

RIRC

RETROGRAD
INTRA
RENAL
CERRAHI

İSTANBUL

ENDOÜROLOJİ

RETROGRAD İNTRA RENAL CERRAHİ
7 - 8 EKİM
2010

KURS PROGRAMI

1. Gün RIRC, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7 Ekim 2010 Perşembe

08:00-08:10	Açılış <i>Erdal Apaydın</i> , Endüroloji Derneği Başkanı <i>Turhan Çaşkurlu</i> , RIRC Kursu Eşbaşkanı
08:10- 09:00	Retrograd İntrarenal Cerrahi: Temel Bilgiler-I Oturma Başkanı: <i>Erdal Apaydın</i> Konvansiyonel ve dijital fleksibl üreterorenoskoplar, RIRC de kılavuz teller ve kateterler, ameliyathane teknik ekipmanları, <i>Turhan Çaşkurlu</i> RIRC öncesinde radyolojik değerlendirme ve özellikli hazırlıklar, <i>Kemal Sarıca</i>
09:00-10:30	Canlı ameliyat ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Remzi Sağlam</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Cenk Gürbüz</i> Operatör: <i>Turhan Çaşkurlu</i>
10:30-11:00	Kahve molası
11:00-12:00	Canlı ameliyat ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Necdet Aras</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Burak Turna</i> Operatör: <i>Ali Ünsal</i>
12:00-13:30	Öğle Yemeği
13:30-15:00	Canlı operasyon ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Oğuz Acar</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Gökhan Atış</i> Operatör: <i>Bülent Erkut</i>
15:00-15:20	Kahve Molası
15:20-16:00	Zorlu Olgularda RIRC – I Oturma Başkanı : <i>Selami Albayrak</i> Başarılı RIRC için ipuçları, <i>Cenk Gürbüz</i> Pediatrik RIRC, <i>Ali Ünsal</i>
16:00-17:00	Vaka Tartışmaları Moderatör: <i>Turhan Çaşkurlu</i> Panelistler: <i>Necdet Aras, Remzi Sağlam, Kemal Sarıca, Oğuz Acar, Ali Ünsal</i>

KURS PROGRAMI

2.Gün RIRC, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 8 Ekim 2010 Cuma

08:30-08:40	Hoşgeldiniz, <i>Ahmet Yaser Müslümanoğlu</i> , RIRC Kursu Eşbaşkanı Dünden İzlenimler, <i>Cenk Gürbüz</i>
08:40-09:00	Retrograd Intrarenal Cerrahi: Temel Bilgiler-II Oturma Başkanı: <i>Erbil Ergenekon</i> RIRC’de kullanılan endoskopik cihazların bakımları ve uzun ömürlü kullanımın ipuçları, <i>Ahmet Yaser Müslümanoğlu</i>
09.00-10.30	Canlı ameliyat ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Barış Nuhoglu</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Murat Binbay</i> Operatör: <i>Ahmet Yaser Müslümanoğlu</i>
10:30-11:00	Kahve Molası
11:00-12:00	Canlı ameliyat ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Ali İhsan Taşçı</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Hakan Kılıçaslan</i> Operatör: <i>Murat Binbay</i>
12:00-13:30	Öğle Yemeği
13:30-15:00	Canlı operasyon ve interaktif tartışma Moderatör: <i>Bülent Oktay</i> Ameliyathane Koordinatörü: <i>Osman Ceylan</i> Operasyonu yapan: <i>Haluk Akpınar</i>
15:00-16:00	Zorlu Olgularda RIRC - II Oturma Başkanı: <i>Mustafa Akıncı</i> Konjenital renal anomalili olgularda RIRC: teknik ipuçları, <i>Murat Binbay</i> Pelvis renalis üroepitelial tümörlerinde RIRC vs Perkütan yaklaşımlar RIRC: <i>Ali Rıza Kural</i> Perkütan renal cerrahi: <i>Sinan Zeren</i>
16:00 – 17:00	Vaka Tartışmaları Moderatör: <i>Ahmet Yaser Müslümanoğlu</i> Panelistler: <i>Mustafa Akıncı, Ali İhsan Taşçı, Sinan Zeren,</i> <i>Tibet Erdoğan, Hakan Kılıçaslan</i>
17:00	Kapanış Konuşması <i>Ahmet Yaser Müslümanoğlu</i>

Kayıt Bedeli : 250,- EURO + KDV

Konaklama : 175,- EURO + KDV (2 gece)

Başvuru:

Bros Tourism & Travel

Tel : +90 212 296 66 70 GSM : +90 506 709 41 92

E-mail: duyuru@endouroloji.org.tr

Non-konvansiyonel perkütan nefrolitotomi

Halil Çiftçi, Murat Savaş, Ercan Yeni
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi (PNL) ilk kez 1976 yılında Fernström ve Johansson tarafından tanımlanmıştır (1). Bunu takiben 1979 yılında PNL ile tedavi edilen ve 5 olgudan oluşan ilk seri yayınlamıştır (2). Böbreğe perkütan girişte güvenilir yol oluşturma tekniklerinin son 30 yıl içinde hızla gelişmesi ile perkütan intrarenal işlemlerde belirgin ilerleme sağlanmıştır. Deneyim arttıkça ve aletler geliştikçe, düşük morbiditesi, hastanede yatış süresi ve iş kaybı sürecinin kısa olması nedeniyle PNL pek çok böbrek taşı için ilk tercih edilen yöntem olmuştur (3). Bu nedenle, günümüzde genel olarak 2 cm üzerindeki böbrek taşlarının tedavisinde ilk seçenek olarak PNL önerilmekte, bu işlem önemli ölçüde açık cerrahinin yerini almıştır (4,5). Bununla birlikte, taş boyutu büyük ve kimyasal yapısı şok dalga litotripsi'ye (SWL) uygun olmayan, SWL'nin başarısız olduğu, ayrıca kesin sonuç alınması gerektiren durumlarda da ilk seçenek olarak PNL düşünülmelidir (6).

Standart PNL işlemi, genellikle floroskopi eşliğinde ve pron pozisyonunda yapılmaktadır. Endürolojideki hızlı gelişmeler ve bu konudaki deneyimin artması ve yapılan çalışmalarda standart perkütan yaklaşımın bazı dezavantajlarının bulunması, endüroloji hekimlerini standartın dışında yeni perkütan yaklaşım modelleri üzerinde çalışmaya sevk etmiştir. Yapılan çalışmalarda intraabdominal basınç artışına bağlı respiratuvar ve kardiyak sorunlar geliştiren pron pozisyonu özellikle yaşlı ve obez hastalar için kontrendikasyon oluşturmaktadır (7,8). Hastanın supin pozisyonunda takılan üreter kateteri sonrası pron pozisyonuna çevrilmesi gerekmekte, bu da gereksiz yere zaman kaybına neden olmaktadır (7). Girişimin spinal ya da epidural anestezi altında yapılıp işleme başladığında herhangi bir nedenden dolayı genel anesteziye geçmesi için endotrakeal entübasyon anesteziyolog için zorluk oluşturmaktadır (8,9). Ayrıca bazen pron pozisyonu şiddetli kifoz veya lordoz, bacak

ve kalça kontraktürü olan hastalar için imkansız olabilmektedir (10). Belki de hekim için en önemli sürekli ayakta çalışmak zorunda olması ve düzenli olarak radyasyona maruz kalmasıdır. Her ne kadar bu radyasyon dozunun emniyetli olduğu söylene de radyasyonun dozdan bağımsız olarak genetik mutasyonlara ve kansere sebep olabileceği de söylenmektedir (11).

Bütün bu dezavantajların üstesinden gelmek ve PNL girişimin hem hasta hem de hekim için kolay uygulanabilir bir prosedür haline getirmek için supin veya flank pozisyonunda, PNL teknikleri geliştirilmeye çalışılmıştır.

Bu girişimin kısa operasyon süresi, hasta ve hekim için daha rahat ve cerrahi öncesi hastanın pozisyonunun değiştirilmesine gerek kalmaması, girişim sırasında cerrahın oturur pozisyonunda çalışması, spinal anestezi altında girişimin yapılmasına imkân vermesi ve kardiyak ve respiratuvar komplikasyonların daha az sıklıkla gelişmesi nedeni ile daha kötü performans durumu olan hastalarda bile opere olabileme şansı yakalayabilmesi temel bazı avantajlarıdır (12). Uzun süren operasyonlarda bile radyasyon dozunun ihmal edilmesi, dahası böbrek anatomisini görmek için ek kontrast maddenin verilmemesi bu alandaki çalışmaların hızla ilerlemesine neden olmuştur (13,14). Özellikle ilk yapılan çalışmalarda radyasyon dozunu azaltmak için floroskopiye ultrasonografi (USG) kombinasyonu yapılmaya çalışılmış, ancak artan deneyimler sonucu, sadece USG ile girişim başarıyla yapılmıştır. USG'nin sadece giriş için değil tüm PNL girişimi boyunca %83 taştan arınma başarıları ile floroskopiye alternatif olabileceği gündeme gelmiştir (15,16).

Supin Pozisyonunda Ultrasonografi Eşliğinde PNL İşlemi

Pron pozisyonunda olduğu gibi genel ya da spinal anestezi uygulanmasını takiben toplayıcı sistem anatomisini or-

taya koymakta kullanılmak üzere, yetişkin olgularda litotomi pozisyonunda 6 Fr, çocuklarda ise 4 Fr açık uçlu üreter kateteri yerleştirilir. Hastaya üreter kateteri takıldıktan sonra hasta, özel masada taşın olduğu taraf çentikli bölgeye getirilmek üzere supin ya da modifiye flank pozisyonunda yatırılır ve aynı taraf kolu göğüs kafesinin üzerine yatırılır (Şekil 1) (17). Bu özel masada hastanın flank bölgesini yukarıya kaldırmak için herhangi bir destek konulmasına gerek kalmamaktadır. Eğer böyle özel bir masanız yoksa nefroskopi sırasında geniş manevra yapabilmek için hastanın flank bölgesinin altına konulan 1000 ya da 3000'lik SF torbalarıyla yükseltmeniz gerekmektedir (Şekil 2).



Şekil 1: Nefroskopi Sırasında Geniş Manevra Alanı Sağlayan Çentikli Endürolojik Masa



Şekil 2: Nefroskopi Sırasında Geniş Manevra Yapabilmek İçin Hastanın Flank Bölgesinin SF Torbalarıyla Yükseltilmesi

Ultrasonografi eşliğinde 18 Gauge perkütan giriş iğnesi ile ultrason probunun kenarından hedeflenen kalikse giriş yapılır. Emniyetli giriş yapabilmek için yani plevra ve komşu organ yaralanmasında uzak durmak

için özellikle 12. kot, iliak krest, orta aksiler hat bölgesi işaretlenmelidir (Şekil 3) (12).



Şekil 3: Emniyetli Giriş Alanı

Eğer pelvis taşı ve taş hacmi 4cm³'ten düşük ise giriş için orta kaliks tercih edilir. Eğer pelvis taşı 4cm³'den büyük ise iki giriş yapılması tercih edilir. Girişler taşın pozisyonuna göre tercih edilmelidir. Staghorn taşlar için orta veya üst kaliks tercih edilmelidir. Çünkü alt pol girişlerinde kolon yaralanma riski daha yüksektir (12). Bütün bu işlemleri cerrah oturur pozisyonda gerçekleştirmektedir (Şekil 3). Dilatasyon USG eşliğinde yapılır (Şekil 4) (18). Dilatasyon esnasında dilatatörlerin gölgesi USG eşliğinde görülmektedir (Şekil 5) (17). İşlemin geri kalan aşaması USG eşliğinde yapılmaktadır. Tüm girişim boyunca hekim oturur pozisyonda işlemi gerçekleştirmektedir. Emniyet açısından pron PNL de olduğu gibi için ilk giriş yeri olarak posterior kaliks girişi önerilmektedir.



Şekil 4: Ultrasonografi Eşliğinde Girişim



Şekil 5: Ultrasonografide Taş ve Amplatz Dilatatörlerin Gölgesi

Standart PNL ile USG Eşliğinde Yapılan PNL Çalışmalarının Kıyaslaması

Genel olarak supin pozisyonunda kolon yaralanmasının daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Oysa yapılan çalışmalarda pron pozisyonunda barsak yaralanma oranları %0.2-0.5 arasında bildirilirken USG eşliğinde yapılan supin pozisyonda şimdiye kadar kolon yaralanması bildirilmemiştir (7-9, 19-21). Hopper ve arkadaşları 90 pron pozisyonda 500 supin pozisyonda abdominal bilgisayarlı tomografi taraması yapmışlar, pron pozisyonlu hastaların %10'da barsakları böbreğin posteriorunda görülürken, supin pozisyonlu hastaların ise ancak %1.9'da posteriora barsak görülmüştür. Bunun sonucunda, pron pozisyonundaki girişimlerde barsak yaralanmasının daha fazla olabileceğini vurgulanmıştır (22).

Kan transfüzyon oranları açısından baktığımızda, pron pozisyonu ve skopi kullanılan PNL pozisyonunda kan transfüzyon oranları %0.8-10 olarak rapor edilirken, supin pozisyonda ve USG eşliğindeki PNL prosedüründe ise değişik çalışmalarda farklı olmakla beraber %1.5-9 arasında bildirilmiştir (19,20,23).

PNL işleminin başarı oranları bir çok faktöre bağlı

olmasının yanında yapılan çalışmalarda her iki prosedür için ortalama başarı oranları pron ve supin pozisyonlarda sırasıyla %91 ise %89 olarak rapor edilmiştir (9,10).

Operasyon zamanına baktığımızda pron pozisyonuyla kıyaslandığında, USG eşliğinde supin pozisyonunun operasyon zamanının dramatik bir şekilde düşük olduğu gözlemlenmiştir (9,10). Bu fark özellikle pron pozisyonunda hastanın hem işlem başlangıcında hem de işlem sonunda hastanın çevrilmesindeki zaman kaybına bağlanmaktadır.

Ne yazık ki supin pozisyonunun da kendine has bazı zorlukları bulunmaktadır. Örneğin, çalışılan alanın dar olmasından dolayı ikiden fazla trakt oluşumuna izin vermemesi, özellikle flank pozisyonda böbreğin fazla mobil olmasından dolayı dilatasyonun zorlaşması, alan darlığından dolayı anterior ve üst kaliks taşlarına girişimin zor olması, pelvikalisial sistemin kollapşe olması durumunda nefroskopinin zor olması gibi sayılabilir. Zorlukların bazılarını (özellikle böbreğin mobil olması ve alan darlığı açısından) özel operasyon masasıyla ve hastanın flank bölgesini desteklemekle üstesinden gelinebilmektedir. Supin pozisyonunda ve USG eşliğinde yapılan PNL de özellikle yeni başlayan hekimler için başarı oranının yükseltme adına özellikle tek taşlı ve orta derecede hidronefrozu olan seçilmiş hastalardan başlanmasında yarar vardır.

Sonuç olarak, supin pozisyonu USG eşliğinde komşu organ yaralanmasının daha az olması, radyasyona maruziyetinin olmaması, anestezi hastayı daha rahat takip etmesi, pozisyonun üst üreter, renal pelvis ve posterior kaliks taşlarında uygun olması gibi nedenlerden dolayı hasta ve cerrah için pron pozisyonuna bir alternatif olabilir. En önemli dezavantajı ise dilatasyon sırasında böbreğin pron pozisyonuna göre daha mobil olması ve işlemin ancak belirli bir USG tecrübesinden sonra yapılabilirliği.

Kaynaklar:

1. Fernström I, Johansson B. Percutaneous pyelolithotomy. A new extraction technique. *Scand J Urol Nephrol* 1976; 10:257-9
2. Smith AD, Reinke DB, Miller RP, Lange PH. Percutaneous nephrostomy in the management of ureteral and renal calculi. *Radiology* 1979; 133: 49.
3. Tanverdi O, Boylu U, Kendirci M, Kadıhasanoğlu M, Horasanlı K, Miroğlu C. The learning curve in the training of percutaneous nephrolithotomy. *European Urology* 2007; 52: 206-212.
4. Tiselius HG, Ackermann D, Alken P, Buck C, Conort P, Gallucci M, Knoll T. *EAU Guidelines on urolithiasis, 2006.*

5. Preminger GM, Clayman RV, Curry T, Redman HC, Peters PC. Outpatient percutaneous nephrolithotomy. *J Urol* 1986; 136: 355-357.
6. Ramakumar S, Segura JW. Renal calculi: Percutaneous management. *Urol Clin North Am* 2000; 27: 618.
7. Kerbl K, Clayman RV, Chandhoke PS et al. Percutaneous stone removal with the patient in a Xank position. *J Urol* 1994; 151(3):686-688
8. Shoma AM, Eraky I, El Kenawy MR et. Percutaneous nephrolithotomy in the supine position: technical aspects and functional outcome compared with the prone technique. *Urology* al 2002; 60(3):388-392
9. Clayman RV, Bub P, HaaV E et al Prone Xexible cystoscopy: an adjunct to percutaneous stone removal. *J Urol*1987; 137(1):65-67
10. Rana AM, Bhojwani JP, Junejo NN et al. Tubeless PCNL with patient in supine position: procedure for all seasons?—with comprehensive technique. *Urology* 2008; 71(4):581-585
11. Wagner LK, Eifel PJ, Geise RA. Potential biological eVects following high X-ray dose interventional procedures. *J Vasc Interv Radiol* 1994; 5(1):71-84
12. Xiangfu Zhou · Xin Gao · Jiling Wen · Cuilan Xiao. Clinical value of minimally invasive percutaneousnephrolithotomy in the supine position under the guidanceof real-time ultrasound: report of 92 cases *Urol Res* 2008; 36.111-114
13. Baron RL, Lee JK, McClennan BL et al. Percutaneous nephrostomy using real-time sonographic guidance. *AJR Am J Roentgenol* 1981; 136(5):1018-1019
14. Desai MR, Jasani A Percutaneous nephrolithotripsy in ectopic kidneys. *J Endourol* 2000; 14(3):289-292
15. Rao PN, Faulkner K, Sweeney JK et al. Radiation dose to patient and staV during percutaneous nephrostolithotomy. *Br J Urol* 1987; 59(6):508-512
16. Basiri A, Ziaee SA, Nasseh H et al Totally ultrasonographyguided percutaneous nephrolithotomy in the Xank position. *J Endourol* 2008; 22(7):1453-1457
17. Abbas B, Mehrdad M, Seyed R, Aliakbar M, Nasser S, Amir H, Mohammadreza K, Hamidreza N. X-ray-free percutaneous nephrolithotomy in supine positionwith ultrasound guidance. *World J Urol*, 2009; Jul 30. [Epub ahead of print]
18. Mahmoud O, Gunnar Wendt-N, Katrin H, Maurice S, Michel, Peter A, Thomas K. Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonographyguided renal access: experience from over 300 cases *BJU* 2005; (|9 6), 875-878.
19. Osman M, Wendt-Nordahl G, Heger K et al. Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonography-guided renal access: experience from over 300 cases. *BJU Int* 2005; 96(6):875-878
20. Hosseini MM, Hassanpour A, Farzan R et al. Ultrasonographyguided percutaneous nephrolithotomy. *J Endourol* 2009; 23(4):603-607
21. Valdivia Uria JG, Valle GJ, Lopez Lopez JA et al Technique and complications of percutaneous nephroscopy: experience with 557 patients in the supine position. *J Urol* 1998; 160(6 Pt 1):1975-1978
22. Hopper KD, Maj MC, Sherman JL et al. The retrorenal colon in the supine and prone patient. *Radiology* 1987; 162:443-446
23. Ng MT, Sun WH, Cheng CW et al. Supine position is safe and eVective for percutaneous nephrolithotomy. *J Endourol* 2004; 18(5):469-474

Endoskop yardımlı perineal radikal prostatektomi

Albayrak S, Cangüven O, Aydemir H, Goktas C, Cetinel C, Akca O.
Endoscope-assisted radical perineal prostatectomy.
Journal of Endourology 24: 527-530, 2010

Radikal perineal prostatektomi (RPP) minimal invaziv, maliyet etkin, iyi onkolojik ve fonksiyonel sonuçları olan bir cerrahi yaklaşım olarak bildirilmiştir. Bununla beraber RPP, prostat mesane birleşim alanındaki diseksiyonun özellikle geçirilmiş prostat rezeksiyon ameliyat hikâyesi olan hastalardaki zorluğu nedeniyle deneyim gerektirmektedir. Bu çalışmada endoskopik olarak mesane boynunun rezektoskop ile diseksiyonu yapılarak prostatın daha kolay çıkarılması ve insizyon sırasında oluşabilecek potansiyel risklerin azaltılmasına yarayacak yeni ve pratik bir teknik tanımlanmıştır.

