



TÜRK  
ÜROONKOLOJİ  
DERNEĞİ - 1999



*Bilimin ışığıyla aydınlık yarınlara...*

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**

Xanadu Otel, Belek Antalya



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Başkan

Dr. Mustafa Erman

## Bilimsel Sekreteryaya

Dr. Çağatay Arslan

Dr. Pervin Hürmüz

Dr. İlker Tinay

Dr. Yüksel Ürün

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## BİLİMSEL VE DÜZENLEME KURULU

Dr. Çağatay Arslan

Dr. Cenk Yücel Bilen

Dr. Mustafa Erman

Dr. Saadettin Eskiçorapçı

Dr. İlknur Görken

Dr. Nuri Karadurmuş

Dr. Ender Özden

Dr. Gökhan Özyiğit

Dr. Uğur Selek

Dr. İlker Tinay

Dr. Yüksel Ürün

\*\*\*İsimler soyadı alfabetik sıralamasına göre dizilmiştir.



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

| 13 Aralık 2024   Cuma |  |
|-----------------------|--|
| 13:00 – 13:15         | <b>AÇILIŞ KONUŞMALARI</b><br>Dr. Mustafa Erman, Dr. Nuri Karadurmuş  |
| 13:15 – 13:45         | <b>Mesane Tümörü Oturumu</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Sümer Baltacı, Dr. Uğur Selek   |
| 13:15 – 13:45         | Mesane Kanserinde Güncelleme<br>Dr. Yüksel Ürün  |
| 13:45 – 14:40         | <b>BCG Rezistan Kasa İnvaze Olmayan Yüzeysel Mesane Kanserleri</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Cenk Yücel Bilen  |
| 13:45 – 14:00         | Alternatif İntravezikal Tedaviler ve Sistektomi<br>Dr. Evren Süer  |
| 14:00 – 14:15         | Sistemik Tedavi<br>Dr. Fatih Köse  |
| 14:15 – 14:30         | Radyoterapi<br>Dr. Zümre Arıcan Alıcıkuş   |
| 14:30 – 14:40         | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |
| 14:40 – 15:25         | <b>Astra Zeneca Uydu Sempozyumu</b><br>Zoladex'ten Lynparza'ya Prostat Kanseri Tedavisinin Gelişimi<br>Moderatör: Gökhan Özyiğit<br>Konuşmacılar: Dr. Çetin Demirdağ & Dr. Deniz Tural |
| 15:25 – 16:00         | <b>Kahve Molası</b>  |
| 16:00 – 16:55         | <b>Kasa İnvaze Mesane Kanserleri</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Levent Türkeri, Dr. Deniz Yalman  |
| 16:00 – 16:15         | Perioperatif Sistemik Yaklaşımlar<br>Dr. Özcan Yıldız  |
| 16:15 – 16:30         | Organ Koruyucu Yaklaşım- Radyoterapi<br>Dr. Fulya Ağaoğlu  |
| 16:30 – 16:45         | Radikal Sistektomi Tek Seçenek mi?<br>Dr. Deniz Bolat  |
| 16:45 – 16:55         | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 16:55 – 17:35                     | <b>Metastatik Ürotelyal Kanserler</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Süleyman Ataus, Dr. Meral Kurt                |
| 16:55 – 17:10                     | <b>Birinci Basamak Tedavi Kararı</b><br>Dr. Deniz Tural   |
| 17:10 – 17:25                     | İkinci Basamak ve Sonrası<br>Dr. Murat Sarı   |
| 17:25 – 17:35                     | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |
| 17:35 – 18:45                     | <b>Multidisipliner Tümör Konseyi</b><br>Moderatör: Dr. Sinan Sözen  |
| 17:35 – 17:50                     | Vaka Sunumu<br>Dr. Metin Demir  |
| 17:50 – 18:35                     | Panelistler<br>Dr. Mert Başaran, Dr. Şefik İğdem, Dr. Güven Aslan   |
| 18:35 – 18:45                     | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |
| 18:45 – 19:45                     | <b>Sözel Bildiri Oturumu</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Kâmil Fehmi Narter, Dr. Hasan Şenol Coşkun             |
| <b>14 Aralık 2024   Cumartesi</b> |   |
| 08:30 – 09:25                     | <b>Prostat Kanseri Tanı ve Evreleme</b><br>Oturum Başkanları: Dr. Nilgün Özbek Okumuş, Dr. Nil Molinas Mandel |
| 08:30 – 08:45                     | Radyolog Olmayanlar İçin Prostat MR'ı<br>Dr. Ali Devrim Karaosmanoğlu   |
| 08:45 – 09:00                     | Evreleme ve İzlemede PSMA PET<br>Dr. Elif Özdemir   |
| 09:00 – 09:15                     | Güncel Biyopsi Teknikleri<br>Dr. Can Öbek   |
| 09:15 – 09:25                     | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                      |   |
|----------------------|---|
| 09:25 – 10:35        | <b>Lokalize Prostat Kanseri</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Haluk Özen, Dr. Sevil Bavbek, Dr. Serdar Özkök</b>   |
| 09:25 – 09:40        | Aktif İzlem ve Fokal Tedavi<br><b>Dr. Serdar Çelik</b>  |
| 09:40 – 09:55        | Cerrahi<br><b>Dr. İlker Tinay</b>   |
| 09:55 – 10:10        | Radyoterapi<br><b>Dr. Gökhan Özyiğit</b>  |
| 10:10 – 10:25        | Sistemik Tedavi ve Genomik Testlerin Kullanımı<br><b>Dr. Burak Yasin Aktaş</b>  |
| 10:25 – 10:35        | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |
| <b>10:35 – 10:55</b> | <b>Kahve Molası</b>   |
| 10:55 – 11:40        | <b>Recordati Uydu Sempozyumu</b><br><b>Prostat Kanserinde cN1 Hastaya Multidisipliner Yaklaşım ve Eligard'ın Etkililiği</b><br><b>Dr. Mehmet Ali Nahit Şendur</b><br><b>Dr. Can Öbek</b><br><b>Dr. Hüseyin Cem Önal</b> |
| 11:40 – 12:25        | <b>Lokal İleri Prostat Kanseri Tümör Konseyi</b><br><b>Moderatör: Dr. Hüseyin Cem Önal</b>  |
| 11:40 – 11:55        | Vaka Sunumu<br><b>Dr. Ayberk Beşen</b>  |
| 11:55 – 12:25        | Panelistler<br><b>Dr. Ozan Cem Güler, Dr. Saadettin Eskiçorapçı, Dr. Murat Tuncel</b>   |
| 12:25 – 12:35        | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |
| <b>12:35 – 13:30</b> | <b>Öğle Yemeği</b>  |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                      |  |
|----------------------|--|
| 13:30 – 14:10        | <b>Adjuvant ve Kurtarma Tedavileri</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. İlknur Bilkay Görken</b>   |
| 13:30 – 13:45        | RT Sonrası<br><b>Dr. Sertaç Yazıcı</b>   |
| 13:45 – 14:00        | RP Sonrası<br><b>Dr. Duygu Sezen</b>   |
| 14:00 – 14:10        | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |
| <b>14:10 – 14:40</b> | <b>Kahve Molası</b>  |
| 14:40 – 15:25        | <b>Astellas Uydu Sempozyumu</b><br><b>Nonmetastatik ve Metastatik Kastrasyon Dirençli Prostat Kanseri Hastalarında Enzalutamid Kullanımı</b><br><b>Dr. Sümer Baltacı</b><br><b>Dr. Dilek Erdem</b> |
| 15:25 – 16:40        | <b>Metastatik Prostat Kanseri</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Çağ Çal, Dr. Enis Özyar</b>   |
| 15:25 – 15:40        | Kastrasyon Naive Hastalıkta Sistemik Tedavi: Eskalasyon/ Deeskalasyon<br><b>Dr. Çağatay Arslan</b>   |
| 15:40 – 15:55        | Radyoterapinin Yeri<br><b>Dr. Pervin Hürmüz</b>  |
| 15:55 – 16:10        | Kastrasyon Dirençli Hastalıkta Tedavi Yaklaşımı<br><b>Dr. Sema Sezgin Göksu</b>  |
| 16:10 – 16:25        | Prostat Kanserinde Radyonüklid Tedaviler<br><b>Dr. Özlem Küçük</b>   |
| 16:25 – 16:40        | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |
| 16:40 – 17:50        | <b>Erken Evre Testis Tümörü: Multidisipliner Tümör Konseyi</b><br><b>Moderatör: Dr. Oktay Üçer</b>   |
| 16:40 – 16:50        | Vaka Sunumu (Evre 1 ve Evre 2)<br><b>Dr. Mutlu Hızal</b>   |
| 16:50 – 17:40        | Panelistler<br><b>Dr. Züleyha Akgün, Dr. Mehmet Akif Öztürk, Dr. Yakup Kordan</b>  |
| 17:40 – 17:50        | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|               |   |
|---------------|---|
| 17:50 – 18:50 | <b>Sözel Bildiri Oturumu</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Güzin Gönüllü Demirağ, Dr. Bora Özveren</b> |
|---------------|---|

|               |  |
|---------------|--|
|               | <b>15 Aralık 2024, Pazar</b>   |
| 08:45 – 09:00 | <b>Akılcı İlaç Sunumu</b><br><b>Dr. Ender Kalacı</b>   |
| 09:00 – 09:40 | <b>Metastatik Testis Tümörü Oturumu</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Vildan Kaya, Dr. Tayyar Alp Özkan</b>   |
| 09:00 – 09:15 | <b>Sistemik Tedavi Yaklaşımları</b><br><b>Dr. İsmail Ertürk</b>  |
| 09:15 – 09:30 | <b>Cerrahinin Yeri</b><br><b>Dr. Serhat Çetin</b>  |
| 09:30 – 09:40 | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |
| 09:40 – 10:00 | <b>Kahve Molası</b>  |
| 10:00 – 11:15 | <b>Metastatik Olmayan Böbrek Kanseri</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Petek Erpolat, Dr. İpek Işık Gönül</b> |
| 10:00 – 10:15 | <b>Patolojide Güncelleme</b><br><b>Dr. Duygu Enneli</b>  |
| 10:15 – 10:30 | <b>Böbrek Koruyucu Yaklaşım: İzlem, Ablasyon ve Cerrahi</b><br><b>Dr. Ender Özden</b>                        |
| 10:30 – 10:45 | <b>Böbrek Koruyucu Yaklaşım: SBRT</b><br><b>Dr. Banu Atalar</b>  |
| 10:45 – 11:00 | <b>Perioperatif Tedaviler</b><br><b>Dr. Nuri Karadurmuş</b>  |
| 11:00 – 11:15 | <b>Soru &amp; Cevap</b>  |



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|               |   |
|---------------|---|
| 11:15 – 12:15 | <b>Metastatik Böbrek Kanseri</b><br><b>Oturum Başkanları: Dr. Kâmil Çam, Dr. Serap Akyürek</b>  |
| 11:15 – 11:30 | <b>Cerrahinin Yeri</b><br><b>Dr. Volkan İzol</b>  |
| 11:30 – 11:45 | <b>Birinci Basamak Sistemik Tedavi</b><br><b>Dr. Mustafa Erman</b>  |
| 11:45 – 12:00 | <b>İkinci Basamak ve Sonrası</b><br><b>Dr. Öztürk Ateş</b>  |
| 12:00 – 12:15 | <b>Soru &amp; Cevap</b>   |
| <b>12:15</b>  | <b>Kapanış Konuşmaları</b><br>Dr. Mustafa Erman, Dr. Nuri Karadurmuş, Dr. Uğur Selek, Dr. Cenk Yücel Bilen, Dr. Yüksel Ürün, Dr. Çağatay Arslan, Dr. Pervin Hürmüz, Dr. İlker Tinay |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

| Bildiri Saati     | Referans Numarası | Bildiri Başlığı   | Sunan Kişi            |
|-------------------|-------------------|---|-----------------------|
| 18:45-18:50       | SS-002            | Renal Hücreli Tümörlerde Prognostik Nutrisyonel İndeks ve Nötrofil-Lenfosit Oranının Prognostik Önemi   | Mahiya Özel           |
| 18:50-18:55       | SS-003            | Prostat Kanseri SBRT'sinde Hidrojel Spacer Dağılımı ve Simetrisinin Rektal Dozlara Etkisi: İlk Deneyim  | Menekşe Turna         |
| 18:55-19:00       | SS-004            | Comparison of free prostate specific antigen density with other prostate specific antigen derivatives as an indicator of prostate carcinoma                   | Coşkun Bostancı       |
| 19:00-19:05       | SS-005            | The diagnostic priority of prostate specific antigen density at different prostate specific antigen levels for prostate carcinoma                             | Coşkun Bostancı       |
| 19:05-19:10       | SS-006            | Radikal Prostatektomi Sonrası Biyokimyasal Nüksün Öngörülmesinde Preoperatif Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Tabanlı Risk Sınıflandırma Sistemi | Çağrı Akpınar         |
| 19:10-19:15       | SS-009            | Prostat Kanserinde Radyoterapi ile Eş zamanlı Androjen Reseptör Blokerlerinin Kullanımının Sinerjistik Etkilerinin Araştırılması                              | Fatma Sert            |
| 19:15-19:20       | SS-010            | Germ Hücreli Testis Tümörü Tanılı Hastalarda Nüks Prediktörlerinin Araştırılması  | İsmail Önder Yılmaz   |
| 19:20-19:25       | SS-011            | Parsiyel Nefrektomi'de Komplikasyon Riskini Öngörmeye Padua, Renal Ve Dap Skorumu Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi                                       | İsmail Önder Yılmaz   |
| 19:25-19:30       | SS-12             | Ta ve T1 kasa invaziv olmayan mesane kanserlerinde grade heterojenitesinin sağkalım üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi; KİOMK kohortunun alt grup analizi | Murat Can Karaburun   |
| 19:30-19:35       | SS-13             | Radikal Sistektomi ve Neomesane Yapılan Hastalarda DJ stent veya Eksternal Üreteral Katater Kullanımı Komplikasyon ve Anksiyete Düzeylerini Etkiler Mi?       | Berkay Eren           |
| 19:35-19:40       | SS-14             | Patolojik T3b Prostat Kanseri Olgularında Vaz Deferens İnvazyonunun Prognostik Önemi  | Murat Can Karaburun   |
| 19:45-19:50       | SS-015            | Radikal prostatektomi sonrası lokalize ve cerrahi sınır negatif hastalarda biyokimyasal nükse etki eden faktör: tümörün cerrahi sınıra uzaklığı               | Kemal Züngün          |
| 19:55-20:00       | SS-016            | Kurtarma Radyoterapisi Uygulanan Prostat Kanseri Hastalarda Prognostik Faktörler Ve Radyoterapi Sonrası PSA Değerinin Prognostik Etkisi                       | Mehmet Polat Demirhas |
| <b>14.12.2024</b> |                   |   |                       |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|             |        |   |                    |
|-------------|--------|---|--------------------|
| 18:45-18:50 | SS-017 | Orta riskli prostat kanseri tanılı hastalarda ılımlı hipofraksiyone ve ultrahipofraksiyone radyoterapi sonuçlarımız   | Selvi Dinçer       |
| 18:50-18:55 | SS-18  | Prostat kanserinin testiküler metastazı: olgu sunumu  | Ezgi Doğan Akaoğlu |
| 18:55-19:00 | SS-019 | The Relationship Between Surgical Margin Positivity and Preoperative Clinical Parameters, Including mpMRI and PSMA PET-CT data, in Intermediate and High Risk Prostate Cancer Patients Undergoing Radical Prostatectomy | Berk Karaca        |
| 19:05-19:10 | SS-20  | The Relationship Between Surgical Margin Positivity and Preoperative Clinical Parameters, Including mpMRI and PSMA PET-CT data, in Intermediate and High Risk Prostate Cancer Patients Undergoing Radical Prostatectomy | Murathan Muratoğlu |
| 19:10-19:15 | SS-21  | Prognostic Value of PSMA PET-CT SUVmax for Predicting Clinically Significant Prostate Cancer in Intermediate-High Risk and Active Surveillance Eligible Patients  | Alican Kök         |
| 19:15-19:20 | SS-22  | Oligometastatik Kastrasyona Dirençli Prostat Kanseri Hastalarında [ <sup>177</sup> Lu]Lu-PSMA Tedavisinin Güvenliği ve Etkinliği  | Gamze Beydağı      |
| 19:20-19:25 | SS-23  | Robotik Adrenalektomi Sonuçlarımızın Değerlendirmesi  | Şahin Kılıç        |
| 19:25-19:30 | SS-24  | Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi: Stabil ve Progresyon Gösteren Hastalar Arasındaki Farklar  | Şahin Kılıç        |
| 19:30-19:35 | SS-25  | Senkron Prostat ve Rektum Kanseri Tanılı Hastalarda Radyoterapi   | Duygu Sezen        |
| 19:35-19:40 | SS-26  | Renal Kitle ile Bulgu Veren Erdheim Chester Hastalığı- Olgu Sunumu  | Mustafa Kaba       |
| 19:40-19:45 | SS-27  | Tek merkezde testis tümörü nedeniyle radikal orşiektomi yapılan hastaların klinik ve patolojik değerlendirilmesi  | Şahin Kılıç        |
| 19:45-19:50 | SS-28  | Effect of Bacillus Calmette-Guérin Instillation Timing on Oncological Survivals after Transurethral Resection of Bladder Tumor  | Taha Çetin         |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## POSTER BİLDİRİLER



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-01]

## Üst Üriner Sistem Tümörünü Taklit eden IGG4 İlişkili Hastalık: Nadir Bir Olgu

Berk Karaca, Halil Dagasan, Onur Erdemoglu, Murathan Muratoglu, Funda Taşlı, Mete Kara, Yasin Ceylan, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci, Serdar Celik  
İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: IGG4 ilişkili hastalık grubu oldukça geniş bir spektrumda olup herhangi bir organı aynı anda veya farklı zamanlarda tutabilen immün aracılı fibroinflamatuvar bir hastalıktır. İmmünpatogenezi net açıklanamamakla birlikte histopatolojik ayırt edici özellikleri arasında IgG4 pozitif plazma hücrelerinin baskın olduğu yoğun lenfoplazmositik infiltrasyonlar, storiform fibrozis ve obliteratif flebit bulunmaktadır. Hem klinik hem radyolojik olarak maligniteyi taklit edebildiği için tanısını koymak güçtür. Genellikle tümörleri taklit ederek lakrimal bezleri, orbitaları, retroperitoneal alanı ve böbrekler gibi bir çok organı tutabilmektedir. Hastalık genellikle steroide iyi yanıt vermekle birlikte nüks izlenen olgular bildirilmiştir. Dirençli olgularda Rituximab gibi tedavilerin etkin olduğu belirtilmektedir. Bu olgu sunumunda üst üriner sistem ürotelyal karsinomunu taklit eden IgG4 ilişkili hastalık tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Ekim 2023'te makroskobik hematüri nedeniyle kliniğimize başvuran 65 yaşında erkek hastanın yapılan USG tetkikinde sağ böbrek grade 2 hidroüreteronefroz ve mesanede hematoma saptanması üzerinde abdomen kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) ürografi planlandı. Tetkiklerinde sağ böbrekte grade 3 hidroüreteronefroz, sağ renal pelvisten proximal üretere uzanım gösteren 44x37mm tümoral oluşum saptandı (Resim 1 ve 2). Bunun üzerine yapılan sistoskopi ve tanısız üreterorenoskopide (URS-D) mesane tabanında cinsinoma in situ (CIS) uyumlu hiperemik alanlar ve sağ proximal üreterde 3cm tümör benzeri oluşum izlendi. Üreter ve mesaneden yapılan sitoloji ve doku biyopsi patolojilerinin benign gelmesi üzerine hastanemiz Üroonkoloji konseyinde görüşülen hastaya radikal nefroüretrektomi ve mesane cuff eksizyonu planlandı.

Hastaya Ocak 2024 tarihinde yapılan sağ radikal nefroüretrektomi patolojisi IgG4 ilişkili hastalık olarak saptandı. Postop tekrar konseyde değerlendirilen hasta romatoloji ve nefroloji takibine alındı. Yapılan tetkiklerinde RF, ANA, ANCA, CCP gibi markerlar ve elektroforez normal olarak sonuçlandı. IgG4 değeri 0.260 (0.03-2.01) saptandı. Genel vücut taraması amacıyla yapılan görüntülemelerde ek organ tutulumu saptanmayan hastaya romatoloji tarafından Azotioprin ve Merkaptopurin tedavisi başlandı. Hasta postoperatif 6. ayında takip edilmektedir.

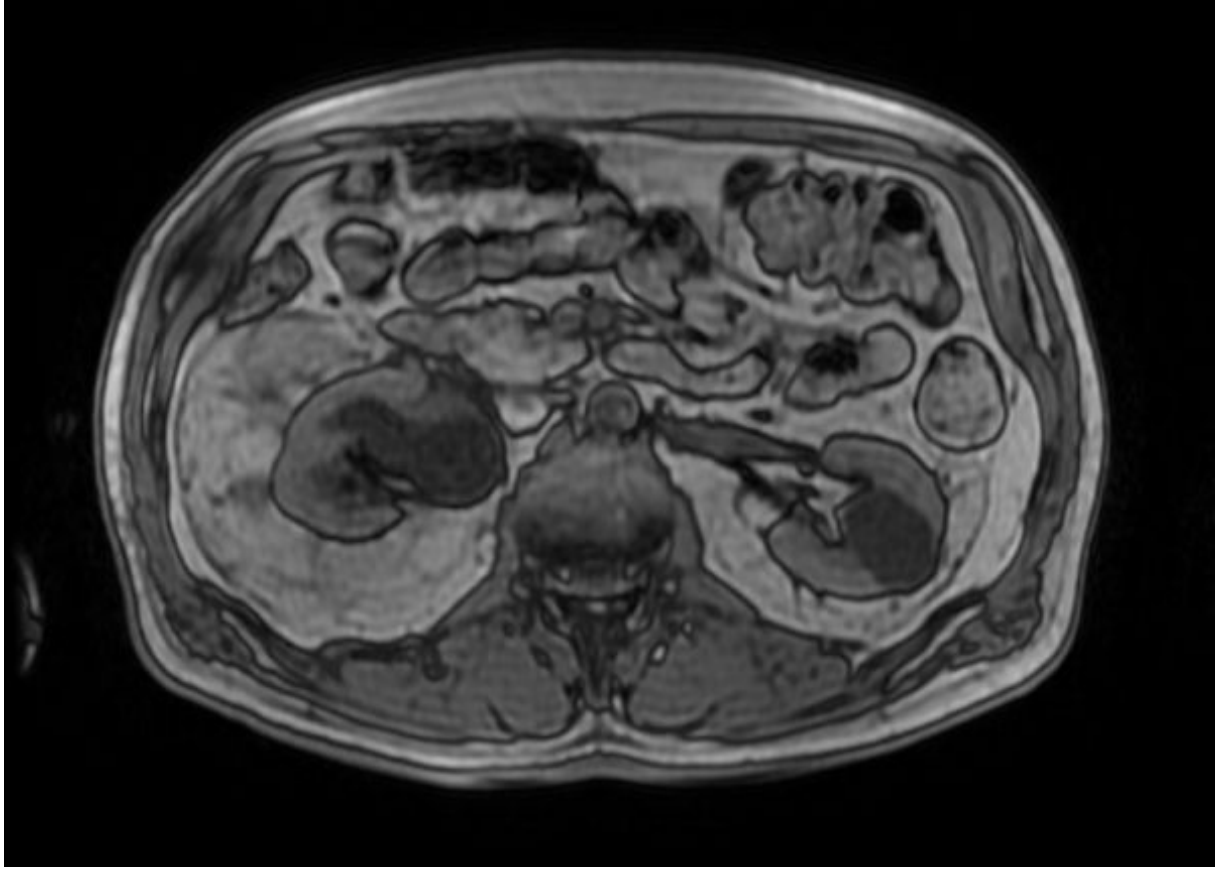
Sonuç: IgG4 ilişkili hastalık maligniteleri taklit edebilen, tanı kriterleri net belli olmayan histopatolojik tanı dışında tanı konması güç bir hastalıktır. Bu hastalık özellikle pankreas ve salgı bezlerini daha çok tutmakla beraber üst üriner sistemde de tutulum yapabilmektedir. Böbrek tutulumu çoğunlukla karşımıza tübulointerstisyel nefrit olarak çıksa da olgumuzda da olduğu gibi böbrek toplayıcı sisteminde yer kaplayıcı oluşum şeklinde de görülebilmektedir. Görüntüleme yöntemlerinin ayırıcı tanıda yeri kısıtlıdır. Bu hastalık için henüz definitif tedavi stratejisi bulunmamakla beraber tedavide genellikle kortikosteroidlere ve immünsüpresiflere yanıt görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** BÖBREK KİTLESİ, IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK, NEFROÜRETEREKTOMİ, ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜMÖRLERİ

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

RESİM 1



KİTLENİN MR GÖRÜNTÜSÜ (AXİAL)

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

RESİM 2



KİTLENİN MR GÖRÜNTÜSÜ(KORONAL)

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-02]

## Prostat Kanserinde İnguinal Metastazların Saptanmasında PSMA-PET BT'nin Yeri-Olgu Serisi

Muhammed Veysel Hekim, Halil Cumhur Yıldırım, Fazilet Öner Dinçbaş  
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi  
Anabilim Dalı

**Amaç:** İnguinal lenf nodu metastazları prostat kanserinde nadir görülen metastaz yeridir. Bu olgu serisinde inguinal lenf nodu metastazı saptanan 3 hasta ve PSMA-PETBT'nin rolü irdelenmiştir.

**Olgu:** Kliniğimizde 2022 -2023 yılında definitif (19 hasta) veya kurtarma radyoterapisi (24 hasta) uygulanan 43 hasta tarandı. Takiplerinde PSMA-PET ile inguinal lenf nodu metastazı saptanan 3 hasta retrospektif olarak incelendi. Hasta özellikleri Tablo-1'de verilmiştir.

