

# 17. TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ VE KURSU

4-7 Ekim 2023  
Point Hotel Barbaros,  
İstanbul

[www.tcup2023.org](http://www.tcup2023.org)



Ürolojik Cerrahi Derneği  
katkılarıyla...

## BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

Türk Çocuk Ürolojisi Derneği



100  
CUMHURİYET'İN YÜZÜNCÜ YILI



# 17. TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ VE KURSU

4-7 Ekim 2023  
Point Hotel Barbaros,  
İstanbul



SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ

**SB-01****Primer enürezis nokturnada ultrasonografik mesane duvar kalınlığı ölçümü, etkili bir non-invaziv araç olabilir mi?**Aykut Akıncı

Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk Üroloji Bölümü, Denizli

**Amaç:** Enürezis nokturna(EN), 5 yaşındaki çocukların %15 ile %20'sini,7-12 yaş arası olanların %10'unu ve yetişkinlerin %2'sine kadarını etkiler. EN, gündüz idrar semptomu olmayan monosemptomatik enürezis ve aşırı aktif mesane veya diğer boşaltım semptomlarını düşündüren gündüz semptomları eşlik edebilen non-monosemptomatik enürezis olarak bölümlere ayrılır. Bazı monosemptomatik enürezisli hastalarda gündüz semptomları olmasa bile aşırı aktif mesane olabileceği gösterilmiştir. Alt üriner sistem semptomları ile ilişkili mesane fonksiyon bozukluklarını göstermek için invaziv ürodinamik çalışmalar gerekebilmektedir. Fakat ürodinamik çalışmalar, fazla invaziv olması sebebiyle EN olan çocukların çok azında kullanılabilir. Bu nedenle daha az invaziv olan yöntemlere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada ultrasonografik mesane duvar kalınlığı ölçümünün non-monosemptomatik EN'de faydalı bir araç olabileceğini göstermeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Ağustos 2022–Haziran 2023 arasında polikliniğe başvuru yapan 6-15 yaş aralığındaki primer enürezisli hastalar alındı.Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan,nörolojik hastalığı olan hastalar dışlandı.Tüm hastalar en az 2 günlük işeme günlüğü doldurdu. Non-monosemptomatik enürezisli hastaların sık idrara çıkma,ani sıkışma,gündüz idrar kaçırma semptomları not edildi. Çocuklar idrara sıkışık olup, idrar yapma istekleri olduğu zaman ultrason ile ölçüm alındı. Müller ve arkadaşlarının 2000 yılında belirttiği tekniğe uygun olarak ölçüm yapıldı. Anterior, posterior ve lateral ölçümlerin ortalaması alınarak mesane duvar kalınlığı belirlendi.

Monosemptomatik ve non-monosemptomatik hastaların işeme günlüklerindeki ortalama idrar sıklıkları, maksimum işeme hacimleri ve mesane duvar kalınlığı karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplamda 143 hasta(51non-monosemptomatik/92monosemptomatik) çalışmaya dahil edildi.

Non-monosemptomatik grupta yaş ortalaması  $8,25 \pm 2,22$  olan 33 erkek-18 kız hasta; monosemptomatik grupta yaş ortalaması  $8,64 \pm 2,28$  olan 52 erkek-40 kız hasta vardı. Cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması benzerdi( $p=0,34;0,27$ ). Non-monosemptomatik grupta maksimum idrar hacmi  $315 \pm 54$ , işeme-sıklığı  $6,72 \pm 1,84$ , mesane duvar kalınlığı  $4,31 \pm 0,73$ ; monosemptomatik grupta idrar hacmi  $297 \pm 85$ , işeme sıklığı  $5,42 \pm 0,75$ , mesane duvar kalınlığı  $2,42 \pm 1,63$  bulundu. Non-monosemptomatik grupta mesane duvar kalınlığı, işeme sıklığı daha yüksek bulundu( $p 0,01; 0,01$ ). ROC analizine göre 3,5mm mesane duvar kalınlığı %84 sensitivite, %68 spesivite ile non-monosemptomatik enürezisle ilişkili bulunmuştur.(AUC:0,801;%95)

Non-monosemptomatik grupta %43 hastada işeme sıklığında artış; %41 hastada gündüz inkontinansı; %37 hastada ani sıkışma tespit edildi.

**Sonuç:** Ultrasonografik mesane duvar kalınlığı ortalaması ölçümü non-monosemptomatik EN'de etkili bir noninvaziv araç olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** enürezis, mesane duvar kalınlığı, ultrasonografi

SB-02

### Primer Monosemptomatik Enürezis Nokturnası Olan Çocuklarda Desmopressin Tedavisine Tam Yanıtın Prediktif Faktörleri

Günel Özgür, Çağrı Akın Şekerci, Yılören Tanıdır, Tufan Tarcan, Selçuk Yücel  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Primer monosemptomatik enürezis nokturna (PMEN), pediatrik ürolojide sık görülen bir problemdir ve medikal tedavide ilk tercih desmopressindir. Bu çalışmada, desmopressine tam yanıt alınan PMEN'li çocuklarda prediktif faktörleri ve desmopressinin idrar elektrolit düzeyleri (sodyum, potasyum ve kalsiyum) üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya çocuk ürolojisi polikliniğine başvurup PMEN tanısı alan ve desmopressin tedavisi başlanan çocuklar dahil edildi. Gündüz semptomları olan veya sekonder enürezisi bulunan çocuklar çalışmaya alınmadı. Hastalar fizik muayene, idrar tahlili, semptom skoru ve işeme günlüğü ile değerlendirildi. Tüm hastalara 120 mcg desmopressin başlandı. Hastalardan tedavi öncesinde, tedavi sonrası ise 1. ve 3. aylarda elektrolit değerlendirmesi için 24 saatlik idrar toplandı. Üçüncü aydaki semptomlarına göre tedaviye tam yanıt veren grup ve diğer (tedaviye dirençli veya kısmi yanıtlı) grup olarak hastalar ikiye ayrıldı. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası elektrolit değerleri karşılaştırıldı ve tam yanıtlı grupta yanıtı öngörebilecek olası prediktif faktörler değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 34 çocuk (23 erkek, 11 kız) dahil edildi. Ortanca yaş 8 (5-15) idi. Tedavi öncesi ve sonrasındaki (1. ve 3. ay) idrar dansitesi, 24 saatlik idrar sodyum, potasyum ve kalsiyum değerleri arasında fark yoktu ( $p=0,432$ ,  $0,822$ ,  $0,970$ ,  $0,970$ , sırasıyla). Cinsiyet, bir aydaki ıslak gece sayısı ve bir gecede olan idrar kaçırma sayısı desmopressine tam yanıtı öngören faktörler olarak bulundu ( $p=0,015$ ,  $0,022$ ,  $p=0,001$ , sırasıyla) (Tablo 1). Yaşın, aile öyküsünün, işeme günlüğündeki mesane kapasitesi/beklenen mesane kapasitesinin ve tedavi öncesi idrar sodyum seviyesinin tam yanıtı öngörme üzerinde etkisinin olmadığı gösterildi ( $p=0,230$ ,  $p=0,547$ ,  $p=0,763$ ,  $p=0,060$ , sırasıyla) (Tablo 1).

**SONUÇ:** PMEN'li çocuklarda erkek cinsiyet olması, bir ayda çok sayıda ıslak gece olması ve bir gecede çoklu idrar kaçırma olması desmopressin tedavisine tam yanıt alınmasında olumsuz faktörler olarak bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Enürezis Nokturna, Desmopressin, İdrar Elektrolitleri

### Tablo 1. Desmopressin tedavisine tam yanıtın öngörülebilmesi için olası prediktif parametrelerin değerlendirilmesi

Tablo 1. Desmopressin tedavisine tam yanıtın öngörülebilmesi için olası prediktif parametrelerin değerlendirilmesi

Tedavi Öncesi	Desmopressin Tedavisi		P değeri
	Tam Yanıtlı Hasta Grubu (n=21)	Diğer Hasta Grubu (Tedaviye dirençli veya kısmi yanıtlı) (n=13)	
Yaş (yıl)	8 (6-15)	8 (5-13)	0,230
Cinsiyet (K/E)	10/11	1/12	<b>0,015</b>
Islak Gece Sayısı / Ay	20 (8-30)	30 (10-30)	<b>0,022</b>
Enürezis Sıklığı / Gece (T/Ç)	13/8	1/12	<b>0,001</b>
Aile Öyküsü	9/12	7/6	0,547
MK/BMK (%)	62,5 (2,81-100)	42.85 (26,67-151,52)	0,763
İdrar Sodyum Düzeyi (N/Y)	15/6	5/8	0,060

(K/E: kız/erkek, T/Ç: tek/çoklu, E/H: evet/hayır, MK/BMK: mesane kapasitesi/beklenen mesane kapasitesi, N/Y: normal/yüksek)

## SB-03

## Üriner BDNF, ATP ve MMP-2'nin Miyelodisplazili Çocuklarda Değeri

Çağrı Akın Şekerci<sup>1</sup>, Mehmet Umut Kütükoğlu<sup>1</sup>, Banu İşbilen Başok<sup>2</sup>, Mesut Fidan<sup>2</sup>, Sabahat Çam<sup>3</sup>, Selçuk Yücel<sup>1</sup>, Tufan Tarcan<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, İzmir  
<sup>3</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Son yıllarda nörojenik veya nörojenik olmayan alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) olan çocuklarda çeşitli üriner biyobelirteçlerin etkileri üzerine çalışmalar yayımlanmıştır. Bunlardan üçü Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), Adenozin Trifosfat (ATP), Matris Metalloproteinaz-2 (MMP-2) olup, farklı hasta gruplarında tanı ve izlemde kullanılabilecekleri bildirilmiştir. Çalışmamızda miyelodisplazili çocuklarda bahsedilen üriner biyobelirteçlerin ürodinamik bulgular ve üst üriner sistemin bozulması ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**MATERYAL-METOD:** 2022-2023 yılları arasında çocuk ürolojisi polikliniğimizde değerlendirilen miyelodisplazili çocuklar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara üriner ultrasonografi (USG), işeme sistoüretrografisi (İSUG), ürodinamik inceleme ve dimerkaptosüksinik asit (DMSA) sintigrafisi yapıldı. Verileri eksik olan çocuklar çalışma dışı bırakıldı. Ürodinamiden hemen önce alınan idrar örnekleri steril idrar tüplerinde muhafaza edildi. Her bir idrar örneği 3000 devirde 10 dakika santrifüj edildikten sonra süpernatant örnek ayrıldı ve analize kadar -80 derecede saklandı. Ayrıca 10 sağlıklı çocuktan kontrol idrar toplandı. Üriner BDNF, ATP ve MMP-2 ELISA yöntemi ile çalışıldı. Miyelodisplazi grubunda ürodinamik bulgular ve üst üriner sistem bozulması açısından hasta ve kontrol gruplarının idrar biyobelirteç değerleri karşılaştırıldı ve alt grup analizi yapıldı. Renal parankimal skar, veziköüretal reflü veya hidronefroz varlığı üst üriner sistemin bozulması olarak kabul edildi. Kabızlık durumu Bristol dışkılama skalası ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 40 çocuğun (26 kız (%65), 14 erkek (%35)) yaş ortalaması 108 (8-216) ay, sağlıklı kontrol grubu (6 kız, 4 erkek) 120 (60-154) aydı (p=0.981). Hastaların primer etiyolojilerine baktığımızda 35 miyelomeningosel (%87,5), 2 dermal sinüs (%5), 2 tethered kord (%5) ve 1 sakrokoksigeal immatür teratom olduğu görüldü (%2,5). Üriner BDNF, MMP-2 ve ATP miyelodisplazili çocuklarda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla p=0,007, p=0,027, p=0,014) (Tablo-1). Alt grup analizinde üç biyobelirteç değeri de mesane kompliyansı 10 cmH<sub>2</sub>O/ml'nin altında ve üzerinde olan gruplarda benzerdi (p=0,750, p=0,844, p=0,575). Ayrıca her üç biyobelirteçte de üst üriner sistemin bozulması açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,387, p=0,892, p=0,705). Ancak korelasyon analizinde idrar ATP'si ile mesane kompliyansı arasında negatif korelasyon saptandı (p<0,05) (Tablo-2). Ayrıca, üç biyobelirteç arasında pozitif bir korelasyon saptandı (p<0,01) (Tablo-2). Kabızlığı olan ve olmayan çocuklar arasında idrar biyobelirteçlerinde anlamlı bir fark saptanmadı.

**SONUÇ:** Üriner biyobelirteçler nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonu olan çocukların izleminde invazif olmayan özellikleriyle gelecekte umut vadetmektedir. Bununla birlikte standardizasyon eksikliği, çalışmaların sonuçları arasındaki tutarsızlık ve riskli grupları güvenilir olarak saptayamaması idrar biyobelirteçlerinin önemli eksiklikleri olarak görülmektedir. Üriner biyobelirteçlerin sadece iyi tasarlanmış çalışmaların bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve çocuklarda nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonunda klinik karar verme sürecinde kullanılmaması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik Üroloji, Miyelodisplazi, BDNF, MMP-2, ATP

**Tablo-1 Üriner BDNF, ATP ve MMP-2 değerlerinin hasta ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılması**

	<b>Hasta (n=40) Ortanca (Min-maks)</b>		<b>Kontrol (n=10) Ortanca (Min-maks)</b>	p değeri
BDNF (ng/mg kre)	1,25 (0,04-37,95)		0,20 (0,03-3,29)	<b>0,007</b>
MMP-2 (ng/mg kre)	4,78 (0,73-24,59)		2,68 (0,66-4,37)	<b>0,027</b>
ATP (ng/mg kre)	17,70 (2,92-123,95)		10,75 (3,09-16,52)	<b>0,014</b>
	<b>Kompliyans &lt;10 cmH<sub>2</sub>O/ml (n: 29) Ortanca (Min-maks)</b>	<b>Kompliyans &gt;10 cmH<sub>2</sub>O/ml (n: 11) Ortanca (Min-maks)</b>		
BDNF (ng/mg kre)	1,24 (0,04-37,95)	1,39 (0,08-23,88)		0,750
MMP-2 (ng/mg kre)	5,22 (0,73-19,62)	4,15 (0,76-24,59)		0,844
ATP (ng/mg kre)	20,12 (2,92-123,95)	11,93 (4,51-87,89)		0,575
	<b>ÜÜSB (+) (n=20) Ortanca (Min-maks)</b>	<b>ÜÜSB (-) (n=20) Ortanca (Min-maks)</b>		
BDNF (ng/mg kre)	1,46 (0,08-23,88)	1,16 (0,04-37,95)		0,387
MMP-2 (ng/mg kre)	5,28 (0,73-24,59)	4,13 (0,76-19,62)		0,892
ATP (ng/mg kre)	19,41 (4,96-87,89)	15,54 (2,92-123,95)		0,705

(BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor, ATP: Adenozin Trifosfat, MMP-2: Matriks Metalloproteinaz-2, ÜÜSB: Üst üriner sistemin bozulması, kre: Kreatinin, min-maks: Minimum-maksimum)

**Tablo-2 Hastalarda ATP, BDNF ve MMP-2 ile mesane kompliyans değerlerinin korelasyonları**

	Kompliyans (cmH <sub>2</sub> O/ml)	ATP (ng/mg kre)	BDNF (ng/mg kre)	MMP-2 (ng/mg kre)
Kompliyans (cmH <sub>2</sub> O/ml)	1,00	<b>-0,331*</b>	-0,208	-0,237
ATP (ng/mg kre)	<b>-0,331*</b>	1,00	<b>0,635**</b>	<b>0,892**</b>
BDNF (ng/mg kre)	-0,208	<b>0,635**</b>	1,00	<b>0,626**</b>
MMP-2 (ng/mg kre)	-0,237	<b>0,892**</b>	<b>0,626**</b>	1,00

(BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor, ATP: Adenozin Trifosfat, MMP-2: Matriks Metalloproteinaz-2, Spearman Korelasyon Testi \* p<0.05, \*\* p<0.01, kre: Kreatinin)



**SB-04****Primer monosemptomatik enürezis nokturnada tedavi bırakma sebeplerinin değerlendirilmesi**

Aykut						Akıncı
Denizli	Devlet	Hastanesi,	Çocuk	Üroloji	Bölümü,	Denizli

**AMAÇ:** Primer monosemptomatik enürezis nokturna %5-15 gibi farklı sıklık oranları bildirilmekle birlikte, ülkemizdeki okul çocuklarında %20-30 gibi oldukça yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Enürezis nokturna tedavisinde temel bir adım, çocuğun ve ailesinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve tedaviye teşvik edilmesidir. Sonraki basamak da desmopressin kullanımını önerilebilmektedir. Bu çalışmada tedavi bırakma sebeplerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ YÖNTEM:** Kasım 2022 – Haziran 2023 tarihleri arasında primer enürezis nokturna sebebiyle çocuk üroloji polikliniğine başvuran 5-18 yaş aralığındaki hastalar değerlendirildi. Bir ay motivasyon ve davranışa dayalı destek tedavisi sonrası desmopressin başlanan hastalardan ilaca devam etmek istemeyen ya da tekrar polikliniğe başvurmayan 1 aylık tedaviyi tamamlamayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce ilaç kullanan, monosemptomatik olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların yaşı, ilaç kullanım süresi, ilaç öncesi haftalık ortalama idrar kaçırma sıklığı, ilaç sonrası haftalık kaçırma sıklığı, ilaç bırakma nedeni değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya ulaşılabilen ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden 126 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı  $9,17 \pm 2,57$  yıl olarak bulundu. 79 hasta (%63) erkek, 47 hasta (%37) kız olarak tespit edildi. Hastalardan 18'inin (%14) İlacı hiç almadığı, 69'unun (%55) ilacı belirli bir süre kullanıp bıraktığı, 39'unun (%31) 1 aylık tedaviyi tamamen bitirdiği yeni tedavi istemediği görüldü. İlacı hiç kullanmayan grupta haftalık kaçırma sıklığı ilk görüşmede  $6,11 \pm 0,83$  iken ikinci görüşmede  $5,83 \pm 0,98$  olarak ölçüldü ve benzer bulundu (p 0,10). İlacı kısa süre kullanan grupta ilk görüşmede  $6,07 \pm 0,81$  iken ilaç kullanırken  $1,83 \pm 2,07$  olarak bulundu (p 0,01). İlacı 1 ay kullanıp bırakan grupta ilk görüşmede  $6,13 \pm 0,74$  iken, ilaç kullanırken  $1,77 \pm 2,15$  bulundu (p 0,01). 39 aile (%31) ilacın kısırlık yapabileceği için bıraktığını; 26 aile (%21) ilaçtan hiç fayda görmediğini, 21 aile (%17) sürekli ilaç kullanmak istemediğini, 17 aile (%13,5) maddi sebeplerle ilacı almakta zorlandığını, 14 aile (% 11) çocuk gece çok su içmek istediği için olası yan etkiden korktuğu için bıraktığını, 7 aile (%6) yan etki gördüğü için bıraktığını (baş ağrısı, ishal), 2 aile (%2) ilacın kullanım şeklinden ( öğürme, ağza yapışma) dolayı ilacı bıraktığını belirtti.

**SONUÇ:** Önemli bir grup hastanın tedaviden fayda gördüğü halde; çözülebilir sebeple ilaç bıraktığı görülmüştür. Hastalara daha detaylı bilgi verilmesi tedavi bırakma sıklığını azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** primer enürezis nokturna, kısırlık, desmopressin

SB-05

## Miyelodisplazili Çocuklarda Fazik Detrüör Aşırı Aktivitesinin Üst Üriner Sistem Üzerine Etkisi

Raziye Ergün

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından dolun sistometri sırasında (dolunun sonuna ve işeme izni verilene kadar) herhangi bir amplitüdeki fazik detrüör basıncı artışları, detrüör aşırı aktivitesi olarak tanımlanır. Nörojenik defisiti olan hastalarda bu durum için nörojenik detrüör aşırı aktivitesi (NDAA) terimi kullanılır. Bu çalışmada miyelodisplazili çocuklarda dolun sistometri sırasındaki NDAA varlığının üst üriner sistem (ÜÜS) üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya kliniğimizde miyelodisplazi nedeniyle izlenen ve ultrason, işeme sistoüretrografisi, DMSA böbrek sintigrafisi ve ürodinamik incelemeleri tam olan çocuklar dahil edilmiştir. Çocuklar dolun sistometrisinde NDAA varlığına göre üç gruba ayrılmıştır. Grup 1 sadece NDAA olanlar, Grup 2 yüksek dolun basıncı olan ancak NDAA olmayanlar ve grup 3 hem yüksek dolun basınçları hem de NDAA olanlar şeklinde sınıflandırılmıştır. Gruplar arası demografik özellikler, hidronefroz (HN), veziköüretal reflü (VUR), renal skar varlığı ve ürodinamik parametreler karşılaştırılmıştır. Renal skar, HN veya VUR'dan en az birinin olması etkilenen ÜÜS olarak kabul edilmiştir. Yaşa göre beklenen mesane kapasitesi (BMK)  $(yaş+2) \times 30$  formülüne göre hesaplandı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza miyelomeningoseli olan toplam 76 çocuk dahil edilmiştir. Bunların 33'ü kız (%43,4) ve 43'ü (%56,6) erkekti. Her üç grubun yaşları benzerdi ( $p=0,688$ ) (Tablo 1). Ventriköüperitoneal şantı olan çocuk sayısı 47 (%61,84), antikolinerjik kullanan çocuk sayısı 64 (%84,21) ve temiz aralıklı kateter kullanan çocuk sayısı 62'ydi (%81,57). Her üç grup arasında etkilenen ÜÜS, renal skar, HN, VUR varlığı benzerdi (sırasıyla  $p=0,791$ ,  $p=0,833$ ,  $p=0,505$  ve  $p=0,261$ ) (Tablo 1). Üç grup arasında maksimum detrüör basıncı, mesane kompliyansı arasında istatistiksel bir fark saptanmadı. Maksimum sistometrik kapasitenin (MSK) BMK'ya oranı üç grup arasında istatistiksel olarak farklıydı ( $p=0,020$ ). Post hoc analizde ise grup 1 ve 3 arasında anlamlı fark izlendi (MSK/BMK sırasıyla %88 (41-152) ve %41 (22-110),  $p=0,040$ ).

**SONUÇ:** Myelodisplazili çocuklarda NDAA ile ÜÜS hasarı arasında ilişki bulunamadı. Ancak her üç grubun da düşük kompliyanslı olmasının bu sonuç üzerine etkisi olduğu düşünülebilir. Bu nedenle daha fazla sayıda alt grup içeren çalışmalar ile daha güvenilir sonuçlara ulaşılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Miyelomeningosel, ürodinami, çocuk, detrüör aşırı aktivitesi, üst üriner sistem hasarı

**Tablo 1**

**Tablo 1.** Üç grup arasında üst üriner sistem hasarı ve ürodinamik parametrelerin karşılaştırılması

		Grup 1 (n: 15)	Grup 2 (n: 47)	Grup 3 (n: 14)	P değeri
Cinsiyet	Kız n (%)	6 (40)	19 (40,4)	8 (57,9)	0,409
	Erkek n (%)	9 (60)	28 (50,6)	6 (42,9)	
Yaş (Ay) Ortanca (min-maks)		72 (6-192)	72 (4-204)	84 (12-204)	0,688
Etkilenen ÜÜS n (%)		8	32	10 (71,4)	0,791
Renal Skar n (%)		7 (46,7)	20 (42,6)	5 (35,7)	0,833
HN n (%)		5 (33,3)	23 (48,9)	5 (35,7)	0,505
VUR	Yok n (%)	11 (73,3)	34 (72,3)	7 (50)	0,261
	Tek Taraflı n (%)	2 (20)	4 (8,5)	3 (21,4)	
	Çift Taraflı n (%)	1 (6,7)	9 (19,1)	4 (28,5)	
MaksPdet (cmH2O) Ortanca (min-maks)		26 (15-107)	37 (15-95)	34 (16-146)	0,710
Kompliyans (ml/cmH2O) Ortanca (min-maks)		5 (0,6-16)	3 (0,5-300)	6 (1-21)	0,281
MSK/BMK (%) Ortanca (min-maks)		88 (41-152)	45 (14-160)	41 (22-110)	<b>0,020</b> 0,055 <sup>1-2</sup> <b>0,040</b> <sup>1-3</sup> 0,925 <sup>2-3</sup>

(Grup 1: Fazik DOA, Grup 2: Hipokompliyon, Grup 3: Fazik DOA+Hipokompliyon, ÜÜS: Üst Üriner Sistem, HN: Hidronefroz, VUR: Vezikoüreteral Reflü, MSK/BMK: Maksimum Sistometrik Kapasite/ Beklenen Mesane Kapasitesi)

**SB-06****A Year-Long Follow-up Results of 28 Desmopressin-Resistant Enuresis Nocturnal Children.**

Timuçin Şipal, ERCAN YUVANÇ  
 Department of Urology, University of Kirikkale, Kirikkale, Turkey

**INTRODUCTION:** We aim to present our year-long follow-up results of 28 Desmopressin-resistant enuresis nocturnal (DDNE) children.

**PATIENTS and METHODS:** Between January 2020 and August 2022, 48 consecutive children aged 6-14 presented to our outpatient clinic with the preliminary diagnosis of desmopressin-resistant nocturnal enuresis (DRNE). After taking history, they were diagnosed with and differentiated to monosymptomatic enuresis nocturna (MNE, n = 39) and non-monosymptomatic nocturnal enuresis (NMNE = 9). Physical examination, 3-daily voiding diary, constipation status (Rome IV criteria), sleep patterns, tonsillar examination, psychiatric assessment, urine analysis, uroflowmetry, and residual urinary and bladder capacity evaluations were applied to appropriate patients and treatments were planned. Treatments started with lifestyle modification if necessary, and results were evaluated in two weeks *vizit*. Desmopressin 60- 120 meq oral lyophilizate, Oxybutynin 2.5-5 mg, Imipramine 25-50 mg drugs, and enuresis alarm device (EAD) were commenced as a mono or combined treatments formulation. 14-night dryness was accepted as a success. For evaluation recurrence, 2-weekly drug holidays were applied if a 3-monthly response was achieved.

**RESULTS:** At first assessment % 75 (n=36) patients gave an irregular drug usage history. 5 of the NMNE patients had overactive bladder (OAB) symptoms, and 4 had other dysfunctional urination habits. The compliance rate to follow-up was % 58 (n=28). 13 patients had comorbidities. 9 patients responded well to OAB and comorbidity treatment. Monotherapy and combination treatments were applied to the remaining 22 children. The success rate was % 22.7 (n=5) with initial monotherapies, % 59 (+8 patients) with second-line therapies, and % 85,7 (+5 patients) with third-line therapies. In 4 patients, treatments were unsuccessful; even symptoms were partially reduced. The recurrence rate was % 68 (n 14) after having intentional breaks or stopping the medicines. The compliance rate with the EAD was only % 36 (n=8) in three months.

**CONCLUSION:** Patients with desmopressin-resistant nocturnal enuresis can be treated dramatically with strict adherence to the guidelines.

**Keywords:** Desmopressin resistance, enuresis nocturna,

## SB-07

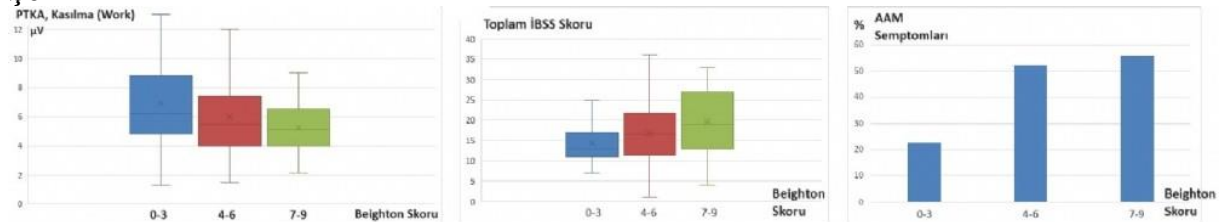
## Alt üriner sistem disfonksiyonlu çocuklarda eklem hipermobilitesi

Aşlı Öztürk<sup>1</sup>, Rabia Aşık<sup>1</sup>, Canan Seyhan<sup>1</sup>, Hasan Cem İrkılata<sup>2</sup>, Murat Dayanç<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Prof. Dr. Murat Dayanç Çocuk Üroloji Merkezi, Ankara  
<sup>2</sup>Özel Meddem Hastanesi, Isparta

**AMAÇ:** Çocuklarda eklem hipermobilitesi ve AÜSD arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az yayın vardır. Bu çalışmada AÜSD tanısı alan çocuklarda eklem hipermobilitesi sıklığını ve hangi semptom ve durumlarla birlikte olduğunu araştırdık.  
**YÖNTEM:** Tuvalet eğitimi sonrası alt üriner sistem semptomları ile başvuran 129 çocuk çalışmaya alındı. AÜSD tanısı non invaziv testlerle (2 günlük mesane günlüğü, üriner ultrasonografi, işeme bozuklukları semptom skoru (İBSS), EMG-üroflowmetri, idrar analizi) konulmuştur. Eklem hipermobilitesi varlığı Beighton skoru kullanılarak değerlendirildi. Beighton skoru 4 ve üzeri olanlarda eklem hipermobilitesi pozitif olarak kabul edildi.  
**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 129 çocuğun 98'inde (%76) eklem hipermobilitesi belirlendi. Hastaların %24'ünde (n=31) eklem hipermobilitesi yoktu. Eklem hipermobilitesi olanlarda yaş ortalaması anlamlı olarak düşüktü (Tablo). Eklem hipermobilitesi olanlarda aşırı aktif mesane semptomları daha sıklı, total İBSS puanı daha yüksekti ve pelvik taban kaslarının ortalama kasılma değeri daha düşüktü (sırasıyla p=0,002; p=0,01; p=0,043). Hastalar Beighton skorlarına göre 0-3 puan alanlar, 4-6 puan alanlar ve 7-9 puan alanlar olmak üzere 3 gruba ayrıldığında eklem hipermobilitesi şiddeti arttıkça pelvik taban kaslarının ortalama kasılma gücünde azalma, İBSS toplam skorunda artış ve aşırı aktif mesane semptomlarında artış belirlendi (sırasıyla p=0,132; p=0,006; p=0,009) (Şekil).  
**TARTIŞMA:** AÜSD olan çocuklarda değerlendirme yapıldığında eklem hipermobilitesi düşükten yüksek seviyeye kadar gözlenmektedir. AÜSD olan çocuklarda Beighton skoru ile eklem hipermobilitesi kolaylıkla belirlenebilir PTKA ölçümü ile pelvik taban disfonksiyonu tanımlanabilir. Eklem hipermobilitesi olan hastalarda tip 3 kolajen oranının daha fazla olması pelvik taban ligamentlerinin ve yumuşak dokularının gevşekliğine neden olmakta ve bu da nedeniyle pelvik taban kaslarında kasılma gücünün ve enduransının azalmasına neden olmuş olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** alt üriner sistem disfonksiyonu, eklem hipermobilitesi, pediatrik üroloji, pelvik taban

## Şekil



Hipermobilité şiddetine göre PTKA-work (kasılma), toplam İBSS skoru ve aşırı aktif mesane semptomları

**Tablo**

Parametre	Eklem Hiper mobilitesi (+)	Eklem Hiper mobilitesi (-)	p değeri
Hasta sayısı, n (%)	98 (%76)	31 (%24)	
Yaş, ortalama (aralık)	8,18 (4-16)	10,48 (5-17)	0,001
Cinsiyet, E/K	42/56	18/13	0,14
Sık idrara çıkma, n (%)	29 (%29,6)	7 (%22,6)	0,45
Enürezis, n (%)	73 (%74,5)	23 (%74,2)	0,974
Gündüz idrar kaçırma, n (%)	71 (%72,4)	16 (%51,6)	0,032
Sıkışma (Urgency), n (%)	70 (%71,4)	17 (%54,8)	0,087
Tutma manevraları, n (%)	55 (%56,1)	13 (%41,9)	0,17
Sıkışma inkontinansı, n (%)	56 (%57,1)	11 (%35,5)	0,036
Aşırı-Aktif mesane semptomları, n (%)	53 (%54,1)	7 (%22,6)	0,002
İşerken ıkınma, n (%)	25 (%25,5)	8 (%25,8)	0,974
İşerken ağrı, n (%)	14 (%14,3)	2 (%6,5)	0,251
Kesintili idrar yapma, n (%)	37 (%37,7)	7 (%22,6)	0,117
Kabızlık, n (%)	40 (%40,8)	15 (%48,4)	0,486
Total İBSS skoru, ortalama	18,2 ± 7,8	14,3 ± 5,8	0,01
Üroflovetri; ortalama			
İşenen volüm, ml	165 ± 110	190 ± 136	0,343
Qmax, ml/sn	19,6 ± 8,7	21,3 ± 7,6	0,164
Qort, ml/sn	7,9 ± 3,8	8,5 ± 3,8	0,421
PVR, ml	29,9 ± 33	48,5 ± 59	0,133
PTKA-Work	5,6 ± 2,4	6,9 ± 3,5	0,043
PTKA-Rest	3 ± 1,6	3,7 ± 1,8	0,117

AÜSD olan çocuklarda eklem hiper mobilitesi varlığına göre demografik veriler, semptomlar ve bulgular

SB-08

### Alt Üriner Sistem Disfonksiyonlu Çocuklarda İşeme Paterni İle Pelvik Taban Kas Aktivitesi Arasındaki İlişki

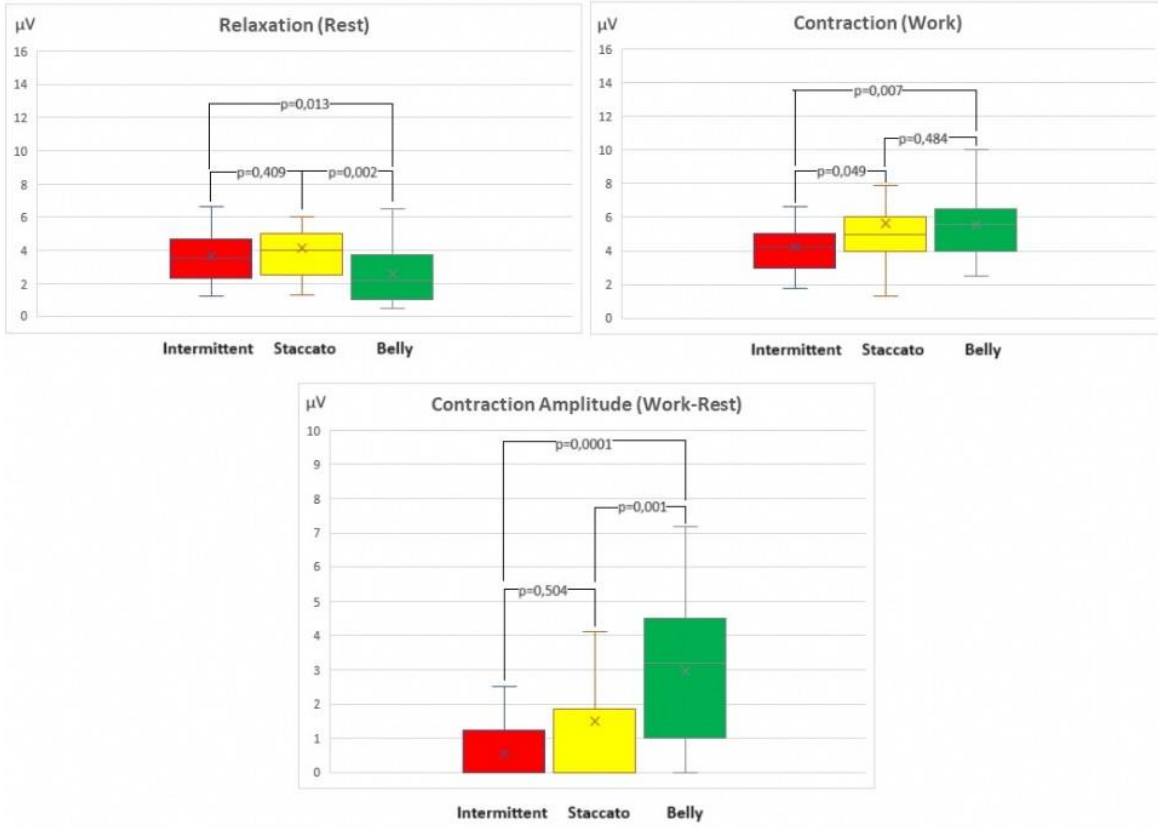
Aslı Öztürk<sup>1</sup>, Hasan Cem Irkılata<sup>2</sup>, Rabia Aşık<sup>1</sup>, Giray Ergin<sup>3</sup>, Ece Özkan<sup>1</sup>, Murat Dayanç<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Prof. Dr. Murat Dayanç Çocuk Üroloji Merkezi, Ankara  
<sup>2</sup>Özel Meddem Hastanesi, Isparta  
<sup>3</sup>Özel Korum Hastanesi, Ankara

**AMAÇ:** Çocuklarda alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) patofizyolojisinde mesane ve rektum dinamikleri yanında pelvik taban ve sfinkter aktiviteleri önemli rol oynar. Bu çalışmada intermittan, stakkato ve çan eğrisi işeme paternine sahip AÜSD'lu çocuklarda kontraksiyon ve relaksasyon esnasında pelvik taban kas aktiviteleri (PTKA)'ni belirlemeyi amaçladık. **YÖNTEM:** Kliniğimize başvuran AÜSD tanısı konulan 86 çocuktan 26'sında intermittan, 33'ünde stakkato ve 27'sinde çan eğrisi işeme paterni saptandı. Pelvik taban kaslarının istirahat fazı olan işeme sonrası dönemde yüzeysel elektrotlar kullanılarak PTKA'leri ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik periyodun ortalama değerleri kaydedildi.

**BULGULAR:** İşeme paternine göre kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama±SD PTKA değerleri Tablo'da izlenmektedir. Relaksasyon fonksiyonu intermittan ve stakkato işeyen çocuklarda çan eğrisi olanlara göre daha azdı, intermittan ile çan eğrisi işeyenler arasında ve stakkato ile çan eğrisi işeyenler arasında istatistiksel olarak anlam vardı (sırasıyla p=0,013; p=0,002)(Şekil). Kontraksiyon fonksiyonu intermittan işeyen çocuklarda en kötü, stakkato ve çan işeyenlerde daha iyi idi. İntermittan ile stakkato paterninde işeyenler ve çan eğrisi işeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla p=0,049; p=0,007) (Şekil). Kontraksiyon ile relaksasyon arası fark (kontraksiyon amplitüdü) değerlendirildiğinde hem intermittan hem de stakkato işeyenler çan eğrisi işeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı daha az kasılma amplitüdüne sahipti (sırasıyla p=0,001; p=0,001)(Şekil). **TARTIŞMA:** Çocuklarda AÜSD'unda PTKA ölçümü pelvik taban kontraksiyon ve relaksasyon fonksiyonlarını değerlendirmede ve patofizyolojik mekanizmanın anlaşılmasında kullanılabilir noninvaziv ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Disfonksiyonel işeyen çocuklarda işeme paterni kötüleştiğiçe (stakkatodan intermittana kaydıka) pelvik taban kas kontraksiyon ve relaksasyon kabiliyeti azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** alt üriner sistem disfonksiyonu, pelvik taban kas aktivitesi, pediatrik üroloji, üroflowmetri

## Şekil



AÜSD'lu çocuklarda işeme paternine göre pelvik taban kas relaksasyon, kontraksiyon ve kontraksiyon amplitüdü değerlerinin grafiği ve p değerleri

## Tablo

Parametre	İntermittan	Stakkato	Çan
Hasta sayısı, n	26	33	27
Cinsiyet (E/K)	7/19	20/13	20/7
Relaksasyon, $\mu V$ , ortalama $\pm$ SD	3,68 $\pm$ 1,7	4,13 $\pm$ 2,3	2,59 $\pm$ 1,8
Kontraksiyon, $\mu V$ , ortalama $\pm$ SD	4,22 $\pm$ 1,6	5,63 $\pm$ 3	5,56 $\pm$ 1,9
Kontraksiyon amplitüdü, $\mu V$ , ortalama $\pm$ SD	0,54 $\pm$ 0,8	1,49 $\pm$ 2,6	2,96 $\pm$ 2,02

AÜSD'lu çocuklarda işeme paternine göre pelvik taban kas relaksasyon, kontraksiyon ve kontraksiyon amplitüdü değerleri



## SB-09

**Monosemptomatik noktürnal enürezisli çocuklarda enürezis sıklığına göre pelvik taban kas aktivitelerinin değerlendirilmesi**

Canan Seyhan<sup>1</sup>, Aslı Öztürk<sup>1</sup>, Rabia Aşık<sup>1</sup>, Burak Köprü<sup>2</sup>, Hasan Cem Irkılata<sup>3</sup>, Murat Dayanç<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Özel Dayanç Üroloji Merkezi  
<sup>2</sup>Özel Koru Hastanesi  
<sup>3</sup>Özel Meddem Hastanesi

**Amaç:** Monosemptomatik noktürnal enürezis’li (MNE) çocuklarda enürezis sıklığına göre spesifik üroterapi tedavisi öncesi ve sonrası pelvik taban kas aktivitelerini değerlendirdik.

**Metot:** MNE’li 5 yaş üstü toplam 54 (41 erkek ve 13 kız) çocuk çalışmaya dahil edildi. MNE sıklığı, şiddeti ve yaşam kalitesi tedavi öncesi ve sonrası kaydedildi. Pelvik taban kas aktiviteleri (PTKA) kontraksiyon ve gevşeme esnasında NeuroTrac MyoPlusPro cihazı ile tedavi öncesi ve sonrası ölçüldü. PTKA ölçümü sırasında arka arkaya 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye gevşeme olmak üzere 10 tekrarlı uygulandı ve 50 saniyedeki ortalama değerler kaydedildi. Her hastaya standart üroterapi, alarm tedavisi ve bireyselleştirilmiş pelvik taban kas rehabilitasyonu uygulandı.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 10,37±3,47tü. Enürezis sıklığı hastaların %59’ünde haftada 6-7 gece (Grup 1); %31’inde haftada 3-5 gece (Grup 2); %9’u haftada 1-2 gece (Grup 3) olarak üç grup halinde kaydedildi. Bireyselleştirilmiş pelvik taban kas rehabilitasyon seanslarının ortalaması 10,93’tü. Enürezis sıklığı arttıkça pelvik taban kasılma değeri azaldı, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). Gruplar arasında pelvik taban gevşeme değerleri benzerdi (p>0,05). Seans sayıları ile MNE sıklığı, yaş ve pelvik taban kas değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05). Tedavi öncesi ve sonrası MNE sıklığı ve PTK gevşeme değerleri istatistiksel olarak anlamlı azaldı (p=0,0001, p=0,0001); PTK kasılma, PTK fark değerleri ve yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı arttı (p=0,0001). Tedavi öncesi ve sonrası PTK fark değerleri arasında pozitif korelasyon vardı (p=0,001). Tedavi sonrası yaşam kalitesi ile tedavi sonrası MNE sıklığı ve şiddeti pozitif koreleydi (p=0,001).

**Sonuç:** MNE’li çocuklarda enürezis sıklığı arttıkça pelvik taban kas kontraksiyon gücü azalmaktadır. Standart üroterapi, alarm tedavisi ve PTK rehabilitasyonu sonrası PTK kontraksiyon ve relaksasyonu normalleşmektedir. Randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** enürezis, pelvik taban, pelvik taban kas aktivitesi, çocuk üroloji

**Tablo 1: Monosemptomatik enürezis noktürnalı 54 çocuğa ait demografik veriler**

Yaş	Cinsiyet	Seans Sayısı
10,37±3,47	E 41 (%76) K 13 (%24)	10,93±5,59

**Tablo 2: Monosemptomatik enürezis nokturna'lı 54 çocuğa ait tedavi öncesi ve sonrası pelvik taban kas aktivite verileri ve yaşam kalitesi**

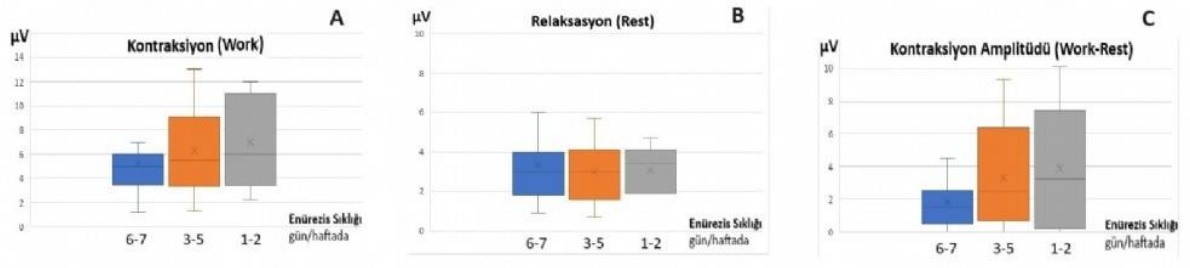
	MNE Sıklığı, haftada	PTKA – Gevşeme, $\mu$ V	PTKA – Kontraksiyon, $\mu$ V	PTKA- Kontraksiyon Amplitüdü, $\mu$ V	Hayat kalitesi
Tedavi Öncesi	4 $\pm$ 1,3	3,21 $\pm$ 2	5,76 $\pm$ 3	2,56 $\pm$ 2,7	1,94 $\pm$ 1
Tedavi Sonrası	0,06 $\pm$ 0,2	1,45 $\pm$ 0,6	9,71 $\pm$ 3,3	8,26 $\pm$ 3,4	0,04 $\pm$ 0,2
p* değeri	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi

**Tablo 3: MNE sıklığına göre değişkenlerin tedavi öncesi ve sonrası incelenmesi**

MNE Sıklığı	Grup 1 Haftada 6-7	Grup 2 Haftada 3-5	Grup 3 Haftada 1-2	p Değeri*
Yaş	9,28 $\pm$ 2,9	12,47 $\pm$ 3,4	10,2 $\pm$ 3,2	0,005
Cinsiyet	20 (%62,5) Erkek 12 (%37,5) Kız	16 (%94,1) Erkek 1 (%5,9) Kız	5 (%100) Erkek	0,022
Seans sayısı	11,28 $\pm$ 5,3	10,12 $\pm$ 5,5	11,4 $\pm$ 7,7	0,665
TÖ-PTKA Gevşeme Değeri	3,3 $\pm$ 2,3	3,01 $\pm$ 1,5	3,08 $\pm$ 1,2	0,975
TÖ-PTKA Kontraksiyon Değeri	5,27 $\pm$ 2,47	6,34 $\pm$ 3,6	6,98 $\pm$ 3,9	0,639
TÖ-PTKA Kontraksiyon Amplitüdü	1,94 $\pm$ 1,94	3,32 $\pm$ 3,2	3,9 $\pm$ 4,3	0,555
TS-PTKA Gevşeme Değeri	1,38 $\pm$ 0,66	1,61 $\pm$ 0,34	1,42 $\pm$ 0,9	0,150
TS-PTKA Kontraksiyon Değeri	9,4 $\pm$ 3,23	10,32 $\pm$ 3,7	9,6 $\pm$ 1,8	0,551
TS-PTKA Kontraksiyon Amplitüdü	8,03 $\pm$ 3,38	8,72 $\pm$ 3,76	8,1 $\pm$ 2,3	0,755

\* Kruskal Wallis Testi

**Figür 1: MNE sıklığına göre pelvik taban kas değişkenleri**

**SB-10****Üroterapi ve Biofeedback'e Dirençli Disfonksiyonel İşemede Tedavi Yönetimi**

Muhammet İrfan Dönmez, İsmail Selvi, Tayfun Oktar, Orhan Ziyilan  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı,  
İstanbul

**GİRİŞ:** Disfonksiyonel işemesi olan hastalarda, standart üroterapi ve başlangıç biofeedback (BF) seanslarını takiben tam klinik başarı her zaman elde edilememektedir. Bu çalışmada, yönetimi zor olan bu olgularda izlenebilecek tedavi stratejilerini analiz etmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Disfonksiyonel işeme nedeniyle 2013-2020 yılları arasında standart üroterapi ve başlangıç BF uygulanan 75 çocuk arasından, tam klinik yanıt gözlenmeyen 16 hasta (14 kız, %87,5) geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, disfonksiyonel işeme semptom skorları (İBSS) ve üroflovetri parametreleri başlangıç BF seanslarından önce ve sonra kaydedildi. Başlangıç BF seanslarından sonra uygulanan tedaviler ve hastaların bu tedavilere klinik yanıtları da kaydedildi. Klinik başarı kriteri, işeme esnasında pelvik taban EMG aktivitesinin kesilmesinin yanı sıra alt üriner sistem semptomlarının eşzamanlı olarak çözülmesi (İBSS'de azalma) ve üroflovetri parametrelerinde iyileşme olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Başlangıç BF seansları sonrası başarısız olan 16 olgunun ortalama yaşı  $9.81 \pm 2.53$  idi. Bunlardan aşırı aktif mesane (AAM) semptomlarının da eşlik ettiği 8 hasta gözden geçirildiğinde, sonradan tedaviye antikolinergik eklenen bir hastada (%12.5) ve ayrıca antikolinergiklerin kurtarma BF seansları ile kombine edildiği üç hastada (%37.5) klinik başarı gözlemlendi. Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) tek başına uygulandığında veya diğer tedavi yöntemlerine eklendiğinde başarı oranı %88.8 (8/9 hasta) idi. Kurtarma BF seanslarının (2-3 seans aralığında) antikolinergikler veya TENS ile kombinasyon halinde uygulandığı on vakanın beşinde (%50) klinik başarı elde edildi. AAM olmadan inkomplet işeme saptanan ve alfa blokerlere yanıt vermeyen iki erkek hastada ortalama 29 aylık takipte intrasfinkterik Botulinum-A enjeksiyonuna yeterli klinik yanıt gözlemlendi, ancak hastaların birinde 10 ay sonra tekrar enjeksiyona ihtiyaç duyuldu. Tüm hastaların median 24 aylık (14 - 36 ay) takibinde, toplam klinik başarı oranı %87.5 (14/16 hasta) idi. Son klinik değerlendirmede, VV-EBC ve Qmax' ta sırasıyla ortalama %30.89 ve 7.13 ml/dk artış ( $p<0.001$ ) gözlenirken, IBSS ve PVR-EBC' de sırasıyla ortalama 8.88 puan ( $p<0.001$ ) ve %19.04 (p=0.011) azalma saptandı.