Toplam 132 hastaya 2003–2009 tarihleri arasında, lokalize prostat kanserli hastalara RPP uygulanmış. Dört hastada geçirilmiş TURP öyküsü varmış.

Operasyonda, Egzajere dorsal litotomi pozisyonunda ters U insizyon ile Belt subsfinkterik yaklaşım kullanılır. Disektör ile üretra arkasına geçilir ve prostat apeksi sınırından üretra ampute edilir. Üretranın ayırımından sonra 24 F devamlı akım rezektoskop ile 30 derece lens görüşü altında prostat apeksinden mesane içine girilir. Mesane boynu Collins bıçağı ile periuretral olarak sirkumsize edilir. Diseksiyon sonrası anterior mesane boynu açılır. Prostata minimal traksiyon ve diseksiyon uygulanarak prostat mesaneden serbestleştirilir. Üreter orifisleri tanımlanır ve kalan mesane boynu rezeke edilir. Prostat çıkarılmasını takiben 18 F foley kılavuzluğunda mesane boynu ve üretra anastomozu yapılır.

Tanımlanan teknik kullanılarak yapılan 4 hastanın operasyon süresi 135+15 dakika olup serinin geri kalan 128 hastadaki ortalama operasyon süresi ile benzer saptanmış (125+32 dakika). Mesane boynu diseksiyonu yaklaşık 15 dakika olup transüretral rezeksiyon sırasında minimal kan kaybı olmuş. Post operatif 48. saatte hastalar taburcu edilmiş. Kateter 14. gün alınmış. Tüm hastalarda radikal spesimen patolojisi organa sınırlı olarak saptanmış. Altıncı ay kontrolde tüm hastalar kontinan imiş.

Tekniğin en önemli avantajı prostat mesane sınırının direkt görüş altında yapılması olarak bildirilmiştir. Bu rezeksiyona ürologlar son derece aşikârlardır. En önemli dezavantaj ise iki farklı cerrahi tekniğin aynı günde kullanılması olarak belirtilmiştir.

Teichman ve arkadaşları laparoskopi ile lenf nodu diseksiyonu ve seminal vezikül mobilizasyonu takiben açık radikal prostatektomi deneyimlerinde operasyon süresini 237 dakika olarak bildirmişlerdir. Ellison ve arkadaşları RPP de endoskopik yardımlı diseksiyonu daha önce dört kadavra ve bir canlı uygulamada bildirmişlerdir. Ancak, bu çalışmadan en önemli farkı; bipolar rezektoskop kullanılması, simfisiz pubis üzerinden mesane içine yerleştirilen trokardan tutucu forseps yardımıyla mesanenin insize edilen kısmı stabilize edilmesi olarak rapor edilmiştir. Toplam ameliyat süresi 3 saat olup mesane boyun ve seminal vezikül diseksiyonu da 55 dakika olarak bildirilmiştir.

Perineal diseksiyonda mesane boynu diseksiyonu en distal kısım olup, buranın diseksiyonu özellikle prostat cerrahisi geçirmiş hastalarda zor olabilmektedir. Endoskop yardımlı RPP minimal invaziv ve onkolojik açıdan güvenli bir yöntem olarak görünmektedir.

Çevirmenin Yorumu

Radikal perineal prostatektomi prostat kanseri cerrahisi tedavisinde tanımlanan ilk uygulamalardan birisidir. Doğru bir evreleme için lenfadenektominin yapılması gerekliliği düşüncesiyle, teknik daha sonra yerini pek çok kurumda retropubik prostatektomiye bırakmıştır. Ayrıca tekniğin en önemli zorluğu proksimal prostat sınırının yetersiz görüntülenmesidir. Bu sorun özellikle geçirilmiş prostat cerrahi öyküsü olan hastalarda daha da artabilmektedir. Radikal prostatektomide mesane boynunun tanımlanması ve diseksiyonu en önemli basa-

maklardan biridir. Bu yüzden değişik tekniklerle iyileştirme tarif edilmiştir. Önceden yapılan seminal vezikül ve vaz deferens diseksiyonunu, laparoskop ve robot yardımcı mesene boynu diseksiyonu, lateral loblara uygulanan traksiyon süturları ve pozitif cerrahi sınırı azaltması ümit edilen ultrasonografi yardımcı prostatektomi bunlardan bazılarıdır. Uygun hasta grubunda minimal invaziv cerrahi yöntem olarak uygulanabilecek RPP ile yapılan bu çalışmada mesane boynu divizyonunu iyileştirmek için endoskopik yardımcı insizyon yapılmıştır. Daha önce Ellison tarafından bu teknikte olası TUR sendromunu engellemek için bipolar enerji ve salin kullanılmış.

Bu çalışmada hasta sayısı daha fazla olmakla beraber; sınırlı sayıdaki hasta deneyimiyle diseksiyon 15 dakikada monopolar enerji ile bitirilmiş ve fizyolojik (kontinans oranı %100, cinsel fonksiyon bildirilmemiş) -onkolojik açıdan mükemmel sonuç alınmıştır. Teknik direkt görüş altında mesane boynu ve seminal vezikül transeksiyonuna olanak vermesiyle cazip gözükmektedir.

Çeviri:**Dr. M. Cenk Gurbuz****Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi****2. Üroloji Kliniği, İstanbul**

Lenf nodu pozitif prostat kanseri hastalarında radikal prostatektominin sağkalıma katkısı

Engel J, Bastain PJ, Baur H, Beer V, Chaussy C, Gschwend JE, Oberneder B, Rothenberger KH, Stief CG, Hölzel D
Survival benefit of radical prostatectomy in lymph-node positive patients with prostate cancer
European Urology, 57; 754-761, 2010

Günümüzde genel olarak “sistemik” hastalık olarak kabul edilen lenf nodu pozitif prostat kanseri hastalarında, radikal prostatektominin genel ve göreceli sağkalıma katkısının incelenmesi.

Bu amaçla, Münih şehrinin 1988-2007 yılları arasındaki resmi “kanseri kayıtları” retrospektif olarak incelenmiştir. Kanseri kayıtlarına göre, bu yıllar arasında toplam 35629 prostat kanseri hastası belirlenmiş ve bunların 1413’ünün lenf nodu pozitif olduğu saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi almış olan ve başka kanseri olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın bulguları, lenf nodu pozitif olduğu halde radikal prostatektomi yapılan (n=688) ve lenfadenektomi sonrası radikal prostatektomiden vazgeçilen (n=250) toplam 938 hastanın verilerine dayandırılmaktadır. Hastaların sağkalım hızları, yaş, klinik evre, PSA, histopatolojik evre, pozitif lenf nodu sayısı ve cerrahinin genişliğine göre verilmektedir. Hastaların çoğuna adjuvan hormonal tedavi verilmiş, ancak adjuvan tedavi bilgileri hastaların hastanede yatış sürelerince kaydedilebilmiştir.

Genel sağkalım hızları Kaplan-Meier metodu ve Cox oranlı regresyon modeli ile hesaplanmıştır. Radikal prostatektomi yapılan ve yapılmayan hastaları daha ayrıntılı karşılaştırmak için rastlantısal örnek grupları oluşturulmuştur.

Makalede, lenf nodu pozitif olup radikal prostatektomi yapılan hastaların yaş ortalamasının, klinik evresinin ve PSA düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, radikal prostatektomi yapılmayanlarda, 4’ten fazla lenf nodu pozitifliği oranı daha yüksektir. Tüm grupta median izlem süresi 5.6 yıldır.

Radikal prostatektomi yapılanların genel sağkalım oranları 5 yılda %83.7 ve 10 yılda %63.8 olarak verilmektedir. Radikal prostatektomi yapılmayanlarda ise, bu

oranlar sırasıyla %60.1 ve %28. Yapılan multivaryant analizde, radikal prostatektomi yapılmış olmasının sağkalım için güçlü bir bağımsız prediktör olduğu vurgulanmaktadır.

Yaş, PSA ve histopatolojik grade parametreleri benzer olarak belirlenen, 250’şer hastalık rastlantısal olarak seçilen, radikal prostatektomi yapılmış, toplam 5 gruba, radikal prostatektomi yapılmamışlarla karşılaştırılmasında da sağkalım oranlarının radikal prostatektomi yapılanlarda belirgin olarak daha iyi olduğu ortaya konulmaktadır.

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, radikal prostatektominin lokal ileri evre prostat kanserli hastalarda geçerli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Lenf nodu pozitif hastalarda radikal prostatektominin sağkalıma etkisi ile ilgili çalışmalarda da, bu hasta grubunda prostatı çıkartmanın sağkalımı arttıracak şekilde bildirilmektedir. Ancak bu konuda, randomize prospektif bir çalışma yayınlanmamıştır. Yine de, genel kanı, lenf nodu pozitif hastalarda, lenfadenektomi ve radikal prostatektominin uzun dönemde hastalıksız sağkalımı uzatacağı yönündedir. Pozitif lenf nodu sayısı da sağkalım üzerine etkilidir. Ancak bu çalışmada, pozitif lenf nodu sayısının etkisi gösterilememiştir. Ayrıca, çok cerrahin katıldığı, standardize edilmiş tekniğin uygulandığı bir grup olduğundan, lenfadenektominin hangi sınırlarda yapıldığı tam bilinmemektedir. Buna karşılık, uzun dönem takibin yapılmış olduğu geniş ölçekli bir çalışma olduğundan, lenf nodu pozitifliğinde dahi radikal prostatektomiyi zorlamamız gerektiğini vurgulayan önemli bir çalışmadır.

Yazarların vurguladığı diğer çelişkili noktalardan biri de çalışmada sağkalım ile lenf nodu sayısı arasında ilişki gösterilememiş olmakla beraber, lokal tümör uzanımı arasında da bir ilişki kurulamamış olmasıdır. Nitekim,

radikal prostatektomi yapılanlarda evre T3-4 oranı %55 iken, bu oran radikal prostatektomi yapılmayanlarda %71'dir.

Bir başka tartışılması gereken nokta, bu hastalarda adjuvan tedavinin nasıl yapıldığıdır. Radikal prostatektomi yapılara nasıl bir hormonal tedavi verildiği, yapılmayanlarda hormonal tedaviye radyoterapinin eklenip eklenmediği bildirilmemektedir.

Çevirmenlerin Yorumu

Yazı, uzun takibin olduğu, geniş kapsamlı bir kayıt çalışması olması dolayısıyla önemli bilgiler içermektedir. Lenf nodu pozitif olgularda, radikal prostatektomi yapmanın sağkalımı uzatacağı ilk defa Mayo kliniğın retrospektif verileri ile tartışmaya açılmıştır. Ancak çalışma, onkolojik ilkeler açısından bazı sorunlar içermektedir. Hastaların T evrelerinin nasıl belirlendiği açık olmakla beraber, radikal prostatektomi yapılmayanlarda T3-4 evre oranı daha yüksektir. Ayrıca radikal prostatektomi yapılmayanlarda PSA oranları daha yüksek pozitif lenf nodu sayısı daha fazladır. Bu parametreler, rastlansal gruplar oluşturularak da karşılaştırılmış, benzer sağkalım sonuçları bulunmuştur. Ancak patolojik evreleme ve lenfadenektominin genişliği hakkında kesin fikirbirliği olmadığından, sonuçlar kuşku yaratabilmektedir. Radikal prostatektomi yapılanlara nasıl bir hormonal tedavi verildiği, yapılmayanlarda hormonal tedaviye radyoterapinin eklenip eklenmediği bildirilmemektedir. Ayrıca, radikal prostatektomi yapıp, cerrahi sınır pozitif olanların radyoterapi alıp almadıkları ve bunun sağkalıma etkisi bilinmemektedir. Biokimyasal nüks ile ilgili bilgiye de yazıda hiç yer verilmemektedir.

Bir diğer önemli ve bu çalışmada hiç değinilmeyen

nokta, lenf pozitif olup radikal prostatektomi yapılanların en azından yarısının T3-4 hastalık olduğu dikkate alınınca, yapılan ameliyatların morbiditelerinin ne olduğudur. Bu hastalarda rektum yaralanması, ureteroneosistostomi ihtimali, idrar kontrolünün uzaması cT1c-T2 hastalık radikal prostatektomisine kıyasla artmış mıdır? Diğer taraftan radikal prostatektomi yapılmayan hastalarda uzun vadede gözlenen lokal sorunlarda tartışılmamıştır. Bu hastalarda hematüri, idrar retansiyonu ve TUR-P gereksinimi bilinmemektedir.

Bence, yüksek impakt faktörü ile çok övünen bir dergide ancak "editorial comment" olarak yayınlanabilecek bu yazı; bahsedilen ve bazıları çalışmanın doğası itibari ile kaçınılmaz olan eksikliklerine karşın, lenf nodu pozitif hastalarda radikal prostatektomi sonrası (adjuvan tedavi de verileceği göz önüne alınarak), 5 yıllık ve 10 yıllık genel sağkalımın %84 ve %64 olarak bildirerek ameliyatın ilave ve kabul edilemez bir morbidite yaratmaması halinde ve hastayı uzun dönemde lokal sorunlardan uzak tutacak olması gerçeği ile- bu hasta grubunda radikal prostatektomiyi geçerli bir tedavi seçeneği olarak önermemize ya da en azından aklımıza getirmemize hatırı sayılır dayanak oluşturacağı kanısındayım. Bu durumda yapılacak olan lenfadenektominin ise mutlaka genişletilmiş sınırlarda gerçekleşmesi gerekliliği, hastaya adjuvan pelvik ışınlama ve gerektiğinde hormonoterapi desteği sağlanması ve herşeyden önce bu çoklu tedaviden fayda görecekt olanların özellikle genç hastalar olacağı da önemli noktalar olarak ortaya çıkmaktadır.

Çeviri:

Dr. Tarık Esen, Dr. Ahmet Tefekli

VKV Amerikan Hastranesi

Üroloji Departmanı, İstanbul

Sinir koruyucu endoskopik ekstraperitoneal laparoskopide (EERP) hemostaz

Stolzenburg JU, Do M, Kallidonis P, Ghulam N, Hellawell G, Haefner T, Liatsikos EN. Hemostasis during nerve-sparing endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy. Journal Endourology 24: 505-509, 2010.

Laparoskopik radikal prostatektomideki ameliyat sırasında ve sonrasındaki morbiditenin en sık nedeni olan kanama insidansı, literatürde %1-7.6 arasında bildirilmektedir. Ameliyat sonrası kanama komplikasyonları, bunların %0.7'sini kapsamakta ve endoskopik veya açık ek girişim gerektirmektedir.

Endoskopik ekstraperitoneal radikal prostatektomi (EERP) lokalize prostat kanserinin tedavisinde ilk seçeneklerden biridir ve yayınlanmış 2000'in üzerinde vakaya ait sonuçları açık ve transperitoneal laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonuçları ile benzerdir. Zaman içinde onkolojik etkinliği düşürmeden fonksiyonel sonuçları iyileştirme amacıyla, bu teknikte bazı değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Postoperatif kontinansın iyileştirilmesi için puboprostatik ligamentlerin ve erektil fonksiyonun korunması için de nörovasküler paketin korunması bunların arasında sayılabilir. Bu işleme ait komplikasyonların çoğu, konservatif veya endoskopik minimal invaziv yaklaşımlarla tedavi edilebilmektedir. Buna rağmen postoperatif kanama, bizim serimizdeki %0.7'lik oranı ve endoskopik veya açık girişim gerektirmesi nedeniyle, postoperatif morbiditede önemli bir faktördür. Ayrıca, ameliyat sırasında kanama başa çıkılması gereken bir sorundur.

Ameliyat sırasında olabilecek venöz kanamaların büyük bir bölümü gaz basıncını 20 mmHg'ye arttırarak kontrol altına alınabilir. Bir sonraki adım olarak kanama alanının aspiratör ile temizlenip bipolar koter ile yakılması takip edebilir. Arteriyel kanamalar ise; gaz basıncının arttırılması ile kontrol altına alınamaz. Her arteriyel kanama kliplenerek, dikiş atılarak veya koagülasyon ile kontrol edilmelidir.

Genel olarak, gaz basıncını arttırmak cerrah için kullanışlı bir araçtır. Gaz basıncı, operasyon süresince venöz kanamaları tamponlayarak kan kaybını sınırlar. Ka-

nama alanına klip, sutür veya koagülasyon uygulanmalıdır. Gaz basıncı altında, tampon olmuş bir venöz kanama odağı kolaylıkla gözden kaçabilir ve postoperatif dönemde kanama komplikasyonlarına yol açabilir.

Epigastrik Damarlardan Kanama

İnferior epigastrik damar yaralanmaları, genellikle karın duvarına trokarların yerleştirilmesi sırasında gerçekleşir. Bu çoğunlukla operasyon sırasında fark edilse de bu durumun ameliyat sırasında gözden kaçması çok alışılmadık bir durum değildir. EERP vakalarımızda epigastrik damarlar en sık intraoperatif ve post operatif kanama odaklarından biri olmuştur.

Trokarları yerleştirmeden önce laparoskopik kamera ile karın iç duvarının dikkatli incelemesi epigastrik hasarın önlenmesinde yararlıdır. Künt uçlu trokarların kullanılması ponksiyon sırasında damar yaralanması riskini azaltır. Epigastrik damarlardan olan kanama genellikle bipolar koagülasyon veya klip kullanılarak kontrol altına alınabilir. Kanamanın kontrol altına alınamadığı durumlarda, karın duvarından geçirilen bir düz iğne yardımıyla epigastrik damar bağlanır. Bu dikiş operasyondan iki gün sonra alınabilir.

Karın içi gaz basıncı, operasyon süresince epigastrik damarlardan oluşan kanamayı etkin olarak tamponlayabilir ve kanama trokarlar çıkarılıncaya kadar fark edilemeyebilir. Trokarlar çıkarıldıktan sonra tüm giriş noktaları düşük gaz basıncında kanama açısından içeriden gözlenmesi bu açıdan önemlidir.

Prostatik Pedikülden Kanama

Prostatik pedikülün diseksiyonu harmonik kesici ve

koagülasyonla veya soğuk bıçak ve kliplerle gerçekleştirilebilir. Sinir koruyucu cerrahide ikinci seçenek tercih edilir. Prostatik pediküller nörovasküler paketle (NVP) yakın ilişkilidir ve enerji üreten herhangi bir enstrümanın kullanılması NVP'e zarar verebilir. Birçok araştırmacı, prostatik pediküllerin kontrolünde metal veya hem-o-lok klipler kullanmaktadır. Diğer bazı araştırmacılar ise laparoskopi "bulldog" klempler kullanıp dikiş atarak, pedikül kontrolünü tercih etmektedirler. Klipler genellikle kanamaları kontrol altına almakta yeterlidirler. Fakat kontrol altına alınamayan her kanama dikkatli dikişler ile çözümlenmelidir. Sinir koruyucu cerrahi planlanmayan vakalarda prostatik pedikülün ultrasonik makaslar veya vasküler Endo-GIA stapler ile diseksiyonu yeterli hemostaz sağlar.

Santorini Pleksus Kanamaları

Santorini Pleksusu en sık intraoperatif kanama odaklarından biridir. Kanama, venöz pleksusun yeterli bağlanması ile engellenebilir. Bazı araştırmacılar, venöz pleksusu hiç bağlamazken, bazıları Endo-GIA stapler kullanmaktadır. Pleksus apikal diseksiyon sırasında sıklıkla kanar. Bu nedenle, diseksiyona başlamadan önce karın içi gaz basıncının 20 mmHg'ya artırılması önerilebilir. Bipolar koagülasyon sfinkterik liflere ve NVP'e zarar vermemek için dikkatli kullanılmalıdır. Santorini Pleksusu gerekli görülürse dikilebilir. Kanama kontrolü için diğer bir yöntem suprapubik bir trokar yerleştirilerek, Santorini pleksusunun birkaç dakika boyunca bir grasper ile sıkıca tutulmasıdır. Bu manevra ile pleksusta tromboz oluşturularak kanama kontrolü sağlanabilir. Eğer kontrol sağlanamadıysa bu alan dikilebilir. Kontrol edilemeyen kanamalarda, ön üretral duvarın tamamen disseke edilmesi ve kateter balonunun, asistan tarafından 5 ila 10 dakika boyunca çekilerek basınç yaratılması ile halledilebilir. Bu son manevra hemen hemen tüm Santorini pleksus kanamalarını kontrol altına almaktadır.