Birinci hastada radikal prostatektomiden 3 yıl sonra lokal makroskobik nüks saptanması üzerine prostat lojuna kurtarma radyoterapisi(RT) ve uzun dönem androjen deprivasyon tedavisi (ADT) uygulandı. Takiplerde ADT altında iken PSA yüksekliği nedeniyle istenilen PSMA PET-BT'de multipl pelvik lenf bezlerinde tutulum ve tek taraflı inguinal lenf bezi tutulumu saptandı. Ardından hastanın pelvik ve inguinal lenf nodlarına RT uygulandı.

İkinci hasta ise prostata uygulanan definitif RT sonrası 10. Ayda ADT altında iken travma sonrası geçmeyen bel ağrısı nedeniyle çekilen PSMA-PET-BT'de tesadüfen inguinal lenf nodunda artmış tutulum saptandı. Yapılan inguinal biyopside prostat kanserinin inguinal lenf bezine metastazı olarak raporlandı. Oligoprogresyon olarak değerlendirilerek bu bölgeye SBRT tekniği ile ablatif RT uygulandı.

Üçüncü hastada ise radikal prostatektomi sonrası 10. ayda PSA yükselmesi nedeniyle istenilen PSMA-PET-BT'de iki adet biri common iliak bifurkasyonu düzeyinde ikincisi inguinal-eksternal iliak bileşkesinde cloquet lenfatik alanda metastatik lenf nodları saptandı. Kurtarma radyoterapisine ilgili lenfatik alanlar dahil edildi. Şekil-1'de RT alanları ve PSMA-PET görüntüleri verilmiştir.

**Sonuç:** Olguların 2'sinde PSA yükselirken, 1'inde PSA normal değerlerdeydi. İnguinal metastaz saptanan olguların üçünde de inguinal lenf bezleri palpe edilemiyordu. PSMA PET-BT, palpe edilmeyen ve yaklaşık %1,5 oranında gözlenen inguinal lenf bezi tutulumunu saptamakla kalmayıp, radyoterapide hedef hacim içine alınmayacak inguinal lenf bezlerinin de alana dahil edilerek tedavinin daha doğru olmasına katkıda bulunmuştur.

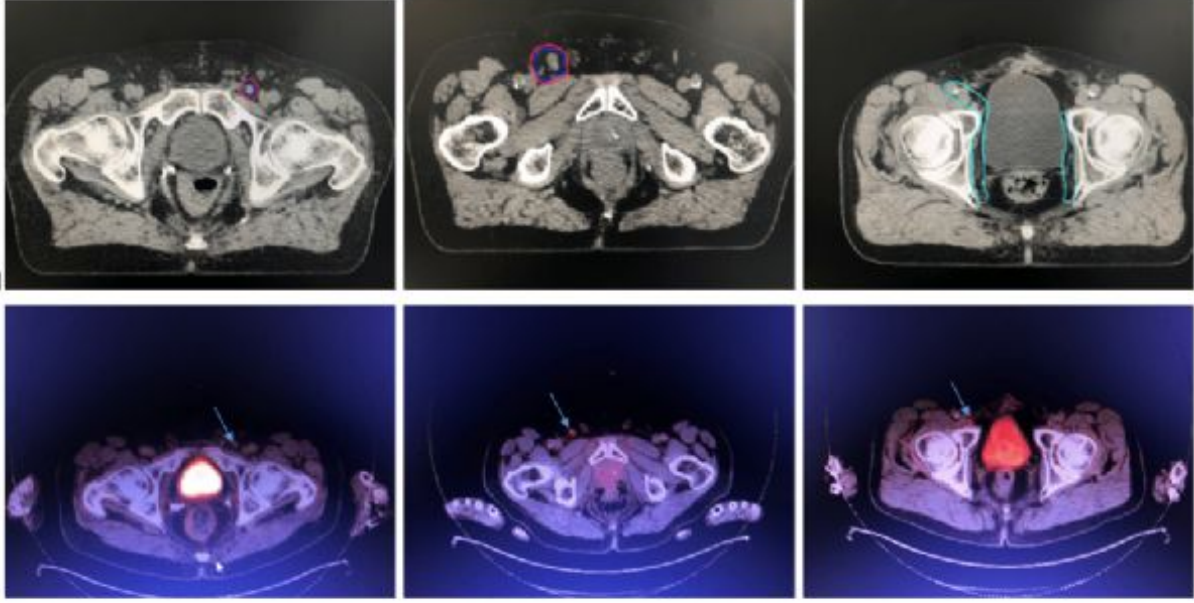
**Anahtar Kelimeler:** İNGUİNAL METASTAZ, PROSTAT KANSERİ, PSMA PET



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Tutulu inguinal lenf nodları BT ve PET görüntüleri



1. Hasta

2. Hasta

3. Hasta

## Hasta Özellikleri

|         | Yaş | Evre  | Gleason Skoru | İlk PSA (ng/ml) | Lokal Tedavi | İnguinal Nüks Zamanı | Nüks PSA | Androjen Deprivasyon Tedavisi |
|---------|-----|-------|---------------|-----------------|--------------|----------------------|----------|-------------------------------|
| 1.Hasta | 79  | T2cN0 | 9             | 8               | Cerrahi      | 45 ay                | 1.15     | var                           |
| 2.Hasta | 58  | T4N1  | 8             | 11              | Radyoterapi  | 10                   | 0.07     | var                           |
| 3.Hasta | 68  | T3bN0 | 6             | 11              | Cerrahi      | 10                   | 0.13     | var                           |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-03]

## TFE3 translokasyonu gösteren Renal Hücreli Karsinom: Nadir bir olgu

Kemal Züngün<sup>1</sup>, Funda Taşlı<sup>2</sup>, Serdar Çelik<sup>1</sup>, Yasin Ceylan<sup>1</sup>, Deniz Bolat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Translokasyon renal hücreli karsinom (tRCC), Xp11 lokusunda veya 6p21 lokusunda tekrarlayan yeniden düzenlemelerle karakterize bir tümör grubudur. Transkripsiyon faktörü E3 (TFE3) geni ise kromozom Xp11.2 üzerindeki TFE3 transkripsiyon faktörü genlerinin çoklu genlerden biriyle füzyonu ile karakterizedir. tRCC genellikle pediatrik hasta grubunda tanı almakla birlikte yetişkinlerde de nadiren görülebilmektedir. TFE3 RCC'yi, konvansiyonel görüntüleme yöntemleriyle diğer RCC tipleri, benign böbrek tümörleri ve lenfomadan ayırt etmek zor olmakla birlikte altın standart tanı ve tedavi yöntemi cerrahidir.

Bu olgumuzda kliniğimizde laparoskopik nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulanan tRCC olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Karın ağrısı nedeniyle dış merkezde yapılan tetkiklerinde sol böbrek orta kesimde yaklaşık 5cm anjiomyolipom ve malign tümör ayrımı yapılamayan kitlesel lezyon saptanan 22 yaşında kadın hasta kliniğimize refere edildi. Kliniğimizde yapılan kesitsel görüntüleme yöntemlerinde sol böbrek orta kesimde, 67x52x60 mm çapında, renal pelvise uzanım gösteren, ortası nekrotik ve kalsifik alanlar içeren ve heterojen kontrastlanan kitle lezyonu (RCC) ve lezyon komşuluğunda sol retroperitoneal alanda paraaortik yerleşimli lezyonun içeriği ile benzer görünümde heterojen septali 6x5.5 cm çapında patolojik lenf bezleri saptandı (Şekil 1A ve 1B). Metastaz uyumlu patolojik bulgu saptanmayan hastaya Eylül 2024 tarihinde laparoskopik sol laparoskopik radikal nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patolojik immunohistokimyasal (IHK) incelemede TFE3 nükleer pozitifliği (X40; IHK TFE3 ve X200, IHK TFE3 pozitifliği) (Şekil 1C), AMACR stoplazmik pozitifliği (X40; IHK AMACR ve X200, IHK AMACR pozitifliği) (Şekil 1D) ve ayrıca CAIX, CK7 ve CD117 negatif saptanmış olup patolojik tanısı TFE3 translokasyonu gösteren Grade 3 RCC olarak raporlanmıştır. Diseke edilen üç adet lenf nodunda da primer tümör uyumlu bulgu saptanan olguda ayrıca renal pelvis tutulumu saptanmış cerrahi sınırlar negatif olup tümör evresi T3N1M0 olarak değerlendirilmiştir. Postoperatif üçüncü gün taburcu edilen hasta sorunsuz bir şekilde takip edilmektedir. Hastamızdan tıbbi genetik ve tıbbi onkoloji konsültasyonları istenmiş olup hastanın değerlendirilmesi devam etmektedir.

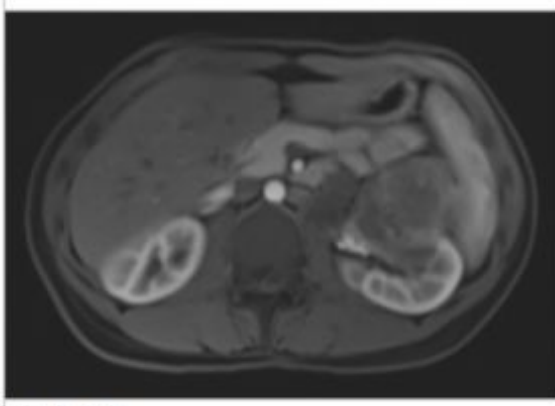
**Sonuç:** TFE3 RCC genellikle pediatrik yaş gurubunda tüm pediatrik RCC olgularının %40'ını oluştururken, yetişkin RCC'lerinin %1,6-4'ünü oluşturmaktadır. Özellikle genç kadın yaş gurubunda daha sık olmakla birlikte literatürde yedi vakanın >65 yaş gurubunda olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar, pediatrik olguların prognozunun yetişkinlerden daha iyi olduğunu göstermektedir. Erken evrede tanı alan ve cerrahi olarak tedavi edilen TFE3 translokasyonu gösteren RCC, çoğu tipik RCC ile benzer bir prognoza sahipken, geç evrede tanı alan TFE3 translokasyonu gösteren RCC kötü onkolojik sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu hasta grubunda erken tanı ve cerrahi önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek tümörü, Translokasyon RCC, TFE3 RCC

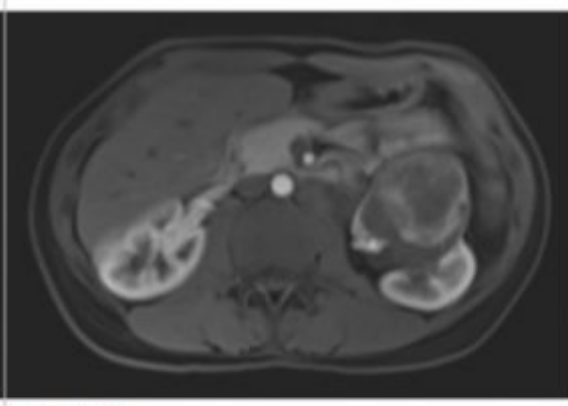
# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

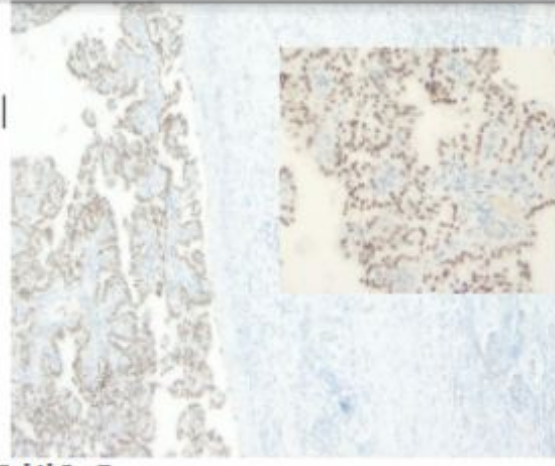
## KESİTSEL GÖRÜNTÜLEME VE PATOLOJİ



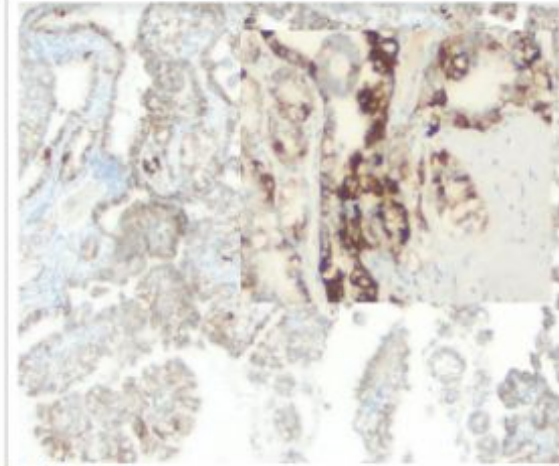
Şekil 1: A



Şekil 2: B



Şekil 3: C



Şekil 4: D

(IHK yöntemle TFE3 nükleer pozitifliği (X40)  
Küçük resim (X200, IHK TFE3 pozitifliği)



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-04]

## Avelumab idame tedavisi alan PDL-1 negatif iki metastatik ürotelyal kanseri tanılı hasta: Olgu sunumu

Nail Özhan

Denizli Özel Egekent Hastanesi

**Amaç:** Metastatik idrar yolu kanseri tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmelerden bir tanesi platin sonrası avelumab idame tedavisi ile hastalarda elde edilen uzun genel sağkalım süresidir. Anti PD-L-1 monoklonal antikor olan avelumab etken maddesi platin kemoterapisine yanıt veren hastalarda idame olarak kullanıldığında PDL-1 pozitif grupta ölüm riskini %44 azalttığı gösterildi. PD-L-1 negatif grupta ise ölüm riskinde %15 azalma saptandı. PDL-1 negatif saptanan iki hastamızda avelumab etkinliğini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** İnsani erken erişim programı kapsamında platin bazlı kemoterapilerine yanıt alınan iki hastamızda avelumab idame tedavisine ulaşılmıştır. Birinci hastamız 69 yaşında kadın hasta olup sol renal pelvis kitle nedeniyle opere edilmiş ve yüksek gradeli ürotelyal karsinom olarak raporlanmıştır. Hastanın tanı anında çekilen pet-fdg görüntülemesinde sağ asetabulumda kemik metastazı ve yaygın batin içi lenf nodu metastazları saptanmıştır. PDL-1 analizi negatif olarak raporlanmıştır. Hastaya 4 kür split doz cisplatin gemsitabin protokolünde kemoterapi verilmiştir. Radyolojik yanıt alınan hastada 800 mg iki haftada bir verilecek şekilde avelumab tedavisine geçilmiştir. Hastada 18 ay boyunca tam yanıt ile tedaviye devam edilmiştir. Tedavi süresince herhangi bir yanetki saptanmamıştır. İkinci hastamız 71 yaşında mesanede kitle nedeniyle alınan biyopsi sonucu yüksek gradeli invaziv ürotelyal karsinom tanısı almıştır. Tanı anında çekilen pet-ct de tüm vücutta yaygın lenf nodu metastazları saptanmıştır. PDL-1 analizi negatif olarak raporlanmıştır. Hastaya split dozda cisplatin gemsitabin protokolünde 4 kür kemoterapi tedavisi verilmiştir. Yanıt alınması üzerine avelumab tedavisine geçilmiştir. Hasta 20 aydır avelumab tedavisi altında olup radyolojik değerlendirmelerinde tam yanıt devam etmektedir. Tedavi ile ilişkili herhangi bir yan etki gözlemlenmemiştir.

**Sonuç:** Tedavi etkinliğinin daha düşük beklendiği PDL-1 negatif olan iki hastamızda tedaviye uzun süreli yanıtlar alınmıştır. İleri yaş olan her iki hastamızda tedavi boyunca herhangi bir yan etki gözlemlenmemiştir. Hayat kalitesini düşürmeden uzun sağkalım avantajı sağlayan avelumab benzeri ilaçların geliştirilmesi metastatik ürotelyal kanser hastaları için umut vaat etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Avelumab, ürotelyal kanser, pdl-1



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-05]

## RCC li olguda parsiyel nefrektomi sonrası izole humerus metastazı: Nadir bir olgu

Alican Kök, Kemal Züngün, Berk Karaca, Serkan Yarimoğlu, Murat Şahan, Tansu Değirmenci, Furkan Yıldız  
İzmir Şehir Hastanesi

Giriş:

Böbrek hücreli karsinomlar (BHK) böbrek tübüllerinin epitelinden köken alan, bir grup kötü huylu tümördür. Bunlar, tüm yetişkin karsinomlarının %3'ünü kapsar, böbreğin en sık görülen (%90) kötü huylu tümörüdür ve beş yıllık sağkalım oranı %45'tir. Kemik metastazı ikinci en sık metastaz bölgesidir ve metastatik BHK'lerin %30'unda kemik metastazı görülür. BHK kemikte en sık omurga, pelvis ve proksimal femura metastaz yapar. BHK'nin kemoterapi ve radyoterapiye dirençli ve immünoterapiye yanıtının sadece %5-10 oranında olması, hedefe yönelik tedavilerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Tedavide ana hedef; sinir basısı, kırık ve hiperkalsemi gibi bulguların önlenmesi, ağrının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Olgu: Şubat 2018 de yapılan tetkiklerde insidental olarak saptanan sol böbrek kitlesi ile tarafımıza başvuran 60 yaşında kadın hasta. Çekilen BT de sol böbrekte kontrast tutan ortası nekrotik düzensiz görünümlü bosniak tip 4 olarak değerlendirilebilecek kitle görülmesi üzerine hastanemiz üroonkoloji konseyinde hastaya parsiyel nefrektomi ameliyatı yapılması kararı çıktı. Nisan 2018 de yapılan parsiyel nefrektomi ameliyatında patolojisi berrak hücreli böbrek karsinom (fuhrman grade 3) geldi.

Düzenli kontrollerine gelen hasta Kasım 2023 te Abdomen BT de metastaz lehine lezyon görülmedi Toraks BT de Sağ akciğer alt lobta subplevral yereşimli 5mm boyutlu nodül varlığı izlenmiştir.

Şubat 2024 te sağ kolunda ağrı olması nedeniyle ortopedi poliklinik kontrolüne gitti yapılan BT görüntülemede Sağ humerus proksimalinde, ekspansil karakterde düzgün sınırlı 7x2,5cm kitle soliter metastaz ile uyumlu olabilir şeklinde raporlandı.

Nisan 2024 te çekilen FDG-PET: Sağ humerus proksimal metafizodiyafizer bileşke düzeyinde kraniokaudal uzanımı 6cm i bulan hafif ekspansiyon bulguları oluşturan kitle lezyonunda artmış FDG tutulumu (SUVmax:5.4) saptanmıştır.

Temmuz 2024 te yapılan hemurus eksizyonu patolojisi berrak hücreli renal ca metastazı ile uyumlu cerrahi sınırlar salim olarak raporlanmıştır.

Eylül 2024: FDG-PET:Sağ humerusta bir önceki PET/BT'de tariflenen metastatik lezyon eksize edilmiştir.

Akciğer parankiminde izlenen milimetrik nodüler dansite artışları benzerdir. Met. düşündürden bir tutulum saptanmamıştır.

Tartışma-Sonuç:

Sonuç olarak; metastatik BHK insidansı, hedefe yönelik tedaviler sayesinde uzayan yaşam süreleri ile birlikte artmaktadır. Olguların %85'inde "iskelet ilişkili olaylar" (skeletal related events -SRE) adı verilen semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar, ekonomik yük oluşturmakta, yaşam kalitesini azaltmakta, morbidite ve mortalite oranlarını artırmaktadır. Bununla birlikte, tek metastazı olan bir BHK olgusunda, primer tümörün ve metastazın rezeksiyonunun daha uzun yaşam süresi sağlayabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca, geniş lezyonlarda, progresif kemik destrüksiyonlarında, kırık beklentisinde, kontrol edilemeyen ağrı durumunda ve instabilite varlığında da palyatif olarak metastaz rezeksiyonu uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** RCC, İZOLE, METASTAZ, EKSTREMİTE

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-06]

## Renal Schwannom Olgu Sunumu

Nusrat Yusufi, Alp Akyol, Kasım Emre Ergün, Mustafa Serdar Kalemci, Adnan Şimsir  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

### Giriş

Schwannomalar periferik sinir kılıfındaki Schwann hücrelerinden kaynaklanan benign neoplazmlardır. Retroperitoneal yerleşim daha nadirdir ve schwannomaların sadece %3'ünü oluşturur. Renal schwannomalar ise son derece nadirdir, 1955 yılından yaklaşık 50 hastada tanımlanmıştır. Böbrek schwannomaları yavaş büyüyen, benign tümörlerdir. Bu tümörlerin klinik tanısı zordur, genellikle asemptomatik olup, insidental saptanmaktadır. Bu sunumda, ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonrası toplayıcı sistem malignitesi şüphesiyle ileri tetkik edilen ve böbrek schwannomu tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

### Olgu

1 aydır aralıklı olan hafif yan ağrısı dışında ek bir klinik şikayeti ve hastalığı olmayan 58 yaşında kadın hastaya çekilen Ultrasonografi (USG) ve MRG incelemesinde, sağ böbrekte renal pelviste ülseratif kalsifikasyon ile uyumlu, solid ve santrali nekrotik 4x3.5 cm boyutunda bir kitlesel lezyon saptanmıştır. Toplayıcı sistem malignitesi şüphesiyle hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) ürografi yapılmış " Sağ böbrek renal pelvis kaynaklı egzofitik uzanımlı ön planda toplayıcı sistemden köken aldığı düşünülen 46x35 mm kitle lezyonu izlenmektedir" şeklinde yorumlanmıştır. Olgu, üroonkoloji konseyinde değerlendirilmiş ve hastaya sağ tanısal üreterorenoskopi (URS) ve ya perkütan böbrek biyopsisi yapılmasına karar verilmiştir. Tanısal URS'de sağ üreterde ve sağ renal pelviste tümör saptanmamış, ardından gerçekleştirilen perkütan böbrek biyopsisinde patoloji sonucu "Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular periferik sinir kılıfı tümörü (schwannom) ile uyumludur" şeklinde raporlanmıştır.

### Tartışma

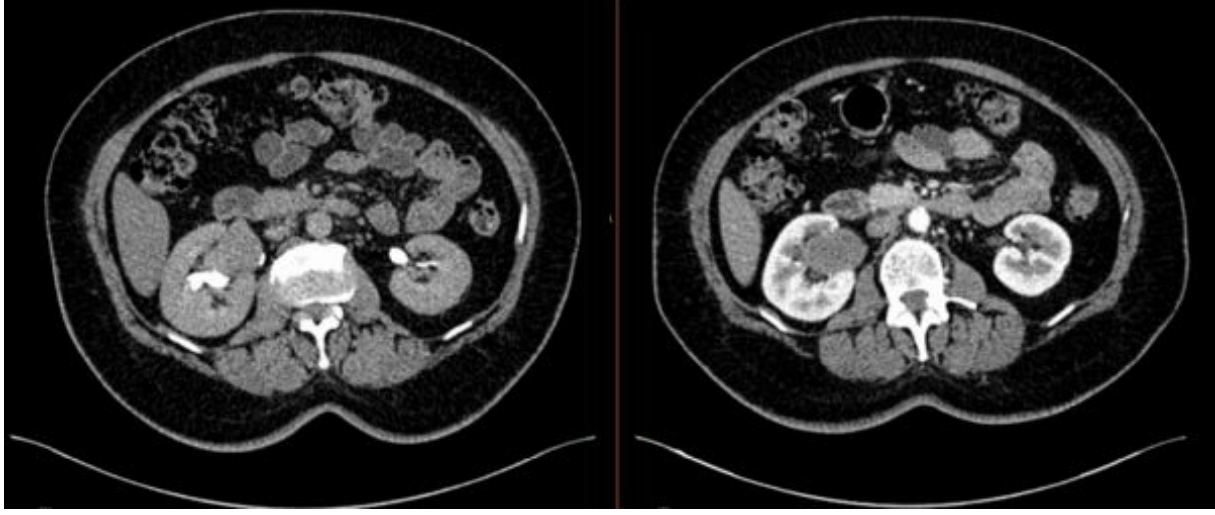
Renal schwannomalar, böbreğin nadir görülen solid tümörleridir. Schwannomaların böbrekteki varlığı, sıklıkla diğer malign kitlelerle karışabilecek özellikler taşıdığından, doğru tanının konulması için ileri görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik incelemeler gerekmektedir. Schwannomaların tanısında immünohistokimyasal incelemeler, özellikle S100 protein pozitifliği, tanıda belirleyici olabilir. Bu olgu sunumunda olduğu gibi, böbrek tümörü olarak değerlendirilen kitlesel lezyonlarda nadir görülen benign tümörlerin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu tümörlerin prognozu genellikle iyi, metastaz olasılığı oldukça düşük olduğu için tedavisinde takip önerilmektedir. İleri derece bası semptomları olduğunda cerrahi düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** retroperitoneal tümör, böbrek kitlesi, schwannoma

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## RENAL SCHWANNOM



RENAL SCHWANNOM OLGU SUNUMU

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[PS-07]

## Devasa retroperitoneal kitle: Growing Teratom

Taha Çetin

Izmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi

**Amaç:** Growing Teratoma sendromu (GTS), non-seminomatöz germ hücreli tümör (NSGHT) hastalarında kemoterapi sürecinde veya sonrasında ortaya çıkan, retroperiton veya diğer yerlerde büyüyen teratom kitleleri ile ortaya çıkan nadir bir klinik tablodur ve tümör belirteçleri normaldir. Literatürde çok az sayıda vaka raporu ve vaka serisi mevcuttur. Nadir olması gecikmiş tanı ve tedaviye, artan komplikasyonlara ve tedavi maliyetine, ayrıca hasta sağlığının bozulmasına yol açar.

Bu bildi özetinde, 24 yaşında bir erkekte testis germ hücreli neoplazmı için kemoterapiden sonra ortaya çıkan bir GTS vakasını bildiriyoruz.

