALAMA±STAN DARTSAPMA(SD) VEYA ORTANCA (EN KÜÇÜK-EN BÜYÜK)	
GENEL		4 (1-5)		GENEL		13,14±6,31	
DEĞİŞİM EYENLER		4 (1-5)		DEĞİŞİM EYENLER		12,77±6,14	
ARTIŞ OLANLAR		4 (1-5)		ARTIŞ OLANLAR		13,52±6,5	
BRİGANT İ 2012				BRİGANT İ 2017			
GENEL		6,25±11,84		GENEL		10,69±16,01	
DEĞİŞİM EYENLER		6,21±11,15		DEĞİŞİM EYENLER		12,67±16,64	
ARTIŞ OLANLAR		6,3±12,81		ARTIŞ OLANLAR		7,88±14,7	
GENEL							

Yaş, PSA (ng/mL), Prostat hacmi (mL) ve PSA dansitesi (ng/mL/cc), patoloji ve görüntülme verileri (MpMRG & PIRADS);ORTALAMA±STANDARTSAPMA(SD) VEYA ORTANCA (EN KÜÇÜK-EN BÜYÜK) olarak verilmiştir

Tablo 2: Risk Gruplarına Ait Diğer Klinik Veriler

		TÜM GRUPLAR		DEĞİŞMEYENLER		ARTIŞ OLANLAR	P değeri
	n	%	n	%	n	%	
TUŞE BULGUSU							0,597
YOK	368	70,4%	214	69,5%	154	71,6%	
VAR	155	29,6%	94	30,5%	61	28,4%	
ISUP GRADE GRUP TRUS BİYOPSİ							<0,001
1	250	47,8%	110	35,7%	140	65,1%	
2	141	47,8%	91	29,5%	50	23,3%	
3	84	16,1%	69	22,4%	15	7,0%	
4	35	6,7%	25	8,1%	10	4,7%	
5	13	2,5%	13	4,2%	0	0,0%	





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | **25**
KASIM | **2020**
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



PREOP RİSK GRUBU							<0,001
DÜŞÜK	209	40,0%	100	32,5%	109	50,7%	
ORTA	225	43,0%	150	48,7%	75	34,9%	
YÜKSEK	89	17,0%	58	18,8%	31	14,4%	
ISUP GRADE GRUP Rp							<0,001
1	121	23,1%	121	39,3%	0	0,0%	
2	223	42,6%	112	36,4%	111	51,6%	
3	126	24,1%	61	19,8%	65	30,2%	
4	32	6,1%	11	3,6%	21	9,8%	
5	21	4,0%	3	1,0%	18	8,4%	
Son Risk Grubu D'AMICO							
DÜŞÜK	71	13,6%	57	18,5%	14	6,5%	
ORTA	8	1,5%	6	1,9%	2	0,9%	
YÜKSEK	265	50,7%	159	51,6%	106	49,3%	
LOKAL İLERİ	179	34,2%	86	27,9%	93	43,3%	
SAĞ KALIM							0,659
YOK	27	5,2%	17	5,5%	10	4,7%	
VAR	496	94,8%	291	94,5%	205	95,3%	





[PS-148]

Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomu Nedeniyle Radikal Nefroüretarektomi Yapılan Hastalarda Mesane Nüksü ve Sağkalım Üzerinde Etkili Faktörlerin Analizi

Nebil Akdoğan¹, İsmal Önder Yılmaz¹, Mehmet Gürkan Arıkan¹, İliyas Syrymbyek¹, Hüseyin Yüksekayla¹, Mutlu Değer¹, Volkan İzol²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Özel Çukurova Üroloji Merkezi

Amaç: Her ne kadar son yıllarda Üst üriner sistem ürotelyal karsinom (ÜÜSÜK) olgularında düşük risk grubunda böbrek koruyucu yaklaşım tercihi artıyor olsa da, radikal nefroüretarektomi (RNÜ) halen en çok tercih edilen tedavi seçeneğidir. Ancak ÜÜSÜK nedeniyle RNÜ yapılan hastaların önemli bir kısmında mesane tümörü (MT) nüksü gelişmektedir. Bu çalışmada, RNÜ sonrası mesane nüksü gelişimini ve sağkalımı etkileyen klinik, patolojik ve cerrahi faktörlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda, 2005-2024 yıllarında ÜÜSÜK nedeniyle RNÜ uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, tümör özellikleri, cerrahi teknik, adjuvan tedavi durumu ve rekürrensiz sağkalım (RFS) ve genel sağkalım (OS) süreleri kaydedildi. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier yöntemiyle yapıldı, log-rank testi ile karşılaştırmalar gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya 99 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 64.6 ± 10.3 yıl olup %80.8'i erkekti. Ortalama takip süresi 54.8 ± 49.5 ay idi. Bu süreçte 31 hastada (%31.3) mesane nüksü izlendi, nükse kadar geçen ortalama süre 21.9 ± 27.5 ay olarak saptandı. Rekürrensiz sağkalım üzerinde sadece patolojik T evre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,047$) Patolojik T1 hastaların median RFS süresi 78,5 ay, pT3-4 olmakla birlikte pT2 hastaların RFS süresi en düşüktü (23.3 ay). Hastalardan 64'ü (%64.6) kaybedilmiş olmakla birlikte; mesane kanseri öyküsü bulunan ($p=0.001$), klinik T evresi yüksek ($p=0.004$), pT4 ($p=0.002$), cerrahi sınır pozitifliği olan ($p=0.03$), mesane nüksü gelişmemiş ($p<0.001$) ve neoadjuvan tedavi almış ($p=0.021$) hastalarda sağkalım anlamlı derecede düşük bulundu. Detaylar Tablo 2'de yer almaktadır.

Sonuç: Patolojik T2 hastalarda RFS'nin daha düşük, pT3-4'te ise beklenenden daha iyi görünmesi, intravezikal nüksün yalnızca anatomik evreyle açıklanamayacağını düşündürür. İleri evre olgularda sistemik progresyon ve ölüm gibi rekabet eden riskler, mesane içi nüks gözlenmeden önce meydana gelerek nüks sıklığını yapay olarak düşük göstermiş olabilir. Mesane nüksü gelişmeyen hastalarda daha düşük sağkalım, ileri evre veya agresif biyolojiye bağlı sistemik progresyonun mesane içi nüksten önce ortaya çıkması ve böylece intravezikal olay gözlenmeden kötü sonlanım yaşanmasıyla açıklanabilir. Neoadjuvan tedavi alan hastalar genellikle başlangıçta daha yüksek risk/progresif hastalığa sahiptir; bu seçim etkisi ve olası tedaviye direnç, sağkalımı olumsuz yönde etkilemiş olabilir. ÜÜSÜK hastalarında mesane nüksü ve genel sağkalım üzerinde etkili faktörlerin daha yüksek volümlü prospektif ve çok merkezli çalışmalarla valide edilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane nüksü, Nefroüretarektomi, Ürotelyal Karsinom



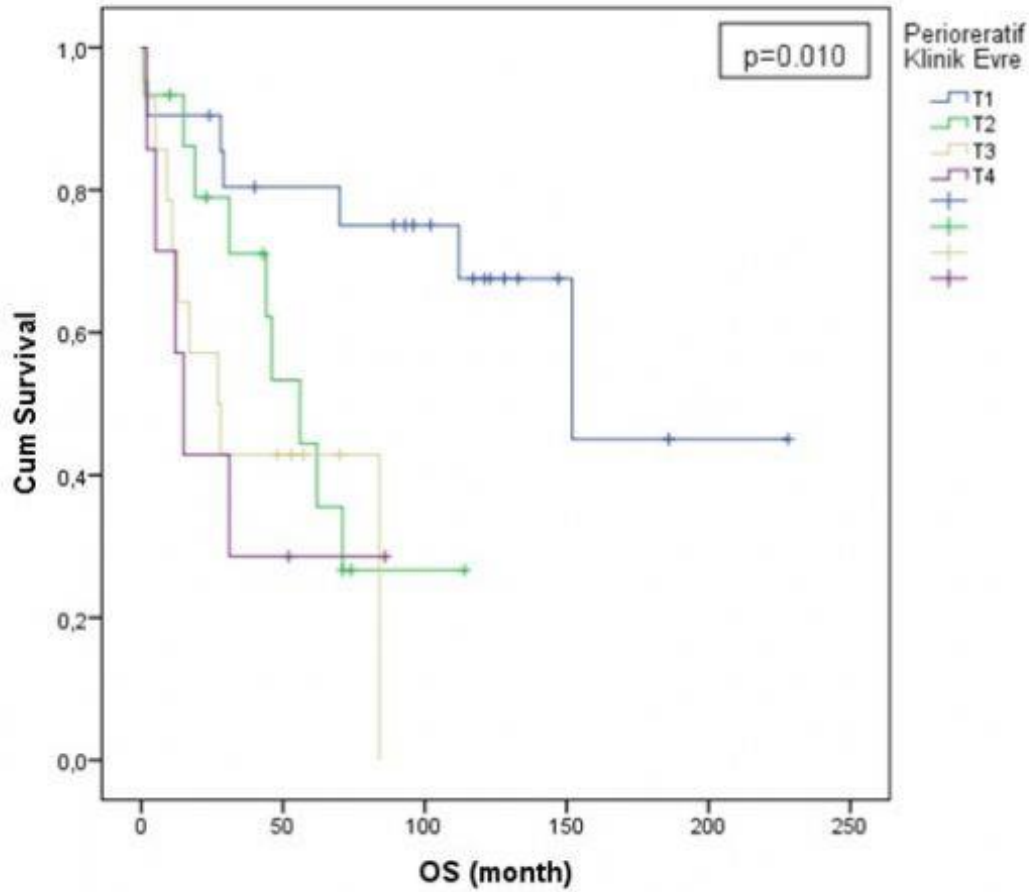


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Perioperatif klinik evrenin sağkalım üzerine etkisi



Demografik ve Klinik veriler

Yaş	64.6±10.3 65.0(38.0-86.0)
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	80(80.8)
Kadın	19(19.2)
BMI	26.6±5.1 26.0(17.2-46.6)
Preop kreatinin	1.1±0.4 1.0(0.6-2.2)
Postop kreatinin	1.4±0.9 1.3(0.7-9.4)
Taraf, n(%)	
Sağ	34(34.3)
Sol	65(65.7)





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Preop dilatasyon, n(%)	46(46.5)
Preop Pelvikaliektazi, n(%)	58(58.6)
Preop lenfnodu tutulumu, n(%)	16(16.2)
URS biyopsi, n(%)	38(38.4)
URS biyopsi malignite, n(%)	32(84.2)
Öncesinde mesane TM, n(%)	20(20.2)
Öncesinde mesane TM tur-m patolojisi, n(%) Ta Tis T1 T2	2(10.0) 1(5.0) 13(70.0) 3(15.0)
Öncesinde mesane TM grade, n(%) LG HG	9(45.0) 11(55.0)
UTUC'a kadar gecen süre(ay)	16.1±23.6 3.0(1.0-77.0)
Perioperatif görüntüleme-tümör boyutu	4.8±3.3 4.3(1.0-15.0)
Perioperatif Klinik Evre T 1 2 3	21(35.6) 16(27.1) 14(23.7)
N Yok Var	20(33.9) 39(66.1)
M	-
Tanısal URS ile RNU arası gecen süre(ay)	2.2±2.1 1.0(1.0-12.0)
Operasyon türü, n(%) Açık Laparoskopik	42(42.4) 57(57.6)
Operasyon süresi(dk)	225.3±76.1 220.0(50.0-470.0)
Spesimende tümör boyutu(mm)	11.9±7.7 12.0(1.0-38.0)
Patolojik Evre-T, n(%) 1 2 3+4	30(30.3) 24(24.2) 44(44.4)



[illegible]

Aksi belirtilmedikçe veriler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan(min-maks) olarak özetlendi.