Üretral Güdükten Kanama

Üretral güdükten olan kanamalar çoğunlukla veziko-üretral anastomoz ile durur. Gerekli durumlarda, anas-

tomoz sonrasında, anastomoz hattına yerleştirilen Taco-Sil gibi fibrin bazlı hemostatiklerin, asistan tarafından az bir baskı ile kanama noktasına uygulanması kanamayı kontrol altına alabilir. Kontrol edilemeyen kanamada buna ek bir manevra olarak, üretral kateterin balonunun şişirilip asistan tarafından 5–10 dakika hafif baskı uygulayacak şekilde çekilmesi kanamayı tampon edebilir.

NVP'ten olan Arter ve Ven Kanamaları

NVP'in komşuluğundaki ufak damarlar ameliyat sonrasında olan kanamadan ve pelviste oluşan hematomdan sıklıkla sorumludur. Arteriyel kanamalar gaz basıncı ile tamponlanmadıklarından genellikle ameliyat sırasında fark edilirler. Buna karşın venöz kanamalar operasyon sırasında basınç etkisi ile tampon olur ve fark edilmezler. Bu nedenle operasyon sonunda düşük basınç altında alanın tekrar gözden geçirilmesi tavsiye edilir. Dikkatli yüzeysel dikişler veya jelatin matris hemostatik ajanların kullanımı ile bu kanamalar kontrol altına alınabilirler. Bu alanda koagülasyon NVP'i etkileyebileceği ve sinir koruyucu cerrahinin sonuçlarını kötüleştirebileceğinden tavsiye edilmez. NVP uzunluğu boyunca Floseal (Baxter, Irvine, CA, ABD) veya Tachosil (Nycomed) kullanımı önerilmiştir. Floseal veya Tachosil partiküllerini yerinde tutmak için Gelfoam, Surgicel veya Tabotamp gibi kuru yaprak hemostatiklerin kullanımı yararlı olabilir. Özellikle, NVP çevresinde hemostatik materyaller dikkatli kullanılmalıdır. Çünkü hemostatik ajanların çevre dokuya olan etkileri henüz bilinmemektedir ve hemostatik ajan kaynaklı enflamasyon ve nekroz riski her zaman mevcuttur. Hemostatik ajanların güvenilirliğini değerlendirmek için randomizde kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ürolojik Uygulamada Rolü

Literatürde Laparoskopik radikal prostatektomi sırasında kanama oranı %1 ila %7.6 olarak verilmektedir. Damar yaralanmaları ise yayınlanan serilerde %0 ila %7.6 arasındadır. Bizim 2000 hastalık EERPE deneyimiz intraoperatif ve postoperatif kanamaların büyük bir çoğunluğunun trokar yerleştirilmesi sırasında yaralanan epigastrik damar kaynaklı olduğunu göstermektedir.

Daha önce bahsedilen teknikler ile kanama kontrol edilmiştir. Toplamda, %0.7 hastada kanama komplikasyonları için ek girişim gerekmiştir (2000 hastanın 13'ünde). Yedi hasta endoskopik olarak tedavi edilirken 6 hastada açık revizyon gerekmiştir. Endoskopik revizyon aynı trokar giriş noktaları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yirmi sekiz F bir aspiratör pıhtının emilmesini kolaylaştırır. Tespit edilen kanama odakları, koagüle edilerek veya kliplenerek kontrol altına alındı.

Biz merkezimizde daha önce bahsedilen hemostaz tekniklerini kullanarak ve koter kullanmadan 330 intrafasiyal sinir koruyucu EERP gerçekleştirdik. Seminal ve prostatik pediküller ile NVP'te ultrasonik makas veya bipolar koagülasyon kullanılmadı. Seminal vezikül ve prostatın damarsal pedikülü prostatik yüzeye yakın dissekte edildi ve kliplendi. Künt ve soğuk bıçak kullanılan keskin diseksiyon ile prostatın NVP ve kalan çevre dokulardan mobilize edildi. Bu vakaların 32'sinde, klip ve Tachosil (Nycomed) kullanıldı. Tachosil prostatik loja NVP'in üzeri örtecek şekilde yerleştirildi. TachoSil'in içeri sokulmasında herhangi bir güçlükle karşılaşmadı. TachoSil kullanılan vakalarda, kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Kalan vakalarda, kan transfüzyonu oranı %0.7'dir. İntrafasiyal EERP yapılan 300 vakada, ortalama ameliyat süresi 128 dakika (50-210 dakika arası) ve ortalama hasta yaşı 60.8'dir (44-76 arası). Ortalama kateeterizasyon süresi 5.5 gündür ve vakaların %2.6'sında komplikasyon gerçekleşmiştir. Kontinans hiç ped ihtiyacının olmaması olarak tanımlandığında kontinans oranları, ameliyattan 6 ay sonra %73 ve 12 ay sonra %95 olarak bulunmuştur. Potens cinsel ilişkiyi gerçekleştirmek için yeterli ereksiyon olarak tanımlanmıştır. Operasyondan 12 ay sonra olan potens oranları yaşa bağlı olarak değişmektedir. Elli beş yaşından genç hastalarda bu oran %92 iken 55-65 yaş arası hastalarda %81 ve 65'ten yaşlı hastalarda %61 olarak bulunmuştur.

Genel olarak, EERP ve LRP sırasında oluşan intra ve postoperatif kanamalar endoskopik olarak tedavi edilebilir. Tekrar girişim gerektiren postoperatif kanamaların tedavisi, endoskopik olarak gerçekleştirilmelidir. Daha önceki trokar giriş noktaları ve 10 mm çaplı bir aspira-

tör kullanılmalıdır. Aspiratör ameliyat alanından pıhtının uzaklaştırılmasını kolaylaştırır. Serinin açık revizyon ihtiyacı, serimizin ilk vakalarında gerekirken, artan tecrübenin sağladığı ek özgüven ile serimizdeki sonraki tüm vakalarda endoskopik tedavi uygulandı. Açık cerrahi revizyon laparoskopik tecrübesi sınırlı cerrahlar tarafından ve acil laparoskopik girişim düzeni bulunmayan merkezlerde tercih edilmelidir. Vakaların çoğunluğunda kanamanın yeterli kontrolü koagülasyon, kliplene ve dikiş gibi metotların uygun olanı seçilerek sağlanabilmektedir. Sadece az sayıda vakada kanamanın kontrol altına alınmaması, ek manevra ihtiyacı doğurmuştur.

Sonuç olarak, sinir koruyucu EERPE vakalarında kanama ile sık olarak karşılaşılır ve bu vakaların çoğunluğunda, kanama kolayca kontrol altına alınabilir. Kontrol edilemeyen kanama durumlarında, çeşitli metotlar kullanılabilir. Cerrah, ameliyatın sonuçlarını kötü yönde etkilemeden kanamayı durdurmak için dikkatli ve tüm hemostaz tekniklerine hâkim olmalıdır.

Çevirmenin Yorumu

Radikal prostatektomide en sık tercih edilen tedavi yöntemlerinden biri olan EERP'de kanama, hem intra hem de post operatif dönemde en büyük sorunlardan birini oluşturmaktadır. Yazarların bildirdikleri 2000 hastalık seride sadece 13 hastada postoperatif kanama nedeniyle girişimde bulunmaları ve özellikle son dönemde açık cerrahiye geçişlerinin olmaması hemostaz konusunda başarılarını göstermektedir. Yayının mesajı da burada belirginleşmektedir: "Dikkatli bir hemostaz ve yeterli laparoskopik tecrübe ile vakaların açık revizyonu engellenebilir". Cerrahların prostatektominin farklı safhalarında uyguladıkları hemostaz yöntemlerini paylaştıkları bu yayının laparoskopik üroloji ile ilgilenen cerrahlar tarafından faydalı bulunacağını düşünüyorum.

Çeviri:

Dr. Levent Gürkan

Kadıköy Şifa Hastanesi

Üroloji Departmanı, İstanbul

Renal hücreli kanserde nefron koruyucu cerrahi sonrası ipsilateral rekürrensi öngören faktörler

Bernhard JC, Pantuck AJ, Wallerand H, Crepel M, Ferriere JM, Bellec L

Predictive factors for ipsilateral recurrence after nephron-sparing surgery in renal cell carcinoma
European Urology 57: 1080-1086, 2010

Renal hücreli kanser (RHK), ürolojik kanserler içerisinde sık görülen tümörlerden biri olup, Avrupa’da tüm kanserlerin %3.1’ini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre 2009 yılında, 57.760 yeni vaka ve 12.980 ölüm beklenmektedir. Son yıllarda, her evredeki RHK sıklığında, genel olarak bir artış gözlenmekte ve organ sınırlı RHK sıklığı artmaktadır. Özellikle tümör boyutu ≤ 4 cm olanlarda, radikal nefrektomi ve parsiyel nefrektominin kanser kontrol oranlarının birbirine yakın olması, nefron koruyucu cerrahinin sık uygulanan bir yöntem olmasını sağlamıştır.

Bu çalışma, Fransa (Rennes, Bordeaux, Toulouse, Saint Etienne, Creteil, Lyon ve Rouen) ve Amerika Birleşik Devletleri’nden University of California, Los Angeles (toplam 8 akademik merkez) tarafından yürütülmüş ve 1984 ile 2006 yılları arasında, sporadik RHK nedeniyle nefron koruyucu

cerrahi yapılan 809 hastanın verileri, retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İpsilateral rekürrensi öngören faktörleri araştırmak amacıyla; yaş, cinsiyet, nefron koruyucu cerrahi endikasyonu (zorunlu ya da elektif), tümör boyutu, TNM evresi, Fuhrman derecesi, tümör lokalizasyonu, bilateral tümör öyküsü, multifokalite, tümör histolojisi ve cerrahi sınır pozitifliği incelenmiştir. Girişim yapılan böbrekte, ameliyat sonrası yeni görüntüleme yöntemleriyle saptanan tümör olması, “ipsilateral rekürrens” olarak tanımlanmıştır. İpsilateral rekürrens olan ve olmayan hasta gruplarının parametreleri X2 (veya Fisher) ve t testiyle analiz edilmiştir.

Çalışmaya 570 erkek (%70.5) ve 239 kadın (%29.5) dahil edilmiş olup, ortalama yaş 59.3 yıldır. Ortalama tümör boyutu 3.4 cm, zorunlu endikasyon oranı %35.1, soliter böbrek oranı (%16.2) ve laparoskopik girişim oranı %8.1 olarak bulunmuştur. Hastaların 65’ine daha

Tablo 1. Lokal rekürrensi öngörmede univariate analiz sonuçları

	Lokal rekürrens(+) No (%) (n=26)	Lokal Rekürrens (-) No (%) (n=783)	P
Yaş	61.5	61	NS
Cinsiyet			
Erkek	18 (69.3)	552 (70.5)	NS
Kadın	8 (30.7)	231 (29.5)	
Histoloji			
Konvansiyonel	19 (73.1)	550 (70.3)	NS
Papiller	3 (11.5)	157 (20)	
Kromofob	1 (3.9)	47 (6)	
Diğer	3(11.5)	29 (3.7)	
Lokalizasyon			
Üst	9 (34.6)	210 (26.8)	NS
Orta	12 (46.2)	287 (36.7)	
Alt	3 (11.5)	219 (28)	
Kayıp veri	2 (7.7)	67 (8.5)	
Ekzofitik olmayan	6 (23.1)	240 (30.6)	NS
Hilar tümör	5 (19.2)	79 (10.1)	NS
pT3a Tümör	5 (19.2)	59 (7.5)	0.04
N evresi ≥ 1	0	12 (1.5)	NS
M evresi=1	2 (7.7)	29 (3.7)	NS
Zorunlu endikasyon	21 (80.8)	263 (33.6)	<0.01
Bilateral tümör	17 (65.4)	168 (21.5)	<0.01
Boyut >4cm	15 (57.7)	171 (21.8)	<0.01
Fuhrman III veya IV	10 (38.5)	156 (19.2)	0.01
Pozitif Cerrahi Sınır	4 (15.4)	8 (1)	<0.01

Tablo 2. Lokal rekürrensi öngörmede multivariate analiz sonuçları

	Lokal rekürrens No (%)	HR (%95 CI)	P
Unilateral tümör (n=618)	9 (1.46)	1	<0.01
Bilateral tümör (n=185)	17 (9.19)	6.31 (2.86-13.92)	
Boyut ≤4 cm (n=623)	11 (1.77)	1	<0.01
Boyut <4 cm (n=186)	15 (8.06)	4.57 (2.13-9.77)	
Negatif Cerrahi Sınır (n=768)	22 (2.9)	1	<0.01
Pozitif Cerrahi Sınır (n=12)	4 (33.3)	11.5 (4.66-45.10)	

önce RHK nedeniyle nefrektomi yapılmış (metakronoz bilateral RHK) olup, 120 hastada senkronoz bilateral tümör mevcuttur. Medyan takip süresi 27 ay (1-252 ay) olup, bu sürede 26 (%3.2) lokal rekürrens gelişmiştir. Univariate analizde pT3a tümör, yüksek Fuhrman derecesi, tümör boyutunun >4 cm olması, zorunlu endikasyon ve pozitif cerrahi sınırın ipsilateral rekürrense ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Univariate analiz sonuçlarına göre yapılan multivariate analizde; tümör boyutu >4 cm, bilateral tümör ve cerrahi sınır pozitifliğinin lokal rekürrensi öngörmede bağımsız faktörler olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Hastaların 20'si tek başına lokal rekürrens iken, 6 hastada lokal rekürrense ek olarak uzak metastaz izlenmiştir. Takip sonunda hastaların 18'i (%69) hayatta olup; 6'sı (%23) kanserden, 2'si (%8) kanser dışı nedenlerden kaybedilmiştir. Hayatta kalan hastaların yarısına kurtarıcı cerrahi uygulanmıştır.

Çevirmenin Yorumu

Literatürde nefron koruyucu cerrahi sonrasında ipsilateral rekürrens oranları %0-10.6 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ipsilateral rekürrens oranı %3.2 olup, bunu öngören faktörler araştırılmıştır. Çalışmada ipsilateral rekürrens oranı literatüre göre düşük ve görülme zamanı uzundur (209 aya kadar). Son yıllarda, organ sınırlı RHK sıklığının artması nedeniyle, böbrekteki küçük kitlelere nefron koruyucu cerrahi uygulama oranlarında artış gözlenmektedir. Küçük tümörlerde, nefron koruyucu cerrahiyle radikal nefrektominin kanser kontrol oranları benzer olmasına rağmen; seçilmiş olgularda tümör boyutu >4 cm olsa dahi elektif nefron koruyucu cerrahi tercih edilebilmektedir. Nefron koruyucu ya da radikal nefrektomi yapılan >4 cm tümörlerde, tümör boyutu-

nun rekürrensiz sağ kalımı etkilediği, univariate ve multivariate analizlerle gösterilmiştir. Bu çalışmada da benzer olarak, 4 cm sınır değerinin ipsilateral rekürrens için bağımsız bir risk faktörü olduğu (HR >4) gösterilmektedir.

Bu çalışmada, nefron koruyucu cerrahi sonrası ipsilateral rekürrensi öngören diğer bağımsız risk faktörü bilateral tümör bulunmasıdır. Daha önce yapılan çalışmaların çoğunda, senkronoz bilateral tümörün lokal rekürrense ilişkisi gösterilmiştir. Burada diğer önemli bir nokta, tümörün multifokalitesidir. Çünkü, RHK için multifokalitenin kontralateral rekürrensin yanı sıra metakronoz bilateral tümör için de bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada ne yazık ki multifokalite konusuna değinilmemiştir.

Yazarlar cerrahi sınır pozitifliğinin (%1.5) ipsilateral rekürrens için en önemli faktörlerden biri olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmalarda ortalama %4 lokal rekürrens gözlenirken, bu çalışmada cerrahi sınır pozitifliği olanlarda literatürdeki verilerden daha yüksek olarak (%33) göze çarpmaktadır. Yazarlar bu durumu takip sürelerinin uzun olmasına bağlamaktadır. Bu çalışmanın aksine, son yapılan çok merkezli çalışmalar cerrahi sınırı negatif ve pozitif olanların yaşam süreleri arasında anlamlı fark olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada nefron koruyucu cerrahi yapılan hastalarda, ipsilateral rekürrensi öngören üç faktör saptanmıştır; tümör boyutu >4 cm, bilateral tümör ve cerrahi sınır pozitifliği. Çalışmanın değerini sınırlayan faktörler geriye dönük düzenlenmesi, her merkezde değişik cerrahi tekniklerin uygulanması ve değişik patolojilerin inceleme yapmasıdır.

Çeviri:

Dr. Murat Bozlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Mersin

Robot yardımcı laparoskopik prostatektomide hasta pozisyonu ve port yerleşiminin basitleştirilmesi

Cestari A, Buffi NM, Scapaticci E, Lughezzani G, Salonia A, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F, Guazzoni G. Simplifying patient positioning and port placement during robotic-assisted laparoscopic prostatectomy. *European Urology* 57:530-533, 2010.

Klinik olarak, lokalize prostat kanserinin cerrahi tedavisinde, robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (RALP) giderek artan sıklıkta yapılmaktadır. Bu makalede, RALP ameliyatına başlamadan önce yapılması gereken hastaya pozisyon verilmesi ve port yerleşimi işlemlerini kolaylaştıran detaylar tanımlanmıştır.

Hasta pozisyonu verilmesi

RALP ameliyatında hastaya yeterli Trendelenburg pozisyonu verilmesi çok önemlidir. Yazarlar, hastaya 30-35° eğim verilebilmesi için tasarlanmış bir “eğim ölçer” kullanmışlardır.

Portların yerleşimi

Umblikus seviyesinden pnömoperitonyum oluşturularak, Hasson tekniği ile optik port yerleştirilmesi sonrası batın cildindeki şu yapılar işaretlenmektedir: (1) Pubik kemiğin üst sınırı, (2) spina ilaka anetrior superior (bilateral olarak), (3) orta hatta olmak üzere, pubik kemikten 15 cm uzaklıktaki bir nokta.

Diğer portların batındaki yerlerini bulmayı kolaylaştırmak için, plastikten yapılmış, yeniden sterilize edilip kullanılabilen, her bir kenar uzunluğu 8 cm olan iki eşkenar üçgen, birer kenarından birleştirilerek bir eşkenar dörtgen oluşturulmuştur. Bu eşkenar dörtgenin geniş açılı ucu yukarıda tanımlanan 2 ve 3 numaralı noktaların hastanın batın cildinde, sağ ve sol taraflarda birleştirilmesi sonucu oluşan hattın ortasına gelecek şekilde yerleştirilmekte ve bulunan bu noktalardan portlar yerleştirilmektedir.

Yazarlar, RALP yaptıkları 30 olguyu iki gruba randomize edip, ilk grupta eğim ölçer kullanılarak hastaya pozisyon verilmiş ve portlar eşkenar dörtgen kullanılarak yerleştirilmiş, ikinci grupta ise bu aletler kullanılmadan

cerrahın öngördüğü şekilde port yerleştirilmesi yapılmıştır. Cerrahi işlemin başlamasına kadar geçen süre, ilk grupta anlamlı olarak daha kısa olarak saptanmıştır.

Özellikle laparoskopi deneyimi olmayan robotik cerrahlar, RALP ameliyatları yapmaya başladığında hastaya pozisyon vermede ve portları yerleştirmede güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Hasta pozisyonu ve port yerleşimleri uygun yapılmadığında cerrahi enstrümanlar batın boşluğunda yeterince rahat hareket ettirilememekte ya da istenilen bölgelere ulaşmamaktadır. Bu sorunlar da ameliyatın öğrenme eğrisini uzatmakta ve ameliyatın yapılmasında güçlüklerle yol açabilmektedir. Eşkenar dörtgen kullanılarak yapılan port yerleştirilmesinde, hem robotik hem de asistan portları birbirinden 8 cm mesafede yerleşmektedir.

Çevirmenin Yorumu

RALP ameliyatlarında, hastaya doğru pozisyon verilmesi ve portların doğru yerleştirilmesi ile robotik kollanın batın dışında çarpışması önlenmektedir, batın içinde robotik enstrümanlar tüm istenilen bölgelere (örneğin pelvisin en derin yerleri gibi) rahatça ulaşması sağlanabilmekte ve özellikle hasta başı asistanının kullandığı aspiratör ya da klip atıcı gibi aletlerin robotik kollara çarpmaması ve rahat kullanılması sağlanmaktadır. Bu makalede kullanılan “eğim ölçer” ve “eşkenar dörtgenin”, gerek hastaya pozisyon verilmesinde gerekse portların yerleştirilmesinde kolaylık sağladığı bildirilmiştir. Her ne kadar makalede, değişik vücut ölçüleri olan olgularda, bu aletlerin sorun yaratmadan kullanıldığı belirtilse de, tüm hastalarda aynı standart ölçüleri kullanmak yerine, hastanın vücut ölçülerine göre port yerlerinin belirlenmesi daha doğru olabilir.