**SONUÇ:** Bulgularımız, dirençli disfonksiyonel işemesi olan her 10 çocuktan yaklaşık 9'unda çeşitli tedavi kombinasyonlarıyla klinik başarıya ulaşıldığını göstermektedir. Bununla birlikte, çocukların bu küçük ama göz ardı edilemeyecek bir kısmında, çoklu tedavi seçeneklerine rağmen rahatsız edici alt üriner sistem semptomları devam edebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** antikolinergikler, biofeedback, Botulinum-A Toksin, dirençli disfonksiyonel işeme, TENS

**SB-11****Çocuk Hasta Grubunda İleal Augmentasyon Ameliyatının Uzun Dönem Sonuçları**

Müjdat Ayva, Ahmet Aşçı, Mesut Altan, Hasan Serkan Doğan, Serdar Tekgül  
Hacettepe Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** İleal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan pediatrik yaş grubu hastaların uzun dönem takip sonuçlarının ortaya konulması ile inkontinans, üst üriner sistem tutulumu (ÜÜST) ve reoperasyonu etkileyen klinik faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

**Metot:** 1991-2020 yılları arasında kliniğimizde ileal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Diyaliz sürecinde olan ve transplantasyon öncesi augmentasyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri ile inkontinans, ÜÜST, ve re-operasyon oranlarını etkileyen klinik faktörler retrospektif olarak incelendi. Analiz edilen parametreler arasında cinsiyet, yaş, etyoloji, reflü varlığı, pre-operatif böbrek fonksiyonları, anti-reflü cerrahisi, mesane boynuna müdahale, Mitrofanoff/Monti prosedürü gibi faktörler mevcuttu.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı  $9,5 \pm 4,95$  yıl, ortanca takip süresi 65 ay (3-289) olarak bulundu. İnkontinans 34 (%25.9) hasta mevcuttu. Çok değişkenli analizde inkontinans için mesane ekstrofisi/epispadias kompleksi(MEEK) anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ , OR: 9.493 %95 CI 3.042 – 29.623). ÜÜST 33 (%25.2) hastada izlendi. Çok değişkenli analizde anti-reflü cerrahisi ( $p = 0.051$ , OR: 2.287 %95 CI 0.997 – 5.249) ve pre-op KBY durumu ( $p = 0.056$ , OR: 3.107 %95 CI 0.973 – 9.917) istatistiksel anlamlılık sınırında bulundu. 45 (%34.3) hastaya, toplamda 91 re-operasyon gerçekleştirildi. Çok değişkenli analizde MEEK ( $p = 0.013$ , OR 4.235 %95 CI 1.361 – 13.181) ve eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü ( $p = 0.022$ , OR 3.353 %95 CI 1.187 – 9.468) reoperasyon için anlamlı bulundu.

**Sonuç:** İleal augmentasyon sistoplasti yeterli mesane kapasitesi olmayan, yüksek depolama basınçları olan ve kontinans sağlayamayan pediatrik hastalarda önemli bir cerrahi tedavi seçeneğidir. MEEK hastaları inkontinans ve reoperasyon için risk altındadır. Eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü yapılan hastaların reoperasyon riski de daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** İleal augmentasyon, Pediatrik Üroloji, Sistoplasti

**SB-12****Erken ve geç onarım yapılan meningomyelose hastalarının ürolojik sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi**

Elif Altınay Kırılı, Mustafa Macit, Emre Akkuş, Bülent Önal  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Meningomyeloselin cerrahi onarımının zamanlaması ile nörolojik uzun dönem sonuçları ile ilgili birçok çalışma vardır, ancak bu zamanlamanın ürolojik sonuçlar üzerine etkisi hakkındaki bilgi kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı meningomyelose nedeni ile ameliyat olmuş çocuklarda onarım zamanlaması ve tekniğinin ürolojik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

**MATERYAL-METOD:** 2015-2022 yılları arasında çocuk ürolojisi polikliniğine başvuran, meningomyelose onarım yapılmış çocuklar çalışmaya dahil edildi. Beş yaş üzeri çocuklar ve takipsiz hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar myelomeningose onarımının yapıldığı zamana göre, doğum sonrası 48 saat içinde onarım yapılanlar erken, sonrasında onarım yapılanlar geç cerrahi grubu olarak ayrıldı. Çocuklar eş zamanlı veya geciktirilmiş ventriküloperitoneal şant (V/P) takılma zamanına göre de değerlendirildi. Dosya bilgileri ürolojik izlem özellikleri (işeme özellikleri, ürodinami bulguları, idrar yolu enfeksiyonu hikayesi, veziköüretal reflü varlığı) açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 57 hastanın (K/E: 24/33, ort. 4.05; 1-5 yaş), 36'sına erken, 21'ine geç cerrahi onarım yapıldı. Yirmi dört hastaya primer cerrahi ile eş zamanlı, 33 hastaya ise primer cerrahi sonrası (ort.10; 3-45 gün) V/P şant yerleştirildi. Erken cerrahi onarım yapılan hastalar geç cerrahi onarım yapılan hastalardan küçüktür ( $p=0.031$ ), cinsiyet farklılığı yoktur ( $p=1$ ). Ürodinamik incelemede ve takipte erken ve geç onarım yapılan hastalarda farklılık saptanmadı (Tablo-1). V/P şant yerleştirilmesi zamanına göre gruplar değerlendirildiğinde onarım ile eş zamanlı şant yerleştirilen hastaların pDetQmax değerlerinin ve VUR oranının daha düşük olduğu gözlemlendi. Demografik özellikler ve takip verilerinde farklılık saptanmadı (Tablo-2).

**SONUÇ:** MMC hastalarında erken veya geç onarımın mesane fonksiyonlarına etkisini saptamadık. Ancak erken onarım yaşının düşük bulunması ülkemizde onarım zamanının ilk 48 saatte tercih edilmeye başlandığını düşündürdü. Onarım esnasında V/P şant yerleştirilmesinin pozitif mesane dinamiği üzerinde etkisi olabileceğini düşündüren ilk sonuçlarımız pDetQmax'ın ve VUR oranının düşük olmasıdır. Ancak daha fazla hasta ile farklı merkezlerden gelen verileri analiz eden bir çalışma ile bu sonuçlar değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** miyelomeningose, V/P şant, nörojen mesane

**Tablo 1****Tablo-1: Onarım zamanına göre hastaların ürolojik izlemlerinin karşılaştırılması**

	Erken Onarım (n=36)	Geç Onarım (n=21)	p
<b>Demografik Bilgiler</b>			
Yaş (median)	4 (1-5 yıl)	5 (2-5 yıl)	0.031*
Cinsiyet			
Kız	15(42)	9(43)	1
Erkek	21(58)	12(57)	
<b>Nörolojik defektin lokalizasyonu</b>			N/A
Torakal	5(14)	2(10)	
Lomber	24(67)	16(76)	
Sakral	7(19)	3(14)	
Eş zamanlı V/P şant yerleştirilmesi	9(25)	15(71)	0.930**
<b>Ürodinamik İnceleme</b>			
Mesane kapasitesi	101 (25-250 cc)	133 (18-272 cc)	0.608*
pDetQmax	63 (6-204 cmH <sub>2</sub> O)	133 (6-204 cmH <sub>2</sub> O)	0.759*
<b>Ürodinamik tanı</b>			
Aşırı aktif mesane	16 (44)	7 (33)	N/A
Detrusör sfinkter dissinerjisi	13 (36)	9 (43)	
Hipokomplian mesane	5 (14)	4 (19)	
Underaktif mesane	2 (6)	1 (5)	
<b>Ürolojik takip</b>			
Veziköüretal reflü	16(44)	6(29)	0.272**
İdrar yolu enfeksiyonu	17(47)	7(33)	0.407**
Kontinan	27(75)	12(57)	0.238**

\*Mann Whitney U testi, \*\*Ki kare testi

**Tablo 2****Tablo-2: Ventriküloperitoneal şant takılma zamanına göre hastaların ürolojik izlemlerinin değerlendirilmesi**

	Eş zamanlı (n=24)	Ertelenmiş (n=33)	p
<b>Demografik Bilgiler</b>			
Yaş (median)	5 (2-5)	5 (1-5)	0.796*
Cinsiyet			0.548**
Kız	9(38)	15(45)	
Erkek	15(62)	18(55)	
<b>Nörolojik defektin lokalizasyonu</b>			
Torakal	1(4)	7(21)	N/A
Lomber	19(79)	21(64)	
Sakral	4(17)	6(18)	
<b>Ürodinamik İnceleme</b>			
Mesane kapasitesi	95 (15-384)	133 (18-504)	0.282*
pDetQmax	45 (16-124)	72(13-204)	<b>0.042*</b>
<b>Ürodinamik tanı</b>			
Aşırı aktif mesane	8(33)	15	N/A
Detrusör sfinkter dissinerjisi	12(50)	10	
Hipokomplian mesane	3(12)	6	
Underaktif mesane	1(4)	2	
<b>Ürolojik takip</b>			
Veziköüretal reflü	5	18	<b>0.006**</b>
İdrar yolu enfeksiyonu	12	17	0.110*
Kontinan	17	22	0.781*

\*Mann Whitney U testi, \*\*Ki kare testi

**SB-13**

**The Road Less Traveled in Monosymptomatic Enuresis Nocturna (MNE)**

Zeliha Ural Büyükbesnili

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**OBJECTIVE:** This study is conducted to review the results of life style changes recommended for monosymptomatic nocturnal enuretic children between July 2016 and September 2023. **METHODS:** Single pediatric urologist evaluated all MNE patients with a structured approach. Bed wetting children above 5 years old without any somatic, central, mental or prominent psychological problem were enrolled in the study if they do not have day time incontinence and frequency. Postponement related urgency and holding maneuvers were not considered as exclusion criteria. All children were suggested avoidance of junk food and drinks, taking enough water during day time, three hour of fasting interval before sleep, bathroom visit just before sleep, to be awakened by parents before they sleep if needed. If behavioral modifications were fail due to sleeping interval longer than eight hours, to be awakened by parents after 8 hours of sleep was also recommended. **RESULTS:** Three hundred and fiftyfour children diagnosed with MNE were enrolled in the study. Nearly half of the children were dry after behavioral modifications and (44,8%). One third of the children were not be able to try (27,5%) or continue (6,8%) the suggested lifestyle alterations. 20,6% of the patients did not show up for follow up. **CONCLUSION:** Lifestyle change for a child means lifesyle change for a family. Compliance problems related to lifestyle changes were thought to be a reflection for poor self-discipline rates in our society and general difficulty to change behavioral patterns. The study revealed that life style changes was succesfull in all bed wetters who are able to follow recommendations.

**Keywords:** nocturnal enuresis, children, lifestyle



**SB-14****Pediyatrik hastalarda mini perkütan nefrolitotominin güvenliği, etkinliği ve komplikasyonları: 327 böbrek ünitesi ile tek bir tersiyer merkez deneyimi**

Halil Tosun, Numan Baydilli, Deniz Demirci  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Pediyatrik hastalarda 14-20 Fr kılıfları kullanarak mini perkütan nefrolitotominin (PCNL) etkinliğini ve komplikasyonlarını değerlendirmek.

**MATERYEL VE METOD:** Şubat 2011 ile Ocak 2023 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle mini-PCNL uygulanan 291 pediyatrik hastanın (327 böbrek ünitesi) kayıtları demografik özellikleri, komplikasyonları, taşsızlık oranlarını, kimyasal analiz ve metabolik analiz sonuçları baz alınarak retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Vakaların yaş aralığı 9 ay ile 16 yıl arasında değiştiği gözlemlendi. Ortalama yaş  $6,1 \pm 4,9$  yıl, ortalama yaş 4 yıl olarak kayıt edildi. Ortalama taş yükü ise 200 mm<sup>2</sup> (min: 100; maks: 1600)'ydi. Taşların lokalizasyonuna baktığımız zaman ise en sık yerleşimin pelviste olduğu 157 (%48.1) olduğu gözlemlendi. Bunu sırasıyla alt kaliks taşları 70 (21.4%) ve çoklu kaliks yerleşimi gösteren taşların 54 (16.5%) izlediği gözlemlendi. Hastalara uygulanan cerrahiden sonra ilk muayenede taşsızlık oranının %80.5 olduğu ve bu oranın ek tedavi yöntemleri ile birlikte %87.7'ye yükseldiği gözlemlendi. Modifiye Clavien sınıflamasına göre toplam komplikasyon oranı %9.1 idi. Postoperatif taş analizi sonuçlarına bakıldığı zaman kalsiyum oksalat taşlarının hastaların %65,7'si ile en yüksek frekansa sahip olduğunu, ardından hastaların %25,7'si ile sistin taşlarının geldiği gözlemlendi.

**SONUÇ:** Mini-PCNL, pediyatrik böbrek taşlarının tedavisi için kullanılan makul komplikasyonlara sahip güvenli ve etkili bir prosedürdür. Çocuk böbrek taşı hastalarında taşsızlığın tamamen sağlanması için her türlü multidisipliner çaba gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek taşları, perkütan nefrolitotomi, minimal invaziv cerrahi, çocuk

## SB-15

**Pediyatrik hastalarda böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde retrograd intrarenal cerrahinin (RIRC) etkinliği ve güvenilirliği**

Halil Tosun, Numan Baydilli, Deniz Demirci  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Taş hastalığının cerrahi tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) kullanımı dünya çapında artmıştır ve çocuk yaş grubunda artık daha yaygın olarak uygulanmaktadır. Çocuk hastalarda böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde RIRC'nin etkinliğini ve güvenliğini 133 renal ünite üzerinde değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ ve YÖNTEMLER:** Veriler, Ocak 2015 ile Ocak 2023 arasında tutulan veri tabanından geriye dönük olarak analiz edildi. Taş hastalığı için RIRC uygulanan 133 renal ünitenin  $\leq 18$  yaşında hastalar dahil edildi. Taş boyutu ve taşsızlık oranı, ultrason ve veya düz kadın grafisi ile ayrıca gerekli durumlarda kontrastsız batın tomografisi kullanılarak değerlendirildi. 7.5 Fr Flexible üreterorenoskop (Flex X2, Storz) üreteral giriş kılıfı veya kılavuz tel üzerinden kullanıldı. Holmium lazer (Sphinx®) ile taş kırma işlemi, dusting ve pop-corn modları kullanılarak 200  $\mu$  lazer fiber ile yapıldı. Postoperatif komplikasyonlar, modifiye Clavien-Dindo sınıflandırmasına göre derecelendirildi. Ameliyat sonrası takılan çift J stentler 2-3 hafta sonra çıkarıldı. Stent çıkarılmasından 1 ay sonra çocuklar rezüdü taş parçaları açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması  $9,6 \pm 5,6$  yıl (12 ay-18 yıl) idi ve kadın erkek oranı 1:0,9 idi. Ortalama taş boyutu  $73,5 \pm 49,1$  mm<sup>2</sup> (15–250 mm<sup>2</sup>) idi. Hastaların %78,3 ameliyat öncesi stent kullanılarak pasif dilatasyon uygulandı. Taş yerleşim yeri üst kaliks (%9,4), orta kaliks (%17), renal pelvis (%23,6) ve alt kalikte (%38,7) idi. Hastaların %30 unda multipl taş vardı. Eşlik eden renal anomalilerin oranı %14,1 idi. Ortalama yatış süresi  $1,2 \pm 0,8$  gün (1-8 gün) idi. İşlem sonunda hastaların %97,2'inde stent yerleştirildi. İntraoperatif bir komplikasyon gözlenmez iken, hastaların %5'inde geçici yüksek ateş (Derece 1), %2'sinde antibiyotik gerektiren ateş vardı (Grade 2). Ameliyat sonrası sepsis gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlarla karşılaşılmadı. Stent çıkarıldıktan bir ay sonra ilk taşsızlık oranı %82,1 idi. 4 mm'den küçük rezüdü taşlar %2,8 oranında, 4 mm'den rezüdü taşlar %15,1 oranında tespit edildi. Ek prosedürer sonrası nihai taşsızlık oranı %86,7 idi. Taş analizi yapılabilen hastaların %68'si kalsiyum oksalat, %28,1'i sistin ve %3,1'i ürik asit taşı saptandı.

**SONUÇ:** Çalışmamız, uygun koşullarda pediyatrik hastalarda minimum morbidite ile yüksek bir taşsızlık oranına ulaşabileceğini göstermektedir. RIRC'nin başarı oranı artan tecrübe ile artık çocuklarda böbrek taşlarının tedavi seçenekleri arasında ESWL ve PNL yöntemleri ile birlikte yer almıştır.

**Anahtar Kelimeler:** retrograd intrarenal cerrahi, böbrek taşı, fleksible üreteroskopi,

## SB-16

### **Pedriatrik yaş grubundaki hastalarda 5-10mm taşlarda en iyi tedavi yaklaşımı nedir? Takip mi tedavi mi?**

Alkan Oktar, Ezel Aydoğ, Efe Semetey Oğuz, Elif İpek Aksoy, Furkan Özsoy, Fatih Özkaya, Mehmet Erol Maraş, Serhat Erkmn  
Ankara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Pedriatrik grupta özellikle infantlarda taş hastalığı tedavi modaliteleri çalışmalarının sayısının azlığı dikkat çekmekte. Prospektif randomize araştırmaların eksikliği sebebiyle, ESWL daha etkili bir role sahipken, pedriatrik hastalar için genel tedavi yetişkinlerle hemen hemen aynıdır.

**METOD:** Bu prospektif çalışmada kliniğimize Ocak 2018-Nisan 2022 arasında başvuran 5-10mm renal taş saptanan 136 hasta iki grup halinde randomize edilerek incelendi. Tedavi edilen hastaların bulunduğu gruba ultrason değerlendirmesi dışında metabolik değerlendirme ve düşük dozda bilgisayarlı tomografi çekildi. ESWL, alt pol taşları ve başarısız ESWL öyküsü olmayan hastalarda ilk tercih olarak seçildi. Üreter kalibrasyonuna göre ikinci seçenek olarak URS veya PCNL tercih edildi. Grade 2 hidronefroz veya ateşli İYE izlenmediği durumlarda kontrol grubuna herhangi bir tanısal tetkik veya cerrahi yaklaşım yapılmadı. İstatistiksel analiz için iki örneklem t-test kullanıldı.

**BULGULAR:** Tüm hastalar 2 aylık periyotlarda takip edildi. Kontrol grubundaki hastaların %23'ü (n=16). üreter obstrüksiyonu sebebiyle ESWL tedavisine yönlendirildi. Hastaların %50'sinde (n=34) taşların spontan pasajı herhangi bir komplikasyon gelişmeksizin gerçekleşti. İnfant dönemin sonunda iki grup arasında böbrek fonksiyonları açısından anlamlı fark saptanmadı.

**SONUÇLAR:** 5-10mm arası taşlar infantlarda grade 2 veya daha fazla hidronefroza sebep olmuyorsa ve ateşli İYE izlenmiyorsa rahatlıkla girişimsiz takip edilebilir, ileri metabolik değerlendirme yapılması gerekmez.

**Anahtar Kelimeler:** Taş, Böbrek Taşı, Ürolitiazis, ESWL, URS, PCNL

## SB-17

### Çocuk Hastalarda Endoskopik Böbrek ve Üreter Taşı Cerrahisinin Renal Kan Akımı Üzerine Etkisinin Renal Renkli Doppler Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışma

Fevzi Batuhan Topbaş<sup>1</sup>, Çağrı Akın Şekerci<sup>1</sup>, Efe Soydemir<sup>2</sup>, Özge Yapıcı<sup>2</sup>, Serkan Akbaş<sup>2</sup>, Selçuk Yücel<sup>1</sup>, Tufan Tarcan<sup>1</sup>, Yılören Tanıdır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Böbrek taşlarının endoskopik tedavisi sırasında kullanılan irrigasyon sıvısının toplayıcı sistemde basınç artışına neden olduğu bilinmektedir ve 30-45 mmHg basınçlarda piyelorenal reflünün başladığı gösterilmiştir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda bu cerrahilerin resistif indeksi (Rİ) etkilediği raporlanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla çocuk hasta grubunda endoskopik taş cerrahilerinin renal kan akımı parametreleri üzerine etkisi araştıran bir çalışma yoktur. Bu çalışmada, çocuklarda uygulanan endoskopik taş cerrahilerinin renal perfüzyon ve kan akımı üzerine etkilerinin renal renkli Doppler ultrasonografi (RRDUSG) ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamıza supin perkütan nefrolitotomi (PNL), retrograd intrarenal cerrahi (RİRC), üretoskopi (URS), endoskopik kombine intrarenal cerrahi (EKİRC) operasyonu yapılan 0-18 yaş arası hastalar dahil edildi. Hastalara operasyondan 1-3 gün önce, postoperatif 1. gün ve postoperatif 1. ay RRDUSG yapıldı. Ultrasonografide pik sistolik hız (PSV) ve end-diastolik hız (EDV) ölçüldü. Rezistif indeks (PSV-EDV)/PSV formülü ile hesaplandı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı ve diğer özellikleri, taşın özellikleri, operasyonda kullanılan ekipmanların özellikleri, cerrahi sonuç ve komplikasyonlar kaydedildi. RRDUSG parametreleri tüm hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası ile ipsilateral ve kontralateral böbrek arası karşılaştırıldı. Ardından cerrahi tiplerine göre alt gruplar oluşturularak benzer karşılaştırma tekrar yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 45 hastanın 15'i (%33,3) kız, 30'u (%66,7) erkekti ve yaş ortalaması ortalama 8,71±3,98 yıldı. Toplamda 13 hastaya (%28,8) PNL, 11 hastaya (%24,4) RİRC, 12 hastaya (%26,7) URS, 9 hastaya (%20) ise EKİRC yapıldı. Taşların maksimum çapı 11,39±6,55 mm ölçüldü, maksimum Hounsfield ünitesi (HU) değerleri ise 1132,88±491,79'du. Hastaların %28,9'unda (n=13) Clavien Dindo (CD) 1 ve/veya 2 komplikasyon gelişti, hiçbir hastada CD 3 ve üzeri komplikasyon görülmedi. Operasyonun yapıldığı taraf böbrekte preoperatif, postoperatif erken dönem ve postoperatif 1. ayda yapılan RRDUSG'lerde renal ve segmental/arkuat arter PSV, EDV ve Rİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1). İpsilateral böbrekle kontralateral böbreğin RRDUSG parametrelerini karşılaştırdığımızda, preoperatif dönemde, postoperatif erken dönemde ve postoperatif 1. ay ölçümlerinde anlamlı fark görülmedi. Operasyon türlerine göre sınıflandırdığımızda; PNL, RİRC, URS ve EKİRC operasyonlarının hiçbirinin preoperatif ve postoperatif ölçümlerinde RRDUSG parametrelerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ve Rİ değerlerinin ortalamasının her dönemde 0,7 eşik değerinin altında olduğu görüldü. Preoperatif DJ stent takılmayan hastalarda postoperatif 1. aydaki ortalama segmental arter PSV ve EDV değerleri sırasıyla 37,01 ve 14,1'ken DJ takılan hastalarda sırasıyla 29,05 ve 10,995 bulundu, DJ stent takılmayan hastalarda bu değerler DJ stent takılmış olanlara göre anlamlı olarak düşüktü (PSV için p:0,031 EDV için p:0,041).

**SONUÇ:** Mevcut literatürde bu konuyla ilgili çalışmaların hepsi erişkin hastalarla yapılmış olsa da çalışmaların bazılarında PSV, EDV veya Rİ değerlerinin operasyondan sonra yükselebildiği görüldü. Ancak, çalışmaların neredeyse tamamı bu değerlerin güvenli aralığın dışına çıkmadığını gösterdi. Çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşıldı. Çocuk hastalarda da bu parametrelerin hem operasyon öncesi ve sonrası, hem de operasyon tarafıyla karşı taraf böbreği kıyaslandığında anlamlı fark oluşturmadığı izlendi. Dolayısıyla çocuk hastalarda bu cerrahilerin renal vaskülarizasyona zarar vermeden güvenle uygulanabileceği sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik ürolitiazis, perkütan nefrolitotomi, renal renkli Doppler ultrasonografi, üreterorenoskopi

**Tablo 1. Operasyonun yapıldığı taraf böbreğinin preoperatif, postoperatif erken dönem ve postoperatif 1. ay RRDUSG verilerinin karşılaştırması**

**Tablo 1.** Operasyonun yapıldığı taraf böbreğinin preoperatif, postoperatif erken dönem ve postoperatif 1. ay RRDUSG verilerinin karşılaştırması

	Preop		Postop Erken		Postop 1. Ay		P Değeri
	Median	Min-Maks	Median	Min-Maks	Median	Min-Maks	
Segmental PSV	30,41	16,05-79,8	30	18-94,47	33,46	16,4-98,89	0,664
Segmental EDV	11,2	5,07-39,16	11,66	5,46-39,6	11,95	5,9-40,42	0,761
Segmental Rİ	0,62	0,38-0,75	0,61	0,46-0,76	0,63	0,43-0,78	0,283
Renal PSV	88,9	32,4-159,6	72	34,6-199,81	79,75	34,9-194,06	0,600
Renal EDV	30,84	8-67,9	27	11,4-64,5	25,69	10,3-73,14	0,978
Renal Rİ	0,65	0,48-0,81	0,65	0,49-0,86	0,66	0,47-0,88	0,508

*PSV: Pik sistolik hız, EDV: End-diyastolik hız, Rİ: Rezistif indeks*

## SB-18

## Çocuk Hastalarda Rertograd İntrarenal Cerrahi Sonucuna Yaşın Etkisi

Yavuz Mert Aydın<sup>1</sup>, İevlent Turan<sup>2</sup>, Khatai Gurbanlı<sup>2</sup>, Onur Kaygısız<sup>2</sup><sup>1</sup>Nevruz Erez İğdır Devlet Hastanesi, Üroloji, İğdır<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Çocuk hastalarda yaş gruplarına göre RIRS (Retrograd intrarenal cerrahi) başarısı ve komplikasyonu arasında fark olup olmadığını incelemek.

**MATERYAL-METOD:** Şubat 2010 ve Ocak 2022 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan 102 çocuğun verileri retrospektif olarak analiz edildi. Nefrokalsinozis nedeniyle taşsızlık durumu değerlendirilemeyen, böbrek anomalisi ve iskelet anomalisi olan çocuklar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 91 çocuk dahil edildi. Çocuklar 0-5 (grup 1), 6-12 (grup 2) ve >12 yaş (grup 3) olarak gruplara ayrıldı. Gruplar arasında taşsızlık ve komplikasyon açısından fark olup olmadığı analiz edildi.

**BULGULAR:** Tanımlayıcı bilgiler Tablo 1’ de verilmiştir. Çocukların 44’ ü erkekti. 52 çocukta taş sol taraftaydı. Median taş boyutu açısından gruplar arasında fark yoktu ve sırasıyla 11,5-11-12 şeklindeydi. Taşsızlık grup 1’de 31 (%83,8) hastada, grup 2’de 30 (%85,7) hastada ve grup 3’ te 13 (%68,4) hastada sağlandı. Grup 1’ de 6 (%16,2) hastada ve grup 2’ de 3 (%8,6) hastada komplikasyon gözlenirken grup 3’te komplikasyon saptanmadı. Taşsızlık ve komplikasyon açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p değerleri sırasıyla: 0,263 ve 0,180). (Tablo 2)

**SONUÇ:** Pediatrik RIRS vakalarında başarı yaş grupları arasında farklılık göstermemektedir. Komplikasyon oranları küçük yaş grubunda daha fazla olma eğiliminde olmasına rağmen; çalışmamızda anlamlı fark tespit edilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** RIRS, böbrek taşı, çocuk hasta

Tablo 1

	Grup 1 (n=37)	Grup 2 (n=35)	Grup 3 (n=19)	p değeri
Cinsiyet (erkek, %)	17 (%45,9)	19 (%54,3)	8 (42,1)	0,645
Taraf (sol, %)	21 (%56,8)	22 (%62,9)	9 (%47,4)	0,546
VKİ kg/m <sup>2</sup> (median, min.-maks.)	15,2 (12,9-39,2)	16,9 (11,5-30,3)	23 (14,6-34,9)	<0.001
Yaş yıl (median, min.-maks.)	3 (1-5)	9 (6-12)	15 (13-17)	<0.001
Taş Boyutu mm (median, min.-maks.)	11,5 (4-25)	11 (5-30)	12 (4-30)	0.959

Tablo 1

Yaş subgruplarına göre RIRS sonuçlarının analizi

	Grup 1 (n=37)	Grup 2 (n=35)	Grup 3 (n=19)	p değeri
taşsızlık	31 (%83,8)	30 (%85,7)	13 (%68,4)	0,263
komplikasyon	6 (%16,2)	3 (%8,6)	0 (%0)	0,180

tablo 2

**SB-19****Pasif Dilatasyon Sonrası Uygulanan Pediatrik Retrograd İntrarenal Cerrahi Sırasında Basınç Profili: İlk Rapor**

Levent Turan, Khatai Gurbanlı, Onur Kaygısız  
Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Pasif dilatasyon sonrası böbrek taşına üreterorenoskopik lazer litotripsi işlemi uygulanan çocuklarda intrapelvik basıncın değerlendirilmesi ve intrapelvik basıncı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Eylül 2022 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında, daha önce JJ stent takılmış ve en az 2 haftalık pasif dilatasyon süresi sonrası RIRS yapılan 8 pediatrik hastanın renal pelvis basınçları ölçüldü. Kılavuz telin yanından iki ucu açık 3 F üreter katateri renal pelvise yerleştirildi. Üreter kataterinin distali arteriyel basınç dönüştürücü ile anestezi monitörüne bağlandı (Şekil-1). Renal pelvis basıncı dakikada bir kez kaydedildi. Kılavuz tel üzerinden fleksibl renoskop ile bobrağa ulaşıldı. Taşa lazer litotripsi işlemine başlamadan ve çalışma kanalına lazer probu takılmadan önce renal kaliksler fleksibl renoskop ile haritalama yapılarak kontrol edildi. Yaklaşık 3dk süren haritalama işleminde ölçülen basınçların ortancası, mapping basıncı olarak kaydedildi. Ardından lazer probu fleksibl renoskopun içine yerleştirildi ve taşa lazer litotripsi işlemine başlandı. Litotripsi sırasında ilk 5dk mesane drenajı yapılmazken 5.dk da erkek çocuklarda suprapubik katater, kız çocuklarında transüretral feeding kateter ile yardımı ile mesane drene edildi, İlk 5 dk da kaydedilen basınçların aritmetik ortalaması

mesane ortalama basıncı, 5.dk dan sonraki basınç ise boş mesane ortalama basıncı olarak kaydedildi. Litotripsiye başladıktan sonra vaka boyunca ölçülen tüm basınçların ortancası, ortanca renal pelvis basıncı olarak kaydedildi. RIRS sırasında su puarının güçlü sıkılması sonucu ölçülen en yüksek basınç, en yüksek renal pelvis basıncı olarak kaydedildi. Su puarı sıkılmadığı zamanda ölçülen en düşük basınç, en düşük renal pelvis basıncı olarak kaydedildi. Su puarı güçlü sıkıldığında oluşan ortanca basınç artışı, puar ile ortanca pelvis basınç artışı olarak hesaplandı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 9.6(3-17) idi. Çocukların 4' ü erkekti. 4 çocukta taş sol taraftaydı. 5 hastanın grade 0-1 hidronefrozu, 3 hastanın grde 2-3 hidronefrozu vardı. 3 hastanın taşı alt polde, 3 hastanın

taşı üreteropelvik bileşkede, 2 hastanın taşı pelvisteydi. Basınç profili tablo 1'de gösterilmektedir. İntrapelvik ölçülen en yüksek basınç çocuk yaşı ile ters orantılı izlendi( $\rho$ :-0.712,  $p=0.048$ ).

Tüm hastalarda mesane drenajı sonrasında renal pelvis basıncında düşüş izlendi( $p=0.012$ ). Taş lokalizasyonu, VKİ, taş dansitesi, hidronefroz derecesi, pasif dilatasyon süresi, ameliyat süresi ile basınçlar arasında anlamlı korelasyon izlenmedi.

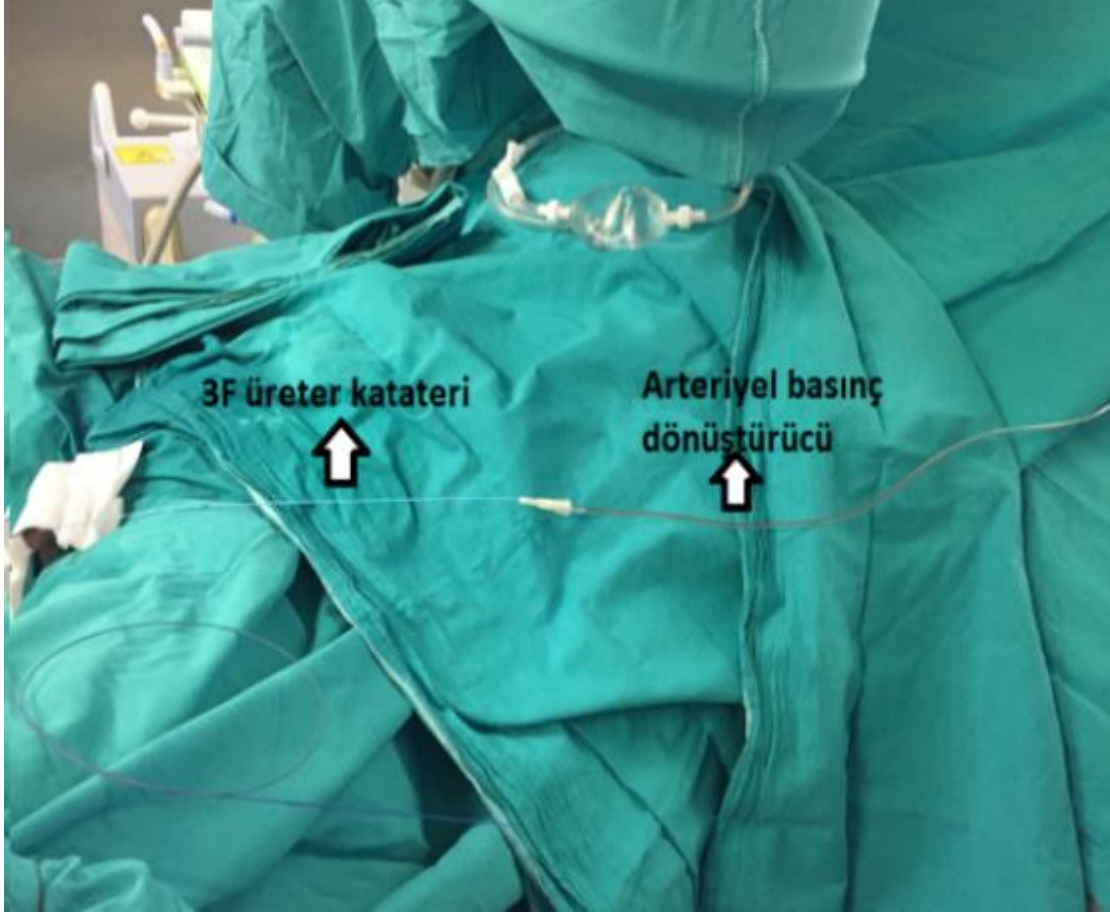
**SONUÇ:**

Çocuk RIRS vakalarında maksimum basıncın küçük yaşta daha fazla olması bu yaş grubunda

daha dikkatli olmayı gerektirir. Mesanenin drene edilmesi basıncı belirgin azalttığı için tüm pediatrik hastalarda uygulanmasının gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** RIRS, Böbrek taşı, Renal pelvis basıncı

**resim 1**



**resim 2**





**Tablo 1 Hastaların basınç değerleri**

Ortanca giriş basıncı (mmHg) (Litotripsi öncesi lazer probu yokken ölçülen)	Ortanca kontrol basıncı (lazer probu girdikten sonra) (mmHg)	Ortanca en yüksek pelvis basıncı (mmHg) (Su puarı sıkıldığında ölçülen)	Ortanca en düşük pelvis basıncı (mmHg) (Su puarı sıkılmadığında ölçülen)	Dolu mesane ortalama basıncı (mmHg)	Boş mesane ortalama basıncı (mmHg)	Ortalama pelvis basıncı(mmHg)
39(16-60)	36(21-54)	70(61-257)	20(17-54)	60(41-110)	20(17-54)	48(37-99)

SB-20

## Çocuk Retrograd İntrarenal Cerrahisinde Pasif Dilatasyon İhtiyacını Öngörebilir miyiz? İki Merkezli Çalışma

Onur Kaygısız<sup>1</sup>, Hakan Kılıçarslan<sup>1</sup>, Mehmet Serkan Özkent<sup>2</sup>, Levent Turan<sup>1</sup>, Mehmet Mesut Pişkin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Konya Şehir Hastanesi, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya

**AMAÇ:** Çocuk retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında yaklaşık yarısında üreterde darlık nedeniyle pasif dilatasyon amacıyla DJ stent takılmakta ve işlem ikinci seansa kalmaktadır. Bu çalışmada çocuk RIRS sırasında pasif dilatasyon gereken çocukları ameliyat öncesi tespit etmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çocuk RIRS'ta deneyimli iki merkezden 172 renal sistem çalışmaya alındı. Pasif dilatasyon amacı dışında planlı DJ stent takılan 20 renal sistem çalışma dışı kaldı. 152 renal sistemde çalışmada kaldı. RIRS öncesi DJ stent takılmayan renal istemler Grup 1'i, takılan renal sistemler Grup 2'yi oluşturdu. Grupların verileri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çocukların ortalama yaşı 7.94± 5 yıl idi. Renal ünitelerin 81'ine (%53.3) işlem öncesi DJ stent takılmıştı. Gruplar arasında cinsiyet, taraf, taş boyutu, taş lokalizasyonu, multipl taş varlığı, hidronefroz derecesi açısından gruplar arasında fark yoktu. Ameliyat öncesi idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olmayan hastaların %48.7'sinde işlem öncesi DJ stent uygulanırken, aynı oran İYE hikayesi olanlarda %66.7 idi (p=0.047). Aynı sistemde taşa müdahale hikayesi olmayanlarda RIRS öncesi DJ stent uygulama oranı %34.1 iken, bu oran müdahale hikayesi olanlarda %75.7 idi. Ortalama yaş Grup 1'de Grup 2'ye göre anlamlı yüksek idi (Grup 1: 9.53± 5.1, Grup 2: 6.54± 4.6, <0.001). ROC analizi ile yaş için eşik değer 7.5 yıl olarak belirlendi (0.669). Eşik yaşın altında RIRS öncesi DJ stent uygulanma oranı(52/78) %66.7 iken eşik yaş üstünde bu oran (29/74) %39.2 idi (p<0.001). Hastaların ameliyat öncesi kontrastsız tomografilerinden proksimal üreter çapları ölçülmüştür. Grup 2'de üreter çapı 3.5(1.06-9.3) mm, Grup 1 hastalarında ise 4(1.09-8)mm idi. Proksimal üreter çapı pasif dilatasyon grubunda daha küçük izlendi(p=0.041)

**SONUÇ:** Daha önce aynı taraf taşa müdahale olması ve hastanın yaşının küçük olması(7 yaş ve altı) RIRS öncesi DJ stent takılma ihtimalini arttırmaktadır. Ayrıca proksimal üreter çapının küçük olması pasif dilatasyon açısından uyarıcı niteliktedir. Bu çocuklarda tedavi planı yaparken birden fazla anestezi ihtiyacının olduğu gözönünde bulundurularak tedavi planı yapmak uygun olacaktır.

**Anahtar**

**Kelimeler:** rirs,

böbrek

taşı,

çocuk

hasta

SB-21

## Okul Öncesi Çocukların Böbrek Taşlarında Retrograd İntrarenal Cerrahi Tedavisinin Etkinliği

Ömer Faruk Çavdar, Ömer Faruk İnce, Eren Erol, Nurullah Altinkaya, Mehmet Mesut Pişkin  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**AMAÇ:** Çocukluk çağı böbrek taşlarının tedavisinde günümüzde retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) literatürde yerini almaktadır. Bu çalışmada okul çağı öncesi çocuklarda kliniğimizde yapılan RIRC uygulanan olguların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

### GEREÇ

Ocak 2015 ile Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimizde okul öncesi dönemdeki çocuklarda (0-6 yaş) RIRC yapılan 40 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. 4 hastada eş zamanlı üreter taşı da bulunduğu için değerlendirme dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, taşın yeri ve boyutu, postoperatif taşsızlık oranı, operasyon ve hastanede kalış süresi, operasyon öncesi ve sonrası stent kullanımı, floroskopi süresi, ortalama taş dansitesi ve komplikasyon oranları kayıt altına alındı. Preoperatif değerlendirmede non-kontrast bilgisayarlı tomografi, ultrason ve direkt üriner sistem grafisi kullanıldı. Taşsızlık değerlendirilmesi DJ stent çıkarıldıktan 1-3 ay sonra USG-DÜSG ile yapıldı. 3 mm üstü kalkül varlığı başarısızlık olarak kabul edildi. Postoperatif DJ stent takılan hastaların stentleri 2-4 hafta sonunda çıkarıldı.

### YÖNTEM:

**BULGULAR:** RIRC uygulanan 36 hastanın 19'si erkek, 17'i kız, ortalama yaşları 2.7 yıl (1-6), ortalama hastanede kalış süreleri 2.5 gün idi (1-10). Ortalama taş boyutu 11.1 mm, ortalama operasyon süresi 71.5 (45-110) dk, floroskopi süresi 7.9 (5-40) sn, ortalama taş dansitesi 885 (250-1250) HU idi. 24 hastaya preoperatif DJ stent yerleştirildi (%66.6). Taşsızlık oranı tek seans sonunda %83 idi. Rezidü taşı olan 4 hastaya 2. seans RIRC uygulandı. 2 hasta ise takip edilmeye karar verildi. Modifiye Clavien sınıflamasına göre 9 (% 24 ) hastada komplikasyon izlendi. Bunların 7'si grade 1 (ateş,yan ağrısı,hematüri), 2'i ise grade 2 (sistemik inflamatuvar cevap) idi.

**SONUÇ:** Çocukluk çağında olduğu gibi, okul öncesi dönemde de böbrek taşlarına uygulanan RIRC işlemi etkili, güvenli, düşük morbiditeye sahip, etkin bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Stone disease, management, retrograde infrarenal surgery, children

SB-22

## Sistin Taşı Olan Çocuklarda Perkütan Nefrolitotomi: Tek Merkezde 23 Yıllık Deneyimimiz

Elif Altınay Kırılı, Göktuğ Kalender, Kadir Can Şahin, Bülent Önal  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

**Amaç:** Sistin taşı olan hastalara tek merkezde 23 yıldır uygulanan perkütan nefrolitotomi (PCNL) deneyimimizi ve bu cerrahi tekniğin etkinliğini sunmayı amaçladık.

### Gereç

ve

### Yöntem

Bu amaç ile 2000-2023 yılları arasında sistin taşı nedeniyle PCNL uygulanan hastaların arşiv verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Takipsiz olanlar çalışma dışı bırakıldı. Dahil edilen 75 hastaya ait demografik özellikler, taş karakteristiği ve perioperatif veriler, seans başarısı, komplikasyonlar ve takip açısından değerlendirildi. Ayrıca ilk seans PCNL (grup 1) ve tekrarlayan PCNL seansları (grup 2) arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak değerlendirildi. Taşsızlığın sağlanması başarı olarak, üriner sistemin herhangi bir yerinde, klinik olarak önemsiz kabul edilen tüm boyutlar da dahil taş varlığı başarısızlık olarak kabul edildi. İzlemede, taş boyutunun  $\geq$ %50 artışı yeniden büyüme kabul edildi. Komplikasyonlar, Clavien-Dindo sınıflama sistemine göre değerlendirildi. Tüm hastalara tanı anından itibaren uygun tıbbi tedavi başlandı.

**Bulgular:** Belirtilen sürede 75 hastaya ait 91 renal üniteye (RÜ) 119 PCNL seansı uygulandı. PCNL öncesi 15(%13) vakada ipsilateral ekstrakorporeal şok dalga litotripsi, 9(%8) vakada da ipsilateral RÜ'ye üreterorenoskopi yapıldı. 72(%61) vakada ise PCNL o renal üniteye yapılan ilk minimal invaziv girişimdir. Hastaların ortanca taş yükü 3,6(3-5,2) cm<sup>2</sup>'dir. Toplam PCNL başarı oranının % 64 (n=76) olduğu, eş zamanlı uygulana endoskopik prosedürlerle bu oranın %81(n=96)'e yükseltildi. Komplikasyon oranı %15(n=18)'tir. İlk seans ve tekrarlayan seanslar karşılaştırıldığında ortalama cerrahi süresi ve ortalama skopi süresi grup 1'de daha kısadır (p=0.03; p=0.026). Grup 1'de başarı oranı ek girişimlerle daha yüksekken (p=0.02), postoperatif üriner sistem enfeksiyonu oranı ve komplikasyon sıklığı anlamlı olarak düşüktü (p=0.02; p=0.042) (Tablo 4). Başarılı PCNL sonrası nüks oranı %54(n=52) iken başarısız PCNL sonrası izlem kararı verilen hastalarda taşta büyüme saptanan hasta oranı %70(n=16)'tir. Tüm grupta ortanca takip süresi 199 (121-238) aydır. Takipleri boyunca hipertansiyon ve/veya renal fonksiyonda azalma saptanan 19 hastanın 16(%84)'sına tekrarlayan PCNL seansları uygulandığı görüldü.

### Tartışma

ve

### Sonuç

PCNL, sistin taşı olan çocuklar için güvenli ve etkili bir tedavidir. Nüks veya rezidü taş boyutunun büyüme oranlarının ve renal fonksiyonda azalma saptanan hastalarının oranlarının yüksekliği tedavi algoritmalarının tekrarlayan sistin taşlarını önlemede yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Tekrarlayan girişimler sonrası, cerrahi süreleri uzamakta, cerrahi başarısı olumsuz etkilenmekte ve komplikasyon oranları artmaktadır. Aynı seansta ek endoskopik girişimlerin de uygulanması ile taşsızlığın sağlanabilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** pediatrik taş hastalığı, sistin taşı, sistinüri, perkütan nefrolitotomi, böbrek taşı

**Tablo 1. Hastalara ait demografik bilgiler****Tablo 1.** Hastalara ait demografik bilgiler

Hasta sayısı (n = 75)	
Ortanca yaş* (yıl)	6 (3-14)
Cinsiyet	
Erkek	42 (56)
Kız	33 (44)
Aile Öyküsü	22 (29)
Akraba Evliliği	15 (20)
Tanı anında bilateral tutulum	25 (33)
Ortanca takip süresi, (ay)	199 (121-238)

Not: Sayısal veriler, ortanca (çeyrekler açıklığı 25-75) olarak verilmiştir.  
(\* ) İlk perkütan taş cerrahisinin uygulandığı yaş.