Klinik faktörlere göre sağkalım analizi

	Genel Sağkalım			Rekürrensiz Sağkalım		
	Total Sayı/Ex	Mean/Median	p	Total Sayı/Nüks	Mean/Median	p
Cinsiyet						
Erkek	79/53	80.6/31.0	0.279	79/27	70.3/70.0	0.115
Kadın	19/11	93.5/62.0		19/4	147.3/-	



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya

Operasyon türü Acık Lap	41/29 57/35	77.4/51.0 78.2/42.0	0.871	41/13 57/18	120.3/- 73.8/91.0	0.542
Preop dilatasyon Yok Var	53/34 45/30	73.3/42.0 88.0/47.0	0.905	53/17 45/14	104.1/116.0 79.9/91.0	0.870
Preop Pelvikaliektazi Yok Var	41/23 57/41	86.9/66.0 75.5/31.0	0.195	41/11 57/20	117.2/116.0 71.8/70.0	0.340
Öncesinde mesane TM Yok Var	78/46 20/18	95.3/66.0 25.2/15.0	0.001	78/20 20/4	101.6/91.0 58.7/-	0.849
Öncesinde mesane TM grade LG HG	9/9 11/9	24.7/15.0 25.6/15.0	0.878	9/2 11/2	39.2/- 64.1/-	0.824
Perioreratif Klinik Evre T 1 2 3+4	21/7 15/9 21/14	152.1/152.0 60.1/56.0 40.8/27.0	0.004	21/14 15/10 21/7	58.9/36.0 20.5/19.0 53.2/-	0.280
N Yok Var	20/7 38/23	119.3/- 92.3/71.0	0.233	20/11 38/20	35.4/36.0 61.8/21.0	0.531
Nefroüretrektomi sonrası IVKT Yok Var	91/60 7/4	79.7/46.0 85.9/17.0	0.778	91/29 7/2	103.2/91.0 34.3/12.0	0.885
Patolojik evre T 1 2 3+4	30/15 23/18 44/31	122.1/112.0 41.7/26.0 58.4/17.0	0.003	30/14 23/10 44/7	78.5/91.0 23.3/21.0 148.8/-	0.047
N Yok Var	32/17 66/47	93.8/51.0 71.2/44.0	0.271	32/11 66/20	87.9/56.0 89.3/116.0	0.582
Histoptoloji tip LG HG Varyant	15/8 72/48 10/8	96.7/56.0 61.9/44.0 57.7/28.0	0.620	15/5 72/24 10/1	102.8/116.0 75.9/91.0 137.1/-	0.263
Cerrahi sınır pozitifliği Yok Var	87/55 11/9	87.0/49.0 32.9/12.0	0.030	87/30 11/1	97.3/91.0 117.4/-	0.271
Nefrouret-N N0 N+	36/22 62/42	87.6/44.0 69.9/46.0	0.346	36/13 62/18	97.5/70.0 87.1/116.0	0.989





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | **20** | Cornelia
KASIM | **25** | Diamond
Otel, Antalya



Primer UTUC sonrası mesane TM gelişimi Yok Var	67/52 31/12	51.4/19.0 148.0/-	<0.001			
Primer UTUC sonrası mesane TUR-M patoloji Ta+Tis T1	14/3 16/8	151.4/- 121.9/70.0	0.094	14/14 16/16	26.3/7.0 18.5/10.0	0.606
Primer UTUC sonrası mesane TUR-M grade LG HG	18/6 13/6	158.4/- 76.7/71.0	0.523	18/18 13/13	25.7/11.0 16.7/9.0	0.464
Neoadjuvan tedavi Yok Var	84/52 14/12	89.1/51.0 33.1/15.0	0.021	84/30 14/1	94.7/91.0 124.9/-	0.103
Adjuvan tedavi Yok Var	90/58 8/6	84.8/46.0 35.9/19.0	0.330	90/30 8/1	100.5/91.0 45.2/-	0.421





[PS-151]

Radikal Sistektomi: Son 15 Yıllık Deneyimimiz

Süleyman Öner, Musa Oflaz, Hazım Alparslan Mazlum, İyimser Üre, Ata Özen
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş

Mesane kanseri, ürolojik maligniteler arasında önemli mortaliteye sahip olup, kas invaziv olgularda radikal sistektomi(RS) küratif tedavinin temelini oluşturmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde RS uygulanan geniş bir hasta grubunun demografik, patolojik ve onkolojik sonuçları paylaşmayı amaçladık.

Materyal ve Metod

2010–2025 yılları arasında kliniğimizde RS yapılan 219 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, cerrahi parametreler, patoloji bulguları, komplikasyonlar ve takip sonuçları değerlendirildi. Komplikasyonlar Clavien–Dindo’ya göre sınıflandırıldı. Onkolojik sonuçlar genel sağkalım (OS) ve kansere özgü sağkalım (CSS) oranları ile analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen toplam 219 hastanın ortalama yaşı $64,6 \pm 8,5$ yıl olup hastaların 185’i(%84.7) erkek 34’ü(%15.3) kadındı. 28(%12.8) hasta cerrahi öncesi neoadjuvan kemoterapi almıştı. Tüm olgular açık radikal sistektomi ile opere edildi. Üriner diversiyon yöntemi olarak 208(%95) hastada ileal loop, 9(%4.1) hastada ortotopik neobladder ve 2(%0,9) hastada kutanöz diversiyon uygulandı. Ortalama operasyon süresi $319,2 \pm 54,2$ dakika, ortalama kan kaybı 830 ± 360 ml olarak kaydedildi. İntraoperatif komplikasyon oranı %14.1 olarak hesaplandı. Bu komplikasyonlar 21(%9.6) hastada intraoperatif kanama, 8(%3,6) hastada rektal yaralanma, 2(%0,09) hastada obturator sinir hasarı ve 2(%0,09) hastada üretra yaralanması olarak görüldü. Perop dönemde 48(%22) hastada transfüzyon gereksinimi gelişti, Çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama $35,8 \pm 15,6$ ’ydı.

Patolojik incelemede pT0: 43(%19.6), pT1: 22(%10.1), pT2: 43(%19.6), pT3: 62(%28.3) ve pT4: 49(%22.4) olgu tespit edildi. Lenf nodu metastazı 81(%37) hastada mevcuttu. Ayrıca 113(%51.5) olguda varyant histopatolojik özellikler saptandı. Cerrahi sınır pozitifliği 26(%11,9) hastada izlendi (Tablo 1).

Postoperatif erken dönemde 65(%30,5) geç dönemde 48(%22) hastada komplikasyon görüldü. Erken dönemde görülen başlıca komplikasyonlar hemoraji, yara yeri enfeksiyonu; geç dönemde üriner sistem enfeksiyonları ve üreteral darlıklardı. Clavien–Dindo sınıflamasına göre komplikasyonların %34,7’si evre I–II, %16,8’i ise $\geq$ III derecesindeydi. Ortalama yatış süresi $18 \pm 7,2$ gün olarak kaydedildi.

Onkolojik takipte ortalama süre $28 \pm 34,8$ aydı. 65(%29,) hasta adjuvan kemoterapi aldı. Takip boyunca 14(%11.2) hastada tümör nüksü gelişti. 1 yıllık OS %84,6, 5 yıllık OS %64,4 olarak bulundu. 5 yıllık CSS oranı ise %84,6 idi (Tablo 2).

Sonuç

RS serimiz, görece yüksek hasta sayısı ve artan cerrahi tecrübeyle elde edilen sonuçların güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Deneyim ve hasta hacmi hem onkolojik kontrolün hem de komplikasyon yönetiminin başarısında temel belirleyici faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, Radikal Sistektomi, Üriner Diversiyon

Tablo 1

Patolojik evre (pT0 / pT1 / pT2 / pT3 / pT4)	43 / 22 / 43 / 62 / 49
Lenf nodu metastazı (+)	81 (%37.0)



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Tümör grade (low / high)	51 (%24) / 168 (%76)
Varyant histopatoloji (%)	113 (%51.5)
Pozitif cerrahi sınır (%)	26 (%11.9)

Patoloji verileri

Tablo 2

Ortalama takip süresi (ay)	28 ± 34.8
Adjuvan KT İhtiyacı (%)	65(%29.7)
Nüks (%)	14 (11.2%)
1 yıllık OS (%)	84,6
5 yıllık OS (%)	64,4
5 yıllık CSS (%)	84,6

Onkolojik Sonuçlar





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-152]

Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Partnerlerde FSFI Değerlendirilmesi

Cemil Aydın, Metin Kızgın, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Ahmet Taşcı, Alpkon Torun, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Prostat kanseri (PKa) erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanserdir. 2020 yılında dünya genelinde yaklaşık 1.4 milyon kişiye tanı konulmuştur. Radikal prostatektomi, prostat kanserinin tedavisinde etkili olmakla birlikte erektil disfonksiyon ve inkontinans gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonrası hem hastaların erektil fonksiyonlarının hem de partnerlerinin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Nisan 2021-Temmuz 2025 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle LRP yapılan 61 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, perioperatif ve postoperatif sonuçlar değerlendirildi. Erektil fonksiyon için IIEF, partnerlerin cinsel fonksiyonları için FSFI anketi uygulandı. Tüm veriler retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,7 (49-78), ortalama prostat hacmi 57,3 mL, ortalama BMI 27,4 (19-36) idi. Ortalama operasyon süresi 160.9±21 dk, ortalama vezikoüretrostomi süresi 25,4 dk, ortalama kan kaybı 220±110 mL idi. Postop ortalama yatış süresi 5,5 gün, sonda çekilme süresi 10,6 gün olarak bulundu.(Tablo-1)

Erektil disfonksiyon oranı %80, nörovasküler demet(NVB) korunan grupta IIEF ortalaması 21, NVB korunmayanlarda 9,7 idi. Partnerlerde FSFI ortalaması 8,04 bulundu. NVB korunan grupta FSFI 19,9 iken, korunmayanlarda 4,02 idi.(Tablo-2)

Sonuç:Laparoskopik radikal prostatektomi öğrenim eğrisi yüksek ve deneyim gerektiren bir prosedürdür. Postoperatif komplikasyonlardan en önemlisi erektil disfonksiyondur. Literatürde sinir koruyucu cerrahinin erektil fonksiyonun korunmasında büyük önem taşıdığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda da NVB korunan grupta hem erektil fonksiyonun hem de partnerlerde cinsel fonksiyonun daha iyi olduğu görülmüştür(p=0.01). Bu bulgular çiftlerin yaşam kalitesi üzerinde cerrahinin doğrudan etkisini göstermektedir.

Laparoskopik radikal prostatektomi, teknik olarak zorlu ve komplikasyon riski olan bir prosedürdür. Çalışmamızda, sinir koruyucu cerrahinin uygulanmasının hem hastalarda ereksiyonun korunmasında hem de partnerlerde cinsel fonksiyonun devamlılığında kritik öneme sahip olduğu gösterilmiştir. Cerrahi planlamada bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Onkolojik ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi, postoperatif hasta takibinde temel prensiptir.

Anahtar Kelimeler: FSFI, laparoskopi, prostat kanseri



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



tablo 1

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Operatif Özellikleri

Değişken	Sonuç
Yaş ortalaması	65,7 (49–78)
Prostat hacmi (mL)	57,3 (20–155)
BMI	27,4 (19–36)
Operasyon süresi (dk)	160.9±21
Kan kaybı (mL)	220±110
Yatış süresi (gün)	5,5
Sonda çekilme süresi (gün)	10,6
Dren çekilme süresi (gün)	6,3

tablo1

tablo 2

Tablo 2. Fonksiyonel Sonuçlar

Fonksiyonel Parametre	Sonuç
Preop IIEF ortalaması	19,8 (6–30)
Postop IIEF ortalaması	9,7 (2–26)
Eretil disfonksiyon oranı	%80
NVB korunarlarda IIEF	21 (15–26)
Partnerlerde FSFI ortalaması	8,04 (2,4–26,1)
NVB korunarlarda FSFI	19,9 (16,3–26,1)
NVB korunmayanlarda FSFI	4,02 (2,4–6,8)

tablo 2



[PS-153]

Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Fonksiyonel Sonuçların Değerlendirilmesi

Cemil Aydın, Mustafa Serdar Çağlayan, Abdullah Çolaker, Musa Ekici, Ahmet Taşcı, Alpkon Torun, Metin Kızgın, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Prostat kanseri (PKa) erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanserdir. 2020 yılında dünya genelinde yaklaşık 1.4 milyon kişiye tanı konulmuştur. Radikal prostatektomi, prostat kanserinin tedavisinde etkili olmakla birlikte erektil disfonksiyon ve inkontinans gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonrası hastalarda erektil fonksiyon ve kontinans durumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Nisan 2021-Temmuz 2025 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle LRP yapılan 61 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, perioperatif ve postoperatif sonuçlar değerlendirildi. Erektil fonksiyon için IIEF-5 anketi uygulandı. Kontinans değerlendirmesinde postop 1., 3. ve 9. aylar ele alındı. Günde 1 ped ve daha az idrar kaçırmaya olan hastalar kontinans kabul edildi. Tüm veriler retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,7 (49-78), ortalama prostat hacmi 57,3 mL, ortalama BMI 27,4 (19-36) idi. Ortalama operasyon süresi 160,9±21 dk, ortalama veziköüretrostomi süresi 30,4 dk, ortalama kan kaybı 220±110 mL idi. Postop ortalama yatış süresi 4,5 gün, sonda çekilme süresi 11,6 gün olarak bulundu (Tablo-1). Taburculuk sonrası takipte erektil disfonksiyon oranı %80, Nörovasküler demet (NVB) korunan grupta IIEF ortalaması 21, NVB korunmayanlarda 9,7 idi.