Kliniğimizde Şubat 2009’dan itibaren da Vinci-S ro-



Şekil 1: Robot yardımlı laparoskopik radikal radikal prostatektomi ameliyatında hasta pozisyonu ve portların yerleşimi (Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği Arşivi)

botu kullanılarak 100'den çok RALP yapılmıştır (1). Herhangi bir ölçü aleti kullanmadan 30o Trendelenburg pozisyonunu hastalara sorunsuz olarak verilmiştir (Şekil 1a). RALP ameliyatlarında, 4 robotik ve 1 asistan portu (toplam 5 port) kullanıyoruz. Bu ameliyatlarda robotun 1 ve 3 numaralı kolları hastanın sağ tarafında, 2 numaralı kolu sol tarafında kullanıyoruz. Kamera kolunu (4. kol) ise umblikus seviyesinde kullanıyoruz. Port yerleşiminde Dr. Randy Fagin'in (The Prostate Center of Austin, Teksas, ABD) kullandığı pratik yöntemi uyguluyoruz. Buna göre, umblikus sağ tarafına 2 robotik kol yer aldığı için, yaklaşık dörder parmak aralıklarla horizontal iki çizgi; umblikus sol tarafında 1 robotik kol yer aldığı için altı parmak aralık bırakılarak bir horizontal çizgiyi batın cildine çiziyoruz (Şekil 1b). Bir elimiz hastanın pe-

rine bölgesinde iken, robotik enstrümanın ucu bu noktaya ulaşabilecek şekilde ölçü alarak, robotik enstrümanın arka kısmının batındaki çizilen çizgi ile kesiştiği noktalardan portları yerleştiriyoruz (Şekil 1c). Asistan portunu ise solda kamera portu ile 2 numaralı port arasındaki mesafenin ortasına ve 1 cm yukarısına yerleştiriyoruz (Şekil 1d). Bu pratik yöntem ile robotik kolların batın dışında çarpışma olasılığı neredeyse kalmamakta, batın içindeki kullanımında gerek konsol cerrahına gerekse hasta başı asistanına oldukça kolaylık sağlamaktadır.

Çeviri:

Dr. A. Erdem Canda

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1. Üroloji Kliniği, Ankara

Kaynaklar:

1. Canda AE, Atmaca AF, Akbulut Z, Asil E, Kılıç M, İlgören E, Balbay MD. Da Vinci-S robotu ile yaptığımız radikal prostatektomilerde ilk Ankara deneyimimiz. 8. Ulusal Endoüroloji Kongresi ve Avrupa Üro-teknoloji Demeği 2009 Toplantısı Özet Kitabı, s.55, 4-7. Kasım. 2009 Antalya.

Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrasında cerrahi sınırın pozitifliğini ve yerini predikte eden faktörler

Coelho RF, Chauhan S, Orvieto MA, Palmer KJ, Rocco B, Patel VR.

Predictive factors for positive surgical margins and their locations after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy
European Urology 57:1022-1029, 2010.

Radikal prostatektomi sonrasında cerrahi sınır pozitifliği (CSP), biyokimyasal ve lokal rekürrens ile uzak metastaz için bağımsız prediktif bir faktördür. Ayrıca, CSP hastalar üzerinde belirgin bir psikolojik baskıya neden olur. Bu nedenlerle cerrahi sınır durumu, prostat kanserinin cerrahi tedavisinde ileri sürülen her yeni yöntem için önemli bir başarı göstergesidir. Son 20 yılda PSA'nın yaygın kullanımı ve cerrahi teknikteki iyileşmeler sayesinde CSP riski oldukça düşmüştür. Buna rağmen, açık radikal prostatektomi serilerinde CSP %11-37,6 olarak bildirilmektedir. Bu nedenle, CSP için risk faktörlerinin tanımlanması, sinir koruyucu cerrahi uygulanacak hastaların seçiminde ve bu istenmeyen onkolojik sonucun önlenmesi amacıyla teknik iyileştirmelerin sunulmasında yardımcı olabilir. Bu çalışmada CSP için prediktif faktörler robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RARP) uygulanan 876 hastanın verileri incelenerek değerlendirilmiştir.

Tüm RARP operasyonları, 1500 vakanın üstünde tecrübesi olan tek bir cerrah tarafından transperitoneal yaklaşımla 6 port kullanarak gerçekleştirildi. Sinir koruyucu cerrahi, klinik T1-T2a hastalığı olan Gleason skoru 7 veya altında ve SHIM skoru 21'in üzerinde olan olgulara uygulandı. Gleason skoru 7'nin üzerinde olup, düşük tümör volümü olan seçilmiş olgulara da sinir koruyucu cerrahi uygulandı. Nörovasküler demet, retrograd istikamette apeksden prostat bazaline doğru atermal tekniikle serbestleştirildi.

Çoğu hastaya başka merkezlerde biyopsi yapıldığı için biyopsi tekniği ve alınan örnek sayısı standart değildi. Tüm örnekler bir üropatolog tarafından gözden geçirildi. Prostat ağırlığı cerrahi spesimende ölçüldü. Patolojik incelemede, apex ve mesane boynu ampute edilecek sagittal planda kesildi. Kalan spesimen transvers ola-

rak 4 mm aralarla kesilerek incelendi. CSP, mürekkepli spesimen yüzeyinde tümör dokusu varlığı olarak tanımlandı ve yeri apex, mesane boynu, posterolateral ve multifokal olarak 4 kategoride değerlendirildi.

İstatistik analizde biri yalnızca preop değişkenlerle, diğeri preop, intraop ve postop değişkenlerle olmak üzere, iki lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Preop değişkenler yaş, beden-kitle indeksi (BKİ), PSA, klinik evre, pozitif kor sayısı, pozitif kor yüzdesi, biyopsi Gleason skoru, AUA semptom skoruydu. İntra ve postoperatif değişkenler sinir koruma tipi, median lob varlığı, cerrahi spesimendeki tümör yüzdesi, prostat büyüklüğü, histopatolojik özellikler, patolojik evre ve patolojik Gleason skoruydu. Ayrıca, üçüncü bir regresyon modeli de CSP'nin yeri için potansiyel prediktif faktörleri bulmak için oluşturuldu.

Tek değişkenli analizde preoperatif faktörlerden yaş, BKİ, PSA, pozitif kor yüzdesi, ve biyopsi Gleason skoru ile CSP arasında bir ilişki izlenmedi. Çok değişkenli analizde, preop faktörlerden sadece klinik evre CSP için anlamlı prediktif faktör olarak belirlendi. Preop, intraop ve postop değişkenlerin birlikte analizinde, farklı sinir koruma yöntemleri (unilateral, bilateral, sinir koruma yapılmayan) uygulanan pT2 tümörlerde CSP oranları benzer bulundu (sırasıyla %6,14, %8,15 ve %8,51). pT3 tümörlerde de sinir koruma prosedürü tipinin CSP oranını etkilemediği izlendi (sırasıyla %26,7, 27,7 ve 30,6). Tümör yüzdesi, patolojik evre, patolojik Gleason skoru tek değişkenli analizde artmış CSP riskiyle ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde sadece, patolojik evre ve cerrahi spesimendeki tümör yüzdesi, CSP için bağımsız prediktif faktör olarak bulundu. Bu modele göre pT2 olgularla karşılaştırıldığında, CSP riski pT3 olgularda 3,8 kat daha fazladır. Ayrıca, tümör volümündeki yüzde ola-

Tablo 1. Cerrahi sınır pozitifliğinin prognostik rolü: çok değişkenli analiz

Prediktif Faktör	Karşılaştırma	P	OR (%95 CI)
Preop değişkenler			
Klinik evre	T2 – T1	<0,0001	2,9 (1,9 – 4,6)
T3 – T1	<0,0001	10,7 (2,6 – 43,8)	
Preop, intraop ve postop değişkenler			
Tümör yüzdesi		0,0022	8,7 (2,2 – 34,5)
Patolojik evre	pT3 – pT2	<0,0001	3,8 (2,4 – 6,1)
	pT4 – pT2	0,0045	27,9 (2,8 – 277,8)

rak olarak her artış, CSP riskini 8,7 kez artırmaktadır. (Tablo 1) BKİ'nin, CSP yeri için bağımsız prediktif bir faktör olduğu belirlendi. Apikal CSP için yüksek BKİ belirleyici olurken posterolateral CSP, BKİ'nin artmasıyla daha nadiren izlenmekteydi.

Sonuç olarak, kanserin saldırganlığıyla ilgili klinik evre, patolojik evre ve tümör volümü CSP için en önemli prediktif faktörlerdir. Sinir koruyucu prosedür, RARP sonrası artmış CSP oranına neden olmaz. Klinik evre, CSP ile bağımsız ilişkili tek preop değişkendir. Artmış BKİ, apikal CSP için bağımsız prediktif faktördür.

Çevirmenin Yorumu

Radikal prostatektomi sonrası CSP, cerrahi teknikteki iyileşmeler ve tarama testleri nedeniyle daha düşük evreli kanser olgularının ameliyat edilmesiyle zamanla azalmıştır. Son zamanlarda bazı çalışmalarda robotik cerrahi ile 3 boyutlu görüntü elde edildiği ve daha az ka-

nama olduğundan, CSP'nin daha da azalabileceğini öngörmüşlerdir. Ancak, mevcut veriler henüz bu yönde net kanıtlar ortaya koyamamaktadır.

Bu çalışmada, sadece klinik evrenin preoperatif dönemde, CSP'yi predikte ediyor olması ve Gleason skoru ile biyopsi öncesi PSA'nın CSP'yi predikte edememesi muhtemelen homojen dağılımı olmayan gruplara bağlanabilir. Her ne kadar sinir koruyucu prosedürün uygulanması veya tipi, CSP varlığıyla ilişkili olarak gösterilemeye de; çalışmadaki olguların düşük/orta riskli hastalar olduğu unutulmamalıdır. Çalışmaya yüksek riskli prostat kanseri olguları katılmış olsaydı, sinir koruyucu prosedürün etkisini daha ayrıntılı göstermek mümkün olabilirdi.

Çeviri:

Dr. Uğur Boylu

**Memorial Ataşehir Hastanesi Üroloji Departmanı,
İstanbul**

Tedaviye yanıtı mesane ağrı sendromu/interstisyel sistitli hastalarda trigonal botulinum toksin A injeksiyonu

Pinto R, Lopes T, Frias B, Silva A, Silva JA, Silva CM, Cruz C, Cruz F, Dinis P.

Trigonal injection of botulinum toxin a in patients with refractory bladder pain syndrome/interstitial cystitis
European Urology (31.02.2010 tarihinde basılmak üzere kabul edildi), doi:10.1016/j.eururo.2010.02.031

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), ağrılı mesane sendromunu, saptanmış idrar yolu enfeksiyonu ya da başka bir patoloji olmaksızın gündüz ya da gece işeme sıklığı gibi semptomlarla eşlik eden, mesane dolumu ile ilişkili suprapubik ağrı yakınması olarak tanımlamıştır. Avrupa İnterstisyel Sistit Çalışma Komitesi (ESSIC) ise; bu tanımı, mesane ağrı sendromu olarak yapmayı tercih etmiştir. İnterstisyel sistit ise, tipik sistoskopik ve histolojik bulguları olan hastalar için sınırlandırılacak bir tanımlamadır. Bu çalışmada tanımlama mesane ağrı sendromu/interstisyel sistit (BPS/IC) olarak kullanılmıştır. BPS/IC etyolojisi tam olarak bilinmediği için tedavi yaklaşımı, genellikle ağrının ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Botulinum toksin A'nın (BoNTA) zararlı uyarıları azalttığı bilinmektedir. Bu etkiyi nörojenik inflamasyonu önleyip, spinal kord düzeyinde ağrı duyusu geçişini önleyerek gerçekleştirdiği ileri sürülmektedir. Ağrı duyusunu taşıyan mesane afferentlerinin trigonda yoğunlaştığı bilinmektedir. Trigona yapılan BoNTA enjeksiyonlarının, veziköüretal refluya neden olmadığı gösterilmiştir. Sunulacak çalışmada BPS/IC'li hastalarda trigonal BoNTA enjeksiyonunun etkinliği, emniyeti ve tedavi ya da tekrar tedavi süresinin araştırılması planlan-

mıştır. Ek olarak sinir büyüme faktörü (NGF) ve beyin kaynaklı nörotropik faktör (BDNF) olarak bilinen ve ağrı duyusunu taşıyan afferentlerin aktivitesinde etkili olan iki maddenin idrar yoğunlukları da araştırılmıştır.

BPS/IC tanısı alıp daha önce bu nedenle uygulanan tedavilere yanıt vermeyen 26 bayan hasta çalışmaya alındı. Olgular rutin değerlendirmelere ek olarak görsel analog skala, 3 günlük işeme sıklık volüm kartı ve O'Leary-Sant skoru ile değerlendirildiler. Yaşam kalitesi IPSS'nun 8. sorusu ile değerlendirildi. Ayrıca tüm olgulara, basınç akım çalışması yapıldı. Her ml'sinde 10 U BoNTA bulunan (Allergan, Irvine, CA, USA) salin solüsyonundan toplam 100 U olacak şekilde, 10 farklı trigon alanına hafif sedasyon altında sistoskopi ile enjeksiyon uygulandı. 2 hafta sonra, artık idrar volümü ve kas güçsüzlüğü değerlendirildi. Olgular 1. ve 3. ayın sonunda başta uygulanan testler ile yeniden değerlendirildiler ve 3. ayın sonunda yakınmalardaki değişimlere göre tekrar tedavi açısından sorgulandılar. Son 10 olguda başlangıç, 1., 3. ve 6 ay idrar NGF ve BDNF düzeyleri ölçüldü.

Ortalama hasta yaşı 48.1±13 yıl idi. Olguların tamamında tipik sistoskopik bulgular mevcutken (18 olguda Hunner lezyonu mevcut), çoğunun mesane biyopsileri

Tablo 1: Başlangıç, ilk tedavi ve ikinci tedaviye ait veriler

	İlk tedavi, başlangıç	İlk tedavi, 1. ay	İlk tedavi, 3. ay	İkinci tedavi, başlangıç	İkinci tedavi, 3. ay
Ağrı görsel analog skala (0-10)	5.8 ± 1.8	2.1 ± 0.3*	1.7 ± 0.8*	4.3 ± 0.6	1.6 ± 0.6*
Gündüz sıklığı	11.4 ± 3.6	5.5 ± 1.2*	4.7 ± 0.9*	8 ± 2	5 ± 2*
Gece sıklığı	5.5 ± 1.9	2.7 ± 1.1*	2.1 ± 0.7*	4.3 ± 0.6	3 ± 1*
O'Leary-Sant semptom skoru (0-20)	15.6 ± 3	8.4 ± 1.1*	6.8 ± 1.2*	11.3 ± 1.2	7.5 ± 1.5*
O'Leary-Sant sorun skoru (0-16)	13.4 ± 3.4	4.9 ± 2.1*	4.6 ± 1.3*	7 ± 3	5 ± 2.6*
Yaşam kalitesi (0-6)	5.1 ± 0.9	1.8 ± 0.4*	0.7 ± 0.5*	4 ± 0.6	1.7 ± 0.6*
İlk idrar hissinde ya da ağrıda mesane volümü (ml)	44 ± 20	104 ± 23*	107.5 ± 20.8*	44 ± 14	90 ± 23*
Maksimum sistometrik kapasite (ml)	106 ± 42	244 ± 56*	279 ± 82*	139 ± 33	214 ± 61*
Mesane kasılma indeksi (PdetQmax + 5 X Qmax)	70.2 ± 42	78 ± 15.2	80.8 ± 14	70.5 ± 13.5	82 ± 13.5
Maksimum akım hızı (ml/s)	13.3 ± 1.8	14.6 ± 2.8	15.3 ± 2.5	13.1 ± 2.4	15.4 ± 2.8
İşeme sonrası artık idrar (ml)	3.1 ± 4.3	10.9 ± 4.9	13.8 ± 6.3	12 ± 4.5	12.4 ± 6.7

* p < 0.05

pozitif olarak rapor edildi. Semptomlar ortalama 5 ± 2 yıldır devam ediyordu. Hiçbir hastada detrusor aşırı aktivitesi saptanmadı. 2 hafta sonunda hiçbir hastada işeme güçlüğü, yüksek miktarda artık idrar ya da idrar yolu enfeksiyonu mevcut değildi. 16 hasta 2 yıl izlenirken; son 10 hastanın 6 aylık izlemi vardı. Tedavi başlangıcı ve uygulanan tedaviler sonrası veriler, Tablo 1'de gösterilmiştir. 6 aylık takipte 3/26 hastanın tekrar tedavi gereksinimi oldu. 9. ayda ise 4/13 hasta tekrar tedaviyi istediler. 12. ay takibine gelen 9 hastaya da tekrar tedavi planlandı. Tekrar tedavi için geçen klinik iyilik süresi, 1. tedavi için 10.1 ± 2.4 ay; tekrar tedavi sonrası için ise 10.3 ± 2.2 ay olarak bulundu. 16 hastaya tekrar tedavi uygulandı. Takipte, hiçbirinde işeme işlev bozukluğu görülmezken, 5 hastada idrar yolu enfeksiyonu saptandı. NGF ve BDNF düzeylerinde, 1. ayda anlamlı bir azalma mevcut idi. Aynı azalma, görsel ağrı skorunda da saptandı.

Çalışma BoNTA enjeksiyonunun tüm olgularda ağrı ve sık idrar çıkma yakınmalarında düzelme sağladığını göstermiştir. Olguların yarısından fazlası, 9 ay boyunca semptom iyileşmesi gösterirken, 1 yıllık takipte hastaların tamamı yeniden tedaviyi istemişlerdir. NGF'nin ağrı duyusunu taşıyan liflerin büyümesi ve idamesi için gerekli bir ajan olduğu ve BoNTA'nın NGF'nin idrar yoğunluğunu azalttığı bilinmektedir. NGF zararlı etkisi olan bir maddedir ve düzeyinin azalması, mesane ağrısının azalmasına neden olabilir. Sunulan çalışmada, ek olarak ağrı duyusunu taşıyan lifler için bir nörotrop olduğu bilinen BDNF düzeylerinin de BoNTA tedavisi ile azaltılabileceği gösterilmiştir. BPS/IC'li hastalarda, BoNTA enjeksiyonuna ait literatürde farklı sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Bu-

nun olası nedenleri, trigona daha az doz verilmesi, beraberinde hidrodistansiyon da yapılması ve daha hafif hastalığı olan olgulardan oluşan gruplarda gerçekleştirilmesi olabilir. Eğer ESSIC modeli gibi yaygın kullanılan sınıflamalar kullanılırsa, daha sonraki karşılaşturmalar daha sağlıklı yapılabilecektir. BoNTA enjeksiyonunun trigon ile sınırlandırılması, işeme işlev bozukluklarının ortaya çıkmasını da engelleyecektir. Trigon mesanenin sempatik sinirler tarafından innerve edilen sabit bir parçasıdır ve işeme esnasında kasılmaz. BoNTA enjeksiyonu esnasında komşu mesane duvarı ya da sfinktere sızma mümkünse de; çalışmada buna ait bir olumsuz sonuç ile karşılaşılmaştır. İlk tedavi esnasında hiç idrar yolu enfeksiyonu görülme de; ikinci tedavi sonrası 5 hastada idrar yolu enfeksiyonu ortaya çıkmıştır. Bu BPS/IC semptomlarını kötüleştirilebileceği için dikkate alınması gereken bir durumdur. Klinik iyilik halinin süresi, detrusor aşırı aktivitesi için yapılan çalışmalarda rapor edilen süre ile benzer olarak bulunmuştur. BPS/IC kronik bir hastalık olduğundan, tekrar tedavi gerekeceği öngörülebilir. Çalışmada, tekrar tedavi ile de BoNTA etkinliğinin sürdüğü gösterilmiştir. BoNTA küratif etki sağlamayacağı için bu bilgi önemlidir. Hastalar ve sağlık sistemlerine 8-10 ayda bir yapılacak enjeksiyonlar, büyük bir yük getirirse de; detrusor aktivitesi maliyeti kabul edilebilir bir şekilde tedavi edilebilir.

Sonuç olarak 100U BoNTA ile trigonal enjeksiyon belirgin bir yan etkiye neden olmadan, BPS/IC semptomlarını düzeltir. Hasta sayısının az olması ve plasebo kolunun olmaması, bu çalışmanın eksik yönleri olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle plasebo kontrollü ve doz ayarlamalı çalışmalara gereksinim vardır.

Editörün Yorumu

Tedaviye dirençli ağrılı mesane sendromu/interstisyel sistite yaklaşım: gerçek bir hedef organ var mı?

Barbalias G.A.