**Tablo 2. Taşa ait özellikler****Tablo 2.** Taşa ait özellikler

Renal Ünite (n = 119)*	
Tanı anında bilateralite	25(33)
Taraf	
Sağ	59 (50)
Sol	60 (50)
Yerleşim	
Kaliks	26(22)
Alt kaliks	10(9)
Orta kaliks	7(6)
Üst kaliks	9(7)
Renal pelvis	16 (13)
Parsiyel kalisyel staghorn	8 (7)
Komplet kalisyel staghorn	15 (13)
Çoklu	54 (45)
Ortanca taş yükü (cm <sup>2</sup> )	3,6 (3-5,2)
Ortanca Hounsfield Ünitesi (HU)	600 (580-631)

Not:Sayısal veriler, ortanca (çeyrekler açıklığı 25-75) olarak verilmiştir. (\* ) Perkütan nefrolitotomi sayısı baz alınarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3. Perioperatif ve postoperatif özellikler**

Tablo 4. İlk ve tekrarlayan PCNL seansları arasındaki farklılıklar

	İlk PCNL seansı n = 72 (61)	Tekrarlayan PCNL seansı n = 47 (39)	p değeri
Ortanca cerrahi süresi, (dk)	90 (75-140)	140 (90-180)	0,003♣
Ortanca skopi süresi, (sn)	220 (125-400)	350 (180-550)	0,026♣
Taşsızlık	49 (68,05)	27 (57,44)	0,239♦
Aynı seansta ek girişim ile taşsızlık	63 (87,5)	33 (70,21)	0,02♦
Post-operatif üriner sistem enfeksiyonu	9 (12,5)	17 (36,2)	0,02♦
Ayaktan tedavi edilen	8 (11,1)	14 (29,8)	
Yatırılarak tedavi edilen	1 (1,4)	3 (6,4)	
Komplikasyon*			0,042♦
Clavien derece 2	4 (5,55)	8 (17)	
Clavien derece 3a	1 (1,4)	0 (0)	
Clavien derece 3b	2 (2,8)	3 (6,4)	
Ortanca yatış süresi (gün)	3 (3-4)	3 (3-5)	0,07♣

Not:Sayısal veriler, ortanca (çeyrekler açıklığı 25-75) olarak verilmiştir. (\*) Clavien-Dindo Sınıflamasına göre ♣ Mann Whitney-U, ♦Pearson Chi-Square

Tablo 4.

Tablo 4. İlk ve tekrarlayan PCNL seansları arasındaki farklılıklar

	İlk PCNL seansı n = 72 (61)	Tekrarlayan PCNL seansı n = 47 (39)	p değeri
Ortanca cerrahi süresi, (dk)	90 (75-140)	140 (90-180)	0,003♣
Ortanca skopi süresi, (sn)	220 (125-400)	350 (180-550)	0,026♣
Taşsızlık	49 (68,05)	27 (57,44)	0,239♦
Aynı seansta ek girişim ile taşsızlık	63 (87,5)	33 (70,21)	0,02♦
Post-operatif üriner sistem enfeksiyonu	9 (12,5)	17 (36,2)	0,02♦
Ayaktan tedavi edilen	8 (11,1)	14 (29,8)	
Yatırılarak tedavi edilen	1 (1,4)	3 (6,4)	
Komplikasyon*			0,042♦
Clavien derece 2	4 (5,55)	8 (17)	
Clavien derece 3a	1 (1,4)	0 (0)	
Clavien derece 3b	2 (2,8)	3 (6,4)	
Ortanca yatış süresi (gün)	3 (3-4)	3 (3-5)	0,07♣

Not:Sayısal veriler, ortanca (çeyrekler açıklığı 25-75) olarak verilmiştir. (\*) Clavien-Dindo Sınıflamasına göre ♣ Mann Whitney-U, ♦Pearson Chi-Square

İlk ve tekrarlayan PCNL seansları arasındaki farklılıklar

**SB-23****Çocuk taş hastalığında yeni trend: Supin mini PNL**Ali Sezer

Konya Şehir Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Kliniği, Konya

**GİRİŞ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL), kompleks ve büyük taşları olan çocuklarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Erişkin uygulamalarından edinilen deneyimlerle birlikte supin PNL çocuklarda da giderek daha fazla uygulanmaktadır.

**AMAÇ:** Çocuk taş hastalarında uyguladığımız supin mini PNL sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

**HASTALAR ve METOD:** Ocak 2022 ve Mayıs 2023 tarihleri arasında kliniğimizde supin mini PNL (14 fr) girişimi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri ile preoperatif görüntülemelerine dayalı taş sayısı, yerleşimi, boyutu ve hidronefroz derecesi kaydedildi. Operasyon bulguları, başarı oranı ve komplikasyonlar incelendi. Taşsızlık kontrolü 3. ayda ultrasonografi ile yapıldı.

**BULGULAR:** Supin mini PNL yapılan renal anomalisi olmayan 14 erkek, 21 kız toplam 35 hastanın ortalama yaşı 9,1 (1-17 yıl) idi. Başvuru sırasında 16 hastada ağrı, 9 hastada ateş, 5 hastada hematüri mevcutken 5 hasta asemptomatikti. Ortalama taş yükü 25 mm (10-60 mm) idi. Taş yerleşimleri 1 hastada üst kaliks, 3 hastada alt kaliks, 14 hastada pelvis, 17 hasta çoklu kaliks/staghorn şeklindeydi. Hidronefroz derecesi 22 hastada grade 1-2, 13 hastada grade 3-4 saptandı. On üç hastaya kombine endoskopik intrarenal cerrahi uygulandı (%37,1). Ortalama operasyon süresi 70,3±17,8 dk, floroskopi süresi 1,43±0,6 dk idi. İşlem sonunda 3 hastaya nefrostomi (%8,5), 32 hastaya DJ stent (%91,5) yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Komplikasyonların çoğu destek tedavileri ile gerileyen minör karakterdeydi. Hiçbir hastada transfüzyon gereksinimi olmadı. İki hastaya postoperatif dönemde sebat eden idrar kaçağı nedeniyle DJ stent takıldı. Otuz üç hastada taşsızlık sağlandı (%94,2).

**SONUÇ:** Supin mini PNL çocuk hastalarda da düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranı ile uygulanabilir. Özellikle kompleks taşlarda; uygun hasta yaşı ve anatomik bulgular varlığında eşzamanlı retrograd erişime izin vermesi nedeniyle ek girişim gereksinimini azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek taşı, perkütan nefrolitotomi, supin

## SB-24

### Distal hipospadiasda cerrahi yöntemlerim ve sonuçların Snodgrass ve liateratürdeki oranlar ile karşılaştırılması

Özlem Hasdemir

Şanlıurfa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Şanlıurfa

**GİRİŞ:** Hipospdias her 200 doğumda bir görülen erkeklerin en sık görülen konjenital anomalilerinden biridir. Günümüzde en sık tercih edilen tubularize insize plate uretroplasti ( TIPU )dir. MAGPI, Mathieu, Koff, Thierch-Duphlay, GAP, Pyramid distal hipospadias cerrahisinde tercih edilen diğer yöntemlerden birkaçıdır.

**METHOT:** Urfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ürolojisi polikliniğimize 02.12. 2021 – 27.07.23 tarihleri arasında 20 ay süresince 182 distal hipospadias olgusu opere edilmiştir. Hastaların 74 tanesine TIPU, 73 MAGPI, 20 Mathieu, 6 Pyramid ve 9 hastaya meatotomi yapıldı. TIPU, MAGPI ve Mathieu yapılan hastaların post-op 2. gün sargıları açıldı. Meatotomi yapılan hastalar aynı gün,MAGPI, Pyramid ve Mathieu yapılanlar post-op 4-5. gün, TIPU yapılanlar 7- 8.gün sondaları çekilerek taburcu edildi.

**SONUÇLAR:** Meatotomiler dışlandıktan sonra hastalarımızda karşılaştığımız komplikasyonlar, üreto-kütanöz fistül 17, glans dehizens 5,üretal striktür 2 idi. Meatal stenoz gelişimi olmadı. Yara yeri enfeksiyonu 3 hastada gelişti.

**TARTIŞMA:** Sistematik review.da fistül %6, meatal stenoz %4, üretal striktür %1 idi. (1) Snodgrass kendi serisinde stirkür ve meatal stenoz olmaksızın glans dehizens ve fistülleri içeren komp. % 4 olarak belirtmiştir. (2) Bizim cerrahi methoda bakılmaksızın toplam fistül oranı %9.8 iken,glans dehizens % %2.8,üretal striktür % 1.1 idi. Toplam sekonder cerrahi gerektiren komplikasyon oranı % 13.8 idi. Meatal stenoz gelişimi hiç yoktu. Bizim serimizdeki komplikasyon oranların yüksekliği kendimizi daha iyiye götürme veya komplikasyonları azaltma konusunda bir taraftan kendimizi sorgulaturken diğer yönden Snodgrass'ın komplikasyon oranlarının çok düşük olması dikkat çekicidir.

### Kaynaklar

1. K L M Pfistermuller 1, A J McArdle 2, P M Cuckow 3 Meta-analysis of complication rates of the tubularized incised plate (TIP) repair, J Pediatr Urol. 2015
2. Warren T Snodgrass 1, Nicol Bush, Nicholas Cost Tubularized incised plate hypospadias repair for distal hypospadias, J Pediatr Urol 2010

**Anahtar Kelimeler:** Distal hipospadias, TIPU, MAGPI, Mathieu, Pyramid



**SB-25**

**Tek cerrah tarafından perifer bir merkezde yapılan distal hipospadias cerrahisi komplikasyonlarını belirlemede değişkenlerin analizi**

Derya Yayla<sup>1</sup>, Sevim Ecem Ünlü Ballı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Gaziantep

<sup>2</sup>Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, Gaziantep

**Giriş:** Distal hipospadias cerrahisinde Tübulerize insize plak üretroplasti (TIPU) çok başarılı bir tekniktir. Amacımız perifer bir merkezde bu ameliyatın komplikasyonlarını belirlemede değişkenlerin analizi edilmesidir.

**Yöntemler:** Aralık 2022- Ağustos 2023 tarihleri arasında Gaziantep ilinde distal hipospadiaslı 68 hasta tek cerrah tarafından TIPU tekniği ile ameliyat edildi. Hastaların hepsine çift kat üretroplasti ve üzerine dartos flebi yerleştirildi.

**Sonuçlar:** Ortalama 58 ay (11-234 ay), ortalama glans çapı 13.6 mm (11-21mm), coronal (n=12), subcoronal (n=49) ve midpenil (n=7) mea, 60'ı primer ve 8'i sekonder hipospadias, 48 türk ve 20 Suriyeli hastaya dartos flepleri (anterior (n=30), posterior(n=38)dan) kullanılarak TIPU uygulandı. Postoperatif yedi gün kateterle (35'i 8 Fr, 30'u 10 Fr, 3'ü 12 Fr) hastanede ve sonrasında ortalama 5.3 ay takip edildi. Genel komplikasyon oranı %32 (n=22); fistül (n=3) ve meatal stenoz (n=22). Meatal darlıkların %86'sı bir kez dilatasyonla iyileşme sağlanırken, minimal fistüller ise spontan kapanıp hastaların sadece 3'ünde meatotomi ihtiyacı oldu (tekrar cerrahi girişim gerektiren komplikasyon oranı %7.8). Komplikasyonun istatistiksel belirleyicisi sadece yaş ve primer -sekonder hipospadias olmasıydı (p <0.05). Glans çapı, meanın lokalizasyonu, etnik kökeni, kullanılan kateterin çapı, dartos flebinin anteriordan veya posteriordan alınması komplikasyonu anlamlı etkilemediği gözlemlendi.

**Sonuç:** Distal hipospadias tedavisinde TIPU tekniği başarılı ve düşük komplikasyon oranlarına sahiptir. Küçük yaşlarda ve daha önce hipospadias operasyonu geçirmemiş çocuklarda komplikasyon belirgin olarak çok azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Distal hipospadias, komplikasyonlar, tübulerize insize plak üretroplasti

SB-26

**Farklı yara pansumanlarının hipospadias onarımı yapılan ratlardaki yara iyileşmesi üzerine etkisi**Erman Ceyhan<sup>1</sup>, Eray Hasırcı<sup>1</sup>, Enis Kervancıoğlu<sup>1</sup>, Alev Ok Atılğan<sup>2</sup><sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Hipospadias cerrahisinin başarısı, iyi cerrahiye bağlı olduğu kadar cerrahi sonrası yara bakımına da bağlıdır. Hipospadias onarımı sonrasında her cerrah farklı yara bakım ürünü kullanmakta ve farklı şekilde pansuman yapmaktadır. Bu çalışmada rat hipospadias modeli üzerinde, farklı yara bakım ürünü kullanılarak yapılan pansumanların yara iyileşmesi üzerine etkisi araştırılmıştır.

**Materyal****ve****Metod**

Çalışma için erişkin Wistar albino cinsi 32 rat randomize olarak 4 gruba ayrılmıştır. Ratların distal üretraları ventral kesimde 6 mm uzunluğunda kesilmiş, kesilen alan 7 dikişle tekrar dikilmiştir. Ayrıca penisin dorsal yüzüne koter ile yanık alanı oluşturulmuştur. Ratların yarısına 7 gün, diğer yarısına 14 gün boyunca pansuman yapılmıştır. Hipospadias onarımı yapılan ratlardan Sham grubuna krem sürülmezken diğer gruplara Terramycin® göz merhemi, Sudokrem® ve Madecassol® ile günlük pansuman yapılmıştır. Tedavi bitiminde ratlar patolojik inceleme için sakrifiye edilmiştir. Yara alanı ve yanık alanını içeren örneklerin histopatolojik incelenmesinde H&E ve Masson Trikrom boyalı kesitlerde spongiofibrosis, inflamatuvar hücre yoğunluğu, konjesyon değerlendirilirken CD31 antikoruna boyalı immunhistokimyasal boyalı kesitlerde mikrovasküler yoğunluk (MVY) değerlendirilmiştir.

**Sonuçlar:** Spongiofibrosis, inflamasyon, konjesyon, re-epitelizasyon, kollajen birikimi, inflamatuvar hücre yoğunluğu ve MVY-CD31 açısından 7. günde gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). 14. güne ait preparatların patolojik inceleme sonuçları Tablo'da verilmiştir. Terramycin® ve Madecassol® gruplarında 14. günde tüm örneklerde tam re-epitelizasyon izlenmiştir ( $p=0,057$ ).

**Tartışma** Rat hipospadias modeli ile yapılan bu çalışmada Terramycin® göz merhemi, Sudokrem® ve Madecassol® kullanılarak yapılan pansumanlar sonucunda histopatolojik parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yara iyileşmesinin önemli bulgularından olan re-epitelizasyon ve kollajen birikimi için Terramycin® ve Madecassol® kullanımı daha avantajlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hipospadias, pansuman, rat, yara

## 14. güne ait preparatların histopatolojik bulguları

Tablo. 14. güne ait preparatların histopatolojik bulguları

Histopatolojik Bulgular		14.Gün Gruplar				Test İstatistikleri	
		Sham	Sudokrem®	Terramycin®	Madecasal®	Test değeri	<i>p</i> değeri
Yara Yeri Bulguları	<b>Spongiofibrozis, n (%)</b> Yok						
	Hafif (%1-10)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	$\chi^2=11,487$	0,149
	Orta (%11-49)	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	2 (50,0)		
	Şiddetli (%50-100)	1 (25,0)	2 (50,0)	3 (75,0)	1 (25,0)		
		3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	<b>İnflamasyon, n (%)</b>						
	Hafif (5-10)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	$\chi^2=6,666$	0,336
	Orta (11-50)	4 (100,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	3 (75,0)		
	Şiddetli (50 üstü)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (25,0)		
	<b>Konjesyon, n (%)</b>						
Yok	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2=11,152$	0,162	
Hafif (1-3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)			
Orta (3-6)	3 (75,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	1 (25,0)			
Şiddetli (6 üstü)	0 (0,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	2 (50,0)			
<b>MVY-CD31</b>							
$\bar{x}\pm ss$	3,0±2,16	7,5±5,06	2,25±1,25	10,0±7,61	$F=1,059$	0,402	
<i>M</i> (min-max)	3,5 (0-5)	5,5 (4-15)	2 (1-4)	9,5 (3-18)			
Yanık Alanı Bulguları	<b>Re-epitelizasyon, n (%)</b> %50'den fazla re-epitelizasyon					$\chi^2=8,197$	0,057*
	Tam re-epitelizasyon	3 (75,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
		1 (25,0)	1 (25,0)	4 (100,0)	4 (100,0)		
	<b>Kollajen birikimi, n (%)</b>					$\chi^2=6,242$	0,058*
	Hafif	0 (0,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Orta	0 (0,0)	1 (25,0)	4 (100,0)	4 (100,0)		
	<b>İnflamatuar hücre yoğunluğu, n (%)</b>						
Orta yoğunlukta	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	-	-	
<b>MVY-CD31, n (%)</b>							
Orta	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	-	-	

SB-27

**Komplike hipospadias olgularına yaklaşım: Yeni merkezde ilk sonuçlar**Ali Sezer, Bilge Türedi

Konya Şehir Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Kliniği, Konya

**GİRİŞ:** Başarılı hipospadias onarımında ilk cerrahi büyük önem taşır. Başarısız cerrahiler sonrası komplikasyon oranları artar ve yeniden onarım güçleşir.

**AMAÇ:** Kliniğimize başvuran, daha önce başarısız hipospadias ameliyatı geçirmiş hastalara tarafımızca yapılan girişimleri ve takiplerini sunmayı amaçladık.

**Hastalar ve METOD:** Mart 2021 ile Eylül 2022 tarihleri arasında ameliyat edilen komplike hipospadiaslı 15 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı 7,2 (2-18 yıl), geçirilmiş operasyon sayısı ortalaması 2 (1-6 kez) idi. Hastaların başvuru şikayetleri; işeme güclüğü ve bozukluğu, peniste eğrilik, kozmetik tatminsizlik ve çocuk sahibi olamama idi. Başvuru sırasında meatus lokalizasyonu hastaların 6'sında distal, 7'inde midpenil, 2'inde penoskrotal seviyedeydi. Hastaların önceki operasyonları 2 hastada çocuk ürolojisi uzmanı, 13 hastada ise çocuk cerrahisi uzmanı tarafından gerçekleştirilmişti. Üç hastaya iki aşamalı onarım (1 prepusyal, 2 bukkal greft ile), 6 hastaya Snodgraft onarımı (3 prepusyal greft, 3 bukkal greft), 4 hastaya fistülektomi, 2 hastaya ise meoplasti uygulandı. Beş hastada eşlik eden kordi onarımı (%33.3) yapıldı. İki hastada meatus koronal seviyede bırakıldı. Bilateral hidroüreteronefroz ve kronik böbrek hastalığı olan bir hastaya ve daha önce 6 kere opere olmuş distal penil seviyede meatus darlığı olan hastalara sadece meatoplasti uygulandı. Greftli ve aşamalı cerrahi yapılan 7 hastaya post operatif dönemde hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı. Major onarım yapılan 1 hastada glans ayrışması saptandı. Üç hastada üretral dilatasyona cevap veren stenoz mevcuttu. Bunlardan birinde eş zamanlı olarak pinpoint fistül de mevcuttu, Dilatasyon sonrası fistülde spontan düzelme izlendi. Takipte hastaların normal kalibrasyonda sorunsuz işeyebildikleri görüldü. Hiçbir hastada tekrarlayan kordi saptanmadı.

**SONUÇ:** Başarısız hipospadias ameliyatı sonrası yeniden onarım yapılması planlanan hastalarda, ailenin beklentisi, mevcut dokunun kalitesi ve yeterliliği, prepusyal dokunun varlığı ameliyat tipine karar vermede önemli parametrelerdir. Komplike onarımlarda, imkan dahilinde ise hiperbarik oksijen tedavisi uygulanabilir.

**Anahtar****Kelimeler:** greft,

hipospadias,

komplikasyon

SB-28

## Çocuklarda travma nedenli arka üretra darlıklarında perineal üretroplasti deneyimlerimiz

HALİL İBRAHİM ÇAM, Şinasi Yavuz Önel

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Çocuklarda üretral darlıklar çoğunlukla pelvik fraktür ve ata biner tarzda düşme ile oluşur. Bu çalışmada çocuklarda travma nedenli arka üretra darlıklarının perineal yaklaşımla onarımı konusunda deneyimlerimizi sunduk.

**YÖNTEM:** 1999-2019 tarihleri arasında 19 hasta değerlendirildi. 6 hasta önceden perineal üretroplasti, 3 hasta kaza sonrası hemen üretral realignment geçirmiş, fakat başarılı olunmamıştı. 4 hasta ata biner tarzda düşme, diğerleri pelvik travma geçirmişti. 10 hasta primer olarak başvurdu. Ayrıca ciddi mesane boynu yaralanması olan iki olgu çalışma grubuna alınmamıştır. Bütün hastalara antegrad ve retrograd üretrografi çekilmiştir. Mesane boynu intakt olan hastalarda arka üretranın kopma ve ayrılmalarında darlık uzunluğu bu yöntemle tamamen saptanamaz. Hastalara ameliyat esnasında sistostomi traktından ve üretradan uygulanan metal sondalar yardımıyla darlığın gerçek uzunluğu ve dislokasyon olup olmadığı saptanır. Sekonder olguların hepsinde ve primer olanların beşinde iyi bir uç uca anastomoz için inferior pubektomi yapılmıştır. Üretranın glansa doğru aşırı mobilizasyonundan kaçınılmıştır. Çünkü bu çocuklarda retrograd kan akımı gelişmediği için anastomozun iskemik nekrozuna neden olur. Cerrahi teknik: Normal litotomi pozisyonunda perineye ters y kesisi yapılır. Bulbo spongios adele ayrılır. Bulber uretra korpus kavernozulardan serbestleştirilir. Ön üretra glansa doğru minimal mobilize edilir. Kollateraller korunur. Her iki korpus kavernozum ayrılır, (interkrural alan) dorsal ven lateralize edilir. Sistostomi traktından sokulan metal sonda perineden çıkartılır. Ameliyatın en önemli aşaması darlık etrafındaki bütün fibrotik dokuların temizlenmesi ve gerilimsiz anastomoz için mesafe kazanımı sağlayan inferior pubektominin yapılmasıdır. 4-6 adet 5/0 polyglycolic sütür ile gerilimsiz anastomoz yapılır. Üretral silikon foley sonda yerleştirilir. Sistostomi katateri uygulanır.

**BULGULAR:** Ameliyat sonrası bütün hastalar normal şekilde miksiyon yapmışlardır. Kontinans sağlanmıştır. Ameliyat esnasında ve sonrasında önemli bir komplikasyon gelişmemiştir.

**SONUÇ:** Vakaların daha önce ameliyat geçirmiş olması başarısızlık nedeni değildir. Ön üretranın gereksiz yere mobilize edilmemesi, rahat bir anastomoz için inferior pubektomi yapılması başarıyı etkileyen faktörlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** çocuklarda üretra darlığı, perineal üretroplasti, travmatik üretra darlığı

SB-29

**The Chromosomal Microdeletion And Duplication Enrollment To Validate The Ethical Consideration In The Life Expectancy Of Bilateral Cryptorchidism In Pediatrics. Experience In A Local Community.**

Mohammed Joudi Aboud<sup>1</sup>, Manal Mohammed Kadhim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatric surgery, The Maternity and Child Teaching Hospital, Al Qadisiya, Iraq

<sup>2</sup>Clinical immunology, Al Qadisiya University, Al Qadisiya, Iraq

**Background** and **Aims:** Cryptorchidism is one of the most frequent congenital birth defects in male children and is present in 2–4% of full-term male births. The study aims to validate the associated genomic information to pick up and catalog the life expectation with the associated syndromes and pathologies in our community.

**Methods:** G-banding of metaphase chromosomes and high-resolution karyotype analysis was performed in all patients using 5 DNA probes, ordered in the deletion intervals, and correlated with the cytogenetic map of the chromosome and sequence tagged size (STS) in the molecular study of microdeletion and microduplication using fluorescence in situ hybridization (FISH). The data were translated to the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 22 with Excel 2016. A p-value < 0.05 is considered significant. The institutional ethics committee approved this study.

**Results:** Out of 124 patients who were managed and operated on, genitourinary anomalies were the most common associated pathologies in 44% of cases, and hypospadias was the most common one in 21.77%. Developmental delay and intellectual disabilities with speech disorders are considered the second one 24.19%. Y chromosome microdeletions were observed in 75% of all, the most considered one Y q1.2 D in 45.16%, p-value < 0.05. X p11.2 micro duplications were observed in 8.78% of the cases. Higher ascent of the testis presented with more microdeletion (intra-abdominal 35.48% of the patients) p-value < 0.05. With the STS, sY84 & sy86, and the loci, DYS 273 & 148 the azoospermia factor A region (AZFa) was estimated in 39.51% of the patients, p value < 0.05.

**Conclusions:** Genomic information is recommended for bilateral syndromic cryptorchidism as the chromosomal microdeletions and microduplications have been associated with a spectrum of pathologies., considering this with a catalog of multidisciplinary teams and complete disease network to follow up the clinical pictures after surgery.

**Keywords:** Chromosomal microdeletion, ethical consideration, bilateral cryptorchidism

The percentage of associated syndromes of the studied cases.

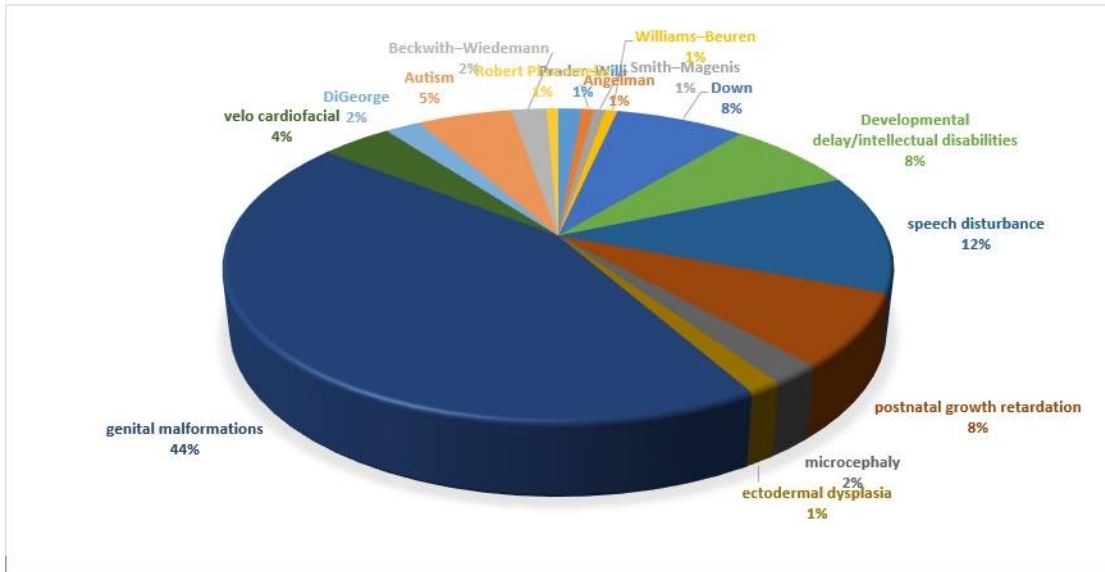


Figure 1: The percentage of the syndromes and disorders associated the study cases of the bilateral cryptorchidism.

Y chromosome microdeletion effect on the location of undeceded testis in our study.

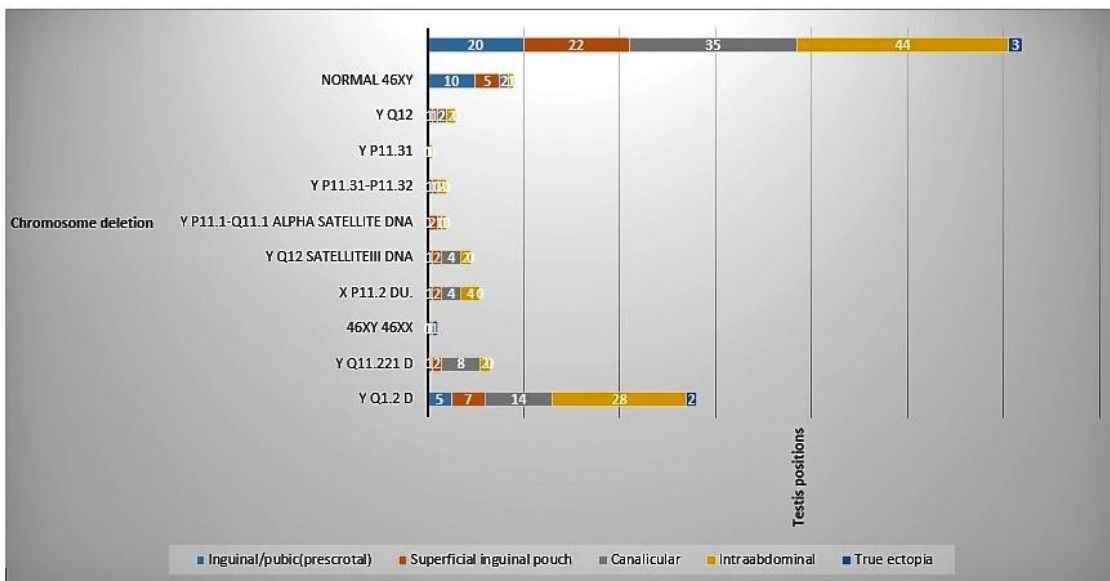


Figure 2: The Y chromosome microdeletion effect on the location of the bilateral cryptorchidism.

## SB-30

**İnmemiş testis retraktil testis ayrımında miRNA'lar belirteç olabilir mi?**

Mevlüt Keleş<sup>1</sup>, Erdal Benli<sup>1</sup>, Sercan Ergün<sup>2</sup>, Abdullah Çırakoğlu<sup>1</sup>, İbrahim Yazıcı<sup>1</sup>, Nurullah Kadim<sup>1</sup>, Tefik Noyan<sup>3</sup>, Dilbeste Demir<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ordu

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi biyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

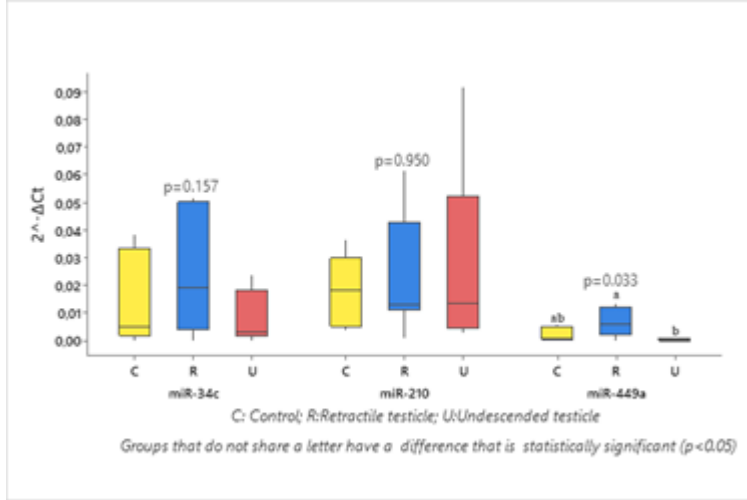
**GİRİŞ:** İnmemiş testis (İT) erkek çocuklarında en sık görülen çocukluk çağı konjenital malformasyondur. Doğru tanı konulup zamanında tedavi edilmediğinde infertilite, testiküler malinite riskinde artış, testiküler torsiyon riskinde artış gibi ciddi komplikasyonları vardır. Retraktil testis (RT) ise testislerin ara ara skrotumdan yukarı kaçışı ile karakterize klinik tablodur. İnmemiş testis yaşamın ilk yılında cerrahi düzeltme gerektiren bir patoloji iken retraktil testis için periyodik fizik muayene ile takip yeterlidir. Çalışmamızın amacı birbirinden ayrımı güç olan bu iki patolojinin ayrımında biyobelirteç olarak miRNA'ların kullanımını araştırmaktır.

**MATERYAL-METOD:** Etik kurul onayı alınarak kurumumuz bilimsel araştırma (BAP) proje birimi destekli prospektif dizayn edilen çalışmamıza Ocak 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında kurumumuzda İT nedeni ile opere edilen 10 erkek çocuk, takip edilen 9 RT'li erkek çocuk ve testisleri skrotumda yerleşimli 9 normal erkek çocuk (kontrol grubu) dahil edilmiştir. Ebeveyn onamları alınmış, olgulardan miRNA değerlendirmesi yapılmak üzere serum örnekleri alınmıştır. Real-time PCR analizi ile 3 grupta miRNA 210, miRNA 34c ve miRNA 449a düzeylerinin değişimi incelenmiştir.

**BULGULAR:** miR-34c (2-ΔCt) için yapılan istatistik analiz sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.157). miR-210 (2-ΔCt) için yapılan istatistik analiz sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.950). miR-449a (2-ΔCt) için yapılan istatistik analiz sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (p=0.033). Gruplar arasındaki farklılık Dunn-Bonferroni testi ile belirlendi ve İT grubu ile RT grubu arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü (p<0.05), RT grubunda miR 449a (2-ΔCt) anlamlı yüksekti. Her iki grupta miR 449a (2-ΔCt) bakımından kontrol grubundan farklı değildi (p>0.05) (Tablo 2 and Figür 1). Çıkarımlar: Klinik ayrımında güçlükler yaşanan İT ve RT ayrımında serum miRNA düzeyleri doğru tanıya ulaşmada yol gösterici olabilir. Ancak miRNA düzeyleri ile İT-RT ayrımının yapılabilirliğini daha net ortaya koyabilmek için daha geniş popülasyonlu prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İnmemiş testis, retraktil testis, miRNA, biyobelirteç



**miR 34c (2-ΔCt), miR 210 (2-ΔCt) ve miR 449a düzeylerine ait 'box-pilot' grafiği****Çalışma gruplarındaki miRNA-34c, miRNA-210 ve miRNA-449a'nın tanımlayıcı istatistikleri**

	Gruplar	n	Median(IQR)	Sıralama Ortalaması (Mean Rank)	p
miR 34c (2-ΔCt)	İnmemiş Testis	10	0.003(0.017)	10.80	
	Retraktil Testis	9	0.019(0.046)	18.00	0.157a
	Kontrol	9	0.005(0.031)	15.11	
miR 210 (2-ΔCt)	İnmemiş Testis	10	0.014(0.048)	14.20	
	Retraktil Testis	9	0.013(0.032)	15.22	0.950a
	Kontrol	9	0.018(0.025)	14.11	
miR 449a (2-ΔCt)	İnmemiş Testis	10	0.000(0.001)	9.90b	
	Retraktil Testis	9	0.006(0.010)	19.78a	0.033a
	Kontrol	9	0.001(0.005)	14.33ab	

IQR: Interquartile Range; a: Kruskal Wallis Test 'a' harfini paylaşmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05)

SB-31

## Sünnet Talepleri ile Başvuran Çocuklarda Gizli Tehlikeler: Ürogenital Anomalilerin Gizli Gerçeği

Hikmat Jabrayilov<sup>1</sup>, Jeyhun Hasanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>VM MEDICAL PARK ANKARA HASTANESİ

<sup>2</sup>MEDICAL PARK ANKARA HASTANESİ

**GİRİŞ:** Sünnet, birçok kültürde yaygın olarak uygulanan bir cerrahi prosedürdür. Bu prosedürün öncesinde yapılan muayene, sünnet için başvuran çocuklarda sık rastlanan ürogenital anomalilerin tespiti ve yönetimi açısından büyük önem taşır. Bu çalışmanın amacı, sünnet için randevu alan çocuk hastalarda ürogenital anomalilerin yaygınlığını ve türlerini belirlemek, bu anomalilerin yaş gruplarına göre dağılımını incelemektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu retrospektif kohort çalışma, 2 özel hastanede Mart 2016 ile Mart 2023 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan 850 çocuk hastanın muayene ve tedavi verileri incelenmiştir. Ürogenital bölge fiziksel muayene, ultrasonografi ve gerekirse diğer görüntüleme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Muayene sırasında penis, üretra, testis, skrotum ve perineal bölge ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ürogenital anomaliler teşhis edildiğinde, patoloji türü, yaş ve klinik etkileri kaydedilmiştir. Bu çalışmanın potansiyel sınırlamaları şunlar olabilir: Çalışma retrospektif bir tasarıma sahip olması, çalışmada ele alınan bazı ürogenital anomaliler için yetersiz hasta sayısı ve cerrahi ekibin deneyimi ve/veya cerrahi sonrası bakımın kalitesi sonuçları etkileyebilir.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen toplam hasta sayısı 850 idi. Bunların 238'i (%28) sünnet için randevu alırken ürogenital anomalilerle teşhis edildi. Bu hastaların yaş aralığı 0-15 yıl arasında değişiyordu ve yaş ortalaması 6 yıldır. Ürogenital anomali teşhisi konulan hastalar arasında anomali türleri sırası ile gömük penis 102 hasta (%12), inmemiş testis 68 hasta (%8), fimozis 42 hasta (%5), penil kordi-kravatür 25 hasta (%3), üretral stenoz 17 hasta (%2) idi. Ürogenital anomaliler, yaş gruplarına göre farklılık gösterdi. Özellikle, 0-2 yaş aralığındaki çocuklarda ürogenital anomalilerin daha sık görüldüğü tespit edildi.

**SONUÇ:** Bu çalışma, sünnet için randevu alan çocuk hastalar arasında ürogenital anomalilerin sıkça rastlandığını ve bu anomalilerin sünnet sonuçları üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, sünnet için başvuran çocuk hastaların ürogenital sağlık sorunlarının dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgular. Uygun tedavi planları, cerrahi teknikler ve izlem protokolleri, her hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmalıdır. Bu çalışma, pediatrik üroloji pratiğinde önemli klinik ve araştırma sonuçları sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sünnet, ürogenital anomaliler, ürogenital muayene, pediatrik cerrahi

**Ürogenital Anomali Türleri ve Hasta Dağılımı**

Ürogenital Anomali Türleri	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Toplam Çocuk Hasta Sayısı	850	-
Ürogenital Anomali Teşhisi Konulan Hasta Sayısı	238	%28
Gömük Penis	102	%12
İnmemiş Testis	68	%8
Fimozis	42	%5
Penil Kordi-Kruvatür	25	%3
Üretral Stenoz	17	%2

**SB-32****İntraabdominal inmemiş testis cerrahisinde testiküler arter koruyucu orşiopeksi:  
lengthing orşiopeksi**

Halil İbrahim Çam, Şinasi Yavuz Önol

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** İntraabdominal inmemiş testis olgularında tercih edilen ameliyat türleri tek aşamalı, iki aşamalı veya laparoskopik uygulanan Fowler-Stephens ve mikrovasküler ototransplantasyon orşiopeksi olarak sıralanabilir. Oysa ki tüm bu operasyonların aksine testiküler arteri korumak prensibine dayanarak renal seviyeye kadar kord ve elemanlarının radikal diseksiyonunu yapmak ve bu sayede intraabdominal testisi tek aşamalı bir operasyon ile skrotuma yerleştirmek mümkündür. Bu çalışmamızda testiküler arterin renal pedikül seviyesine kadar ulaşan radikal diseksiyonu ile yüksek yerleşimli intraabdominal testislerin bile arterleri korunarak skrotuma indirilebilirliği ve bunu sağlayacak yeterli damarsal pedikülün mevcut olduğu gösterilmeye çalışılmıştır.

**YÖNTEM:** 2003-2019 yılları arasında 43 yüksek intraabdominal testis olgusu testiküler arter korunarak radikal diseksiyon ile opere edilmiştir. Hastaların yaşlarının ortalaması 8 (5 gün—13 yaş) olarak tespit edilmiştir. Olgularımız % 16,28 (n:7) bilateral, %51.16 (n:22) sol, %32.56 (n:14) sağ inmemiş testisten oluşmakta ve bilateral inmemiş testisi olan hastalarımıza yapılan karyotip analizinde patoloji izlenmemiştir. Ayrıca 7 hastamızda kriptoorşidizme hipospadias eşlik etmekteydi. Tüm hastalarımızda operasyona standart inguinal kesi ile başlanmış ve inguinal kanal ile internal inguinal ring ' de testis saptanmamıştır. Bunun üzerine gubernal bağlantı kesilmiş ve periton açılmıştır. Vaz deferens ve damarsal pedikül hassas bir diseksiyonla peritondan sıyrılarak transperitoneal mobilizasyon sağlanmıştır. Testis ve damarsal yapılar kremaster liflerinden de sıyrılarak testisin skrotuma inmesini sağlayacak mobilizasyon oluşturulmuştur. Bu mobilizasyonun sağlandığı yere kadar proksimale diseksiyon sürdürülmüştür. Tüm bu diseksiyonların yetersiz kaldığı 21 olguda böbrek izdüşümünden foley insizyon ile kesi yapılmış, kaslar aralanarak geçilmiş ve testis damarsal pedikülü böbrek seviyesinden tamamen serbestleştirilmiştir.

**BULGULAR:** Dokuz hastamızda testis yüksek skrotal seviyeye kadar serbestleştirilmiş ve fikse edilmiştir. Otuzdört hastamızda ise skrotal dartos poş oluşturulmuş ve testis bu poşa fikse edilmiştir. Onyediyolgumuzda sadece inguinal kesi yeterli olurken yirmi altı olguda inguinal insizyona ek olarak foley kesi gerekmiştir. Hastalarımız post-op 1. hafta ve 3. ay kontrollere çağırılmış ve hiç bir hastamızda testis atrofisi izlenmemiştir.

**SONUÇ:** İntraabdominal testis vakalarının büyük bir kısmında spermatik kordun radikal mobilizasyonu ile 2 aşamalı yöntemlere gerek kalmadan ve testiküler arteri koruyarak başarılı bir şekilde orşiopeksi uygulanabilir. Özellikle küçük yaşlardaki çocuklarda inguinal kanalın görece olarak kısa oluşu ve testisin canlılığını koruma şansının fazla oluşu nedeniyle tek aşamalı yöntemler bu yaş gruplarında daha başarılı olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** intraabdominal inmemiş testis, orşiopeksi, tek aşamalı orşiopeksi

SB-33

### Gerçek Fimozis Nedeniyle Sünnet Yapılan Hastalar İle Geleneksel Sünnet Yapılan Hastaların Prepisyum Dokularının Histolojik Olarak Değerlendirilmesi

Tuba Özdemir Sancı<sup>1</sup>, Adem Sancı<sup>2</sup>, Hilal Nakkaş<sup>1</sup>, Aykut Akıncı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

<sup>2</sup>ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ANKARA

<sup>3</sup>DENİZLİ DEVLET HASTANESİ, DENİZLİ

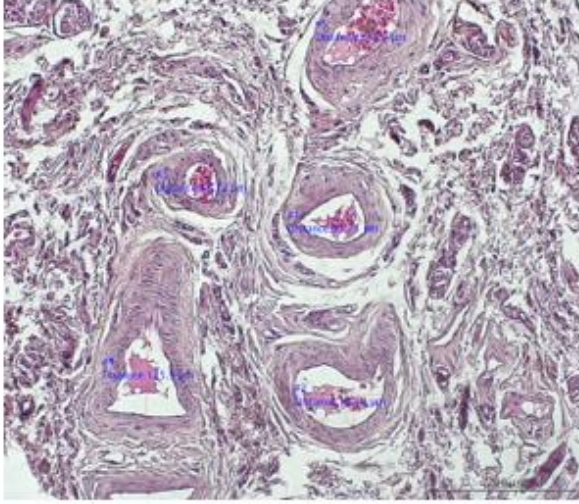
**AMAÇ:** Gerçek fimozis nedeniyle sünnet yapılan hastalar ve geleneksel sünnet yapılan hastaların prepisyum dokularının histopatolojik olarak farklılıklarının değerlendirilmesi ve sonuçları sunmak amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METHOD:** 2021-2023 yılları arasında gerçek fimozis nedeniyle sünnet yapılan hastaların sonuçları ile randomize edilerek seçilen ve geleneksel sünnet yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Gerçek fimozis nedenli ve geleneksel sünnet grupları için aynı yaş ve üriner sistem anomalisi olmayan hastalar 1:1 oranında randomize edilerek seçildi. Bu hastaların prepisyum dokuları ailelerinin onamları alınması sonrası kullanıldı. Prepisyum dokularının random 2X2 cm lik bölümü alınarak incelendi. Alınan dokular %10 formaldehit solüsyonunda histoloji laboratuvarına transfer edildi. Elde edilen dokular histolojik takip yapıldıktan sonra parafine gömüldü, hazırlanan parafin bloklardan 4 mikronluk kesitler alındı ve tüm kesitler hematoksilin&eoziin, kullanılarak boyandı. Gerçek fimozis nedenli ve geleneksel sünnet yapılan çocuk hastaların dokularına ait histolojik slaytlar, arterlerin çapı ile Meissner ve Pacinian cisimciklerinin dağılımı açısından her çocuk hasta için 5 alan taranacak şekilde değerlendirildi. Yapıların sayısı, x20 ve x40 lık büyütmelemlerde ışık mikroskobu kullanılarak tüm alanlarda (n/mm<sup>2</sup>) sayıldı. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanıldı. Sonuçlar medyan (aralık) olarak verildi. Gruplar, Student t-testi kullanılarak karşılaştırıldı ve 0,05'ten küçük p değerleri anlamlı kabul edildi.

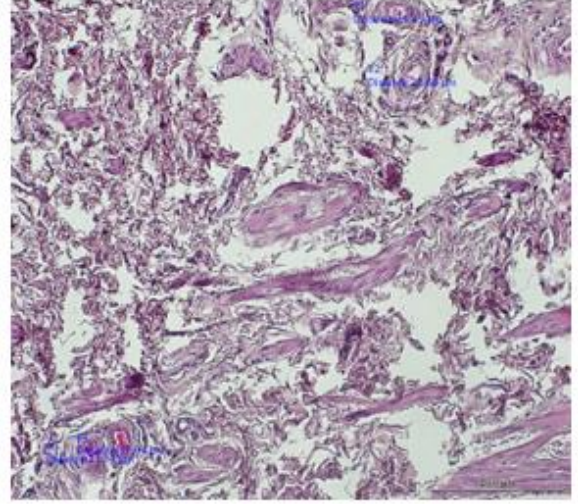
**BULGULAR:** Bu çalışmaya gerçek fimozis nedeniyle sünnet yapılan 21, geleneksel sünnet yapılan 21 olmak üzere toplam 42 hasta dahil edildi. Gerçek fimozisli hastalarda ve geleneksel sünnet uygulanan hasta gruplarında Meissner cisimciklerinin ortalama sayısı sırasıyla 2,4 (1-4) ve 0.4 (0-1) idi (p<0,001). Gerçek fimozisli hastalarda ve geleneksel sünnet uygulanan hasta gruplarında Pacinian cisimciklerinin ortalama sayısı sırasıyla 1.6 (1-3) ve 0.7 (0-2) idi (p<0,001) idi. Gerçek fimozisli hastalarda ve geleneksel sünnet uygulanan hasta gruplarında arter çapları karşılaştırıldığında fimozisli grupta arter çapının daha fazla olduğu görüldü. Ortalama arter çapı sırasıyla 131,2 µm (41-427) ve 55,7 µm (29-224) (p<0,001) idi. **SONUÇ:** Gerçek fimozisli hastaların sünnet derilerinde sinir yoğunluğu daha fazla ve arter çapları daha geniştir. Bu hasta gruplarının sünnet operasyonlarında daha fazla kanama ve daha fazla sinir hasarı gelişebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sünnet, Fimozis, Histopatoloji,

### Histolojik parametrelerin karşılaştırılması



**GERÇEK FİMOZİS NEDENLİ SÜNNET**



**GELENEKSEL SÜNNET**

### DAMAR ÇAPI

### Histolojik parametrelerin karşılaştırılması

Parametre	Gerçek Fimozis Nedeniyle Sünnet	Geleneksel Sünnet	P değeri
Meissner Cisimciği Sayısı	2,4 (1-4)	0.4 (0-1)	p<0,001
Pacinian Cisimciği Sayısı	1.6 (1-3)	0.7 (0-2)	p<0,001
Damar Çapı	131,2 µm (41-427)	55,7 µm (29-224)	p<0,001

**SB-34****Sünnet öncesi ve sonrası; Ailelerin sünnet süreci ile ilişkili düşünceleri ne?**

Erman Ceyhan, Ridell Logli, Eray Hasırcı, Enis Kervancıoğlu, Yüksel Cem Aygün  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Sünnet ülkemizde ürologlar, çocuk ürologları ve çocuk cerrahları tarafından sık yapılan bir cerrahidir. Sünnet tekniklerinin çeşitliliği, cerrahların farklı yaklaşımları, sünnet yaşı ve doku ilişkili faktörler sebebiyle sünnetin kozmetik sonuçları, post-operatif iyileşme süreci, sünnet sonrası ağrı durumu ve ailelerin süreçle ilişkili memnuniyetleri büyük değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada, sünnete karar verilmesinden sünnet sonrası tam iyileşmenin sağlandığı aşamaya kadar ailelerin sünnet süreci ile ilişkili düşüncelerini araştırmak amaçlanmıştır.