**Olgu:** 24 yaşında erkek hasta üç haftadır var olan testis şişliği şikayetiyle başvurdu. Tıbbi öyküsünde otizm mevcuttu. Skrotal ultrasonografide sol skrotal kesenin 10x20 cm boyutlarında solid bir kitle ile tamamen dolu olduğu görüldü. Serum tümör belirteçleri yüksek saptandı ve alfa-feto protein, beta-hCG ve LDH düzeyleri sırasıyla 791 ng/ml, 143 mIU/ml ve 1595 U/l olarak bulundu. Sol orşiektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme embriyonel karsinom ve yolk kesesi testis karsinomu olarak raporlandı. Ameliyat sonrası dönemde serum tümör belirteçleri yüksek ve alfa-feto protein, beta-hCG ve LDH düzeyleri sırasıyla 770 ng/ml, 138 mIU/ml ve 1916 U/l olarak bulundu. Kontrastlı torakoabdominal BT (bilgisayarlı tomografi) görüntülemesinde sağ akciğer üst ön segmentinde 6 mm nodül ve sol böbrekte aorta komşuluğu olan ve onu sağa doğru iten 15x13 cm'lik intraabdominal kitle nedeniyle grade 3-4 hidronefroz saptandı. Bu kitle psoas kasını invaze etmiş ve merkezinde nekroz mevcuttu (Şekil 1). Hidronefroz nedeniyle sol üretere double J stent yerleştirildi. Hastaya medikal onkoloji tarafından 4 kür BEP (Bleomisin/Etoposid/Sisplatin) kemoterapi rejimi uygulandı. 4 kür kemoterapi sonrası serum tümör belirteçleri negatif olmasına rağmen abdominal tümör boyutundaki artış nedeniyle 2 kür daha EP kemoterapisi uygulandı. Ancak kitlenin boyutunda tedavi sonrası küçülme olmaması üzerine Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) planlandı. Tümörün sol böbreği invaze ettiği olguda RPLND ve Sol nefrektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme matür teratom olarak raporlandı (Şekil 2).

**Sonuç:**

GTS erken tanı ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Cerrah ve tıbbi onkoloğun dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Agresif cerrahi, tedavide küratif sonuçlar sağlayabilir. GTS için sorumlu ve öngörücü faktörleri daha iyi tanımlamak için gelecekteki çalışmalara ihtiyaç vardır.

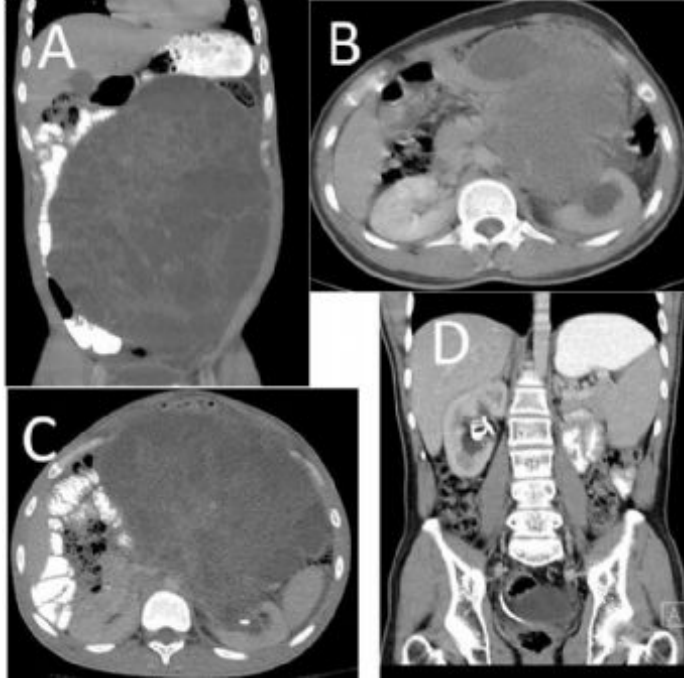
**Anahtar Kelimeler:** teratom, testis kanseri, retroperitoneal kitle, multidisipliner



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figure 1

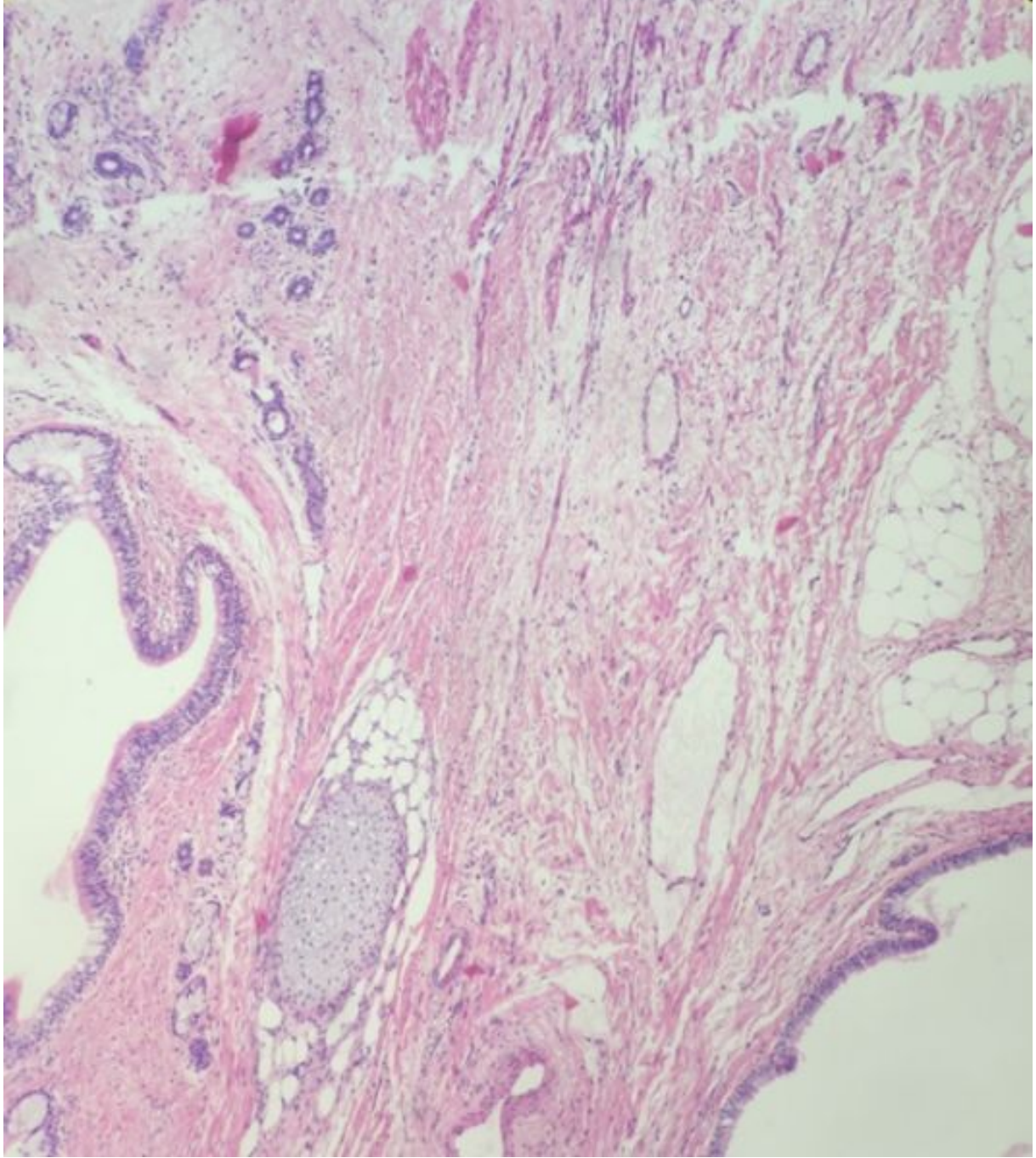


Preoperatif ve postoperatif kontrastlı tomografi görüntüleri

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figure 2



*Histopatolojik değerlendirme*

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## SÖZEL BİLDİRİLER



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-02]

## Renal Hücreli Tümörlerde Prognostik Nutrisyonel İndeks ve Nötrofil-Lenfosit Oranının Prognostik Önemi

Hatice Başaran Gökşen, Mahiya Özel, Alaettin Arslan  
Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Kayseri

**Amaç:** Renal hücreli tümör tanısı almış hastalarda, tanı anındaki prognostik nutrisyonel indeks ve hematolojik-biyokimyasal parametrelerin prognostik öneminin değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:** 2014-2024 seneleri arasında merkezimizde tanı ya da tedavi almış 120 hastadan 70 tane renal hücreli tümör hastası çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesi hematolojik-biyokimyasal parametrelerine ulaşamayan, takip devamlılığı sistemden gözlenemeyen, <18 yaş, senkron tümörü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. PNI hesaplaması: Albümin (g/L) + 0.005 x Lenfosit sayısı (mikrolitrede) şeklinde hesaplandı. Hastaların biyopsi-tedavi gibi girişimsel işlemler öncesi olan hematolojik ve biyokimyasal parametreler baz alınarak hesaplamalar yapıldı. Ayrıca Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), Platelet-lenfosit oranı (PLR), kreatinin değeri(mg/dl)), laktat dehidrogenaz (LDH) değeri, C-reaktif protein (CRP) değeri, hemoglobin değeri parametreleri analiz edildi. Klinik ve tümör özelliklerinde ise yaş, cinsiyet, kan grubu, metastaz sayısı ve tümör çapı (cm olarak) parametreleri değerlendirildi.

**Bulgular:** 70 hastanın, 22 kadın ve 48 erkek idi. Ortalama yaş 59,31 idi (aralık=20-77). Evrelere göre dağılım; 37 (%52,9) I, 9 (%12,9) II, 8 (%11,4) III ve 16 (%22,9) IV şeklinde idi. 55 (%78,6) hastanın metastazı yokken, 6 hastanın (%8,6) 1-4 metastazı ve 9 (%12,9) hastanın >4 metastazı vardı. Cut off değerleri sırasıyla tümör çapı, yaş, hemoglobin, kreatinin, PNI, NLR ve PLR için; 6,53; 59,31; 13,6; 0,95; 49,86; 3,05 ve 151,55 idi. Genel sağkalım ortalama (GS) 41.64ay idi (aralık= 2-123). Progresyonsuz sağkalım ortalama (PS) ise 39.78 ay idi (aralık= 1-123). GS'ye etki eden faktörler tümör çapı ve NLR iken (p değerleri sırasıyla 0.02 ve 0.009); PS'ye etki eden faktörler ise cinsiyet, evre, Rh grubu, tümör çapı, metastaz sayısı, kreatinin, hemoglobin, PNI ve NLR değerleri idi (p değerleri sırasıyla 0.019, 0.00, 0.042, 0.002, 0.000, 0.05, 0.028, 0.01 ve 0.000). Çok değişkenli cox-regresyon analizinde PS'ye bağımsız etkili faktörler ise metastaz sayısı ve NLR idi (HR:3.845, %95CI: 2.039-7.251, p=0.000; HR:4.058, %95CI: 1.346-12.234, p=0.013).

**Sonuç:** Özellikle baş boyun kanserleri ve gastrointestinal kanserlerde rüştünü ispat etmiş PNI nin renal hücreli tümörlerde de progresyonsuz sağkalım öngörmeye pratik, ucuz ve önemli bir belirteç olduğunu görmekteyiz. Bunun yanında ise NLR nin de hem genel sağkalım hem de progresyonsuz sağkalım öngörmeye başarılı bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz. İmmünolojik bir tümör olarak varsayılan renal hücreli tümörlerde değerlendirdiğimiz tek merkezli laboratuvar parametreleri analiz sonuçlarımız, literatürle benzerdir. Bu çalışmada dikkatimizi çeken diğer bir durum ise AB kan grubunun hem genel sağkalım hem de progresyonsuz sağkalım açısından iyi prognostik olmasıdır. Fakat hasta sayısı kısıtlılığından dolayı bu sonucun geniş hasta serilerinde doğrulanması gereklidir.

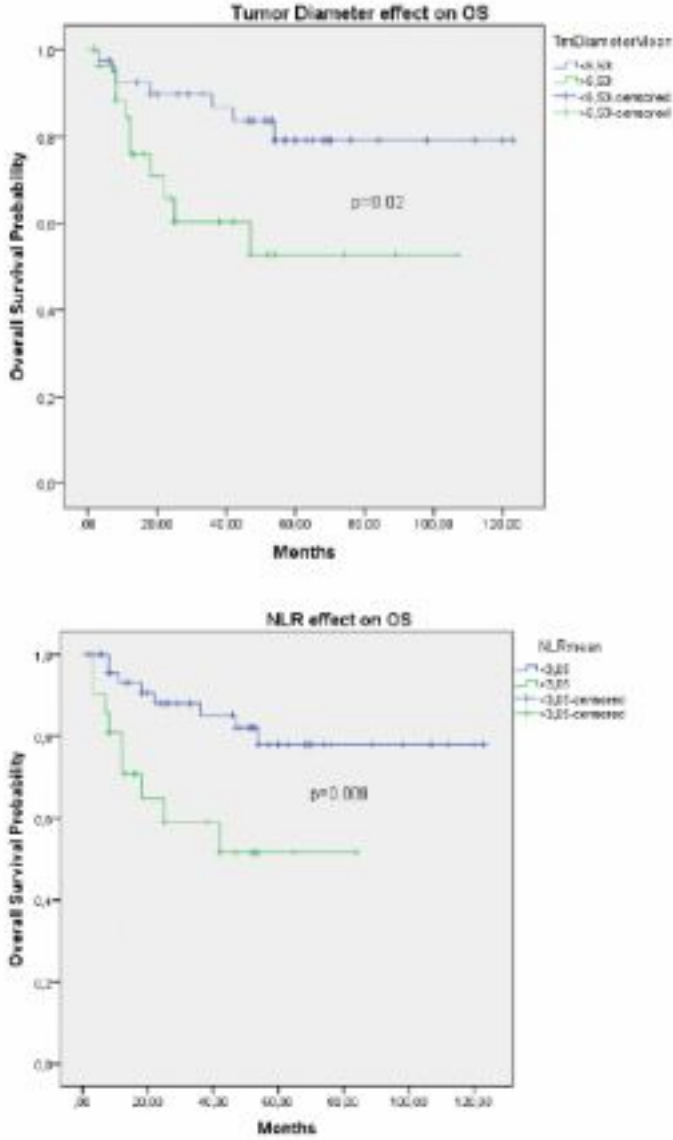
**Anahtar Kelimeler:** Renal hücreli kanser, prognostik nutrisyonel indeks, nötrofil-lenfosit oranı



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figür 2. Genel sağkalıma (GS) etki eden faktörler (sağkalım grafileri)

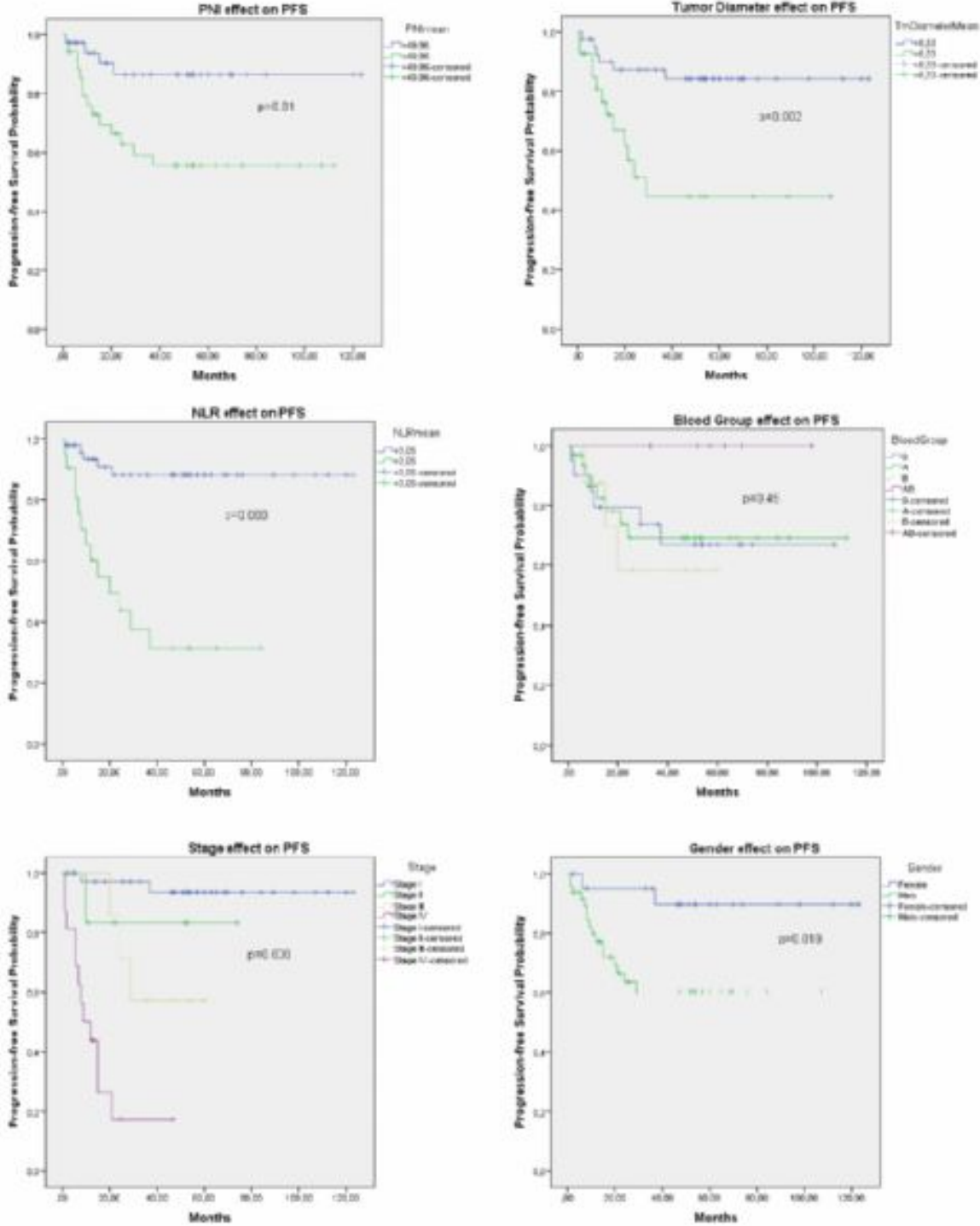


# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tümör çapı ve NLR GS'ye etkili faktörler olarak bulundu.

Figür 1. Progresyonsuz sağkalıma (PS) etki eden faktörler (sağkalım grafileri)



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

*Cinsiyet, evre, tümör çapı, PNI ve NLR değerleri progresyonsuz sağkalıma istatistiksel anlamlı olarak etkili olmakla beraber AB kan gruplu hastalarda ise PS belirgin şekilde iyiydi.*

## Hastaların Genel Özellikleri

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Özellikler               | Sayı (n=70)  |
| Yaş (yıl)                | Ortalama 59.31 (aralık=20-77)  |
| Cinsiyet                 | Kadın (22)<br>Erkek (48)   |
| Patolojik tip            | Berrak hücreli (46)<br>Papillar (13)<br>Kromofob (5)<br>Diğerleri (6)    |
| Tumor çapı (cm)          | Ortalama 6.53 (aralık=0.8-20)  |
| Evre                     | Evre I (37)<br>Evre II (9)<br>Evre III (8)<br>Evre IV (16)               |
| Metastaz durumu          | Yok (0) n= 55<br>Single (1) n= 2<br>Oligo (2-4) n=4<br>Multipl (>4) n= 9 |
| Tumor grade              | Grade 1 (16)<br>Grade 2 (29)<br>Grade 3 (21)<br>Grade 4 (4)              |
| Kan grubu                | 0 (20)<br>A (33)<br>B (8)<br>AB (6)<br>Kayıp data (3)                    |
| IVC invazyonu            | Var (5)<br>Yok(65)   |
| Hemoglobin değeri (g/dl) | Ortalama 13.61 (aralık=6.3-17.2)   |
| PNI                      | Ortalama 49.81 (aralık= 33.4-63.7)                                       |
| NLR                      | Ortalama 3.05 (aralık= 0.89-14.39)                                       |
| PLR                      | Ortalama 151.55 (aralık= 63.84-355)                                      |
| LDH değeri (units/L)     | Ortalama 251.37 (aralık=121-2554)  |
| CRP değeri (mg/dL)       | Ortalama 29.33 (aralık= 0.5-271.2)                                       |
| Kreatinin değeri (mg/dL) | Ortalama 0.953 (aralık=0.46-2.08)  |
| Sağkalım durumu          | Exitus (17)<br>Survı (53)  |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

*IVC: Inferior vena kava, PNI: Prognostik nutrisyonel indeks, NLR: Nötrofil-lenfosit oranı, PLR: Platelet-lenfosit oranı, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein*



TÜRK  
ÜROONKOLOJİ  
DERNEĞİ - 1999



Bilimin ışığıyla aydınlık yarınlar...



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-03]

## Prostat Kanseri SBRT'sinde Hidrojel Spacer Dağılımı ve Simetrisinin Rektal Dozlara Etkisi: İlk Deneyim

Menekşe Turna

Anadolu Sağlık Merkezi, Radyasyon Onkolojisi, Kocaeli

**Amaç:** Polietilen glikol yapısındaki hidrojel spacer SpaceOAR™, prostat kanseri radyoterapisi sırasında prostat ile rektum arasında bir bariyer oluşturarak rektal dozları ve buna bağlı geç dönem ciddi gastrointestinal yan etkileri azaltmayı, böylece yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Nisan 2022'den beri kliniğimizde heterojen prostat SBRT tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ilk hastalarımızda SpaceOAR'ın simetrisini ve bu simetrisinin dozimetrik etkilerini değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:** Düşük ve orta riskli prostat kanseri hastalarının SBRT tedavisinde SpaceOAR kullanımına ilişkin bir retrospektif bir analizi gerçekleştirildi. Her hastada, radyoterapi planlamasından önce transperineal fiducial marker ve SpaceOAR uygulanması gerçekleştirildi. İki gün sonra, boş rektum ve optimal mesane doluluğu sağlandıktan sonra planlama amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT) ve aynı pozisyonda multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (MR) yapıldı. BT ve T2 ağırlıklı MR görüntüleri, Precision Plus™ yazılımı kullanılarak öncelikle rijit, ardından deformable füzyon ile birleştirildi. Prostat, kritik organlar ve SpaceOAR konturlandı. Toplamda 38 Gy doz, 4 fraksiyonda uygulanacak şekilde planlandı. Doz ve planlama kriterleri, Fuller ve arkadaşları tarafından daha önce rapor edilen protokole uygun olarak belirlendi. Tedavi Cyberknife cihazı ile gerçekleştirildi.

Bu çalışma kapsamında tüm radyoterapi planları arşivden indirildi. Hidrojel spacerın perirektal alandaki dağılımı, T2 ağırlıklı MR görüntüleri kullanılarak SpaceOAR simetri skorlama skalası ile değerlendirildi (Resim 1) ve 1-5 arasında puanlandı (Tablo 1). Ardından, rektumun dış duvarı (RDD) ve rektum mukozasının (RM) aldığı dozlar ile simetri skoru arasındaki ilişki analiz edildi. Referans olarak, SpaceOAR öncesi hastaların aldığı rektum dozları hesaplandı.

**Bulgular:** Nisan 2022 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında tedavi edilen toplam 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara, dozimetrik kriterlerinden majör bir sapma olmadan tedavi planı yapılmıştı. Ortalama prostat hacmi 37.5 cm<sup>3</sup> idi. SpaceOAR dağılımı incelendiğinde, hastaların %73.3'ünde (11 hasta) simetrik bir dağılım sağlandığı görüldü. Sırasıyla %6.7 (1 hasta), %13.3 (2 hasta) ve %6.7 (1 hasta) hastada simetri skorları 2, 3 ve 4 olarak belirlendi. Tüm hastalar dahil edildiğinde ortalama RDD dozu 25 Gy (16-35.8) ve RM dozu 20.4 Gy (13.7-27.7) olarak hesaplandı. Simetri skoru 1-4 için sırası ile ortalama RDD dozları 25; 25; 23 ve 31,4 Gy olarak belirlendi. Ortalama RM dozları 20,4; 18,5; 19,3 ve 24,3 olarak hesaplandı. Bu dozlar sırası ile SpaceOAR kullanılmayan hastalarda ortalama 31.9 Gy ve 24.7 Gy olmak üzere daha yüksekti.

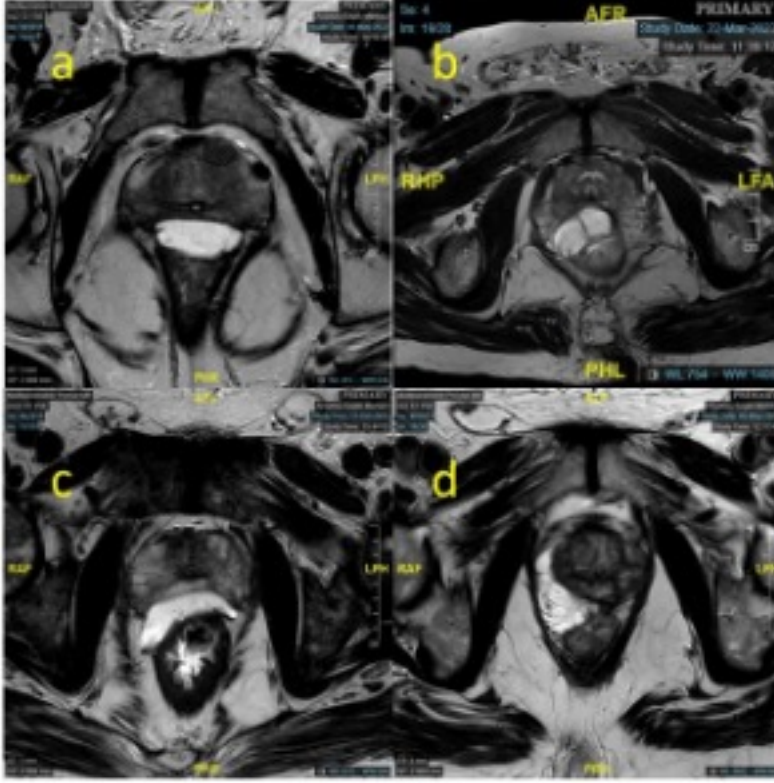
**Sonuç:** Bu çalışma, SpaceOAR'ın çoğu hastada simetrik dağıldığını ve asimetrik yerleşim olsa bile rektum dozlarında azalma sağlandığını göstermektedir. Ancak, bu dozimetrik avantajın uzun dönem yan etkiler ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek için uzun dönem takip sonuçları gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Spaceoar, hidrojel spacer, prostat SBRT, radyoterapi

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

T2 ağırlıklı görüntülemelerde simetri skoru 1-4 (a-d) örnekleri.