Eur Urol (2010), doi:10.1016/j.eururo.2010.03.037

Son yıllarda PBS/IC ile ilgili fazla sayıda yayına rastlanmasının en önemli nedeni, hastalığın tanı ve tedavisinde karşılaşılan sorunlardır. Depresyon, panik bozuklukları ve

irritabil barsak sendromu, bu hastalarda birlikte bulunabilen ve tedaviyi zorlaştıran diğer sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Uluslararası İnkontinans Fikirbirliği Ağrılı Me-

sane Sendromu Komitesi patolojinin bir inflamatuvar mesane hastalığından ziyade kronik ağrı sendromunun bir alt grubu olduğu konusunda fikir birliğine varmıştır.

İntravezikal tedavi

Dawson ve Jamison oksibutininin intravezikal kullanımı ile mesane kapasitesinde artış, idrara çıkma sıklığında azalma, düzelmiş yaşam kalitesi skoru ve daha az tedaviyi bırakma oranları rapor etmişlerdir. Barbalias 10 yıl önce, interstisyel sistitli hastalarda mesanenin salin-oksibutininin solüsyonu ile kademeli olarak doldurulması ile tedavisini amaçlayan bir çalışma yapmıştır. Kontrol grubunda mesane yalnızca salin solüsyonu ile doldurulmuş ve sonuçlar istatistiksel olarak oksibutinin grubu lehine olsa da; her iki grupta da tedavi öncesine göre belirgin düzelmeye saptanmıştır. Çalışma sonrasında ortaya çıkan sonuçların mesanenin yavaşça doldurulması ile düşük-basınç baroreseptörlerinin uyarılması ve mesane kapasitesinin artmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Ağrı iyileşmesi oksibutininin lokal etkisine ikincil olarak değerlendirilmiştir.

Yorum

Bu çalışma 3 ana noktayı vurgulamaktadır: 1. İntratrigonal BoNTA enjeksiyonuna rağmen hiçbir hastada veziköüretal reflü oluşmadığı öne sürülmektedir. 2. Çalışmada NGF ve BDNF düzeyleri ölçülmüştür ve BDNF ilk kez çalışılmaktadır. 3. Hastaların çoğunda Hunner lezyonları mevcuttur.

Kuo ve Chancellor tek başına hidrodistansiyon yaptıkları hastalar ile hidrodistansiyona BoNTA enjeksiyonu ekledikleri çalışmalarında, enjeksiyon grubunda klinik olarak daha iyi sonuçlar rapor etmişlerdir. Ancak, burada hidrodistansiyonun ek bir yararı olabileceği de düşünülebilir.

Araştırmacıların enjeksiyon alanı olarak, yalnızca trigonu seçmeleri nedeniyle işleme işlev bozukluğu olmaması açıklanabilir. Ancak, yöntemin daha geniş hasta serilerinde, yöntembilim açısından belirlenmesi gereklidir. Bu hastalarda biz yalnızca ağrıyı değil; rahatsızlık hissi, basınç hissi ya da yanma gibi duyuşsal parametreleri de tedavi etmeye çalışmaktayız. O halde, neden yalnızca ağrılı mesane sendromu denmektedir? Bu ağrı, aynı inervas-

yon hattını paylaşan bir başka organdan da yayılabilir ya da yansıyabilir. Öyleyse PBS/IC, kronik pelvik ağrı sendromları ve kronik prostatit; ürolojik olduğu kadar fibromiyalji, kronik güçsüzlük sendromu ve irritabil barsak sendromları gibi ürolojik olmayan durumlarla da birlikte ele alınmalıdır. Bu patolojilerin hepsi ortak patofizyolojik mekanizmaları paylaşabilir ve asıl önemli sorunun hangisi olduğu kesin değildir. Bu yaklaşım bizi özgül bir organı tedavi etmeye yönelmekten de kaçındırabilir.

Çevirmenin Yorumu

Çalışmanın tedaviye dirençli PBS/IC'li hastalarda gerçekleştirildiği belirtilmesine rağmen, gereç ve yöntem bölümünde EAU kılavuzlarında öneri düzeyi A olan hidrosizin, siklosporin A gibi tedavi yöntemlerinin uygulanmadığı görülmektedir. Ayrıca Hunner lezyonu olan olgularda, TUR da kılavuzlarda bir tedavi seçeneği olarak yer almaktadır ve çalışmaya alınan olgularda sıkça görülmesine rağmen uygulanıp uygulanmadığı konusunda bilgi yoktur. Bu tedaviler denenmeden, olguları tedaviye yanıtız olarak kabul etmek çalışmanın eksik bir yönü gibi görülmektedir.

Çalışmada, 2007 yılında Karsenty tarafından gerçekleştirilen bir çalışmaya atfen veziköüretal reflü görülme-yeceği kabul edilmiş ve hastaların takibinde bu parametre değerlendirilmemiştir. Belki de; 2. tedavi esnasında ortaya çıkan 5 idrar yolu enfeksiyonunun nedeni tekrarlayan tedaviler ile ortaya çıkan veziköüretal reflü olabilir.

IPSS'in 8. sorusu ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hastanın hastalığının yaşam kalitesine olan etkisinden çok; hastalığı kabullenip kabullenmemesini değerlendirmektedir. Bu amaçla SF-36 gibi daha nesnel bir formun kullanılması daha uygun olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmede, 26 olguluk bir grup karşılaştırılması için t testi gibi parametrik bir test kullanılmıştır. Bu biyoistatistik esaslarına aykırıdır ve değerlendirmenin non-parametrik bir test ile yapılması gereklidir.

Çeviri:

Dr. Temuçin Şenkul

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

Üroloji Servisi, İstanbul

Prostatın plazma vaporizasyonu: ilk klinik sonuçlar

Reich O, Schlenker B, Gratzke C, Tilki D, Riecken M, Stief C, Seitz M, Bachmann A.
Plazma vaporisation of the prostate
European Urology 57: 693-698, 2010

Prostatın transuretral rezeksiyonu (TURP), mesane çıkımı obstrüksiyonuna bağlı alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) cerrahi tedavisinde uzunca yıllardır, standart tedavi olarak önerilir. İspatlanmış uzun süreli etkinliğinin olmasına rağmen, prosedüre bağlı morbidite ve hastanede yatış gerekliliğinden dolayı, daha az invaziv yöntemlerle ilgili, başlamış ve süre gelen çalışmalar vardır.

Prostatın lazerle vaporizasyonu bu yöntemlerden biridir. En yaygın olarak kullanılan, GreenLight lazer uygulamasıdır. Başlangıçta yüksek riskli ve/veya antikoagulan kullanan hastalarda kullanımı amaçlanmış, ama kısa sürede bu grup dışındaki hastalarda da artarak uygulanmaya başlamıştır. Prostat vaporizasyonunda kullanılması için tanıtılan holmiyum ve diot lazer gibi diğer kaynaklar pazarda henüz belirgin bir yer alamamıştır.

En son yöntemlerden biri, prostatın plazmakinetik ile bipolar rezeksiyonundan geliştirilen, bipolar vaporizasyondur. Ürologlar tarafından iyi bilinen elektrik prensiplere dayanarak çalışır.

Plazma vaporizasyonun, AÜSS olan prostat hastalarının tedavisinde etkinliğini araştırmak amacıyla, prospektif bir çalışma yapıldı. Yaşları 54-87 (70 ± 8 yıl) olan 30 hastada, Ocak-Temmuz 2008 de iki ayrı merkezde, yeni geliştirilmiş mantar benzeri elektrotla (Olympus Winter & Ibe GmbH, Hamburg, Germany), dört deneyimli cerrah tarafından plazma vaporizasyon işlemi gerçekleştirildi. Hastaların, operasyon öncesi, tıbbi öyküleri sorgulandı, fizik muayene (parmakla rektal inceleme dahil), transrektal sonografi, idrar akım hızı, işeme sonrası kalan idrar miktarı ölçümü, idrar tahlili, prostata spesifik antijen (PSA) ve kanama pıhtılaşma parametrelerini de içeren kan analizi yapıldı. Uluslararası prostat semptom skorlaması (IPSS), tüm hastalara doldurtuldu. Prostat ya da mesane kanseri ve nörojenik işeme bozuk-

luğu şüphesi olan hastalar, çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan hastaların maksimum akım hızları $<15 \text{ ml/sn}$ ve IPSS leri ≥ 8 idi. 13 hastada (%43) üriner retansiyona bağlı üretral ya da suprapubik kateter vardı.

Plazma vaporizasyonu için, bipolar, yüksek frekanslı, UES-40 SurgMaster (Olympus Winter & Ibe GmbH, Hamburg, Germany) benzeri bir jeneratöre ihtiyaç vardır. İrigasyon sıvısı olarak, oda sıcaklığında, izotonik %0.9 sodyum klorür kullanıldı ve vaporizasyon direk görüş altında, elektrot yakın temas tekniği (Hoovering tekniği) ile yapıldı. TURP de olduğu gibi sırasıyla mesane boynu, lateral loblar ve ön lob, son olarak da apikal loblar vaporize edildi.

Transrektal sonografi ile ölçülen ortalama prostat hacmi, 30-170 (59 ± 32 ml), ortalama operasyon süresi 20-140 (61 ± 26 dak.) idi. Her hastada tek kullanımlık bir adet vaporizasyon elektrodu kullanıldı. Hiçbir hastada transfüzyon gereksinimi olmadı, sıvı emilimine bağlı elektrolit anormallikleri gözlenmedi. Yeniden opere edilen bir hasta dışında, hiçbir hastada, operasyon sonrası belirgin komplikasyon olmadı.

Hastalar, taburcu olduklarında ve 1, 3 ve 6. ayda Qmax, işeme sonrası rezidüel idrar miktarı ve IPSS ile değerlendirildi (Tablo 1). Klinik iyileşme belirgindi ve başarı oranı ile komplikasyonlar açısından dört cerrah arasında fark yoktu. Operasyon sonrası ilk Foley kateter çekilmesini takiben, dört hasta (%13) 24 saatliğine geçici olarak yeniden kateterize edildi. Rekateterizasyon da dahil kateterizasyon süresi 18-192 (41 ± 35 saat) idi. Operasyon sonrası uzamış kanama nedeniyle bir hastada, kateter 8 gün kaldı ve onaltı hastaya operasyon sonrası kateter irigasyonu gerekti. 6 aylık takip süresinde, yalnızca, başlangıçta 100 ml prostat volümüyle vaporizasyon yapılan bir hastada TURP yapıldı ve 12 gram doku rezeke edildi. Bir hastada kendiliğinden düzelen idrar

kaçırma gözlemlendi. 3 hastada (%13), belirgin bakteriüri olan idrar yolu enfeksiyonu gelişti.

Morbiditeyi azaltmak amacıyla, zaman içerisinde geliştirilen sayısız yöntem TURP ile karşılaştırıldı. Bu minimal invaziv yöntemlerden, lazere dayalı olanlar (özellikle de GreenLight lazer vaporizasyon ve Holmiyum lazerle prostat enüklasyonu HoLEP) en çok kullanılanlardır. GreenLight, bir çok ülkede sosyal güvenlik sistemleri için oldukça pahalı bir yöntemdir. HoLEP'in de, oldukça güç bir öğrenme eğrisi vardır. Literatürdeki mükemmel sonuçlara rağmen, güç öğrenilmesi uygulamayı belli başlı merkezlerle kısıtlı bırakır.

Yeni sunulan plazma vaporizasyon tekniği, ürologlar tarafından iyi bilinen elektriksel prensiplere dayanır. Teknik, daha önce geliştirilen ve plazma tekniği olarak da bilinen monopolar vaporizasyon TURis (TUR in saline-İzotonik sıvıyla TUR-) tekniğinden farklı olarak, bipolar yüksek frekanslı akım kullanır. Monopolar elektro-vaporizasyonda "rollerball" elektrot kullanılırdı. Doku iyileşmesi sırasında, stres üriner inkontinans ve oldukça fazla iritatif semptomu neden olan, orantısız koagülasyon alanı (10 mm'ye kadar) nedeniyle bu yöntem terk edildi (bipolar vaporizasyonda < 2 mm).

Vaporizasyon tekniği, rezeksiyon ile karşılaştırıldığında, en büyük üstünlük hemostaz sağlamada gibi görülmektedir (tüm vaporizasyon teknikleri için). Hemostaz sağlamadaki mükemmel başarılarından dolayı, yüksek riskli ve/veya antikoagulan ilaç kullananlarda şiddetle önerilir. Yaygın olarak kabul gören bir şey de, rezeksiyon ya da HoLEP gibi enüklasyon teknikleriyle karşılaştırıldığında vaporizasyon prosedürlerinde daha az doku ablasyonu olduğudur. Bir yandan doku ablasyon miktarının işeme üzerine belirgin etkisi bilinmezken, diğer yandan iyi bir hemostaz, kateterizasyon ve hastanede kalış süresini ve dolayısıyla morbiditeyi azaltır.

Bipolar vaporizasyonun olası avantajlarından biri de bipolar rezeksiyonla kombine uygulanabilmesidir. Man-

tar şekilli vaporizasyon elektrodu yerine, bipolar rezeksiyon elektrodu kolaylıkla takılarak jeneratör, irigasyon sıvısı ve optik değiştirmeye gerek kalmadan işleme devam edilebilir. Bu çalışmada kombinasyon yapılmamıştır. Hibrid teknik, bazı vakalarda (örneğin apikalde) umut vadeden bir modifikasyon olabilir.

Başlangıç verilerimiz randomize olmayan, az sayıda hastayla yapılan çalışmanın sonuçlarıdır. Bir sonuca varmadan önce uzun takip gerekmektedir.

Araştırmacının Yorumu

Başlangıç deneyimimiz, mesane çıkım obstrüksiyonuna bağlı AÜSS olan hastalarada, prostatın bipolar plazma vaporizasyonunun, güvenli ve etkili bir tedavi alternatifi olabileceği ve umut veren bir yöntem olduğu yönündedir. TURP ve kabul edilmiş lazer vaporizasyon yöntemleriyle karşılaştırmalı randomize çalışmalar ve daha uzun takip gereklidir.

Çevirenin Yorumu

Yıllar boyu şu an yaygın olarak kullanılanlar da dahil olmak üzere çeşitli alternatif yöntemler geliştirilen TURP, halen mesane çıkımı obstrüksiyonuna bağlı AÜSS'nin tedavisinde altın standarttır. Zaman içinde, iyi alternatif olabileceği söylenen bir çok yöntem, oldukça başarılı başlangıç çalışmalarından sonra, terkedilmiştir. Umut vadeden bu yöntemde, araştırmacının da belirttiği gibi, daha fazla vakayla yapılan, birden fazla yöntemi birbiriyle karşılaştıran serilere, uzun takip sürelerine ihtiyaç vardır.

Çeviri:

Dr. M. B. Can Balcı, Dr. Barış Nuhoğlu
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
II. Üroloji Kliniği, İstanbul

Benign prostat hiperplazisi tedavisinde prostat transüretal rezeksiyonun greenlight KTP 120-W lazer vaporizasyon ile karşılaştırılması: orta dönem takipli klinik randomize çalışma

Al-Ansari A, Younes N, Sampige VP, Al-Rumaihi K, Ghafouri A, Gul T, Shokeir AA

Greenlight HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostat efor treatment of benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial with mid-term follow-up

European Urology (13 Mayıs 2010 tarihi itibariyle basılmak için kabul edildi.)

Lazer tedavileri, benign prostat hiperplazisine (BPH) bağlı gelişen alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde giderek kabul görmeye başlamıştır. 1990'ların sonunda 60W greenlight (KTP) lazer prostat tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve ilerleyen zamanlarda 80W ve 120W gücündeki cihazları piyasaya sürülmüştür. Bu ileriye yönelik randomize çalışmada yeni 120 W KTP lazer ile standart TUR-P' nin orta süreli dönemde (<36 ay) etkinliği karşılaştırılmıştır.

Bunun için, Mart 2007 ile Eylül 2007 arasında BPH' a bağlı alt üriner semptomları olan 140 hasta çalışmaya alınmış, fakat 20 hasta çeşitli sebeplerden dolayı çalışmaya katılamamıştır. Uluslararası prostat semptom skorunun (IPSS) >16 olan hastalar, en az 2 haftalık medikal tedaviye yanıtız hastalığı olanlar, maksimum akış hızı (Qmax) <15 ml/sn, işeme sonrası reziduel idrarı (PMR) >100 ml ve transrektal ultrasonografi ile ölçülen prostatı <100 gr olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Kalıcı antikoagulan ilaç kullanan hastalar; üretra darlığı, mesane taşı, nörojen mesanesi olanlar veya prostat kanseri tanısı konanlar, şüphesi olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam 120 hasta tedavi şekillerine göre TUR-P ve 120 W KTP lazer olmak üzere, 2 gruba bilgisayar ta-

banlı tablolar kullanılarak 1'e 1 oranında randomize edilmiştir. Çalışma Mart 2010'da, TUR-P grubunda 55, 120 W KTP grubunda ise 54 kişi 36 aylık takip süresini tamamladığında sonlandırılmıştır. TUR-P ameliyatları aynı 2 cerrah tarafından, 26F rezektoskop kullanarak gerçekleştirilmiştir. 120 W KTP lazer ameliyatları aynı 2 cerrah (TUR-P yapan gruptakilerden farklı) tarafından 600µ yandan ateşlemeli fiberler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Her iki gruptaki hastalar ameliyat ve ameliyat sonrasında ait bulgular açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca ameliyat sonrası 1, 3, 6, 12, 24, 36. aylarda Qmax, IPSS ve PMR ölçülerek, her iki yöntem fonksiyonel sonuçlar açısından değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, her iki gruptaki hastalar ortalama yaş, prostat hacmi, PSA, IPSS, Qmax, PMR açısından benzerdi. TUR-P grubundaki hastalar daha kısa operasyon süresine, fakat daha uzun kateterizasyon ve hastane kalış süresine sahipti. Hastaya ve operasyona ait bulgular Tablo 1'de özetlenmektedir. Ortalama hemoglobin kaybı TUR-P grubunda 2,9+0,7 g/dl, KTP lazer grubunda ise 0,7+0,1 g/dl idi (p<0,0001). TUR-P grubunda 12 hastaya (%20) kan transfüzyonu yapılırken, KTP lazer grubunda kan transfüzyonuna gerek duyulmamıştır

Tablo 1: Hastalara ve operasyona ait bulgular

	TUR-P	120 W KTP Lazer	p
Ortalama hasta yaşı (yıl)	67.1 ± 8	66.3 ± 9,4	0.3
Ortalama prostat volumu (ml)	60.3 ± 20	61.8 ± 22	0.7
Ortalama IPSS	27.9 ± 2,7	27.2 ± 2,3	0.13
Ortalama Qmax (ml/sn)	6.4 ± 2	6.9 ± 2,2	0.25
Ortalama operasyon süresi (dak)	80 ± 13	89 ± 18	0.003
Ortalama kateterizasyon süresi	2.7 ± 0.9	1.4 ± 0.6	0.0001
Ortalama hastanede kalış süresi	4.1 ± 0.6	2.3 ± 1.2	0.0001

Tablo 2: Operasyon sonrası erken ve geç dönemde görülen istenmeyen yan etkiler

	TUR-P	120 W KTP Lazer	p
Kan transfüzyonu gereksinimi (%)	12 (20)	0 (0)	0.0001
TUR Sendromu	3 (5)	0 (0)	0.079
Pıhtı retansiyonu	6 (10)	0 (0)	0.01
Disuri/ urge	19 (31.7)	56 (93.3)	0.001
Tekrar TUR-P/KTP Lazer gereksinimi	1 (1.8)	6 (11)	0.04
Mesane boynu kontraktürü	2 (3.6)	4 (7.4)	0.44

($p < 0,0001$). TUR-P grubunda 10 hastada (%16,7) kapsül perforasyonu meydana gelmiştir. Ameliyat sonrası ilk 1 ayda, TUR-P yapılan hastaların 19'unda (%31,7); KTP lazer yapılanların 56'sında (%99,3) "disüri ve urge" şikâyetleri görülmüştür ($p=0,001$). 3 yıllık takip süresince KTP lazer yapılan hastaların 6'sında (%11) tekrar tedaviye ihtiyaç duyulmuştur ($p=0,04$). Her iki grupta, operasyon sonrası erken ve geç dönemde görülen istenmeyen yan etkiler Tablo 2'de özetlenmektedir. Takipler sonucu hastalardaki PSA ve prostat hacmindeki yüzde azalma TUR-P yapılan grupta daha fazlaydı. Her iki gruptaki hastaların hiçbirinde inkontinans, erektil disfonksiyon ve üretra darlığı gelişmemiştir. Her iki grupta da IPSS, Qmax ve PMR parametrelerinde anlamlı derecede iyileşme gözlenmiştir.