**Materyal****ve****Metod:**

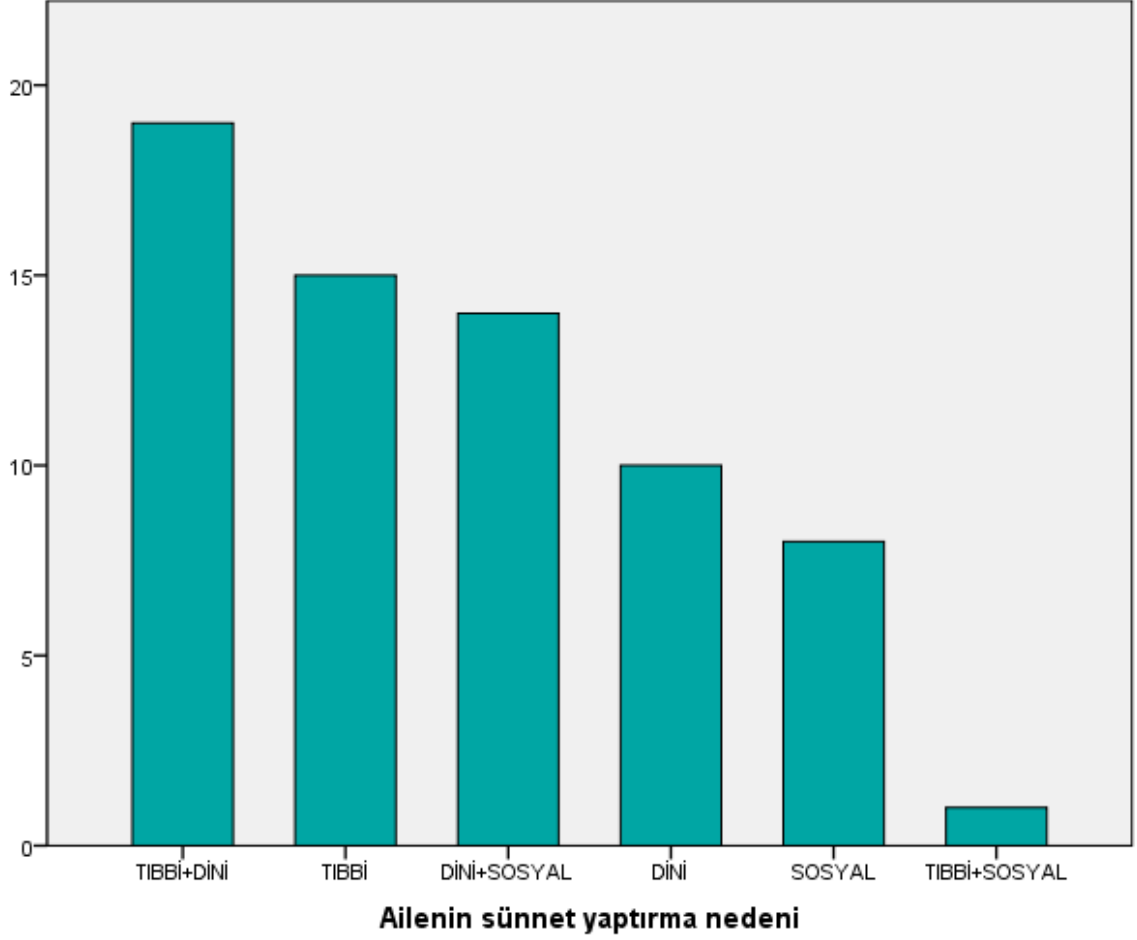
Çalışma kapsamında 2020-2021 yılları arasında aynı cerrah tarafından sünnet edilen çocukların aileleri telefon ile aranmış ve sünnet süreci ile ilgili sorular içeren bir anket ailelere doldurtulmuştur. Çocukların sünnet yaşı, uygulanan sünnet tekniği, anestezi yöntemi ve ailelerin süreçle ilgili verdikleri cevaplar kayıt edilmiştir. Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje no: KA23/101).

**Sonuçlar:** Ankete katılarak soruları cevaplayan aile sayısı 67'ydi. Sünnet yapılan çocukların yaş ortalaması  $56,9 \pm 47,5$  aydı. 60 (%89,6) çocuğa Sleeve, 6 (%9) çocuğa Gomco klembi ile ve 1 (%1,5) çocuğa ise Dorsal Slit yöntemi ile sünnet yapıldı. Gomco ile sünnet yapılan tüm çocuklarda (n=6) lokal anestezi uygulanırken diğer çocuklarda (n=61) genel anestezi kullanıldığı görüldü. Ailelerinin sünnet yaptırma nedenleri Şekil'de gösterilmiştir. Çocuğun sünnet edilmesi için uygun zamanı 48 (%71,6) çocuk için anne babanın belirlediği, 4 (%6) çocuk için aile büyüklerinin belirlediği ve 15 (%22,4) çocuğun ise doktor önerisiyle sünnet ettirildiği tespit edildi. Ailelere çocuklarının sünnet olacağı zamana ne zaman karar verdikleri sorulduğunda; 5 (%7,5) ailenin gebelik döneminde, 6 (%9) ailenin doğum sonrası hastanede yatarken ve 56 (%83,6) ailenin hastaneden taburculuk sonrasında bu kararı verdiği öğrenildi. Ailelerin %89,6 (60)'sı çocuklarını sünnet ettirdikleri yaştan memnundu ve Gomco yöntemiyle yenidoğan sünneti yapılan hastaların tümü (n=6) sünnet yaşından memnun olan gruptaydı. Aileler, "Başka bir çocuğunuz olsa, çocuğunuzu ne zaman sünnet ettirirdiniz?" sorusunu %40,3 (27) oranında yenidoğan dönemi, %35,8 (24) oranında 28 gün-2 yaş arası, %22,4 (15) oranında 6 yaş üzeri ve %1,5 (1) oranında 2-6 yaş arasında olarak yanıtladı. 41 (%61,2) aile sünnet sonrası çocuğun ağrı durumundan çok memnun olduğunu, 16 (%23,9) aile memnun olduğunu, 8 (%11,9) aile kararsız olduğunu ve 2 (%3) aile ise ağrı durumundan memnun olmadığını ifade etti. Ailelerin %67,2 (45)'si sünnet sonrası yaranın iyileşme hızından çok memnun olduğunu ifade ederken ailelerin %4,5 (3)'i iyileşme hızından hiç memnun olmadığını belirtti. Yenidoğan sünneti yapılan tüm çocukların aileleri yara iyileşme hızından memnunken, yara iyileşme hızından memnun olmayan ailelerin çocuklarının beş yaşından büyük yaşta sünnet olduğu görüldü. 47 (%70,1) aile sünnet sonrası penisin kozmetik görünümünden çok memnun olduğunu, 19 (%28,4) aile ise görünümünden memnun olduğunu belirtti. 1 (%1,5) aile kozmetik görünümünden memnun olmadığını ve derinin kısa kaldığını düşündüklerini ifade etti. Sünnet yapılan çocuklardan hiçbirinde sünnet ilişkili komplikasyonlar sebebiyle tekrar cerrahi yapılmamışken, 2 (%3) çocuğun daha sonra ürolojik olmayan sebeplerle tekrar cerrahi geçirdiği öğrenildi.

**Tartışma:** Sünnet ülkemizde sıklıkla tıbbi ve dini sebepler tercih edilen bir cerrahidir. Aileler arasında sünnet zamanlaması ve sünnet sonrası süreçler ile ilgili farklı bakış açıları vardır fakat uygun teknikle yapıldığı sürece sünnet sonrası iyileşme dönemi rahat geçmekte ve kozmetik sonuçlar aile için büyük oranda tatmin edici olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** memnuniyet, sünnet, yenidoğan sünneti,

#### Ailelerinin sünnet yaptırma nedenleri





SB-35

### **Düşük ve orta dereceli veziköüreteral reflülü çocuklarda alt üriner sistem disfonksiyonunun subüreterik enjeksiyon başarısına etkisi**

Çağrı Akın Şekerci, Yunus Emre Genç, Mohammad Yasir Sahak, Tufan Tarcan, Selçuk Yücel

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Veziköüreteral reflüye (VUR) alt üriner sistem (AÜS) disfonksiyonunun eşlik etmesi ateşli idrar yolu enfeksiyonu ve renal skar gelişimi için risk faktörü olduğu bilinmektedir. AÜS semptomlarının tedavi edilmesinin VUR'un spontan rezolüsyonu üzerine olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir. Bu nedenle VUR'lu çocukların AÜS fonksiyonları açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Ancak, düşük ve orta dereceli (Grade 1-3) VUR'lu çocuklarda AÜS fonksiyonlarının, subüreterik enjeksiyonun başarı oranına etkisi hakkında literatürde çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, düşük ve orta dereceli VUR nedeniyle subüreterik enjeksiyon uygulanan çocuklarda reflü rezolüsyon başarısının AÜS fonksiyonu parametrelerine göre karşılaştırılmasıdır.

#### **MATERYEL**

ve

#### **METOT:**

2012-2022 yılları arasında kliniğimizde düşük ve orta dereceli VUR nedeniyle endoskopik Dekstranomer/Hyaluronik Asit enjeksiyonu (Dexell®) uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya ilk kez enjeksiyon uygulanan çocuklar dahil edildi. Daha önce VUR nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan, yüksek dereceli VUR (Grade 4,5), nörojenik mesane disfonksiyonu olan ve konjenital genitoüriner sistem anomalisi (posterior üretral valv, üreterosel, epispadias, ekstrofi vezika, mesane divertikülü, duplikasyon, ürogenital sinüs, kloaka, renal agenezi) olan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır. Tanı alan tüm çocuklar işeme günlüğü, İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS), üroflowmetri, rezidüel idrar ölçümü (PVR) ile AÜS fonksiyonları açısından değerlendirilmiştir. AÜS disfonksiyonu olan hastalar cerrahi öncesi uygun yaklaşımlar ile tedavi edilmiştir (konservatif yaklaşımlar, antikolinergik ilaçlar, alfa bloker ilaçlar, biofeedback). Cerrahi sonrası tüm olgulara postoperatif 6. ayda kontrol işeme sistoüretrografisi çekilmiştir. Reflüsü düzelenler grup 1, reflüsü devam edenler grup 2 olarak ayrılmıştır. İki grup arasında AÜS değerlendirme parametreleri karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Toplam 195 çocuktan kriterlere uygun olan 81 çocuk (113 renal ünite) çalışmaya dahil edildi. Çocukların ortalama tanı yaşı  $7.95 \pm 3.05$  yıldır. Hastaların 48 'inde unilateral ve 33'ünde bilateral VUR saptandı. 38 üreterde grade 1 (%33,6), 39 üreterde grade 2 (34,5) ve 36 üreterde grade 3 (%31,9) bulundu. Tüm grupta başarı oranı %82,3 (93/113 renal ünit), unilateralde %83,3 (40/48 renal ünit) ve bilaterallerde % 81,5'di (53/56 renal ünit). İki grup arasında cinsiyet, ateşli İYE, kabızlık, VUR derecesi ve DMSA bulguları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 1). İki grup arasında, ortalama tanı yaşı, gündüz işeme sıklığı, ortalama Qmax değeri, yaşa göre beklenen mesane hacminin saptanan mesane kapasitesine oranı, PVR ve İBSS değerleri istatistiksel olarak benzerdi (Tablo 2).

**SONUÇ:** Subüreterik enjeksiyonun VUR rezolüsyonu başarısına göre her iki grupta AÜS fonksiyonları benzerdir. VUR'lu çocuklarda AÜS disfonksiyonu, cerrahi öncesi AÜS disfonksiyon değerlendirilmesi ve tedavisinin yapılması sonrasında subüreterik enjeksiyonun başarısı etkileyen bir faktör olarak bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Vezikoöretal reflü, alt üriner sistem bozukluğu, İşeme Bozuklukları Semptom skoru, Uroflowmetri, endoskopik reflü cerrahisi, Voiding Sistoüretrografi

#### Hastaların karakteristik özellikleri

		Grup 1 (n=93)	Grup 2 (n=20)	P değeri
CİNSİYET	Erkek Cinsiyet n=10	6	4	0,740
	Kız Cinsiyet n= 103	87	16	
Ateşli İYE	Var	66	15	0,475
	Yok	27	5	
Kabızlık	Var	7	1	0,588
	Yok	85	18	
VUR fazı	Dolum	83	20	0,368
	Boşaltım	10	0	
VUR derecesi	Grade 1	34	4	0,264
	Grade 2	32	7	
	Grade 3	27	9	
Anormal DMSA bulguları	Anormal	60	13	0,592
	Normal	33	7	

#### İki grup arasında alt üriner sistem parameterlerinin karşılaştırılması

	Grup 1 n=93 Ortalama (SS)	Grup 2 n=20 Ortalama (SS)	P değeri
Tanı yaşı (yıl)	6,7 (+/- 3,3)	6,6 (+/- 4,4)	0,444
Gündüz işeme sıklığı (sayı/gün)	6,69 (+/- 7,4)	5,8 (+/- 1,5)	0,694
Qmax (ml/sn)	21,67 (+/- 7,8)	22,75 (+/- 9,8)	0,836
MK/ BMK yüzdesi (%)	85,44 (+/- 40,5)	82,94 (+/- 29,7)	0,798
PVR (ml)	15,18 (+/- 18,5)	23,55 (+/- 25,5)	0,166
İBSS	6,96 (+/- 7,9)	6,25 (+/- 7,7)	0,658

(Qmax: Maksimum işeme hızı, MK: Mesane kapasitesi, BMK: Beklenen Mesane Kapasitesi, PVR: Postvoiding rezidüel idrar hacmi, İBSS: İşeme Bozukluğu Semptom Skoru)

**SB-36****Bilateral Reflü: Tek tarafın daha yüksek dereceli olduğu durumlar. Optimum cerrahi yaklaşım nedir?**

Alkan Oktar, Ezel Aydoğ, Araz Musaev, Efe Semetey Oguz, Elif İpek Aksoy, Abdurrahman Jafarov, Orhan Alizade, Emre Erdem, Tarkan Soygür, Berk Burgu  
Ankara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bir tarafı grade 4/5 ve kontralaterali 2/3 olan VUR olgularında tedavide birkaç yönetim seçeneği bulunmaktadır. Yaygın olarak kullanılan cerrahi tedavi tiplerinin postoperatif sonuçlarını ve başarı oranlarını karşılaştırmak amacıyla randomize prospektif bir çalışma yürüttük.

**METOD:** Ateşli İYE sonrası VCUG'de (bir tarafta G1-3, diğer tarafta G4-5) tek taraflı dilate bilateral reflü tanısı alan 90 hasta 3 gruba randomize edildi. Gruplar için ameliyat seçimi; reflü derecesine bakılmaksızın bilateral STING (Grup 1), dilate tarafa tek taraflı ekstravezikal UNC (Lich-Gregoir) ve dilate olmayan tarafa STING (Grup 2), bilateral intravezikal UNC (Cohen) (Grup 3). Her grup için klinik başarı ve postoperatif parametreler (kalış süresi, hastane maliyetleri ve komplikasyonlar) değerlendirildi. Klinik başarı şu şekilde tanımlandı; 1 yıllık takipte ateşli İYE atağı olmaması. Ordinal değişkenler arasındaki farkları belirlemek için ANOVA ve lojistik regresyon kullanıldı.

**BULGULAR:** Klinik başarı Grup 1 için diğer gruplara göre daha düşük (%23) izlendi ( $p < 0.05$ ). Grup 2 ve grup 3 arasında klinik başarı olarak anlamlı istatistiksel fark izlenmedi. Clavien-1 komplikasyonlar Grup1,2 ve 3 için sırasıyla 3%, 23% ve 36%. Postoperatif IV antibiyotik ihtiyacı Grup 2'de 8, Grup 3'te 11 hasta olarak raporlandı (Clavien-2). Grup 3'teki 1 hasta için kan transfüzyon ihtiyacı oldu (Clavien-2). Grup-3'teki 2 hasta takipte unilateral üreter obstrüksiyonu sonrası tekrar opere edildi (Clavien-3). Grup-3'e göre ortalama yatış süresi ve hastane masrafları grup-2'de anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0,05$ ).

**SONUÇLAR:** Bilateral STING operasyonu diğer iki tekniğe göre başarı şansı düşük bulundu. Unilateral UNC ve kontralateral dilate olmayan tarafa STING uygulaması bilateral intravezikal UNC operasyonu ile kıyaslanabilir düzeyde olduğu ve postoperatif konfor ve maliyet için daha başarılı bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Vezikoureteral Reflü, Reflü, STING, UNC

## Komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Clavien-1	%3	%23	%36
Postoperative IV antibiotics (Clavien-2)	-	8 hasta	11 hasta
Kan transfüzyonu (Clavien-2)	-	-	1 hasta
Tek taraflı üreterik obstrüksiyona sekonder cerrahi (Clavien-3)	-	-	1 hasta

## Tedavi Dağılımı



## Yatış Süresi/Maliyet

	Yatış süresi (gün)	Hastane maliyeti (TL)
Grup 1	1,5±0,5	2445±400
Grup 2	3±1	2950±950
Grup 3	5,5±1,5	3900±200

## SB-37

**Eşzamanlı kontralateral PIC Sistogram tek taraflı VUR hastalarında enjeksiyon tedavisinin genel başarı oranını artırabilir mi?**

Alkan Oktar, Abdurrahman Jafarov, Araz Musaev, Elif İpek Aksoy, Doruk Güler, Tarkan Soygür, Berk Burgu  
Ankara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

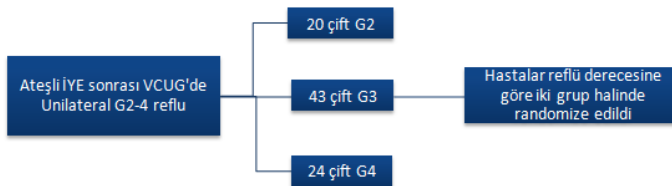
**AMAÇ:** Tek taraflı VUR'un endoskopik tedavisi sırasında intraoperatif olarak saptanan de-novo kontralateral reflüde enjeksiyon tedavisinin değerlendirilmesi için kontralateral PIC (positioned instillation of contrast) sistogramının kullanımının araştırılması amaçlandı.

**METOD:** Nisan 2019 - Aralık 2020 arasında ateşli İYE atağından sonra VCUG'de tek taraflı G2-4 reflü teşhisi konan 174 hasta prospektif olarak 2 gruba randomize edildi (reflü derecesi aynı olan hastalar kendi aralarında eşlendi). Renal skar, tuvalet eğitimi ve AÜSS prevalansı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. 87 çift arasında sırasıyla G2, G3 ve G4 tek taraflı VUR olan 20, 43, 24 çift araştırmaya dahil edildi. Hastaların hiçbirinin geçirilmiş cerrahisi yoktu. PIC grubunda, tek taraflı STING sırasında karşı tarafa PIC sistogramı çekildi ve de-novo VUR saptananlar tedavi edildi. Kontrol grubunda kontralateral üreter için VCUG dışında ek tanısal test kullanılmadı. Tüm hastalar operasyondan 1 yıl sonra takip edildi. İstatistiksel karşılaştırmalar için Paired-T testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Takipler sırasında ateşli İYE oranları her iki grupta azalmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. PIC grubu ve kontrol grubu için 1 yıllık takipte ateşsiz olma oranları sırasıyla; %75 (n = 66) ve %87 (n = 72). Takipler sırasında ateşsizlik oranları tuvalet eğitimi almış hastalarda PIC sistogram uygulanan grup için daha yüksek bulundu. (PIC-grup: 80% (n = 8) vs. kontrol grup: 41% (n = 5), p < 0.05). Sintigrafide daha önceden AÜSS olan ve/veya reflü olmayan tarafta renal skarı olan hastalarda sonuçlar benzer şekilde gözlemlendi.

**SONUÇLAR:** Eşzamanlı kontralateral PIC sistogram unilateral VUR hastalarında değerli bir tanı yöntemidir. Postoperatif ateşli İYE oranlarını özellikle tuvalet eğitimi olan VUR olmayan tarafta renal skar/ AÜSS olan grupta azalttığı gibi gereksiz VCUG işleminin de önüne geçmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** PIC, PIC sistogram, sistogram, reflü, veziköüreteral reflü

**VCUG Reflü Derecesine Göre Gruplandırma**

SB-38

**Predictors of reflux persistence after endoscopic dextranomer/hyaluronic acid copolymer injection for the first time in pediatric patients with vesicoureteral reflux: short-term results**

İsmail Önder Yılmaz<sup>1</sup>, Mutlu Deger<sup>2</sup>, Nebil Akdoğan<sup>2</sup>, Tunahan Ates<sup>2</sup>, Volkan İzol<sup>2</sup>, İbrahim Atilla Arıdoğan<sup>2</sup>, Nihat Satar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ceyhan State Hospital Urology Department

<sup>2</sup>University of Çukurova Faculty of Medicine Department of Urology

**INTRODUCTION:** This study aims to investigate the factors effective in predicting the persistence of reflux after the first subureteric transurethral injection (STING) of dextranomer/hyaluronic acid copolymer in pediatric patients with vesicoureteral reflux.

**MATERIALS-METHODS:** The data of patients without a previous history of surgery to treat vesicoureteral reflux and who underwent STING for the first time between September 2011 and November 2020 were investigated retrospectively. After considering exclusion criteria, of 199 patients, 127 patients and 180 renal unit were suitable for inclusion. A renal unit-based evaluation was made. Age, gender, the side of reflux (right or left), reflux level (low: grade 1–2; moderate: grade 3; high: grade 4–5), differential renal functions (DRFs) (<45, ≥45), ureteral diameter ratio (UDR) (≤0,15, >0,15), and lower urinary tract dysfunction (LUTD) were investigated.

**RESULTS:** Age <61 months (univariate: p=0.001, multivariate: p=0.015, HR: 2.352 (1.181–4.686), OR (95% CI)), moderate reflux level (grade 3) (univariate: p<0.001, multivariate: p=0.019, HR: 2.703 (1.177–6.209), OR (95% CI)), DRF <45 (univariate: p=0.020, multivariate: p=0.047, HR: 1.992 (1.009–3.935), OR (95% CI)), and UDR >0.15 (univariate: p<0.001, multivariate: p=0.005, HR: 2.786 (1.368–5.672), OR (95% CI)) were found to be factors that negatively affected reflux resolution after STING surgery.

**DISCUSSION:** In our study, the effects of UDR and DRF on reflux resolution after STING surgery were evaluated together. Both were found to be factors affecting reflux resolution. UDR and DRF should be considered in order to predict reflux resolution in patients who will undergo STING. To understand which patients will not benefit from STING, multicenter nomogram studies with large patient series should be performed, and UDR and DRF parameters should be evaluated in those nomogram studies.

**Keywords:** Vesicoureteral Reflux, Subureteric Transurethral Injection, Ureter Diameter Ratio, Differential Renal Function

SB-39

**Günübirlik modifiye lich gregoir re-implantasyon deneyimlerimiz**HALİL İBRAHİM ÇAM, Şinasi Yavuz Öno1

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Yüksek dereceli reflüde açık üreteral re-implantasyon altın standart yöntemdir. İntravesikal yaklaşımla mesane bütünlüğü bozulduğunda morbid ve uzun hospitalizasyon gerektirir. Klasik ektravesikal yaklaşımlar düşük morbiditeli fakat özellikle bilateral olgularda mesane hipotonisi nedeniyle üretral kateterizasyon gerektirebilmektedir. Bu çalışmada distal üreter serbestleştirildikten sonra ureterovesikal bileşkeden göbek hizasına yapılan detrusororafi ile üreterin fikse edildiği modifiye lich gregoir re-implantasyon deneyimlerimiz sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 2009 — 2019 tarihleri arasında 42 renal üniteli (evre 2-5 vur), 9'u bilateral olan, primer VUR tanılı çocuk bu yöntemle opere edilmiştir. Hastaların üç tanesinde megaüreter mevcut olup altı üretere önceden subüreteral enjeksiyon yapılmıştır. Pfannenstiel kesiyle girildikten sonra ipsilateral oblitere umbilikal arter kesilir. Üreter, ureterovesikal bileşkeye kadar disseke edilir. Üreterovesikal bileşkeden göbeğe doğru 3-5 cm'lik detrusötomi yapılır. Mesane mukozası perfore edilmeden detrusötomiden doğurtulmuş olur. Üreter mukozaya üzerine yatırılır. Her sütür üreteral adventisyadan 1-2mm geçecek şekilde 4 / 5,0 poliglaktin sütür kullanılarak detrusörorafi hattı kapatılır. Böylece üreter fikse edilerek tünel oranının sabit kalması sağlanır. Megaüreterli olgularda iliak bifurkasyona kadar star plikasyonu uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Hiçbir olguya ürteral sonda, üreteral stent ve dren konulmamıştır. Hastalar gün boyu izlenmiş ve miksiyon gözlenmiş, 2 olguda spontan miksiyon olmaması üzerine mesane sonda ile boşaltılmıştır. Aynı gün taburcu edilmiştir. 1 hafta sonra postmiksiyon ultrasonografi yapılmış önem arzeden rezidü idrar saptanmamıştır. Bir hastada post-op 6. ay takiplerinde sağlam taraf üreterde grade 1 reflü saptanmıştır. Hastalar üreteral dilatasyon yönünden aylık ultrasonografi ile reflü için 4-6 ay sonra vcug ile değerlendirilmiştir. Hiçbir olguda vur ve obstrüksiyon saptanmamıştır. Ortalama hasta yaşı 4.5 yıl (8 ay-13 yaş) ve operasyon süresi 44 dakikadır.

**SONUÇ:** Modifiye Lich Gregoir tekniğinde inervasyon hasarı olmadığından ve ureterotrigonal bütünlük bozulmadığından hipotoni görülmez ve sonda takılmasına ihtiyaç duyulmaz. Üreteral stent uygulanmadığından tekrar anestezi gereksinimi yoktur. Düşük morbidite gösterir. Yeni oluşturulan submukozal tünelin oranı uyguladığımız teknik ile bozulmadığı için uzun dönem başarısı yüksektir. Bilateral olgularda bu yöntemle işeme disfonksiyonu olmamış ve mesane normal olarak boşaltılabılmıştır. Pfannenstiel insizyon, Gibson insizyona göre kas kesilmediği ve aynı kesi ile her iki üretere de hâkimiyet sağladığı için minimal invazivdir. Hastaların aynı gün çıkarılmasında bu kesininde avantajı olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ureteroneosistostomi, modifiye lich gregoir, vezikoüreteral reflü

**SB-40****Laparoskopik heminefrektomi deneyimlerimiz**Ali Sezer

Konya Şehir Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Kliniği, Konya

**GİRİŞ:** Çift toplayıcı sistem anomalisi üreteresel, vezikoüreteral reflü ile beraberliği olabilen doğumsal bir anomalidir. Takip sırasında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu gibi nedenlerle duruma uygun cerrahi tedaviler gerekebilir.

**AMAÇ:** Non fonksiyone çift toplayıcı sistem nedeniyle laparoskopik heminefrektomi yapılan hastalarımızı sunmayı amaçladık.

**Hastalar ve METOD:** Mart 2021 – Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik heminefrektomi ve ek girişimler uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, operasyon endikasyonları, preoperatif görüntüleme bulguları (ultrason, mr görüntüleme, işeme sistoüretrogramı, statik renal sintigrafi) ile operasyon ve post operatif dönem bulguları kaydedildi.

**BULGULAR:** Laparoskopik heminefrektomi yapılan 5 hastanın (4 erkek, 1 kız) ortalama yaşı 6 (4-9) idi. Hastaların preoperatif USG, MR görüntüleme ve sintigrafileri değerlendirildiğinde çift sisteme ait böbrekte nonfonksiyone üst sistem tespit edildi. İşeme sistoüretrogramında 1 hastada aynı taraf alt sisteme, 1 hastada ise hem aynı taraf alt sistem hem de karşı tarafa vezikoüreteral reflü saptandı. 1 hastada non fonksiyone sisteme ait üreteresel saptandı. Operasyon endikasyonu 4 hastada ateşli tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, 1 hastada ise ileri derecede dilate retrovezikal üreter basısına bağlı düşük mesane kapasitesiydi. Bir hastada sepsis nedeniyle nefrostomi takılma öyküsü mevcuttu. Tüm hastalarda işleme tanısız sistoskopi ile başlandı. Kız hastada mesane içerisinde insize edilmiş üreteresel kalıntısı mevcuttu. 3 erkek hastada non fonksiyone sisteme bağlı üreter mesane boynu ve prostatik üretraya açılıyordu. 3 hastada bu aşamada alt sisteme ait üretere DJ stent yerleştirildi. Ardından hasta lateral dekübit pozisyonuna getirilerek nefrektomi ile benzer port konfigürasyonu ile girildi. Non fonksiyone sisteme ait arter ve ven hemolok kliplerle bağlandı. İşlem sırasında harmonik dissektörler kullanıldı. 2 hastada üreter distal kısmına kadar serbestlenip klip ile kapatılarak kesildi. Port girişi genişletilerek piys dışarı alındı. Diğer üç hastada Pfannenstiel insizyon ile girilerek intravezikal yaklaşımla 2 hastada eş zamanlı UNC ve 1 hastada üreteresel kalıntısı çıkarıldı. Post operatif dönem komplikasyonsuz seyretti. Mesane operasyonu geçirmeyenlerde postop 2. Günde, geçiren hastalarda ise 7.günde sondası alındı. DJ stent postoperatif 6. haftada alındı. Postoperatif dönemde 1 hastada 1 kez ateşli idrar yolu enfeksiyonu gelişti. **SONUÇ:** Uygun endikasyon ile non fonksiyone kısma sahip çift toplayıcı sistem anomalisi olan olgularda laparoskopik heminefrektomi güvenli, özellikle ek girişim gerektirebilecek olgularda kozmetik ve hastanede kalış süresi açısından açık cerrahiye göre daha avantajlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** çift toplayıcı sistem, heminefrektomi, laparoskopi



## SB-41

**Konvansiyonel Dinamik Böbrek Sintigrafisinde Yeni Bir Yöntem: Dinamik 99mTc-MAG-3 SPECT/CT- İlk Sonuçlar**

Bülent Önal<sup>1</sup>, Fatih Beytur<sup>2</sup>, Elif Altınay Kırılı<sup>1</sup>, Kadir Can Şahin<sup>1</sup>, Ezgi Kazanasmaz<sup>3</sup>, Haluk Sayman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Siemens-Healthineers Turkey

**AMAÇ:** Obstrüktif üropatiden şüphelenilen çocuklarda renal parankimal fonksiyon ve drenaj paterni merkaptosetiltriglisin sintigrafisi (99mTc-MAG3 sintigrafisi) ile, çaprazlayan damar ve diğer anatomik yapılar manyetik rezonans ürografi (MRÜ) veya kontrastlı bilgisayarlı tomografi (kBT) ile değerlendirilir. Dinamik SPECT görüntüleme ise, dokulara dağılan ve dokulardan ekskrete edilen radyoizotopun dinamik sürecini yansıtmaktadır. Bu çalışma, böbreğin anatomik yapısını, drenaj paternini ve separe böbrek fonksiyonunu tek bir görüntüleme tekniği kullanarak ortaya koyan ve konvansiyonel planar sintigrafinin kalitesini artırıp tanı kolaylığı sağlayan bir metodu, Dinamik 99mTc-MAG-3 SPECT/CT (DyMAG3 SPECT/CT), tanımlamayı amaçlamaktadır.

**MATERYAL**

Ultrasonografik incelemesinde renal parankimde incelenen saptanan ve 99mTc-MAG3 sintigrafide fonksiyonel kayıp ve obstrüktif drenaj eğrisi izlenen üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu (UPBO, n=2, 7 yaş erkek ve 1 yaş erkek) ve üreterovezikal bileşke obstrüksiyonu (UVBO, n=2, 2 yaş kız) tanısı alan dört indeks olguya DyMAG3 SPECT/CT uygulandı. UVBO olan hastalarda MRÜ ve UPBO olan hastalarda kBT ile anatomik görüntüleme yapıldı. Cerrahi öncesinde hastalara rekonstrüktif DyMAG3 SPECT/CT görüntülemesi yapıldı ve diğer görüntülemelerden elde edilen verilerle karşılaştırıldı (Anderson Hynes pyeloplasti, n=2 ve üreteroneosistostomi, n=2). 0.1mCi/kg 99mTc-MAG3 bolus enjeksiyonundan sonra, 1 dakika boyunca 2 sn/fr ile düzlemsel bir perfüzyon fazı elde edildi. Sonrasında 20 dakika boyunca 2 dakikalık döngülerle SPECT görüntüleri alındı ve protokol BT çekimi ile tamamlandı. 1 mg/kg furosemid enjeksiyonu yapıldı ve aynı parametrelerle tekrar SPECT görüntüleri alındı. Kontrast maddeden kaynaklanabilecek artefaktları önlemek için SPECT için BT atenüasyon düzeltmesi kullanılmadı. Zaman aktivite eğrileri (ZAE), ilgili bölgenin izole aktivitesinden zemin aktivitesini çıkarılması ile elde edildi. Separe böbrek fonksiyonları, geleneksel 99mTc-DMSA sintigrafisi gibi her böbreğin ZAE'sinin 2-4. dakikalar arasındaki integral hesaplaması ile elde edildi. Elde edilen sonuçlar hastaların klinik radyolojik ve mevcut sintigrafik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Dört olguda obstrüktif üropatilerin değerlendirilmesinde 99mTc-MAG3 sintigrafisi, USG, BT ve MRÜ gibi konvansiyonel tekniklerle elde edilen anatomik ve fonksiyonel verilerin DyMAG3 SPECT/CT gibi tek bir görüntüleme tekniği ile elde edilebileceğini gözlemledik. Ameliyat bulguları da obstrüktif patolojileri desteklemektedir. Ayrıca, DyMAG3 SPECT/CT, separe böbrek fonksiyonunun voksel bazlı hesaplanmasıyla 99mTc-DMSA sintigrafisine alternatif olarak 99mTc-MAG3 sintigrafisinin tanısallık özgülüğünün artmasına katkıda bulunmaktadır.

**SONUÇ:** Bu ön çalışma, DyMAG3 SPECT/CT böbrek görüntülemesinin obstrüktif üropatilerin ameliyat öncesi değerlendirilmesi için tek görüntüleme ile yeterli anatomik ve fonksiyonel bilginin elde edilmesini sağlayan bir tanı yöntemi olabileceğini göstermektedir. Ancak daha iyi değerlendirme için çok merkezli, randomize kontrollü, kör çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar****Kelimeler:** MAG-3

sintigrafisi,

UPJ

darlığı,

Hidronefroz

**SB-42****Fetal ürinomun postnatal dönemde renal fonksiyona etkisi: Üçüncü basamak tek merkez deneyimi**

Muhammet Fırat Özervarlı<sup>1</sup>, Hatice Zoroğlu<sup>1</sup>, İsmail Selvi<sup>1</sup>, Tuğba Saraç Sivrikoz<sup>2</sup>,  
Muhammet İrfan Dönmez<sup>1</sup>, Orhan Ziylan<sup>1</sup>, İbrahim Halil Kalelioğlu<sup>2</sup>, Recep Has<sup>2</sup>, Tayfun Oktar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Fetal ürinom, antenatal dönemde var olan üriner obstruksiyonlara bağlı olarak, artan basınç sonucu kaliks forniksini yırtılması ve idrarın perinefrik boşlukta toplanması sonucu oluşmaktadır. Oluşan idrar ekstrevasiyonunun böbrek displazisini azaltarak ve böbrek için koruyucu bir “pop-off” mekanizması oluşturduğu savunulmuş olsa da altta yatan üriner patolojiye ve obstrüksiyonun seviyesine bağlı olarak böbrek fonksiyonları için kötü bir prognostik faktör olabileceği de bilinmektedir. Bu çalışmada, prenatal dönemde saptanan fetal ürinomun postnatal dönemde böbrek fonksiyonu üzerine olan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji ve Çocuk Ürolojisi Bilim Dallarında 2015-2022 yılları arasında prenatal ultrasonografide (USG) fetal ürinom saptanan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Maternal yaş, fetal cinsiyet, tanı anındaki gestasyonel hafta, ürinom boyutu ve seyri, postnatal klinik seyir ve renal fonksiyonlar kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastanemizde prenatal USG ile yapılan taramada 19 hastada fetal ürinom saptanmıştır. İki hasta eksik veri, bir hasta ise prenatal takibin devam etmesi nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 16 hastanın prenatal ve postnatal takipleri incelenmiştir. Tanı anında ortalama gestasyonel hafta 23,75 (18-31) olarak hesaplanmış olup, olguların 11'i (%68) erkek, 5'i (%32) kız cinsiyetteydi. Üç olguda gebelik terminasyonla sonlandırılmış, üç olguda ise erken postnatal dönemde exitus saptanmıştır. Postnatal takibi devam eden 10 hasta incelendiğinde ise, prenatal USG'de 5 hastada posterior üretral valv (PUV), 5 hastada üreteropelvik bileşke obstruksiyonu (UPBO) ön tanısı konulmuş, 1 hastada ise çift toplayıcı sistem saptanmıştır. Postnatal dönemde bu 10 hasta renal sintigrafi ile değerlendirildiğinde, 7 (%70) hastada fetal ürinomlu böbrekte fonksiyon olmadığı görülmüştür. Her iki böbrek fonksiyonu korunan üç hastada ise, tanı anında ürinom boyutunun 3 cm'den küçük olduğu görülmüştür. Non-fonksiyone böbrekli hastalardan birine, postnatal takiplerinde sık üriner sistem enfeksiyonu gelişmesi nedeniyle nefrektomi yapılmıştır. PUV tanılı iki hastaya erken postnatal dönemde PUV ablasyonu, UPBO olan bir hastaya ise pyeloplasti yapılmıştır. **SONUÇ:** Bulgularımıza göre, ürinoma eşlik eden üst sistem dilatasyonunun renal fonksiyon açısından kötü prognoz oluşturduğunu görmekteyiz. Her ne kadar ürinom boyutunun küçük olmasının böbrek fonksiyonu için iyi prognostik faktör olabileceği saptansa da uzun dönem takibi olan daha geniş hasta serilerini içeren çalışmalar, ürinom boyutu ile postnatal böbrek fonksiyonları arasındaki ilişkiyi daha iyi ortaya koyabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Fetal ürinom, postnatal dönem, prenatal tanı, renal fonksiyon

## SB-43

**CAKUT lu (Congenital anomalies of kidney and urinary tract: Doğumsal böbrek ve üriner sistem anomalileri) çocuklarda sınıflandırma, klinik değerlendirme ve olası risk faktörlerinin değerlendirmesi.**Hülya Gözde Önal, Hulya Nalcacioglu, Demet Tekcan KARALI

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

**Giriş**

ve

**Amaçlar:**

CAKUT (Böbrek ve İdrar Yolunun Konjenital Anomalileri) fetal anomalilerin %20-30 unu oluşturur, çocuklarda böbrek yetmezliğinin en önemli nedeni olmasının yanı sıra, böbrek ve idrar yolu hastalıklarının bir dizi morfolojik ve/veya fonksiyonel anormalliklerini içerir. Erken tanı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemlidir.

Bu çalışmada CAKUT hastalarının prenatal ve postnatal özellikleri değerlendirilmiş ve CAKUT hastalarının cerrahi endikasyonlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç**

ve

**Yöntemler:**

CAKUT tanısı ile takip edilen hastaların bilgileri geriye yönelik incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların prenatal ultrasonografik bulguları, antenatal dönemde tanı aldıkları gebelik haftası, postnatal radyolojik bulguları, anne ve babanın klinik özellikleri, anne ve babanın hastalıkları ve ilaç kullanım durumu, CAKUT seyri ile ilgili bilgiler incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya CAKUT tanısı ile izlenen 658 çocuk dahil edildi: 449'u (% 68,23) antenatal dönemde tanı aldı ve hastalar için ortalama tanı yaşı 22,14 (SD 3,77) gebelik haftası idi. Çalışmaya alınan hastaların ortalama doğum ağırlığı 3113,69 (SS 616,279) gram, annenin yaş ortalaması 33,45 (SS 7), babanın yaş ortalaması 36,66 (SS.378) ve annenin gebelikte kilo alımı 12.8663 (SD 4.824) kilogramdı. Uzun dönem izlemde anne-baba akrabalığı (p=0,835), annede gestasyonel diyabet (p=0,854), gestasyonel hipertansiyon (p=0,926), annenin kronik ilaç kullanımı (p=0,616), annede sigara kullanımı (p=0,258) ve annenin ailesinde böbrek hastalığı öyküsü (p=0,258), babanın kronik ilaç kullanımı (p=0,843), babada hipertansiyon (p=0,785), babada sigara kullanımı (p=0,387) ve babanın ailesinde böbrek hastalığı öyküsü (p=0,937) ameliyat kararını anlamlı olarak etkilemedi. Hastalarda antenatal dönemde saptanan en yaygın bulgu hidronefroz (%49,1), en yaygın anomali agenezi (%6,5), UP darlık (%3,7), hiperekoik böbrek (%3,4), hipoplastik böbrek (%2,4), multikistik böbrek (%2,2) ve çift toplayıcı sistemdi (%1,5). 161 (%24,5) hastada hidronefrozda azalma, 96 (%14,6) hastada tam iyileşme gözlemlendi ve 200 (%30,4) CAKUT hastasında düzelme olmadı. 161 hasta (%24,5) uzun dönem takipte ameliyat edildi. En sık ameliyat nedenleri UP darlığı (39 hasta), VUR (28 hasta), UV darlığı (4 hasta), ureterosel eksizyonu (4 hasta) ve üretral divertikül düzeltme (2 hasta) idi. Antenatal, postnatal ve 1-2-6 aylık geç takip ultrasonografik kontrolünde hidronefroz veya herhangi bir üriner sistem ve renal anormallik varlığı, CAKUT hastalarında cerrahi endikasyon ile önemli ölçüde ilişkili bulundu.

**Sonuç:**

CAKUT'lu çocuklarda hidronefroz ve agenezi yaygın bir anomalidir. US'de hidronefroz ve böbrek ve idrar yolu anomalilerinin varlığı (agenezis, hiperekoik böbrek, hipoplastik böbrek, multikistik böbrek ve çift toplayıcı sistem) cerrahi için risk faktörleridir. İdrar yolu enfeksiyonu olan CAKUT hastalarının seyri daha kötüdür. CAKUT hastalarına, daha iyi doğum öncesi ve doğum sonrası bakım sağlama adına kötü prognoz ile ilişkili faktörleri değerlendirmek önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital anomaliler, CAKUT, fetal hidronefroz, prenatal tanı, renal agenezi, üriner sistem malformasyonları.

SB-44

### Spot İdrarda Ölçülen Karbonhidrat Antijen 19-9/Kreatinin Düzeyinin 0-16 Yaş Grubunda Hidronefroz Ayırıcı Tanısı ve Böbrek Hasarı Tespitinde Biyobelirteç Olarak Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışma

Mehmet Umut Kütükoğlu<sup>1</sup>, Çağrı Akın Şekerci<sup>1</sup>, Sultan Seval Yılmaz<sup>2</sup>, Goncagül Haklar<sup>2</sup>, Tufan Tarcan<sup>1</sup>, Selçuk Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Çocuklarda hidronefroz (HN) ile ortaya çıkan üriner sistem hastalıklarının tanısında, tedavi seyrinde ve prognozunu öngörme konusunda idrarda ölçülebilen birçok biyobelirteç mevcuttur. Çalışmamızda çocuk hastalarda spot idrarda karbonhidrat antijeni 19-9 (CA 19-9)/kreatinin düzeylerinin, HN ayırıcı tanısı ve yapılan görüntüleme tetkikleri ve bunların sonucunda böbrek hasarının tespit edilmesinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**MATERYAL-METOD:** Prospektif olarak yapılan çalışmamıza Nisan 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında çocuk ürolojisi polikliniğimize başvuran üreteropelvik bileşke darlığı (ÜPBD), veziköüretal reflü (VUR), böbrek/üreter taşı, non-nörojenik ve nörojenik (spina bifida) alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) tanısı nedeniyle HN'si olanlar hasta grubu, başka nedenlerle başvuran ve görüntülemelerinde HN'si olmayanlar kontrol grubu olarak dahil edildi. Hastaların başvuru sırasında yaş, cinsiyet, glomerül filtrasyon hızları, spot idrarda CA 19-9 (ünite/mililitre) ve kreatinin değerleri, HN etiyojisi, HN'si olanlarda Society for Fetal Urology (SFU) evresi, dimerkapto süksinik asit (DMSA) sintigrafisinde skar varlığı, merkaptto asetil triglisin (MAG-3) sintigrafisinde diüretik yanıtılık durumları ele alındı.

**BULGULAR:** Çalışmaya hidronefrozu olan 168 (%42,4) çocuk hasta hidronefroz grubu olarak; 229 (%57,6) sağlıklı çocuk ise kontrol grubu olarak dahil edildi. Hidronefroz grubunun 80'i (%47,6) kız, 88'i (%52,4) erkekti ve bunların 132'si (%78) tek taraflı, 36'sı (%22) iki taraflı hidronefroza sahipti. HN'si olan hasta grubunun 41'i (%10,3) VUR, 42'si (%10,6) böbrek/üreter taşı, 52'si (%13,1) ÜPBD, 18'i (%4,5) non-nörojenik AÜSD, 19'u (%4,8) nörojenik AÜSD tanılıydı. HN varlığı risk faktörü alınarak yapılan ROC analizinde %71,4 hassasiyet ve %70,7 özgüllük oranlarında eğri altında kalan alan 0,823 (%95 güven aralığında 0,783-0,864) olup, spot idrar CA 19-9/kreatinin için eşik değer 0,59 Ünite/mililitre kreatinin (Ü/ml kre) olarak elde edildi (p=0,001). Kontrol grubunda başvuru anında spot idrar CA 19-9/kreatinin 0,48 (0,14-1,80), hasta grubunda 0,82 (0,16-2,60) olarak ölçüldü (p=0,0001). Başvuruda SFU evre 1'de spot idrar CA 19-9/kreatinin 0,75 (0,16-2,60), evre 2'de 0,82 (0,28-1,72), evre 3'te 0,90 (0,45-2,02), evre 4'te 1,12 Ü/ml kre (0,41-2,43) olarak ölçüldü (p=0,085). Böbrek/üreter taşı olanlarda başvuruda 0,84 Ü/ml kre (0,34-1,80), postoperatif 6.ayda 0,46 Ü/ml kre (0,23-1,52) olarak ölçüldü (p=0,001). ÜPBD olup cerrahi yapılanlarda başvuruda 0,91 Ü/ml kre (0,28-2,43), takip edilenlerde başvuruda 0,80 Ü/ml kre (0,41-2,18) olarak ölçüldü (p=0,770). ÜPBD tanılı ve sintigrafisi diüretik yanıtsızlarda 0,96 Ü/ml kre (0,28-2,43), diüretik yanıtılılarda 0,80 Ü/ml kre (0,41-2,12) olarak ölçüldü (p=0,686). VUR tanılı düşük evreli grupta başvuruda 0,87 Ü/ml kre (0,30-2,60), yüksek evreli grupta 0,80 Ü/ml kre (0,16-1,72) olarak ölçüldü (p=0,709). Böbrek parankiminde skarı olan grupta başvuruda 0,58 Ü/ml kre (0,16-2,60), böbrek parankimi skarsız grupta oran 0,70 Ü/ml kre (0,14-2,43) olarak ölçüldü (p=0,437), (Tablo-1).