T2 ağırlıklı görüntülemelerde simetri skoru 1-4 (a-d) örnekleri.

**Tablo 1. Hidrojel Skorlama Metodolojisi**

|  |  |
|--|--|
| (A) Aksiyel kesitlerde hidrojel simetri skorlama |  |
| Skor tanımı                                      |  |
| 0  | Kesitte* hidrojel yok                                  |
| 1  | Hidrojen prostat orta hatta yerleşmiş                  |
| 2L, 2R   | Orta hattan 1 cm hidrojel asimetirisi (sağ ya da sol)  |
| 3L, 3R   | Orta hattan >2 cm hidrojel asimetirisi (sağ ya da sol) |
| (B) Hasta düzeyinde simetri skorlama             |  |
| Skor tanımı                                      |  |
| Simetri 1  | Her 3 kesitte simetrik dağılım.                        |
| Simetri 2  | 3 kesitin birinde 1 cm lateral dağılım                 |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|           |   |
|-----------|---|
| Simetri 3 | 3 kesitten 2'sinde lateral dağılım                        |
| Simetri 4 | Her 3 kesitte 1 cm ya da 2 tanesinde 2 cm lateral dağılım |
| Simetri 5 | Her 3 kesitte 2 cm lateral dağılım                        |

\*Her hastada üç aksiyal MR kesiti değerlendirildi (midglan aksiyal kesit, 1 cm üstünde ve altındaki kesit).

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-04]

## Comparison of free prostate specific antigen density with other prostate specific antigen derivatives as an indicator of prostate carcinoma

Coşkun Bostancı

T.C Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Aim:** To compare the diagnostic priority of free prostate specific antigen (PSA) density (f PSA-d) with other PSA derivatives including PSA, free PSA, free PSA ratio (f/t PSA), PSA density (PSA-d) for prostate carcinoma (PCa) in patients with PSA values between 4-10 ng/ml.

**Materials-Methods:** This study includes 478 patients who underwent transrectal prostate needle biopsy between January 2019 and January 2024 in urology clinic of Karabuk Training and Research hospital. Ethical approval for the study was granted by the ethics committee on 06/06/2024, with decision number 2024/1800. The study included patients with PSA levels between 4-10 ng/mL, no prior biopsy history, and a minimum of 12-core biopsies. Patients with pathology results indicating high-grade prostatic intraepithelial neoplasia or atypical small acinar proliferation were eliminated, resulting in 478 patients for analysis. Patients were divided into 2 groups, including benign prostatic hiperplasia (BPH) and PCa. The study employed the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve and Area Under the Curve (AUC) analysis to assess the diagnostic accuracy of the PSA derivatives for PCa.

**Results:** Among 478 patients, 300 (62.7%) received a diagnosis of BPH, while 178 (37.2%) were diagnosed with PCa. In the ROC curve analysis, PSA-d had the highest AUC value (0.841; 95% CI 0,802 - 0,875) for the diagnosis of prostate cancer (PCa), while fPSA-d had the lowest AUC value (0.604; 95% CI 0,555-0,651). The likelihood of diagnostic priority of parameters for PCa was ranked as follows; PSA-d > f/t PSA > free PSA > PSA > fPSA-d.

**Conclusion:** PSA-d had the highest diagnostic priority for PCa in patients with PSA levels between 4-10 ng/mL, outperforming all other parameters including PSA, free PSA, f/t PSA, and fPSA-d. The f/t PSA ratio ranked second, while f PSA-d was the least. Our findings need to be validated with larger studies.

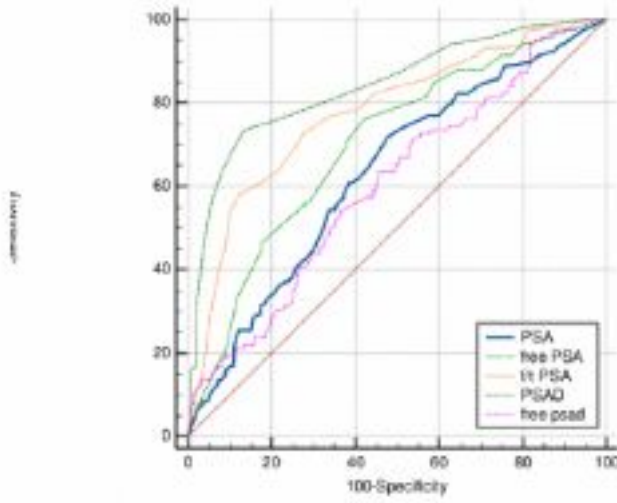
**Anahtar Kelimeler:** free prostate specific antigen density, prostate carcinoma, prostate biopsy



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figure 1



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

ROC curve for diagnostic priority of parameters for PCa diagnosis

**Table 1. Mean and median results of parameters for patients divided according to pathology results.**

|               | Total<br>(n=478) |                       | BPH<br>(n=300) |                       | PCa<br>(n=178) |                       |        |
|---------------|------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------|
|               | Mean ±<br>SD     | Median<br>(%25-%75)   | Mean±SD        | Median<br>(%25-%75)   | Mean±SD        | Median<br>(%25-%75)   | p<0,05 |
| PSA           | 6,31 ±<br>1,76   | 5,9 (4,9 -<br>7,5)    | 6,03 ±<br>1,71 | 5,6 (4,6 -<br>6,93)   | 6,77 ±<br>1,74 | 6,55 (5,4 -<br>8,2)   | 0,001* |
| free<br>PSA   | 1,41 ±<br>0,71   | 1,2 (0,9 -<br>1,7)    | 1,52 ±<br>0,71 | 1,4 (1 -1,85<br>)     | 1,23 ±<br>0,66 | 1,1 (0,8 -<br>1,4)    | 0,001* |
| PSA-d         | 0,12 ±<br>0,07   | 0,1 (0,07 -<br>0,15)  | 0,09 ±<br>0,05 | 0,09 (0,06 -<br>0,11) | 0,16 ±<br>0,08 | 0,15 (0,1 -<br>0,2)   | 0,001* |
| f/t PSA       | 0,22 ± 0,1       | 0,21 (0,15 -<br>0,28) | 0,25 ±<br>0,09 | 0,25 (0,18 -<br>0,3)  | 0,18 ±<br>0,09 | 0,15 (0,12 -<br>0,23) | 0,001* |
| free<br>PSA-d | 0,02 ±<br>0,01   | 0,02 (0,02 -<br>0,03) | 0,02 ±<br>0,01 | 0,02 (0,02 -<br>0,03) | 0,03 ±<br>0,02 | 0,02 (0,02 -<br>0,03) | 0,001* |

\*Mann Whitney U testi

BPH: benign prostatic hiperplasia PSA: prostate specific antigen f/t PSA: free to total PSA ratio PSA-d: prostate specific antigen density  
fPSA-d: free prostate specific antigen density

**Table 2. Area under curve results of parameters for prostate carcinoma diagnosis**

| Variable | AUC   | SE a   | 95% CI b       |
|----------|-------|--------|----------------|
| PSA      | 0,630 | 0,0300 | 0,582 to 0,677 |
| free PSA | 0,700 | 0,0281 | 0,654 to 0,744 |
| f/t PSA  | 0,777 | 0,0261 | 0,734 to 0,816 |
| PSA-d    | 0,841 | 0,0230 | 0,802 to 0,875 |
| fPSA-d   | 0,604 | 0,0305 | 0,555 to 0,651 |

a DeLong et al., 1988, b Binomial exact

PSA: prostate specific antigen f/t PSA: free to total PSA ratio PSA-d: prostate specific antigen density fPSA-d: free prostate specific antigen density

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-05]

## The diagnostic priority of prostate specific antigen density at different prostate specific antigen levels for prostate carcinoma

Coşkun Bostancı

T.C Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Aim:** To compare the diagnostic accuracy of prostate-specific antigen density (PSAD) for prostate carcinoma (PCa) in patients with PSA levels of 4-10 ng/ml and 10.1-20 ng/ml.

**Materials-Methods:** This retrospective study included 927 patients who underwent transrectal prostate biopsy at our hospital's urology clinic between January 2016 and May 2024. Ethical approval for the study was obtained on 07/06/2024, with decision number 2024/1815. Inclusion criteria for the study were PSA levels between 4-20 ng/ml and being a first-time biopsy. Patients were divided into two groups based on their PSA levels: the Group 1 consisted of 794 patients with PSA values between 4-10 ng/ml, and the Group 2 comprised 133 patients with PSA values between 10.1-20 ng/ml. The study examined patients' age, PSA levels, free PSA levels, prostate volume (PV), free PSA ratio (f/t PSA), PSAD, and pathology results. The diagnostic accuracy of PSAD for PCa was assessed in two groups using Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis.

**Results:** In Group 1, 36.9% of patients were diagnosed with PCa; in Group 2, this rate increased to 60.9% (Table 1). In the ROC curve analysis for the diagnostic accuracy of PSAD in detecting PCa, PSAD had the highest area under curve (AUC) value ( 0.810; 95% CI 0,781-0,836) in Group 1, with PV ranking second (AUC: 0,768; 95% CI 0,737- 0,797). In Group 2, PV ranked first and PSAD second (AUC =0.838 vs 0.837); however, the results were very close, and pairwise analysis showed no statistically significant difference (Figure1, Table 2).

**Conclusion:** PSAD's diagnostic accuracy for detecting PCa remains significant not only in the PSA level 4-10 ng/ml but also in patients with PSA levels between 10.1 and 20 ng/ml. In both groups, PV ranked second after PSAD, highlighting its importance as well. Further studies with larger patient populations are needed to support these findings.

**Anahtar Kelimeler:** prostate specific antigen density, prostate carcinoma, prostate biopsy

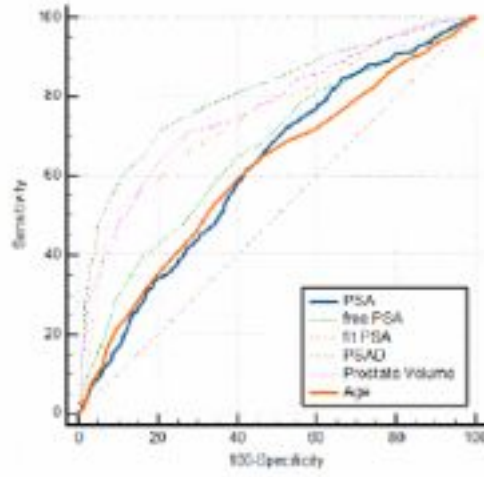
# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

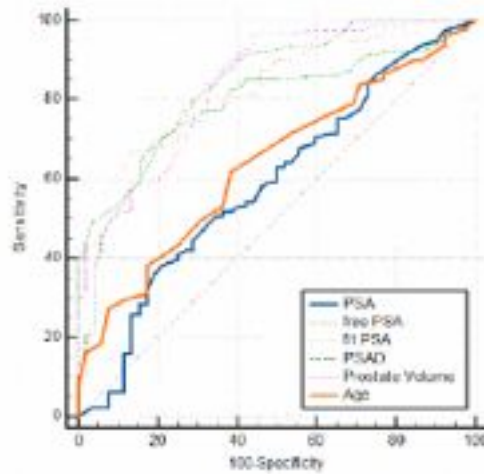
Figure 1- ROC curve analysis of parameters for prostate carcinoma diagnosis, Group 1(a) and Group 2 (b)

Figure 1- ROC curve analysis of Group 1(a) and Group 2 (b)

a



b





# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

PSA: prostate specific antigen f/t PSA: free prostate specific antigen ratio PSAD: prostate specific antigen density

**Table 1. Demographic and clinical data of patients**

| Parameters               | Group 1 (PSA=4-10) | Group 2 (PSA=10.1-20) | p<0,05  |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|---------|
| No. of patients          | 794                | 133                   |         |
| Age median (%25-75)      | 66 (61-70)         | 69 (65-74)            | 0,001*† |
| PSA median (%25-75)      | 6,04 (5-7,8)       | 13,2 (10,9-15,2)      | 0,001*† |
| free PSA median (%25-75) | 1,3 (1-1,8)        | 2 (1,5-3)             | 0,001*† |
| PV median (%25-75)       | 57 (43-75)         | 61 (46-82)            | 0,025*† |
| f/t PSA median (%25-75)  | 0,21 (0,16-0,28)   | 0,15 (0,11-0,25)      | 0,001*† |
| PSAD median (%25-75)     | 0,1 (0,07-0,15)    | 0,21 (0,15-0,29)      | 0,001*† |
| Pathology results        |                    |                       |         |
| BPH n,(%)                | 501 (63,1)         | 52 (39,1)             | 0,001*† |
| PCa n,(%)                | 293 (36,9)         | 81 (60,9)             |         |
| cisPCa n,(%)             | 107 (13,5)         | 14 (10,5)             |         |
| csPCa n,(%)              | 186 (23,4)         | 67 (50,4)             |         |

†Mann Whitney U test, †Chi-square and Bonferroni test

PSA: prostate specific antigen PV: prostate volume f/t PSA: free prostate specific antigen ratio PSAD: prostate specific antigen density BPH: benign prostatic hyperplasia PCa: prostate carcinoma cisPCa: clinically insignificant prostate carcinoma csPCa: clinically significant prostate carcinoma

**Table 2- Area under curve (AUC) values of parameters for Group 1 and 2**

| Group 1(PSA= 4-10 ng/ml)     |       |        |                |
|------------------------------|-------|--------|----------------|
| Variables                    | AUC   | SE a   | 95% CI b       |
| PSA                          | 0,622 | 0,0203 | 0,587 to 0,656 |
| free PSA                     | 0,665 | 0,0201 | 0,631 to 0,698 |
| f/t PSA                      | 0,746 | 0,0190 | 0,714 to 0,776 |
| PSAD                         | 0,810 | 0,0166 | 0,781 to 0,836 |
| Prostate Volume              | 0,768 | 0,0178 | 0,737 to 0,797 |
| Age                          | 0,612 | 0,0209 | 0,578 to 0,646 |
| Group 2 (PSA= 10.1-20 ng/ml) |       |        |                |
| Variables                    | AUC   | SE a   | 95% CI b       |
| PSA                          | 0,588 | 0,0511 | 0,500 to 0,673 |
| free PSA                     | 0,798 | 0,0380 | 0,720 to 0,863 |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                 |       |        |                |
|-----------------|-------|--------|----------------|
| f/t PSA         | 0,816 | 0,0377 | 0,739 to 0,878 |
| PSAD            | 0,837 | 0,0354 | 0,763 to 0,895 |
| Prostate Volume | 0,838 | 0,0345 | 0,764 to 0,896 |
| Age             | 0,637 | 0,0480 | 0,549 to 0,719 |

*a DeLong et al., 1988, b Binomial exact*

*PSA: prostate specific antigen f/t PSA: free prostate specific antigen ratio PSAD: prostate specific antigen density CI: confidence interval SE: standard error AUC: area under curve*

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-06]

## Radikal Prostatektomi Sonrası Biyokimyasal Nüksün Öngörülmesinde Preoperatif Multiparametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme Tabanlı Risk Sınıflandırma Sistemi

Çağrı Akpınar<sup>1</sup>, Diğdem Kuru Öz<sup>3</sup>, Alkan Oktar<sup>2</sup>, Furkan Özsoy<sup>2</sup>, Eriz Özden<sup>3</sup>, Nuray Haliloğlu<sup>3</sup>, Muhammed Arif İbiş<sup>2</sup>, Evren Süer<sup>2</sup>, Sümer Baltacı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI), preoperatif evreleme ve cerrahi kararında güncel bir belirteç olarak kullanılmaktadır, ancak preoperatif mpMRI bulgularına dayalı postoperatif onkolojik sonuçları öngörmeye mevcut kanıtlar sınırlıdır. Bu çalışmada radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal rekürrensi (BCR) tahmin etmede mpMRI ve mpMRI-tabanlı biyopsi bulgularına dayalı bir risk sınıflandırması geliştirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:** Ocak 2017 ile Ocak 2023 tarihleri arasında tek merkezde mpMRI, TRUS eşliğinde kognitif ve füzyon hedefli biyopsi ve sonrasında pelvik lenf nodu diseksiyonu ile birlikte veya diseksiyonsuz radikal prostatektomi (RP) uygulanan 289 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. BCR, RP sonrası en az iki kez PSA'nın  $\geq 0,2$  ng/mL olması olarak tanımlandı. Çok değişkenli lojistik regresyon modelleri ile BCR prediktörleri değerlendirildi. Regresyon ağacı analizi ile çok değişkenli analizde anlamlı olan preoperatif mpMRI özelliklerine göre hastalar risk gruplarına ayırıldı. Regresyon ağacından türetilen risk sınıflandırma aracının doğruluğunu test etmek için alıcı işletim karakteristiği (ROC) türetilen eğri altındaki alan (AUC) tahminleri kullanıldı.

**Bulgular:** Medyan 24 aylık takipte 47 hastada (%16,2) BCR tespit edildi. mpMRI tabanlı çok değişkenli analizde indeks lezyonun maksimum çapı (HR 1.081, %95CI 1.015-1.151, p=0.015) PI-RADS 5 lezyon varlığı (HR 2.604, %95CI 1.043-6.493, p=0.04),  $\geq$  iT3a evresi (HR 2,403, %95CI 1,013-5,714, p=0,046) ve biyopsi ISUP grade  $\geq 4$  (HR 2,440, %95CI 1,123-5,301, p=0,024) BCR'nin bağımsız prediktörleriydi (Tablo 1). Lojistik regresyon modelindeki anlamlı değişkenler regresyon ağacı analizinde önem sırasına göre üç risk grubu oluşturdu: indeks lezyonun maksimum çapı, biyopsi ISUP derecesi ve mpMRI'deki klinik evre (Figür 1). Regresyon ağacından türetilen risk sınıflandırma modelinin, BCR'yi tahmin etmede tüm kohort, ve negatif cerrahi sınıra sahip hastalar orta-iyi düzeyde doğruluğa sahip olduğu (sırasıyla, AUC %77 ve %78.2) fakat, pozitif cerrahi sınıra sahip hastalarda anlamlı doğruluğa sahip olmadığı görüldü (AUC %57) (Figür 2).

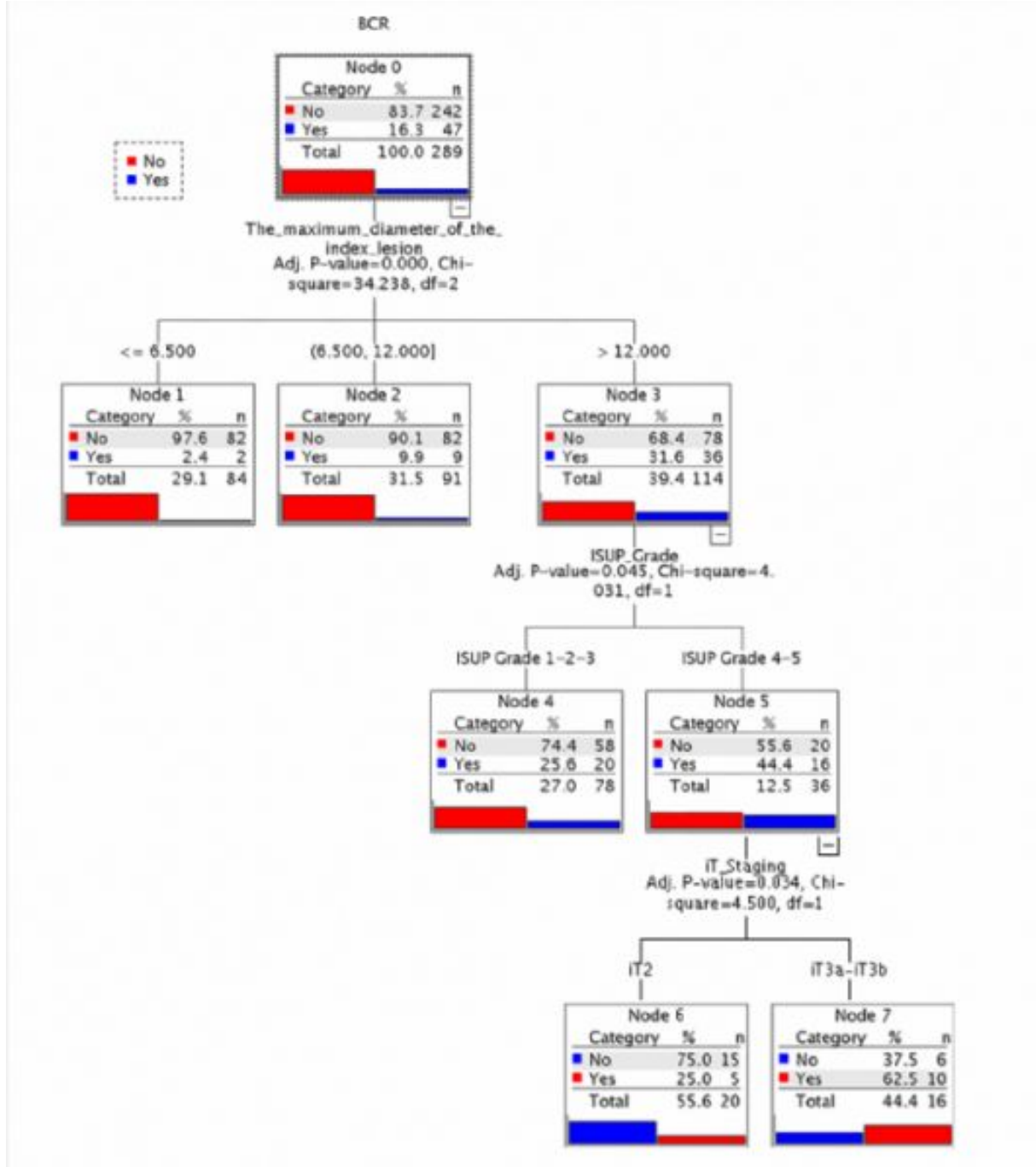
**Sonuç:** BCR'yi öngörmeye mpMRI ve mpMRI-derive biyopsi bazlı risk sınıflandırması, optimize cerrahi koşulların sağlandığı hastalarda halihazırda mevcut patolojik risk araçlarına ek bir preoperatif öngörücü bir model sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** biyokimyasal rekürrens, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme, prostat kanser, radikal prostatektomi, risk kategorisi

**Figür 1. Preoperatif mpMRI-derive çok değişkenli lojistik regresyon modelindeki bağımsız prediktörlerin önem sırasını gösteren regresyon ağacı analizi. (BCR; Biyokimyasal rekürrens, ISUP; Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği)**

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

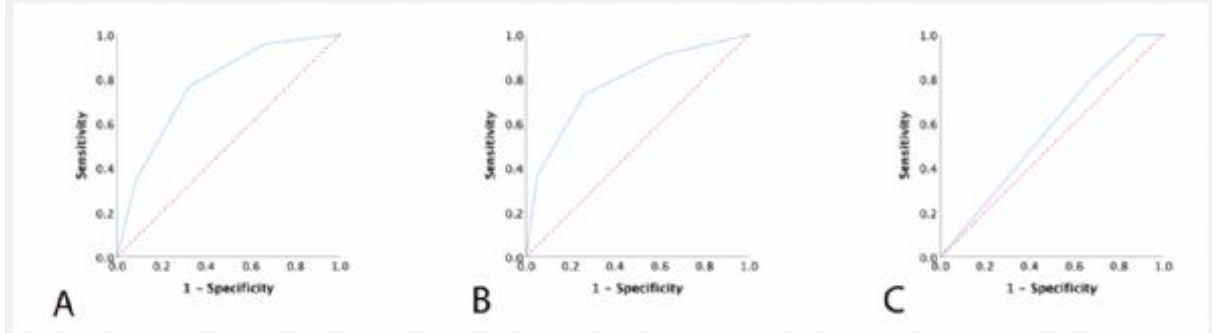


Figür 2. Preoperatif mpMRI tabanlı risk faktörlerini içeren regresyon ağacı modelin doğruluğunu gösterir ROC eğrileri (A. Tüm hastalar, B. Negatif cerrahi sınıra sahip hastalar, C. Pozitif cerrahi sınıra sahip hastalar)



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya



**Tablo 1. Biyokimyasal rekürrensi öngörmede preoperatif klinik ve mpMRI tabanlı değişkenlerin tek değişkenli analizi ve çok değişkenli lojistik regresyon modeli**

| Değişkenler   | Tek Değişkenli Analiz | Çok değişkenli Analiz   |
|---|-----------------------|---|
|   | P değeri              | Risk ratio / %95 CI / P değeri  |
| Yaş   | 0.592                 | 1.014 / 0.980-1.049 / 0.424   |
| Tanı anında PSA   | 0.19                  | 1.040 / 0.986-1.097 / 0.153   |
| mpMRI-tabanlı (iT) lokal evre<br><=iT2<br>iT3a<br>iT3b                | -<br>0.006*<br>0.102  | Referans (<=iT2 için)<br>2.403 / 1.013-5.714 / 0.046* (iT3a)<br>1.935 / 0.471-7.949 / 0.349 (iT3b)                    |
| mpMRI tümör lokasyon<br>Transizyonel zon / Periferal zon              | 0.039*                | 2.331 / 0.972-5.586 / 0.058   |
| mpMRI PI-RADS skor<br>PI-RADS <= 3<br>PI-RADS 4<br>PI-RADS 5          | -<br>0.110<br><0.001* | Referans (PI-RADS <=3 için)<br>1.205 / 0.444-3.268 / 0.714 (PI-RADS 4)<br>2.604 / 1.043-6.493 / 0.04* (PI-RADS 5)     |
| İndeks lezyonun maksimum uzunluğu                                     | <0.001*               | 1.081 / 1.015-1.151 / 0.015*  |
| Biyopsi histopatolojide ISUP grade<br>Grade <=3<br>Grade 4<br>Grade 5 | -<br>0.001*<br>0.647  | Referans (Grade <=3 için)<br>2.440 / 1.123-5.301 / 0.024* (Grade 4 için)<br>1.536 / 0.625-3.773 / 0.32 (Grade 5 için) |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-09]

## Prostat Kanserinde Radyoterapi ile Eş zamanlı Androjen Reseptör Bloklerinin Kullanımının Sinerjistik Etkilerinin Araştırılması

Gülsüm Sincar<sup>1</sup>, Burcu Bölük<sup>2</sup>, Murat Köylü<sup>3</sup>, Sunde Yılmaz Süslüer<sup>4</sup>, Erhan Gökmen<sup>5</sup>, Fatma Sert<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Gülsüm Sincar, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Onkoloji, İzmir

<sup>2</sup>Burcu Bölük, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Murat Köylü, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Sunde Yılmaz Süslüer, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>Erhan Gökmen, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Dalı, İzmir

<sup>6</sup>Fatma Sert, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Lokal ileri ve oligometastatik prostat kanserinde (PK) androjen reseptör blokerleri (ARB) radyoterapi (RT) ile eşzamanlı kullanılmaktadır. ARB olarak bicalutamid, yeni nesil olarak ise abirateron ve enzalutamid, kullanım onayı almış ilaçlardır. AR sinyal yolağının aktivasyonunun bloke edilmesi, PK tümör büyümesinin azaltılmasında oldukça etkilidir, preklinik ve klinik çalışmalar, RT'ye ARB eklenmesinin sinerjistik bir etki oluşturabileceğine işaret etmektedir. Amacımız, hormon duyarlı PK hücre hatlarında RT ile eş zamanlı kullanılan ARB'lerin, hücre proliferasyonu, hücre döngüsü, hücre ölümü ve çift zincir kırıkları üzerine etkilerinin araştırılması, farklı radyasyon dozları ile ilişkisinin ortaya konmasıdır.