Postop 9. ayda kontinans oranı %82, preop kontinansı tam olanlarda ise %90 idi (Tablo-2).

Sonuç Laparoskopik radikal prostatektomi öğrenim eğrisi yüksek ve deneyim gerektiren bir prosedürdür. Postoperatif komplikasyonlardan en önemlileri inkontinans ve erektil disfonksiyondur. Literatürde sinir koruyucu cerrahinin erektil fonksiyonun korunmasında büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Tsui ve ark. 431 hasta serili çalışmasında sinir koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda hem ereksiyon hem kontinansın daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da NVB korunan grupta erektil fonksiyonun daha iyi olduğu görülmüştür (p=0.01). Postprostatektomi inkontinansda cerrahi dışı tedavilerle %90'ları bulan kontinans oranları literatürde bildirilmektedir, çalışmamızdaki kontinans hasta oranı literatür ile benzerdir.

Laparoskopik radikal prostatektomi, teknik olarak zorlu ve komplikasyon riski olan bir prosedürdür. Çalışmamızda, sinir koruyucu cerrahinin uygulanmasının hastalarda ereksiyonun korunmasında kritik öneme sahip olduğu gösterilmiştir. Cerrahi planlamada bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Postprostatektomi inkontinansda cerrahi dışı tedaviler ile hastaların büyük çoğunluğunda kontinans sağlanabilmektedir.

Cerrahi sonrası yakın hasta takibi onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar ve de yaşam kalitesi (QoL) için kritik önem arz eder.

Anahtar Kelimeler: kontinans, potens, prostat kanseri



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



tablo 1

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Operatif Özellikleri

Değişken	Sonuç
Yaş ortalaması	65,7 (49–78)
Prostat hacmi (mL)	57,3 (20–155)
BMI	27,4 (19–36)
Operasyon süresi (dk)	160.9±21
Kan kaybı (mL)	220±110
Yatış süresi (gün)	5,5
Sonda çekilme süresi (gün)	10,6
Dren çekilme süresi (gün)	6,3

tablo 1

tablo 2

Tablo 2. Fonksiyonel Sonuçlar

Fonksiyonel Parametre	Sonuç
Preop IIEF ortalaması	19,8 (6–30)
Postop IIEF ortalaması	9,7 (2–26)
Eretil disfonksiyon oranı	%80
NVB korunarlarda IIEF	21 (15–26)
Kontinans 1. ay	%23
Kontinans 3. ay	%65
Kontinans 9. ay	%82 (preop inkontinansı olmayanlarda %90)

tablo 2



[PS-154]

Parsiyel Nefrektomi Yapılan Hastalarda Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Nüks Etkisi

Cemil Aydın, Metin Kızgın, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Ahmet Taşçı, Alpkon Torun, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

Giriş: Böbrek kanserlerinin tedavisinde parsiyel nefrektomi (PN), hastaların böbrek fonksiyonlarını korumak ve ileri dönemde gelişebilecek kronik böbrek hastalığını önlemek amacıyla günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır. Çalışmamızda PN uygulanan hastalarda cerrahi sınır pozitifliğinin nüks etkisini değerlendirdik.

Gereç-Yöntem: Kasım 2019 ve Temmuz 2025 tarihleri arasında hastanemizde PN uygulanan 71 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, RENAL ve ZONAL nefrometri skorları değerlendirildi.

Bulgular: Tablo 1’de hastaların demografik özellikleri gösterilmiştir. Hastaların 36’sına transperitoneal laparoskopik PN(LPN), 35’ine açık PN(APN) uygulandı. Patolojik incelemede 14 hastada(%19,7) benign, 36 hastada(%50,7) berrak hücreli, 11 hastada(%15,4) papiller tip ve 9 hastada(%12,6) kromofob tip RCC saptandı. Beş hastada cerrahi sınır pozitif(CSP) bulundu. Hastaların ortalama tümör boyutu 39,4 mm(35-53), ortalama RENAL nefrometri skoru 8 (5-10) ve ortalama ZONAL nefrometri skoru 7,6 (5-9) idi. CSP saptanan hastaların takibinde nüks izlenmedi. Buna karşın cerrahi sınır negatif olan bir hastada lokal nüks nedeniyle radikal nefrektomi(RN) uygulandı, bir diğer hastada ise karşı böbrekte nüks nedeniyle karşı böbreğe RN yapıldı. **Tartışma:** PN, küçük ve lokalize böbrek tümörlerinde günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır. PN böbrek fonksiyonlarının korunmasına önemli katkı sağlasa da, rezeksiyon hattında tümör hücrelerinin kalmasına bağlı olarak CSP riski taşımaktadır. CSP sıklığı literatürde %0 ile %11 arasında değişmektedir ve cerrahin deneyimi, tümörün boyutu, lokalizasyonu ve nefrometri skorları ile yakından ilişkilidir. Bizim serimizde CSP oranı %7 civarında saptanmıştır. CSP saptanan hastaların hiçbirinde takip süresince nüks görülmemiştir. Bu durum, cerrahi sınır pozitifliğinin her zaman biyolojik olarak aktif tümör hücrelerinin kaldığını göstermediğini, bazen artefakt veya minimal rezidüel dokuya bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Bazı çalışmalarda CSP ile lokal nüks arasında güçlü bir ilişki bulunurken, diğer çalışmalarda CSP’nin tek başına prognozu belirlemede yetersiz olduğu bildirilmiştir. Günlüsoy ve ark., CSP saptanan hastaların yakın takiple izlenebileceğini ve hemen radikal nefrektomi yapılmasının gerekli olmadığını vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda da CSP saptanan hastaların izleminde ek tedavi gereksinimi olmamış ve nüks izlenmemiştir. Buna karşılık, CSP negatif olmasına rağmen bir hastada lokal nüks gelişmiş ve radikal nefrektomi uygulanmıştır. Bu bulgu, CSP’nin her zaman tek başına klinik gidişatı öngörmeye yeterli olmadığını ortaya koymaktadır.

Sonuç: Sonuç olarak, PN sonrası cerrahi sınır pozitifliği saptanan hastalarda yönetim tartışmalıdır. Ancak mevcut literatür ve bizim deneyimimiz, bu hastaların yakın klinik ve radyolojik takip ile izlenmesinin çoğu durumda yeterli olduğunu göstermektedir. RN, yalnızca tekrarlayan nüks veya klinik olarak önemli progresyon varlığında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Tümörü, Parsiyel Nefrektomi, Cerrahi Sınır Pozitifliği

Tablo 1

Özellik	Değer
Hasta sayısı (n)	71



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Kadın	29
Erkek	42
Ortalama yaş	62,7 (44-82)
Ortalama BMI	29,37
Hipertansiyon	38
Sigara kullanıcısı	30
Ortalama preop Hb	13,7
Ortalama postop Hb	12,7
Ortalama tümör boyutu (mm)	34,2 (17-55)
RENAL nefrometri skoru (ortalama)	6,4 ± 1,83
Benign	14 (%19,7)
Clear cell RCC	36 (%50,7)
Papiller RCC	11 (%15,4)
Kromofob RCC	9 (%12,6)
Ortalama sıcak iskemi süresi (dk)	17,30 ± 4,8
Ortalama ameliyat süresi (dk)	94,52 ± 32,3
Yatış süresi (gün)	6,95 (4-14)
Komplikasyon Clavien 1-2	5
Komplikasyon Clavien 3	2
Takip süresi (ay, ortanca)	18 (3-44)

Tüm hastaların demografik ve operatif verileri





[PS-154]

Parsiyel Nefrektomi Yapılan Hastalarda Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Nüks Etkisi

Cemil Aydın, Metin Kızgın, Mustafa Serdar Çağlayan, Musa Ekici, Ahmet Taşçı, Alpkon Torun, Abdullah Çolaker, Mehmet Murat Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

Giriş: Böbrek kanserlerinin tedavisinde parsiyel nefrektomi (PN), hastaların böbrek fonksiyonlarını korumak ve ileri dönemde gelişebilecek kronik böbrek hastalığını önlemek amacıyla günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır. Çalışmamızda PN uygulanan hastalarda cerrahi sınır pozitifliğinin nüks etkisini değerlendirdik.

Gereç-Yöntem: Kasım 2019 ve Temmuz 2025 tarihleri arasında hastanemizde PN uygulanan 71 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, RENAL ve ZONAL nefrometri skorları değerlendirildi.

Bulgular: Tablo 1’de hastaların demografik özellikleri gösterilmiştir. Hastaların 36’sına transperitoneal laparoskopik PN(LPN), 35’ine açık PN(APN) uygulandı. Patolojik incelemede 14 hastada(%19,7) benign, 36 hastada(%50,7) berrak hücreli, 11 hastada(%15,4) papiller tip ve 9 hastada(%12,6) kromofob tip RCC saptandı. Beş hastada cerrahi sınır pozitif(CSP) bulundu. Hastaların ortalama tümör boyutu 39,4 mm(35-53), ortalama RENAL nefrometri skoru 8 (5-10) ve ortalama ZONAL nefrometri skoru 7,6 (5-9) idi. CSP saptanan hastaların takibinde nüks izlenmedi. Buna karşın cerrahi sınır negatif olan bir hastada lokal nüks nedeniyle radikal nefrektomi(RN) uygulandı, bir diğer hastada ise karşı böbrekte nüks nedeniyle karşı böbreğe RN yapıldı. **Tartışma:** PN, küçük ve lokalize böbrek tümörlerinde günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır. PN böbrek fonksiyonlarının korunmasına önemli katkı sağlasa da, rezeksiyon hattında tümör hücrelerinin kalmasına bağlı olarak CSP riski taşımaktadır. CSP sıklığı literatürde %0 ile %11 arasında değişmektedir ve cerrahin deneyimi, tümörün boyutu, lokalizasyonu ve nefrometri skorları ile yakından ilişkilidir. Bizim serimizde CSP oranı %7 civarında saptanmıştır. CSP saptanan hastaların hiçbirinde takip süresince nüks görülmemiştir. Bu durum, cerrahi sınır pozitifliğinin her zaman biyolojik olarak aktif tümör hücrelerinin kaldığını göstermediğini, bazen artefakt veya minimal rezidüel dokuya bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Bazı çalışmalarda CSP ile lokal nüks arasında güçlü bir ilişki bulunurken, diğer çalışmalarda CSP’nin tek başına prognozu belirlemede yetersiz olduğu bildirilmiştir. Günlüsoy ve ark., CSP saptanan hastaların yakın takiple izlenebileceğini ve hemen radikal nefrektomi yapılmasının gerekli olmadığını vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda da CSP saptanan hastaların izleminde ek tedavi gereksinimi olmamış ve nüks izlenmemiştir. Buna karşılık, CSP negatif olmasına rağmen bir hastada lokal nüks gelişmiş ve radikal nefrektomi uygulanmıştır. Bu bulgu, CSP’nin her zaman tek başına klinik gidişatı öngörmeye yeterli olmadığını ortaya koymaktadır.