Sonuç olarak yazarlar, BPH'ya bağlı alt üriner sistem semptomları olan hastaların tedavisinde altın standart olan TUR-P'ye göre KTP lazer tedavisinin daha iyi intraoperatif ve erken post-operatif sonuçlarının olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte, KTP lazer tedavisi erken dönemde daha fazla irritatif semptomlara sebep olmaktadır.

Çevirmenin Yorumu

Bu çalışma, BPH'ne bağlı alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde 120 W KTP lazer ile standart TUR-P'nin orta süreli sonuçlarının karşılaştırıldığı ilk ileriye yönelik randomize çalışmadır ve bu açıdan önemlidir. Bununla birlikte çalışma ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde bazı noktalar dikkat çekmektedir.

1) TUR-P yapılan grupta, kan transfüzyon ihtiyacı %20, TUR sendromu %5 olarak bulunmuş. Literatürde TUR-P sonrası kan transfüzyon ihtiyacı %2-4, TUR sendromu %2 olarak bildirilmektedir. Bu bulgular, TUR-P yapan cerrahların tecrübesinin KTP lazer ya-

panlara göre daha az olduğunu düşündürmektedir. Zaten bu nokta çalışmanın kısıtlayıcı yönleri arasında belirtilmiştir. Cerrahi tecrübesi yüksek bir ekip tarafından TUR-P yapılan hastalar ile KTP yapılan hastalar karşılaştırıldığında transfüzyon gerektiren kanama, kapsül perforasyonu ve TUR sendromu açısından istatistiksel olarak bu kadar anlamlı bir fark olacağını düşünmüyorum.

- 2) Bu çalışmada, 3 yıllık takip sonrasında KTP yapılan grupta %11 oranında tekrar operasyon gereksinimi olduğu bildirilmiştir. Bu hastaların hepsinde prostat boyutunun 80 gr'dan fazla olması, 120 W gücündeki KTP lazer tedavisinin halen büyük prostatlarda etkisiz olduğunu ve büyük prostat hacmi olan hastalara bir tedavi seçeneği olarak önerilmemesi gerektiğini göstermektedir.
- 3) Çalışmada KTP lazer tedavisi sonrası 1. ayda irritatif semptomlar %93,3 oranında görülmüştür (TUR-P sonrası bu oran %30,1). Bu semptomlar, hastanın hayat kalitesini ciddi oranda etkilediği için KTP lazer tedavisi açısından önemli bir dezavantajdır. Çalışmada tedavi sonrası irritatif semptomların sadece 1. ayın sonunda değerlendirilmesi çalışmanın eksik yönlerinden biridir. KTP lazer yapılan hastaların 1. ay sonunda hemen hepsinde görülen irritatif semptomların tedaviden ne kadar sonra düzeldiği bu çalışmada ortaya konulmamıştır.
- 4) Bu çalışmada, TUR-P operasyonu sonrası prostat volumleri ve PSA düzeylerinde anlamlı olarak daha fazla düşüş elde edilmiştir. Bununla birlikte TUR-P ile daha iyi IPSS, Qmax ve PMR elde edilse de, her iki yöntem fonksiyonel sonuçlar açısından benzer olduğu bildirilmiş, fakat istatistiksel gücü gösterilmemiştir. Pre-operatif Qmax değerleri TUR-P olan grupta, daha düşük ve IPSS değeri yine TUR-P olan grupta

daha yüksek olduğu göz önüne alındığında her iki grup IPSS ve Qmax değerlerindeki değişimler açısından incelenseydi anlamlı bir fark bulunabilirdi.

- 5) Bu çalışmada, operasyonların maliyet hesaplanmamıştır. Fakat çalışmanın tartışma bölümünde lazer tedavisinin yüksek maliyetinin kısa hastanede kalış süresi ve işe erken dönüş oranları ile kompanse edilebileceği ileri sürülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizde hastanede kalış ücretlerinin düşük olması nedeniyle KTP lazer tedavisi ülkemiz şartlarında yüksek maliyetli bir tedavi seçeneğidir.

Sonuç olarak, BPH için 120W KTP lazer tedavisi TUR-P ile karşılaştırıldığında ameliyat esnasında ve son-

rası olan kanama ve kan transfüzyon oranlarını anlamlı olarak azaltmaktadır. Bununla birlikte, gücü arttırılmış 120W KTP lazer tedavisi için halen daha uzun operasyon süreleri gerekmektedir ve 80 gramdan büyük prostatlarda tekrar tedavi gereksinimleri yüksektir. Ameliyat sonrası hastalarda, yüksek oranda görülen irritatif semptomlar ve işlemin maliyeti nedeniyle, BPH için 120W KTP lazer tedavisi kanama bozukluğu olan veya antikoagülan kullanan hastalara saklanmalıdır.

Çeviri:

Dr. Murat Binbay, Dr. Ahmet Y. Müslümanoğlu
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği, İstanbul



*pediatrik
ürolithiazis kursu
14-15 Ocak 2011*



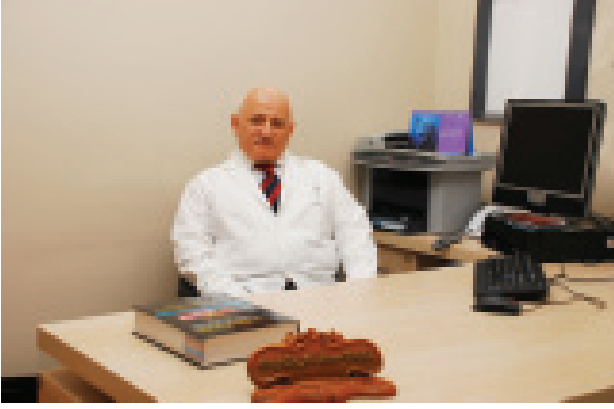
**KEÇİÖREN EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANKARA**

“ENDO UROLOJİ” YÖNÜYLE KLİNİKLERİMİZİ VE MESLEKTAŐLARIMIZI TANIYALIM

Haziran 2010

S. B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği





Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği ne zamandan bu yana hizmet vermektedir?

Hastanemizin 2000 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanesine dönüştürülmesi ile Üroloji Kliniği kurulmuştur. 2001 yılında şef olarak atanmam ile eğitim ve araştırma faaliyetleri başlamıştır.

Kliniğimiz, 19 hasta yatağı, üç genel poliklinik, üroonkoloji, taş hastalıkları, androloji, kadın ürolojisi ve çocuk ürolojisi yan dal poliklinikleri, androloji laboratuvarı, ürodinami, ESWL ve ultrasonografi ünitelerinde beş uzman, dokuz asistan hekim ve altı hemşire ile hizmet sunmaktadır.

Kliniğimizin, haftada beş gün, iki ameliyathane kullanım imkanı mevcuttur. Ameliyathanelerimiz, biri high definition sistem olmak üzere, iki adet laparoskopi seti,



bipolar-monopolar TUR sistemleri, rijid ve fleksibl üreterorenoskoplar, fleksibl sistoskoplar, pnömomatik, holmium laser ve ultrasonik taş kırma cihazları, skopi ve Da Vinci robotik sisteme sahiptir. Yıllık ameliyat sayımız 1700 civarında olup, bunların yaklaşık yüzde 40'ı A grubu ameliyattır. Perkütan nefrolitotomi, kaparoskopik ameliyatlara, tek port laparoskopik ameliyatlara ve robotik ameliyatlara rutin olarak yapılmaktadır.

Eğitim ve araştırma faaliyetlerimiz, her yıl artarak devam etmektedir. Kliniğimizde, kuruluşundan bugüne kadar yabancı dergilerde 50'den fazla makale yayınlanmıştır.

Hedefimiz, sağlık hizmeti sunumunda, eğitim ve araştırmada dünya standartlarının üzerine çıkmaktır. Kliniğimize bu imkanları sağlayan Bakanlığımız, Valiliğimiz, İl Özel İdaresi, İl Sağlık Müdürlüğümüz ve Başhekimliğimize teşekkür ederim.

Endoürolojideki birçok cerrahileri gerçekleştirdiğini duyuyoruz. Endoürolojideki cerrahi uygulamalar mesela PNL ve laparoskopi ne zamandır gerçekleştiriliyor?

Kliniğimizin eğitime başladığı tarih olan 2001 yılından beri endourolojik uygulamalar yapılmaktadır. Bu tarihten 1-2 yıl sonra perkütan nefrolitotomi ameliyatlara, daha sonrada laparoskopik ameliyatlara başlandı. Fleksibil üreterorenoskopi, tek port dahil tüm laparoskopik girişimler ve son olarak robotik ürolojik ameliyatlara yapılmaktadır.



Bölümünüzde herkes Endoüroloji ile ilgili mi? Yoksa alt seksiyonlaşma ile görev dağılımı söz konusu mu?

Kliniğimizde herkesin daha fazla ilgilendiği konular mevcut olmakla beraber, endoürolojik girişimlerle tüm uzmanlarımız, yoğunluğu farklı oranlarda olsa da ilgilenmektedirler.

Laparoskopi ve PNL üzerindeki ulusal veri tabanı oluşturulması ve buna bakış açınız nedir?

Bilgilerin ve sonuçların paylaşımı ve yayınlanması için veri tabanları oluşturulması gereklidir.

- Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı kimdir?

1959 Rize doğumluyum. İlk ve orta öğretimimi Samsun’da tamamladım. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesini bitirdim. 1982-1984 yıllarında Diyarbakır’da mecburi hizmetimi tamamladım. 1988 yılında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde üroloji uzmanı oldum. Vakıf Gureba Hastanesinde başasistan olarak 1998-1999 yılları arasında çalıştım. 1993 yılında doçent oldum. 1999 yılında Kahramanmaraş Üniversitesi Tıp fakültesinde

profesör kadrosuna atandım. 2001 yılına kadar bu üniversitede anabilim dalı başkanlığı, sağlık bilimleri enstitüsü müdürlüğü, tıp fakültesi Dekanlığı görevlerinde bulundum. 2001 yılından bugüne kadar Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktayım. 2001-2004 yıllarında hastanemiz Başhekimlik görevinde bulundum.

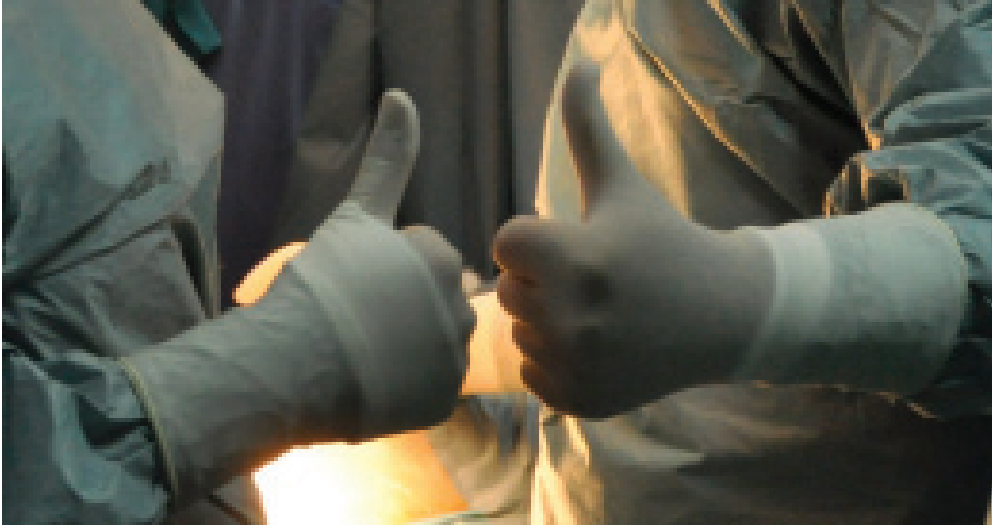
- Neden bu alana yöneldiniz?

Uzun yıllar Androloji ile ilgilendim. Gelişen süreçte endouroloji ilgi alanım oldu. Bu alanı seçmemde özel bir nedenim yok. Üroloji pratiğinde yoğunluklu hasta gurubunun bu alanda olması etkili olmuş olabilir.

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve araştırma Hastanesinde çalışıyor olmak nasıl bir duygu? Keyifli noktaları neler? Sıkıntıları nedir?

Hastanemiz yeni bir hastane olmasına rağmen teknik donanım, kadro ve alt yapı olarak yeterli kapasitededir. Çalışma imkan ve ortamımız çok rahat. Hasta sayısı ve çeşitliliği çok fazla. Hastanemi seviyorum ve burada çalışmaktan mutluyum.

ENDOÜROLOJİ DERNEĞİ 1e1 YERİNDE CANLI LAPAROSKOPI EĞİTİMİ 2010 BAHAR PROGRAMI



Endoüroloji Derneği'mizin mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının önemli adımlarından ve ülkemizde ilk organize edilmiş olma özelliğine sahip 1e1 Yerinde Canlı Laparoskopi eğitim programımız, Şubat-Mayıs 2010 döneminde her birisi dört merkezden oluşan iki bölgede başarılı şekilde tamamlandı. Mezuniyet sonrası meslek örgütü düşüncemiz ile değerli meslektaşlarımıza ürolojik laparoskopi konusunda en başından uygulamaya dek teorik ve pratik bilgiyi birebir verebilme temelinde hazırlanmış 1e1 Yerinde Canlı Laparoskopi eğitim programımıza katılan kursiyer meslektaşlarımız, eğitim bölgelerimiz ve büyük bir amatör ruh ve özveri ile katkıda bulunan değerli eğitmenlerimiz Tablo'da özetlenmiştir. Özellikle laparoskopik eğitimin temellerinden olan "Kuru Laboratuar"da, 20-24 saat farklı modellerde ve eğitmen gözetiminde birebir intrakorporeal alanda iki boyutlu görüntü eşliğinde dikiş ve düğüm atma yeteneğini kazanma ve hızlandırma (Resim-1); "Domuz Laboratuar"ında eğitmenin birebir gözetiminde intrakorporeal canlı dokuda pnömoperitoneum oluşturma, laparoskopik manipülasyon, dikiş ve düğüm atma ve

laparoskopik nefrektomi uygulama eğitimlerini de içine alan (Resim-2a, -2b) ve beraberinde adım adım farklı disiplinlerdeki laparoskopik cerrahi (radikal prostatektomi, radikal nefrektomi, pyeloplasti gibi) uygulamaları hastanın ve ameliyathanedeki tüm detayların hazırlanması, canlı ameliyatları yerinde ameliyathanede interaktif takip etme ve yerine göre katılabilme (Resim-3a, -3b, -3c) ve hastanın takiplerini de içeren eğitim modelimize (Resim -3d) toplam 7 meslektaşımız katılmış ve başarı ile tamamlamıştır.



Resim 1



Resim 2a



Resim 3b



Resim 2b



Resim 3c



Resim 3a



Resim 3d

Kursiyer meslektaşlarımız

Dr. Hatem Kazımoğlu
Sani Konukoğlu Hastanesi - Gaziantep

Dr. Gürhan Gökçe
Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi - Gaziantep

Dr. Hasan Erdal Doruk
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi- Mersin

Dr. Ozan Efesoy
Toros Devlet Hastanesi - Mersin

Eğitim Bölgeleri ve Eğitimcilerimiz

Antalya, 19-20 Şubat 2010
Tibet Erdoğru, Mutlu Ateş
(Resim-1)

Bursa, 12-13 Mart 2010
Bülent Oktay, İsmet Yavaşcaoğlu, Hakan Vuruşkan

İzmir, 2-3 Nisan 2010
Erdal Apaydın, Burak Turna

Ankara, 2-3 Nisan 2010
Yaşar Özgök, Lütfi Tunç, Selahattin Bedir

Kursiyer Meslektaşlarımız

Dr. İ. Orkunt Ayaz
Medical Park Bahçelievler Hastanesi - İstanbul

Dr. Kazım Bilecen
Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi - Gaziantep

Dr. Hüseyin Ergin
Özel Sultan Hastanesi, Diyarbakır

Eğitim Bölgeleri ve Eğitimcilerimiz

İstanbul –Cerrahpaşa-, 19-20 Şubat 2010
Veli Yalçın, Öner Şanlı

İstanbul – Bakırköy-, 12-13 Mart 2010
Ali İhsan Taşçı, Volkan Tuğcu

İstanbul –Haseki-, 2-3 Nisan 2010
A. Yaser Müslümanoğlu, Murat Binbay

Ankara, 2-3 Nisan 2010
Yaşar Özgök, Lütfi Tunç, Selahattin Bedir

Bu eğitim programında her farklı disiplinde

- Uygulanacak eğitimin ve ameliyat tekniğinin teorik ve interaktif olarak anlatımı (Resim-4), hastanın hazırlanması, ameliyat masasının içeriği, ameliyathanedeki ekipman ve bunların yerleşimleri
- Uygulanan ürolojik laparoskopi ile ilgili tüm teknik

detayların ameliyathanede ve trokar yerleştirme teknik detaylarının demonstrasyonu (Resim-5)

- Öğleden önce ameliyatın ameliyathanedeki takip edilmesi ve laparoskopi uygulamasının her adımında birebir soru-cevap ile adım adım eğitim ve ameliyatın tamamlanması (Resim-6a, -6b)



Resim 4



Resim 5



Resim 6a



Resim 6b



Resim 7

- Öğlen yemeği (Resim-7)
- Öğleden sonra programda belirtilen kuru laboratuvar uygulamalarının kursiyerlerin bizzat gözetim altında uygulaması (Resim-8a, -8b, 8c)



Resim 8a



Resim 8b



Resim 8c

- Son basamakta domuz laboratuvarında Prof. Dr. Yaşar Özgök ve Doç. Dr. Selahattin Bedir gözetiminde canlı dokuda intrakorporal manipülasyonların pekiştirilmesi ve laparoskopik nefrektomi uygulaması (Resim-9a, -9b, 9c)



Resim 9a



Resim 9b



Resim 9c

Eğitim programımızın en temel özelliklerinden birisi olan zamanlama ve dolayısıyla çalışma yaşamlarında aksaklık ve kesinti oluşturmaksızın böyle bir eğitim programına katılabilme ve faydalanmayı esas alınmıştır. Bu nedenle hafta sonlarında düzenlenen eğitim progra-

mımızın ayrı ayrı birçok merkezde alt yapısının oluşturulmasında amatör ruhlar ve gerçek bir eğitim gönüllüsü olarak eğitimimize katılan değerli eğitmenlerimizin hepsine can-ı gönülden teşekkür ederiz.

“1e1 Yerde Canlı Laparoskopi Eğitimi” Bahar 2010 dönemindeki bazı katılımcı meslektaşlarımızın geri bildirimlerinden:

“Antalya - Bursa - İzmir - Ankara” Bölümü

Endoüroloji Derneği tarafından düzenlenen, 1e1 yerinde canlı laparoskopi kursuna katılmaktan büyük mutluluk duyuyorum. Büyük bir özveri ve emekle hazırlanmış bu kursta sayın hocalarım ve eğitmenlerin laparoskopik cerrahi eğitimi ve öğretimi için her türlü çabayı gösterdiklerini gördüm. Geç saatlere kadar yanımızda kalarak bilgilerini bizimle paylaşan, eğitmeye ve öğretmeye çalışan, tatil günlerinde bizimle olan, başta sayın hocalarım ve eğitmenler olmak üzere, kursta emeği geçen herkese teşekkür ederim. Her şey mükemmeldi. Tam anlamıyla öğretmeye yönelik düzenli ve özverili hazırlanmış bir programdı. Eğitim kutularında eksik yoktu. Sosyal yönü ile de hatırdakalacak bir program.

Dr. Hatem Kazımoğlu

Sani Konukoğlu Hastanesi - Gaziantep

20-21 Şubat 2010'da Antalya'da yapılan, 1e1 Canlı Laparoskopi kursunun ilk ayağı ile eğitime başladım. Bu kurs sonunda anladım ki ben laparoskopik cerrahi yapabilirim. Organizasyonda bir tek daha erken vakitte Antalya'ya gelmek isterdim. Onun dışında her şey mükemmeldi. Eğitmenlerimizin tümü bize laparoskopik cerrahinin zor olmadığını; sadece biraz emek istediğini ve bu işin üstüne eğilirse başaracağımıza inandırdılar. İlk başlarda zorlanmama rağmen bir süre sonra elim intrakorporeal laparoskopik dikiş ve düğüm atmaya alıştı. Bu eğitimin son ayağı olan Ankara programının şahsım adına çok verimli geçtiğini söyleyebilirim. Bu eğitim programının tamamında, bize bilgilerini ve deneyimlerini aktaran tüm hocalarıma teşekkür ederim. Adım adım farklı disiplinlerdeki laparoskopik tekniklere yerinde kavrama ve toplam 18-20 saat süren kuru, laboratuvar çalışmalarımız sonrasında Ankara ayağındaki hayvan laboratuvarında domuza nefrektomi yaptuktan sonra ürolojik laparoskopiyi yapabileceğimi anladım ve bu bana güven getirdi. Biliyorum ki daha yolun çok çok başındayım ve bu işi layıkıyla (hakıyla) yapabilmek için daha çok çalışmam ge-

rek ve ben şu ana kadar bana öğrettikleriniz ışığında bilgi ve becerilerimi geliştirmek adına elimden gelen her şeyi bundan sonra da yapmaya çalışacağım. Teşekkürler...