**Yöntem:** Hormon bağımsız DU145 ve hormon bağımlı LNCaP insan PK hücre hatları kullanılmıştır. Abirateron Asetat, Bicalutamid ve Enzalutamid hücre hatları kurmadan önce selleckchem.com'dan yararlanılarak hazırlanmıştır. Hücre proliferasyon testi için XXT kullanılmıştır. Önce ışık mikroskopunda hücreler sayılmış ve 2.5x10<sup>5</sup> /kuyucuk ekim yapılmıştır. Hücreler 96 kuyucuklu pellette her kuyucuğa DU145 için 40 µl hücre, LNCaP için 50 µl hücre ekilmiştir. Hücreler ile ARB uygulaması 24.,48. ve 72.saat olacak şekilde 3 tekrar yapılmıştır. En etkin RT dozu belirlemek için farklı dozlarla, flask ve hücreleri içine alacak 20x20cm<sup>2</sup> alan G:180) doğrultulu 6MV enerjili ışınlar kullanılmıştır. 2, 4, 6, 8 ve 10 Gy'de klonojenik analiz ile sağkalım eğrileri elde edilmiştir. ARB'lerin eş zamanlı ve tek başına kullanımları karşılaştırılmıştır. Hücre hatlarında döngü ve çift zincir kırık analizleri gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Hormon duyarlı hücre hatlarında istatistiksel olarak daha fazla hücre ölümü izlenmiştir. LNCaP hücre hatlarında ise en belirgin hücre ölümü tüm ARB'ler ile 72.saatte elde edilmiştir. ARB seviyeleri arasında fark saptanmamıştır (p>0,05). DU145 hücre hattında doz ile sağkalım arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ve %10 sağkalım dozu (Gy) kullanılmıştır. Etkin doz 7 Gy olarak bulunmuştur. En fazla hücre ölümü enzalutamid ile olmuştur (p=0,03).G0/G1 evresindeki hücrelerden sadece RT alan hücrelerin %38,51 ve ARB (Abirateron asetat, Bicalutamid ve Enzalutamid)'ler için 72.Saatteki IC50 dozları sırasıyla %74,06, %78,65 ve %78,52;RT ve ARB (Abirateron asetat, Bicalutamid ve Enzalutamid) kombinasyonunun uygulanmasıyla sırasıyla %59,42, %63.37 ve %53,40 'a yükseldiği gösterilerek tüm dozlarla G0/G1döngüsünde arreste neden oldukları belirlenmiştir. İstatistiksel farklılık enzalutamid kolunda olmuştur (p=0,02)

**Sonuç:** RT ile eşzamanlı ARB'lerin sinerjistik etkinliği değerlendirilmiş,etkin doz 7 Gy ve en fazla hücre ölümüne neden olan ARB olarak enzalutamid bulunmuştur. ARB tedavisi uygulanacak lokal ileri veya oligometastatik PK'lerinde ARB'lerin RT ile eşzamanlı kullanıma devam edilmesi, eğer yeni nesil ARB gerekli ise enzalutamid kullanılması önerilebilir. Moleküler ve genetik verilerle oluşturulacak gerçek yaşam verileri önemli olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Prostat kanseri, Yeni nesil androjen reseptör blokeri, Hormon Baskılama Tedavisi, Radyoterapi

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-10]

## Germ Hücreli Testis Tümörü Tanılı Hastalarda Nuks Prediktörlerinin Araştırılması

İsmail Önder Yılmaz, Nebil Akdoğan, Mutlu Değer, Mehmet Gürkan Arkan, Mehmet Zubaroğlu, Volkan İzol, İbrahim Atilla Aridoğan  
Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu çalışmada germ hücreli testis (GHT) tümörü olan hastalarda, nuks açısından prediktif faktörleri bulmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:** Ocak 2015 - Haziran 2024 tarihleri arasında radikal orşiektomi operasyonu yapılmış hastalar prospektif olarak oluşturulan 'Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Testis Tümörü Veritabanı' kullanılarak incelemeye alındı. Patoloji sonucu germ hücreli testis tümörü olan hastalar seçildi. Hastane otomasyon sistemi kullanılarak hastaların nuks durumları, E-Nabız Sistemi ve Ölüm Bildirim Sistemi kullanılarak sağkalım durumları kaydedildi. Kontrol radyolojik görüntülemelerinde nuks saptananlar radyolojik nuks (R-Nüks) grubuna, takiplerinde AFP değerlerinde yükseklik saptananlar biyokimyasal nuks (B-Nüks) grubuna dahil edildi.

**Bulgular:** Veritabanında yer alan 130 hastanın 120'si germ hücreli testis tümörüydü. Bunlardan 6'sı hasta verilerinde eksiklik olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldıktan sonra 114 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %68,3'ünde (78) nuks gözlenmezken, %30,8'inde (36) nuks tespit edildi. Nükslerin %19,4'ü B-nüks, %80,6'sı ise R-nüks'tü. Orşiektomi sonrası %32,7'sine izlem yapılmış (36 hasta), %62,7'sine kemoterapi (KT) verilmiş (69 hasta), %4,5'ine ise kemoterapi ve RPLND (5 hasta) tedavisi birarada uygulanmış. Post-operatif AFP ( $p=0,014$ ), güncel AFP ( $p=0,000$ ), post-operatif LDH ( $p=0,034$ ) ve histopatoloji sonucu ( $p=0,007$ ) ile nuks arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Detaylar Tablo 1'de yer almaktadır). Pre-operatif AFP (median=2,24 IU/mL), post-operatif 1. aydaki AFP (median= 2,04 IU/mL ), güncel AFP (median=1,72 IU/mL ) ve nuks arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmakla birlikte, bu fark pre-operatif dönemdeki AFP ile güncel AFP arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ( $p=0,00$ -Friedman İki Yönlü Varyans Analizi)(Şekil 2). Genel sağkalım  $65,17\pm 33,12$  ay olarak tespit edildi (Şekil 1). Hastalarda KT sonrası retroperitoneal lenf nodu olanlarda sağkalımın ( $98\pm 20,1$  ay) olmayanlara ( $110\pm 2,25$  ay) göre istatistiksel anlamlı şekilde daha düşük olduğunu bulduk( $p=0,033$ ) (şekil 3). B-Nüks ( $54 \pm 7,2$  ay) olan hastaların genel sağkalımı, R-Nüks ( $64 \pm 5,38$  ay) olanlara göre istatistiksel anlamlı şekilde daha düşük bulundu( $p = 0,00$ )(Şekil 4).

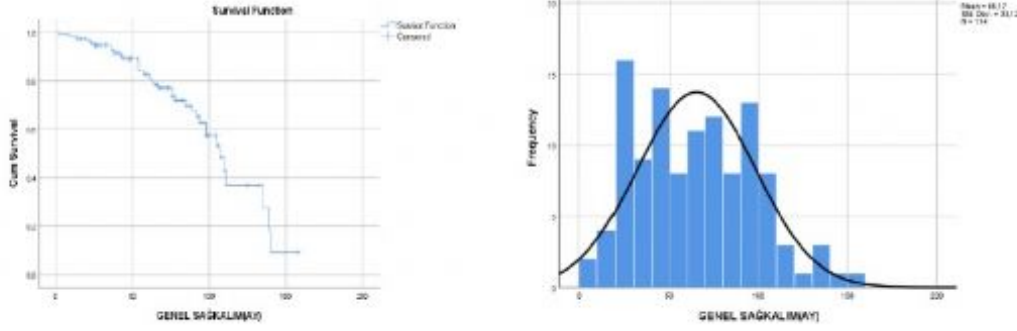
**Sonuç:** Bu bulgular, nuks durumu ile tedavi yöntemleri arasında önemli ilişkiler olduğunu ve non-seminomatöz patolojinin, preoperatif yüksek AFP'nin ve retroperitoneal lenf nodu varlığının sağkalım üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır. Ayrıca, B-nüks'ün R-nüks'e göre daha kötü prognoz sunduğu gözlemlenmiştir. Daha kapsamlı ve detaylı çalışmalar, bu durumun klinik etkilerini değerlendirerek tedavi stratejilerinin daha etkili hale getirilmesine katkıda bulunabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Germ hücreli testis tümörü (GHT), Nuks prediktörleri AFP (Alfa-Fetoprotein), Kemoterapi ve RPLND, Retroperitoneal lenf nodu

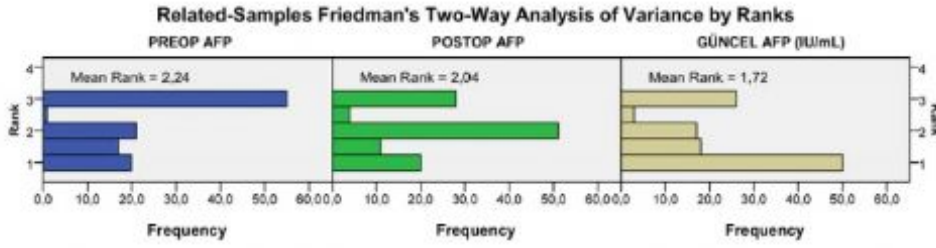
# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Germ Hücreli Tümörlerde İstatiksel Sonuçlar-1



Şekil 1: Genel Sağkalm Grafiği(Kaplan Mayer Analizi)



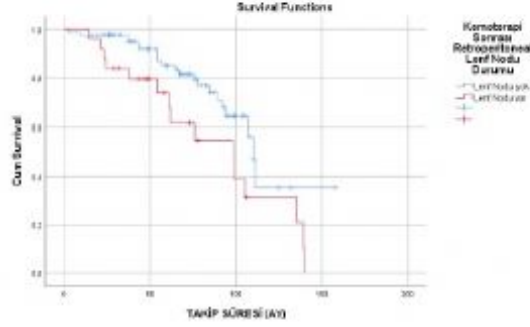
Şekil 2:AFP ortalama değerleri arasındaki istatistiksel ilişki



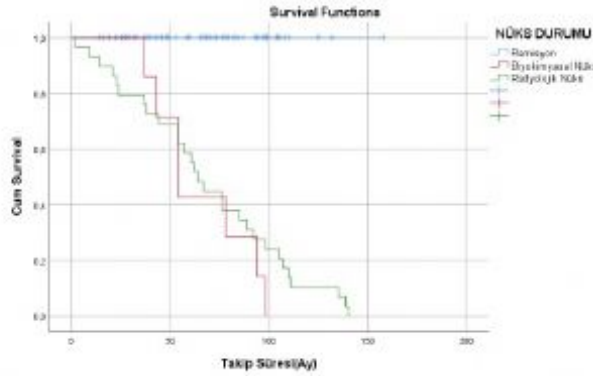
# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Germ Hücreli Tümörlerde İstatiksel Sonuçlar-2



Şekil 3: KT sonrası retroperitoneal lenf durumu varlığının sağkalm üzerine etkisi



Şekil 4: Nüks durumunun sağkalm süresi üzerindeki etkisinin Kaplan-Meier grafiği ile gösterimi

Tablo 1: Demografik ve operasyon verileri

|                 | Nüks YOK          | Nüks VAR            | P     |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------|
| Hasta Sayısı(%) | 78(%69,3)         | 36(%30,7)           |       |
| Yaş             | 32(1-69)          | 31,5(4-73)          | 0,841 |
| AFP(pre-op)     | 287,3(14,9-559,8) | 928,8(164,7-1692,5) | 0,090 |
| AFP(post-op)    | 4,2 (0,4-462,0)   | 21(1,10-23329,0)    | 0,014 |
| AFP (güncel)    | 2,44(0,7-5,7)     | 3,96(0,8-1626)      | 0,000 |
| B-HCG(pre-op)   | 5,9 (0,0-43466,0) | 5,5(0,0-171,0)      | 0,948 |
| B-HCG(post-op)  | 0,415(0,0-49,0)   | 2,78(0,0-200,0)     | 0,156 |
| LDH(pre-op)     | 257,0(120-1128,0) | 290(136-600)        | 0,622 |
| LDH(post-op)    | 225(96- 857)      | 240(130-483)        | 0,034 |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|   |  |                        |       |
|---|--|------------------------|-------|
| Testis Kitle Boyutu(mm)                           | 42,69 ±20,33                                 | 43,19± 29,10           | 0,926 |
| Histopatoloji<br>• Seminom<br>• Non-seminom       | 39(%50)<br>39(%50)                           | 10(%27,7)<br>26(%72,3) | 0,007 |
| İntratubular Germ Hücreli Tümör<br>• Yok<br>• Var | 43(%55,1)<br>35(%44,9)                       | 15(%42,9)<br>20(%57,1) | 0,309 |
| Rete Testis İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var           | 64(%82,1)<br>14(%17,9)                       | 28(%80)<br>7(%20)      | 0,795 |
| Lenfovasküler İnvazyon<br>• Yok<br>• Var          | 51(%65,4)<br>27(%34,6)                       | 20(%57,1)<br>15(%42,9) | 0,402 |
| Patolojik Nekroz<br>• Yok<br>• Var                | 59(%75,6)<br>19(%24,4)                       | 59(%75,6)<br>19(%24,4) | 0,274 |
| Spermatik Kord İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var        | 76(%97,4)<br>2(%2,6)                         | 35(%100)<br>0(%0)      | 0,475 |
| Tunika Albuginea İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var      | Tunika Albuginea İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var | 10(%28,6)<br>25(%71,4) | 0,373 |
| Tunika Vaginalis İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var      | 75(%96,2)<br>3(%3,8)                         | 33(%94,3)<br>2(%5,7)   | 0,644 |
| Epididim İnvazyonu<br>• Yok<br>• Var              | 77(%98,7)<br>1(%1,3)                         | 34(%97,1)<br>1(%2,9)   | 0,525 |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-11]

## Parsiyel Nefrektomi'de Komplikasyon Riskini Öngörmeye Padua, Renal Ve Dap Skorlama Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi

İsmail Önder Yılmaz, Mutlu Değer, Nebil Akdoğan, Mehmet Gürkan Arkan, Mehmet Zubaroğlu, Volkan İzol, İbrahim Atilla Arıdoğan  
Çukurova Üniversitesi Balcı Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Parsiyel nefrektomi, nefron koruyucu özelliği nedeniyle teknik olarak uygun hastalarda altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Ancak cerrahi olarak daha karmaşık bir işlem olduğundan, komplikasyon oranları radikal nefrektomiye göre daha yüksek olabilir. Biz bu çalışmada, komplikasyon riskini öngörmek için kullanılan mevcut skorlama sistemlerini karşılaştırmayı amaçladık

**Gereç-Yöntem:** Ocak 2011 - Ocak 2023 tarihleri arasında prospektif olarak oluşturulan "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Böbrek Tümörü Veritabanı" kullanılarak parsiyel nefrektomi yapılan hastalar incelendi. Çalışmaya, operasyon öncesi abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapılan ve postoperatif dönemde düzenli klinik takip kayıtları bulunan hastalar dahil edildi. Eksik verisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Veritabanında PADUA ve RENAL skorları bulunmakta idi. BT veya MRI görüntüleri kullanılarak hastaların D.A.P skorları da hesaplandı. Postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi. Tüm hastalar, postoperatif komplikasyon yaşayanlar (Clavien derece 2 ve üstü) ve yaşamayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı ile yapıldı ve  $p < 0,05$  değeri istatistiksel anlamlılık için kabul edildi.

**Bulgular:** Eksik verileri olan 3 hasta çıkarıldıktan sonra, toplam 219 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 86'sına (%39,2) açık parsiyel nefrektomi (APN), 133'üne (%60,8) ise laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) yapıldı. Hastaların %87,7'sinde komplikasyon gözlenmezken, %12,3'ünde komplikasyon gelişti (Tablo 1). APN yapılan hastalarda (%19,6; 17/86), LPN yapılan hastalara (%7,5; 10/133) göre komplikasyon oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p=0,011$ ). Ayrıca, klinik evre yükseldikçe komplikasyon gelişme riski de istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttı ( $p=0,016$ ). Endofitik kitlelerde (%40; 2/5) ve %50'den daha az egzofitik kitlelerde (%17,9; 7/39) komplikasyon görülme olasılığı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $p=0,005$ ). PADUA skoru açısından, düşük risk grubundaki hastalarda komplikasyon oranı %10,1 iken, yüksek risk grubunda bu oran %42,9'a çıktı ( $p=0,32$ ). RENAL skoru açısından, düşük risk grubundaki hastalarda komplikasyon oranı %9,6 iken, yüksek risk grubunda %33,3'e yükseldiği gözlemlendi ( $p=0,072$ ). D.A.P skoruna göre ise, komplikasyon gelişmeyen hastalarda ortalama skor 4 (3-7), komplikasyon gelişen hastalarda ise ortalama skor 6 (4-10) olarak bulundu ( $p=0,078$ ) (Tablo 2).

**Sonuç:** Çalışmamızda, parsiyel nefrektomi sonrası komplikasyon riskini öngörmeye etkili faktörlerin operasyon tekniği, klinik evre ve tümörün endofitik yapısı olduğu sonucuna vardık. Özellikle, açık cerrahi yöntemle yapılan işlemlerde ve ileri evre tümörlerde komplikasyon oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu tespit ettik.

**Anahtar Kelimeler:** Parsiyel nefrektomi, Komplikasyon oranları, PADUA skoru, RENAL skoru, DAP skoru

**TABLO 1: DEMOGRAFİK, PRE-OP VE POST OPERATİF VERİLER**

|                 | Komplikasyon Yok | Komplikasyon Var | P |
|-----------------|------------------|------------------|---|
| HASTA SAYISI(%) | 192(%87,7)       | 7(%12,3)         |   |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
| CİNSİYET<br>• KADIN<br>• ERKEK   | 87(%45,3)<br>105(%54,7)   | 13(%48,1)<br>14(%51,9)   | 0,900 |
| YAŞ  | 54,95± 13,58  | 56,33± 14,39   | 0,787 |
| BEDEN KİTLE İNDEKSİ(BMI)   | 27,81±4,3   | 29,13±5,6  | 0,290 |
| KİTLE BOYUTU<br>• <=4 CM<br>• 4,1-7 CM<br>• >=7 CM                                 | 127(%66,1)<br>55(%28,6)<br>10(%5,3)                                 | 13(%48,1)<br>11(%40,7)<br>3(%11,2)                                       | 0,150 |
| RENAL KİTLE BOYUTU(MM)   | 34,50(7-120)  | 41(17-200)   | 0,065 |
| KİTLENİN YERİ<br>• ALT POL<br>• ORTA POL<br>• ÜST POL                              | 67(%34,9)<br>68(%35,4)<br>57(%29,7)                                 | 12(%44,4)<br>7(%25,9)<br>8(%29,7)  | 0,543 |
| POLAR LOKALİZASYONU<br>• SÜPERİOR/İNFERİOR<br>• MEDİAL                             | 138(%71,9)<br>54 (%28,1)  | 21(%77,8)<br>6 (%22,2)   | 0,647 |
| EGZOFİTİK ORANI<br>• >=50%<br>• <50%<br>• ENDOFİTİK                                | 157(%81,8)<br>32(%16,7)<br>3(%1,5)                                  | 18(%66,7)<br>7(%25,9)<br>2(%7,4)   | 0,050 |
| RENAL KENAR<br>• LATERAL<br>• MEDİAL   | 144(%75,4)<br>47 (%24,6)  | 18 (%66,7)<br>9 (%33,3)  | 0,350 |
| RENAL SİNÜS<br>• TUTULUM YOK<br>• TUTULUM VAR                                      | 184(%95,8)<br>8(%4,2)   | 23(%85,2)<br>4(%14,8)  | 0,460 |
| KİTLENİN YÖNÜ<br>• ANTERİOR<br>• POSTERİOR<br>• X(DEĞERLENDİRİLEMEYEN)             | 73(%38)<br>75(%39,1)<br>44(%22,9)                                   | 9(%33,3)<br>12(%44,4)<br>6(%22,2)  | 0,854 |
| KLİNİK EVRE<br>• T1A<br>• T1B<br>• T2A<br>• T2B<br>• T3<br>• T4                    | 132(%68,8)<br>51(%26,5)<br>5(%2,6)<br>3(%1,6)<br>1(%0,5)<br>0(%0,0) | 12 (%44,5)<br>11 (%40,7)<br>1 (%3,7)<br>1 (%3,7)<br>1 (%3,7)<br>1 (%3,7) | 0,016 |
| OPERASYON TEKNİĞİ<br>• AÇIK<br>• LAPAROSKOPİK                                      | 69(%35,9)<br>123(%64,1)   | 17(%63)<br>10(%37)   | 0,011 |
| HİSTOPATOLOJİ<br>• BENİGN KİSTİK YAPI<br>• RENAL CELL CARSİNOM(RCC)<br>• ONKOSİTOM | 16(%8,3)<br>139(%72,4)<br>20(%10,4)                                 | 3(%11,1)<br>22(%81,5)<br>1(%3,7)   | 0,662 |



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|   |  |   |       |
|---|--|---|-------|
| • ANJİOMİYOLİPOM<br>• WİLSMS TÜMÖRÜ   | 16(%8,3)<br>1(%0,5)  | 1(%3,7)<br>0(%0,0)  |       |
| RCC ALT TİPLERİ<br>• PAPİLLER<br>• ŞEFFAF<br>• KROMOFEB<br>• TÜBÜLOKİSTİK<br>• MULTİOKÜLER<br>• EPİTELOİD | 37(%19,3)<br>84(%43,8)<br>1(%0,5)<br>1(%0,5)<br>3(%1,6)<br>1(%0,5) | 4(%14,8)<br>15(%55,6)<br>0(%0,0)<br>1(%3,7)<br>0(%0,0)<br>0(%0,0) | 0,386 |
| İSKEMİ VARLIĞI<br>• İSKEMİ YOK<br>• SICAK İSKEMİ  | 123(%64,1)<br>69(%35,9)  | 18(%66,7)<br>9(%33,3)   | 0,834 |
| SICAK İSKEMİ SÜRESİ(DK)   | 17(0-50)   | 17(0-40)  | 0,708 |
| PEROPERATİF KOMPLİKASYON<br>• YOK<br>• VAR  | 180(%93,8)<br>12(%6,2)   | 19(%70,4)<br>8(%29,6)   | 0,001 |

**TABLO 2: NEFROMETRİ SKORLARI**

|   | Komplikasyon Yok                    | Komplikasyon Var                  | Total                              | p     |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------|
| PADUA<br>• DÜŞÜK RİSK (6-7)<br>• ORTA RİSK(8-9)<br>• YÜKSEK RİSK(>=10)            | 133(%89,9)<br>55(%75,9)<br>4(%57,1) | 15(%10,1)<br>9(%14,1)<br>3(%42,9) | 148(%67,6)<br>64(%29,2)<br>7(%3,2) | 0,32  |
| R.E.N.A.L. SKORU<br>• DÜŞÜK RİSK (4-6)<br>• ORTA RİSK(7-9)<br>• YÜKSEK RİSK(>=10) | 150(%90,4)<br>40(%80)<br>2 (%66,7)  | 16(%9,6)<br>10(%20)<br>1(%33,3)   | 166(%75,8)<br>50(%22,8)<br>3(%1,4) | 0,072 |
| D.A.P SKORU   | 4(3-7)                              | 6(3-6)                            | 4(3-7)                             | 0,078 |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-12]

## Ta ve T1 kasa invaze olmayan mesane kanserlerinde grade heterojenitesinin sağkalım üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi; KİOMK kohortunun alt grup analizi

Murat Can Karaburun<sup>1</sup>, Ezgi Dicle Serbes<sup>2</sup>, Çağrı Akpınar<sup>1</sup>, Khaled Obaid<sup>1</sup>, Çağatay Göğüş<sup>1</sup>, Saba Kiremitçi<sup>2</sup>, Duygu Enneli<sup>2</sup>, Sümer Baltacı<sup>1</sup>, Evren Süer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

### Giriş

Kasa invaze olmayan mesane kanseri'nde(KİOMK) grade kategorisi prognoza etkili en önemli faktörlerden biridir. Ancak günümüzde kullanılan ikili gradeleme sistemi High-grade(HG) ve Low-grade(LG) alanları beraber içeren heterojen vakaları ayrı bir grup olarak değerlendirmemektedir. Biz bu çalışmada MG tümörlerin saf HG tümörlerden daha iyi prognoza sahip olabileceği hipotezi ile Ta-MG, Ta-HG, T1-MG ve T1-HG gruplarının rekürrensiz ve progresyonsuz sağkalımlarını (RFS ve PFS) karşılaştırmayı amaçladık.