Sonuç: Sonuç olarak, PN sonrası cerrahi sınır pozitifliği saptanan hastalarda yönetim tartışmalıdır. Ancak mevcut literatür ve bizim deneyimimiz, bu hastaların yakın klinik ve radyolojik takip ile izlenmesinin çoğu durumda yeterli olduğunu göstermektedir. RN, yalnızca tekrarlayan nüks veya klinik olarak önemli progresyon varlığında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Tümörü, Parsiyel Nefrektomi, Cerrahi Sınır Pozitifliği

Tablo 1

Özellik	Değer
Hasta sayısı (n)	71



17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 20
KASIM 25 Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Kadın	29
Erkek	42
Ortalama yaş	62,7 (44-82)
Ortalama BMI	29,37
Hipertansiyon	38
Sigara kullanıcısı	30
Ortalama preop Hb	13,7
Ortalama postop Hb	12,7
Ortalama tümör boyutu (mm)	34,2 (17-55)
RENAL nefrometri skoru (ortalama)	6,4 ± 1,83
Benign	14 (%19,7)
Clear cell RCC	36 (%50,7)
Papiller RCC	11 (%15,4)
Kromofob RCC	9 (%12,6)
Ortalama sıcak iskemi süresi (dk)	17,30 ± 4,8
Ortalama ameliyat süresi (dk)	94,52 ± 32,3
Yatış süresi (gün)	6,95 (4-14)
Komplikasyon Clavien 1-2	5
Komplikasyon Clavien 3	2
Takip süresi (ay, ortanca)	18 (3-44)

Tüm hastaların demografik ve operatif verileri





[PS-155]

Kistik Böbrek Tümörü Sebebiyle Parsiyel/Radikal Nefrektomi Yapılan Hastaların Uzun Dönem Sonuçları

Enes Abdullah Baynal, Engin Telli, Kutlucan Çakmak, Anıl Dağdır, Ali Ordu, Önder Kara
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç:

Bu çalışmanın amacı, radyolojik olarak kistik özellik gösteren böbrek kitleleri nedeniyle opere edilen hastalarda histopatolojik bulguların ve yüksek dereceli hastalık gelişimi ile ilişkili olası klinik ve radyolojik faktörlerin değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem:

2007-2025 yılları arasında kliniğimizde nefrektomi uygulanan 836 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Radyolojik incelemelerinde kistik özellik gösteren 85 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Olguların klinik ve radyolojik bulguları ile histopatolojik sonuçları karşılaştırılarak yüksek dereceli tümör varlığı ile ilişkili faktörler analiz edildi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 85 hastanın medyan yaşı 53 (IQR: 41,5-59,5) olup, olguların %51,8'i erkekti. Ortalama vücut kitle indeksi $28,4 \pm 3,9$ kg/m², medyan Charlson komorbidite indeksi ise 1 (0-4) olarak hesaplandı. Hastaların %22,4'ünde diyabet, %28,2'sinde hipertansiyon, %22,4'ünde ise sigara öyküsü mevcuttu.

Preoperatif değerlendirmede medyan tümör boyutu 4,2 cm (3-6), medyan eGFR 91 (78,5-100) idi. Bosniak sınıflamasına göre olguların %31,8'i tip III, %67,1'i tip IV olarak değerlendirildi. Klinik evrelemede ise en sık T1a (%48,2) ve T1b (%35,3) evre tümörler saptandı.

Cerrahi tedavi açısından hastaların %52,9'una radikal, %47,1'ine parsiyel nefrektomi uygulanmış olup, cerrahi yaklaşım olarak %72,9 oranında açık, %27,1 oranında laparoskopik yöntem tercih edildi. Medyan operasyon süresi 180 dakika (150-200) ve medyan kan kaybı 300 ml (175-400) idi.

Patolojik incelemede tümörlerin %80'i malign, %20'si benign olarak raporlandı. Malign olgular içerisinde en sık histolojik alt tip berrak hücreli renal hücreli karsinom (%88,2) olup, olguların büyük çoğunluğunda düşük dereceli tümör (Fuhrman/ISUP evre 1-2; %95,3) izlendi. Radyolojik olarak kistik izlenen olguların yalnızca 3'ünde (%3,5) patolojide multiloküler kistik renal hücreli karsinom saptandı. Sadece bir hastada (%1,4) pozitif cerrahi sınır raporlandı.

Takip süresi değerlendirildiğinde, medyan takip süresi hastalıksız sağkalım için 70,9 ay olup, hastalıksız sağkalım oranı %100 olarak bulundu. Genel sağkalımda ise medyan takip süresi 89,8 ay olup, genel sağkalım oranı %96,4 olarak hesaplandı.

Sonuç:

Çalışmamız, radyolojik olarak kistik olarak tanımlanan böbrek lezyonlarının çoğunluğunun düşük dereceli tümörlerden oluştuğunu ve uzun dönem takipte metastaz veya kanser kaynaklı ölüm görülmediğini göstermektedir. Radyolojik olarak kistik izlenen olguların patolojide gerçek kistik alt tiplerle örtüşme oranı düşük olmakla birlikte, yüksek dereceli tümörlerin oranı sınırlıdır. Bu bulgular, özellikle iyi seçilmiş olgularda, kistik böbrek tümörlerinin cerrahi yerine dikkatle planlanmış aktif izlem ile güvenle takip edilebileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bosniak sınıflaması, Kistik böbrek tümörleri, Nefrektomi



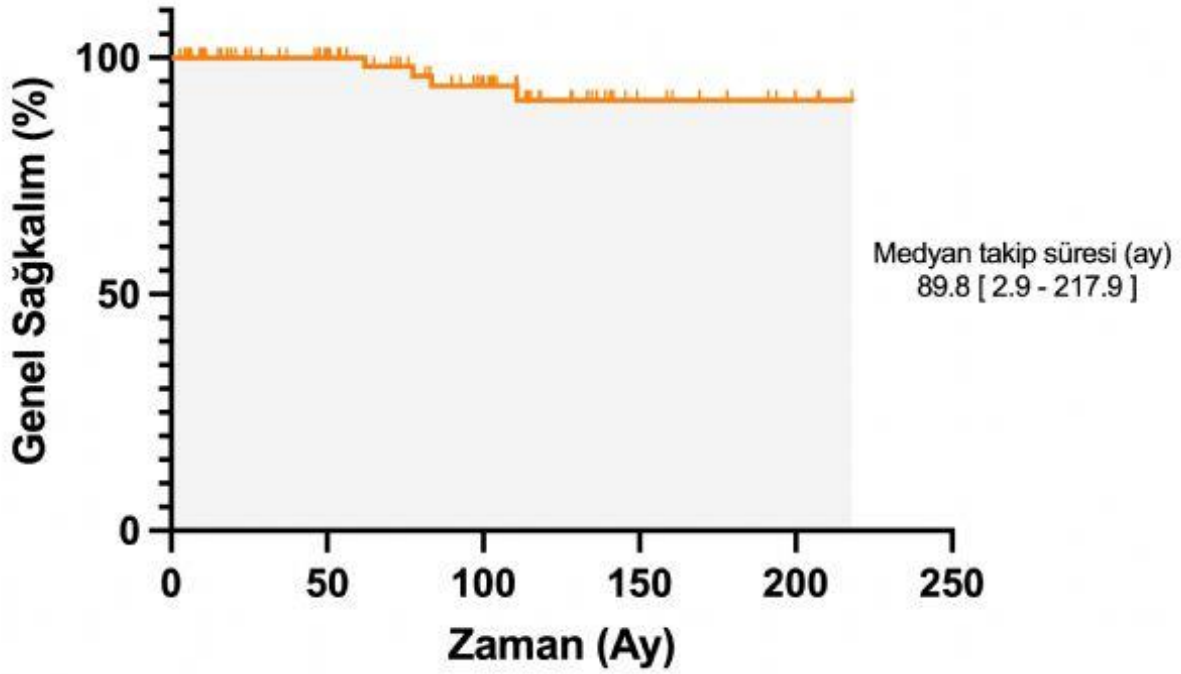


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Genel Sağkalım



Genel sağkalım tablosu





[PS-157]

Fertil Kadın Hastada Postpartum Dönemde Gelişen Kas İnvaziv Mesane Kanserine Robotik Genital-Organ Koruyucu Yaklaşım

Çağrı Akpınar, Abdurrahman Jafarov, Emre Erdem, Ahmet Furkan Özsoy, Muhammed Arif İbiş, Ömer Gülpınar, Evren Süer
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Bu video bildiride, postpartum dönemde makroskopik hematüri ile araştırılan 42 yaşındaki kadın hastada tanı konulan kas invaziv mesane tümörüne uygulanan robotik organ koruyucu radikal sistektomi cerrahisini ve bu nadir olguda genital organ koruyucu yaklaşımın uygulanabilirliğini vurgulamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

43 yaşında kadın hasta, sezaryen sonrası gelişen tekrarlayan makroskopik hematüri nedeniyle dış merkezde araştırılmış ve tarafımıza başvurmuştur. Şikayetleri devam eden hastanın sağ böbrekte grade 3 hidroüreteronefroz ve mesanede sağ orifis çevresinde 3 cm çapında papiller lezyon saptanması üzerine hastaya TUR-MT uygulandı. Patoloji sonucu, T2 yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak raporlanmış ve FDG-PET görüntülemeye lenf nodu tutulumu veya uzak metastaz izlenmemiştir. Ardından 4 kür neoadjuvan gemcitabin-sisplatin kemoterapi uygulanmıştır. Fertilitate isteği bulunan hastaya, genital organ koruyucu robotik radikal sistektomi, bilateral genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu ve ortotopik neobladder rekonstrüksiyonu planlanmıştır. Uygun port yerleşimini takiben hasta Trendelenburg pozisyonuna alındı ve docking gerçekleştirildi. Her iki üreter, mümkün olan en proksimal ve distal düzeylere kadar diseke edilip en distalde klipslenerek kesildi. Her iki tarafta broad ligaman ve ligamentum suspansorum ovarii korunacak şekilde mesane lateralinde periton insizyonu gerçekleştirildi. Askı ligamanları intakt bırakılarak, lateralde mesane pediküllerinin hemostazı sağlandı ve sinir koruyucu diseksiyon tamamlandı. Vajene yerleştirilen tampon yardımıyla, vajen ön duvarı ile mesane arka duvarı arasında, vajen bütünlüğü korunarak diseksiyon sağlandı. Ardından posterior serbestlemenin tamamlanmasını takiben, mesanenin anterior hattına geçildi. Membranöz üretra mümkün olduğunca uzun bırakılacak şekilde serbestlendi ve kesildi. Ardından bilateral standart pelvik lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi. Neobladder için uygun barsak segmenti sağlanarak anastomoze edildi. Bileteral üreterler Bricker yöntemi ile anastomoze edildi.

Bulgular:

Konsol süresi 285 dakika ve perioperatif kanama miktarı 120 cc idi. Postoperatif 1. gün gaz çıkışı, 3. gün gaita çıkışı gerçekleşti. Üretral dren 3. günde, abdominal dren 5. günde çıkarıldı ve postoperatif 6. günde taburcu edildi. Loop içerisindeki foley sonda 10. Günde, fedingler 20 ve 21. günlerde çekildi. Patoloji sonucu T0N0, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlanmış olan hastanın postoperatif 6. Ay kontrolünde fonksiyonel ve onkolojik açıdan anomali ya da metastaz saptanmadı.

Sonuç:

Kas invaziv mesane kanseri, bu yaş grubunda çoğu zaman beklenmez ve semptomların postpartum dönemle ilişkilendirilmesi tanıda gecikmelere yol açabilir. Fertilitate beklentisi olan genç kadın hastalarda genital organ koruyucu sistektomi ve ortotopik neobladder, dikkatli seçilmiş vakalarda güvenle uygulanabilir ve fonksiyonel sonuçlarla birlikte onkolojik başarı da sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: neobladder, organ koruyucu sistektomi, mesane kanseri





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-159]

Robot Yardımlı Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu: Testis Kanserinde Minimal İnvaziv Yaklaşım

Bülent Önal¹, Ahmet Vural¹, Uğur Aferin²

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

²T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND), evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörler (NSGCT) için birinci basamak tedavi olarak ve kemoterapi sonrası rezidüel kitle varlığında uygulanabilir. Açık RPLND (A-RPLND) uzun zamandır standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir ancak son yıllarda Robotik RPLND (R-RPLND)'ye olan ilgi giderek artmaktadır. Üstün hareket becerisi yanında iyi görüntü sağlaması ve A-RPLND'ye kıyasla daha düşük morbiditeye sahip olması nedeni ile güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Bu video sunumuzda, 38 yaşında bir erkek hastada gerçekleştirdiğimiz R-RPLND operasyonumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Sol testiste mixt germ hücreli tümör (%40 seminom, %60 teratom) anamnezi olan 38 yaşında erkek hasta 3 kür BEP tedavisi sonrası sebat eden sol retroperitoneal kitle nedeni ile tarafımıza yönlendirildi. Çekilen torakoabdominal BT'de sol paraaortik alanda 3x4 cm boyutlarında metastatik LAP görüldü. Tümör belirtileri normal sınırlarda olan hasta için R-RPLND operasyonu kararı alındı. Hasta supin pozisyonda yatırıldıktan sonra umblikusun 5 cm inferiorundan 8 mm robotik trokar açık teknik ile batın içerisine girildi. Pnömooperitoneum sağlandıktan sonra diğer 3 adet robotik 8 mm trokar direk görüş altında düz bir hat şeklinde batın içerisinde girildi. 12 mm asistans portu da sağ yandaki iki robotik trokarın ortasına denk gelecek şekilde yaklaşık 5 cm inferiordan batın içerisine yerleştirildi. Operasyon da Vinci XI sistem ile gerçekleştirildi. Pozisyonun supin şekilde modifiye edilmesi ve da Vinci XI sistemi sayesinde hem bilateral RPLND için hem de spermatik kordun eksizyonu için robotik sistemin yeniden dock edilmesi gerekmedi.