**SONUÇ:** CA 19-9/kreatinin oranında saptanan yüksek değerler hidronefroz varlığını öngörmeye, ÜPBD ve taş hastalarında operasyon sonrası gerileyen HN dereceleriyle paralel olarak oranın azalmasıyla; hidronefroz tanısında ve cerrahi yapılan grupta tedavi başarısını öngörmeye önemlidir ve klinik uygulamada oldukça faydalı olabilecek potansiyele sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik Üroloji, Hidronefroz, Biyobelirteç, CA 19-9/Kreatinin

**Tablo 1. Parametreler ile spot idrar CA 19-9/kreatinin oranlarının değerlendirilmesi**

Parametreler		n, (%)	CA 19-9/Kreatinin Ortanca (Minimum-Maksimum)	p
<b>Kontrol</b>		229 (%57,6)	0,48 (0,14-1,80)	<b>p=0,0001</b>
<b>Hasta</b>		168 (%42,4)	0,82 (0,16-2,60)	
<b>SFU</b>	Evre 1	95 (%56,5)	0,75 (0,16-2,60)	<b>p=0,085</b>
	Evre 2	33 (%19,6)	0,82 (0,28-1,72)	
	Evre 3	13 (%7,7)	0,90 (0,45-2,02)	
	Evre 4	27 (%16,2)	1,12 (0,41-2,43)	
<b>Böbrek/ Üreter Taşı</b>	Başvuruda	42 (%100)	0,84 (0,34-1,80)	<b>p=0,001</b>
	PO 6. Ay	42 (%100)	0,46 (0,23-1,52)	
<b>ÜPBD</b>	Takip Edilen	26 (%50)	0,80 (0,41-2,18)	<b>p=0,770</b>
	Cerrahi Yapılan	26 (%50)	0,91 (0,28-2,43)	
<b>VUR</b>	Düşük Evre	31 (%68)	0,87 (0,30-2,60)	<b>p=0,709</b>
	Yüksek Evre	10 (%32)	0,80 (0,16-1,72)	
<b>MAG-3</b>	Diüretik Yanıtlı	26 (%50)	0,80 (0,41-2,12)	<b>p=0,686</b>
	Diüretik Yanıtsız	26 (%50)	0,96 (0,28-2,43)	
<b>DMSA</b>	Skar Var	46 (%31)	0,58 (0,16-2,60)	<b>p=0,437</b>
	Skar Yok	101 (%69)	0,70 (0,14-2,43)	

CA 19-9: Karbonhidrat antijeni 19-9, SFU: Society for Fetal Urology, PO: Post operatif, ÜPBD: Üreteropelvik bileşke darlığı, VUR: Vezikoureteral reflü, MAG-3: Merkaptto asetil triglisin, DMSA: Dimerkaptto süksinik asit

## SB-45

**Piyeloplasti öncesinde voiding sistoüretrografi: Her hastada yapmalı mıyız?**

İsmail Selvi, Muhammet İrfan Dönmez, Enes Değirmenci, Hatice Zoroğlu, Orhan Ziyilan, Tayfun Otkar  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Üreteropelvik bileşke obstrüksiyonuna (UPBO) vezikoüreteral reflünün (VUR) eşlik etme insidansı, farklı serilerde % 0.6 - 21.3 arasında bildirilmektedir. Yine de halen güncel kılavuzlarda, üreter anomalisi olmayan unilateral UPBO olgularına eşlik edebilecek VUR'u gözden kaçırmamak için voiding sistoüretrografi (VCUG) çekilmesi rutin olarak önerilmemektedir. Bu çalışmada, unilateral UPBO'na VUR'un eşlik etme insidansını ve bu durumu öngörebilecek faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Tek taraflı UPJO nedeniyle 2000-2017 yılları arasında piyeloplasti uygulanan 381 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenerek, preoperatif VCUG verileri mevcut olan 270 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik parametreler, preoperatif hidronefroz derecesi, renal pelvis anteroposterior çapı (APD), renal parankimal kalınlık, MAG-3 renal sintigrafide split renal fonksiyonlar ve VUR varlığı kaydedildi. Hastalar, preoperatif dönemde VUR eşlik etme durumuna göre iki gruba ayrılarak incelendi: eşlik eden VUR'u olanlar (Grup I) ve olmayanlar (Grup II).

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 270 hastanın (205 erkek, 65 kız) tanı anında ortanca yaşı 4 ay (min: 2 - max: 98) olup 197'sinde (%72.9) antenatal hidronefroz mevcuttu. Hastaların 34'ü (%12.5) ateşli idrar yolu enfeksiyonu, 47'si (%19.5) abdominal/flank ağrıyla başvurdu. Tüm hastaların 24'üne (%8.9) preoperatif dönemde VUR eşlik ettiği saptandı. Eş zamanlı VUR'u olan bu 24 hastanın 6'sında (%25) Grade II VUR, 18'inde (%75) Grade III-V VUR bulundu. Bunlardan 12'sinde (%50) ipsilateral VUR, 3'ünde (%12.5) kontralateral VUR ve 9'unda (%37.5) bilateral VUR mevcuttu. Piyeloplasti sonrası ortanca 11 yıllık (min: 5 - max: 22) takipte, 6 (%25) hastada spontan VUR rezolüsyonu gözlenirken, 15 (%62.5) hastaya endoskopik subüreteral enjeksiyon ve 3 (%12.5) hastaya üreteroneosistostomi uygulandı. Grup I'de preoperatif APD düzeyi anlamlı olarak daha yüksekken [35.5, IQR (27.6-36.0) vs 26.5 IQR (25.0-35.0), p=0.004], parankimal kalınlık anlamlı olarak daha düşük bulundu [3.7, IQR (3.4-6.4) vs. 5.8, IQR (4.4-6.1), p=0.026]. Ateşli idrar yolu enfeksiyonuyla başvurunun (OR: 2.769, p=0.048), preoperatif renal parankimal kalınlık <3.95 mm olmasının (OR:1.367, p=0.043) ve preoperatif APD >28.8 mm olmasının (OR:1.035, p=0.001) UPBO'na eşlik eden VUR'u öngörebilecek faktörler olduğu gözlemlendi.

**SONUÇ:** Bulgularımız, piyeloplasti yapılan yaklaşık her 11 hastadan 1'inde VUR ve UPBO'nun birlikte görülebileceğini ve bunların %75'ine takipte VUR için cerrahi girişim gerekebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, üreter anomalisi olmayan unilateral UPBO olan hastalarda VCUG çekilmesi, özellikle ateşli idrar yolu enfeksiyonuyla başvuran, preoperatif üriner ultrasonografide daha yüksek APD değerlerine ve daha düşük renal parankimal kalınlığa sahip hastalarla sınırlı tutulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** hidronefroz, piyeloplasti, üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu, vezikoüreteral reflü, voiding sistoüretrografi

**SB-46****PUV hastalarında VURD sendromunun koruyucu etkisi var mıdır**

Kadir Emre Baltacı, Ali Cansu Bozacı, Gökhan Karakurt, Mesut Altan, Kamranbay Gasimov, Burak Çıtamak, Serdar Tekgül, Hasan Serkan Doğan  
Hacettepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş**

ve

**Amaç:**

Bu çalışmada, Posterior Üretral Valve (PUV) olup Unilateral VUR ve Renal Displazisi (VURD) olan hastaların böbrek fonksiyonları üzerine koruyucu etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal**

–

**Metod:**

Ocak 1986 – Temmuz 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda PUV nedeniyle opere edilen 128 erkek hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların serum kreatinin değerleri yaşa spesifik referans değerler üzerinden hesaplanarak; hastaların operasyon yaşları, klinik prezentasyonları, nadir kreatinin düzeyleri, eşlik eden VUR olup olmaması, idrar yolu enfeksiyonu ve uygulanan tedavi seçeneklerinin hastaların son kreatinin düzeyine etkisi tek değişkenli ve çok değişkenli analiz ile değerlendirilmiştir. VUR hastalar unilateral ve bilateral olarak sınıflandırılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 (IBM Corp., Chicago) programı kullanılmış ve  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların cerrahi operasyon zamanındaki ortalama yaşı 5 ay (1-144ay) ve ortalama takip süresi 26 ay bulunmuştur. 128 hastanın 32'sinin (%25) son bakılan kreatinin düzeyi yüksek bulunmuştur. 128 hasta VUR durumuna göre gruplandırıldığında 53 hastada VUR olmadığı, 40 hastada unilateral ve 35 hastada bilateral VUR olduğu görülmüştür. Bu hasta gruplarından son kreatininini yüksek bulunan hastalar analiz edildiğinde sırasıyla 10 (%18,9), 7 (%17,5), 15 (%42,9) hastanın son kreatinin düzeyi yüksek bulunmuştur. Son kreatinin düzeyi yüksek olup; VUR olmayan grup ve Unilateral VUR olan grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bilateral VUR olanlarda ise VUR olmayan ve Unilateral VUR olanlara göre son kreatinin düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,015$ ) ( $p=0,016$ ). 128 hastanın DMSA ve/veya MAG3 sonuçlarına incelendiği zaman 83 hastanın verilerine erişilmiş olup, unilateral VUR'u olan ve separe renal fonksiyonu  $< \%15$  olan hastalar VURD olarak tanımlanmıştır. Bu 83 hastanın 31 tanesinin unilateral VUR olduğu görülmüş olup bunlardan da 11 hastanın VURD olduğu bulunmuştur. Unilateral VUR olan hastalarda renal displazisi olan ve olmayanlar hastalar güncel kreatinin seviyelerine göre analiz edildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Bütün hasta grubu incelendiği zaman tek değişkenli analizde nadir kreatinin düzeyi ( $p=0,000$ ), bilateral VUR olanlar ( $p=0,006$ ), ilk tedavisi valve ablasyonu olmayanlar ( $p=0,011$ ), ürosepsis ile prezente olanlar ( $p=0,026$ ) son kreatinin düzeyi için anlamlı bulunurken, tanı aldığı yaş anlamlı bulunmamıştır. Çok değişkenli analizde de aynı şekilde nadir kreatinin düzeyi yüksek olanlar, bilateral VUR olanlar, ilk tedavisi valve ablasyonu olmayanlar ve sepsis ile prezente olanlar bağımsız faktörler olarak son kreatinin düzeyinin yüksekliği için anlamlı olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** PUV hastaları VUR durumuna göre sınıflandırıldığında bilateral VUR olmasının bağımsız bir risk faktörü ve prognozlarının daha kötü olduğu görülmüştür. Bu bulgular, VURD durumundan bağımsız olarak unilateral reflünün sebep olduğu pop-off mekanizmasının kontralateral böbrek üzerine koruyucu etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Bu koruyucu etkiden dolayı hastaya detaylı değerlendirme yapılmadan nefrektomi yapılmasını önermiyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** pop-off, posterior üretral valve, vurd sendromu

## SB-47

**Açık dismembered pyeloplasti uygulanan pediatrik hastalarda; üreteropelvik bileşke darlığı rekürrens prediktörlerini bulabilmek için, makine öğrenmesi algoritmalarına dayalı çok değişkenli bir tahmin modeli geliştirme**

İsmail Önder Yılmaz<sup>1</sup>, Özgür Yılmaz<sup>2</sup>, Mutlu Değer<sup>3</sup>, Nebil Akdoğan<sup>3</sup>, Tunahan Ateş<sup>3</sup>, Volkan İzol<sup>3</sup>, İbrahim Atilla Arıdoğan<sup>3</sup>, Nihat Satar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ceyhan Devlet Hastanesi Üroloji Departmanı

<sup>2</sup>Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Bilgisayar ve Bilişim Fakültesi Yapay Zeka Mühendisliği Bölümü

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

**AMAÇ:** Anderson - Hynes dismembered pyeloplasti başarı oranı %90-100 arasındadır. Ancak buna rağmen %5-10 hastada rekürrens gelişebilmektedir. Rekürrens prediktörlerini ve prediktif etkilerini bulabilmek için makine öğrenmesine dayalı çok değişkenli bir tahmin modeli geliştirmeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Eylül 2011- Mart 2020 arasında, kliniğimizde primer Anderson - Hynes Dismembered Pyeloplasti yapılmış, 15 yaşından küçük hastalar değerlendirmeye alındı. Ek patolojisi olanlar (üreterovezikal bileşke darlığı, vezikoureteral reflü, çift toplayıcı sistem, ektopik böbrek), laparoskopik vakalar ve sekonder vakalar çalışma dışı bırakıldıktan sonra 177 hasta çalışmaya dahil edildi. Parametreler; preoperatif antero-posterior renal pelvis çapı (mm), preoperatif endoskopik diversiyon öyküsü (var, yok), intraoperatif renal pelvisten aspire edilen idrar miktarı (cc), prenatal hidronefroz öyküsü (var, yok), transanastomotik diversiyon tipi (üreter kateteri, double j stent), komplikasyon varlığı (yok, Clavien Dindo Grade 2, Clavien Dindo 3A-3B), eksize edilen dar segment uzunluğu (mm), postoperatif antero-posterior renal pelvis çapı (mm), tek taraf/çift taraf üretero-pelvik bileşke darlığı, taraf (sağ, sol), yaş (ay), cinsiyet (erkek, kız), preoperatif diferansiyel renal fonksiyon (%), operasyon süresi (dakika), sonda çekilme süresi (saat), üreter kateteri çekilme süresi (saat), dren çekilme süresi (saat), taburculuk süresi (saat) idi. Parametrelerin rekürrens üzerindeki prediktif etkileri; Logistic Regression, Radial Basis Function – Support Vector Machine, Decision Tree ve Random Forest gibi makine öğrenmesi metodları ile araştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 134'ü erkek 43'ü kız olup ortalama yaşları 30,4 (1-168) aydı. Hastaların 15/177 (%8,4)'sinde rekürrens gelişmişti. Parametrelerden postoperatif antero-posterior renal pelvis çapı ve intraoperatif renal pelvisten aspire edilen idrar miktarının rekürrens üzerindeki prediktif etkileri en yüksekti. (Figür 1). Kullanılan metodlardan; Receiver Operating Characteristic – Area Under Curve'ü (AUC) en yüksek olan Random Forest (AUC=0,94) metodu idi. (Figür 2)

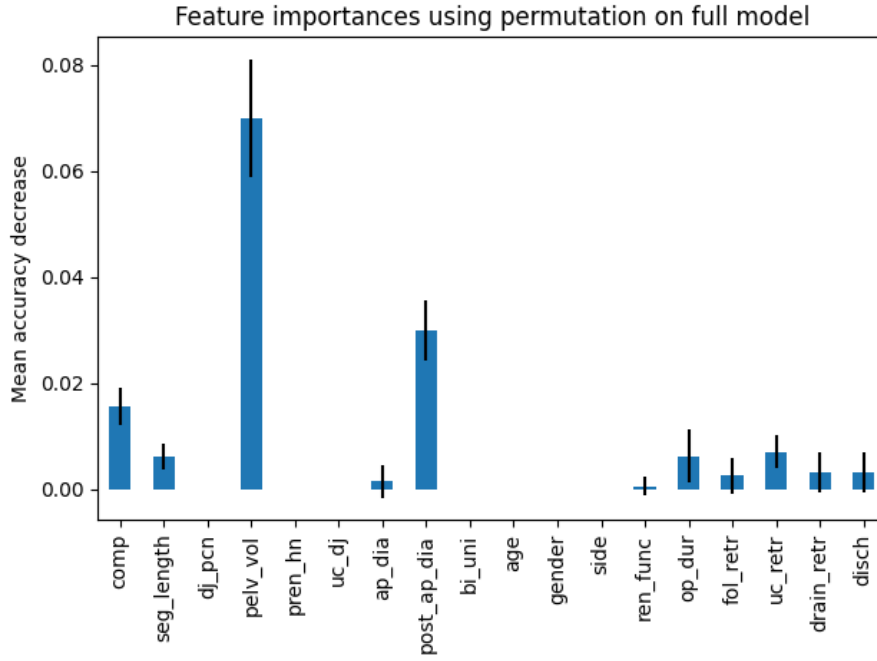
**SONUÇ:** Bizim bilgimize göre çalışmamız; intraoperatif renal pelvisten aspire edilen idrar miktarının rekürrens üzerinde prediktif olup olmadığının araştırıldığı ilk çalışmadır. Ayrıca yine bizim bilgimize göre çalışmamız; pyeloplasti yapılan hastalarda rekürrens üzerinde etkili prediktörlerin makine öğrenmesi algoritmaları kullanılarak araştırıldığı, literatürdeki ikinci çalışmadır. Geliştirdiğimiz algoritma ile; açık Anderson - Hynes Dismembered Pyeloplasti yapılmış 15 yaşından küçük hastalarda rekürrensi yüksek oranda tahmin edebildik. Ayrıca literatürde ilk kez; intraoperatif renal pelvisten aspire edilen idrar miktarı arttıkça üreteropelvik



bileşle darlığı rekürrens ihtimalinin arttığını bulduk. Geliştirdiğimiz algoritmanın diğer merkezlerce external validasyonuna ihtiyaç bulunmaktadır.

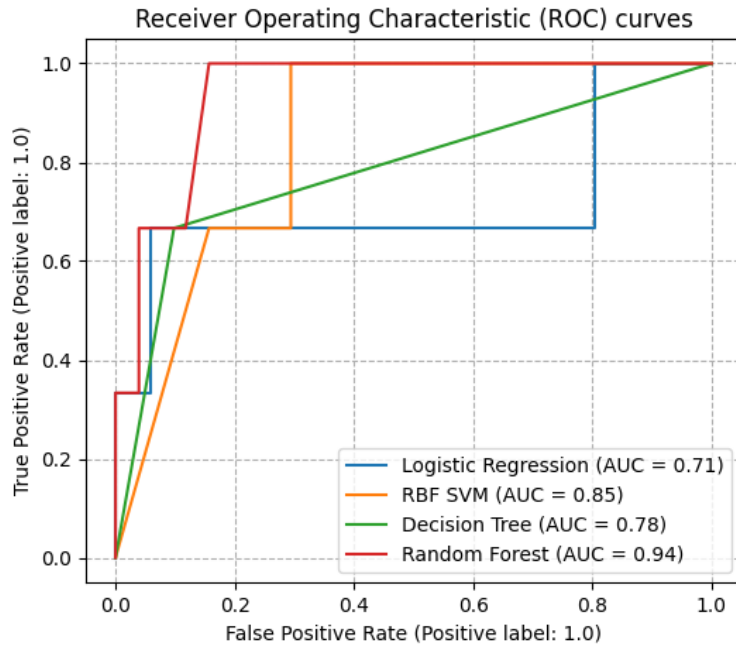
**Anahtar Kelimeler:** Pyeloplasti, üreteropelvik bileşke darlığı rekürrensi, makine öğrenmesi, pediatrik ürolojide yapay zeka kullanımı

**Figür 1**



Parametrelerin üretero-pelvik bileşke darlığı rekürrensi prediktif değerleri

**Figür 2**



Makine Öğrenmesi Metodlarının 'Receiver Operating Characteristic' eğrileri

**SB-48**

**Can J stent placement be a safe alternative until pyeloplasty is performed in infants under 1 year of age?**

Özdemir Serhat Gürocak, Murat Yavuz Koparal, Burak Elmas, Mahmut Uğurlu, Mustafa Özgür Tan  
Department of Urology, Gazi University, Ankara, Turkey

**OBJECTIVE:** To evaluate differential renal function after J stent placement in infants under 1 year of age with ureteropelvic junction obstruction (UPJO).

**PATIENTS**

**AND**

**METHODS:**

The study group included 15 subsequent children treated for UPJO with J stent placement by the same surgeon between 2012-2022. Clinical (age, gender, presence of comorbidities and urinary tract anomalies, pain), imaging (ultrasound) (degree of hydronephrosis, renal parenchyma thickness and echogenity, presence of renal stone, renal pelvis anterior-posterior diameter (RPAPD)), functional (fractioned renal function, t1/2 time) and surgical (side, type of operation, retrograde pyelography) data were retrieved from the patient files retrospectively. The Society of Fetal Urology (SFU) was used to assess the degree of hydronephrosis. Confirmed obstruction due to obstructive wash out curve-lack of response after furosemide administration who had a split renal function of over 40%, low degree of hydronephrosis SFU grade 2, and length of obstructive segment less than 1 cm in retrograde pyelography were treated with J stent placement. Additionally, in small babies with poor health or growth retardation because of potential hazards of anesthesia exposure and longer surgical time for pyeloplasty, J stent was placed as a temporary solution for the relief obstruction and preserve renal function despite the indication of pyeloplasty. Decreased postoperative split renal function, obstructive wash out curve with absence of diuretic response, increase in t1/2time, lack of improvement in symptoms or increase in hydronephrosis were accepted as treatment failure.

**RESULTS:** The median age was 7 months (1-11). The median duration of J stent in these infants is 12 (6-20) weeks. During a follow-up period of median 36 (24-48) months, 8 children (53.3%) experienced failure. Out of these 8 children, 7 underwent pyeloplasty during their follow-ups, and 1 child remained without further follow-up. Among the successful group of 7 children, the median follow-up duration was 30 (26-48) months. In the group with failures, it was observed that the preoperative t1/2 was significantly longer, SFU category were significantly higher, and the J stent retention duration was significantly shorter (Table 1). No significant difference was found in terms of preoperative differential renal function.

**CONCLUSION:** J stent placement may be a safe alternative to preserve renal function in infants with poor health or growth retardation until piyeloplasty.

**Keywords:** infant,piyeloplasty,J

stent

**Table 1.**

	Failed N=8	Successful N=7	p value
Duration of J stent [median (range)] (weeks)	9 (6 – 12)	12 (10- 20)	0.034
Preoperative differential renal function [median (range)] (%)	45.5 (27 - 60)	48 (18 - 56.0)	0.720
Preoperative t1/2 time [median (range)] (minutes)	144 (29 – 180)	38 (28 – 122)	< 0.001
Preoperative SFU class [n (%)]			0.047
2	3 (37.5%)	6 (85.7%)	
4	5 (62.5%)	1 (14.3%)	
Preoperative renal pelvis AP diameter [median (range)] (milimeter)	19.5 (12 – 42)	17 (10 – 27)	0.211

Operational success in infants under 1 year of age with J stent placed

**SB-49****Role of J stent placement as a minimally invasive treatment option for ureteropelvic junction obstruction**

Murat Yavuz Koparal, Burak Elmas, Özdemir Serhat Gürocak, Cihat Aytekin, Mustafa Özgür Tan

Department of Urology, Gazi University, Ankara, Turkey

**OBJECTIVE:** To identify the factors that affect treatment success in children that underwent either pyeloplasty or J stent placement due to ureteropelvic junction obstruction (UPJO) and analyze whether J stent insertion could be a minimal invasive management option in UPJO

**PATIENTS****AND****METHODS:**

The study group included 126 subsequent children treated for UPJO either with J stent placement or pyeloplasty using open or robot assisted method by the same surgeon between 2012-2022. Clinical (age, gender, presence of comorbidities and urinary tract anomalies, pain), imaging (ultrasound) (degree of hydronephrosis, renal parenchyma thickness and echogenicity, presence of renal stone, renal pelvis anterior-posterior diameter (RPAPD)), functional (fractioned renal function, t<sub>1/2</sub> time) and surgical (side, type of operation, retrograde pyelography) data were retrieved from the patient files retrospectively. The Society of Fetal Ultrasonography (SFU) and Urinary Tract Dilatation (UTD) classification systems were used to assess the degree of hydronephrosis. Patients were subjected to pyeloplasty if the initial split renal function was less than 40% or decreased by 10% during follow-up, in presence of symptoms or increasing hydronephrosis as indicated. Other patients with confirmed obstruction due to obstructive wash out curve-lack of response after furosemide administration who had a split renal function of over 40%, low degree of hydronephrosis SFU grade 2, and length of obstructive segment less than 1 cm in retrograde pyelography were treated with Double-J stent placement. Additionally, in small babies with poor health or growth retardation because of potential hazards of anesthesia exposure and longer surgical time for pyeloplasty, J stent was placed as a temporary solution for the relief obstruction and preserve renal function despite the indication of pyeloplasty. Decreased postoperative split renal function, obstructive wash out curve with absence of diuretic response, increase in t<sub>1/2</sub>time, lack of improvement in symptoms or increase in hydronephrosis were accepted as treatment failure.

**RESULTS:** The median age for all patients were 67 months (1.0-201.0) and the median follow-up as 75 months (16.0-180.0). Preoperative SFU, UTD grades, RPAPD and renal parenchymal thinning reflecting the degree of hydronephrosis-obstruction were significantly higher (p=0.028, p=0.006, p=0.005, and p=0.035, respectively) in the pyeloplasty group (Table 1). Treatment success was 43.9% in the J stent group and 88.4% in the pyeloplasty group and the difference was statistically significant (p<0.001). In simple logistic regression analyses long t<sub>1/2</sub> time, increased RPAPD and J stent placement were associated with a decreased probability of treatment success. In the multiple logistic regression analyses type of operation were found to be independent prognostic factor in predicting treatment success (HR: 4.77, p = <0.001) (Table 2). In a total of 57 patients who had J stents placed across all age groups, 32 of them experienced failure. However, in this group of patients, despite the existence of failure criteria, no statistically significant difference was found in preoperative and postoperative differential renal functions (48% vs. 48.5%, p=, respectively).

**CONCLUSION:** J stent placement could provide limited success rates in selected patients with UPJO. It might also be beneficial for the preservation of renal function until definitive surgery.

**Keywords:** J stent, ureteropelvic junction obstruction, piyeloplasty

**Table 1.**

**Table 1.** Baseline characteristics

	J Stent Placement N= 57	Pyeloplasty N= 69	P value
<b>Comorbidities [n (%)]</b>			
No	48 (84.2)	56 (81.2)	0.653
Yes	9 (15.8)	13 (28.8)	
<b>Gender [n (%)]</b>			
Female	9 (15.8)	14 (20.3)	0.515
Male	48 (84.2)	55 (79.7)	
<b>Age</b> [median (range)] (months)	59 (1.0-199.0)	79 (1.0-201.0)	0.283
<b>Age [n (%)]</b>			
< 1 year	23 (40.4)	19 (27.5)	0.129
> 1 year	34 (59.6)	50 (72.5)	
<b>Genitourinary anomalies</b>			
No	51 (89.5 %)	63 (91.3 %)	0.728
Yes	6 (10.5 %)	6 (8.7 %)	
<b>Side</b>			
Right	21 (37.5 %)	31 (44.9 %)	0.402
Left	36 (62.5 %)	38 (55.1 %)	
<b>Preoperative differential renal function</b> [median (range)] (%)	48 (43.0-51.0)	48 (42.0-50.0)	0.850
<b>Preoperative t<sub>1/2</sub> time</b> [median (range)] (minute)	45 (25.0-180.0)	98 (29.0-180.0)	0.132
<b>Preoperative SFU class [n (%)]</b>			0.028
2	11 (19.3)	4 (5.8)	
3	22 (38.6)	23 (33.3)	
4	24 (42.1)	42 (60.9)	
<b>Preoperative UTD class [n (%)]</b>			
1	5 (8.8)	0 (0.0)	0.006
2	19 (33.3)	14 (20.3)	
3	33 (57.9)	55 (79.7)	
<b>Preoperative renal pelvis AP diameter</b> [median (range)] (millimeter)	18 (15.0- 27.0)	26 (18.0-35.0)	0.005
<b>Obstructive segment length</b> [median (range)] (millimeter)	5.5 (4.0-6.850)	6.05 (4.375- 7.750)	0.239
<b>Preoperative renal parenchymal thinning [n (%)]</b>			
No	26 (45.6)	19 (27.5)	0.035
Yes	31 (54.4)	50 (72.5)	
<b>Preoperative renal parenchymal hyperechogenity [n (%)]</b>			
No	44 (77.2)	52 (75.4)	0.810
Yes	13 (22.8)	17 (24.6)	
<b>Preoperative flank pain [n (%)]</b>			
No	49 (86.0)	56 (81.2)	0.471
Yes	8 (14.0)	13 (18.8)	
<b>Preoperative renal stone disease [n (%)]</b>			
No	53 (93.0)	67 (97.1)	0.280
Yes	4 (7.0)	2 (2.9)	

**Table 2.**

Table 2. Simple and multiple logistic regression analysis in predicting treatment success

	Simple Logistic Regression Analysis			Multiple Logistic Regression Analysis		
	OR	CI (95%)	p	OR	CI (95%)	p
<b>Age</b>	1.003	0.997-1.009	0.359			
<b>Gender</b>						
Female	Ref.	Ref.	0.52			
Male	0.716	0.241-1.899				
<b>Side</b>						
Right	Ref.	Ref.	0.523			
Left	0.778	0.355-1.67				
<b>Comorbidities</b>						
No	Ref.	Ref.	0.312			
Yes	0.613	0.239-1.625				
<b>Congenital abnormalities</b>						
No	Ref.	Ref.	0.901			
Yes	0.923	0.272-3.641				
<b>Obstructive segment length</b>	0.976	0.827-1.157	0.776			
<b>Fractionated function</b>	1.009	0.98-1.039	0.534			
<b>T 1/2</b>	0.994	0.989-0.999	0.032	0.995	0.989-1.002	0.156
<b>SFU Grade</b>						
2	Ref.	Ref.	0.724			
3	1.273	0.302-4.699				
4	0.559	0.143-1.833		0.361		
<b>UTD Grade</b>						
1	Ref.	Ref.	0.989			
2	NA	NA-2.160		0.988		
3	NA	NA-2.453				
<b>Anterior-posterior diameter</b>	0.963	0.933-0.993	0.018	0.972	0.937-1.006	0.107
<b>Parenchyma thickness</b>						
Normal	Ref.	Ref.	0.09			
Decreased	0.486	0.203-1.093				
<b>Parenchymal Echogenicity</b>						
Normal	Ref.	Ref.	0.122			
Increased	0.512	0.219-1.207				
<b>Pain</b>						
No	Ref.	Ref.	0.732			
Yes	1.197	0.443-3.603				
<b>Presence of renal stone</b>						
No	Ref.	Ref.	0.932			
Yes	0.927	0.173-6.894				
<b>Type of operation</b>						
J stent placement	Ref.	Ref.	0.001			
Pyeloplasty	6.48	2.335-23.082		6.873	2.422-24.931	<0.001

**SB-50****Can ultrasound predict the outcome of Pyeloplasty?**

Jahanzeb Sheikh, Umber Rasheed, Sherjeel Saulat  
Department Of Urology, Tabba Kidney Institute, Karachi, Pakistan

**BACKGROUND:** Pelviureteric junction obstruction causes the renal units to lose their cortical side. Patients present with different degrees of hydronephrosis and with variable loss of cortex. Children undergoing Pyeloplasty are noted to gain some cortical thickness after the reconstruction, along with the decrease with or without resolution in hydronephrosis. Multiple parameters and modalities are used for post-operative follow up to assess the outcome of pyeloplasty. Many surgeons involve the use of MAG-3 scan to compare pre and post-operative split function and clearance time. An ultrasound based scoring system seems easier, cost effective and equipped method to endorse lesser need of investigations to predict the outcome of pyeloplasty. The Pyeloplasty Predictability Score (PPS) includes SFU grading, APPD and percentage difference in renal units to conventionally predict the outcome of a patient's management in PUJO. We assessed whether this score can be used to predict the outcome of surgery in terms of gain in cortical length and resolution of hydronephrosis.

**OBJECTIVE:** To assess ultrasound based parameters in predicting the outcome of pyeloplasty.

**METHODOLOGY:** This is a prospective cross sectional study, 60 patients, less than 15 years of age, diagnosed with PUJO and planned for Pyeloplasty and DJ stenting were included in the study. Patients with anatomical anomalies were excluded. Pre-operative ultrasound was used to determine the aforementioned parameters. Patients having Pyeloplasty Predictability score (PPS) less than or equal to 4 were included in low risk group and from 5 to 7 were in intermediate group, scores above or equal to 8 were in high risk. After procedure, patients were followed post operatively and ultrasound at 3 months was evaluated for SFU grading and gain in cortical thickness.

Data was analyzed in SPSS version 23, mean  $\pm$  standard deviation was used to analyze continuous variables. Chi-square test was performed, keeping p-value  $\leq 0.05$  as significant. Paired sample t-test was used to assess association between variables.

**RESULTS:** 60 patients were enrolled in the study with the mean age of  $6 \pm 5.2$  years. Male to female ratio was 1.5:1. 40% were in intermediate risk and 60% were in high risk category according to PPS. None of the patients fell in low risk group. Patients falling in intermediate risk group showed no increase in the cortical thickness in 20% patients, <50% cortical gain in 65% of patients and >50% in rest 15% of patients. Higher risk group participants showed 0% increase in cortical thickness in 54% of the patients while 46% patients showed <50% gain in cortex. None of the patients achieved a greater than 50% gain. The p-value was significant (0.01).

Intermediate risk group patients showed 75% decrease in hydronephrosis in 24 (40%) patients. High risk group patients showed more significant 75% resolution of hydronephrosis in 39 (65%) of patients.

**CONCLUSION:** PPS is a good score to pre determine the outcome of pyeloplasty in terms of gain in cortex but did not show a significant difference in predicting resolution of hydronephrosis.

**Keywords:** Pyeloplasty Hydronephrosis, Cortical Thickness, PUJO

**SB-51****Can CT KUB be omitted before pediatric PCNL?**

Jahanzeb Sheikh, Ashba Mushtaque, Sherjeel Saulat  
Department Of Urology, Tabba Kidney Institute, Karachi, Pakistan

**BACKGROUND:** The occurrence of stone in children is increasing, though geographical variation still remain. Prompt evaluation and management is required in pediatric population to diagnose stone pathology for prevention of permanent renal damage. Considering children as high-risk category with regard to stone formation and recurrence, it is of keen importance to choose effective and safe modality for diagnosis which can preclude unnecessary radiation exposure, and protect the maturing kidney from detrimental effects and ease financial burden on family. In pediatric population the imaging evaluation has to be scrutinized cautiously, as children may need repeated episodes of investigation over their lifetimes. This study intends to compare the difference between two groups (CT KUB VS U/S KUB) in terms of diagnostic accuracy for stone size and its role in outcomes in patients undergoing PCNL.

**OBJECTIVE:** The purpose of the study was to assess if there is dire need of CT KUB in children under 15 yrs of age pre operatively who are undergoing PCNL for > 1 cm calculus.

**METHODOLOGY:** A total of 130 pediatric patients (< 15 yr of age) underwent prone PCNL between Jan 2021 to July 2023.

Depending upon the pre-operative radiological assessment, the patients were sorted in two groups. Group A included patients who were evaluated with CT KUB before PCNL, while Group B proceeded with PCNL with ultrasound KUB being sole pre-operative modality. Both group had a routine on table RPG. Patient and procedure related pre and post operative variables were compared. The mean age, stone size and location, intra-operative sheath size, pre and post operative hemoglobin drop, need for blood transfusion, mean operative time, mean hospital stay and stone clearance was assessed. Data was analyzed in SPSS 23, Mean  $\pm$  St. Deviation was used for continuous variables, chi-square test was performed & p value of < 0.05 was taken significant.

**RESULT:** The mean age of the patients was  $3.7 \pm 2.3$  years and  $3.8 \pm 3.9$  years in group A and group B, respectively. Mean stone size in group A was  $1.4 \pm 0.1$  while group B had  $1.5 \pm 0.1$  cm. post operative hemoglobin drop was comparable in both groups;  $1.2 \pm 1.0$  for group A and  $1.5 \pm 1.0$  in group B. (p value- 0.08- not significant). Stone free rate was 100% in all patients of both groups.

**CONCLUSION:** Proceeding with PCNL in pediatric population > 1cm calculus with Ultrasound KUB combined with on table RPG is safe and effective alternative to CT KUB in terms of stone clearance, post operative hemoglobin drop and patient benefit with minimal radiation exposure.

**Keywords:** CT, Ultrasound, Renal Stone, PCNL



**SB-52**

**Evaluation of UTD and SFU classifications in prediction of surgical success in patients with ureteropelvic junction obstruction**

Burak Elmas, Murat Yavuz Koparal, Eda Tokat, Berk Batuk, Mustafa Özgür Tan, Özdemir Serhat Gürocak  
Department of Urology, Gazi University, Ankara, Turkey

**OBJECTIVE:** We aimed to investigate UTD ( Urinary tract dilatation ) and SFU ( Society of Fetal Urology ) classifications in terms of treatment modality and prediction of surgical success in ureteropelvic junction (UPJ) obstruction.

**PATIENTS** and **METHOD:**  
The study included 239 patients with complete long-term follow-up data, who underwent follow-up, JJ stent set, and pyeloplasty due to UPj obstruction between 2012 and 2022. During the follow-up period, decrease in fractionated function, absence of diuretic response, increase in t1/2, persistence of symptoms or increase in hydronephrosis grade were evaluated as treatment failure. SFU 1-2 and SFU 3-4 were combined and divided into two groups. UTD was evaluated as three groups. Treatment modality and surgical success were compared between the UTD and SFU subgroups.

**RESULTS:** Of the patients, 28% were female and 72% were male. The mean age of the patients was 84(2-280) months. Average follow-up time was 55(6-130) months. There was UPJ obstruction in 41.6% and 58.4% in right and left kidney of the patients, respectively. There was no statistically significant difference between the age, gender, side and comorbidities of the groups. In both UTD and SFU classifications; follow-up is an appropriate treatment choice and successful in low grade patients; in addition to in pyeloplasty in high grade patients. (Tables 1 and 2 )

**CONCLUSION:** We think that both SFU and UTD classifications can be used effectively in deciding the treatment modality that will be successful in patients with UPJ obstruction. Multicenter, prospective studies are needed to reach more reliable and definitive conclusions.

**Keywords:** Ureteropelvic Junction Obstruction, SFU, UTD

**Table 1.**

Table 1

		Follow-up (N:87)	Double-j Stent (N:68)	Pyeloplasty (N:84)	Total (N:239)	p
<b>SFU 1-2</b> (N:69)	<b>Unsuccessful</b>	1 (2.0%)	4 (30.8%)	1 (20.0%)	6 (8.7%)	0.003
	<b>Successful</b>	50 (98.0%)	9 (69.2%)	4 (80.0%)	63 (91.3%)	
<b>SFU 3-4</b> (N:170)	<b>Unsuccessful</b>	5 (13.9%)	35 (63.6%)	10 (12.7%)	50 (29.4%)	< 0.001
	<b>Successful</b>	31 (86.1%)	20 (36.4%)	69 (87.3%)	120 (70.6%)	

Relationship between Society of Fetal Urology (SFU) and treatment modality

**Table 2.**

Table 2

		Follow-up (N:87)	Double-j Stent (N:68)	Pyeloplasty (N:84)	Total (N:239)	p
<b>UTD P1</b> (N:53)	<b>Unsuccessful</b>	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0.718
	<b>Successful</b>	46 (97.9%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	52 (98.1%)	
<b>UTD P2</b> (N:62)	<b>Unsuccessful</b>	2 (8.3%)	9 (39.1%)	1 (6.7%)	12 (19.4%)	0.010
	<b>Successful</b>	22 (91.7%)	14 (60.9%)	14 (93.3%)	50 (80.6%)	
<b>UTD P3</b> (N:124)	<b>Unsuccessful</b>	3 (18.8%)	30 (76.9%)	10 (14.5%)	43 (34.7%)	< 0.001
	<b>Successful</b>	13 (81.2%)	9 (23.1%)	59 (85.5%)	81 (65.3%)	

Relationship between Urinary tract dilatation (UTD) and treatment modality

## SB-53

**I Thought I Saw a Retrocaval Ureter; Don't Bite The Fish-hook Sign So Easily**

Beytullah Yağız<sup>1</sup>, İsmail Yağmur<sup>2</sup>, Sertaç Hancıoğlu<sup>1</sup>, Berat Dilek Demirel<sup>1</sup>, Ahsen Karagözlü Akgül<sup>3</sup>, Seda Kaynak Şahap<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs University School of Medicine Department of Pediatric Surgery, Samsun, Turkey

<sup>2</sup>Harran University, Faculty of Medicine, Department of Urology, Şanlıurfa, Turkey

<sup>3</sup>Marmara University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Surgery, İstanbul, Turkey

<sup>4</sup>Ankara University, Faculty of Medicine, Department of Radiology Ankara, Turkey

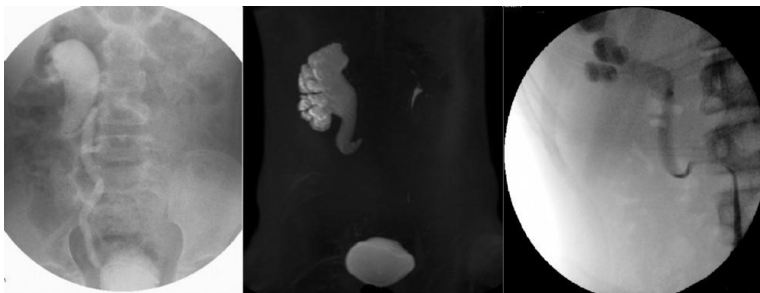
During the management of patients with hydronephrosis, a possibility of the retrocaval ureter may emerge indicated by a fish-hook sign or its mimickers. Due to infrequent incidence, the proper way to diagnose or exclude a retrocaval ureter is challenging and has not been discussed previously (especially in children).

Our aim is to retrospectively evaluate the children who were suspected to have a retrocaval ureter during management for urinary tract dilation. A retrocaval ureter may be missed or misdiagnosed due to rare incidence. The fish-hook sign is a particular radiological sign that may indicate retrocaval ureter but sensitivity and specificity have not been discussed previously.

**MATERIALS-METHODS:** The children with urinary tract dilation in whom retrocaval ureter was considered in the differential diagnosis between 2016 and 2023 are enrolled in the study (n=13). The demographics of the patients, findings suggesting retrocaval ureter, evaluation process, management, and final diagnosis are retrospectively evaluated. The final diagnosis of the patients was retrocaval ureter (n=4), ureteropelvic junction obstruction (n=7), and duplicated collecting system (n=2). A retrocaval ureter was confirmed or excluded by ultrasonography while there was a stent in the ureter in 6 patients and by laparoscopic exploration in the rest 7 patients. Four underwent correction for RCU, 7 for ureteropelvic junction obstruction, 1 for reflux, and 1 for ureterocele puncture.

The fish-hook sign is a rare conflicting radiological finding that can be encountered in imaging studies. This uncommon finding needs confirmation or exclusion of a possible retrocaval ureter as missed cases manifested after failed pyeloplasty or ureteroneocystostomy were reported. Radiological evaluation (by ultrasonography or cross-sectional studies), while there is a stent in the ureter is the most satisfactory way to confirm or exclude a retrocaval ureter. Alternatively, being aware of a possible retrocaval ureter and performing a more extensive dissection may be necessary during surgery to confirm or exclude it. If available, laparoscopy may provide this goal in a minimally invasive manner with superior visualization.

**Keywords:** Retrocaval ureter, retrograde pyelography, laparoscopy, ureteral stent,

**Retrocaval ureter**

SB-54

**Piyeloplastide minimal invaziv yaklaşım dorsal mini lomberotomi deneyimlerimiz**HALİL İBRAHİM ÇAM, Şinasi Yavuz Önel

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Açık pyeloplasti yerini giderek endoskopik ve laparoskopik tekniklere bırakmaktadır. Adale kesimini gerektirmeden üreteropelvik bileşkeye ulaşım sağlayan bu teknikle pyeloplasti gününbirlik minimal invaziv bir işlem olarak önemini ve yerini koruyacaktır.

**YÖNTEM:** 2009—2019 tarihleri arasında 4'ü bilateral 47 renal üniteye dorsal posterior mini lomberotomi insizyonu ile pyeloplasti yapılmıştır. 47 hastanın 29'u erkek, 18'i kız çocuğu idi. Bilateral olan her dört vaka da erkekti. Ortalama yaş 7,8(4 ay-16.5 yaş) idi. Bir vaka soliter böbrekti. Beş vakada beraberinde kalkül mevcuttu. 35 renal üniteye dismembred pyeloplasti, 12 renal üniteye de y-v pyeloplasti uygulandı. Lateral dekubitus pozisyonunda lumbal üçgende 12. kotun hemen altından sakrospinal adalenin dış kenarından başlayan 3-5 cm'lik transvers veya vertiko-transvers kesi yapılır. Bilateral onarımda pron pozisyonu kullanılır. Cildin hemen altında lumbodorsal fasya latissimus dorsinin lateral kenarından adale kesilmeksizin kesilir. Gerota fasyasına, üreteropelvik bileşkeye ulaşılır. Uygun olgularda UPB ciltten dışarıya alınır. Pyeloplasti tamamen eksrakorporeal yapılır. Uygun olmayan olgularda otomatik anoskopla UPB vizüalize edilir. 4/0-6/0 poliglaktin sütürlü su geçirmez, devamlı bir şekilde suture edilir. Her vakada transanostomotik stent uygulanır.

**BULGULAR:** Tek taraflı olgularda operasyon zamanı 45-90 dakika, kesi 3-6 cmdir. 11 renal üniteye ekstrensek, 36'sında ise intrinsek darlık mevcuttu. 33 vaka aynı gün, 14 vaka postop 1. günde taburcu edildi. Hastalar ilk ay idrar tahlili ve ultrasonografi ile takip edildi. 6 ay sonra diüretik renogramla bakıldı. Hastaların takiplerinde komplikasyon gözlenmedi.

**SONUÇ:** Standart açık flank insizyonda adele kesilmesi, ameliyat sonrası ağrı, kötü skar ve insizyonel herni nedeniyle potansiyel dezavantaj gösterir. Uyguladığımız teknikte adele kesilmediği için postoperatif ağrı sözkonusu değildir. Operasyon süresi kısadır. UPB'ye minimal doku travması ile hemen ulaşım sağlanır. Kısa hastanede yatış süresi ve postoperatif konfor sağlar. Endoskopik ve laparoskopik yöntemlere göre daha kısa operasyon süresi ve daha düşük maliyetli bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** piyeloplasti, üreteropelvik darlık, dorsal lomberotomi

SB-55

**Mega üreter onarımı deneyimlerimiz**HALİL İBRAHİM ÇAM, Şinasi Yavuz Öno1

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Megaüreterli olgularda cerrahi onarım deneyimlerimizi sunmak.**YÖNTEM:** 1984-2019 yılları arasında 17'si primer obstrüktif, 9'u reflüksif, 12'si başarısız üreteral implantasyona bağlı sekonder olmak üzere toplam 38 megaüreter olgusuna plikasyon ve üreteral re-implantasyon uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 9.8 idi (2-21 yıl). Obstrüktif megaüreterli olguların 3'ünde, reflüksif olguların 2'sinde patoloji bilateraldi. Bir olguda parahiatal divertikül mevcuttu. Primer 3 megaüretere, üreterovezikal bileşkedden sonra plike edilerek Lich-Gregoir yöntemiyle re-implante edildi. Sekonder 4 megaüreter üreteral eksizyon ve plikasyonu takiben Psoas Hitch, bir megaüretere Boari flap ile re-implantasyon uygulandı. Psoas Hitch yapılan olguların biri daha önce eksizyonel inceltme geçirmişti. Kalan tüm üreterlere intra ve ekstrevezikal kombine yaklaşımla Politano-Leadbetter veya Paquin yöntemleri uygulandı. Tüm olgularda submukozal tünelin uzun olmasına özen gösterildi, Üreteral stent 10 gün- 3 hafta süreyle bırakıldı. Tüm oldgularda 2. ayda USG, 6. ayda IVP ile değerlendirildi.**BULGULAR:** 2. gün üreteral stenti aksidental olarak çıkan bir olguda enfeksiyon bulguları nedeniye 6 hafta süreli double j stent takıldı. Post-op görüntüleme takiplerinde hastaların hiçbirinde ilerleyici hidronefroz izlenmedi. Tüm üreterlerde normale yakın kalibre elde edildi. Ortalama 9 yıllık takiplerde (1.2-14 yıl) hiçbir olguda üreteral darlık görülmedi.**SONUÇ:** Primer obstrüktif megaüreterde prensip dar olan adinamik segmenti çıkarmak ve submukozal tünel oluşturarak mesaneye yeniden anostomoz etmektir. prenatal tanı vakaların çoğu izlemle spontan regrese olur. Sekonder reflüksif vakalarda mesane basıncına dikkat etmek gerekir. Yüksek basınç düşürüldüğünde reflüde gerileme olabilir.**Anahtar Kelimeler:** megaüreter, vezikoüreteral reflü, üreter plikasyonu

**SB-56**

**Acute scrotal pain and covid-19 in a busy acute hospital in the UK**

Mohamed Ibrahim<sup>1</sup>, Mohammed Dallash<sup>1</sup>, Elsayed Desouky<sup>1</sup>, Samer Jallad<sup>2</sup>, Jas Kalsi<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Urology Registrar, Urology Department, Wexham Park Hospital  
<sup>2</sup> Urology Consultant, Urology Department, Wexham Park Hospital, Slough SL2 4HL, England

**INTRODUCTION:** Published reports highlighted an association between recent COVID-19 infection and testicular pain and infertility.