### Yöntem

2010-2020 yılları arasında ilk TUR spesmeninde HG-KİOMK tanısı alan hastalar retrospektif belirlendi. HG olarak raporlanan ve yeterli BCG tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların ilk TUR spesmenleri deneyimli üropatologlar tarafından yeniden değerlendirildi. Her vaka için eşlik eden LG oranı %1 ila %95 arasında değişen HG tümörler "Mixed-Grade(MG)" olarak, herhangi bir LG bileşeni olmayan tümörler "saf High-Grade(HG)" olarak değerlendirildi. Sağkalım analizi Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak yapıldı. RFS ve PFS gruplar arasında log-rank testi ile karşılaştırıldı.

### Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 201 hastanın 25'i(%12,4) Ta-MG, 45'i(%22,4) Ta-HG, 43'ü(%21,4) T1-MG ve 88'i(%43,8) T1-HG tümöre sahipti. Gruplar arasında cinsiyet, VKİ, sigara, eş zamanlı CIS, uni/multifokalite ve en büyük tümör boyutu gibi parametreler açısından fark bulunmamıştır(Tablo-1). Ta-HG grubunda ortalama hasta yaşı daha küçük bulunmuştur(Tablo-1). Hastaların median takip süresi 36 aydır. Hastaların aldığı median BCG instilasyon sayısı 12 olup toplam 102 hasta(50.7%) minimum 12 doz BCG tedavisi almıştır. Ta-MG, Ta-HG, T1-MG ve T1-HG gruplarında sırasıyla 6(%24), 11(%24,4), 13(%30,2) ve 30 (%34,1) hastada nüks görülmüştür. 36 aylık RFS oranları Ta-MG, Ta-HG, T1-MG ve T1-HG grupları için sırasıyla %76, %76, %70 ve %66'dır. RFS açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır(Log-Rank p:0.701;Şekil-1.A). Ta-MG, Ta-HG, T1-MG ve T1-HG gruplarında sırasıyla 2(%8), 3(%6,6), 2(%4,6) ve 19(%21,6) hastada progresyon gözlenmiştir. 36 aylık PFS oranları Ta-MG, Ta-HG, T1-MG ve T1-HG grupları için sırasıyla %92, %93, %95 ve %78'dir. T1-HG grubunun anlamlı derecede daha düşük PFS'ye sahip olduğu saptanmıştır(Log-Rank p:0.016,Şekil-1.B)

### Tartışma

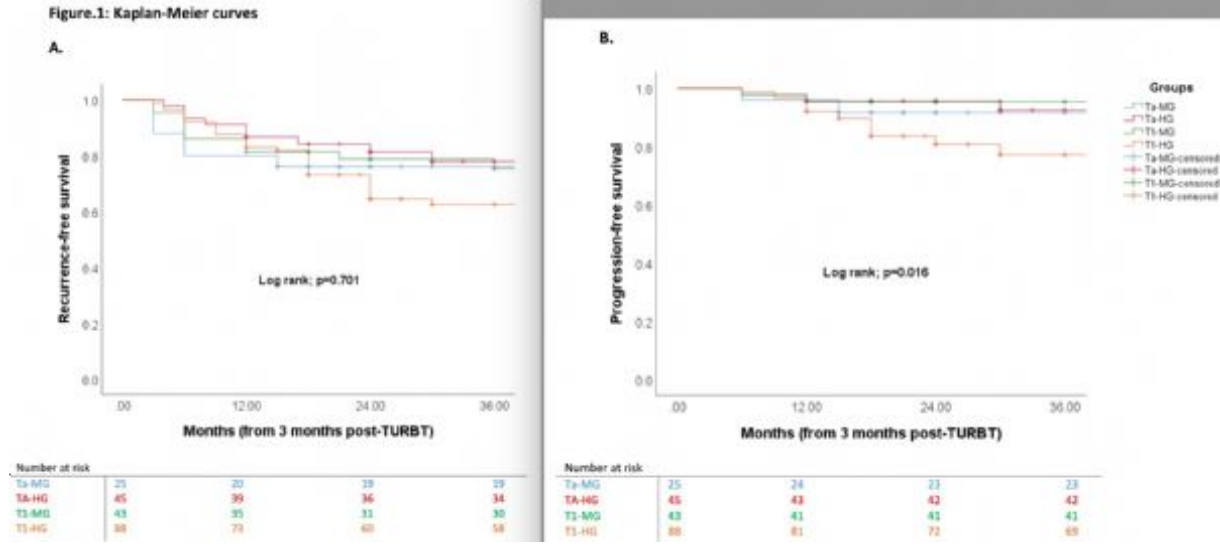
Grade kategorisi ve T evresi KİOMK'da en önemli 2 prognostik faktördür. Ancak günümüzde HG olarak raporlanan tümörlerin önemli bir bölümünün heterojenite içerdiği ve bu durumun prognozda önemli olabileceği bilinmektedir. Bu çalışmada da RFS açısından gruplar benzer bulunsada, T1-HG grubun daha düşük PFS'ye sahip olduğu görülmüştür. Bu da, aslında HG olarak raporlanan, diğer tüm özellikleri tipatıp benzer olan tümörlerin içerdikleri LG alanların miktarına göre farklı prognostik özellikler gösterebileceği ve bireyselleştirilmiş tedaviler gerektirebileceğini düşündürmektedir. Nitekim en son ISUP konsensus toplantısında da MG tümörlerde HG oranı %5-50 arasında olduğunda bu durumun patoloji raporunda belirtilesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Mesane Kanseri, Grade, Prognoz, BCG, Rekürrens, Progresyon

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Şekil-1



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tablo-1

Table-1: Patient and tumor characteristics

| Parameters                | Group-1<br>Ta-MG<br>N = 25 (12.4%) | Group-2<br>Ta-HG<br>N = 45 (22.4%) | Group-3<br>T1-MG<br>N = 43 (21.4%) | Group-4<br>T1-HG<br>N = 88<br>3(43.8%) | P value |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|---------|
| Sex, n (%)                |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • Male                    | 23 (92)                            | 39 (86.7)                          | 36 (83.7)                          | 79 (89.8)                              | 0.7*    |
| Age, yr, mean $\pm$ SD    | 69 $\pm$ 9                         | 66 $\pm$ 8                         | 69 $\pm$ 8                         | 70 $\pm$ 9                             | 0.037** |
| BMI, median, IQR          | 26 (24-27.9)                       | 27 (25.8-28.5)                     | 27 (25-29)                         | 26.9 (25-28.9)                         | 0.2***  |
| Smoking status, n (%)     |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • Never                   | 10 (40)                            | 20 (44.4)                          | 16 (37.2)                          | 24 (27.3)                              |         |
| • Former+Current          | 15 (60)                            | 25 (55.6)                          | 27 (62.8)                          | 64 (72.7)                              | 0.2*    |
| Comorbidities, n (%)      |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • Presence of HTN         | 14(56)                             | 21 (46.7)                          | 23 (53.5)                          | 51 (58)                                | 0.7*    |
| • Presence of DM          | 12 (48)                            | 12 (26.7)                          | 12 (27.9)                          | 20 (22.7)                              | 0.1*    |
| Concurrent CIS, n (%)     |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • Yes                     | 1 (4)                              | 4 (8.9)                            | 6 (14)                             | 2 (2.3)                                | 0.07*   |
| Number of tumor, n (%)    |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • 1                       | 17 (68)                            | 33 (73.4)                          | 26 (60.5)                          | 61 (69.3)                              |         |
| • 2                       | 6 (24)                             | 6 (13.3)                           | 11 (27.5)                          | 17 (19.3)                              | 0.8*    |
| • $\geq$ 3                | 2 (8)                              | 6 (13.3)                           | 6 (14)                             | 10 (11.4)                              |         |
| Largest tumor size, n (%) |                                    |                                    |                                    |  |         |
| • <3 cm                   | 22 (88)                            | 35 (77.8)                          | 32 (72.1)                          | 62 (70.5)                              |         |
| • $\geq$ 3 cm             | 3(12)                              | 10 (22.2)                          | 12 (27.9)                          | 26 (29.5)                              | 0.3*    |

\*Chi square, \*\*Oneway ANOVA, \*\*\*Kruskall Wallis tests

SD; Standard deviation, HTN; Hypertension, DM; Diabetes mellitus

Hasta ve Tümör karakteristikleri



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-13]

## Radikal Sistektomi ve Neomesane Yapılan Hastalarda DJ stent veya Eksternal Üreteral Katater Kullanımı Komplikasyon ve Anksiyete Düzeylerini Etkiler Mi?

Berkay Eren, Burhan Baylan

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Amaç:** Radikal sistektomi yapılan hastalarda üriner diversiyon sonrası üreteral stent takılması zorunludur. Kısa süreli stentleme, küçük kaçakları durdurabilir ve anastomoz ödemeğine bağlı sekonder obstrüksiyonları önleyebilir.

DJ stentlerin kullanımı üreteral darlık oranlarında artış olmaksızın daha erken mobilizasyon ve minimal rahatsızlık sağlar. Buna karşılık, dahili stentleme idrar kaçağı ve idrar yolu enfeksiyonlarında anlamlı olmayan bir artışla ilişkilendirilmiştir.

Biz de bu çalışmamızda ortotopik ileal diversiyon yapılan hastalarda eksternal üreteral stentler ve DJ stentlerin kullanımının karşılaştırılmasını amaçladık.

**Gereç-Yöntem:** 2020-2024 yılları arasında invaziv mesane kanseri tanısı ile radikal sistoprostatektomi ve ileal neobladder operasyonu yapılan 36 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara standart sistoprostatektomi ve pelvik lenfadenektomi, ardından modifiye studer tekniği kullanılarak ileal yeni mesane uygulandı. Üreteral implantasyon poşun baca bölgesine direk end to side yöntemi ile gerçekleştirildi. Hastalar eksternal üreteral stent veya 6-Fr DJ üreteral stent kullanıldı. Eksternal üreteral stentler ameliyat sonrası gün 11. ve 12. günlerde çıkarıldı. Dj stent ve sonda postoperatif 3. hafta çekilen poş grafi sonrası ekstravazasyon yoksa çekildi. Hastaların tümünde postoperatif komplikasyonlar incelenmiş ve her hastanın postoperatif 1. Gün, 5. Gün, 10. gün Depresyon Anksiyete Skalası (DASS 21) kullanılarak anksiyete skorları belirlenmiştir.

**Bulgular:** 36 hastanın 17'sinde DJ stent, 19 hastaya eksternal üreteral stent kullanılmıştır. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak verilmiştir. DJ'li hastalarda ortalama hastanede kalış süresi istatistiksel anlamlı ölçüde daha düşüktü. Ortalama (aralık) hastanede kalış süresi DJ'li grupta 16 gündü (aralık12-48 gün) ve üreteral stentli grupta 22 gündü (14-36 gün aralığı) (P = 0,001). Eksternal üreteral stent grubunda 2 hastada idrar kaçağı bildirildi. Hastaların hepsi geçici nefrostomi tüpüne gerek kalmadan drenaj kateterlerinin uzatılmasıyla konservatif olarak tedavi edildi. Kaçak takip süresi 3-9 gündü. DJ grubunda 2 hastada idrar kaçağı bildirildi, bir hastada iki taraflı nefrostomi tüpü fiksasyonu gerekti. Sızıntı süresi 6-18 gündü. Her iki grup hastanın 1. gün, 5. gün, 10. gün anksiyete skorları incelendiğinde her iki grubun 1. gün anksiyete skorları arasında fark gözükmemiştir. Fakat 5. Ve 10. gün anksiyete skorları incelendiğinde eksternal üreteral katater kullanılan hasta grubunda anksiyete skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (P = 0,001).

**Sonuç:** Radikal sistektomi ve neomesane yapılan hastalarda DJ katater, eksternal üreteral kataterlerle benzer komplikasyon oranları ve postoperatif takiplerde eksternal üreteral katater kullanılan hastalara göre daha düşük anksiyete skorlarına sahip olması nedeniyle güvenle kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Diversiyon, Neomesane, Sistektomi, Stent

### Demografik özellikler

|     | Eksternal stent grup<br>N=19 | DJ stent grup<br>N=17 | P değeri |
|-----|------------------------------|-----------------------|----------|
| Yaş | 58,2                         | 57,6                  | 0,652    |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                        |    |    |       |
|------------------------|----|----|-------|
| Cinsiyet               |    |    |       |
| Erkek                  | 17 | 14 |       |
| Kadın                  | 2  | 3  |       |
| Hidronefroz            |    |    |       |
| Var                    | 5  | 2  | 0,302 |
| Yok                    | 14 | 15 |       |
| Histolojik Tip         |    |    |       |
| Urotelyal karsinom     | 15 | 13 | 0,238 |
| SCC                    | 2  | 1  |       |
| CIS                    | 1  | 2  |       |
| Diğer                  | 1  | 1  |       |
| T evre                 |    |    |       |
| Organ sınırlı          | 15 | 14 | 0,336 |
| Ekstravezikal hastalık | 4  | 3  |       |

## Eksternal üreteral stent ile DJ stent grupları arasındaki komplikasyon ve anksiyete skor farkları

|                                      | Eksternal stent grup<br>N=19 | DJ stent grup<br>N=17 | P değeri |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|----------|
| Hastanede kalış süresi(gün)          | 22 (14-36)                   | 16 (12-48)            | 0,001    |
| Üriner kaçak                         |                              |                       |          |
| Var                                  | 2                            | 2                     | 0,847    |
| Yok                                  | 17                           | 15                    |          |
| Üriner kaçak takip süresi (gün)      | 3-9                          | 6-18                  |          |
| Postoperatif 1. Gün anksiyete skoru  | 3,7                          | 2,9                   | 0,336    |
| Postoperatif 5. Gün anksiyete skoru  | 7,8                          | 3,1                   | 0,001    |
| Postoperatif 10. Gün anksiyete skoru | 10,1                         | 3,5                   | 0,001    |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-14]

## Patolojik T3b Prostat Kanserli Olgularda Vaz Deferenans İnvazyonunun Prognostik Önemi

Murat Can Karaburun<sup>1</sup>, Çağrı Akpınar<sup>1</sup>, Muhammed Arif İbiş<sup>1</sup>, Ahmet Furkan Özsoy<sup>1</sup>, Emre Erdem<sup>1</sup>, Ezgi Dicle Serbes<sup>2</sup>, Saba Kiremitçi<sup>2</sup>, Duygu Enneli<sup>2</sup>, Çağatay Göğüş<sup>1</sup>, Kadir Türkölmez<sup>1</sup>, Sümer Baltacı<sup>1</sup>, Evren Süer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

### Giriş/Amaç

Seminal Vezikül İnvazyonu (SVİ) prostat kanserinde(PCa) prognostik önemi olan başlıca faktörlerden biridir. SVİ'nin ekstraprostatik uzanım ile direkt invazyon ya da ejakülator kanalların retrograd invazyonu ile geliştiği bildirilmektedir. Ve SVİ durumunda T evresi T3b olarak raporlanmaktadır. Ancak SV ile yakın komşulukta olan vaz deferenslerin (VD) invazyonunun prognostik önemi net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada patolojik T3b PCa olan hastalarda VD invazyonunun prognoz açısından, klinik ve patolojik sonuçlarda fark yaratıp yaratmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

### Yöntem

2007-2020 yılları arasında kliniğimizde radikal prostatektomi (RP) uygulanmış ve T3b olarak raporlanmış hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar VD invazyonu olmayan(Grup-1) ve olanlar(Grup-2) olarak iki gruba ayrıldı. Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak log-rank testi ile iki grup BCR-free sağkalım açısından karşılaştırıldı. VDİ ve diğer değişkenler ile BCR riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için tek ve çok değişkenli Cox regresyon modeli kullanıldı.

### Bulgular/Sonuçlar

Çalışmaya RP patolojisinde SVİ saptanan 199 hasta dahil edildi. Her iki gruptaki median takip süresi sırasıyla 65 ve 61 ay olarak hesaplandı. Hastaların 95'inde (%47.7) VDİ pozitif saptandı. Her iki grup arasında yaş, preoperatif PSA, prostat volümü, Psa dansitesi, biyopsi ISUP grade'i, klinik N evresi, Preoperatif EAU risk grubu, cerrahi tipi(açık/robotik) ve sinir koruyucu yaklaşım, Cerrahi sınır pozitifliği, çıkarılan LN sayısı, patolojik LN pozitifliği oranları gibi klinik ve operasyonla ilgili faktörler açısından fark saptanmadı(Tablo-1). VDİ+ olan grupta daha fazla ekstraprostatik yayılım ve bilateral SVİ, RP patolojisinde daha ileri ISUP grade'i olduğu saptandı( $p<0.05$ ; Tablo-1). Adjuvan HT alan hasta sayısı VDİ + olan grupta daha fazla iken Adjuvan RT oranlarında fark saptanmadı. BCR oranları her iki grupta benzer hesaplanırken, VDİ + grupta 6. Hafta PSA değerleri daha yüksek saptandı(Tablo-1). Kaplan-Meier sağkalım analizinde her iki grup arasında BCR-free sağkalım açısından anlamlı fark saptanmadı(log-rank  $p=0.127$ ; Şekil-1). Cox regresyon analizinde; bilateral SVİ, pN+'lığı (Biyopsi ve RP ISUP Grade'i) tek değişkenli analizde anlamlı bulunurken; pN+'lığı ile RP ISUP Grade'i çok değişkenli analizde de BCR'ye etkili faktörler olarak saptanmıştır.

### Tartışma

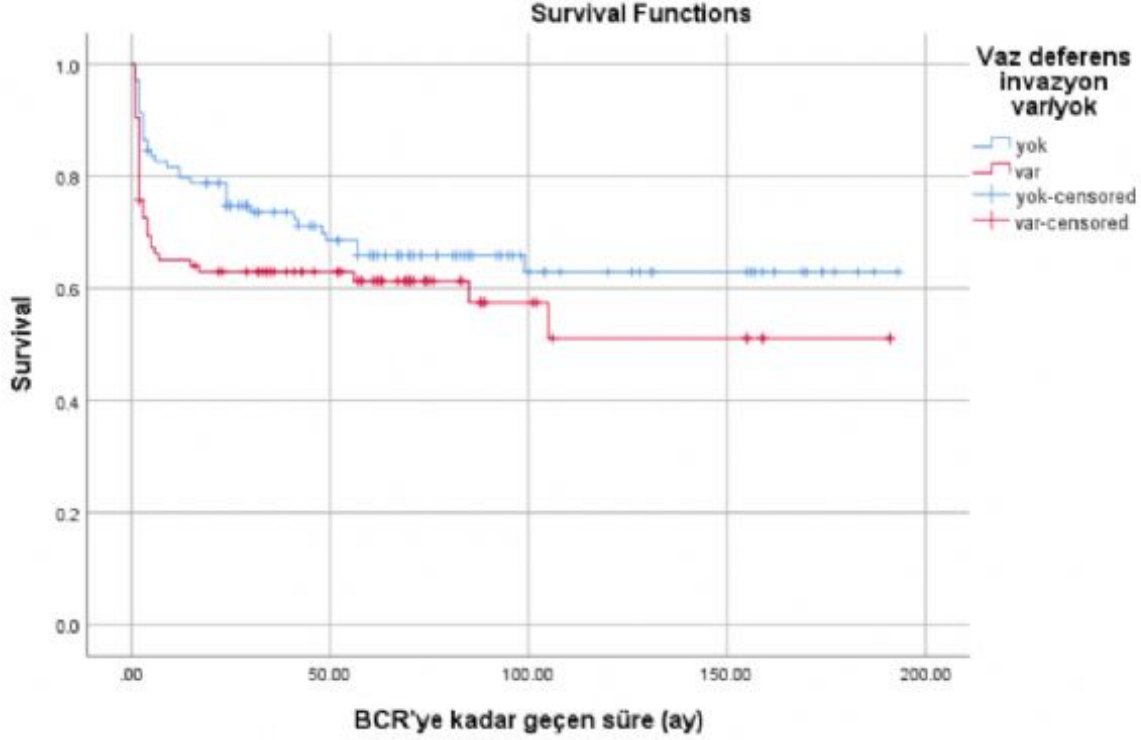
T3b prostat kanserine sahip hastalar kendi içinde farklı sağkalım oranlarına sahip olabilmektedir. VDİ'nin bu duruma etkisi net olarak bilinmemektedir. Farklı çalışmalarda T3b hastalarda VD invazyonunun daha kötü prognozla ilişkili olduğu belirtilmiş olsa da bu çalışmada her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak bu durumun her iki grup arasında adjuvan tedaviler ve diğer klinik ve patolojik parametrelerin farklı olması sebebiyle olabileceği de akılda tutularak sonuçlar yorumlanmalıdır. Daha kesin çıkarımlarda bulunabilmek için prospektif, çok merkezli, geniş hasta sayıları ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Prostat kanseri, T3b, Prognoz, Seminal Vezikül invazyonu, Vaz deferens

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Şekil-1



Kaplan-Meier Sağkalım Analizi (BCR'siz sağkalım)



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tablo-1

| Parameters                        | VDI (-)<br>n= 104 (52.3%) | VDI (+)<br>n= 95 (47.7%) | P<br>value* |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|
| Age, yr, mean $\pm$ SD            | 71.51 $\pm$ 7.55          | 69.71 $\pm$ 6.8          | 0.08        |
| Preoperative PSA, median (IQR)    | 10.7 (7.6-26.6)           | 15 (7.1-23.7)            | 0.368       |
| Prostate MRI volume, median (IQR) | 43 (32-58)                | 45 (37-60)               | 0.329       |
| Biopsy ISUP grade group           |                           |                          |             |
| 1                                 | 16 (15.4%)                | 15 (15.8%)               |             |
| 2                                 | 29 (27.9%)                | 16 (16.8%)               |             |
| 3                                 | 23 (22.1%)                | 29 (30.5%)               |             |
| 4                                 | 21 (20.2%)                | 13 (13.7%)               |             |
| 5                                 | 15 (14.4%)                | 22 (23.2%)               | 0.121       |
| Preoperative EAU risk group       |                           |                          |             |
| Low                               | 9 (8.5%)                  | 8 (8.4%)                 |             |
| Intermediate                      | 37 (35.3%)                | 25 (26.3%)               |             |
| High                              | 44 (41.9%)                | 48 (50.5%)               | 0.612       |
| Locally advanced                  | 15 (14.3%)                | 14 (14.7%)               |             |
| Surgical Procedure                |                           |                          |             |
| Open                              | 59 (56.7%)                | 55 (57.9%)               |             |
| Robotic                           | 45 (43.3%)                | 40 (42.1%)               | 0.629       |
| Extraprostatic extension          |                           |                          |             |
| No                                | 10 (9.6%)                 | 1 (1.1%)                 |             |
| Yes                               | 94 (90.4%)                | 94 (98.9%)               | 0.008*      |
| Seminal vesicle invasion          |                           |                          |             |
| Unilateral                        | 59 (57.3%)                | 17 (17.9%)               |             |
| Bilateral                         | 45 (43.2%)                | 78 (82.1%)               | <0.001*     |
| ISUP grade at final pathology     |                           |                          |             |
| ISUP grade 1                      | 7 (6.7%)                  | -                        |             |
| ISUP grade 2                      | 18 (9.1%)                 | 14 (14.7%)               |             |
| ISUP grade 3                      | 26 (13.1%)                | 28 (29.4%)               |             |
| ISUP grade 4                      | 17 (16.3%)                | 4 (4.2%)                 |             |
| ISUP grade 5                      | 36 (34.6%)                | 49 (51.7%)               | 0.001*      |
| Positive surgical margin, n (%)   |                           |                          |             |
| Yes                               | 43 (41.3%)                | 45 (47.4%)               |             |
| No                                | 61 (58.7%)                | 50 (52.6%)               | 0.393       |
| Pathological lymph node status    |                           |                          |             |
| pN0                               | 67 (64.4%)                | 50 (52.6%)               |             |
| pN+                               | 37 (35.6%)                | 45 (47.4%)               | 0.156       |
| PO. 6th week PSA, median (IQR)    | 0.04 (0.01-0.17)          | 0.14 (0.02-0.87)         | <0.001*     |
| Adjuvant RT                       |                           |                          |             |
| Yes                               | 64 (61.5%)                | 45 (47.4%)               |             |
| No                                | 49 (38.5%)                | 50 (52.6%)               | 0.051       |
| Adjuvant HT                       |                           |                          |             |
| Yes                               | 46 (44.2%)                | 73 (76.8%)               |             |
| No                                | 58 (55.8%)                | 22 (23.2%)               | <0.001      |
| BCR                               |                           |                          |             |
| Yes                               | 34 (32.7%)                | 38 (40%)                 |             |
| No                                | 70 (67.3%)                | 57 (60%)                 | 0.284       |

Tablo-1

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-15]

## Radikal prostatektomi sonrası lokalize ve cerrahi sınır negatif hastalarda biyokimyasal nüks etki eden faktör: tümörün cerrahi sınıra uzaklığı

Muhammet Halil Dağışan<sup>1</sup>, Anıl Eker<sup>1</sup>, Ceren Sarıgöl<sup>2</sup>, Funda Taşlı<sup>2</sup>, Kemal Züngün<sup>1</sup>, Mahmut Çınar<sup>1</sup>, Yasin Ceylan<sup>1</sup>, Deniz Bolat<sup>1</sup>, Tansu Değirmenci<sup>1</sup>, Serdar Çelik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Lokalize Prostat Kanseri (PCa) nedenli radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarda tedavi sonrası takipte cerrahi sınır (CS) özellikleri biyokimyasal nüks için önem arz etmektedir. Fakat hem CS negatif hem de lokalize hastalıkta biyokimyasal nüks için risk faktörleri net değildir. Bu nedenle çalışmamızda, lokalize PCa nedenli RP uygulanan ve CS negatif saptanan hastalarda biyokimyasal nüks etki eden faktörleri araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde 2009-2018 tarihleri arasında lokalize PCa nedenli İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde RP uygulanan hastalar retrospektif tarandı. Hastaların demografik verileri, PSA verileri ve prostat biyopsi verileri incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların RP patolojileri Üropatolog tarafınca prospektif olarak tekrar incelendi. Rutin patolojik incelemeye ek olarak, tümörün CS'a uzaklığı ve CS en yakın tümörün özellikleri not edildi. RP sonrası takip verileri incelenerek, postoperatif saptanamayan PSA düzeyine (PSA nadir) sahip olan ve sonraki takiplerinde biyokimyasal nüks durumuna göre hastalar nüks (-) ve (+) diye iki gruba ayrıldı. Veriler bu iki grup arasında karşılaştırılarak değerlendirildi. Daha sonra anlamlı saptanan verilere ROC Curve analizi uygulanarak cut-off değeri ve bu değerın sensitivite ve spesifite oranları incelendi.