Sonuç: R-RPLND, üstün hareket becerisi yanında iyi bir görüntü sağlaması ve A-RPLND'ye kıyasla daha düşük morbiditeye sahip olması nedeni ile güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Robotik teknolojilerdeki gelişmeler ve hasta pozisyonundaki modifikasyonlar sayesinde hastayı yeniden konumlandırmaya veya robotu yeniden yerleştirmeye gerek kalmadan tam bilateral diseksiyon ve spermatik kord eksizyonu gerçekleştirilebilmektedir.

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





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-161]

Geçirilmiş Major Batın Cerrahisi Sonrası Minimal İnvaziv Sağ Radikal Nefrektomi ve Tümör Trombektomi

Murat Gülşen¹, İsmail Özer Öztemel¹, Murat Işıtan¹, Nihat Can Kurt¹, Mehmet Necmettin Mercimek², Ender Özden¹

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

²Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Bu videoda geçirilmiş radikal batın cerrahisi öyküsü olan genç hastadaki Sağ radikal nefrektomi ve tümör trombektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 46 yaşındaki kadın hasta 2023 yılında başka bir merkezde evre 4 taşlı yüzük hücreli mide adenokarsinomu subtotal gastrektomi ve transvers kolektomi operasyonu geçirmiş ve sonrasında adjuvan kemoterapi almış.

Takiplerinde Ocak 2025'te makroskopik hematürisi olması üzerine yapılan görüntülemelerde sağ böbrekte infiltratif kitle, tümör trombüsü ve peritonda şüpheli implantlar izlenmiş. Sağ böbreğe ürotelyal karsinom şüphesi ile tanısal üreterorenoskopi yapılmış ancak tümör saptanmamış. Sol böbrekte de hidronefroz saptanması üzerine sol DJ stent yerleştirilmiş. İmplantlardan alınan biyopsi sonucunda malignite saptanmamış ve böbrek biyopsisi renal hücreli karsinom (RHK) olarak saptanmış. Yapılan güncel BT'de sağ renal vende vena kavaya açıldığı düzeyde level 1 tümör trombüsü saptanan hastaya sağ radikal nefrektomi planlandı.

Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta postoperatif 2.gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu şeffaf hücreli RHK, WHO/ISUP grade 4, pT3a, R0 olarak raporlandı. Genetik konsültasyonu istenen hastanın 3.ay kontrol görüntülemesinde patoloji saptanmadı.

Sonuç: Minimal invaziv yaklaşımlar, geçirilmiş major batın cerrahisi öyküsü olan olgularda dahi yoğun adezyonların uygun teknikler ile güvenle aşılmasını ve ileri evre renal hücreli karsinomlarda onkolojik prensiplerden taviz vermeden cerrahi uygulanmasını mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: böbrek tümörü, renal hücreli karsinom, tümör trombüsü, laparoskopi





[PS-162]

Pelvik Radyoterapi Öykülü Hastada Robotik Radikal Sistektomi; ICG Destekli Üreteral Perfüzyon Değerlendirmesi ile Optimal Anastomoz Yaklaşımı

Çağrı Akpınar, Timur Kürşad Ülgen, Araz Musayev, Elif İpek Aksoy, Mehmet Erol Maraş, Atakhan Musayev, Ömer Gülpınar, Evren Sür
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Prostat kanserine sekonder pelvik radyoterapi öyküsü bulunan ve takiplerinde varyant histolojiye sahip mesane kanseri saptanan hastada, gerçekleştirilen robotik radikal sistektomi (RRS) operasyonunu ve intraoperatif olarak üreterlerin kanlanma durumunu değerlendirmek amacıyla indosiyanin yeşili (ICG) kullanılan cerrahi tedaviyi sunmak

Olgu:

Kliniğimize, makroskopik hematüri olmaksızın, izole alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile başvuran 67 yaşındaki erkek hastanın ultrasonografisinde mesane trigonda 2.5 cm boyutunda solid kitle saptanması üzerine hastaya evreleme ve ardından TUR-MT işlemi uygulandı. Patolojik inceleme, sarkomatoid diferansiyasyon gösteren pT1 yüksek dereceli transizyonel hücreli ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Bir ay sonra gerçekleştirilen re-TUR-MT işleminin patolojisi benign olarak sonuçlandı. FDG PET/BT incelemesinde metastazla uyumlu bulgu saptanmadı. Hastanın ameliyat öncesi PSA değeri 0,01 ng/mL idi.

Cerrahi Yöntem: Trendelenburg pozisyonunda robotik port yerleşimini takiben her iki üreter, uygun disseksiyon ile en distalden kliplenerek kesildi. Posterior disseksiyon sırasında pelvik radyoterapiye rağmen anatomik yapıların korunduğu gözlemlendi. Ardından anterior disseksiyon sağlanarak üretrovezikal bileşkeden uygun kesi sağlanarak spesmen endobage alındı. Ardından bilateral lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Uygun ileum segmenti belirlenerek bağırsak devamlılığı robotik stapler ile sağlandı. Bu aşamada intravenöz indosiyanin yeşili (ICG) verilerek her iki üreterin kanlanma durumu değerlendirildi. ICG ile yapılan perfüzyon değerlendirmesinde, üreter boyunca homojen olmayan ve genel olarak yetersiz floresans saptandı. Proksimale doğru belirgin bir perfüzyon artışı gözlenmediği için, üreterin eksizyonu klinik olarak uygun bulunmadı. Bu nedenle, mevcut segmentler arasında göreceli olarak en iyi perfüze bölgeden anastomoz yapılmasına karar verildi. Ciltten ileaostomi açılması sonucu işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Konsol süresi 255 dakika olarak ölçüldü. Perioperatif kan kaybı 300 cc idi. Postoperatif 2. gün gaz çıkışı, 3. gün gaita çıkışı gerçekleşti. Üretral dren 3. günde, abdominal dren 5. günde çıkarıldı. DJ kateterler 1 ay sonrasında çekildi. Hastanın patoloji raporu; Rezidüel tümör içermeyen, eski rezeksiyon hattında ülserasyon, yabancı cisim tipi kronik granülomatöz iltihabi reaksiyon gösteren sistektomi materyali; prostat parankiminde radyoterapiye bağlı olabilecek atrofi, yaygın bazal hücre hiperplazisi ve metaplastik değişiklikler izlenmiştir” şeklinde raporlandı. Cerrahi sınırlar negatif olarak izlendi.

Sonuç:

Lokalize prostat kanseri nedeniyle pelvik radyoterapi öyküsü bulunan ve radikal sistektomi planlanan hastalarda robot yardımcı cerrahi; optik büyütme ve disseksiyon kolaylığı ile perioperatif komplikasyon riskini azaltmada önemlidir. Ayrıca, ICG uygulaması üreteral perfüzyonun sınırlı olabileceği durumlarda teknik esneklik ve karar verme sürecinde etkili bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: robotik sistektomi, indosiyanin yeşili, anastomoz





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



[PS-163]

Papiller Üst Üriner Sistem Tümöründe Fleksible URS Ablasyonu:Nefrektomi Sonrası Tümör Negatifliği

Ekrem Başaran, Yusuf Salih Küçük, Ahmet Yıldırım Balık, Arda Taşkın Taşkiran, Dursun Baba, Muhammet Ali Kayıkçı
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği

Amaç: Toplayıcı sistem tümörlerinde uygulanan nefron koruyucu cerrahi sonrasında tümör negatifliği görülen hastayı sunmak.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta. KIOMK(Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri) ile takipliyken tarama amaçlı çekilen kontrastlı batin tomografisinde sol böbrekte renal pelvis içinde toplayıcı sistem tümörünün görülmesi sonrasında tanısı yapılan renoskopide tümör lazer ile ablate edildi. Patolojisi TaLow Grade olarak raporlandı. Ardından hastanın takiplerinde sol böbreğin non-fonksiyone olması ve sol yan ağrısı nedeni sol nefroüretarektomi yapıldı. Patolojisinde tümör negatif görüldü.

Sonuç: Nefron koruyucu cerrahi titizlikle ve başarıyla uygulandığında tümörün komplet olarak rezeke edilebileceğini onkolojik olarak başarılı sonuçlar alınabileceğini paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: nefron koruyucu cerrahi, toplayıcı sistem tümörü, nefroüretarektomi, lazer ablasyon





[PS-164]

Penil Protezli Hastada Robotik Radikal Prostatektomi: Teknik Zorluklar ve Cerrahi Çözümler

Fatih Ok, Arif Hüseyinli, Ahmet Emin Doğan, Tufan Çiçek, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç:

Robotik radikal prostatektomi (RARP), lokalize prostat kanserinde kabul gören cerrahi altın standarttır. Bununla birlikte, önceden penil protez implantasyonu yapılmış olgularda rezervuarın pelvik boşluğa yerleştirilmiş olması, cerrahi sahada fibrozis gelişimi ve görüş alanının kısıtlanması gibi önemli teknik güçlükler yaratabilmektedir. Bu video sunumunun amacı, üç parçalı penil proteze sahip bir hastada gerçekleştirilen RARP sırasında karşılaşılan cerrahi zorlukları ve edinilen deneyimi paylaşmaktır.

Olgu:

Altmış dokuz yaşında, üç yıl önce üç parçalı penil protez implante edilmiş erkek hastada PSA değeri 9,1 ng/mL olarak saptandı. Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) PI-RADS 3 lezyon görüldü. Transrektal iğne biyopsisi sonucunda sol lateral bazal kadranda tek kordan Gleason skoru 3+3=6 (Grade Grup 1) adenokarsinom, %5 tümör tutulum oranı ile raporlandı. Aktif izlem önerilmesine rağmen hastanın cerrahi tedaviyi tercih etmesi üzerine RARP planlandı.

Bulgular:

Rezervuarın varlığı, pelvik yan duvar anatomisinde değişiklik ve fibrotik doku reaksiyonu ile ilişkiliydi. Operasyon sırasında, özellikle periton insizyonu ve pelvik lenf nodu diseksiyonunda rezervuar komşuluğunda dikkatli diseksiyon yapıldı. Cerrahi komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Videoda, prostat apeksinin mobilizasyonu, dorsal venöz kompleksin kontrolü ve üretra kesisi sırasında rezervuardan uzak durmayı sağlamak amacıyla kullanılan teknik manevralar (prostatın farklı yönlerde traksiyonu, kamera perspektifinin değiştirilmesi) gösterilmektedir.