Dr. Gürhan Gökçe

Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi - Gaziantep

1e1 laparoskopi kursuna katılmamdaki temel amacım, el becerilerimi geliştirmek ve bu işlemlere başlayabilme cesaretini kazanabilmektir. Yurtdışında bir iki merkez dışında hiç bir yerde gözlemci statüsünde bulunanlara cerrahi işlem yaptırılmadığı da bir başka gerçektir. Daha önce de başka kurslara katılmıştım; ancak katılımcı sayısının fazlalığı nedeniyle çok verimli geçmemişti.

Bu kursta ilk ayakta Antalya'da, Prof. Dr. Tibet Erdoğan ile başladık. Sayın Erdoğan, iki tam gününü gece ve gündüz olmak üzere bize ayırdı. Hem ameliyatlara katılabildik, hem de eğitmenliğinde ve gözetiminde el becerilerimizi geliştirecek eksersizler yaptık. Hastaların hazırlanması ve postoperatif bakımları hakkında tartıştık. Buradan ayrılırken bu iş yapılabilir fikrine ve cesaretine sahip olmuştum. İkinci basamak olarak Bursa'da, neredeyse tüm işlemlerini laparoskopik olarak yapan bir klinik görmek heyecan vericiydi. Üçüncü basamak olarak bulunduğumuz Ege Üniversitesi'nde, Sayın Prof. Dr. Erdal Apaydın ve Op. Dr. Burak Turna, oldukça sıcak bir şekilde bizi karşıladı. İki gün boyunca hem ameliyat hem de el becerisi çalışmaları yaptık. Burada tam anlamıyla güven kazandım. Kliniğime döndüğümde iki laparoskopik nefrektomi ve bir laparoskopik böbrek kisti eksizyonunu peşpeşe yaptım. Başarılı işlemler komplikasyonsuz seyretti. Son basamakta ise; Sayın Lütfi Tunç'un gerçekleştirdiği ameliyatlara katıldık. Tekniğinden oldukça faydalandık. Ertesi gün ise GATA'da hayvan laboratuvarında işlemler gerçekleştirdik. Bugün itibarıyla kliniğimde laparoskopik işlemlerin rutin planlamalarını yapıyorum. Bu süreçte, emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hasan Erdal Doruk

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Laparoskopik cerrahi giderek yaygınlaşmakta ve pek çok ameliyatta açık cerrahiye alternatif olmaktan çıkarak standart tedavi yöntemi olmaktadır. Yani, günümüz üroloji uzmanları için laparoskopik cerrahi uygulamak lüks olmaktan çıkarak bir zorunluluk halini almaya başlamıştır. Ancak, laparoskopik cerrahinin bu hızlı yükselişi beraberinde önemli bir sorunu da getirmiştir; eğitim.

“1e1” Yerde Canlı Laparoskopi Eğitim Programı’ ülkemizdeki bu eksiği dolduracak çok önemli bir çalışmadır. Kuru eğitim modellerinde temel laparoskopik becerilerin kazanılmasını ve canlı olarak laparoskopik cerrahinin tüm detaylarının öğrenilmesini sağlayan bu program laparoskopik cerrahi yapmayı düşünen tüm hekimlere önerebileceğim bir eğitim programı oldu. Bu program sayesinde dört farklı ilde farklı cerrahların tecrübeleriyle yapılan ameliyatlara izleme, intraoperatif olarak karşılaşılan güçlüklerin nasıl aşılabileceğini görme ve postoperatif hasta takibini öğrenme şansını elde ettik.

Akşamları yaptığımız sosyal programlarla günün yorgunluğunu attık; eğitim aldığımız merkezlerdeki hocalarımızla, programa katılan meslektaşlarımızla tanışmak, kurs süresi boyunca samimi bir ortamda birlikte vakit geçirmek, mesleki tecrübelerinden istifade etmek beni çok mutlu etti. Hocalarımız tarafından Antalya, İzmir ve Ankara’nın nezh mekânlarında hoş bir şekilde ağırlandık.

Son söz olarak, laparoskopik cerrahiye tüm Türkiye’ye yayma amacı ile her yönüyle eksiksiz bir kurs hazırlayan Endoüroloji Derneği Yönetim Kurulu’na, iki gün boyunca yanımızdan hiç ayrılmayan ve training box’ta saatlerce bıkmadan sütür eğitimi veren Prof. Dr. Tibet Erdoğan ve Op. Dr. Mutlu Ateş’e, kursun İzmir ayağında muhteşem bir ev sahipliği örneği gösteren Prof. Dr. Erdal Apaydın ve doçentlik sınavına günler kala en değerli zamanlarını bizlerle paylaşan Op. Dr. Burak Turna’ya, kusursuz bir domuz laboratuvarı eğitimi ve sosyal program hazırlayan Prof. Dr. Yaşar Özgök’e ve Doç. Dr. Lütfi Tunç, Prof. Dr. Bülent Oktay ile Doç. Dr. Hakan Vuruşkan’a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ozan Efesoy

Mersin Toros Devlet Hastanesi

“İstanbul -Cerrahpaşa, Bakırköy, Haseki - ve Ankara” Bölümü

Toplam 4 farklı yerde verilen 1e1 Laparoskopi Eğitimi programı benim açımdan çok verimli geçti. Her bir bölümde benzer vakalara, farklı yaklaşımları göreyerek laparoskopi ile ilgili kafamdaki soru işaretlerini çoğuna yanıt buldum. Özellikle, dikiş atmak vs konularda kullanılan eğitim kutuları çok faydalı oldu. Bu konudaki önerim, eğitim süresince eğitim kutularının eğitime katılan kişilere zimmetli olarak verilmesi ve bu süreç boyunca sütür atma eğitiminin devam etmesi şeklinde olabilir. Bunun dışında kurs programının Cuma-C.tesi yerine hafta içi herhangi 2 gün olması daha yararlı olabilir. Hafta sonları çoğu hastanede ameliyathaneler kapalı olduğu için vaka bulmak sorun olabiliyor. Kurs çok yararlı ve verimli oldu. Düzenlenmesinde katkısı olan herkese teşekkür ederim.

Dr. İ. Orkunt Ayaz

Medical Park Bahçelievler Hastanesi - İstanbul

Son 10 yıl içerisinde üroloji kendi içinde ciddi bir kabuk değişimi yaşadı. Bugün ihtisası bitirdiğimiz dönemlerdeki ameliyat tekniklerinin neredeyse %70’i değişmiş durumda. Teknolojik gelişmeler, ürolojik cerrahinin şeklini değiştirmiş durumda. Taş cerrahisi açık cerrahiden kapalı cerrahiye dönmüş ve üreterorenoskopi ve perkütan taş cerrahisi açık taş cerrahisinin yerini almıştır. Biliyoruz ki; önümüzdeki dönemde laparoskopik ürolojik cerrahi tekniği de açık böbrek ve radikal prostat cerrahisinin yerini alarak altın standart olacak. Bütün bu yeni ameliyat tekniklerini öğrenmek şüphesiz ki aşamaları birbirini takip eden bir eğitim sürecinin sonunda mümkün olacaktır. Endoüroloji’ye hakim olmadan laparoskopik ürolojiye geçebilmek çokta mümkün değildir. Bütün bunları göreyerek yaklaşık 6 yıl önce üreterorenoskopi kursu, 5 yıl önce de perkütan taş cerrahisi kursları ile bu sahalardaki yeni teknikleri öğrendim ve bugün kliniğimde rutin olarak taş cerrahisini bu tekniklerle uyguluyorum. Artık sıranın laparoskopik cerrahiye geldiği düşüncesiyle Endoüroloji Derneği’nin açtığı farklı kliniklerde 4 aşamalı olarak uygulanacak olan “1e1” Yerde Laparoskopi Eğitim Programına katıl-

mam gerektiğine karar verdim. Daha önce laparoskopik “Burch” ameliyatları yapmıştım. Fakat bu birşey ifade etmezdi. Bu kursun ciddi bir kurs olduğunu biliyordum ve yaklaşık 4 aydır devam ettiğim bu kursta, eğitici olarak görev alan, bu alanda Türkiye'nin en iyisi olduğuna inandığım hocalarımızdan oldukça değerli bilgiler edindik. Hocalarımız, canlı ameliyat ortamında bize yıllar içinde edindikleri bilgi ve tecrübeleri samimi bir şekilde aktardılar. Kursiyer sayısının sınırlandırılmış olması, bizim daha samimi ve rahat bir ortamda teorik ve pratik olarak laparoskopiyi öğrenmemizi sağladı. İlk laparoskopik ameliyatımı kendi kliniğimde "üreter taşı vakasında, retroperitoneal olarak" başarıyla uyguladım ve hastamı iki gün içinde taburcu ettim. Bu kadar kısa sürede bu

ameliyatı yapabilmemiş olmam benim için kursun amacına ulaşmış olduğunun en önemli göstergesidir. Laparoskopik üroloji eğitimi, aşamaları birbirini takip eden bir süreçtir ve biz “1e1” Yerde Laparoskopik Eğitimi ile bu sürecin en önemli aşamasını tamamlamış bulunuyoruz. Eminiz ki; bu eğitim sürecinin devamında Endoüroloji Derneğimiz, “1e1” laparoskopik kursunu tamamlayarak temel eğitimi almış olan biz kursiyerlere, ileriki dönemde öncelik tanıyacaktır. Özverilerinden dolayı hocalarıma teşekkür ediyorum. Ayrıca organizasyon firmasının kursun başarıya ulaşması yönündeki profesyonel gayretleri içinde teşekkür ediyorum.

Dr. Kazım Bilecen

Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi - Gaziantep

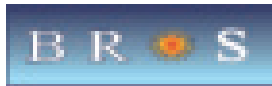
Teşekkür Ederiz

Bu kursun gerçekleştirilmesinde, başından beri büyük özveri ve koşulsuz olarak teknik ekipman desteği ile katkıda bulunan Gentek-Storz firmasına ve organizasyonun eş zamanlı farklı şehirlerde olmasına rağmen her adımındaki ulaşım, konaklama ve tüm organizasyonlarının başarılı şekilde gerçekleşmesini sağlayan Bros Turizm firmasına teşekkür ederiz.

Teknik Ekipman Desteği



Ulaşım – Konaklama - Teknik Organizasyon





ENDOÜROLOJİ DERNEĞİ



25 EYLÜL 2010

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Kocaeli Bölgesel Toplantısı

6 Mart 2010

Endoüroloji Derneği'nin 2010 yılı içinde planladığı dört bölgesel toplantısından ilki olan Kocaeli Bölgesel Toplantısı, 6 Mart 2010 tarihinde başarı ile gerçekleştirildi. Kocaeli Toplantısı ile ilgili Bölgesel toplantımızın başkanlığını ve ev sahipliğini yapan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ali Gökalp hocamız başta olmak üzere, bütün öğretim üyelerine ve araştırma görevlilerine çok teşekkür ederiz.

Bölgesel Toplantımız ile ilgili Prof. Dr. Ali Gökalp hocamızın mesajını sunarız.

Değerli Meslektaşlarım,

Endoüroloji Derneği 2010 yılı Bölgesel Eğitim Toplantılarının ilki 6 Mart 2010 tarihinde Kocaeli'de yapıldı. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı ve Endoüroloji Derneği'nin ortaklaşa düzenlediği bu toplantıda konularında uzman olan hocalarımız, genç mes-



Resim 1



Resim 2

lektaşlarımızla bir araya geldiler. Laparoskopik radikal nefrektominin ve benign prostat hiperplazisinde kombinasyon tedavi seçeneklerinin tartışıldığı ilk oturumu takiben, toplantı salonuna ameliyathaneden canlı bağlantı yapılarak değerli hocalarımız tarafından yapılan laparoskopik radikal nefrektomi ve perkütan nefrolitotripsi operasyonları hep beraber izlendi (Resim-1 ve -2). Akla takılan sorular ameliyat ekibi tarafından anında cevaplandırıldı.

Canlı ameliyat yayınının bitiminden sonra, günün ikinci oturumu başladı. Bu oturumda Laparoskopik pyeloplasti ve antegrad endopyelotomi endikasyonları, komplikasyonları ve uzun dönem sonuçları tartışıldı. Teknik detaylar ve komplikasyonlar ile perkütan nefrolitotripsi gözden geçirildi. Kapanış konuşmaları ile Eğitim Toplantısı sona erdi. Çok önemli konuların her yönü ile tartışıldığı ve katılanlar için çok faydalı olduğuna inandığım bu toplantının sonunda, keyifli bir akşam yemeği ile günün yorgunluğu ve stresi hep birlikte atıldı.

Hepimizin bilgilerini yenileyen ve güncelleyen bu bilimsel toplantıyı düzenleyen Endoüroloji Derneği'ne, bilgilerini bizlerle paylaşan değerli hocalarımıza ve bütün katılanlara, kendim ve arkadaşlarım adına teşekkürlerimizi sunuyoruz.

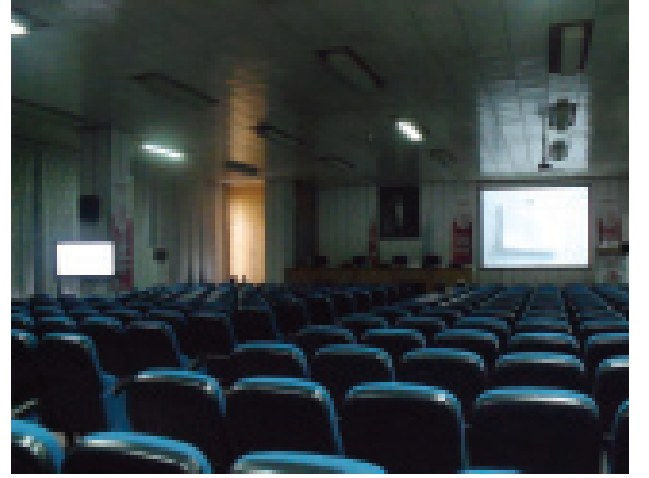
Kocaeli'de tekrar bir arada olmak ümidi ile tüm meslektaşlarıma sevgi ve saygılar.

Prof. Dr. Ali Gökalp
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı



Bursa Bölgesel Toplantısı

5 Haziran 2010



Endo roloji Derneği'nin 2010 yılı içinde planladığı dört bölgesel toplantılarından ikincisi olan Bursa Bölgesel Toplantısı 5 Haziran 2010 tarihinde, Endo roloji Yaz Okulu Bursa döneminin öncesinde organize edilerek, Uludağ  niversitesi'nde başarı ile gerçekleştirildi. Eğitim programlarımızda her zaman daha farklı, daha iyisini yapmayı hedef edinmiş olan Endo roloji Derneği'miz bu bölgesel toplantısında ilk olarak canlı ameliyatlari gerçekleştirecek ve konularındaki tecrübelerini bizlerle paylaşacak olan dünya çapında laparoskopik cerrahi konusunda tanınmiş olan iki ismi misafiri etti. Ülkemize ilk kez böyle bir aktivasyonda yer almak üzere bulunan ve uluslararası camiada ürolojik laparoskopi konusunda "duayen" olarak kabul edilen Prof. Dr. Richard Gaston ve Prof. Dr. Jens Uwe Stolzenburg'u misafiri etmek hepimizi çok mutlu etti. Kendilerine karşılıksız olarak davetimizi kabul ettikleri ve müthiş laparoskopik tecrübelerini bizlerle paylaştıkları için tekrar teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Richard Gaston, Fransa

Prof. Dr. Jens Uwe Stolzenburg, Almanya



Bursa Bölgesel Toplantısının gerçekleştirilmesinde yardımlarını ve desteklerini en üst seviyede bize sunan ve Bölgesel Toplantımızın başkanlığını ve ev sahipliğini yapan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Bülent Oktay hocamız başta olmak üzere bütün öğretim üyelerine ve araştırma görevlilerine çok teşekkür ederiz.

Bölgesel Toplantımız ile ilgili Prof. Dr. Bülent Oktay hocamızın mesajını sunarız.

Değerli Meslektaşlarım,

Bursa'da endoüroloji ve eğitim açısından mükemmel bir hafta olarak nitelenecek bir haftayı, 5-12 Haziran 2010 tarihleri arasında, Bursa Bölgesel Toplantısı ve Endoüroloji Yazokulu birinci basamağı ile yaşatan Endoüroloji Derneği'ne, Bursa Bölgemiz ve Anabilim Dalı'mız adına sonsuz teşekkürlerimi sunarak yazıma başlamak istiyorum.

Endoüroloji Derneği Yönetim Kurulu'nda birlikte görev yaptığım meslektaşlarımdan Prof. Dr. Tiber Erdoğru, Bursa'daki yazokulu öncesinde bir bölgesel toplantı ile eğitsel aktivitenin taçlandırılması ve bu bölgesel toplantıda da dünyaca ünlü ve birbirinden değerli iki konluğu misafir etmeyi teklif etti. Bu teklif sonrasındaki heyecanım, davet ettiğini ve geleceklerinin onayını aldığı Prof. Dr. Ricahrd Gaston ve Prof. Dr. Jens Uwe Stolzenburg'un isimlerini duyduğumda daha da arttı ve çok mutlu oldum. Ülkemizde ilk kez canlı ameliyat yapmak

için bulunacak olan bu iki ismi, tecrübelerini yakından izleyerek sorular sorabilme ve güzel konferanslarını dinleme fırsatı yanında, bu iki isim ile sadece bilimsel ortamda değil, sosyal ortamda da beraber olabilme ve daha da yakından tanıma fırsatını bulduğumuz için ayrıca çok sevinçliyim.

Toplantımızda bir gün önce İstanbul'dan Prof. Dr. Veli Yalçın ve Prof. Dr. Tiber Erdoğru refakatinde Bursa'mızda karşıladığımız misafirlerimizle güzel bir akşam yemeğinde görüşme ve yakınlaşma fırsatını bulduk (Resim-1a, -1b). Ertesi gün sabah Uludağ Üniversitesi Rektörü'nün tahsis ettiği toplantı salonunda, yaklaşık 100 sayısına ulaşan meslektaşımızla beraber, Stolzenburg'un laparoskopik ekstraperitoneal radikal prostatektomide uyguladığı intrafascial sinir koruyucu yaklaşımın, tüm detaylarını ve sonrasında Gaston'un laparoskopik sakrokolpopeksi ve promontofiksasyon ameliyatındaki müthiş disseksiyon tekniği ve cerrahi performansını izleme olanağı bulduk (Resim-2). Canlı bağlantının görsel ve işitsel mükemmel kalitesi ile ameliyatlardaki tüm anatomik detayları izlemek ve rahatlıkla soru-cevaplarla ameliyatlara interaktif katılabilmek toplantının verimini daha da arttırdı (Resim-3). Canlı bağlantıyı ameliyathane-den koordine eden Doç. Dr. Hakan Vuruşkan'ın "Bursa, Bursa olalı böyle laparoskopik disseksiyon görmedi" ifadesini doğrular şekilde geçirilmiş, açık histerektomi ameliyatına ikincil intraperitoneal yapışıklıkların olmasına rağmen 65 dakika gibi bir sürede ve demonstratif bir disseksiyonla gerçekleştirdiği ameliyat salonda "çıt"



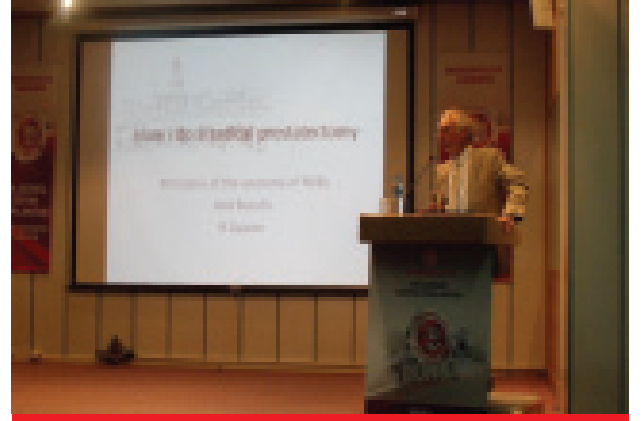
Resim 1a



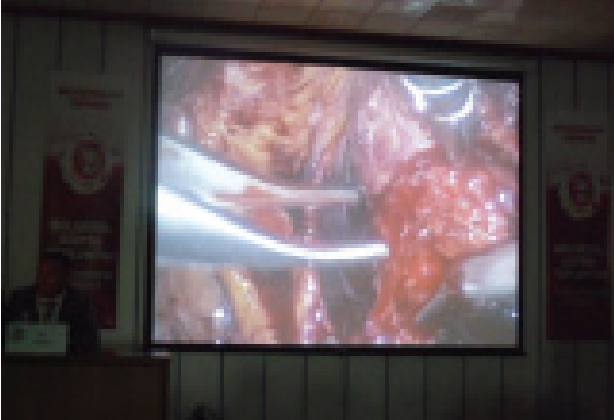
Resim 1b



Resim 2



Resim 5a



Resim 3



Resim 5b



Resim 4

çıkmadan ve tam doluluk ile takip edildi.