**Bulgular:**

Çalışmada lokalize PCa nedenli RP uygulanan CS negatif saptanan toplam 144 hastanın takiplerinde 109 hastada nüks (-) saptanmazken (grup 1, n:109), 35 hastada nüks (+) saptanmıştır (grup 2, n:35). Grup 1 ve grup 2 arasında demografik veriler açısından istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo). Grup 2 de preoperatif verilerden klinik evre ve biyopsideki pozitif kor sayısı istatistiksel olarak daha yüksek iken, RP verilerinden ise ISUP grade ve tümör volümü yüksek, tümörün CS'a uzaklığı ise daha düşük (sınıra daha yakın) saptandı (500µm (1-2000) vs 100µm (5-1500); p<0.001). Çalışmada ayrıca incelenen cerrahi sınıra yakın tümör fokalitesi ile en yakın tümörün ISUP grade'i (p=0.207) iki grup arasında anlamlı saptanmadı. Tüm hasta grubunda tümörün cerrahi sınıra uzaklığının biyokimyasal nüksü öngören cut-off değerini saptamak için yapılan ROC Curve analizi cerrahi sınıra en yakın tümör uzaklığı için cut of 75µm olduğunda sensitivite %40, spesifite ise %79 (AUC=0.716, p<0.001) saptandı (Şekil). Tüm 144 hastada tümörün cerrahi sınıra uzaklığı incelendiğinde 107 hastada >75µm uzaklığa sahip olduğu, 37 hastada ise <75µm uzaklığa sahip olduğu gözlemlendi. Cerrahi sınıra uzak olan (>75µm) 107 hastanın 21'inde (%19,6) biyokimyasal nüks saptanmışken, cerrahi sınıra yakın olan (<75µm) 37 hastanın 14'ünde (%37,8) nüks saptanmıştır (p=0,026; OR: 0,401 (CI:%95)).

**Sonuç:**

Çalışmamızda tümörün cerrahi sınıra uzaklığının biyokimyasal nüks açısından anlamlı bir parametre olabileceğini saptadık. RP sonrası CS negatif saptanan lokalize PCa hastalarında biyokimyasal nüksü öngörebilmek adına geniş serili prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** biyokimyasal nüks, cerrahi sınır, protat kanseri, psa

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Lokalize PCa ve CS negatif hastalarda biyokimyasal nükse etki eden faktörler

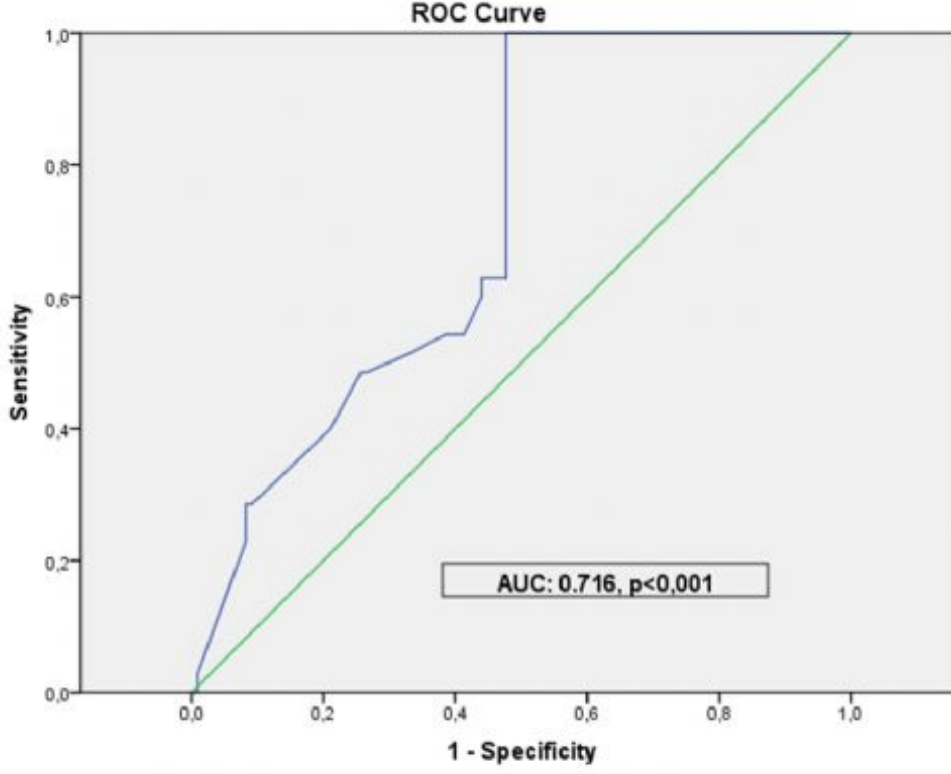
Tablo. Lokalize PCa ve CS negatif hastalarda biyokimyasal nükse etki eden faktörler

|   | Group 1<br>(n=109) | Group 2<br>(n=35) | P Value    |
|---|--------------------|-------------------|------------|
| Age   | 66,04 ± 5,36       | 67,3 ± 7,07       | 0,279      |
| PSA (ng/ml)   | 7,93 ± 5,36        | 8,3 ± 3,81        | 0,241      |
| Clinical T stage  | T1C                | 84 (77,1%)        | 20 (57,1%) |
|   | T2A                | 18 (16,5%)        | 5 (14,3%)  |
|   | T2B                | 4 (3,7%)          | 7 (20%)    |
|   | > T2C              | 3 (2,8%)          | 3 (8,6%)   |
| Prostate biopsy GS  | 6,47 ± 0,67        | 6,76 ± 0,99       | 0,194      |
| Number of positive core   | 10,07 ± 4,89       | 11,46 ± 2,84      | 0,028      |
| Percentage of tumor in positive cor.  | 45,57 ± 32,43      | 57,34 ± 31,65     | 0,051      |
| Biopsy ISUP grade   | 1                  | 73 (67%)          | 20 (57,1%) |
|   | 2                  | 22 (20,2%)        | 5 (14,3%)  |
|   | 3                  | 5 (4,6%)          | 4 (11,4%)  |
|   | 4                  | 7 (6,4%)          | 4 (11,4%)  |
|   | 5                  | 2 (1,8%)          | 2 (5,7%)   |
| RP GS   | 6,63 ± 0,72        | 7,03 ± 0,77       | 0,158      |
| RP ISUP grade   | 1                  | 45 (41,3%)        | 11 (31,4%) |
|   | 2                  | 36 (33%)          | 9 (25,7%)  |
|   | 3                  | 19 (17,4%)        | 7 (20%)    |
|   | 4                  | 4 (3,7%)          | 7 (20%)    |
|   | 5                  | 5 (4,6%)          | 1 (2,9%)   |
| Tumor Volume  | 11,18 ± 10,6       | 19,71 ± 15,42     | 0,017      |
| Tumor density   |                    |                   |            |
| The distance of the tumor from the closest surgical margin (microns) (min- max) | 500 (1 – 2000)     | 100 (5 – 1500)    | <0,001     |
| ISUP grade group of the tumor focus closest to the surgical margin              | 1                  | 83 (76,1%)        | 24 (68,6%) |
|   | 2                  | 9 (8,3%)          | 2 (5,7%)   |
|   | 3                  | 11 (10,1%)        | 4 (11,4%)  |
|   | 4                  | 4 (3,7%)          | 5 (14,3%)  |
|   | 5                  | 2 (1,8%)          | 0 (0%)     |
| Number of tumor foci closest to the surgical margin                             | Unifocal           | 89 (81,7%)        | 28 (80)    |
|   | Multifocal         | 20 (18,3%)        | 7 (20)     |
| PNI   | +                  | 63 (57,8%)        | 24 (68,6%) |
|   | -                  | 46 (42,2%)        | 11 (31,4%) |
| LVI   | +                  | 4 (3,7%)          | 2 (5,7%)   |
|   | -                  | 105 (96,2%)       | 33 (94,3%) |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tümörün cerrahi sınıra uzaklığının biyokimyasal nükse etkisi





# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-16]

## Kurtarma Radyoterapisi Uygulanan Prostat Kanserli Hastalarda Prognostik Faktörler Ve Radyoterapi Sonrası PSA Değerinin Prognostik Etkisi

Mehmet Polat Demirhas, Hatice Kübra Topal, Halil Cumhuri Yıldırım, Fazilet Öner Dinçbaş  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

**Amaç:** Kurtarma radyoterapisi (RT) uygulanan prostat kanserli olgularda RT sonrası ikincil nüksleri etkileyen klinik ve patolojik faktörler değerlendirildi. PostRT PSA'nın prognostik değerini araştırmak amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2022 yılları arasında kurtarma RT uygulanan 97 hastanın patolojik ve klinik özellikleri RT sonrası ikincil nüks açısından retrospektif olarak incelendi. Tek başına kurtarma RT alan hastalarda, RT bitiminden 3 ay sonra; RT ve androjen deprivasyon tedavisi (ADT) alan hastalarda, ADT bitiminden 12 ay sonra PSA değerlendirilmesi yapıldı. Sağkalım değerleri Kaplan-Meier, sağkalıma etki eden prognostik faktörler Log-rank ve Cox-regresyon ile analiz edildi. PostRT PSA prognostik kesim değeri için ROC analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların medyan yaşı 64(48-80)'dü. Hastaların hepsine radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal nüks nedeniyle prostat lojuna 66-70 Gy, 15(%16)'ine ek olarak pelvik lenfatiklere 45-54 Gy radyoterapi uygulandı. Hastaların 24(%24.7)'üne LHRH agonisti (6-24ay) eklendi. Hasta özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Medyan 44 (12-143) ay takip sonrası 33 (%34) hastada biyokimyasal nüks, 24 (%25) hastada metastaz gelişti. İki ve 5 yıllık biyokimyasal progresyonsuz sağkalım (bPSK) oranları sırasıyla %85.4 ve %61.5 olarak hesaplandı. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde; postRT PSA değeri (HR 1.20, %95 CI 1.08-1.32,  $p<0.001$ ), preRT PSA değeri (HR 1.9, %95 CI 1.4-2.8,  $p<0.001$ ), patolojik lenf nodu pozitifliği (HR 3.0, %95 CI 1.3-7.5,  $p=0.13$ ) ve başlangıç T evresinin (HR 2.8, %95 CI 1.5-5.5,  $p=0.02$ ) radyoterapi sonrası ikincil biyokimyasal nükslerde bağımsız risk faktörü olduğu tespit edildi. ROC analizinde postRT PSA için kesim değeri 0.04 ng/ml olarak bulundu (AUC:0.774,  $p<0.001$ ). PostRT PSA değeri  $\leq 0.04$  ng/ml olan hastalarda 2 ve 5 yıllık bPFS oranı sırası ile % 97.2 ve % 84.7 iken,  $>0.04$  olan hastalarda ise sırasıyla %74.1 ve %42.5 olarak saptandı (Şekil-1).

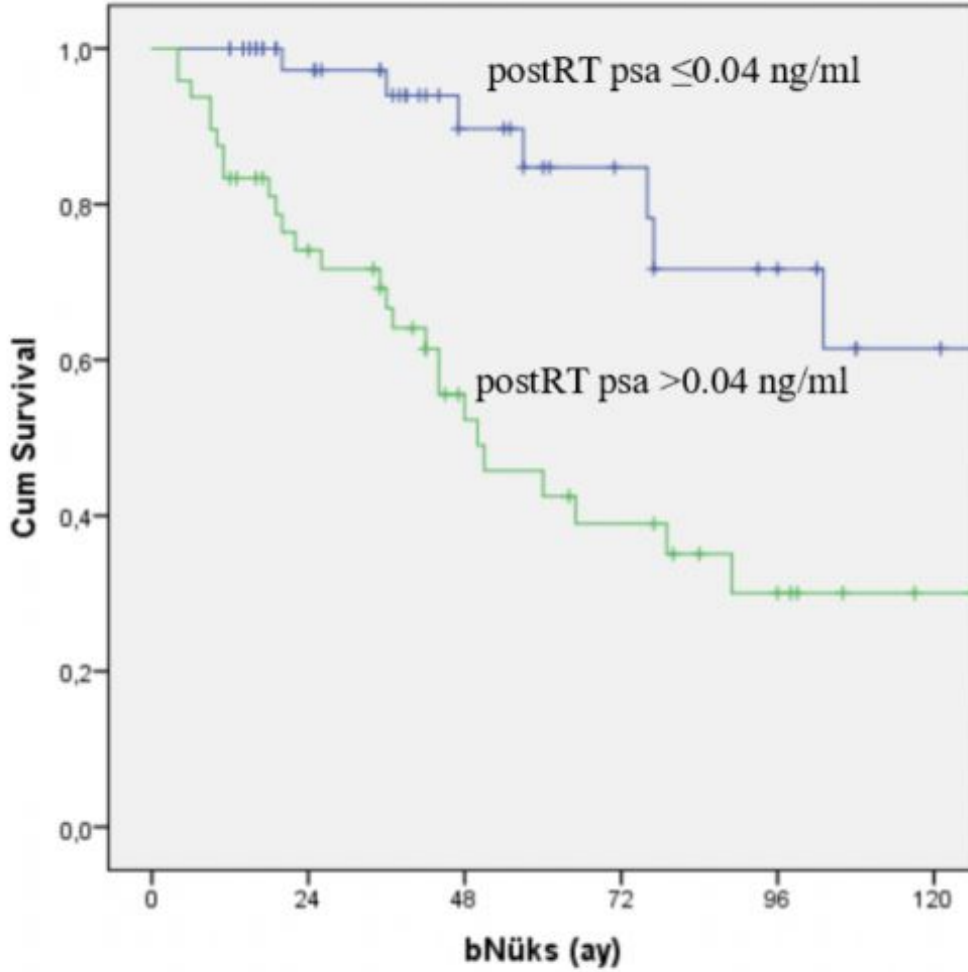
**Sonuç:** Kurtarma radyoterapisi yapılmış olan radikal prostatektomili olgularda, radyoterapi sonrası ikincil nüksü etkileyen faktörlerin postRT PSA değeri, preRT PSA değeri, patolojik lenf nodu pozitifliği ve başlangıç T evresi olduğu bulundu. PostRT PSA değeri 0.04 ng/ml'den yüksek olgularda nüks riskinin daha fazla olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** kurtarma radyoterapisi, prognostik faktörler, postRT psa değeri, ikincil nüks

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Şekil-1 PostRT PSA değerine göre biyokimyasal progresyonsuz sağkalm



Tablo-1 Hasta Özellikleri

|          |            |
|----------|------------|
| T Evresi |            |
| T2       | 30 (%30.9) |
| T3a      | 28 (%28.9) |
| T3b      | 39 (%40.2) |
| N Evresi |            |
| Pozitif  | 13 (%13.4) |
| Negatif  | 84 (%86.6) |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Gleason Skoru                   |                   |
| 6                               | 14(%14.4)         |
| 7                               | 68(%70.2)         |
| 8                               | 7(%7.2)           |
| 9                               | 8 (%8.2)          |
| Cerrahi Sınır                   |                   |
| Pozitif                         | 72 (%74.2)        |
| Negatif                         | 25 (%25.8)        |
| PSA (ng/ml)<br>medyan (min-max) |                   |
| Preop PSA                       | 12.4 (4-87)       |
| PreRT PSA                       | 0.36 (0.01-5)     |
| PostRT PSA                      | 0.19 (0.001-0.94) |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-17]

## Orta riskli prostat kanseri tanılı hastalarda ılımlı hipofraksiyone ve ultrahipofraksiyone radyoterapi sonuçlarımız

Selvi Dinçer, Emine Deniz, Aysun Arslantaş, Baver Tütün  
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

**Amaç:** Prostat kanseri (PCa) radyoterapisinde farklı fraksiyonasyonlar araştırılmaktadır. Orta riskli prostat kanseri tanılı hastalarda ılımlı hipofraksiyone ve ultrahipofraksiyone radyoterapinin biyokimyasal nüks üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. Akut ve geç gastrointestinal (GI) ve genitoüriner (GÜ) yan etkileri değerlendirdik.

**Gereç-Yöntem:** Orta riskli PCa tanılı hastalar ılımlı hipofraksiyone (67,5 Gy / 25 fx) veya ultrahipofraksiyone (36,25 Gy / 5 fx) kollarına randomize edildi. En az 2 yıllık takibi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Akut ve geç yan etkiler CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) ve RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) kriterlerine göre derecelendirildi. Yan etkiler ve biyokimyasal nüksüz sağkalım analiz edildi. Hastalara ait sayısal tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Test, kategorik tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Ki-kare testlerinden (Pearson kare / Fisher exact test) yararlanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Toplam 109 hasta randomize edildi. İlımlı hipofraksiyone grupta 80, ultrahipofraksiyone grupta 29 hasta çalışmaya dahil edildi. İki grup yaş, T evresi, gleason skoru, PSA, hormonoterapi uygulaması ve komorbidite açısından benzerdi. İlımlı hipofraksiyone grupta grad 1-2 GÜ ve GI akut yan etki sırasıyla 55 (%69) ve 22 (%27) hastada görülürken ultrahipofraksiyone grupta sırasıyla 17 (%59) ve 8 (%27) hastada tespit edildi. Grad 1-2 GÜ ve GI geç yan etki ılımlı hipofraksiyone grupta sırasıyla 31 (%39) ve 8 (%10) hastada gözlemlendi. Ultrahipofraksiyone grupta grad 1-2 GÜ geç yan etki 11 (%38) hastada ve GI geç yan etki 3 (%10) hastada görüldü. İlımlı hipofraksiyone grupta grad 3 ve üzeri akut yan etki görülmezken grad 3 ve üzeri GÜ ve GI geç yan etki sırasıyla 4 (%5) ve 2 (%2,5) hastada görüldü. Ultrahipofraksiyone grupta ise grad 3 ve üzeri akut GÜ ve GI yan etki birer hastada (%3) görülürken grad 3 ve üzeri geç yan etki görülmedi. Her iki grup arasında akut ve geç toksisite açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0,05$ ). İlımlı hipofraksiyone grupta 2 (%3) hastada, ultrahipofraksiyone grupta ise 3 (%10) hastada biyokimyasal nüks tespit edildi ve istatistiksel anlamlı fark bir fark gözlenmedi ( $p = 0,084$ ). İlımlı hipofraksiyone grupta 11 (%14), ultrahipofraksiyone grupta 7 (%24) hastanın PCa dışı sebeplerle exitus olduğu tespit edildi ( $p = 0,197$ ).

**Sonuç:** Ultrahipofraksiyonasyon, orta riskli prostat kanseri tanılı hastalarda ılımlı hipofraksiyonasyona benzer lokal kontrol sağlayan ve yan etkiler açısından farklılık göstermeyen bir radyoterapi modalitesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Prostat kanseri, ılımlı hipofraksiyone radyoterapi, ultrahipofraksiyone radyoterapi



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-18]

## Prostat kanserinin testiküler metastazı: olgu sunumu

Ezgi Doğa Akaoğlu, Selvi Dinçer, Eyyüp Danış  
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Tanı tarihinden 4 yıl sonra primer bölgede nükseden ve aynı anda tek taraflı testiküler metastaz gösteren nadir bir prostat adenokarsinom vakasını sunuyoruz.

Olgu: 78 yaşındaki erkek hasta, 6 aydır devam eden idrar yapmada zorlanma şikayeti ile hastaneye başvurdu. Yüksek serum PSA seviyeleri (44,79 µg/L) saptanması üzerine hastaya transrektal USG eşliğinde prostat biyopsisi yapıldı ve patoloji sonucu, 5/12 kadranda yüksek dereceli prostat adenokarsinomu (GS 8) olarak raporlandı. Multiparametrik MR görüntüleme (mpMRI), periferik zonda seminal vezikül invazyonu ile birlikte 5x3 cm boyutlarında primer lezyon görüldü. Bu seviyede prostat konturlarında hafif düzensizlikler ve prostat etrafındaki yağlı planlarda hafif kirlilik mevcuttu. 68-Ga prostate spesifik membran antijeni pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (Ga-68 PSMA PET-CT) çekildi ve prostatın bazal-orta bölgelerinde posterior kısımlarda geniş yayılım gösteren ve bilateral seminal veziküllere uzanan yoğun PSMA tutulumu (SUV maks: 22,3) görüldü. Bölgesel lenfatiklerde ve vücudun diğer bölgelerinde herhangi bir tutulum saptanmadı.

Hastaya yüksek riskli prostat kanseri teşhisi ile 3 aylık neoadjuvan gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonisti uygulandı. Prostat ve seminal veziküllere 78 Gy, tüm pelvik lenfatik alana ise 50 Gy radyoterapi IMRT tekniği ile planlandı. Tedavi sonunda hastada ikinci derece genitoüriner toksisite görülürken gastrointestinal toksisite görülmedi. Hormonoterapiye 36 ay devam edildi. Takipte PSA seviyesi 0,01 µg/L ve serum testosteron seviyesi 0,15 µg/L olarak tespit edildi. Kontrol mpMR görüntüleme, seminal veziküllerin normal görünümde olduğu ve prostat periferik zonda T2 hipo-intensite görülmediği tespit edildi. Takip esnasında PSA seviyesi <0,006 µg/L'ye kadar düştü. Hormonoterapinin bitiminden 1 yıl sonra PSA seviyesi 1,35 µg/L'den 2,24 µg/L'ye yükseldi. Hasta 1,5 aydır testiküler kitlesinin olduğunu belirtti. PSMA-PET ve skrotal doppler USG yapıldı. PSMA-PET'te, prostatın bazal segmentinin sağ lateral tarafında rezidüel malignite lehine fokal artmış aktivite tutulumu (SUV maks: 6,4) görüldü. Sol testiküler bölgede yeni gelişmiş yoğun aktivite (SUV maks: 25) prostat adenokarsinom metastazı veya ikinci primer testiküler malignite ile uyumlu olarak değerlendirildi. Skrotal doppler USG, sol testiste 15x13 mm heterojen hiper ve hipoekoik bir kitle ile posteriora benzer morfolojide 3,5 mm çapında ikinci bir lezyon gösterdi. Hasta üroonkoloji konseyinde değerlendirildi ve sol orşiektomi kararı alındı. Orşiektomi materyalinin patolojik değerlendirilmesi 1,5x1,3x1,2 cm boyutlarında ve 0,4 cm çapında iki ayrı lezyon olarak prostat adenokarsinom metastazıyla (GS 8) uyumluydu. Ameliyat sonrası PSA 0,287 µg/L'nin altına düştü. Hasta tekrar tümör konseyine danışıldı ve hormonoterapi ile takip kararı alındı. 10 aydır metastazsız olarak takip edilmektedir.