**AIM:** To assess the effect of the disease on scrotal exploration rate and surgical outcome.

**METHODS:** We retrospectively analyzed the clinical presentation and surgical outcomes of all patients with sudden onset acute testicular pain who presented to our acute hospital in the period between Jan 2018 till Jan 2022.

**RESULTS:** Total 335 patients presented with acute scrotum required exploration between 2018-2022 and divided into 2 categories: [category 1] prior to the start of covid-19 pandemic and [category 2] after the pandemic “≥2020”. The analyses revealed a 13% increase in the number of presentations, though this was not statistically significant [P = 0.09]. The sub-analysis of category 2 looked at the relationship of covid-19 status at the time of presentation with acute pain. This showed a significant correlation between covid-19 +ve status and pain with negative exploration [P = 0.0263]. [table 1]

Torsion		No		Torsion
Covid +ve	14	66		80
Covid -ve	32	67		99
	46	133		179
Fisher exact analysis test			P =	0.0263

Table 1: Sub-analysis of the covid-19 status at the time of presentation after 2019. Fisher exact test Analyzing the data found to be statistically significant of value of 0.0263 where the result is significant at P<0.05

**CONCLUSION:** Our data show a strong correlation between the covid-19 pandemic and acute scrotal pain that may indicate a viral induced orchitis.

**Keywords:** Testicular pain, COVID, Scrotal exploration

**Fisher exact analysis test P = 0.0263**

	Torsion	No Torsion	
Covid +ve	14	66	80
Covid -ve	32	67	99
	46	133	179

Table 1: Sub-analysis of the covid-19 status at the time of presentation after 2019. Fisher exact test

**SB-57**

## **Çocuk ve Ergenlerde Varikozel Tedavisinde Subinguinal Mikroskopik Varikozelektomi Deneyimimiz**

Necmi Bayraktar

Burhan Nalbantođlu Devlet Hastanesi

**AMAÇ:** Varikozel, cerrahi olarak tedavi edilebilen infertilite sebeplerinin başında gelmektedir. İnternal spermatik venlerin venöz reflüye bağlı dilatasyonu ve tortuozitesidir. Çocukluk çağındaki varikozel tedavisinin endikasyon ve sonuçları net değildir. Hastaların % 20 sinin ileride fertilitate açısından sorun yaşayabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle cerrahi tedavi endike hasta grubunda halen önemini korumaktadır. Çalışmamızda 6 yıllık periodda departmanımıza başvurup cerrahi tedavi alan vakalarımızla ilgili deneyimimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 2017-2023 arasında, 10-17 yaş aralığında olan ve kliniğimize varikozel nedeniyle başvuran cerrahi endikasyonu olan 29 çocuk ve ergen subinguinal mikroskopik varikozelektomi yöntemiyle tedavi edilmiştir. Cerrahi endikasyon olarak, testiküler hacim kaybı ile ilişkili varikozel, bilateral varikozel varlığı, patolojik sperm kalitesi, semptomatik varikozel varlığı kabul edilmiştir. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen 12 hasta takibe alınmış ancak çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalar cerrahi teknik, hospitalizasyon ihtiyacı, erken ve geç komplikasyonları ele alınarak incelenmiştir.

**BULGULAR:** Cerrahi olarak tedavi edilen hastaların tamamında (n=29) Grade 3 varikozel vardı. 6 vaka bilateraldi. 23 vakanın tümü sol taraftaydı. Eşlik eden hastalık olarak altı hastada inguinal herni gözlendi. Hastalar postoperatif aynı gün taburcu edildiler. Tüm hastalarda asteaminojene yanıt veren ağrı şikâyeti vardı. Erken ve geç dönem, ek komplikasyon gözlenmedi.

**SONUÇ:** Çocuk ve ergenlerde varikozel cerrahisi, etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Etkinliđin ve düşük komplikasyon riskinin belirleyicisi kullanılan arteriyel ve lenfatik dolaşımın korunmasını amaç edinen cerrahi yöntemle doğrudan ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** varikozel, cerrahi tedavi, subinguinal varikozelektomi

**SB-58****Renal transplantlı pediatrik hastalarda reflü tedavisinin yararı var mı?**

Alkan Oktar, Ezel Aydoğ, Furkan Özsoy, Mehmet Fatih Özkaya, Ahmet Doruk Güler, Serhat Erkmek, Orhan Alizade

Ankara Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

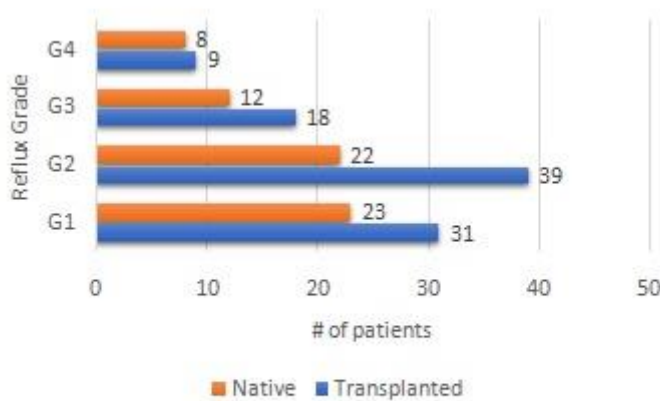
**AMAÇ:** Renal transplantlı pediatrik hasta grubunda transplante ve nativ böbreklerde vezikoüreteral reflünün cerrahi tedavisi hala belirsizliğini korumakta. Merkezimizde endoskopik tedavi modalitelerinin sonuçlarını değerlendirdik.

**METOD:** Reflü için Ocak 2003- Aralık 2018 tarihleri arasında enjeksiyon tedavisi uygulanmış 97 hasta çalışmaya dahil edildi. Reflü tanısı hastalara ateşli İYE sonrası çekilen VCUG yardımıyla konuldu. Transplante böbrekte grade 2-4 reflü olup native böbreklerinde VUR olan veya olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Transplante böbreğe endoskopik enjeksiyon tedavisi yapılan 65 hastada en az bir nativ böbrekte reflü izlendi. Tüm hastalar en az 3 yıl takip edildi. İstatistiksel değerlendirme iki örneklem T-test ile yapıldı.

**BULGULAR:** Sadece transplante böbrekte reflüsü olan hastalara uygulanan endoskopik enjeksiyon tedavisinin ateşli İYE epizotlarını azaltmada anlamlı fark bulunmadı. Nativ böbrek(ler) ve transplante böbrekte VUR izlenen hastalarda VUR izlenen böbreklere endoskopik enjeksiyon tedavisinin ateşli İYE sıklığını azalttığı izlendi ( $p<0,05$ ). Bu hastaların %40'ında takiplerde hiç ateşli İYE izlenmedi ( $n=26$ ).

**SONUÇLAR:** Transplante böbrekli hastalarda ateşli İYE epizotları çoğunlukla nativ böbreğe olan VUR sebebiyle olmakta ve tedavi modalitesi bu duruma göre planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Transplant, Vezikoüreteral Reflü, Nativ Böbrek

**Reflü Derecesi Hasta Dağılımı**

Reflü derecesi ve yerine göre hasta dağılımı



**Reflü Hasta Dağılımı**

	Yıllık ateşli-İYE oranları (tedavi öncesi)	Yıllık ateşli-İYE oranları (tedavi sonrası)	P-Değeri
Sadece transplante böbreğe reflüsü olan hastalar (n:32)	1.75	1.342	0.064
Transplante ve nativ böbrek(lere) reflüsü olan hastalar (n:65)	2.875	0.794	0.000028

Reflü hasta dağılımları

**SB-59****Pediyatrik Böbrek Nakli**

Murat Gülşen<sup>1</sup>, Ertuğrul Köse<sup>1</sup>, Özlem Hasdemir<sup>2</sup>, Yakup Bostancı<sup>1</sup>, Ender Özden<sup>1</sup>, Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>, Yarkin Kamil Yakupoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

**AMAÇ:** Kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz pediyatrik yaş gruptaki böbrek nakli deneyimimizi donör tipine göre karşılaştırmalı olarak sunmak.

**METOD:** Aralık 2005 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında gerçekleştirdiğimiz 572 böbrek nakli olgusundan 18 yaş altında olan olgular değerlendirmeye alındı. Hastaların tümünde immünolojik risk durumuna göre indüksiyonda basiliximab ya da Anti-Timosit Globulin verilirken, idame olarak ise takrolimus, mikofenolat mofetil ve steroid kombinasyonu tercih edildi. Olguların demografik verileri, kronik böbrek hastalığı (KBH) etyolojisi ve süresi, pre-emptif olup olmadığı, diyaliz tipi ve süresi, soğuk iskemi süresi, perioperatif komplikasyonlar, akut rejeksiyon, greft nefrektomi ihtiyacı, yatış ve takip süresi retrospektif olarak toplandı. Olgular donör tipine göre “Canlı” ve “Kadavra” olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Gruplar arasında kategorik veriler ki-kare, devamlı veriler ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Devamlı veriler medyan ve 25. ile 75. kesirler arasındaki değerler ile gösterildi. Greft ve hastanın kümülatif sağkalımı Kaplan-Meier analizi kullanılarak hesaplandı ve farklılıklar Mantel-Cox log-rank testiyle test edildi.

**BULGULAR:** Pediyatrik yaş grubundaki 47 olgu değerlendirmeye alındı. Hastaların demografik, perioperatif ve takip verileri Tablo 1’de verilmiştir. Olguların demografik verilerinde KBH etyolojisi açısından her iki grup benzer olmakla birlikte etyolojide 15 hasta (%31,9) ile konjenital anomalilerin çoğunlukta olduğu görüldü. KBH ve diyalizde kalma süresinin canlı vericili hastalarda istatistiksel anlamlı olarak daha kısa olduğu görüldü. Perioperatif sonuçlarda yatış süresinin canlı vericili hastalarda daha kısa olduğu görüldü. Her iki grupta da birer hastaya renal ven trombozu nedeniyle postoperatif 1.gün greft nefrektomi yapıldı. Her iki gruptan birer hasta sırasıyla 57 ve 98. ay takiplerinde travma nedeniyle ex oldu. Hastaların greft ve genel sağkalımları istatistiksel olarak benzer izlendi ve sağkalım eğrisi şekil 1’de gösterildi.

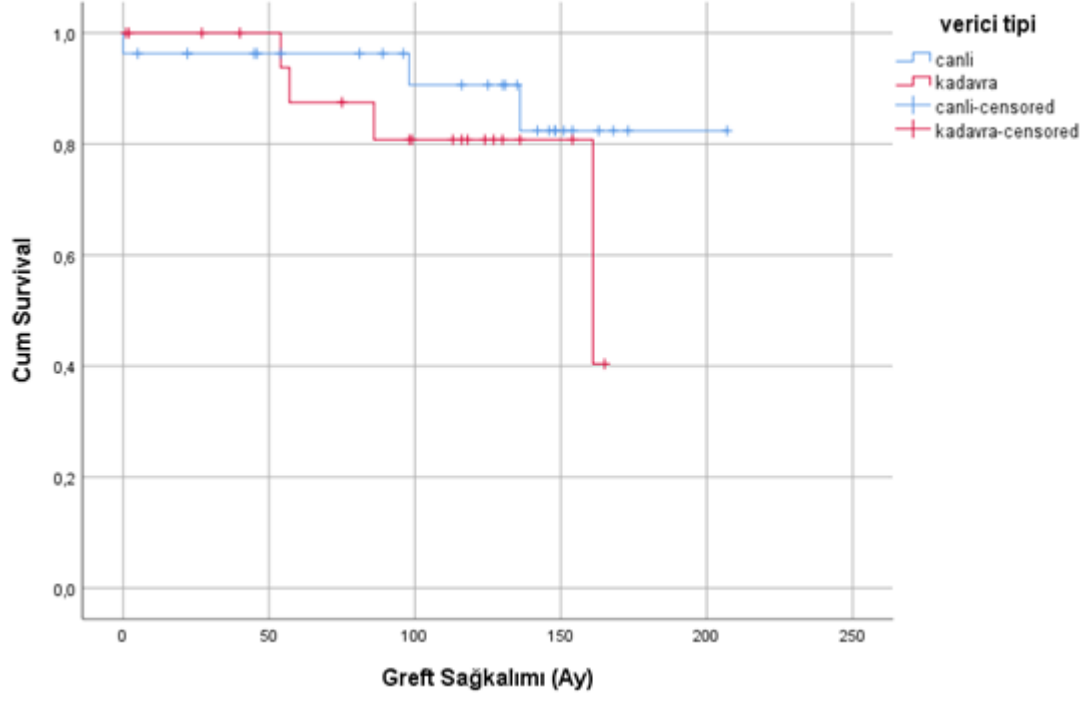
**SONUÇ:** Pediyatrik yaş grubunda kronik böbrek hastalığı etyolojisinde veziköüretal reflünün başı çektiği konjenital anomaliler yer almaktadır. Benzer uzun dönem fonksiyonel sonuçlar ile canlı veya kadavra vericili organ nakli gerçekleştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek nakli, pediatri, greft sağkalımı

**Tablo 1. Hastaların demografik, perioperatif ve takip verileri**

	Genel	Canlı Donör	Kadavra Donör	p
Sayı (%)	47	27 (57,4)	20 (42,5)	-
Yaş (Ortanca) (Yıl)	16 (11 - 17)	16 (13 - 17)	15 (9 - 17)	0,223
Cinsiyet (E/K)	26/21	15/12	11/9	0,971
VKİ (Ortanca) (kg/m <sup>2</sup> )	19,42 (16,56 - 21,42)	19,42 (16 - 21,33)	19,42 (16,78 - 22,55)	0,285
Etyoloji n (%)				0,627
Konjenital anomaliler	15 (31,9)	9 (19,1)	6 (12,8)	
<i>Veziköürteral reflü</i>	10 (21,3)	6 (12,8)	4 (8,5)	
Herediter	9 (19,1)	5 (10,6)	4 (8,5)	
<i>Sistinozis</i>	4 (8,5)	3 (6,4)	1 (2,1)	
<i>Nefronofitizis</i>	3 (6,4)	1 (2,1)	2 (4,3)	
<i>Polikistik böbrek</i>	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)	
Glomerülopati	8 (17)	4 (8,5)	4 (8,5)	
<i>MPGN</i>	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)	
<i>FSGS</i>	3 (6,4)	1 (2,1)	2 (4,3)	
Diabetik nefropati	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)	
Hipertansiyon	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)	
Bilinmeyen	11 (23,4)	9 (19,1)	2 (4,3)	
<b>KBH süresi (Ortanca) (Ay)</b>	<b>36 (17 - 84)</b>	<b>26 (6 - 60)</b>	<b>60 (33 - 94)</b>	<b>0,042</b>
Preemptif transplantasyon n (%)	10 (21,2)	8 (29,6)	2 (10)	0,104
<b>Diyaliz Tipi n (%)</b>				<b>0,013</b>
Hemodiyaliz	22	15 (55,6)	7 (35)	
Periton Diyalizi	15	4 (14,8)	11 (55)	
<b>Diyaliz süresi (Ortanca) (Ay)</b>	<b>24 (5 - 48)</b>	<b>11 (4 - 32)</b>	<b>36 (15 - 60)</b>	<b>0,031</b>
<b>Soğuk iskemi süresi (Ortanca) (Dk)</b>	<b>203 (166,79 - 900)</b>	<b>166,79 (120 - 190)</b>	<b>916,29 (772,5 - 932,57)</b>	<b>0,000</b>
Sistoplasti uygulanan n (%)	3 (6,3)	1 (3,7)	2 (10)	0,383
Postoperatif TAK ihtiyacı n (%)	5 (10,6)	1 (3,7)	4 (80)	0,624
Clavien >1 Komplikasyon n (%)	14 (29,8)	7 (25,9)	7 (35)	0,501
Akut rejeksiyon n (%)	14 (29,8)	8 (29,6)	6 (30)	0,978
Greft nefrektomi n (%)	2 (4,3)	1 (3,7)	1 (5)	0,828
<b>Yatış süresi (Ortanca) (Gün)</b>	<b>12 (8 - 18)</b>	<b>11 (7 - 13)</b>	<b>16 (9,5 - 25)</b>	<b>0,037</b>
<b>Takip süresi (Ortanca) (Ay)</b>	<b>116 (54 - 146)</b>	<b>130 (54 - 148)</b>	<b>106 (56 - 129)</b>	<b>0,272</b>
5 yıllık greft sağkalımı (%)	-	94	91	0,495
10 yıllık greft sağkalımı (%)	-	88	75	0,312
5 yıllık genel sağkalım (%)	-	94	94	0,721

Şekil 1. Allograft sağkalım eğrisi



## SB-60

**Prepubertal Dönemde Saptanan Testiküler Epidermoid Kist Vakalarının Yönetimi: Üç Hastalık Olgu Serisi**

Reşat Aydın<sup>1</sup>, İsmail Selvi<sup>1</sup>, Ahmet Furkan Sarıkaya<sup>2</sup>, Muhammet İrfan Dönmez<sup>1</sup>, Orhan Ziyilan<sup>1</sup>, Tayfun Oktar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Testiküler epidermoid kist, tüm testis kitlelerinin %1-2' sini oluşturan nadir görülen bir benign neoplazidir. Çoğunlukla 2. - 4. dekadlarda gözlenmekle beraber, prepubertal dönemde bildirilen olgular da mevcuttur. Hastalar çoğu kez tek taraflı, ağrısız skrotal şişlik ya da kitle ile başvurmuştur. Kitle büyüklükleri 0.5-10.5 cm arasında değişen testiküler epidermoid kistlerin ortalama çapı 2 cm olup, serum tümör belirteçleri genellikle normal düzeydedir. Avasküler, lamelli, heterojen hipoekoik ve hiperekoik konsantrik alanlar içermesi nedeniyle kendine özgü soğan halkası şeklinde ultrasonografik görünüm tipik olsa da sadece klinik muayene ve radyolojik değerlendirmeye malign testis tümörlerinden ayrımı kolay değildir. Bu olgu serisinde testiküler epidermoid kist vakalarının yönetimini incelemeyi amaçladık.

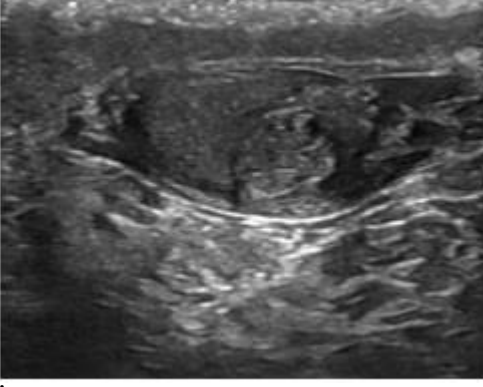
**OLGU:** Hastaların ortalama yaşı  $9.33 \pm 1.15$  yıl olup iki olgu sol, bir olgu ise sağ testiste ağrısız sert kitle yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde operasyon öyküsü bulunmayan hastaların, birinde trombofili (heterozigot MTHFR gen mutasyonu), diğerinde ise çölyak hastalığı tanısı mevcuttu. Üç hastanın fizik muayenesinde, testis üst-orta polde sert nodüler kitle palpe edilmiş olup hastaların hepsinde tümör belirteçleri negatifti. Skrotal doppler ultrasonografide testis parankiminde ortalama boyutu  $14.20 \pm 8.51$  mm olan düzgün konturlu, yuvarlak şekilli heterojen iç yapıda, belirgin vaskülarite göstermeyen kitlesel lezyon saptandı (Resim 1). İki hastada ön planda epidermoid kist düşünülmüş olup, malignite şüphesi devam eden bir olguya ise ek olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG' de sol testis parankiminde  $12 \times 9.3$  mm boyutlu T2A hiperintens, T1A hafif hiperintens kontrastlanan kalın septaları bulunan kistik lezyon gözlemlendi (Resim 2). Üç olguya da inguinal eksplorasyon planlanarak, kitlenin total enükleasyonu yapıldı. İntraoperatif gerçekleştirilen frozen inceleme sonuçları epidermoid kist ile uyumlu gelen üç olgunun nihai patolojisi de aynı bulundu. Hastaların ortalama  $19.33 \pm 10.06$  aylık takibinde, kalan testis parankiminde hacim kaybı, lokal nüks veya metastaz gözlenmedi.

**SONUÇ:** Klinik bulgular, serum tümör belirleyicileri ve görüntüleme yöntemleri ile ayırıcı tanıda testiküler epidermoid kist akla gelse de kesin tanı histopatolojik incelemeyle konulmaktadır. Cerrahi tedavi sonrası epidermoid kistlerin lokal nüks ve metastaz yapmadıkları bildirilmiştir. Bu nedenle, preoperatif değerlendirmede ön planda epidermoid kisti düşündüren radyolojik bulguları olan olgularda, intraoperatif frozen inceleme de bu tanıyı doğruluyorsa, testis koruyucu cerrahi güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Epidermoid Kist, Prepuberte, Testiküler kitle

**Resim**

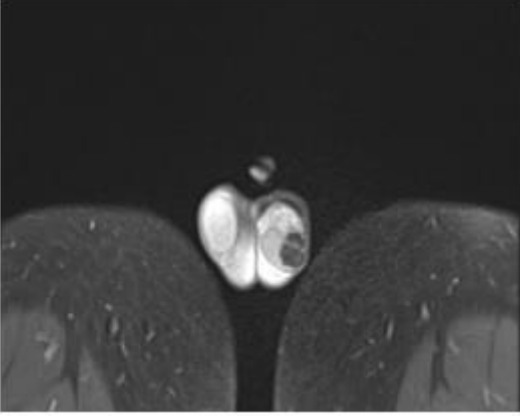
**1**



İlk olguya ait preoperatif skrotal doppler ultrasonografi görüntüsü

**Resim**

**2**



İlk olguya ait preoperatif skrotal MRG görüntüsü

**SB-61****Mesane Botryoid Rabdomyosarkomu: Multidisipliner Yaklaşımla İki Olgunun Yönetimi**

Muhammet Fırat Özervarlı<sup>1</sup>, Rifat Burak Ergül<sup>1</sup>, İsmail Selvi<sup>1</sup>, Muhammet İrfan Dönmez<sup>1</sup>, Bilal Çetin<sup>1</sup>, Tayfun Oktar<sup>1</sup>, Hikmet Gülşah Tanyıldız<sup>2</sup>, Şifa Şahin<sup>2</sup>, Ayça İribaş<sup>3</sup>, Deniz Yanık<sup>3</sup>, Orhan Ziyilan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Rabdomyosarkom (RMS) yaşamın ilk iki dekadında en sık karşılaşılan yumuşak doku sarkomu olup çocukluk çağındaki tüm kanserlerin %4.5' ini oluşturmaktadır. En sık tutulum %20-25 ile genitoüriner sistemde görülmektedir. Bu olgu sunumunda, mesane rabdomyosarkomu tanısı alan iki çocuk hastanın tedavi yönetimi incelenecektir.

**OLGU****1:**

Bilinen ek hastalığı olmayan, altı aydır devam eden idrar yaparken zorlanma ve karın ağrısı yakınmalarıyla dış merkeze başvuran 3 yaşındaki kız hastanın, kontrastlı tüm abdomen Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) bilateral böbrek toplayıcı sisteminde grade 2 hidronefroz ve mesane anterior duvardan lümeneye uzanan 34x25 mm boyutlarda heterojen kontrastlanan polipoid kitle saptanmış (Resim 1). Mesanedeki kitleye uygulanan punch biyopsi patolojisi iğsi hücre proliferasyonu içeren mesane dokuları olarak saptanmış. Kliniğimize başvuran hastaya yapılan transüretal rezeksiyon (TUR-T) planlanarak, mesane anterior duvardaki kitle inkomplet olarak rezeke edildi. İmmünohistokimyasal incelemede myogenin ve desmin kuvvetli pozitif, düz kas aktini negatif, botryoid rabdomyosarkom saptandı. Çocuk hematoloji-onkoloji kliniğince hastaya yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsi sonucu, normoselüler kemik iliği ile uyumlu gözlendi, atipik hücre görülmedi. Dokuz kür sistemik siklofosfamid kemoterapisi uygulanan hastanın 2 ay sonra yapılan Manyetik Rezonans görüntülemesinde (MRG) ve Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET) mesanedeki kitlenin regresyonu izlendi (Resim 2). Bunun üzerine hastaya tekrar TUR-T yapıldı. İnkomplet rezeke edilen mesane anterior duvardaki yaygın kitlenin patolojisi botryoid rabdomyosarkom ile uyumlu gelmesi üzerine, hastaya parsiyel sistektomi yapıldı ve intraoperatif olarak mesaneye brakiterapi tüpü yerleştirildi (Resim 3). Nihai patoloji sonucunda, COG ARST1431 protokolüne göre Evre 3 (T1, N0, M0) intermediate risk olarak sınıflandırılan olguya operasyondan 10 gün sonra üç seans brakiterapi ve 28 haftaya tamamlanacak şekilde vincristine + actinomisin + siklofosfamid (VAC) kemoterapisi uygulandı. Hastaya 3 ay sonra yapılan tüm abdomen MRG'de rezidü kitle lehine bulgu izlenmedi ve hasta kür olarak kabul edildi.

**OLGU****2:**

Bilinen ek hastalığı ve operasyon öyküsü olmayan, zor idrar yapma şikayeti nedeniyle başvuran 8 aylık erkek hastanın üriner sistem ultrasonografi ve abdomen BT görüntülemesinde mesane tabanından başlayıp mesane boynuna kadar uzanan 50 mm boyutlu kitle saptandı (Resim 4). TUR -T planlanan hastada inkomplet rezeke edilen kitlenin patolojisi, botryoid rabdomyosarkom ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya radikal sistektomi ve ileal loop uygulandı. Kitlenin nihai patolojisi de botryoid rabdomyosarkom olarak doğrulandı. On iki kür neoadjuvan ve 6 kür adjuvan kemoterapiye (vinkristin + siklofosfamid) ilaveten 25 seans radyoterapi uygulanan hastanın, beş yıllık takibinde nüks veya metastaz gözlenmedi.

**SONUÇ:** Genitoüriner RMS nadir gözlenen bir genitoüriner malignitedir. Embriyonel tipin varyantı olan botryoid RMS'lu olgularda 5 yıllık sağkalım oranı %90' dır. Bu iki olguda cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin kombinasyonu ile kür elde edilmiştir. Bu hasta grubuna multidisipliner yaklaşım gerektiği unutulmamalıdır.

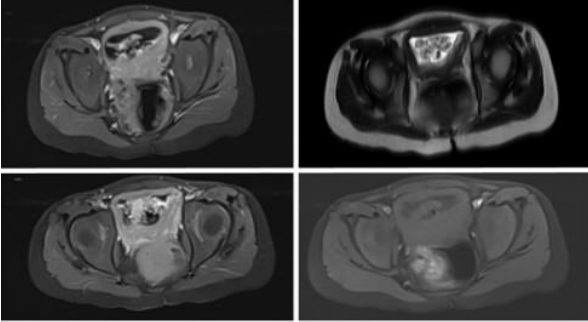
**Anahtar Kelimeler:** Botryoid, Mesane Tümörü, Rabdomyosarkom,

**Resim 1**



İlk olgunun preoperatif BT görüntüsü

**Resim 2**



İlk olgunun dokuz kür sistemik siklofosfamid kemoterapisi sonrası MRG görüntüsü



**Resim 3**



İlk olguda intraoperatif olarak mesaneye yerleştirilen brakiterapi tüplerinin görüntüsü

SB-62

**TLR4 expression in testicular torsion: A comparison between neonatal and adolescent periods Testis torsiyonunda TLR4 ekspresyonu: Yenidoğan ve ergenlik döneminin karşılaştırılması**

Basri Cakiroglu

Üroloji Bölümü, Hisar Intercontinental Hospital

**BACKGROUND:** Testicular torsion is a urological emergency characterized by the twisting of the spermatic cord, resulting in testicular ischemia. Toll-like receptor 4 (TLR4) is an important component of the innate immune system and has been implicated in various inflammatory processes. This study aimed to investigate the expression of TLR4 in testicular tissue samples from neonatal and adolescent patients with testicular torsion.

**METHODS:** A total of 64 patients diagnosed with testicular torsion, including 32 neonates and 32 adolescents, were included in the study. Tissue samples were collected during surgery, and TLR4 expression was analyzed using immunohistochemical staining. The presence and intensity of TLR4 staining were assessed, and the results were compared between the neonatal and adolescent groups. Chi-square test was used to analyze whether there was an aimless difference between the percentage of bilateral cases and TLR4 positivity in newborn and adolescent children.

**RESULTS:** TLR4 positivity was observed in 31.2% (20/64) of the cases, with no significant difference between the neonatal and adolescent groups. However, when analyzing the intensity of TLR4 staining, stronger positivity was found in 15.6% (5/32) of neonates compared to 3.1% (1/32) of adolescents, although this difference was not statistically significant.

**CONCLUSION:** Testicular dysfunction and inflammatory response may play an important role in the etiology of testicular torsion. However, further research with a larger sample size is warranted to support these results and gain a deeper understanding of the role of TLR4 in testicular torsion

**Anahtar Kelimeler:** : testicular torsion, Toll-like receptor 4, neonatal, adolescent, immunohistochemistry

**SB-63****Sünnet sonrası sekonder fimozis ile başvuran hastaların özellikleri ve tedavi yönteminin değerlendirilmesi**Aykut AKINCI<sup>1</sup>, Cihat Özcan<sup>2</sup><sup>1</sup>Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk Üroloji Bölümü, Denizli<sup>2</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

**AMAÇ:** Sünnet, kültürel, dini ve tıbbi nedenlerle yenidoğanlarda, bebeklerde ve çocuklarda en yaygın cerrahi operasyonlardan biridir. Sünnetin kordi, sünnet derisi fazlalığı ile sonuçlanan yetersiz deri çıkarılması, penil adezyonlar, fimozis, gömülü penis, üretrokutanöz fistüller, meatitis ve meatal stenoz gibi geç dönemde çıkan çeşitli komplikasyonları vardır. Bu çalışmada sünnet sonrası sekonder fimozis ile başvuran hastaların özellikleri ve bu hastaların tedavileri değerlendirilmiştir.

**GEREÇ****YÖNTEM:**

2022 eylül ve 2023 ağustos arasında, üroloji veya çocuk üroloji polikliniğine başvuran; sünnet sonrası, sünnet derisinin geri çekilemediği hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların sünnet oldukları yaşları, sünnet tekniği, anestezi durumu, sünnet öncesi olası risk ile ilgili bilgilendirilme durumu, çocuk ile ilgili anatomik özellikler, mevcut durumun tedavisi not edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplamda 17 hasta dahil edilmiştir. 1 ile 6 yaşlar arasında olmak üzere hastaların ortalama yaşı 4,52±2 yaş olarak bulunmuştur. 6 (%35) hastada bipolar koter kullanılarak gyotin tekniğine uygun sünnet, 5 (%30) hastada termokoter kullanılarak gyotin tekniğine uygun sünnet, 6 (%35) hastada klemp kullanılarak sünnet yapılmıştır. 11 (%65) hastada lokal anestezi, 6 (%35) hastada genel anestezi uygulanmıştır. 12 (%71) aile sünnet öncesi gömülme ihtimaline karşı bilgilendirilmiş sünnet sonrası kısa süreli cildin geri çekilmesi tavsiye edilmiş, bu ailelerden sadece 3'ü (%17) bu manevrayı uyguladığını belirtmiştir. Bu hastaların 14'ünde (%82) sünnet sonrası mukozanın uzun olduğu, 12'sinde (%71) suprapubik yağ dokusunun fazla olduğu dikkat çekmiştir. 9 hastaya tedavi olarak steroid önerilmiştir, bu hastalardan 5 tanesi fayda görmüş cilt geri çekilebilir hale gelmiştir. 12 hastada sünnet revizyonu gerekmiştir.

**SONUÇ:** Sünnet sonrası sekonder fimozis cerrahi gerektirebilen ciddi bir durumdur. Sünnet öncesi muayene sırasında risk farkedilebilir. Bu hastalarda sünnet sırasında mukoza uzunluğuna dikkat etmek mantıklı bir yaklaşım olabilir. Daha genel sonuçlar çıkarmak için kontrol grubu olan prospektif çalışmalar gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** sünnet, fimozis, revizyon

SB-64

### Konjenital Penil Kurvatürde Korporal Plikasyonun Prepubertal ve Postpubertal Dönemde Başarısının Karşılaştırılması: Yaş Önemli Mi?

Serhat Çetin<sup>1</sup>, Fırat Çağlar Budak<sup>1</sup>, Burak Elmas<sup>1</sup>, Mustafa Özgür Tan<sup>1</sup>, Hasan Biri<sup>2</sup>, İlker Şen<sup>1</sup>, Ahmet Bora Küpeli<sup>1</sup>, İbrahim Bozkırlı<sup>1</sup>, Özdemir Serhat Gürocak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Koru Ankara Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Konjenital penil kurvatürü (KPK) bulunan çocuklarda penil plikasyon başarısının puberte ile olan ilişkisini değerlendirmek

#### HASTALAR

ve

#### METOD:

Kliniğimizde 1998-2023 yılları arasında yapılan saat 12 hizasına yakın lokalizasyona yapılan basit plikasyonla tedavi edilen hipospadiassız 42 KPK hastasının kayıtlarını inceledik. 13 yaş altı ve pubertal penis büyümesine ulaşmamış hastalar prepubertal grup, geri kalanı ise postpubertal grup olarak kabul edildi. Ameliyat öncesi eğriliğin varlığı ve derecesi, hastaların tam ereksiyon sırasında kendi çektiği penis fotoğrafları ile belirlendi. Prepubertal çocuklarda ameliyat endikasyonları 30°'den fazla eğrilik olarak belirlendi ve bu açı operasyon esnasında yapay ereksiyonla cerrah tarafından da teyit edildi. Postpubertal çocuklarda 30°'den fazla eğrilik olmasının yanı sıra, koitusun gerçekleştirilememesi ameliyat endikasyonu olarak kabul edildi. Takipte rezidüel eğriliğin 10°'nin altında olması cerrahi başarı olarak kabul edildi

**BULGULAR:** KPK nedeniyle plikasyon yapılan 42 hastanın 15'i (%35,7) prepubertal (13 yaş altı), 27'si (%64,3) postpubertal (13 yaş ve üzeri) dönemdeydi. Prepubertal grubun ortanca yaşı 9,3 (2-13); postpubertal grubun ise 21,7 (16-27) idi. Prepubertal 15 hastanın 12'sinde (%80) yalnızca ventral eğrilik varken ve 3'ünde (%20) kompleks kurvatür görüldü. Postpubertal 27 hastanın 18'inde (%66,7) yalnızca ventral eğrilik varken ve 9'ünde (%33,3) kompleks kurvatür görüldü. Prepubertal dönemde ventral kurvatür derecesi ortanca değeri 30 (15-45), lateral kurvatür derecesi ortanca değeri 45 (30-60); postpubertal dönemde ventral kurvatür derecesi ortanca değeri 41,9 (30-45), lateral kurvatür derecesi ortanca değeri 33,3 (30-35) derece olarak ölçülmüştür. Ventral ve lateral kurvatür derecesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Mann-Whitney U testi, ventral p = 0,277; lateral p = 482 ). Ortalama takip süresi ergenlik öncesi grupta 65,8 (15-156) ay, ergenlik sonrası grupta ise 91,6 (20-150) aydı. Puberte öncesi gruptaki 15 hastanın 2'sinde (%22,2) 10° rezidüel eğrilik mevcutken, diğer hastalarda takipte herhangi bir sorun yaşanmadı. Puberte sonrası gruptaki 27 hastanın 2'sinde (%7,4) 20° rezidüel eğrilik vardı, 1 hastada (%3,7) ameliyat sonrası ikinci günde ereksiyon nedeniyle dikişleri açıldı, 1 hastada (%3,7) 1 yıllık takipte totale yakın rekürrens görüldü ve bu iki hasta yeniden opere edildi. Puberte sonrası dönemdeki diğer hastalarda takip sırasında herhangi bir sorun gözlenmedi. Bu serideki hastaların hiçbirinde peniste duyu kaybı ve erektil disfonksiyon görülmedi. Prepubertal ve postpubertal hastaların genel başarı oranları sırasıyla %86,7 ve %81,5 idi ( p = 0,187; Tablo 1 ).

**SONUÇ:** Sonuç olarak, prepubertal ve postpubertal korporal plikasyonun başarı oranları benzerdi. Ancak serinin küçük olması nedeniyle yaşın başarı oranlarına etkisini belirlemek için daha geniş kohortlarla yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Prepubertal, Postpubertal, Konjenital penil kurvatür

**Tablo 1.**

Tablo 1

	Prepubertal Grup (n=15)	Postpubertal Grup (n=27)	p
Yaş [medyan (aralık)]	9,3 (2-13)	21,7 (16-27)	<0,001
Kurvatür Derecesi [medyan (aralık)]			
Ventral	30 (15-45)	41,9 (30-45)	0,277
Lateral	45 (30-60)	33,3 (30-35)	0,482
Kurvatür Yönü (%)			
Sadece Ventral	12 (80%)	18 (66,7%)	
Kompleks (Ventral + Lateral)	3 (20%)	9 (33,3%)	
Takip Süresi [medyan (aralık)]	65,8 (15-156)	91,6 (20-150)	0,263
Başarı Oranı (%)	86,7%	81,5%	0,187

*Hasta ve kurvatür özellikleri*

SB-65

**Adolesan varikoseli olan hastalarda saptanan varikoz ven çapı ile beden kitle indeksi (BKİ) arasındaki ilişki**

Ömer Faruk Çavdar, Yunus Emre Göger, Eren Erol, Haider Nihad İzaddin Alalam, Mehmet Mesut Pişkin  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**AMAÇ:** Adolesan varikosel, hızlı büyümenin olduğu, testiküler kan akımının arttığı dönemde ortaya çıkmakta olup, halen mekanizması tam olarak ortaya konamamıştır. Son yıllarda erişkin varikoselli popülasyonda beden kitle indeksini (BKİ) ve varikosel arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada varikoseli olan adolesan erkeklerin varikoz ven çapı ile BKİ arasındaki ilişkiyi araştırmak istedik.

**MATERYAL-METOD:** 2017-2022 yılları arasında kliğimizde gerçekleştirilen mikroskobik varikoselektomi uyguladığımız 11-18 yaş arasındaki 36 adolesan erkek hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya unilateral (sol) varikoseli olan 33 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, boy, kilo, hemogram değerleri, skrotal doppler ultrasonografideki varikoz ven çapları, fizik muayene bulgularına göre varikosel dereceleri kaydedildi. Hastalar BKİ'ne göre obez ( $\geq 30$ ), fazla kilolu (25-29,9), normal kilolu (18,5-24,99) ve zayıf ( $< 18,5$ ) olarak dört gruba ayrıldı. İstatistiksel analizler, SPSS STATİSTİCS 25 programı kullanılarak yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 33 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 14,4 (11-18) idi. Fizik muayeneye göre bu hastaların 12'si grade 2, 21'i grade 3 olarak tespit edildi. İki grup arasında yaş ortalaması arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ) ( $14,4 \pm 0,2$ ). Bu hastaların 4'ü obez, 7'si fazla kilolu, 12'si normal kilolu ve 10'u zayıf olarak saptanmıştır. Hastalar BKİ'ne göre normalin üstü GRUP 1 (%33,3) ve normalin altı GRUP 2 (%66,7) olarak 2 gruba ayrıldı. Grup 1'in ortalama varikoz ven çapı  $4,06 \pm 0,4$  mm, grup 2'nin varikoz ven çapı  $3,5 \pm 0,5$  mm olarak bulundu. Gruplar arasında BKİ ile varikoz ven çapı arasında (pearson korelasyon) istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

**SONUÇ:** Bu çalışmada normal üstü kilonun varikosel sıklığı ile erişkinlerde olduğu gibi ters korelasyon içinde olduğunu gördük. Ancak çalışmamızda adolesan erkeklerin BKİ ile varikoz ven çapları arasında pozitif yönde ilişki bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** adolescent varicocele, body mass index, varicous vein diameter

SB-66

**Pediyatrik Üroloji Ameliyatlarından Sonra Gelişen Dren ile ilişkili Komplikasyonlar**Bülent Önal<sup>1</sup>, Elif Altınay Kırılı<sup>1</sup>, Uğur Aferin<sup>2</sup>, Kadir Can Şahin<sup>1</sup>, Furkan Kuzucu<sup>1</sup><sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı<sup>2</sup>İstanbul Demiroğlu Bilim Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Minimal invaziv veya açık majör pediyatrik üroloji ameliyatları sonrası lojun güvenliğinin sağlanması için dren yerleştirilir. Ancak drenler ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyonlara neden olabilir. Bu çalışmada kendi serimizde karşılaştığımız dren ile ilişkili komplikasyonları ve bu komplikasyonların yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

**HASTALAR**

ve

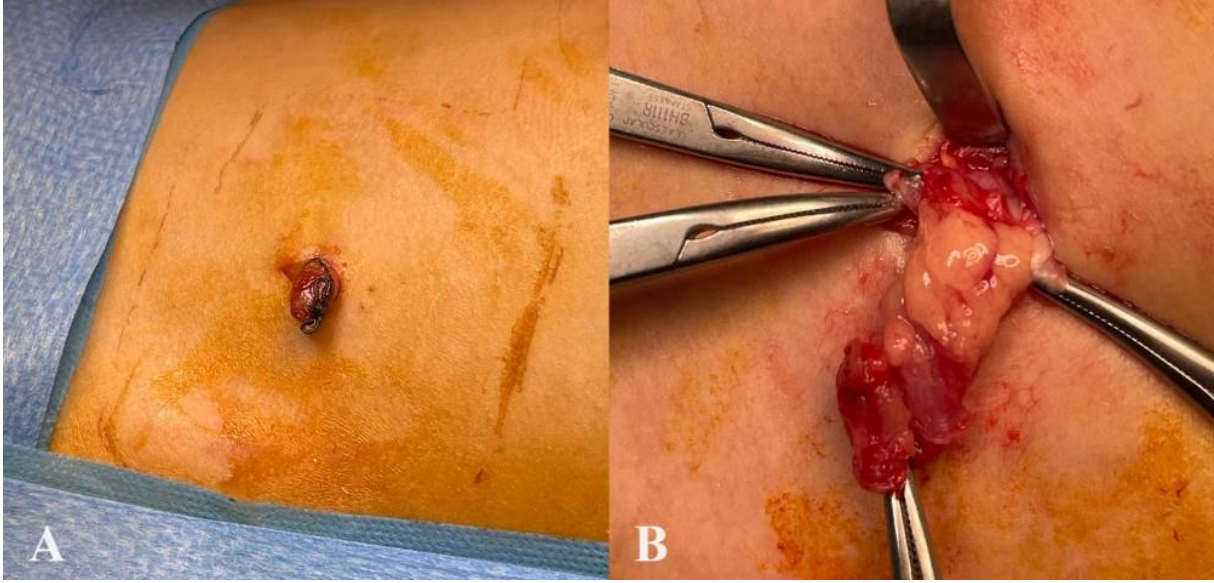
**YÖNTEM:**

2015-2023 arasında dren yerleştirilen majör çocuk ürolojisi ameliyatları değerlendirildi. Dosya bilgileri yetersiz olan hastalar çalışma dışı bırakılırken, dren komplikasyonu gelişen hastalar yaş, cinsiyet, ürolojik tanı, ameliyat tipi, kullanılan drenin tipi, dren çekilme zamanı, hastane yatış süresi açısından incelendi.

**BULGULAR:** Belirtilen süre içerisinde altı hastada dren ile ilişkili komplikasyonla karşılaşıldığı belirlendi (Tablo-1). Hastaların dren yeri ile ilişkili özellikleri değerlendirildiğinde, robot yardımlı laparoskopik cerrahi uygulanan hastalarda 5 mm'lik asistan portundan çıkarılan drenin çekilmesi sırasında omental herniasyon geliştiği gözlemlendi. Bir hastada omentum yatak başında redükte edildi (hasta 2). Diğer 2 hastanın birinde yatak başı redüksiyonun başarısız olması (hasta 1), diğerinde ise redüksiyonu takip eden 24 saat içinde yeniden omental herniasyon gelişmesi nedeni ile ameliyathanede parsiyel omentektomi ve fasya onarımı yapıldı (hasta 3). Mesane augmentasyonu yapılan hastada dren göbek altı orta hat insizyonunun 5 cm laterale intraperitoneal olarak yerleştirildi (hasta 4). Dren çekilmesi sırasında kopması nedeni ile ameliyathanede dren yeri eksplorasyonu yapıldı. Fasya düzeyinde kopan drene ait parça çıkarıldı. İki hastada ise drenin koagulum ile obstrükte olduğu görüldü (hasta 5 ve 6). Bu durum bir hastaya ultrason altında drenaj kateteri yerleştirilmesi (hasta 5), diğer hastada dren yerinden gelen sıvının sık pansuman ile takip edilmesi (hasta 6) ile yönetildi. Dren yeri komplikasyonu nedeni ile yatış süresini uzadı (ort. 1.3 gün 0-3 gün).

**SONUÇ:** Tüm komplikasyonların aynı tip dren ile gelişmesi Jackson Pratt drenin düz parçasının omentumda yabancı cisim reaksiyonunu uyardığı ve drenaj açıklıklarına girerek dren çekilmesi esnasında dren bölgesinde herniasyona sebep olduğunu düşündürmektedir. Bu tip dren yerine yuvarlak silikon dren kullanımı veya Jackson Pratt drenin silikon parçasını düz kısımdan ayırarak ve yuvarlak silikon kısmına drenaj açıklıkları oluşturarak kullanılması komplikasyon gelişimini önleyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Komplikasyon, dren, cerrahi, robotik

**Dren resim**

Resim 1A: Dren yerinden protrüde olan omentum, Resim 1B: Peroperatif disseksiyon görüntüsü

**Tablo 1**

Tablo 1: Dren komplikasyonu gelişen hastaların özellikleri

Hastalar	Yaş/Cinsiyet	Ameliyat	Dren Tipi	Dren çıkarma günü	Tekrarlayan girişim gerekliliği
1	11/E	RaLP	Jackson-Pratt silikon dren / 4,5 mm	3	(+)
2	8/E	RaLP	Jackson-Pratt silikon dren / 4,5 mm	2	(+)
3	2/K	RaLUNC	Jackson-Pratt silikon dren / 4,5 mm	3	(-)
4	17/K	Açık mesane augmentasyonu	Jackson-Pratt silikon dren / 7 mm	6	(+)
5	5/K	RaLUNC	Jackson-Pratt silikon dren / 4,5 mm	3	(+)
6	7/E	RaLP	Jackson-Pratt silikon dren / 4,5 mm	2	(-)

Dren komplikasyonu gelişen hastalar ve özellikleri



# 17. TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ VE KURSU

4-7 Ekim 2023  
Point Hotel Barbaros,  
İstanbul



VIDEO BİLDİRİ ÖZETLERİ

**VB-01****Pneumovesicoscopic Repair of Bladder Diverticulum In Children; A Minimally Invasive Option For An Annoying Condition**

Beytullah \_\_\_\_\_ Yağız, Ünal Bıçakçı  
 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, Samsun

Isolated bladder diverticulum is rare in children. Commonly, they are pseudo-diverticula characterized by protrusion of bladder mucosa through a detrusor muscle defect. Surgical correction can be performed by an extravesical or intravesical approach utilizing either open, laparoscopic, or robotic techniques. In cases with a close relation of the diverticular neck with the ureteral orifice, a simultaneous ureteroneocystostomy may be necessary. In this study, we report our 6 years experience of laparoscopic intravesical diverticulum excision in children. The patients who underwent pneumovesicoscopic surgery for bladder diverticulum between 2017 and 2023 (n=9) are enrolled in the study. The patients with neurogenic bladder secondary to organic causes (Spina bifida..) and the patients who were converted to open surgery were excluded. Six patients were boys and 3 were girls while the diverticulum was located on the left side in 6 patients and 3 patients on the right side. Three ports were employed in all of the patients. The mean age of the patients was  $9.26 \pm 1.63$  years, surgical duration was  $139.66 \pm 16.54$  minutes and follow-up was  $32.44 \pm 6.29$  months (mean  $\pm$  std error). Admitting symptoms were recurring urinary tract infection (n=4), abdominal pain (n=3), and prenatal hydronephrosis (n=2). Coexisting conditions were overactive bladder (OAB) in 2 patients and mild/debatable appearance of posterior urethral valve. The diverticulum was paraureteral in 7 patients but was not close to the ureteral orifice in 2. Three patients received Politano-Leadbetter ureteroneocystostomy (UNC), 1 received Glenn-Anderson UNC and the detrusor defect was repaired after diverticular excision without any UNC in 3 patients. In 2 patients where diverticula were irrelevant from the ureteral orifice, diverticula were excised and the detrusor defect was repaired without any further action. No intraoperative complication was encountered in any patients. All patients except 1, recovered uneventfully. This patient with OAB and VUR experienced 2 postoperative urinary tract infections. Control cystogram revealed no VUR and symptoms were resolved after proper OAB management.