Canlı ameliyat yayınları sonrası, bu ameliyatların mükemmelliğini heyecanla izlemekten oldukça acıkmış

olan bizleri bahçede hazırlanmış Bursa Uludağ döneri bekliyordu (Resim-4). Öğlen, güzel hava altında gerçekleştirilen bu aradan sonra, iki misafirimiz laparoskopik ve robotik radikal prostatektomide uyguladıkları sınır koruyucu tekniklerin tüm detaylarını ve sonuçlarını, onkolojik ve fonksiyonel sonuçların optimizasyonunda dikkat edilecek önemli noktaları içeren konferansları hepimiz için çok öğretici idi (Resim-5a, -5b).

Endoürolojinin genç jenerasyonunu bu güzel toplantıda misafir etmek ve endoürolojiye gönül veren genç meslektaşlarımızın güzel ve son derece aktüel bilgiler ile donatılmış konuşmaları ile Bursa Bölgesel Toplantısı tamamlandı. Ertesi gün gerçekleştirilen “Endoüroloji Pazar Pikniği” ve bunun ardındaki hafta boyunca devam eden “Endoüroloji Yazokulu” ile bilimsel, eğitsel ve sosyal açıdan endoüroloji ile dolu bir haftaya devam edildi.

Bursa'da bizlere ve katılımcı meslektaşlarımıza böylesine ilklele dolu bilimsel aktiviteleri yaşatan Endoöroloji Derneği'ne ve bu organizasyonlarda emeği geöen herkese iöten teŖekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Bülent Oktay
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı



6. Perkütan Renal Cerrahi Kursu, Ankara

6 – 7 Mayıs 2010

Endoüroloji Derneği'nin ulusal kongresinin bilimsel programında olmadığı yıllardır, geleneksel şekilde gerçekleştirdiği Perkütan Renal Cerrahi Kursu, geçtiğimiz kurslardakinden farklı olarak Ankara'da iki farklı merkezde başarılı şekilde gerçekleştirildi. Endoüroloji Derneği'mizin kurs başkanı olma davetini kabul ederek, kursun başarılı şekilde organize edilmesinde büyük emeği olan Prof. Dr. Veli Yalçın hocamıza teşekkür ederiz.

Kurs Başkanı Prof. Dr. Veli Yalçın'ın kurs hakkındaki yazısını sunarız.

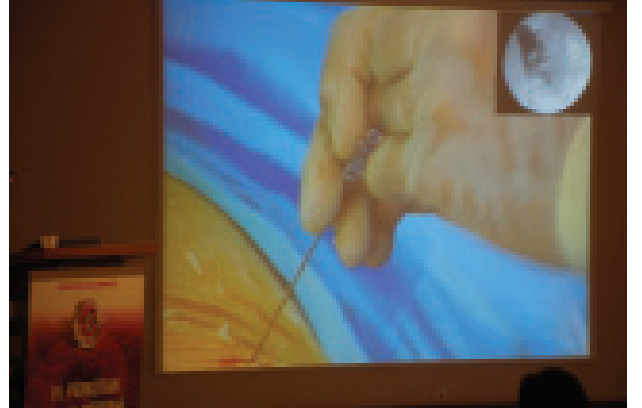
6. Perkütan Renal Cerrahi Kursu ardından,

Endoüroloji Derneği'nin geleneksel kurslarından Perkütan Renal Cerrahi kursunun bu yıl 6.'sının yapılması konusunda yönetim kurulumuzun aldığı karar gereği, Ankara'da 6 Mayıs 2010 Keçiören Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nde, 7 Mayıs 2010 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında yapılmasına karar verilmişti. Bu şekilde organize edilmesi planlanan kursun başkanlığı görevi de bana verildi.

Amacımız, Ankara ve yakın çevresinde bu konuya ilgi duyan arkadaşların, hem eğitilmek hem de eğitmek amaçlı olarak bir araya gelmesini sağlamak ve son zamanlarda gergin olan üroloji atmosferini Endoüroloji Derneği'nin uzlaşıcı ve sıcak yaklaşımları ile bilimsel ve sosyal bir ortam oluşturarak serinletilmesine katkıda bulunmaktır.

Gerekli hazırlıklar sonrası, 6 Mayıs'ta sabah Keçiören Araştırma ve Eğitim Hastanesi Üroloji Klinik Şefi Doç. Dr. Ali Ünsal'ın sıcak karşılama ve misafirperverliği sonrası, program saat 08.30'da İstiklal marşı, saygı duruşu ve açılış konuşmaları ile başladı. Sabah ilk oturum Prof. Dr. Mut Şafak başkanlığında, Dr. Ömer Faruk Bozkurt tarafından "Hasta ve ameliyat hazırlığı, alet ve gereçler" ve Prof. Dr. Bora Küpeli tarafından da "Litotriptörlerin avantaj ve dezavantajları" konuları anlatıldı. Yine Mut Şafak hocamızın moderatörlüğünde ameliyathaneye can-

lı bağlantı ile 7 yaşındaki olguda nonopak taşlara alt pol girişi ile sağlanan access ile (Resim-1) perkütan cerrahi ameliyatı Doç. Dr. Ali Ünsal tarafından başarılı ve oldukça interaktif şekilde gerçekleştirildi (Resim-1). Daha sonra eğitim programına Doç. Dr. Ali Ünsal "Access teknikleri", Prof. Dr. Tiber Erdoğru ise "Farklı kalıs ve kalıs divertikülü taşlarına perkütan girişim" başlıklı konuşmaları oldukça bol soru ve cevaplı şekilde katkılarla anlatılarak devam edildi. Öğlen sonrası, Doç. Dr. Ali Ünsal başkanlığında Prof. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu tarafından canlı ameliyat bağlantısı ile yetişkin olgudaki alt kalıs ve pelvis taşına alt kalıs girişi ile access yapıldı (Resim-2). Bu olguda monoplanar ve biplanar giriş tekniği



Resim 1



Resim 2



Resim 3a



Resim 4



Resim 3b

fazlası ile interaktif şekilde tartışıldı. Ameliyatta, litotriptör olarak hem pnömotik ve ultrasonik kombinasyonlu cihaz kullanıldı, litotriptör cihazlar tüm yönleriyle ve mükemmel net ve aksaksız ameliyat görüntüleri eşliğinde tartışıldı (Resim-3a, -3b). Bu aşamada, emniyet rehber tel ile ilgili bilgiler oldukça yararlı oldu.

Son oturum, kurs başkanı Prof. Dr. Veli Yalçın tarafından modere edildi. Panelistleri getirdiği enterasan ve eğitici olgular detayları ile tartışıldı. Koral taşı, enfeksiyon ve taşı olgular ile nefroplevral fistül olgusu tartışıldı. Bu güne ait değerlendirmeler hem kurs esnasında hem de kahve molalarında birebir ya da grup halinde eğitimciler ve eğitilenler ile tartışılarak doğru bilgilendirilmeler yapıldı. Kahve molalarında, kursa destek veren firmalar (Boston Scientific, Elit Medikal ve Cook-Promed Medikal) ile katılımcılar arasında iletişimler oldukça yoğun idi (Resim-4).

Kurs akşamı eğitimciler ve Ankara'lı dostlarımız ile iyi ve keyifli bir akşam yemeği sonrası, ertesi gün saat 8.30'da Hacettepe Hastanesi'nde buluşuldu. Prof. Dr. Haluk Özen ve Prof. Dr. Ali Ergen hocalarımızın sıcak karşılamaları ve Prof. Dr. Haluk Özen hocamızın açılışa katkıları ile program başlatıldı. Doç. Dr. Kubilay İnci'nin "PNL ile ilgili anatomik bilgiler" anlatımını takiben Prof. Dr. Sinan Zeren'in yapacağı canlı ameliyat için ameliyathaneye bağlanıldı. Pediatrik olgudaki orta ve alt kalıs taşları ile pelvis taşına perkütan yapılan tek giriş ile "Y" girişi tekniği, çok deneyimli arkadaşımız tarafından başarı ile uygulanarak, oldukça takdir topladı. Bu güzel ameliyat sonrası, Prof. Dr. Kemal Sarıca başkanlığında, Prof. Dr. Sinan Zeren "Pediatrik olgularda access ve teknik detaylar" ve Doç. Dr. Cenk Bilen "UPJ darlığı ve taşlı olgularda PNL ve endopyelotomi" konularını işlediler.

Öğlen sonrası oturumu Prof. Dr. Sinan Zeren tarafından ameliyathaneye canlı bağlantı ile Doç. Dr. Cenk Bilen tarafından yapılacak, yetişkin olguda pelvis renalis taşı ameliyatına bağlanıldı. Çok sorulu ve deneyimli arkadaşların katkıları ile oldukça yararlı ve başarılı bir ameliyat gerçekleştirildi. Sonraki oturumda Prof. Dr. Ahmet Şahin başkanlığında, "Renal anomaliler de PNL" anlatıldı. "PNL ile ilgili komplikasyonlar" Prof. Dr. Kemal Sarıca, "Komplikasyonlarda tedaviler" de Prof. Dr. Çagatay Göğüş tarafından detaylı bir şekilde eğitilenlerle paylaşılarak anlatıldı.

Son oturumda ise olgular, kifoslu hastada taş, piyonefrozu taşlı olguda, ksantogrolumatoz olgu ve bifid pelvis taşlı olgularda, PNL ve komplikasyonları ve konu

ile ilgili detaylar tek tek soru ve cevapları ile birlikte tartışıldı. Saat 17:00'de normal program bitmesine rağmen eğitilenlerin yoğun dikkatleri ve hala daha bir şeyler öğrenmek için gösterdikleri çaba ve canlı davranışları oldukça takdire şayandı. Saat 18:00'de hala salonda olan 48 kursiyer tam kadro mevcuttu. Kurs başkanı tarafından son olarak kursiyerlere kurs ile ilgili bilgiler, öğütler ve tavsiyeleri sunularak kursu kapatma konuşması yapıldı.

Eğitimcilerin kursiyerleri alkışlaması, sonrada kursiyerlerin eğitimcileri alkışlaması sonrası, herkesin de birlikte bu kursun alt yapısını sağlayan teknik kadroyu ve Bros Turizm Firması adına Yeşim Akın'ı alkışlayarak hep birlikte kurs amacına yönelik başarı ile tamamlanmış oldu.

Nice yeni kurslara.

Endoöroloji Derneği Yönetim Kurulu adına

Prof. Dr. Veli Yalçın

Kurs Başkanı

Endoüroloji Derneği'nin akademik katkılarıyla Türk Üroloji Derneği tarafından hazırlanan

I. Marmara Laparoskopik Eğitim Kursu

Programlı şekilde yılda iki kez yapılması düşünülen, laparoskopik konusunda süregelen eğitim tecrübemizle, akademik ve yapısal katkı sağladığımız Marmara Laparoskopik Eğitim Kursu'nun ilki, 11-14 Mayıs 2010 tarihlerinde, 15 değerli meslektaşımızın katılımı ile tamamlandı.

Laparoskopik ürolojik cerrahi konusunda engin tecrübelerini kursiyerlerimizle paylaşan eğitimcilerimizin verdiği interaktif yapıdaki teorik derslerin sonrasında, 2 gün koyun modelinde, 1 gün ise domuz modelinde oluşturulan ve eş zamanlı 5 hayvan ameliyathanesinde, Olympus ve Covidien firmalarının tam teknik teçhizat desteği ile, laparoskopik hayvan eğitimi gerçekleştirildi. Kurs süresince, iki farklı hayvan modeli üzerinde çalışma fırsatının olması ve kursun son günü bu eğitimleri pekiştirecek şekilde ve "1e1 Laparoskopik Eğitim" modelimizin benzeri niteliğinde iki farklı ameliyathanede ikiye ayrılan transperitoneal ve retroperitoneal laparoskopik nefrektomiden oluşan ve hastanın hazırlanmasından itibaren başlayarak, bazı meslektaşlarımızın birinci ve ikinci asistan şeklinde aktif katılımı ile gerçekleştirilen birbir ameliyatlara katılımla tamamlanması da kursiyerler için pratik çalışma hayatına bu eğitimi nasıl transfer edecekleri açısından önemli bir adımdı (Resim-3).

Kurs başlangıç gününde eş zamanlı kuru laboratuvarlarda hızlı ve etkin intrakorporeal dikiş ve düğüm atma

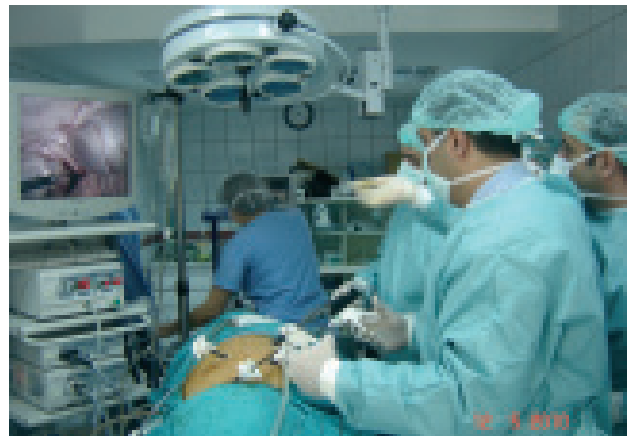
eğitiminde yapıldığı aşamaların tamamlanması kursun içeriği ve başlangıcı açısından ayrı öneme sahipti (Resim-1). Kurs boyunca 3 kişilik takımlardan oluşan toplam 5 takımdaki bütün meslektaşlarımız iki tam bir yarım gün süresince toplam 5 laparoskopik nefrektomi gerçekleştirmiş oldu (Resim-2). Bu eğitimin canlı yerinde birbir benzer ameliyatlara katılımla tamamlanması da kursiyerler için pratik çalışma hayatına bu eğitimi nasıl transfer edecekleri açısından önemli bir adımdı (Resim-3).



Resim 2



Resim 1



Resim 3

Kurs sonrasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi  roloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cavit  zsoy katılımcı meslektaşlarımıza sertifikalarını sade bir törenle verdi.

Başta Türk  roloji Derneği Başkanı sayın Prof. Dr. Ateş Kadioğlu olmak üzere tüm yönetim kurulu üyelerine ve özellikle bu kursun istenilen verimle ve etkin şekilde gerçekleştirilmesi için büyük özveri ile çalışan kurs

sekreterimiz Dr.  ner şanlı'ya ve İstanbul Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Cerrahi Bilimler bölümünün değerli  ğretim üyelerine ve asistanlarına teşekkürlerimizi sunarız.

Endo roloji Derneği Yönetim Kurulu adına
Prof. Dr. Erdal Apaydın
Kurs Başkanı

Challenges²⁰¹¹ in Laparoscopy & Robotics

The European Congress
of Laparoscopy 2011

Some of the most prominent Laparoscopic
Urological Surgeons will perform innovative
live surgery demonstrating the full spectrum
of urological procedures.

9-10-11 June 2011
Leipzig, Germany
The Westin Hotel

Leipzig

Scientific Secretariat

Vincenzo Pansadoro Foundation

Via Aurelia 559, Rome 00165, Italy

Tel +39-06-66418008 Fax +39-06-6630771

Email: info@fondazionevincenzopansadoro.com

Web site: www.fondazionevincenzopansadoro.com

Operative Secretariat

Fedra Congressi

Viale dei SS. Pietro e Paolo 23, Rome 00144, Italy

Tel +39-06-52247328 Fax +39-06-5205625

Email: cil2011@fedracongressi.it

Web site: www.challengesinlaparoscopy.it

Course Directors

Vincenzo Disanto

Bari, Italy

Evangelos Liatsikos

Patras, Greece

Vito Pansadoro

Rome, Italy

Jens Uwe Stolzenburg

Leipzig, Germany



**Fondazione
Vincenzo Pansadoro**
Per la Ricerca Uro-Oncologica

28th World Congress on Endourology and SWL

Tarih: 1 - 4 Eylül 2010
Yer: Chicago, A.B.D.
Tel: +1 (604) 681-2153
Faks: +1 (604) 681-1049
e-posta: wce2010@icsevents.com
Web sayfası: www.wce2010.com

Flexible Ureteroscopy Live Surgery Course

Tarih: 6 Eylül 2010
Yer: Cambridge, İngiltere
Tel: +44 (0)1223 216 376
e-posta: lkb39@medschl.cam.ac.uk

Innovation in Urology

Tarih: 17 - 19 Eylül 2010
Yer: Milan, İtalya
Tel: +31 26 389 0680
Faks: +31 28 389 0684
e-posta: m.koops@uroweb.org
Web sayfası: www.uroweb.org

ERUS'10: European Robotic Urology Symposium

Tarih: 29 Eylül - 1 Ekim 2010
Yer: Bordeaux, Fransa
Tel: +32 (0)3 491 87 46
e-posta: info@erus2010.com
Web sayfası: www.erus2010.com

EAU 6th South Eastern European Meeting (SEEM)

Tarih: 1 - 2 Ekim 2010
Yer: İstanbul, Türkiye
Tel: +31 26 389 0680
Faks: +31 26 389 0684
Web sayfası: www.seem2010.uroweb.org

Minimally Invasive Surgeries in Urology: present and future

Tarih: 12 - 15 Ekim 2010
Yer: Cordoba, Arjantin
e-posta: fau@fau.org.ar
Web sayfası: www.congresourologia2010.fau.org.ar

Türk Üroloji Kongresi

Tarih: 30 Ekim - 3 Kasım 2010
Yer: İstanbul, Türkiye
Web sayfası: www.uroturk.org.tr

3rd ESU Masterclass on Female and functional reconstructive Urology

Tarih: 5 - 7 Kasım 2010
Yer: Berlin, Almanya
Tel: +31 26 389 0680
Faks: +31 26 389 0684
e-posta: esuberlin.uroweb.org

26th Annual EAU Congress

Tarih: 18 - 22 Mart 2011
Yer: Viyana, Avusturya
Tel: +31 (0)26 3891 751
Faks: +31 (0)26 3890 674
e-posta: info@eauvienna2011.org
Web sayfası: www.eauvienna2011.org

4th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate & Kidney Cancer

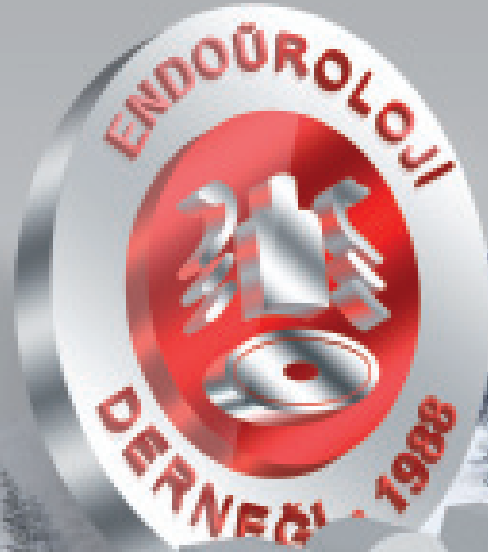
Tarih: 25 - 27 Mayıs 2011
Yer: Amsterdam, Hollanda
Tel: +30 210 7257693
Faks: +30 210 7257532
e-posta: info@focaltherapy.org
Web sayfası: www.focaltherapy.org

Challenges in Endourology

Tarih: 9 - 10 Haziran 2011
Yer: Paris, Fransa
Tel: +30 210 7257693
Faks: +30 210 7257532
e-posta: info@challenges-endourology.com
Web sayfası: www.challenges-endourology.com

Challenges in Laparoscopy and Robotics

Tarih: 9 - 11 Haziran 2011
Yer: Leipzig, Almanya
e-posta: cil2011@fedracongressi.it
Web sayfası: www.challengesinlaparoscopy.it



BURSA

5 HAZİRAN 2010

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