Sonuç:

Rezervuar, cerrahi alanda fiziksel bir engel oluşturarak enstrüman hareketlerini sınırlandırabilmektedir. Bu nedenle, en kritik aşamalardan biri rezervuara zarar vermeden diseksiyonun güvenle tamamlanmasıdır. Daha önce penil protez implantasyonu yapılmış hastalarda RARP, teknik açıdan zorlu olmakla birlikte, deneyimli merkezlerde ve titiz preoperatif planlama ile güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Robotik Radikal Prostatektomi, Penil Protez, Prostat Kanseri



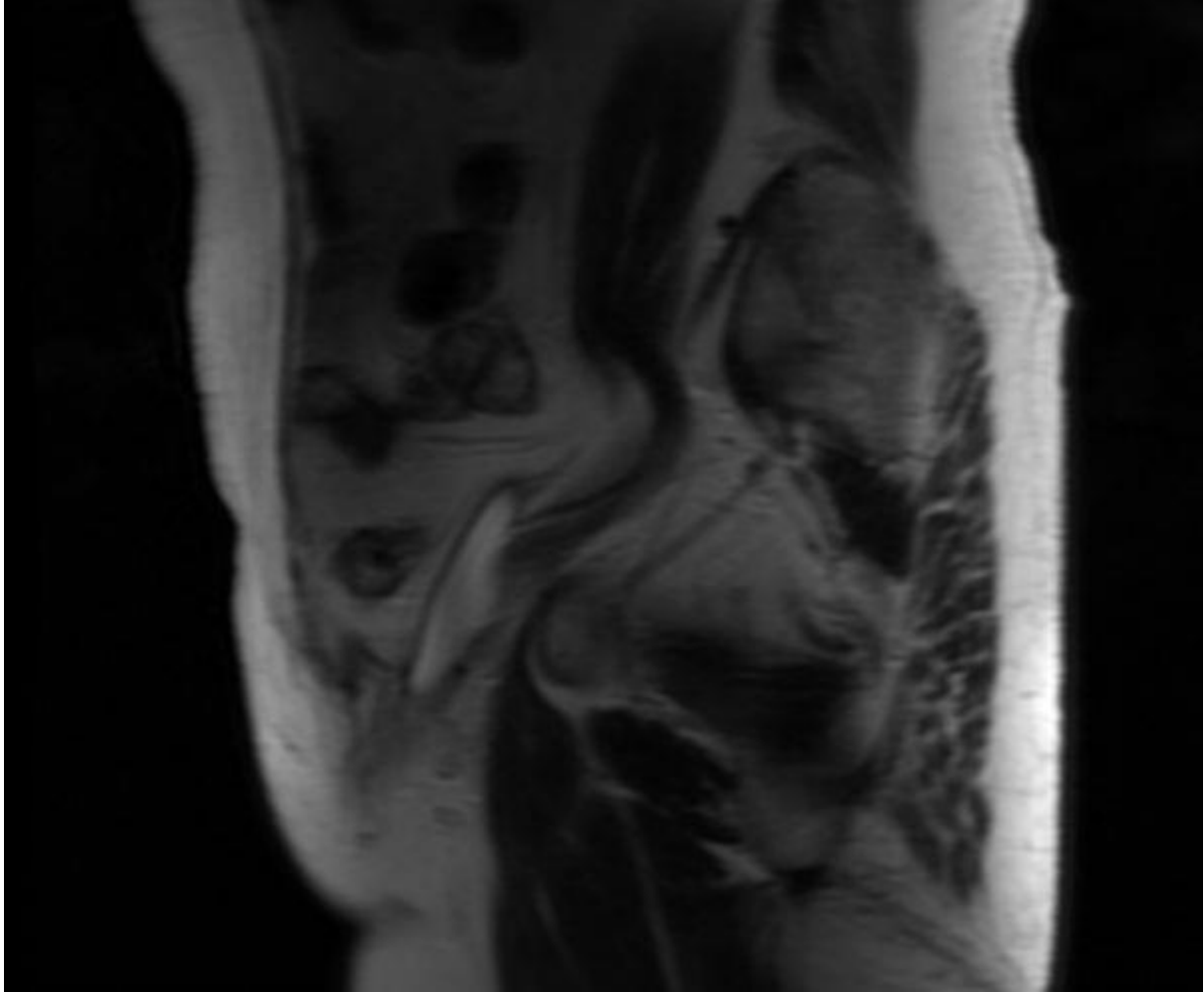


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



mrg alt abdomen





[PS-165]

Belirgin Median Lobu Olan ve Büyük Hacimli Prostata Sahip Lokalize Prostat Kanserinde Robotik Radikal Prostatektomi: Zorluklar ve Teknik Yaklaşımla

Fatih Ok, Samet Kıpık, Berk Hazır, Alper Gök, Ahmet Nihat Karakoyunlu
Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç:

Robotik radikal prostatektomi (RRP), lokalize prostat kanserinin tedavisinde kabul gören standart yöntemlerden biridir. Bununla birlikte, prostat hacminin büyük olması ve belirgin median lob varlığı cerrahi zorluklara yol açabilmektedir. Bu durum, pelvik anatomik alanın daralmasına ve görüş alanının kısıtlanmasına neden olmakta; özellikle mesane boynu diseksiyonunda özel teknik manevraları gerekli kılmaktadır. Bu olgu sunumunda, belirgin median loba ve 120 cc prostat hacmine sahip bir hastada uygulanan robotik prostatektomi sırasında karşılaşılan güçlükler ve kullanılan cerrahi stratejiler aktarılmaktadır.

Olgu:

Elli sekiz yaşında, PSA düzeyi 6,72 ng/mL olan ve parmakla rektal muayenede prostatta nodül saptanan erkek hastaya multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Görüntülemede PI-RADS 4 lezyon tespit edilmesi üzerine transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi gerçekleştirildi. Yedi kadranda Gleason 3+3 adenokarsinom saptanan, 120,72 cc prostat volümüne ve belirgin median loba sahip hastaya Da Vinci XI cerrahi sistemi kullanılarak robotik radikal prostatektomi uygulandı.

Bulgular:

Cerrahi sırasında büyük prostat hacmine bağlı olarak pelvik çalışma alanı belirgin şekilde sınırlıydı. Median lobun mesane boynuna basısı ve üretrayı öne itmesi nedeniyle üretrovezikal ayırım ve anastomoz aşamaları dikkatle gerçekleştirildi. Posterior diseksiyon sırasında seminal veziküllere ulaşım titizlikle sağlandı. İntraoperatif veya postoperatif erken komplikasyon gelişmedi. Patoloji sonucunda Gleason 7 (3+4), Grade Group 2 adenokarsinom, tümör hacmi 2 cc (%2), ekstraprostatik yayılım olmaksızın ve cerrahi sınır negatifliği ile raporlandı. Lenfovasküler ya da perinöral invazyon izlenmedi; seminal vezikül ve lenf nodu tutulumu saptanmadı. Postoperatif 3. ayda PSA değeri nadir düzeyde olup idrar inkontinansı gözlenmedi.

Sonuç:

Büyük hacimli ve belirgin median loba sahip prostatlarda robotik radikal prostatektomi, cerrahi deneyim ve teknik adaptasyon gerektiren bir girişimdir. Anatominin ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi, uygun port yerleşimi ile modifiye diseksiyon ve anastomoz tekniklerinin uygulanması sayesinde bu tür zorlu olgularda dahi tatmin edici onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilebilmektedir. Sunulan olgu, büyük prostat hacminin robotik cerrahi için mutlak kontrendikasyon oluşturmadığını, ancak cerrahinin planlama ve uygulanma sürecini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Robotik radikal prostatektomi, büyük hacimli prostat, median lob, prostat kanseri



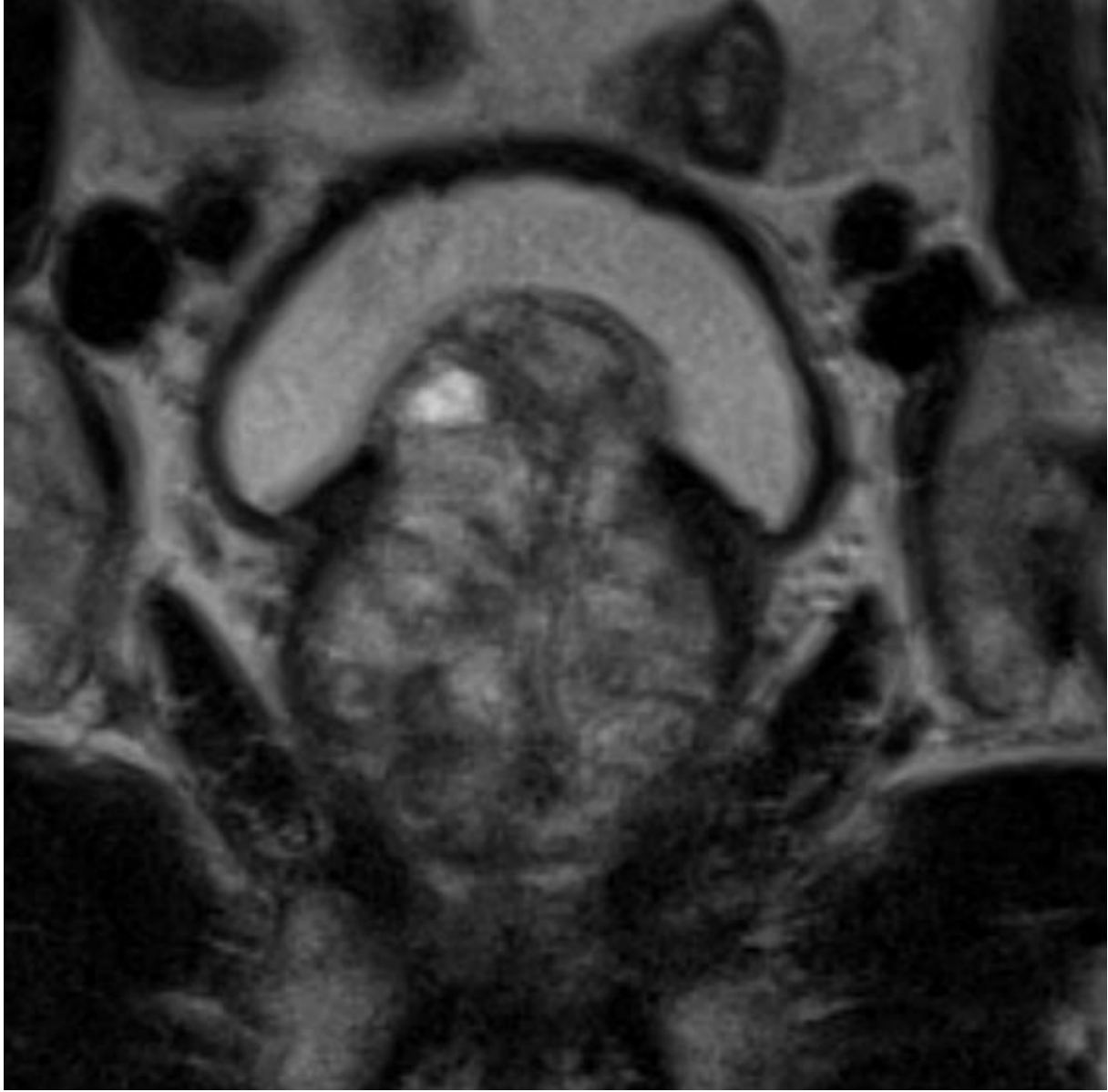


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



prostata median lob mrg



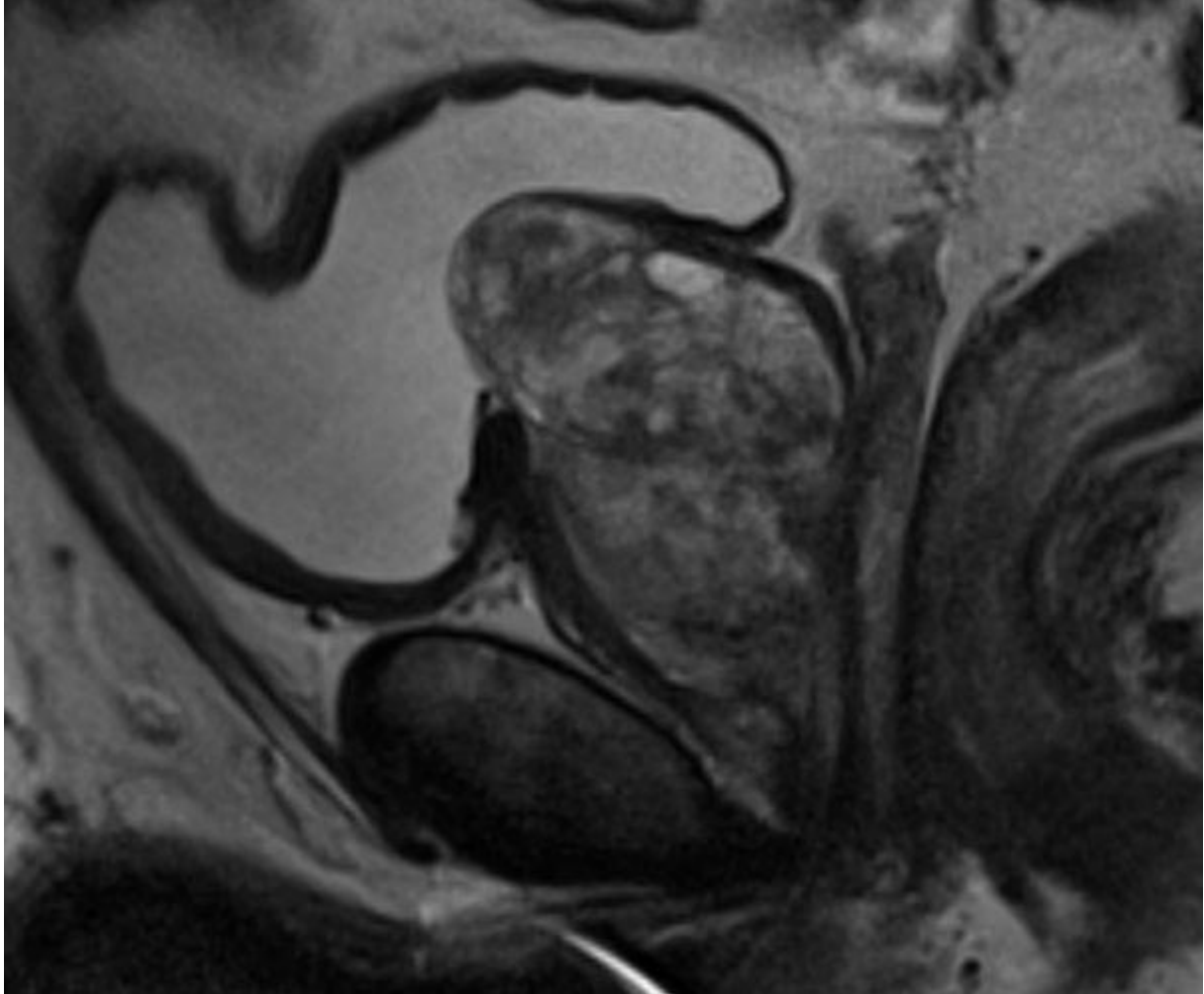


17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



prostata median lob sagital





[PS-166]