Pneumovesicoscopic repair of the bladder diverticulum appears as successful as open surgery. It provides lesser tissue trauma, better vision, exposure, and cosmesis. Further studies with more patients and longer follow-up are needed to confirm our findings.

**Keywords:** bladder diverticulum, laparoscopy, pneumovesicoscopy, ureteroneocystostomy,

**Bladder Diverticulum**

VB-02

**Pediyatrik hastalarda adım adım supin mini perkütan nefrolitotomi**

Halil Tosun, Numan Baydilli, Deniz Demirci  
Erciyes Üniversitesi, Çocuk Üroloji Bilim Dalı, Kayseri

**GİRİŞ - AMAÇ:** Çocuklarda taş hastalığı geniş coğrafik farklılıklar göstermekle birlikte insidansı dünya çapında artmıştır. Perkütan nefrolitotomi (PNL), pediyatrik olgularda 1.5 cm'den büyük böbrek taşlarının tedavisi için standart tedavi seçeneklerinden biri olarak ortaya çıkmıştır. PNL ameliyatının son zamanlarda erişkin hastalarda supin pozisyonunda başarılı bir şekilde uygulandığını gözlemleyen pediyatrik ürologlar çocuklarda supin pozisyonunda PNL ameliyatını başarıyla uygulamaya başlamışlardır. Bu bildiri de supin pozisyonda PNL operasyonu uyguladığımız olguda adım adım cerrahi tekniği sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 4 yaşında erkek hasta kusma ve karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi sağ böbrek pelvisde 2.5cm, sağ böbrek alt polde 2 adet 5mm lik taş tespit edildi. Tarafımızca değerlendirilen olguya supin pozisyonunda sağ mini PNL operasyonu yapılması planlandı. Genel anestezi altında Galdakao-modifiye supin Valdivia pozisyonu verildi. Bu pozisyonda ameliyat edilecek taraf jöle yastıklarla desteklendi. Uygun pozisyon verildikten sonra posterior aksiller hat, 11.kot, 12.kot ve iliak crest işaretlendi. 11 Fr sistoskop ile mesaneye girilerek sağ üretere 5 Fr üreter kateteri takıldı. Üreter kataterinden opak verilerek 18 gauge 15 cm peruktan giriş iğnesi ile sağ böbrek alt polden girildi. 0.035" kılavuz tel gönderilerek 8-12-16 F amplatz dilatatörler ile dilatasyon yapıldı. 12F nefroskopla 16 Fr kılıf içerisinden girildi. Böbrekte alt kaliksteki ve pelvisdeki taşlar Holmium lazer (30w) yardımıyla kırıldı. Parçalanan taşlar yer çekimi etkisi ile spontan dışarı alındı. Üyük taşlar basket yardımı ile çıkarıldı. Ardından üreter kateteri kılıfın içinden dışarı alınıp içerisinden kılavuz tel gönderildi. 14 Fr re-entry kateteri nefrostomi olarak takılarak içerisinden opak madde gönderildi. Antegrad filmde ektravazasyon görülmedi. Re-entry kateteri cilde 3/0 ipekle sabitlenip işleme son verildi. Operasyon süresi 60 dk, toplam skopi süresi 117 sn olarak ölçüldü. Postoperatif komplikasyon görülmedi. Hastanın re-entry kateteri 1 gün sonra çekilerek hasta taburcu edildi.

**SONUÇ:** Çocuk hastalarda supin PNL alt kaliksiyel sistemden kolayca üst kaliks erişimi, düşük sıvı emilimi, düşük hipotermi insidansı ve pozisyona bağlı taş parçalarının daha kolay temizlenmesi işlemin avantajlarından. Deneyimli kliniklerde pediyatrik supin PNL, böbrek taşlarının yönetiminde güvenli ve etkili bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Supin, Perkütan nefrolitotomi, Çocuk, Taş cerrahisi

**VB-03**

**Sünnet yapılan gömük penisli hastada gelişen prepisyum adezyonunun yönetilmesi**

Erdem Orman, Yakup Kaçan, Eyüp Dil

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı,  
Rize

On yaşında gömük penisli erkek hasta farklı bir merkezde sünnet olduktan yaklaşık 1 ay sonra gelişen prepisyumun glansa adezyonu ve işeme güçlüğü şikayetleri üzerine yapılan değerlendirme sonucunda sünnet revizyonu yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** gömük penis, sirkümsizyon, sünnet

**VB-04****Pnömovezikoskopik Glenn-Anderson Üreteroneosistostomi; Uygun Hastalarda Faydalı Bir Minimal İnvaziv Seçenek.**

Beytullah Yağız, Ünal Bıçakcı, Berat Dilek Demirel  
 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, Samsun

Distal tunnel ureteral reimplantation is among the popular techniques used for the correction of ureterovesical junction conditions, even though not the most popular one. The most important reason for this is that it's not suitable for all patients due to anatomical characteristics. Here we aim to report our experience on the pneumovesicoscopic distal tunnel ureteral reimplantation in children.

A total of 12 patients are enrolled with 7 girls and 5 boys. Mean surgery duration was  $150.83 \pm 10.36$ ,  $131 \pm 16.619$  and,  $165 \pm 11.222$  minutes in the whole group, in unilateral and bilateral cases, respectively. The patients' mean age and follow-up of the patients were  $63.91 \pm 12.51$  and  $22.16 \pm 3.58$  months, respectively. The surgical indication was vesicoureteral reflux (VUR) in 7 patients, obstructing megaureter in 3, VUR with paraureteral diverticulum in 1, and isolated paraureteral diverticulum in 1. The ureteral orifices were mislocated cranially in all the patients with VUR. The Politano-Leadbetter principle was integrated as a combination in 4 patients due to the anatomical characteristics of the patients. Co-morbid conditions were overactive bladder (n=3), paraureteral diverticulum (n=2), and duplicated collecting system (n=2). Postoperative follow-up was uneventful except for 1 patient who experienced recurrent simple urinary tract infection. No reflux was demonstrated on the control cystogram and infections were resolved by medical management of overactive bladder. Glenn-Anderson technique involves distal advancement of the ureter in the bladder and is a relatively easier technique with lower complication rates. However, the length of the created submucosal tunnel is limited compared to other techniques which makes the patient selection critical. Cranially ectopic ureters with significant distance to the bladder neck, conditions that do not mandate long submucosal tunnels, and combination with the Politano-Leadbetter principle in some cases are good options for this technique. The pneumovesicoscopic Glenn-Anderson technique appears to provide better exposure, surgical vision, and cosmetic results with lower tissue trauma, morbidity, and complication rates.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoscopy, Megaureter, Pneumovesicocopy, Ureteroneocystostomy, Vesicoureteral reflux

**Pneumovesicoscopic Glenn-Anderson UNC**

**VB-05**

**Robotik yardımcı laparoskopik mesane divertikülü eksizyonu ve üreteral reimplantasyon**

İbrahim Yıldırım<sup>1</sup>, Gülenay Korkmaz<sup>1</sup>, Oğuz Mehmet Çevik<sup>1</sup>, Özlem Ekici<sup>1</sup>, Ela Erten<sup>2</sup>, Emre Atasever<sup>1</sup>, Sevim Ecem Ünlü Ballı<sup>1</sup>, Ervin Mambet<sup>1</sup>, Gökhan Berktuğ Bahadır<sup>1</sup>, Mehmet Bahadır Çalışkan<sup>1</sup>, İlhami Sürer<sup>1</sup>, Suzi Demirbağ<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği  
<sup>2</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Beş yaşında erkek hasta daha önce herhangi bir şikayeti olmayan hastanın, tekrarlayan İYE nedeniyle çekilen VCUG sistoureterografisinde mesanede divertikül görülmesi üzerine dış merkezde takibe alınmış. Dirençli idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle tarafımıza başvuran hastanın Robotik yardımcı laparoskopik mesane divertikülü eksizyonu ve üreteral reimplantasyon yapılan hastanın ameliyat ayrıntılarını paylaşmayı amaçladık.

A 5-year-old male patient with no previous complaints was followed up in an external center after VCUG cystoureterography revealed a diverticulum in the bladder due to recurrent UTI. We aimed to share the operative details of the patient who was admitted to our center due to persistent urinary tract infection and underwent robotic-assisted laparoscopic bladder diverticulum excision and ureteral reimplantation.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, Çocuk, Mesane Divertikülü, Vezikoüreteral reflü

VB-06

**Pyeloplasty in Pelvic Kidney: A Step-by-step Video**

Rifat Burak Ergül, İsmail Selvi, Mehmet Gürcan, Mücahit Kart, Muhammet İrfan Dönmez, Orhan Ziylan, Tayfun Oktar  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Pelvik böbrekte ureteropelvik bileşke darlığı nedeniyle piyeloplasti yapılan 15 aylık erkek hastanın operasyonunun teknik detaylarını paylaşmak.

**OLGU:** Sol antenatal hidronefroz(HN) nedeniyle dış merkezde takip edilirken postnatal ikinci ayda yapılan üriner sistem ultrasonografisinde(US) sol ektopik böbrekte anterior-posterior çap (|AP|) 45 mm ve grade 3 HN saptanmış. Postnatal üçüncü ayda yapılan MAG-3 sintigrafisinde sağ böbrek separe fonksiyonu %73 iken ektopik yerleşmiş sol böbreğin separe fonksiyonu %27 bulunmuş ayrıca boyutu ve ekstraksiyon fonksiyonu azalmış, ekskresyonu uzamış, diüretiğe yanıtız pelvikalkisiyel staz saptanmış. Postnatal beşinci ayda yapılan manyetik rezonans ürografide sol pelvik böbrekte rotasyon anomalisi (boyutlar: 53\*68 mm), |AP|: 33 mm ve sol ekstrarenal pelvis saptanmış. Bundan sonra kliniğimize başvuran hastadan postnatal 14. ayda yapılan MAG-3 sintigrafisinde sağ böbreğin separe fonksiyonu %75, sol böbreğinki ise %25 olarak bulundu. Bunun üzerine hastaya piyeloplasti operasyon kararı verildi.

**YÖNTEM:** Genel anestezi altında uygun yerel arınım ve örtünme işlemlerinin ardından supin pozisyonda Pfannelstiel insizyonla operasyona başlandı. Anatomik katlar açılarak Retzius boşluğuna girildi, mesane görüldü. Mesaneyi boşaltmak için 8 Fr besleme tüpü kullanıldı. Sol ureterin distal segmenti mesanenin superior-lateralinde bulundu. Üreter proksimale doğru diseke edilerek ektopik yerleşimli böbreğin renal pelvisi bulundu. Renal pelvis duvarının peritona yapışık olduğu gözlemlendi. Diseksiyon için ureteropelvik bileşkeye askı sütürü konuldu. Üreter ve renal pelvis diseksiyonunun tamamlanmasını takiben, uretere, pelvisin alt (most dependent part) ve üstüne 5/0 Rapid Vicryl ile askı sütürü konuldu. Üreter asılarak darlık segmentinin distalinden kesildi. Daha sonra renal pelvis kesilerek dar olan segment eksize edildi. Rotasyon anomalisi göz önüne alınarak ureter spatüle edildi. Spatüle edilen yerin ve renal pelvisin inferiorundan 6/0 PDS ile köşe sütürleri atıldı. 6/0 PDS ile önce posterior duvar daha sonra da anterior duvar kontinü olarak kapatıldı. Renal pelvise 3 Fr 12 cm double J kateter yerleştirildi. Redükte edilen pelvis duvarı 6/0 PDS ile kapatılarak anastomoz tamamlandı. Kanama kontrolünün ardından ameliyat bölgesine aspiratif dren yerleştirildi. Sırasıyla rektus kası ve fasyası, cilt altı ve cilt uygun şekilde kapatıldıktan sonra operasyon tamamlandı.

**SONUÇ:** Pelvik böbrekte piyeloplasti operasyonu Pfannelstiel insizyon ile anatomik varyasyonlara dikkat edilerek güvenli bir şekilde yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hidronefroz, Pelvik böbrek, Piyeloplasti, Üreteropelvik bileşke darlığı

## VB-07

**Ektopik pelvik yerleşimli böbrekte robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti**

Bülent Önal, Elif Altınay Kırılı, Göktuğ Kalender, Muhammet Demirbilek, Emre Akkuş  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Bu video ile ektopik yerleşimli pelvik böbrek gibi karmaşık bir böbrek anomalisinde, robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti (RALP) tekniğini sunmayı amaçlıyoruz. **HASTA ve YÖNTEM:** Prenatal dönemde sol hidronefroz tanısı ile takipte olan erkek hastanın ilk bir yaşı içerisinde yapılan tetkiklerinde sol böbreğin ektopik olarak pelviste yerleştiği (manyetik rezonans ürografi), pelvikalisiyel sistemin grade 3 hidronefrotik ve parankiminin ince olduğu (3-5 mm), hilus damarlarının normal konfigürasyonda olduğu, fonksiyonunun %35 ve drenaj eğrisinin obstrüksiyon ile uyumlu olduğu tespit edildi (merkaptasetiltriglisin-3 dinamik inceleme). Voiding sistoüretrografisinde vezikoüreteral reflü saptanmadı. Cerrahi öncesinde sistoskopi yapıldı. Sol üreter orifisi normaldi. Cerrahiye 8 mm'lik 3 portun transvers planda ve aralarında 6.5 cm uzaklık olacak şekilde yerleştirilmesi ile başlandı (Da Vinci XI). Endoskop portu Hasson, diğer portlar abdominal sling sutur tekniği ile yerleştirildi. Hedef bölgeye ulaşıldı, sol böbrek pelvisi üzerindeki barsak mezosu pelvisten ayrılarak üreteropelvik bileşke (UPJ) ortaya koyuldu. Dilate renal pelvis karın ön duvarına dikiş ile asıldıktan sonra UPJ'den ayrıldı. Dar olan 1 cm'lik üreter segmenti eksize edildi. Pelvik redüksiyon yapıldı. Karın ön duvarından TLA iğne ile yollanan sensor kılavuz tel üzerinden 4 fr 12 cm double j kateter üretere yerleştirildi. Spatüle edilen sağlıklı üreter 5/0 polidioksanon suture ile renal pelvise Anderson-Hynes dismembered piyeloplasti tekniğine uygun olarak anastomoz edildi. Mezo 4/0 poliglaktin dikiş ile onarıldı. Loja dren yerleştirildi. **SONUÇLAR:** Docking süresi 35 dakika, konsol süresi 105 dakika olarak kaydedildi. Ameliyat esnasında veya sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Sonda ameliyat sonrası 1. gün, dren 2. gün çekildi. Post-operatif izlemde eGFR değeri, 164 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (Schwartz formülü) olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası ultrason takiplerinde renal pelvis çapının azaldığı parankim kalınlığının sabit kaldığı görüldü. Trokar yerleşim bölgelerinde fasya ve cilt ile ilişkili sorun saptanmadı.

**TARTIŞMA:** Kompleks böbrek anomalilerinde robot yardımcı laparoskopik cerrahi yaklaşım güvenli bir şekilde uygulanabilir. Cerrahinin uygulanması ile ilişkili ana sorun hedef bölgenin alışıldan farklı konumlanmasıdır. Ancak bu sorun port yerleşimindeki ana prensipleri uygulamak ile aşılabılır. Anomalinin özelliklerine dikkat edildiği sürece robotik sisteme ait üç boyutlu görüntüleme ve büyütme özelliği bu vakalarda rekonstruktif cerrahinin uygulamasını kolaylaştıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Robot yardımcı, piyeloplasti, üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu, renal anomaliler



VB-08

**Pedriatrik Üroonkolojide Robotik Cerrahi: Radikal Sistoprostatektomi**

Bülent Önal, Elif Altınay Kırılı, Göktuğ Kalender, Muhammet Demirbilek, Emre Akkuş  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Robot yardımcı laparoskopik cerrahiler erişkin yaş grubunda üroonkoloji alanında sık tercih edilen yöntemlerdir. Çocuklarda ise uygulama ile ilişkili bilgi sınırlıdır. Oysa robotik sistemlerin sağladığı teknik üstünlükler çocukluk çağı tümörlerinde avantaj sağlayabilir. Bu video sunumunda embriyonel rabdomyosarkom nedeni ile uygulanan robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi ameliyatının teknik detaylarını sunmayı amaçladık. **HASTA ve YÖNTEM:** Makroskopik hematüri nedeni ile başvurusu esnasında tanı alan 26 aylık erkek hastanın radyolojik değerlendirmede (üriner ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme) mesane tabanından köken alan 3 cm boyutunda kitle lezyonu tespit edildi. Sakral kemikte metastatik tutumu düşündürecek hipointens alan olmasına rağmen patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı. Tanısal sistoskopide kitlenin trigon sağ yarısından başlayarak mesane domuna ve distalde prostatik üretraya uzandığı görüldü. Solda çift sistem anomalisi görüldü. Embriyonel rabdomyosarkom histolojisindeki kitle IRS-VAC kemoterapi protokolü sonrası kısmi regreseydi. Bu bulgularla robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi+ lenf nodu diseksiyonu+ ileal loop yapılması planlandı. Cerrahi Da Vinci XI robotik sistem ile 6 port kullanılarak, 300 Trendelenburg pozisyonunda yapıldı. Kamera portu Hasson, çalışma ve asistan portları (10 mm) abdominal sling sutur yöntemi ile yerleştirildi. Port dizilimi transvers ve aralarında 6 cm olacak şekilde yapıldı. Üreterler iliak çapraz düzeyinde bulunarak mesaneye kadar diseke edildi. Denonvilier fasyası üzerinden bilateral vaz deferensler bulundu ve kesildi. Seminal veziküller ile prostat apeksine kadar diseksiyon tamamlandı. endopelvik fasyaya diseksiyona devam edildi ve mesane pediküllerine ulaşıldı devaskülarize edildi. Dorsal ven devaskülarize edildi. Mesane boynu kapatıldı ve üretradan ayrıldı. Sistoprostatektomi materyali organ torbasına alındı. Sol ve sağ iliak, presakral ve obtrator bölgede geniş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Robot undock edildikten sonra yaklaşık 6 cm'lik göbek altı median insizyonla organ torbası dışarı alındı. İleoçekal valve yaklaşık 25 cm uzaklıkta yaklaşık 10 cm ileal segment hazırlandı. Sol taraftaki duplike üreterlerin distal uçları spatüle edildi ve ileal loop yapılacak segmentin proksimaline Wallace tekniğiyle sağ üreter ise ileal loop yapılacak segmentin gövdesinde Bricker tekniğine uygun olacak şekilde hazırlandı ve anastomoz edildi. İleal loopun distal ucu 2 cm'lik kesiden dışarı alındı ve tespit edildi. **SONUÇ:** Docking süresi 35, konsol 350 ve toplam operasyon süresi 450 dakikadır. Peroperatif replase edilen kanama miktarı 100 cc'dir. Peroperatif komplikasyon saptanmayan hasta erken post operatif dönemde idrar yolu enfeksiyonu tedavisi aldı. Retriuz dreni 6., karın içi dren 7.gün alındı. Sekizinci günde taburcu edildi. Histopatolojik olarak tedavi yanıtı altındaki kitlenin cerrahi sınır negatif olarak çıkarıldığı, lenf nodlarının tutulmadığı raporlandı. İzlemde sorunsuzdur.

**TARTIŞMA:** Robot yardımcı laparoskopik cerrahi erişkin tümörlerinde olduğu gibi çocukluk çağında da tedavi yöntemi olarak uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Rabdomyosarkom, Robot yardımcı laparoskopik cerrahi, çocuk

## VB-09

**A Rare Case Report: Primer Megaureter with Huge Abdominal Cystic Mass**

Ender Cem Bulut, Nihat Karabacak, Mustafa Özgür Tan, Özdemir Serhat Gürocak  
Department of Urology, Gazi University, Ankara, Turkey

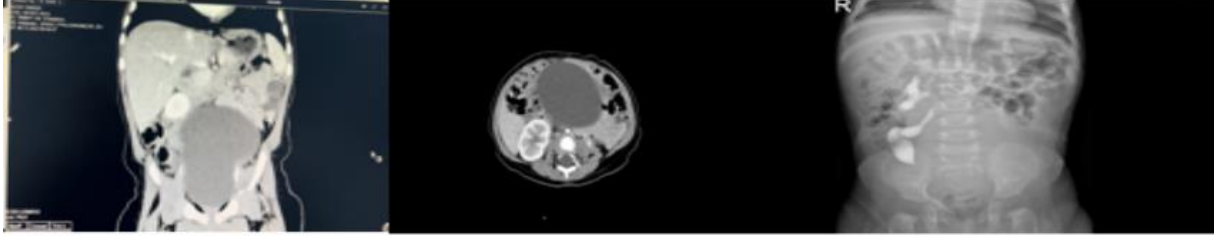
**INTRODUCTION:** In children, a megaureter can be defined as a lower end diameter of the ureter greater than 7 mm. It can be diagnosed during the post-neonatal period, presenting with symptoms such as urinary tract infection, abdominal pain, hematuria, uremia, or it can be incidentally detected. We present a case to contribute to the literature, as it involves a large intra-abdominal cystic mass and bilateral undescended testis, which rarely accompany hydronephrosis detected in the antenatal period.

**CASE:** A 1-year-old male patient presented to our outpatient clinic with abdominal distension. Antenatal ultrasonography performed at an external center revealed atrophic left kidney and hydronephrosis in the right kidney. Prophylactic antibiotic therapy was initiated by the Department of Pediatrics when the patient developed urinary tract infection and we were consulted. Physical examination revealed a mobile and painless firm mass of approximately 10 cm palpable in the lower abdomen, below the umbilicus. The patient had hypoplastic scrotum and bilateral testicles were not in the scrotum. Radiological imaging showed left atrophic kidney and moderate hydronephrosis in the right kidney. A 10 cm cystic mass extending to the midline superior to the umbilicus was observed, pushing the bladder to the right, and the diameter of the lower end of the right ureter was reported as 14 mm. Scrotal ultrasonography did not reveal bilateral testes in the scrotal sac. Voiding cystourethrography showed difficulty in catheterizing the patient, and it was observed that the bladder was pushed to the right by the mass, with reduced capacity. Vesicoureteral reflux was not detected. Dimercaptosuccinic acid (DMSA) static kidney scintigraphy showed 98% functionality of the right kidney and 2% functionality of the left kidney. After cystoscopy and ureteral catheterization, abdominal exploration was decided for the patient. Cystoscopy revealed a normal anterior urethra, but the bladder could not be entered due to the bladder neck being lifted from the posterior urethra by the mass. During the exploration, performed with a midline vertical incision in the supine position, it was observed that the mass filled the abdomen up to the superior umbilicus. The superior part of the mass was deperitonealized by blunt dissection, and it was separated from the inferiorly attached bladder and posteriorly from the rectum by sharp blunt dissection. The mass was then removed en-bloc. Due to the thinning of the posterior wall of the bladder, an 8 Fr cystostomy catheter was placed. Left nephroureterectomy was performed. Examination revealed that the bilateral testis was located intraperitoneally and there were no bilateral vas deferens. The right testis was severely hypoplastic, and left orchiopexy and right orchiectomy were performed. The pathology of the mass was reported as a benign cystic lesion, possibly originating from a non-regressed embryogenic remnant.

**CONCLUSION:** The pathogenesis of primary megaureter is still not fully understood according to the current literature. Cystic masses of unknown etiology and possible embryological residues that do not undergo complete involution may accompany megaureter in these patients. Further clinicopathological data are needed to clarify the relationship of these masses with the urinary system.

**Keywords:** Megaureter, Abdominal cystic mass, Undescended testes

**Figure 1**



*Preoperative CT image of the entire Abdomen of the patient*

**Figure 2**



*Intraoperative images of the abdominal giant cystic mass*



# 17. TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ VE KURSU

4-7 Ekim 2023  
Point Hotel Barbaros,  
İstanbul



POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

**PB-01****Tek taraflı renal agenezi ile birlikte komplike olmuş konjenital seminal vezikül kisti:  
Nadir bir olgu**

Sinan  
Gebze

Yuzyil

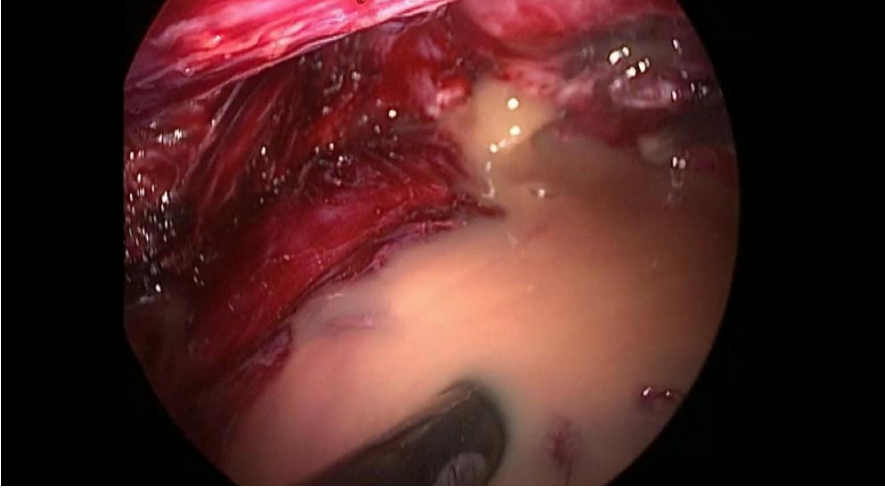
Kılıç  
Hastanesi

16 yaşında erkek hasta yaklaşık iki haftadır devam eden karın ağrısı şikayeti ile çocuk cerrahi polikliniğine başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde karaciğer enzimlerinden ALT ve AST nin hafif derecede yüksek olduğu görüldü (Sırası ile 80 ve 85 mg/dL). Viral hepatit paneli ve kist hidatik serolojisi negatif olan hastanın yapılan batın ultrasonografisinde sağ böbrek izlenmedi ve mesane posteriorunda yoğun içerikli kistik kitle tespit edildi. Hastaya batın tomografisi yapıldı. Tomografi sonucunda sağ böbrek agenezisi kesinleşmiş olup mesane posteriorunda, prostat santral zona doğru ilerleyen 7,5x7,5x10 cm çapında kistik kitle tanımlandı. Ateşi (38,4 C) sebat eden ve karın ağrısı şiddetlenen hasta operasyona alındı. Laparoskopik olarak mesane posteriorunda yer alan komplike olmuş seminal vezikül kisti açıldı. Kist açıldıktan sonra bol miktarda kist içeriği sıvı aspire edildi, sonrasında ise kistik kitle tam olarak çıkarıldı. Hasta postoperatif üçüncü gün taburcu oldu. Bir ay sonra bakılan karaciğer enzimlerinin normale döndüğü görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Renal agenezi, seminal vezikül kisti, akut batın

**laparoskopik görüntü**

## laparoskopik görüntü2

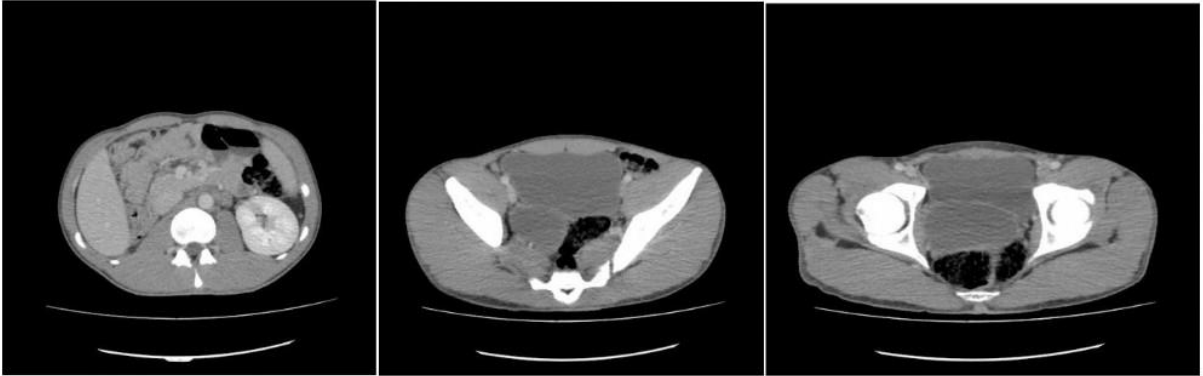


## Postoperatif patoloji spesmeni



*Postoperatif patoloji spesmeni*

## Tomografi



*3 adet bt görüntüsü*

**PB-02****Acute scrotal management; Time to Theatres**

<u>Mohamed</u>					<u>Ibrahim</u>
Frimley	Health	NHS	Foundation		Trust
Acute	scrotal	management;	Time	to	Theatres

Mohamed Ibrahim<sup>1</sup>, Mohammed Dallash<sup>1</sup>, Elsayed Desouky<sup>1</sup>, Samer Jallad<sup>2</sup>, Jas Kalsi<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Urology Registrar, Urology Department, Wexham Park Hospital  
<sup>2</sup> Urology Consultant, Urology Department, Wexham Park Hospital, Slough SL2 4HL, England

**AIM:** To evaluate the management of acute scrotum and adherence to guidelines in a busy hospital setting and to identify potential causes of delay in surgical intervention.

**METHODS:** Data was retrospectively analyzed for patients who underwent scrotal exploration, and each step from presentation to surgery was assessed. A closed loop cycle was used to identify areas for improvement, and an action plan was developed to address delays in the care pathway.

**RESULTS:** Results showed an average rate of 4.6 hours from presentation to surgery in the first cycle, with most delays occurring from theatre booking to surgery start and from presentation to urology review. A comprehensive action plan was implemented, including a full protocol for acute scrotum pathway, a urology emergency course, and teaching sessions about the new digital system. The closed loop cycle showed a significant improvement in the average rate from 4.6 hours to 3.2 and increase of the exploration rate within 3 hours from 41% to 64%. Our study is the first to divide the patient's care from arrival at the A&E until the start of surgery into specific phases to identify potential delays in patient care.

**CONCLUSION:** Our data demonstrates the importance of seeing these patients within 30 minutes since arrival, and the correlation between delay and outcome of surgery.

**Keywords:** Scrotal pain, time to theatres, scrotal exploration

PB-03

**Anuria Due to Bilateral Nephrolithiasis after Ceftriaxone Therapy**Rezzan Sümeli<sup>1</sup>, Bilal Çetin<sup>2</sup>, Canan Ceran<sup>1</sup><sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey<sup>2</sup>Department of Urology, Division of Pediatric Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

**INTRODUCTION:** We present the case of a patient with biliary pseudolithiasis and nephrolithiasis during ceftriaxone treatment as a result of volvulus caused by a congenital band.

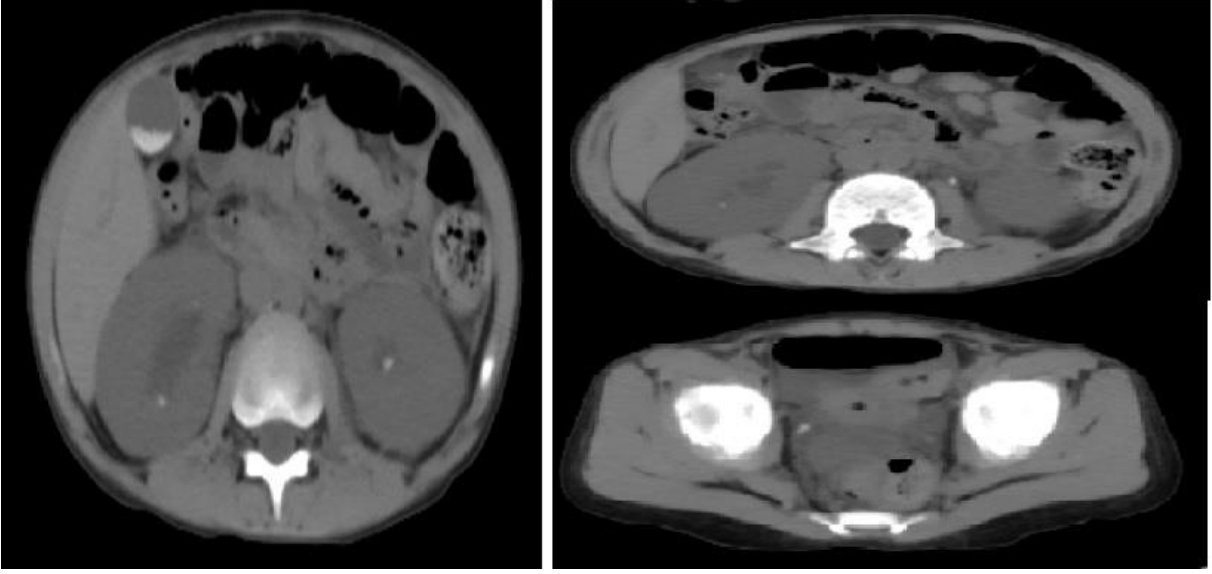
**CASE:** This is the case of a six-year-old, previously healthy boy, with unspecific abdominal pain starting three days prior to admittance. An abdominal ultrasound examination was demonstrated that inflammation and thickening of intestines with intra-abdominal free fluid, without peristalsis. No biliary lithiasis or nephrolithiasis was found. Following the ileus diagnosis, ceftriaxone was administered at 100 mg/kg/day in 2 doses with 30-minute infusion rate, diluted in saline solution and metronidazole was ordered 30 mg/ kg/ day in 2 doses with 30-minute infusion. Exploratory laparotomy was carried out. Surgery demonstrated a congenital band between sigmoid colon and caecum that caused volvulus of small distal bowel and appendicitis on the distal side. The congenital band was removed and appendectomy was performed with abdominal liquid aspiration and a drain was inserted into the Douglas space. Ceftriaxone was administered at 100 mg/kg/day in 2 doses with 30-minute infusion rate, diluted in saline solution and metronidazole was ordered 30 mg/ kg/ day in 2 doses with 30-minute infusion. On the sixth day of Ceftriaxone treatment, the patient had macroscopic hematuria, dysuria and colic pain in both lumbar fossae. A new abdominal and urinary tract ultrasound examination was performed - main findings included gallbladder sludge, bilateral grade 1 hydronephrosis, multiple lithiasis of bilateral kidneys and dilatation of both ureters. In light of these findings and given the suspected relationship between lithiasis and ceftriaxone, it was discontinued. In the meantime, creatinine levels were 1.91 mg/dl, as opposed to 0,30 mg/dl before the operation. Computed tomography with stone protocol, in both ureters, kidney calyces and gallbladder due to stones formed as a result of typical ceftriaxone treatment (figure 1). The decision was made to place double-j catheters bilaterally. Cystoscopy revealed stones of different sizes and floating sludge at the base of the bladder (figure 2). After the insertion of double-j catheters, urine jets from both ureters and small stones flowing into the bladder were observed. Patient had a good clinical evolution, with normal creatinine levels within 24 hours following surgery. The patient was discharged after 10 days in hospital. Double-j catheters were removed 4 weeks after placement with a good subsequent evolution.

**CONCLUSION:** Our case showed that pediatric patients may develop small sized renal stones and gallbladder sludge during a 2–6-day course of normal or high dose of ceftriaxone therapy. Other predisposing factors such as major abdominal surgery was also associated with them. Suspecting ceftriaxone treatment associated biliary lithiasis or sludge and nephrolithiasis is key to achieve an early diagnosis and prevent complications as in our patient.

**Keywords:** anuria, ceftriaxone, children, nephrolithiasis

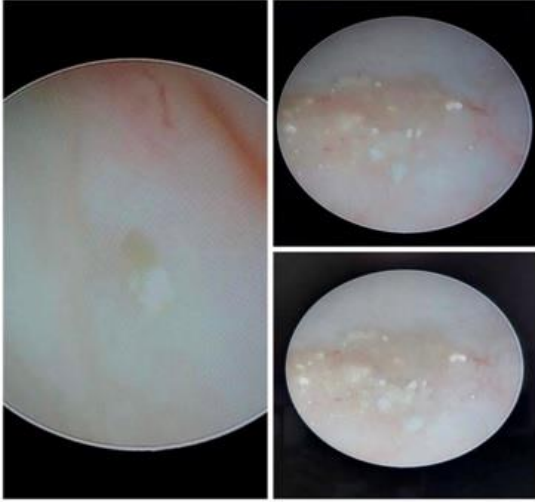


**figure 1**



*Figure 1 CT images due to stones in the kidney calyces, both ureters and gallbladder formed as a result of ceftriaxone treatment.*

**figure 2**



*Figure 2 Ceftriaxone-derived stones and sludge at the base of the bladder.*

PB-04

**Bilateral İnmemiş Testis Olgusunda Manuel Detorsiyon**

Mevlüt Keleş, ahmet yüce, erdal benli, abdullah çırakoğlu, Ahmet Anil ACET, Fatih Sevgi  
Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ordu, Türkiye

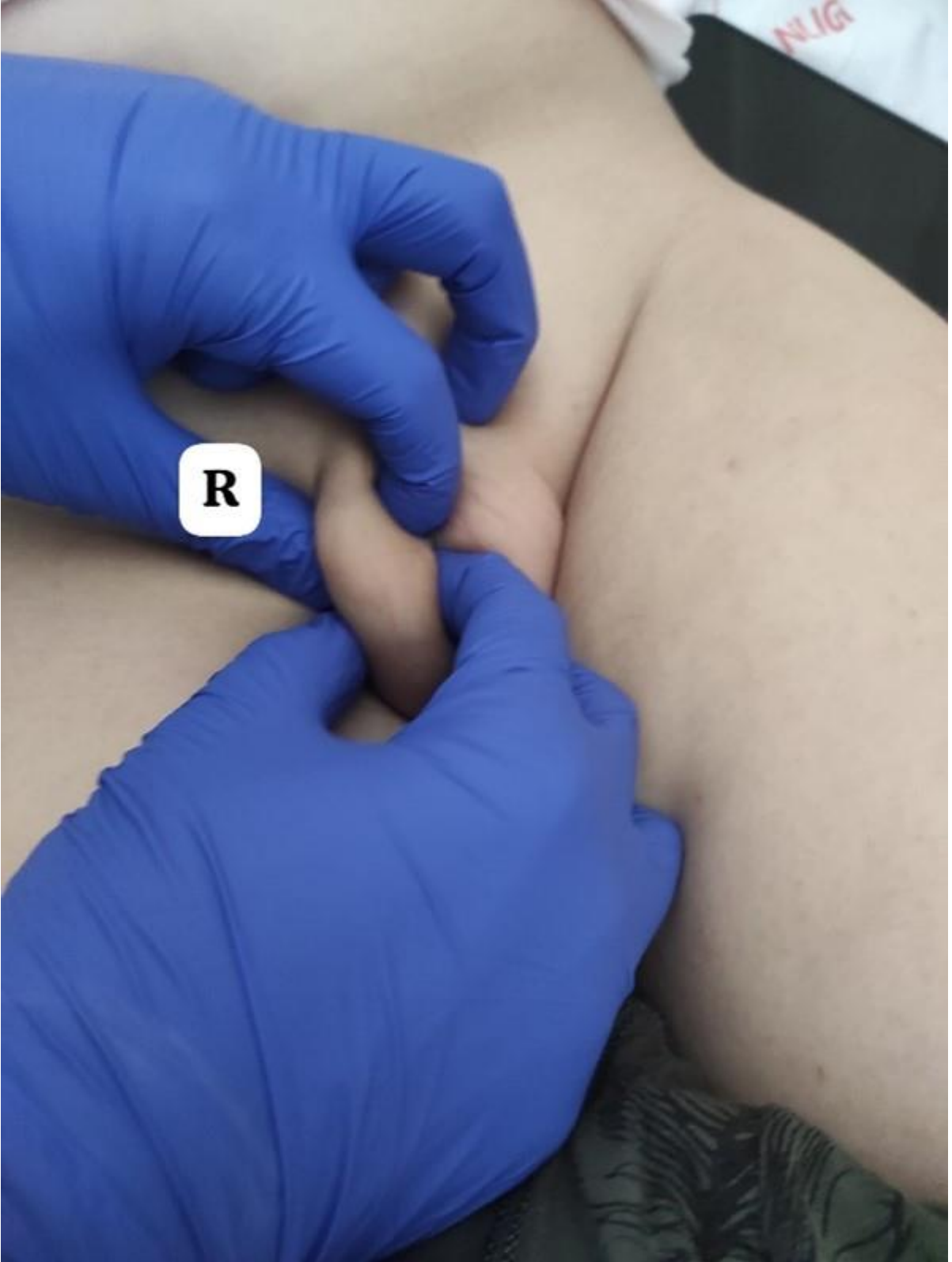
**AMAÇ:** İnmemiş testis, erkek çocuklarında sık görülen bir konjenital malformasyondur. İlerleyen yaşlarda malignite ve infertilite riskinin yanı sıra testiküler torsiyon riski de barındırır. Testiküler torsiyon inmemiş testisli olgularda nadir görülmesine rağmen dikkat edilmesi gereken bir klinik tablodur. Testiküler torsiyon, zamanla yarışılan hızlı müdahale gereken bir ürogenital acildir, ilk karşılaşmada manuel detorsiyon uygulaması atlanmamalıdır. Bu vaka sunumunun amacı inmemiş testis de olsa torsiyon varlığında veya şüphesinde mutlaka detorsiyon denemesi ve önemi konusunda farkındalık oluşturmaktır.

**VAKA:** 12 yaşında E. K. isimli hasta, yaklaşık 4 saattir olan batın sağ alt kadranda ağrı, iştahsızlık şikâyeti ile dış merkez acil servise başvurmuş. Yapılan değerlendirmeler sonucu sağ testiküler torsiyon şüphesi ile tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın bilinen herhangi bir hastalığı, ilaç kullanımı yoktu. Daha önce inmemiş testis durumuna dair çocuk ve ebeveynlerde bir farkındalık, hastane başvurusu, ailede inmemiş testis öyküsü olmadığı öğrenildi. Hastanın ilk değerlendirmesinde sağ inguinal bölgede hassasiyet vardı. Bilateral testisler yüksek skrotum yerleşimliydi. Sağ testiste palpasyonla şiddetli ağrısı vardı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde (bize başvurmadan önceki dış merkezde yapılan) akut faz reaktanı yüksekliği ve piyüri dışında patolojik bulgu yoktu. Hasta aynı gün birkaç saattir aniden başlayan sağ alt kadranda ağrısıyla başvurmuş. Dış merkezde yapılan abdomen usg ve skrotal renkli doppler inceleme ‘Sağ testiste parankimal kanlanma saptanmamıştır.’ şeklinde raporlanmış idi. Hastaya acil serviste manuel detorsiyon yapılmasına karar verildi. Acil şartlarda tarafımızca sağ testis palpe edildi ve saat yönünün tersine 360 derece olacak şekilde manuel detorsiyon uygulandı. Manuel detorsiyon yapılır yapılmaz hastanın ağrısının rahatladığı görüldü. Müdahale sonrası kontrol amaçlı hastaya renkli doppler usg tekrarlandı. Skrotal yapılar ve bilateral testisler normal olarak değerlendirildi. Her iki testisin aktif kanlandığı görüldü. Hastanın kliniği geriledi. Ancak testiküler torsiyonun erken aşamalarında da testiste reaktif kanlanma artışı olabileceği için ağrı açısından takip ve kontrol görüntüleme planı servisimize yatırıldı. Hastaya semptomatik tedavi başlandı. İşlem sonrası 6. saatte kontrol skrotal renkli doppler usg yapıldı. Rapor ‘Sağ testis boyutu 23x11x11 mm ölçülmüştür. Testis parankimal ekojenitesi homojen ve normaldir. Sağ epididimis kalınlığı normal sınırlardadır. Epididimal ekojenite normal izlenmektedir. Sağ testis inguinal kanal inferior kesim ile skrotal kese arasında hareket etmektedir (rekraktal testis). Sol testis boyutu 21x12x10 mm. ölçülmüştür. Testiküler parankimal ekojenite homojen ve normaldir. Sol epididimis kalınlığı normal sınırlardadır. Epididimis ekojenitesi normal görülmüştür. Sol testis skrotal kese içerisinde izlenmiştir. Her iki testisin arteriyel ve venöz kanlanması doğaldır.’ şeklinde raporlandı. Tüm doppler incelemelere hastayı değerlendiren hekim de eşlik ederek kan akımının varlığını teyit etti. Takiplerinde herhangi bir sıkıntı olmayan hasta, öncelikli olarak pediatrik endokrinolojik incelemeye yönlendirildi. Sonrasında definitif tedavi yapılması planlandı.

**SONUÇ:** Testiküler torsiyon, atlanmaması ve acil müdahale uygulanması gereken bir ürogenital acildir. Hastanın kliniği uygun olduğu sürece inmemiş testis de olsa öncelikle manuel detorsiyon denemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Detorsiyon, Kriptorşidizm, Torsiyon

## Sağ Testis



**Sol Testis**



**PB-05****A Case of Cystitis Glandularis with Rare Benign Bladder Tumor in a 12-Year-Old Female Patient Presenting with Hematuria**

Burak Doğrusever<sup>1</sup>, Bilal Çetin<sup>2</sup>, Şükran Kayıpmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Urology, Division of Pediatric Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>3</sup>Department of Pathology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

**Introduction:** Cystitis glandularis –cystitis cystica; It is an unusual and rare proliferative disease in children. Although it usually appears microscopically, it may rarely present with macroscopic findings. In the background of chronic inflammation, urethelial nest formation occurs in the lamina propria with hyperproliferation of the bladder epithelium, and the differentiation becomes cystic and glandular.

**Case:** In our case, a 12-year-old female patient was admitted with complaints of macroscopic hematuria and mucus-voiding attacks. The first two cystoscopic punch biopsies were performed at another center and the pathology report was reported as fibroepithelial polyp. Three transurethral resections were performed in our clinic. In the cystoscopic examination, papilla-edematous areas were seen in an area of 4 cm extending from the bladder dome to the neck, the protruding areas were resected and the remaining space was filled. However, the pathology was reported as squamous metaplasia, inconsistent with the cystoscopic appearance. The patient with recurrent hematuria underwent transurethral resection under the guidance of a pathologist to obtain the true pathology result. Sampling was done in separate containers from the appropriate areas suggested by the pathologist. As a result, the pathology was reported as cystitis glandularis. The patient was given dexketoprofen first, and when there was no response, oral prednisolone treatment was started. However, the patient's hematuria attacks continued. The hemoglobin value of the patient, who was also diagnosed with familial Mediterranean fever, was measured as 7 g/dl. The patient was stabilized and transurethral resection was performed for the third time. The next day, the patient who developed bladder retention due to a clot and had a hemoglobin value of 6.5 g/dl underwent emergency open surgery. Organized hematoma was observed in the bladder and an area of approximately 3\*1 cm was excised from the irregular area on the anterior wall. After partial cystectomy, she did not have hematuria attack in her 6-month follow-up, but she stated that she urinated mucus twice. Hemoglobin levels were normal. From the first day, urotherapy recommendations were repeated and compliance was checked.