Mayo Seviye 0 Trombüsle Seyreden RCC Olgusunda Robotik Radikal Nefrektomi ve Trombektomi

İhsan Batuhan Demir, Fatih Keskinlioğlu, Mustafa Sertaç Yazıcı, Cenk Yücel Bilen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Renal hücreli karsinom (RCC) olgularında venöz invazyon, cerrahi stratejiyi ve prognozu belirgin biçimde etkiler. Bu sunumda, sağ renal ven (RV) içinde tümör trombüsü bulunan bir RCC olgusunda uygulanan robotik radikal nefrektomi ve RV trombektomisi video eşliğinde aktarılmaktadır.

Giriş

45 yaşındaki erkek hastada, kronik sırt ağrısı nedeniyle yapılan incelemelerde insidental renal kitle saptandı. Hematüri ve alt üriner sistem semptomu yoktu; taş öyküsü bulunmuyordu. 24.12.2024 tarihli kontrastlı abdominal BT'de sağ böbrek alt polde 42×33 mm, heterojen kontrastlanan, egzofitik uzanımlı kitle izlendi (RCC lehine). Sağ RV'de yaklaşık 32×12 mm kontrast tutan yumuşak doku malign trombüs ile uyumluydu. Toraks BT'de metastaz saptanmadı.

Patoloji ve evreleme

Konvansiyonel (berrak hücreli) RCC; ISUP nükleer grade II/IV. Peripelvik (renal sinüs) yağ invazyonu mevcuttu; perirenal yağ ve pelvikaliseal sistem tutulumu yoktu. Ana RV ve dallarında tümör trombüsü izlendi. Adrenal bez doğaldı; cerrahi sınırlar bütünüyle negatiftir. Bulgular pT3a ile uyumludur.

Cerrahi teknik – Hasta 60° lateral dekübitte konumlandırıldı; transperitoneal dört robotik ve bir asist portu kullanıldı. Sağ kolon medialize edilerek Gerota fasyası açıldı, böbrek ve hilus ortaya kondu. İlk olarak renal ven ve gonadal ven tanımlandı; gonadal ven ile alt pol arteri Hem-o-lok® kliplerle kontrol edilip kesildi. Renal arter erken dönemde klipslenerek parankim perfüzyonu azaltıldı ve venöz dolgunluk kontrol altına alındı. Renal venin kavaya yakın segmenti parsiyel klemp ile kontrol edildi ve renal ven üzerinde longitudinal venotomi yapılarak tümör trombüsünün yalnızca renal ven içinde sınırlı olduğu vena kavaya uzanımının olmadığı gözlenmedi. Venotomi hattı 5-0 polipropilen ile sürekli sütürle onarıldı, klemp sırası tersine çevrilerek kanlanma güvenli biçimde sağlandı ve sızıntı kontrol edildi. Ardından radikal nefrektomi tamamlandı, materyal endobag ile çıkarıldı; hemostaz ve dren kontrolü sonrası operasyon sonlandırıldı.

Perioperatif ve erken dönem sonuçlar

Robotik cerrahi sorunsuz tamamlandı; intraoperatif komplikasyon olmadı. Erken dönem hemodinamik seyir stabildi; tromboembolik bulgu izlenmedi. Patolojide sınırlar negatiftir. Kontrol görüntülemelerinde nüks/metastaz saptanmadı; hasta semptomsuz yakın izlem altındadır.

Sonuç ve mesaj

Robot yardımcı cerrahi, seçilmiş RCC olgularında yalnız nefrektomi değil, renal ven trombektomisi gibi kompleks vasküler işlemleri de minimal invaziv olarak güvenle olanaklı kılar. Başarı; doğru hasta seçimi, trombüs seviyesinin preoperatif net haritalanması, hilus ve venöz dalların titiz diseksiyonu, kontrollü klempaj, atraumatik trombüs çıkarımı ve sızdırmaz venotomi onarımına dayanır. Bu video olgu, pT3a RCC'de robotik trombektominin uygulanabilirliğini örneklemekte; multidisipliner ekip uyumunun onkolojik ve fonksiyonel güvenliği artırdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Trombektomi, Robotik nefrektomi, Renal Hücreli Karsinom, Minimal İnvaziv Cerrahi





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 KASIM 2025
Cornelia
Diamond
Otel, Antalya



Robotik Nefrektomi + Trombektomi Spesmen



Robotik Nefrektomi + Trombektomi materyali, Renal ven içerisinde trombüs görülebilmektedir.





17. ÜROONKOLOJİ KONGRESİ

5-9 | 20
KASIM | 25 | Cornelia
Diamond
Otel, Antalya





[PS-167]

Jinekolojik cerrahiye bağlı iatrojenik distal üreter yaralanmasının Psoas Hitch ile onarımı: vaka sunumu

Erdem Orman, Eyüp Dil

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Rize

Amaç: Jinekolojik cerrahiler sonrası nadiren gelişebilen distal üreter yaralanmalarında, uygun rekonstrüktif yöntemle renal fonksiyonlar korunabilir. Bu olguda, iatrojenik distal üreter defektine psoas hitch tekniği ile yaklaşım sunulmaktadır. Psoas hitch, distal üreterin uzun segmentli defektlerinde gerilimsiz üreterovezikal anastomoz sağlamada etkili bir yöntemdir (Stępk et al., 2024).

Olgu: Postmenopozal over kisti nedeniyle bilateral ooferektomi uygulanan 54 yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde yaklaşık 11 yıl önce geçirilmiş total abdominal histerektomi (TAH) mevcuttur. Jinekolojik cerrahiye takiben postoperatif 10. günde karın ağrısı ve halsizlik şikâyetiyle acil servise başvuran hastada yapılan görüntülemelerde sol üreterde duvar kalınlaşması, çevre dokularda dansite artışı ve hidronefroz saptanmıştır.

Sistoskopide, sol üreter orifisinden yaklaşık 3 cm proksimalde üreter bütünlüğünün bozulduğu ve opak maddenin proksimale geçmediği görülmüş; bunun üzerine hastaya Kasım 2024'te sol nefrostomi kateteri yerleştirilmiştir. Antegrad piyelografide opak madde üreter boyunca iliak damar çapraz seviyesine kadar ilerlemiş, bu seviyeden sonra mesaneye geçişin olmadığı izlenmiştir.

Distal üreterdeki tam kat defekt nedeniyle hasta Mart 2025'te açık cerrahi ile opere edilmiştir. Sol Gibson insizyonu ile üreterin defekt bölgesi eksize edilmiş, mesane mobilize edilerek psoas majör kasına tespit edilmiş ve psoas hitch tekniğiyle üreteroneosistostomi gerçekleştirilmiştir. Anastomoza 4.7 Fr DJ stent yerleştirilmiş ve mesane çift kat olarak kapatılmıştır.

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon izlenmemiştir. Postoperatif 3. günde dreni çekilen hasta taburcu edilmiştir. 15. günde çekilen sistografide opak maddenin ekstrevasasyonu izlenmemiş, mesane sondası alınmıştır. DJ stent yaklaşık 1,5 ay sonra çıkarılmıştır. Son kontrolde kreatinin düzeyi 0,66 mg/dL, GFR ise 100 ml/dk/1.73m² olarak saptanmıştır.

Sonuç: Jinekolojik cerrahilere bağlı iatrojenik distal üreter yaralanmaları nadir ancak ciddi komplikasyonlardır. Distal üreterin uzun segmentli defektlerinde psoas hitch tekniği, gerilimsiz anastomoz sağlanması açısından etkili ve güvenilir bir seçenektir. Bu vaka, erken tanı ve uygun cerrahi yaklaşımın böbrek fonksiyonlarının korunmasında belirleyici olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: iatrojenik yaralanma, psoas hitch, üreter defekti, üreter rekonstrüksiyonu





[PS-168]

Radikal Sistektomide Rastlantısal Olarak Saptanan Prostat Kanseri: Klinikopatolojik Özellikler ve Prognostik Önemi

Oktay Üçer¹, Oğuzcan Erbatu¹, Talha Müezzinoğlu¹, Evren Süer², Sümer Baltacı², Çağrı Akpınar², Güven Aslan³, Çetin Demirdağ⁴, Levent Türkeri⁵, Sertaç Yazıcı⁶, Emre Albayrak⁶, Volkan İzol⁷, Yıldırım Bayazıt⁷, Uğur Yücebaş⁸

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji AD

²Ankara Üniversitesi Üroloji AD

³Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji AD

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji AD

⁵Acıbadem Altunizade Hastanesi Üroloji AD

⁶Hacettepe Üniversitesi Üroloji AD

⁷Çukurova Üniversitesi Üroloji AD

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji AD

Amaç

İnvaziv mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprostatektomi yapılan erkeklerde insidental prostat kanseri (İPK) sıklığını, patolojik özelliklerini, onkolojik sonuçlarını ve sağkalıma etkisini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Türk Üroonkoloji Derneği RedCap ürotelyal kanser veritabanı kayıtları ile retrospektif olgu-kontrol yöntemiyle yapıldı. 2000–2023 arasında 627 erkek hastaya radikal sistoprostatektomi uygulanmış, 123'ünde (%19,6) İPK saptanmıştır. Lenf nodu pozitifliği, uzak metastaz, varyant histoloji veya neoadjuvan kemoterapi öyküsü olanlar dışlandıktan sonra 55 hasta analize alındı. Bunlar, mesane kanserine ait T evresi aynı olan ve İPK bulunmayan 55 kontrol hasta ile bire bir eşleştirildi. Birden fazla uygun kontrol olduğunda SPSS'de rastgele seçim uygulanarak toplam 110 hasta çalışmaya dahil edildi.

Değerlendirilen klinik değişkenler yaş, BKİ, PSA ve prostat hacmi; patolojik değişkenler ise CİS, lenfovasküler ve perinöral invazyon, cerrahi sınır, trigonal veya mesane boynu tümörü idi. Analizlerde bağımsız örneklem t-testi, ki-kare testi ve uygun durumlarda Fisher's exact testi kullanıldı. Sağkalım ve nüks Kaplan–Meier yöntemiyle incelendi, gruplar log-rank testiyle karşılaştırıldı. Etik kurul onamı alındı.

Bulgular

Ortalama yaş 64,4 yıl (39–84), prostat hacmi 44,9 cm³ (15–120), PSA 3,8 ng/mL (0,7–14,0) ve BKİ 25,7 kg/m² (18,2–32,8) idi. İPK saptanan 55 hastanın 33'ü (%60,0) ISUP Grade 1, 17'si (%30,9) Grade 2, 5'i (%9,1) Grade 3 idi. İPK grubunda BKİ daha yüksek (26,7 ± 2,7; 25,0 ± 3,2) ve prostat hacmi daha düşük bulundu (34,8 ± 16,6; 54,0 ± 24,3). BKİ ve prostat hacmi ile İPK arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,013; p<0,01). CIS toplam 27 hastada izlendi; 16'sı (%59,3) İPK grubunda, 11'i (%40,7) kontrolde olup anlamlı ilişki gösterdi (p=0,046; OR=1,6). Yaş, PSA, lenfovasküler/perinöral invazyon, cerrahi sınır, trigonal veya mesane boynu tümörü ile İPK ilişkisi bulunmadı.