**Conclusion:** Cystitis glandularis rarely requires partial cystectomy, as in our case. Multidisciplinary work with a pathologist should be kept in mind for the correct diagnosis.

**Keywords:** benign bladder tumor, cystitis glandularis, hematuria,

**figure 1**



*Papilla-edematous areas were seen in an area of 4 cm extending from the bladder dome to the neck*

**PB-06****Neonatal bilateral inmemiş testislere eşlik eden bilateral testis torsiyonu ve strangüle inguinal herni**

Halil İbrahim Çam, Şinasi Yavuz Önel  
 İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

Bilateral neonatal testis torsiyonu (BNTT) oldukça nadir görülen bir durumdur ve testis kurtarma oranı düşüktür. Term doğumlu iki günlük erkek bebek sürekli ağlama şikayeti ile acil servise getirildi. Fizik muayenede bilateral inguinal eritem ile birlikte palpe edilen hassas, sert kitleler ve bilateral boş skrotum saptandı. Hasta strangüle herni, inmemiş testis ve testis torsiyon ön tanıları ile acil ameliyata alındı. Bilateral ekstravaginal torsiyon izlendi. Sağ inmemiş torsiyone testis detorsiyone edilmesine ve sıcak kompres uygulanmasına rağmen nekrotik görünüm düzelmedi ve orşiektomi uygulandı, sağda strangüle herni de mevcuttu. Barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz ile herni onarım uygulandı. Solda detorsiyon ve sıcak uygulama sonrası testis normale döndü ve skrotal poşa indirilerek tespit edildi. Sol herni onarımı yapıldı. Nekrotik görünüm yoktu. Literatüre bakıldığında BNTT olgularında cerrahi kurtarma oranlarının düşük, dolayısıyla anorşi riskinin yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri olarak ebeveyn yanıtının gecikmesi ve uzman doktora ulaşımın kısıtlı olması yanında tıp personelinin farkındalığının yetersiz olması da sayılabilir. Sonuç olarak ebeveyn ve tıbbi personelin daha hızlı aksiyon alması için farkındalığı artırıcı eğitimler ve olabildiğince hızlı cerrahi müdahale önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** inmemiş testis, neonatal testis torsiyonu, strangüle inguinal herni

**RESİM 1**

*Sağ strangüle herni, nekrotik barsak segmenti ile detorsiyona rağmen düzelmeyen sağ nekrotik görünümlü testis*

**RESİM 2**



*Sol ekstravaginal torsiyonlu inmemiş testis*

**RESİM 3**



*Sol inguinal herni ile hala düzelmeyen sağ nekrotik testis*



**RESİM 4**



*Detorsiyon sonrası normal görünümli sol testis*

**RESİM 5**



*Skrotal poşa indirilmiş sol testis*

PB-07

**Urological Approach in a Patient with Bartter's Syndrome: A Case Report**

Bilal Kaan Otbasan<sup>1</sup>, Bilal Çetin<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Department of Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey  
<sup>2</sup>Department of Urology, Division of Pediatric Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

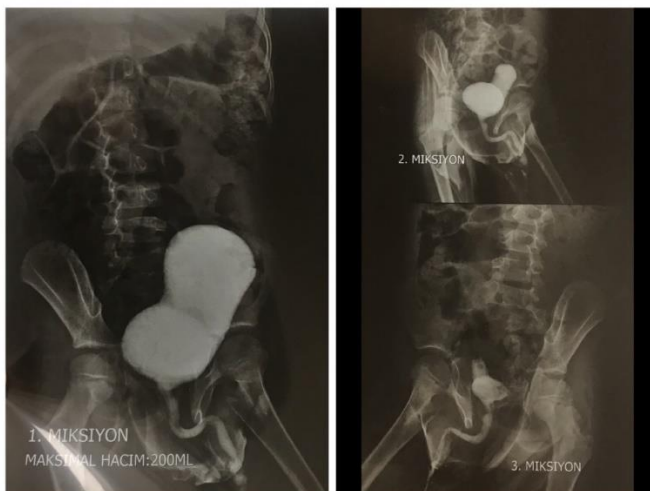
**Introduction:** Bartter syndrome is manifested by hypokalemia, hyponatremia, polyuria associated with congenital dysfunction of the thick arm of the Henle's loop, and metabolic alkalosis associated with increased renin activity. Management of urinary tract disorders of this rare syndrome can present challenges for urologists.

**Case:** A one-year-old male patient was diagnosed with Bartter's syndrome with the complaints of weakness and vomiting. The patient, who has no additional disease other than Bartter's syndrome, has been on indomethacin and potassium chloride treatment for about 5 years. The patient was referred to the pediatric urology clinic at the age of 6 because of bilateral hydroureteronephrosis and LUTD. Height and weight for age were measured as the 50th percentile. The patient did not have constipation, daily incontinence or enuresis. In uroflowmetry, qmax: 22 ml/sec voided: 330 pmr: 10 ml, it was seen as mild staccato. Voiding cystography also revealed a large bladder, pseudodiverticulum and trabeculae, no vesicoureteral reflux, and a normal urethra (figure 1). The family and the patient were informed about basic urotherapy. The patient was followed for one year without any complaints. However, at the final follow-up, hydronephrosis progressed from mild to moderate and the residual urine amount increased to 50 ml. We planned the follow-up and treatment according to the urodynamic results of the patient.

**Conclusion:** With the polyuria and hypoperistalsis of the urinary system in patients with Bartter syndrome, the long-term urological consequences of the disease remain unclear. We think that the most appropriate management for this rare syndrome will be determined by multiple case reports and long-term urological follow-ups.

**Keywords:** Bartter syndrome, polyuria, urological disorders

**figure 1**



*Large bladder, pseudodiverticulum and trabeculae appearance, no vesicoureteral reflux, normal urethra, Bartter syndrome voiding cystography.*

**PB-08****A Case of Beckwith-Wiedemann Syndrome and Unexpected Coexistence of Retrocaval Ureter**

Medet \_\_\_\_\_ Sevinç<sup>1</sup>, Bilal \_\_\_\_\_ Cetin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Urology, Division of Pediatric Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

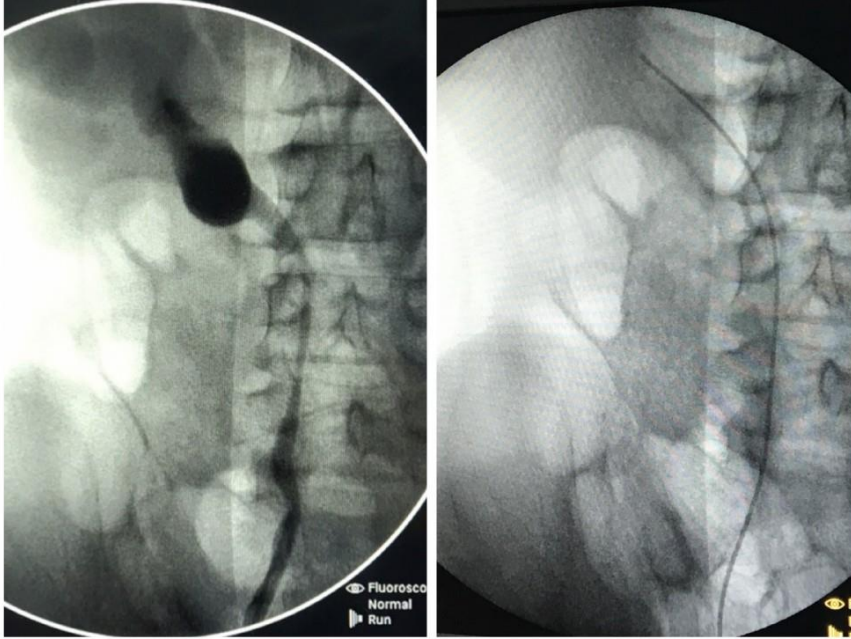
**Introduction:** Nephrourological abnormalities of the genitourinary system are an important feature of Beckwith-Wiedemann Syndrome (BWS) in general. These anomalies include medullary cysts, calyx diverticula, hydronephrosis, nephrolithiasis, nephrocalcinosis, and nephromegaly. No cases of retrocaval ureter associated with BWS have been presented.

**Case:** A 14-year-old male patient, who was followed up for right hydronephrosis for approximately 7 years, was referred to our clinic. On physical examination, the patient had scars due to bilateral orchiopexy and omphalocele operations, and his height and weight due to BWS were higher than expected. Moderate to severe hydronephrosis was observed in the right kidney on urinary ultrasonography. Right kidney function was found to be 47% in MAG3 Scintigraphy and MR Urography was performed when prolonged drainage consistent with stasis was observed. The medialization of the right ureter with hydronephrosis and its passage behind the inferior vena cava suggested a retrocaval ureter. In the same session, it was decided to visualize the distal ureteral part with retrograde pyelography and to perform ureteral reconstruction. In retrograde pyelography, an appearance compatible with the medialized ureter and retrocaval ureter was observed (figure 1). Due to previous abdominal operations, it was decided to perform an open ureteral reconstruction for the patient. The right ureter was found in the midline anterior to the promontory, medial to the inferior vena cava. The right ureter was dissected from the distal to the proximal level of the renal pelvis. The ureter was separated and standard pyeloplasty was performed anterior to the vena cava (figure 2). In the follow-up of the patient, regression of hydronephrosis was observed.

**Conclusion:** Retrocaval ureter should be considered as the cause of hydronephrosis with BWS. Cross-sectional imaging methods should be considered especially in advanced age, symptomatic and progressive hydronephrosis.

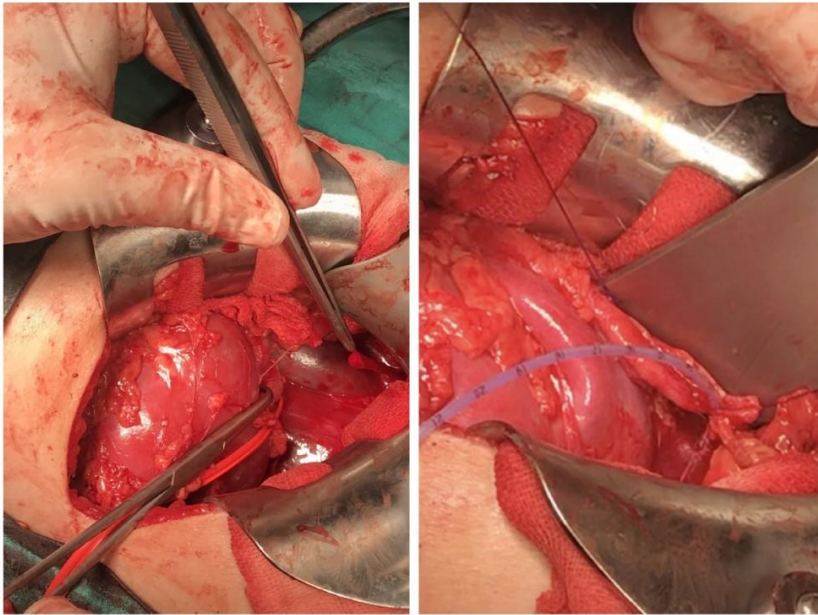
**Keywords:** Beckwith-Wiedeman Syndrome, Retrocaval ureter, hydronephrosis

**figure 1**



*In retrograde pyelography, an appearance compatible with the medialized and retrocaval ureter*

**figure 2**



*Performing anastomosis of the ureter with the renal pelvis anterior to the vena cava*

**PB-09****Çocukluk çağında renal transplant ve augmentasyon ileosistoplasti öyküsü olan hastada sezaryen cerrahisi sırasında iatrojenik ileal yaralanma**

Muzaffer Tansel Kılınç<sup>1</sup>, Mehmet Serkan Özkent<sup>1</sup>, Erdem Tekinarslan<sup>1</sup>, Mehmet Mesut Pişkin<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Konya Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği  
<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji AD

**GİRİŞ:** Kontinan üriner trakt rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda gebelik ve doğum ile alakalı komplikasyonlar daha sıktır. Sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlar febril üriner sistem enfeksiyonu, üst üriner sistem dilatasyonu ve prematüre doğumdur. Bu hasta grubunda sezaryenle doğum oranı vajinal doğumdan yaklaşık 2 kat daha fazladır. Sezaryen doğumla alakalı komplikasyonlar %10-20 arasında görülmekte iken; augmentasyon ileosistoplastili hastalarda ileal yaralanma nadir görülür. Biz de sunumumuzda sezaryen cerrahisi sırasında iatrojenik ileal yaralanma gerçekleşen, çocukluk çağında renal transplant ve augmentasyon ileosistoplasti öyküsü olan hasta ile ilgili deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**OLGU:** 29 yaşında kadın hasta acil sezaryen cerrahisi sırasında mesane yaralanması nedeniyle Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından intraoperatif konsülte edildi. In vitro fertilizasyon gebelikle ilk doğumu olan hastanın 15 yaşında iken spinal disrafizme bağlı nörojen mesane nedeniyle augmentasyon ileosistoplasti, 17 yaşında kronik böbrek hastalığına bağlı canlıdan renal transplant öyküsü mevcuttu. Kreatinin değeri 1.3 mg/dl idi. İntraoperatif değerlendirmede augmente kısımda kubbede 5 cm lik iatrojenik yaralanma alanı mevcuttu. Augmente ileal segmentin vasküler pedikülü intakttı. Transplante böbreğin sol iliak fossada olduğu görüldü. Transplante böbreğe ait ureter ve orifis görülemedi (Figür 1). Transplante böbrek ve ureterin değerlendirilmesi için intraoperatif intravenöz piyelografi çekildi ve yaralanma görülmeydi. Genel cerrahi ekibi ile birlikte augmente ileal segment primer onarıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi ve 3. gün dren alınarak hasta taburcu edildi. 3. hafta sistografide opak kaçağı izlenmemesi üzerine üretral sonda alındı. 6 aylık takip süresince komplikasyon gelişmedi.

**SONUÇ:**

Çocukluk çağında alt üriner sistem rekonstrüksiyonu cerrahisi uygulanan çocuk hastalarda erişkinlik döneminde sezaryen ve diğer abdominal cerrahiler sırasında artmış komplikasyon riski mevcuttur. Bu hasta grubu erişkinlik döneminde komplikasyonlar açısından multidisipliner bir ekip tarafından uzun dönem takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Augmentasyon ileosistoplasti, Nörojen mesane, Renal transplant

### İntraoperatif görünüm ve postoperatif 3. hafta sistografisi



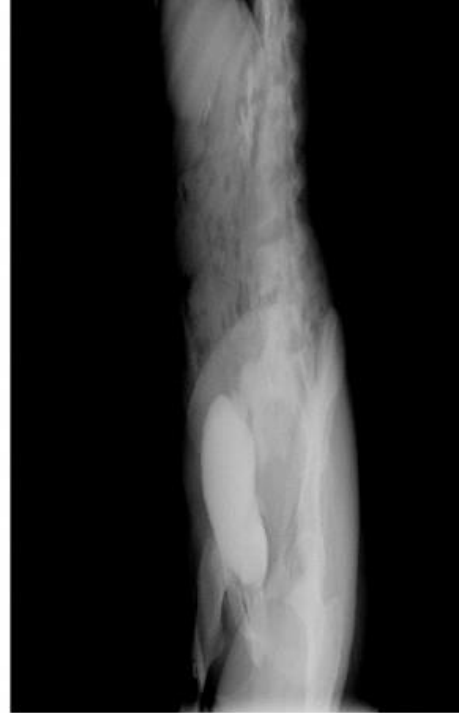
a) Augmente mesanede iatrojenik yaralanma alanı



b) Primer onarım sonrası görüntüm



c) Postoperatif 3. hafta sistografisi (A-P çekim)



d) Postoperatif 3. hafta sistografisi (Oblik çekim)

**PB-10****Pediyatrik Hastada Nadir Görülen Mesane Kitesinin Yönetimi**

İbrahim Topçu, Resul Çiçek, Bayram Alp  
 İnönü Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

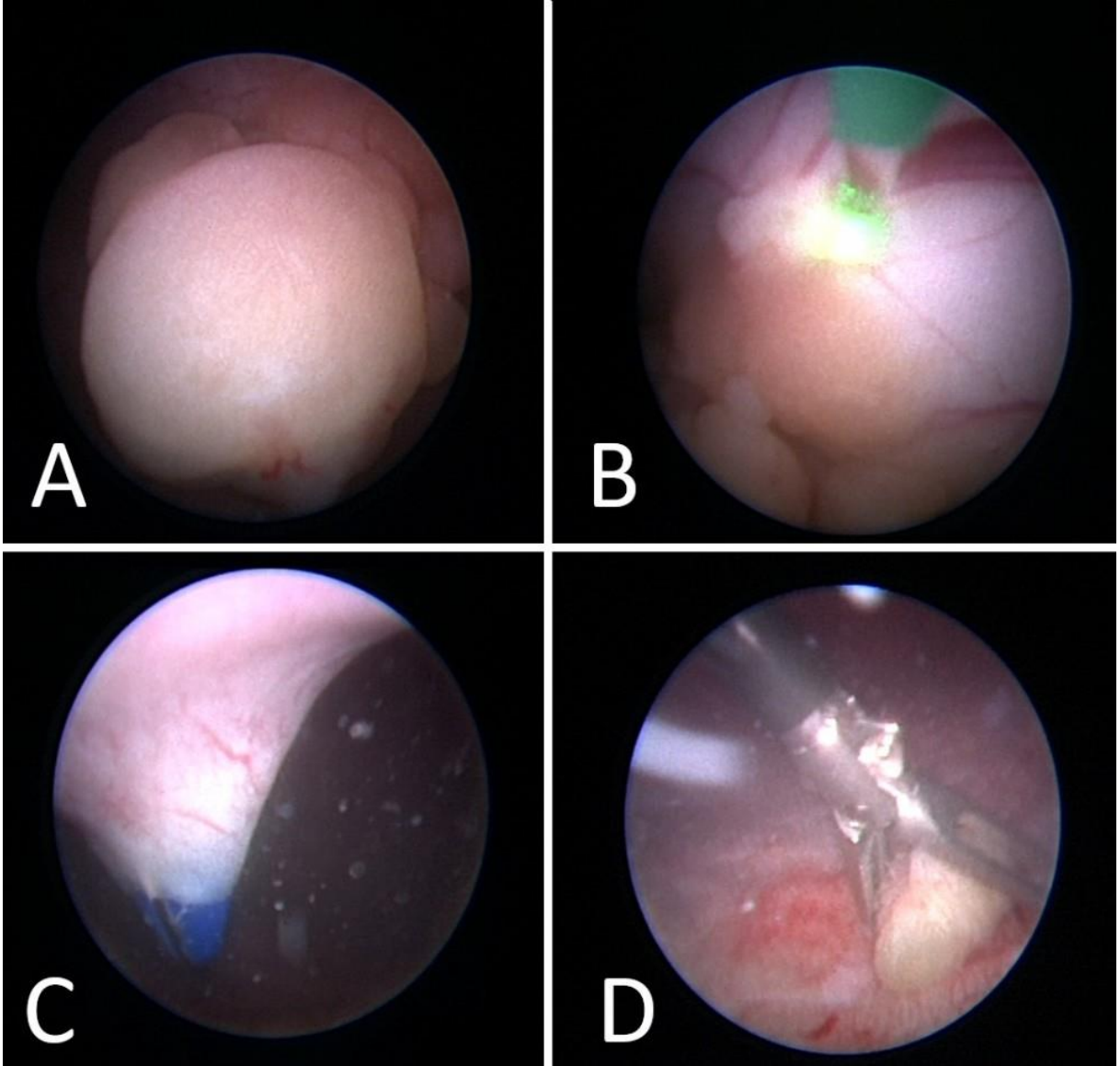
**GİRİŞ:** Mesane kanserleri tüm ürolojik kanserler arasında 3.sıklıkta yer almakta olup daha çok ileri yaş erkek hastalarda rastlanmaktadır. Pediyatrik yaş grubu bu hastaların %0,1-0.4'nü oluşturur. Mesane kitlelerinin yaklaşık %97'si malign karakterde olup çoğunluğu ürotelyal karsinomdur. Benign kitlelere ise daha nadir rastlanılmaktadır. Bunlar içerisinde izlenen sistitis sistika hasta semptomları ve görüntülemelerde malignitelere benzer bulgularla kendini göstermektedir. Bu olguda çocuk hastamızda rastladığımız nadir görülen benign mesane tümörü olan sistitis sistikayı sunacağız.

**OLGU:** 5 yaşındaki erkek hasta ara ara olan idrar yaparken zorlanma, dizüri ve karın ağrısı nedeniyle dış merkez pediyatri bölümüne başvurmuş ve yapılan üriner USG' de mesane anterior duvarında lümene polipoid uzanım gösteren 13x15 mm boyutunda net vaskülarizasyon alınamayan düzgün sınırlı lezyon tespit edilerek tarafımıza kliniğimize yönlendirilmiş. Genel durumu iyi olan hastanın yapılan laboratuvar tetkikleri normal ve idrar tetkikinde mikroskopik hematüri izlendi. Pediyatrik sistoskop ile girişim yapılamayan hastaya 6f üreterorenoskop yardımı ile sistoskopi yapıldı ve mesane anterior duvarda yaklaşık 1,5 cm çapında papiller solid kitle tespit edildi. Kitle uygun şekilde holmium lazer ile enblok rezeke edildi ancak transüretral yolla dışarı alınamadı. Bunun üzerine mesane doldurularak direkt görüntü altında 10 mm'lik trokar ile girildi ve laparoskopik forseps yardımıyla materyal dışarı alındı. Çıkarılan kitlenin patolojisi: Polipoid florid von Brunn adacık hiperplazisi, sistitis sistika bulguları olarak raporlandı.

**SONUÇ:** Sistitis sistika ve glandularis, mesane epitelyumunun kronik inflamasyon veya obstruksiyonuna sekonder olarak oluşan benign proliferatif bir lezyondur. Sıklıkla asemptomatik olarak seyretmekle beraber nadiren rekürren gross hematüri, irritatif veya obstruktif üriner semptomlara da yol açabilmektedir. Sistitis sistika benzeri fibroepitelyal polip nadir görülen bir mesane patolojisi olup daha çok çocuklarda ve adölesanlarda görülmektedir. Rezeksiyon sonrası rekürrens göstermemektedir. Nadiren de olsa beckwith-wiedemann sendromu ile birliktelik göstermektedir. Yetişkinlerde renal pelvis ve üreterde de görülmesine rağmen çocuklarda sıklıkla mesanede görülmektedir. Sistoskopide büyük polipoit kitle görüntüsü vermektedir. Aynı yaş grubunda görülen hamartom ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer patolojidir. Çocukluk çağında mesane kitleleri nadir olarak izlenmekte olup, bu hasta grubunun cerrahi tedavisinde minimal invaziv bir tedavi yöntemi olarak holmium lazer enüklasyon alternatif bir tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** mesane tümörü, pediyatrik hasta, sistitis sistika

**Resim 1**



*Mesane kitlesinin yönetiminin endoskopik görüntüsü, A: Mesane içerisinde kitle, B: Holmium Lazer ile enükleasyon, C: 10 mm torakar ile direk endoskopik görüntü altında mesaneye giriş, D: Materyalin laparoskopik forseps ile alınması*

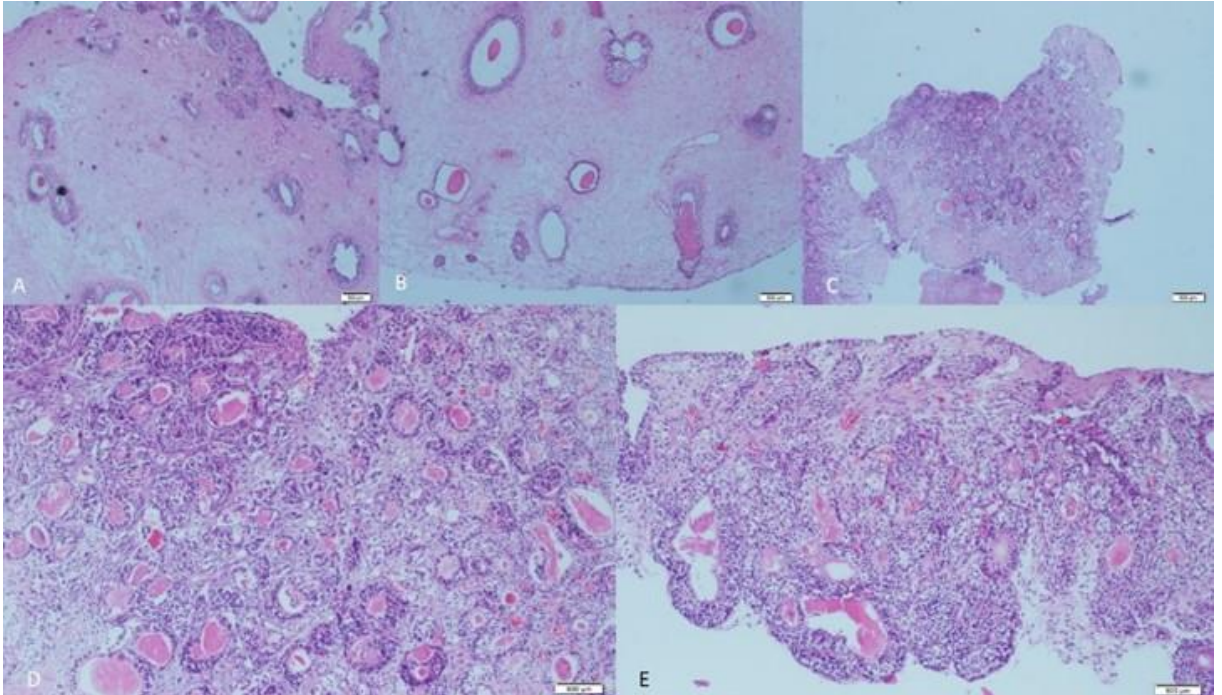


**Resim 2**



*Mesaneden enblok eksize edilen kitlenin makroskopik görüntüsü*

**Resim 3**



*Kitlenin histopatolojik kesitleri: Hyalinize stromaya, sahip içerisinde von brunn adacıkları içeren polipoid lezyon kesitleri (A-B: H&E x40), von brunn hücre hiperplazi alanları (C: H&E x40, D-E:H&E x100)*

**PB-11****Do not overlook "long looping vas" in orchidopexy**

Mücahit

Kart

Department of Urology, Division of Pediatric Urology, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi,  
Antalya, Türkiye

The ratio of a long looping VD (vas deferens) seems to be up to %20 of UT(undescended testis). The real ratio was unknown but this abnormality has a high importance associated with a higher rate of testicular atrophy after orchidopexy. Hereby in our case we have incidentally determined a long looping VD with a high UT. 2 years old boy, migrated from Syria to Hatay has a diagnosis of left UT, applied to our pediatric urology outpatient clinic. After physical examination we have confirmed left UT but we have no idea or foresight for a long looping vas. The operation started with left inguinal incision then we have found the cord and testis respectively but we have also noticed the abnormality about the structures in the inferior (distal) part of the testis. Because the testis seems to be in the middle part of the cord not in the distal, there was about 5 cm more length of extratesticular structures. So after a careful dissection by following the cord we have found gubernaculum as well. The distance between testis and gubernaculum was about 5-6 cm. So we need to examine about the VD and found a long looping one. After a gentle and careful dissection we have given no damage to vas and performed a successful left orchidopexy. This case shows us to keep in mind the presence of a long looping vas in any case of orchidopexy to avoid serious complications as testicular atrophy, obstructive azospermia in the presence of functional or anatomic solitary testis.

**Keywords:** long, looping, vas

**long looping vas**

**PB-12****Doğumsal Anomali Sebebi ile Kas ve Omurga Deformitesi Olan Hastada Retrograd İntrarenal Cerrahi**

levent turan, Khatai \_\_\_\_\_ Gurbanlı, Onur Kaygısız  
 Bursa Uludağ Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Doğumsal anomali sebebi ile belirgin kas ve omurga deformitesi olan hastada retrograd intrarenal cerrahi(RIRC) deneyimimizin paylaşılması.

**GEREÇ -YÖNTEM:** Ullrich konjenital muskuler distrofi tanılı belirgin nöromuskuler skolyozu olan 22 yaş kadın hasta,skolyoz için yapılan görüntüleme sol proksimal ureterde 12 mm 1100 HU dansiteli taş saptanmış. Grade 4 hidronefrozu olan hastaya RIRC planlandı. Sağ kalçada 1/5 sol kalçada 2/5 abduksiyon hareketi olan hasta deformitesi sebebi ile sağa rotasyona alınarak pozisyon verildi. Sağ bacağı abduksiyon yaptırılmadı. Sol bacak ayak bileğinden askı ile 15 20 derece abduksiyona alınabildi. Hastanın ureterovezikal bileşkede belirgin darlık saptanması sebebi ile DJ stent takıldı. Operasyon esnasında pnömotoraks gelişen hasta 2 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Sol böbrek lokalizasyonunun vertebranın üstünde yereşik olması ve taş dansitesinin yüksek olması sebebi ile SWL düşünülmedi.60 gün sonra hasta yine aynı pozistona alındı. RIRC uygulandı. Taşsızlık sağlandı. RIRC süresi 60 dk sürdü. **SONUÇ:** Omurga deformitesi sebebi ile supin ya da prone pozisyon verilemeyen, SWL yapılamayan, litotomi pozisyonuna alınamayan hastalarda RIRC güvenli ve başarı oranı yüksek cerrahi tekniktir.

**Anahtar Kelimeler:** omurga deformitesi,RIRS, konjenital anomali, böbrek taşı

**PB-13****Nadir bir testis tümörü; matür kistik teratom**

<u>Hatice</u>	<u>Zoroglu<sup>1</sup></u> ,	Ayça	Karabulut	Önel <sup>2</sup> ,	Nihat	Uluocak <sup>1</sup>
<sup>1</sup> Tokat	Gaziosmanpaşa	Üniversitesi	Tıp	Fakültesi,	Üroloji	Anabilimdalı
<sup>2</sup> Tokat	Gaziosmanpaşa	Üniversitesi	Tıp	Fakültesi,	Patoloji	Anabilimdalı

**Giriş:** Çocukluk çağı testis tümörlerinin %1-2 sini oluşturan, ikinci en sık testis tümörüdür. Pubertal testiküler tümörler erişkin tümörlerden daha nadir görülür. Çoğunlukla benignidir. Testis tümörlerini, erişkinlerde genellikle seminom, embriyonel karsinom, mikst germ hücreli tümör oluştururken; çocukluk yaş grubunda daha çok yolk sac ve teratomlar oluştururlar. Nadir görülen primer testis tümörleri sıklıkla tek taraflıdır. %2-3 oranında bilateral görülmektedir. Bu olgu sunumunda sağ testiste kitle nedeni ile başvuran erkek çocuğunda matür kistik teratomun tanı ve tedavisindeki yaklaşımımızı inceledik.

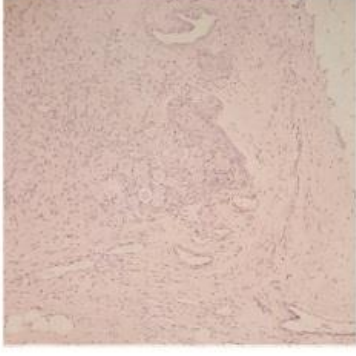
**Olgu Sunumu:** Üç yaşındaki erkek hastanın sağ testiste şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ testiste sert kitlesel yapı tespit edildi. Skrotal doppler ultrasonografisinde sağ orta zonda inferiora doğru büyüyen 18\*16 mm boyutunda santralinde hiperekojen çevresinde hipoeoik karakterde solid kitlesel lezyon saptandı. Serum alfa-feto protein(AFP) ve beta hCG düzeyi normal sınırlarda olan hastaya testis tümörü ön tanısıyla scrotal explorasyon planlandı. İnguinal insizyon ile yapılan cerrahi eksplorasyonda kitlenin testis inferiorda, düzgün sınırlı olduğu görüldü. Testisten belirgin ayrı olan bu kistik yapıdaki kitle kapsülü ile birlikte çıkarıldı ve hastaya testis koruyucu cerrahi uygulandı. Hastanın final patolojisi matür kistik teratom olarak bulundu. Hastanın postoperatif bir buçuk yıllık takibinde herhangi bir patoloji izlenmedi.

**Sonuç:** Erkek çocuklarda testis tümörleri 100.000’de 0,5 ile 2 oranında intratestiküler olarak görülür. Erişkinde mikst ve malign tümör görülme olasılığının fazla olmasına karşın çocuklardaki tümörler benign ve tek tip histopatolojiye sahiptir. Hormonal olarak inaktif bu palpable, solid kitleler genellikle ağrısızdır. Teratomlar; her üç germ yaprağından köken alır. Lezyon içeriğini nöral elementler, kas, kıkırdak, yağ, kemik oluşturabilir.

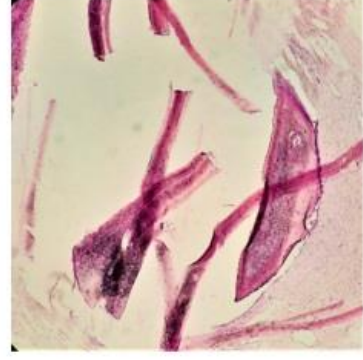
Teratom tedavisinde radikal orşiektomi ve testis koruyucu cerrahi alternatifleri tartışmalıdır. Puberte sonrası hastalarda preoperatif görüntülemelerle malignite ayırımı net yapılamaması ve literatürde görülen frozen sonuçlarında benign gelen hastalarda patoloji sonucu malign olması sebebiyle radikal orşiektomi önerilmektedir. Prepubertal dönemde görülen tümörlere ise çoğunlukla benign karakterde olması sebebi ile testis koruyucu cerrahi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** testis, matür teratom, testis koruyucu cerrahi

## matür kistik teratom histopatoloji



Matür ganglion hücreleri x100 büyütme  
hematoksilen eozin boyası



Matür kemik dokusu x100 büyütme hematoksilen  
eozin boyası



Matür epidermal-dermal alanlar deri ekleri x100  
büyütme hematoksilen eozin boyası

## PB-14

## Üretranın nadir bir anomalisi anterior üretral divertikül; Konjenital ve edinsel iki olgu

Sevim Yener<sup>1</sup>, Zekeriya ilce<sup>2</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ürolojisi Kliniği<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

Üretranın nadir bir anomalisi anterior üretral divertikül; Konjenital ve edinsel Anterior Üretral Divertikül (AUD), anterior üretral kanalın kistik dilatasyonu olarak tanımlanır. Konjenital veya edinsel olabilir. Mesane çıkış tıkanıklığının nadir nedenlerinden biridir. Burada biri edinsel diğeri konjenital iki üretral divertikül olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** Antenatal sol böbrekte hidronefroz nedeniyle takipli bir günlük erkek hastada postnatal kontrol ultrasonografisinde iki taraflı hidronefroz mevcuttu. Doğum sonrası ilk muayenede penis ventral bölgede şişlik saptandı.(Şekil 1) Bir günlükken yapılan ultrasonografi, sağ böbrek boyutları 54x26 mm ölçüldü, grade 3 hidronefroz mevcuttu ve pelvis AP çapı 15 mm saptandı. Parankim kalınlığında azalma ve parankim ekojenitesinde artış saptandı. Sol böbrek boyutu 59 × 28 mm, grade 4 hidronefroz, pelvis AP çapı 15 mm idi. Proksimal üretra 2 cm'lik segmentte çapı 4,6 mm ölçüldü. Üretral yoldan sondalanamayan hastaya sistofiks takıldı. Sistofiksten opak madde verilerek yapılan işeme sistoüretrografisinde sol böbrekte grade 5 vezikoüreteral reflü tespit edildi ve üretral divertikül görüntülendi. (Şekil 2) Mesane konturları düzensiz ve divertiküler dolum defekti gözlendi. Hastaya tanısal sistoskopi yapıldı. Posterior üretral valve ve anterior üretral divertikül görüntülendi. İki aylıkken yapılan statik böbrek sintigrafisinde sağ böbrek normal fonksiyona sahip iken sol böbrek nonfonksiyone izlendi. Hastaya 1 yaşında divertikül eksiyonu ve üretroplasti yapıldı.(Şekil 3)

**Olgu 2:** 6 yaş kernikterus sekelli serebral palsili erkek hasta, ayrıca herediter sferositoz, sağ böbrek agenezisi, sol böbrek taşı, idrar yolu enfeksiyonu tanıları ile takiplidir. Hastanın, trakeostomi ve gastrostomisi mevcuttur. Pnömoni nedeniyle yoğun bakım ünitesinde uzun süre sondalı yatışı sonrası idrar yapmada zorlanma, sondalanamama ve penis ventralinde balonlaşma saptandı. Üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek agenezi, sol böbrek boyutu 122\*47 mm, parankim kalınlığı 17 mm saptandı. Sol böbrek alt polde 11mm orta zonda 15 üst polde 19 mm taş izlendi. Solda grade 1 hidronefroz pelvis AP çapı 9.6 mm ve üreter seyri boyunca dilate çapı 19 mm saptandı. Voiding sistoüretrografisinde vezikoüreteral reflü saptanmadı. Dinamik böbrek sintigrafisinde, sağ renal agenezi, perfüzyon, konsantrasyon, ekskresyon ve drenaj fonksiyonları normal sınırlarda üreteri ve kaliksleri dilate sol böbrek saptandı. Kreatinin 0.5mg/dl idi. Yapılan sistoskopiye meadan 0.5 cm sonra başlayıp proksimal üretraya kadar uzanan anterior üretrada divertikül saptandı. Sağ orifis görülmedi. Evde temiz aralıklı kateterizasyon yapan hastaya üretrostomi açılması karar verildi ve üretrostomi açıldı.

**Sonuç:** Semptomatik ve büyük divertiküller için üretroplasti, endoskopik rezeksiyon açık divertikülektomi gibi tedavi seçenekleri tanımlanmıştır. Konjenital anterior divertikülün tedavisi açık divertikül eksizyonu ile tamamlandı ve üretroplasti yapıldı. Edinsel üretra divertikülü olan hastaya üretrostomi açıldı. Her hasta için tedavi kararı, hastanın hemodinamisi ve eşlik eden hastalıkları da dikkate alınarak karar verilmelidir. Postoperatif cerrahi açıdan takiplerinde bir sorun olmasa da hastaların üriner sistem açısından yakın takibi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Divertikül, edinsel, konjenital, üretra

**Şekil 1**



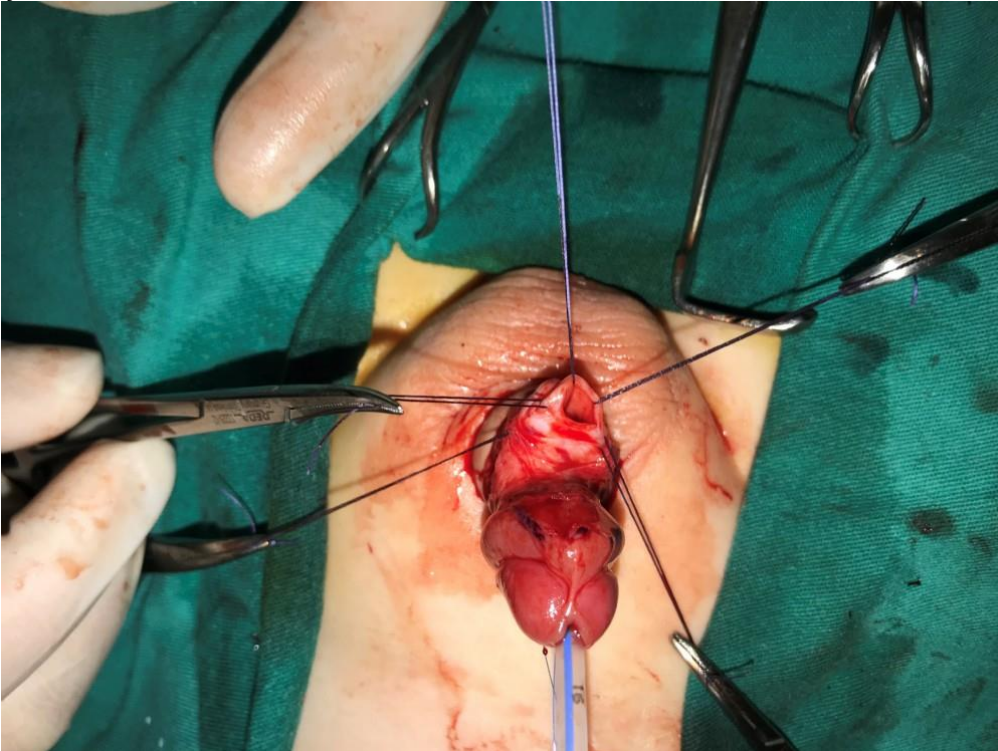
*Penis ventral bölgede şişlik*

Şekil 2



*İşeme sistoüretrografisinde divertikül görüntüsü*

Şekil 3



*Divertikül eksizyonu*



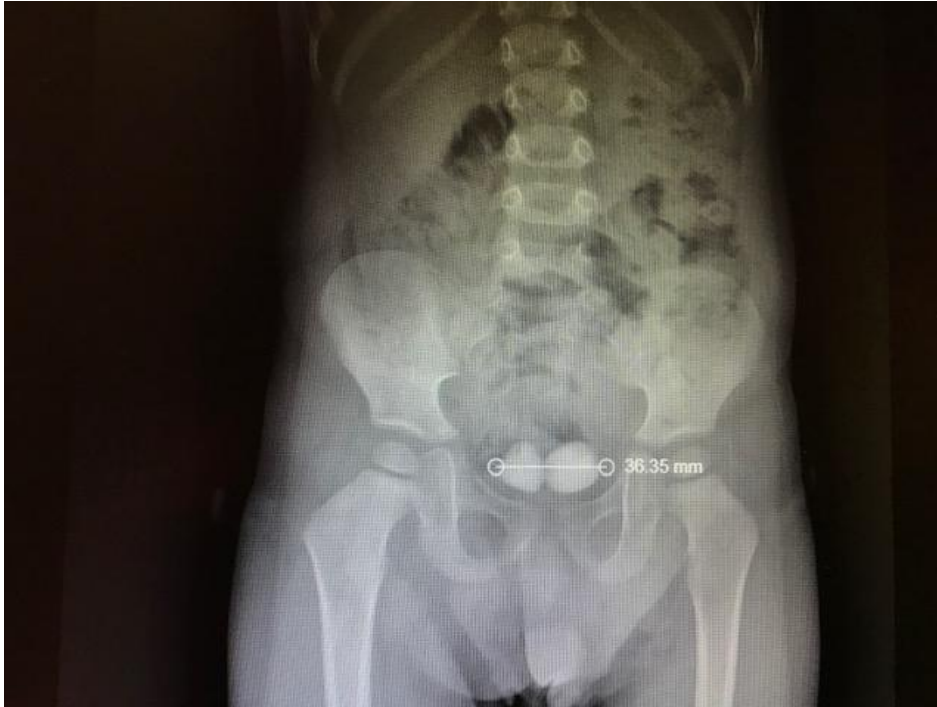
**PB-15****Mesanede taş analizinde “sistin taşı” çıkan ender çocuk olgusu**DERYA YAYLA<sup>1</sup>, Özlem Çam Delebe<sup>2</sup><sup>1</sup>Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Ürolojisi<sup>2</sup>Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi

**Giriş:** Mesane taşları üriner sistem taşlarının %5’ini oluştursa da gelişmemiş düşük sosyoekonomik düzey alanlarda ciddi öneme sahiptir. Sistin taşları idrarda sistin atılımının artması sonucu oluşurlar. Akraba evliliklerinin yaygın olduğu ülkemizde otozomal resesif kalıtılan bir hastalık olan sistinüri de sık görülür Çocukluk çağı taşlarının %2-6 sı sistin taşlarıdır.

**Yöntem:** Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ile başvuran 2 yaşında erkek hastanın yapılan tetkiklerinde 2.5 cm ve 1.5 cm 2 adet mesane taşı saptandı. Mini-sistolitotomi ile sarı renkli, sert, 3 ve 2.5 cm boyutundaki taşlar çıkarıldı. Yapılan taş analizinde sistin taşı tespit edildi. Sistinüri nedeniyle pediatrik nefroloji önerisiyle idrarı alkalileştirmek için potasyum sitrat verildi. Hiperoksalatürisi de bulunan hastanın diyeti de düzenlendi. Hastanın postperatif 9 aydır takibinde üriner sistemde taş saptanmadı.

**Sonuç:** 2 yaşında mesane taşı ile opere olan hastamızda taş analizi ile sistin taşı saptandı. Üriner sistem taşı olan küçük çocuklarda metabolik hastalık saptamada taş analizi çok önemli olup daha sonraki tedavilerinin düzenlenmesinde gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk hasta, mesane taşı, sistinüri, sistin taşı

**Resim 1**

*mesane taşı hastasında röntgen bulguları*

Resim 2



*Mesane taşı operasyon fotoğrafı*

**PB-16****Entrapped penis olgusunda scrotal flap ile rekonstrüksiyon**

Mücahit

Kart

**GİRİŞ:** Entrapped(sıkışmış) penis, sünnet ya da benzeri cerrahi bir işlem sonrası glansın, cilt derisinin içinde ya da altında sıkışarak kalmasıyla gelişen akkiz bir patolojidir( şekil 1,2). Bu durum işeme bozukluğu, idrar yolu enfeksiyonu, cilt lezyonları ve kötü kozmetik görünüm gibi bir çok durumla komplike olabilir. Obezite ve yanlış beslenme alışkanlıkları ile ilişkisi olsa da her vakada cerrahi gerekmediği gibi, kilo verme ve doğru diyet de öncelikli standart ilk tedavi olmayabilir. İşte bu vaka cerrahi müdahalenin öncelikli olması gereken nadir vakalardan birine örnek olabileceğini düşünüyoruz.

**OLGU:** 12 yaş erkek hasta, Hatay EAH çocuk ürolojisi polikliniğine işeme zorluğu ve penisini görememe şikayeti ile tarafımıza annesiyle başvurdu. 7 yaşında sünnet olan ve sünnet sonrası glans penisi içeri kaçan olgumuz, son 2 yıldır ciddi işeme zorluğu çekiyormuş. Yapılan fizik muayene sonucu entrapped penis tanısı koyduk. Penis kökü cildine hafif bası yaparak penis glansını ve shaftını dışarı çıkarmaya çalıştıysak da başarılı olmadık. Anestezi altında değerlendirmeye ve sonuca göre cerrahi işleme karar verdik. Bu amaçla genel anestezi altında saat 12 (dorsalden) 1,5 cm kadar insizyonla konstrikte olmuş ve kalınlaşmış deriyi açtık(şekil 3). Glans ve penis shaftı spontane olarak görünür hale geldi. Bu esnada insizyon sonrası dorsalde 2x2 cmlik mukoza-cilt defekti meydana geldi. ( şekil 3,4). Bu defekti kapatmak ve tekrar entrapped olmaması için scrotal flap getirdik. Bunu 3x2 cm.lik scrotal flep alıp, defektli alana 6-0 vicryl ile tabanını alttaki mukozasız cilde fikse ederek ve kenarlarını da sütüre ederek gerçekleştirdik(şekil 5,6). Vakayı post op 2. gün önerilerle taburcu edip önce 1 hafta sonra ardından 1. ayda ve sonra 3. ayda kontrollere çağırdık. İşeme yönünden subjektif ve objektif (işeme videou) bariz düzelen hastanın kozmetik açıdan da eskisine kıyasla tatminkar bir görünüme kavuşturduk. Hastayı cerrahi sonrası 1. aydaki kontrol sonrası pediyatrik endokrinoloji ve diyet bölümlerine konsülte ettik.

**SONUÇ:** Bu vaka gibi nadiren penisin hiç dışarı çıkarılmadığı, her işemede idrarla temasa bağlı masere cilt -mukoza görümü olan vakalarda cerrahi müdahale öncelikle düşünülmelidir. Cerrahi sonrası multidisipliner yaklaşımla, tedaviyi tamamlayıcı ve nüksü önleyici olarak gerekli bölümlerle iş birliği yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** entrapped, flap, gömük, penis, scrotal

**Entrapped penis müdahale öncesi - flap getirme - cerrahi sonrası**



Türk Çocuk Ürolojisi Derneği



100  
CUMHURİYET'İN YÜZÜNCÜ YILI



# 17. TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ VE KURSU

4-7 Ekim 2023  
Point Hotel Barbaros,  
İstanbul



[www.tcup2023.org](http://www.tcup2023.org)