Ortalama takip süresi 25,9 aydı. Kaplan–Meier analiziyle 1-, 2- ve 3-yıllık genel sağkalım %95,5, %83,4 ve %79,5 idi. İPK varlığına göre genel sağkalım farkı yoktu (p=0,720). Nüksüz sağkalım oranları sırasıyla %95,4, %84,8 ve %76,5 olup, İPK açısından gruplar arasında fark yoktu (p=0,736).

Sonuç

İPK, radikal sistoprostatektomi spesimenlerinin yaklaşık beşte birinde görülmüştür. Çoğu olgu düşük dereceli ve organa sınırlıdır. İPK ile yüksek BKİ, küçük prostat hacmi ve CIS varlığı ilişkilidir. Ancak İPK, mesane kanseri nüksü veya sağkalım üzerinde etkili bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri, prostat kanseri, sistektomi, insidental





[PS-169]

Preoperatif Adrenal Tutulumu Olmayan Renal Hücreli Karsinom Olgularında Adrenalektomi: Belirleyici Faktörler ve Sonuçlar

Murad Memmedzade, Oğuzcan Erbatu, Ali Can Albaz, Oktay Üçer, Gökhan Temeltaş, Talha Müezzinoğlu
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji AD

Amaç

Preoperatif adrenal tutulumu olmayan renal hücreli karsinom olgularında radikal nefrektomide yapılan adrenalektomi ile ilişkili klinik, patolojik faktörleri ve perioperatif-postoperatif sonuçları değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem

2004-2023 yılları arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde radikal nefrektomi uygulanan hastalar retrospektif incelendi. Preoperatif adrenal tutulumu bulunmayan olgular çalışmaya dahil edildi. Hastalar adrenalektomi yapılan ve yapılmayan olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar preoperatif belirleyiciler ile cerrahi ve postoperatif özellikler açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde kategorik değişkenler Ki-kare veya Fisher's exact test ile, sürekli değişkenler ise dağılıma göre Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Etik kurul onamı alındı.

Bulgular

Preoperatif adrenal invazyon şüphesi olmayan 446 renal hücreli karsinom olgusuna radikal nefrektomi uygulandı (açık 426, laparoskopik 20; sağ 215, sol 231). 380 berrak hücreli, 28 kromofob ve 24 papiller tümör saptandı. Ortalama yaş $58,4 \pm 12,3$ yıl olup, tüm hastalarda ortalama radyolojik tümör boyutu $7,0 \pm 2,5$ cm idi. Operasyon süresi ortalama 188 ± 58 dakika bulundu.

Adrenalektomi 27 hastada gerçekleştirildi; 16'sı sol, 11'i sağ tarafta idi ve tümör tarafı ile adrenalektomi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,547$). Tüm olgularda patolojik bakıda adrenal tutulumuna ya da tümörüne rastlanmadı. Tümör yerleşimi orta 323 (%72,4), üst 104 (%23,3), alt 19 (%4,3) hastaydı. Adrenalektomi yapılan 27 olgunun dağılımı üst 15 (%55,6), orta 7 (%25,9), alt 5 (%18,5) olup anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,001$). Adrenalektomi yapılanlarda tümör boyutu $9,4 \pm 4,3$ cm, yapılmayanlarda $6,9 \pm 2,3$ cm idi ($p < 0,001$). Operasyon süresi adrenalektomi yapılanlarda 200 ± 35 dk, yapılmayanlarda 187 ± 59 dk bulundu ($p=0,0067$). Açık cerrahide adrenalektomi oranı %5,9 (25/426), laparoskopide %10,0 (2/20) olup fark anlamlı değildi ($p=0,345$). Tahmini kan kaybı 275 hastada mevcuttu, tüm grup için ortalama $221,7 \pm 207,7$ ml idi. Adrenalektomi yapılanlarda %100 (27/27), yapılmayanlarda %59,2 (248/419) kan kaybı kaydedildi ($p < 0,001$). Kan transfüzyonu 88 hastada uygulandı; oran adrenalektomi yapılanlarda %55,6 (15/27), yapılmayanlarda %17,4 (73/419) idi ($p < 0,001$). Alt tiplere göre adrenalektomi oranları berrak hücreli RCC'de %5,2 (21/380), kromofob RCC'de %21,4 (6/28), papiller RCC'de %0 (0/24) olup anlamlı ilişki vardı ($p=0,0015$). Tüm grup için yatış süresi $5,3 \pm 2,7$ gün iken adrenalektomi yapılanlarda $6,4 \pm 3,7$, yapılmayanlarda $5,2 \pm 2,6$ gündü ($p=0,084$).

Sonuç

Preoperatif adrenal tutulumu olmayan renal hücreli karsinom olgularında adrenalektomi, büyük boyutlu ve üst yerleşimli tümörler ile kromofob alt tipte daha sık uygulandı. Bu olgularda operasyon süresi, kan kaybı ve transfüzyon gereksinimi anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu ilişki, morbiditesi artmış olgularda cerrahin adrenalektomiye daha sık tercih etmesiyle açıklandı.

Anahtar Kelimeler: Adrenalektomi, Radikal Nefrektomi, Renal Hücreli Tümör





[PS-170]

Böbrek Tümöründe Parsiyel Nefrektomi: Son Dekatta Ne Değişti?

Oktay Üçer¹, Talha Müezzinoğlu¹, Murat Gülşen², Çağrı Akpınar³, Sertaç Yazıcı⁴, Serhat Çetin⁵, Oğuzcan Erbatu¹, Volkan İzol⁶

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji AD

²Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Üroloji AD

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

⁶Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

Amaç

Son yıllarda böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde parsiyel nefrektominin (PN) yeri giderek artmıştır. Bu çalışma PN oranlarının ve cerrahi sonuçların zaman içinde nasıl değiştiğini, son on yılda tedavi edilen hastaların ile daha önceki yıllar ile karşılaştırılması yoluyla değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Türk Üroonkoloji Derneği REDCap böbrek tümörü veritabanı'ndan 1997-2024 yılları arasında renal hücreli karsinom nedeniyle parsiyel nefrektomi yapılan 3.482 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, tümör boyutu, operasyon türü ve süresi, nefrometri skorları, yatış süresi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi. Takipte cerrahi sınır durumu ve nüks varlığı kaydedildi. Analizlerde sürekli değişkenler bağımsız örneklem t-testi ile, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Alt grup analizleri açık, laparoskopik ve robot yardımcı cerrahiler için ayrı yapıldı. Tüm analizler IBM SPSS kullanılarak gerçekleştirildi ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Erken dönem (<2014) ve son on yıl (>2014) hastaları karşılaştırıldığında; son on yıl grubunda yaş ortalaması daha yüksekti (56,9 ± 14,1 vs. 54,9 ± 13,0; p<0,001). Hastanede kalış süresi (4,24 ± 7,99 vs. 5,47 ± 7,77; p<0,001), kan kaybı (195,3 ± 250,4 vs. 237,3 ± 279,8; p<0,001) ve iskemi süresi (17,06 ± 0,7 vs. 19,38 ± 0,8; p<0,001) daha kısaydı. Tümör boyutu (3,65 ± 2,01 vs. 3,82 ± 2,38; p=0,78) ve operasyon süresi (2,23 ± 1,44 vs. 2,35 ± 0,91; p=0,14) açısından anlamlı fark yoktu.

RENAL (6,97 vs. 6,54; p=0,123), PADUA (8,66 vs. 8,35; p=0,147), C-index (1,94 vs. 2,09; p=0,777) ve DAP (6,15 vs. 5,91; p=0,374) skorlarında gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Cerrahi yaklaşımda belirgin değişim vardı: erken dönemde açık %71,2, laparoskopik %28,8 iken; son on yılda açık %49, laparoskopik %38,8 ve robotik %12,2 oldu (p<0,001).

Komplikasyon oranları da farklıydı. İntraoperatif komplikasyonlar erken dönemde %3,5 (29/829), son on yılda %1,5 (37/2464) görüldü (p=0,001). Postoperatif komplikasyonlar erken dönemde %14,1 (116/823), son on yılda %6,5 (165/2536) izlendi (p<0,001). Pozitif cerrahi sınır oranları her iki grupta da %9,1 olup anlamlı fark göstermedi (p=1,000). Nüks oranı ise erken dönemde %8,7 (77/883), son on yılda %3,5 (92/2656) olarak belirgin şekilde azaldı (p<0,001).

Alt grup analizlerinde; açık cerrahide intraoperatif komplikasyonlar %3,1'den %1,4'e (p=0,001), postoperatif komplikasyonlar %10,9'dan %5,5'e (p<0,001) geriledi; nüks oranı %8,1'den %3,5'e düştü (p<0,001). Laparoskopik cerrahide de intraoperatif komplikasyonlar %3,9'dan %1,5'e (p<0,05), postoperatif komplikasyonlar %19,4'ten %7,3'e (p<0,001) geriledi; nüks oranı %10,0'dan %3,4'e indi (p<0,001).

Sonuç

Son on yılda parsiyel nefrektomi sonrası komplikasyon ve nüks oranları belirgin olarak azalmıştır. Bu bulgular, deneyimli merkezlerde minimal invaziv tekniklerle uygulanan PN'nin güvenli ve etkin bir seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, Parsiyel, Renal Hücreli Kanser



[PS-171]

Robotik Radikal Prostatektomi Yapılan Hastalarda Prostat Hacminin Onkolojik Sonuçlara Etkisi

Fırat Çağlar Budak, Yalçın Kızılkıran, Cüneyt Özden
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen malignitelerden biri olup, mortalite ve morbidite açısından önemli bir sağlık sorunudur. Lokalize ve lokal ileri evre prostat kanserinde radikal prostatektomi küratif tedavi seçeneklerinden biridir. Robotik radikal prostatektomi (RRP), minimal invaziv yaklaşımın sağladığı avantajlar sayesinde dünya genelinde giderek artan oranlarda uygulanmaktadır. Ancak prostat hacminin onkolojik sonuçlara etkisi tartışmalıdır. Küçük prostatlarda cerrahi alanın daha dar olması cerrahi sınır pozitifliğini (CSP) artırabileceği düşünülürken, büyük prostatlarda cerrahi zorluğun daha fazla olabileceği ileri sürülmektedir. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde yapılan RRP olgularında prostat hacmine göre onkolojik sonuçların değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2020–2024 yılları arasında RRP uygulanan ve patolojik sonuçları kaydedilmiş toplam hasta kohortu dahil edildi. Hastalar prostat hacmine göre üç gruba ayrıldı: <40 cc, 40–80 cc ve >80 cc. Onkolojik parametreler arasında cerrahi sınır pozitifliği (CSP), upgrading, lenf nodu pozitifliği (LN+) ve biyokimyasal rekürrens (BKR) değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde kategorik değişkenler ki-kare veya Fisher's exact test ile karşılaştırıldı. BCR için sağkalım analizi Kaplan–Meier yöntemi ile yapıldı ve gruplar log-rank testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ve PSA dağılımı benzerdi. Onkolojik parametreler incelendiğinde küçük prostat grubunda PSM oranı %36.6, orta prostat grubunda %32.4 ve büyük prostat grubunda %30.4 idi. Upgrading oranı küçük prostatlarda daha yüksek bulundu. Lenf nodu pozitifliği küçük prostatlarda %10.7, orta prostatlarda %3.9, büyük prostatlarda %8.7 idi. BCR oranları küçük prostatlarda %10.7, orta prostatlarda %14.5, büyük prostatlarda %8.7 idi. İstatistiksel analizlerde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Merkezimizde yapılan RRP olgularının analizi prostat hacminin onkolojik sonuçlar üzerinde sınırlı bir etkisi olabileceğini göstermiştir. Küçük prostatlarda cerrahi sınır pozitifliği ve upgrading oranlarının daha yüksek olduğu, büyük prostatlarda ise biyokimyasal rekürrens oranının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Daha büyük hasta serileri ve uzun takip süreleriyle yapılacak çalışmalar, prostat hacminin prognostik önemini daha net ortaya koyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Prostatektomi, Prostat Hacmi, Robotik