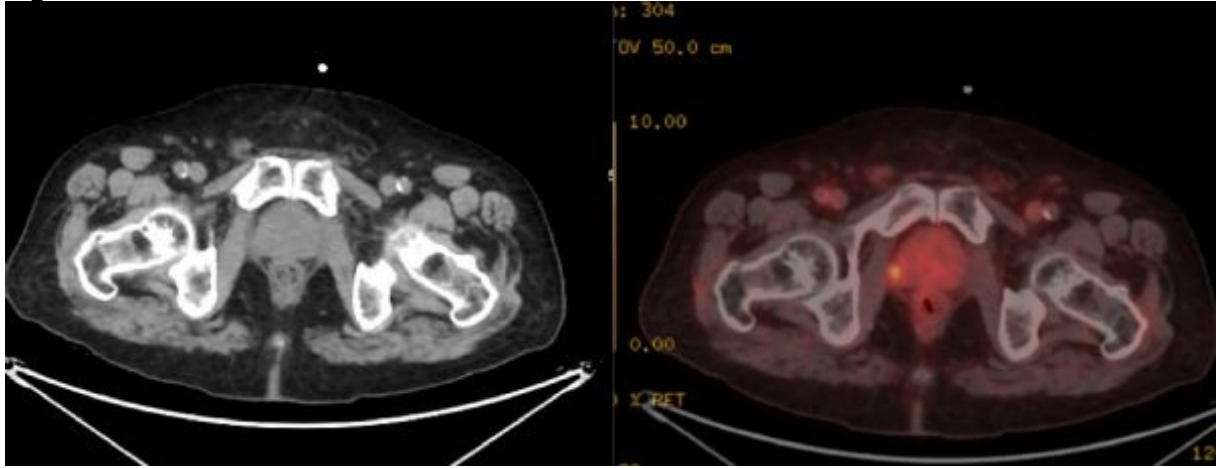
Sonuç: Lokal ileri PCA'da testiküler metastaz nadir görülmekle birlikte akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** prostat adenokarsinom, testiküler metastaz, orşiektomi

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

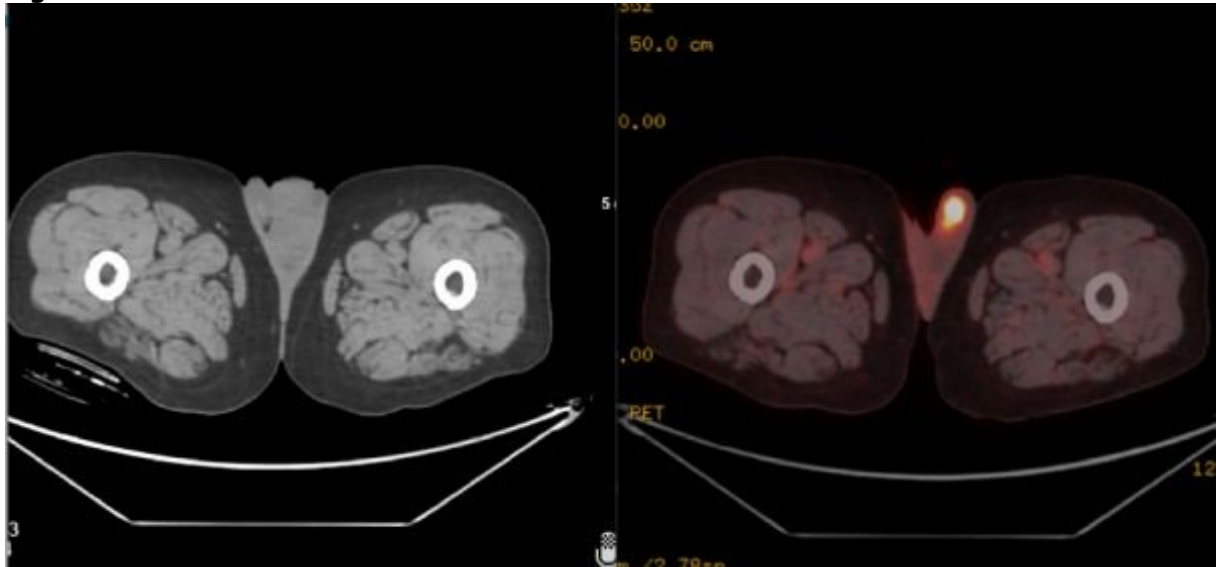
13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Fig 1



Prostat primer lezyon

Fig 2



Testis metastazı

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-19]

## The Relationship Between Surgical Margin Positivity and Preoperative Clinical Parameters, Including mpMRI and PSMA PET-CT data, in Intermediate and High Risk Prostate Cancer Patients Undergoing Radical Prostatectomy

Berk Karaca, Ebru Hasbay, Selda Tatar, Anıl Eker, Mahmut Çınar, Yasin Ceylan, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci, Serdar Çelik  
İzmir Şehir Hastanesi, İzmir

**Aim:** This prospective cohort study aims to investigate the relationship between surgical margin positivity following radical prostatectomy (RP) and preoperative and postoperative clinical and pathological parameters in patients with intermediate and high risk prostate cancer.

**Methods:** This study included a total of 42 patients who underwent RP for intermediate and high risk prostate cancer. Based on pathology reports, patients were divided into two groups: those with negative surgical margins (n=22) and those with positive surgical margins (n=20). Comparisons were made between the two groups regarding age, preoperative PSA level, PSA density, TRUS biopsy results, highest positive core percentage, clinical stage, mpMRI PIRADS score, and PSMA PET-CT findings. Statistical analyses were conducted using Mann-Whitney U and chi-square tests, with a significance level set at  $p < 0.05$ .

**Results:** The mean preoperative PSA level was  $9.95 \pm 6.48$  ng/mL in the negative margin group, while it was  $13.44 \pm 5.98$  ng/mL in the positive margin group ( $p=0.037$ ). PSA density was significantly higher in the positive margin group ( $0.34 \pm 0.18$  vs.  $0.24 \pm 0.18$ ;  $p=0.044$ ), indicating a significant association between higher PSA density and surgical margin positivity. No significant difference was observed between the groups in terms of the number of positive biopsy core ( $6.7 \pm 3.55$  vs.  $6.38 \pm 2.91$ ;  $p=0.848$ ) or the highest positive core percentage ( $61.66 \pm 25.18$  vs.  $59.37 \pm 35.34$ ;  $p=0.811$ ). Perineural invasion was also not significantly different between the groups ( $p=0.354$ ). Clinical staging showed that 72.7% of patients with negative margins were in stage T1c, compared to 40% in the positive margin group. Although surgical margin positivity was more common in patients with more advanced stages (T2a, T2b, T2c), there was no statistically significant relationship between clinical stage and surgical margin status ( $p=0.158$ ). mpMRI PIRADS 5 was found in 36.4% of patients in the negative margin group and 45% in the positive margin group ( $p=0.034$ ), suggesting a significant association between higher PIRADS score and surgical margin positivity. PSMA PET-CT showed no significant difference in SUVmax values between the two groups ( $11.76 \pm 6.5$  vs.  $12.02 \pm 7.68$ ;  $p=0.648$ ) (Table 1).  
**Conclusion:** This study found a significant relationship between surgical margin positivity after radical prostatectomy and preoperative PSA level, PSA density and mpMRI PIRADS scores in patients with intermediate and high risk prostate cancer. These findings suggest that patients with higher preoperative PSA and PSA density levels and PIRADS score needs to be followed closely and can required adjuvant treatment after radical prostatectomy.

**Anahtar Kelimeler:** Prostate cancer, Surgical margin positivity, Radical prostatectomy, mpMRI, PSMA PET-CT



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Table 1

|  |         | Patients with<br>Negative<br>Surgical<br>Margins in RP<br>Pathology<br>(n=22) | Patients with<br>Positive<br>Surgical<br>Margins in RP<br>Pathology<br>(n=20) | P-value |
|--|---------|---|---|---------|
| Age  |         | 67.86 ± 4.82  | 66.2 ± 4.56   | 0.172   |
| PSA  |         | 9.95 ± 6.48   | 13.44 ± 5.98  | 0.037*  |
| PSA Density                                      |         | 0.24 ± 0.18   | 0.34 ± 0.18   | 0.044*  |
| Number of Positive Cores<br>in TRUS-Bx           |         | 6.7 ± 3.55  | 6.38 ± 2.91   | 0.848   |
| Highest Percentage of<br>Cancer in TRUS-Bx Cores |         | 61.66 ± 25.18   | 59.37 ± 35.34   | 0.811   |
| Perineural<br>Invasion in<br>TRUS-Bx             | Absent  | 12 (54.5%)  | 14 (70%)  | 0.354   |
|  | Present | 10 (45.5%)  | 6 (30%)   |         |
| Clinical<br>Stage                                | T1C     | 16 (72.7%)  | 8 (40%)   | 0.158   |
|  | T2A     | 2 (9.1%)  | 4 (20%)   |         |
|  | T2B     | 1 (4.5%)  | 4 (20%)   |         |
|  | T2C     | 3 (13.6%)   | 4 (20%)   |         |
| PIRADS<br>Score on<br>mpMR                       | ≤3      | 2 (9.1%)  | 7 (35%)   | 0.034*  |
|  | 4       | 12 (54.5%)  | 4 (20%)   |         |
|  | 5       | 8 (36.4%)   | 9 (45%)   |         |
| SUVmax on PSMA PET-CT<br>(Prostatic Lesion)      |         | 11.76 ± 6.5   | 12.02 ± 7.68  | 0.648   |



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-20]

## Orta ve Yüksek Riskli Prostat Kanserinde Radikal Prostatektomi Sonrası Lokal İleri Hastalığı Öngörmede MRI ve PSMA PET-BT Verilerinin Önemi

Mahmut Çınar, Anıl Eker, Ebru Hasbay, Selda Tatar, Berk Karaca, Murathan Muratoğlu, Yasin Ceylan, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci, Serdar Çelik  
İzmir Şehir Hastanesi, İzmir

**Amaç:** Bu prospektif çalışmada, orta ve yüksek riskli prostat kanseri hastalarında radikal prostatektomi sonrası lokal ileri hastalığı ( $\geq pT3$  ve/veya N+) öngören klinik ve patolojik parametreler ile mpMRI ve PSMA PET-BT verilerinin araştırılması ve çalışmanın ön sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmada kliniğimizde radikal prostatektomi yapılan toplam 42 orta ve yüksek riskli prostat kanseri hastası prospektif olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası patolojilerine göre hastalar lokal ileri hastalık ( $\geq pT3$  ve/veya N+) saptanan ve organa sınırlı hastalık ( $< pT3$ ) saptanan hastalar diye iki grupta değerlendirildi. Bu iki grup arasında klinikopatolojik verilerden PSA, PSA dansitesi, TRUS (+ kognitif füzyon) biyopsi verileri ve klinik evre, mpMRI PIRADS skoru ve PSMA PET-BT prostatik SUVmax değeri karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak belirlendi.

**Bulgular:** Lokal ileri prostat kanseri saptanan 15 hastanın ortalama yaşı  $67,13 \pm 4,74$  yıl, organa sınırlı prostat kanseri saptanan 27 hastanın ortalama yaşı  $67,03 \pm 4,79$  yıl saptanmış olup, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,968$ ). Ameliyat öncesi PSA düzeyi lokal ileri grupta ( $15,03 \pm 7,04$  ng/mL) organa sınırlı gruba ( $9,71 \pm 5,26$  ng/mL) kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti ( $p=0,013$ ). PSA dansitesi de yine benzer şekilde lokal ileri grupta yüksek saptandı ( $0,41 \pm 0,22$  vs  $0,23 \pm 0,13$ ;  $p=0,006$ ). Prostat biyopsi verilerinden prostat biyopsisindeki pozitif kor sayısı, pozitif kanser yüzdesi ve perinöral invazyon varlığı iki grup arasında benzer saptandı (Tablo). Klinik evre değerlendirildiğinde, klinik T1c evresi organa sınırlı grupta (%74,1 vs %26,7) daha yüksek iken, klinik T2b ve T2c evresi lokal ileri grupta daha yüksek saptandı ( $p < 0,001$ ). mpMR'da PIRADS 5 lezyon varlığı organa sınırlı hastalara oranla lokal ileri grupta istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (%60 vs 29,6;  $p=0,044$ ). PSMA PET-BT'de prostat SUVmax değeri ise iki grup arasında benzer saptandı ( $10,65 \pm 6,47$  vs  $14,21 \pm 7,46$ ;  $p=0,177$ ). (Tablo 1)

**Sonuç:** Klinik orta ve yüksek riskli prostat kanserli hastalarda radikal prostatektomi sonrası saptanan lokal ileri prostat kanseri ( $\geq pT3$  ve/veya N+) hastalarının preoperatif PSA, PSA dansitesi ve mpMRI'da PIRADS 5 skoru organa sınırlı (pT2) hastalara oranla daha yüksekti. Bu kohort çalışmanın ön sonuçlarına göre lokal ileri hastalığı öngören parametrelerin netleşmesi için çalışmamızın nihai sonuçları beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Lokal ileri prostat kanseri, mpMRI, PSA dansitesi, PSMA PET-CT, Prostat kanseri, Radikal prostatektomi

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tablo 1

|  |          | Organ<br>Confined<br>Disease<br>( $<pT3$ N0)<br>(n=27) | Locally<br>Advanced<br>Disease<br>( $\geq pT3$ and/or<br>N+)<br>(n=15) | P-value |
|--|----------|--|--|---------|
| Age  |          | 67.03 $\pm$ 4.79                                       | 67.13 $\pm$ 4.74   | 0.968   |
| PSA  |          | 9.71 $\pm$ 5.26  | 15.03 $\pm$ 7.04   | 0.013*  |
| PSA Density                                      |          | 0.23 $\pm$ 0.13  | 0.41 $\pm$ 0.22  | 0.006*  |
| Number of Positive Cores<br>in TRUS-Bx           |          | 5.83 $\pm$ 2.77  | 7.78 $\pm$ 3.66  | 0.140   |
| Highest Percentage of<br>Cancer in TRUS-Bx Cores |          | 56.94 $\pm$ 26.12                                      | 65.38 $\pm$ 35.96  | 0.420   |
| Perineural<br>Invasion in<br>TRUS-Bx             | Absent   | 13 (48.1%)   | 13 (86.7%)   | 0.311   |
|  | Present  | 14 (51.9%)   | 2 (13.3%)  |         |
| Clinical<br>Stage                                | T1C      | 20 (74.1%)   | 4 (26.7%)  | <0.001* |
|  | T2A      | 5 (18.5%)  | 1 (6.7%)   |         |
|  | T2B      | 1 (3.7%)   | 4 (26.7%)  |         |
|  | T2C      | 1 (3.7%)   | 6 (40%)  |         |
| PIRADS<br>Score on<br>mpMR                       | $\leq 3$ | 5 (18.5%)  | 4 (26.7%)  | 0.044*  |
|  | 4        | 14 (51.9%)   | 2 (13.3%)  |         |
|  | 5        | 8 (29.6%)  | 9 (60%)  |         |
| SUVmax on PSMA PET-CT<br>(Prostatic Lesion)      |          | 10.65 $\pm$ 6.47                                       | 14.21 $\pm$ 7.46   | 0.177   |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-21]

## Prognostic Value of PSMA PET-CT SUVmax for Predicting Clinically Significant Prostate Cancer in Intermediate-High Risk and Active Surveillance Eligible Patients

Anıl Eker, Selda Tatar, Ebru Hasbay, Berk Karaca, Mahmut Çınar, Alican Kök, Yasin Ceylan, Deniz Bolat, Tansu Değirmenci, Serdar Çelik  
İzmir Şehir Hastanesi, İzmir

**Aim:** This prospective cohort study aims to evaluate the predictive value of multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) and prostate-specific membrane antigen positron emission tomography (PSMA PET-CT) in detecting true clinically significant prostate cancer (ISUP grade group 2 and above, pathological stage T3a and above, or lymph node involvement) in patients who underwent radical prostatectomy.

**Methods:** A total number of 42 patients with intermediate and high risk prostate cancer were prospectively evaluated. In all patients, we assessed the predictive value of various parameters such as biopsy characteristics, mpMRI PIRADS score, PSMA PET-CT SUVmax in detecting true clinically significant prostate cancer post-radical prostatectomy. Additionally, we identified a subset of intermediate risk patients eligible for active surveillance based on TRUS biopsy (ISUP grade 1-2), PSA <20 ng/mL, and clinical stage T2a or lower. The predictive value of the parameters mentioned above were evaluated to identify clinically significant prostate cancer also for this subgroup.

**Results:** In the analysis of all patients, no significant association was found between clinically significant prostate cancer detection after radical prostatectomy and parameters such as age, PSA, PSA density, number of positive biopsy cores, highest percentage of cancer in biopsy cores, perineural invasion in TRUS biopsy and clinical T stage. Similarly, no significant relationship was observed between the PIRADS score on mpMRI and the detection of clinically significant prostate cancer. However, a significant association was identified between the prostate SUVmax on PSMA PET-CT and the detection of clinically significant prostate cancer ( $p=0.007$ ) (Table 1). In ROC analysis, prostatic SUVmax cut-off value was determined as 7 (AUC:0.840,  $p=0.007$ ) with a sensitivity of 84% and specificity of 71.4% for predicting clinically significant prostate cancer (Figure 1). The presence of SUVmax <7 in prostate was associated with true clinically insignificant prostate cancer in 55% of cases, while the SUVmax  $\geq 7$  was associated with true clinically significant cancer in 91.3% of cases ( $p=0.001$ , OR: 13.1, 95% CI: 1.853-92.958). Similarly, in the subgroup of intermediate risk patients eligible for active surveillance, a significant association was also found between the prostate SUVmax value and the detection of clinically significant prostate cancer (Table 2). Those with prostatic SUVmax  $\geq 7$  had 100% sensitivity and specificity for predicting true clinically significant cancer ( $p=0.005$ ).

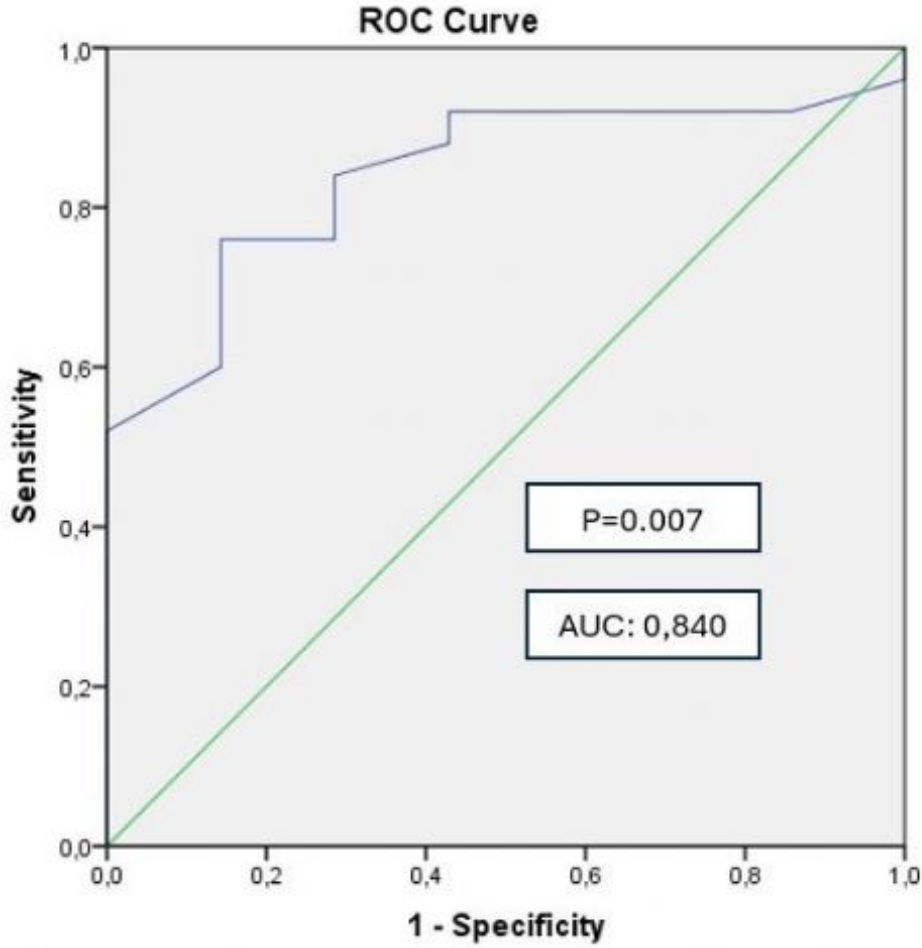
**Conclusion:** Prostatic SUVmax value on PSMA PET-CT imaging can be considered as a valuable data in predicting true clinically significant prostate cancer after radical prostatectomy. These are the preliminary results of our prospective cohort study, and the final results will be clarified at the end of the study.

**Anahtar Kelimeler:** Clinically significant prostate cancer, mpMRI, Prostate cancer, PSMA PET-CT, Radical prostatectomy, SUVmax

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figure 1





# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Table 1

|   |         | Patients with Clinically Insignificant Prostate Cancer in RP Pathology (n=8) | Patients with Clinically Significant Prostate Cancer in RP Pathology (n=34) | P-value |
|---|---------|--|---|---------|
| Age   |         | 65 ± 5.23  | 67.55 ± 4.53  | 0.157   |
| PSA   |         | 13.12 ± 6.92   | 11.25 ± 6.35  | 0.313   |
| PSA Density                                   |         | 0.25 ± 0.13  | 0.30 ± 0.20   | 0.491   |
| Number of Positive Cores in TRUS-Bx           |         | 5.5 ± 2.13   | 6.83 ± 3.43   | 0.505   |
| Highest Percentage of Cancer in TRUS-Bx Cores |         | 56 ± 41.14   | 61.34 ± 28.82   | 0.787   |
| Perineural Invasion in TRUS-Bx                | Absent  | 3 (37.5%)  | 23 (67.6%)  | 0.121   |
|   | Present | 5 (62.5%)  | 11 (32.4%)  |         |
| Clinical Stage                                | T1C     | 5 (62.5%)  | 19 (55.9%)  | 0.476   |
|   | T2A     | 2 (25%)  | 4 (11.8%)   |         |
|   | T2B     | 1 (12.5%)  | 4 (11.8%)   |         |
|   | T2C     | 0 (0%)   | 7 (20.6%)   |         |
| PIRADS Score on mpMR                          | ≤3      | 3 (37.5%)  | 6 (17.6%)   | 0.411   |
|   | 4       | 3 (37.5%)  | 13 (38.2%)  |         |
|   | 5       | 2 (25%)  | 15 (44.1%)  |         |
| SUVmax on PSMA PET-CT (Prostatic Lesion)      |         | 6.25 ± 2.17  | 13.44 ± 7   | 0.007*  |

Table 2

|  | Clinically Insignificant Prostate Cancer in RP | Clinically Insignificant Prostate Cancer in RP | P-value |
|--|--|--|---------|
|--|--|--|---------|

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|  | Pathology<br>(n=5) | Pathology<br>(n=5) |        |
|--|--------------------|--------------------|--------|
| Age  | 63.8 ± 5.71        | 67.54 ± 4.54       | 0.172  |
| PSA Density                                      | 0.19 ± 0,07        | 0.18 ± 0.06        | 0.955  |
| Number of Positive Cores<br>in TRUS-Bx           | 5.8 ± 1.3          | 5 ± 4.16           | 0.666  |
| Highest Percentage of<br>Cancer in TRUS-Bx Cores | 80 ± 34.64         | 44.4 ± 30.45       | 0.136  |
| Perineural Invasion in<br>TRUS-Bx, Absent        | 1 (20%)            | 7 (63.6%)          | 0.282  |
| Perineural Invasion in<br>TRUS-Bx, Present       | 4 (80%)            | 4 (36.4%)          | 0.282  |
| PIRADS Score on mpMR,<br><=3                     | 2 (40%)            | 3 (27.3%)          | 0.575  |
| PIRADS Score on mpMR,<br>4                       | 3 (60%)            | 6 (54.5%)          | 0.575  |
| PIRADS Score on mpMR,<br>5                       | 0 (0%)             | 2 (18.2%)          | 0.575  |
| SUVmax on PSMA PET-CT<br>(Prostatic Lesion)      | 5.41 ± 1.36        | 16.2 ± 7.25        | 0.011* |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-22]

## Oligometastatik Kastrasyona Dirençli Prostat Kanseri Hastalarında [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA Tedavisinin Güvenliği ve Etkinliği

Gamze Beydağı<sup>1</sup>, Nalan Alan Selçuk<sup>1</sup>, Kaan Akçay<sup>1</sup>, Başak Öven<sup>2</sup>, Serkan Çelik<sup>2</sup>, Levent Kabasakal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, oligometastatik kastrasyona dirençli prostat kanseri hastalarında [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin güvenliğini ve etkinliğini değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:** İleri evre prostat kanseri tanısı almış ve Mart 2020 ile Eylül 2024 arasında [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisi uygulanmış olan 19 hasta prospektif dizaynda retrospektif olarak incelendi. Güvenlik profili CTCAE-v5.0'a göre değerlendirildi. Tedavi etkinliği [<sup>68</sup>Ga]Ga-PSMA pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) görüntüleri PPP kriterlerine ve PSA ölçümleri ile Prostat Kanseri Çalışma Grubu 3 (PCWG3) kriterlerine göre değerlendirildi. Progresyonsuz sağkalım (PFS) süreleri ilk [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavi tarihi temel alınarak Kaplan Meier analizi ile hesaplandı. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler cox regresyon ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalara ortalama 6,06±0,38 GBq (aralık: 5,55-7,40 GBq) aktivite ile medyan 4 kür [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisi verildi (n=19). [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisi hastaların %21'ine ikinci basamakta, %68'ine üçüncü basamakta ve %11'ine ise üçüncü basamaktan sonra verildi. Hastaların %37'sinde (n=7) sadece kemik metastazı, %37'sinde (n=7) kemik ve lenf nodu metastazları, %11'inde (n=2) sadece lenf nodu metastazı ve %16'sında (n=3) ise kemik ve viseral organ (karaciğer, sürrenal gland ve penis metastaz) metastazları mevcuttu. Hastaların %50'sinde de novo metastaz mevcuttu. Toksikite analizi yapılabilen (n=14) hastaların %50'sinde grade 1 hematotoksikite ve %7'sinde ise grade 1 nefrotoksikite görüldü. Tedavi sonrası hastaların %41'inde PSA seviyelerinde %50'den fazla (n=7), %47'sinde ise herhangi bir düşüş (n=8) gözlemlendi. Tedavi sonrası [<sup>68</sup>Ga]Ga-PSMA PET/BT'de PPP kriterlerine göre (n=18) hastaların %11'inde (n=2) tam yanıt, %33'ünde (n=6) parsiyel yanıt, %11'inde (n=2) stabil hastalık izlenirken hastaların %44'ünde (n=8) progresyon gözlemlendi. Hastalık kontrol oranı %56 (n=10) idi. Kaplan-Meier analizine göre tahmini medyan PFS 8,6 aydı. Tek değişkenli analiz sonuçlarında göre hasta yaşı, [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin aktivitesi, [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin uygulandığı basamak, tedavi öncesi PSA değeri ve viseral metastaz varlığının PFS üzerinde katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Çok değişkenli analizlerde [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin erken basamakta uygulanması ve viseral metastaz varlığının PFS katkısı daha da belirginleşti (p<0,05) (Tablo 1). **Sonuç:** Bu çalışmanın ön sonuçları, [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin oligometastatik kastrasyona dirençli prostat kanseri hastalarında güvenli ve etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu çalışmada [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisinin daha erken basamaklarda kullanılmasının PFS sürelerini uzattığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** prostat kanseri, [<sup>177</sup>Lu]Lu-PSMA tedavisi, Oligometastaz

### Risk Faktörlerinin Progresyonsuz Sağkalıma Katkısının Analizi

|                     |              | Univariate p-değeri | Multivariate p-değeri |
|---------------------|--------------|---------------------|-----------------------|
| Yaş (Ortalama ± SD) | 71,89 ± 8,77 | 0,001               | 0,368                 |
| GG Grup n (%)       |              | 0,172               |                       |
| 2                   | 2 (%11)      |                     |                       |
| 3                   | 5 (%28)      |                     |                       |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                           |                 |       |       |
|---------------------------|-----------------|-------|-------|
| 4                         | 4 (%22)         |       |       |
| 5                         | 7 (%39)         |       |       |
| [177Lu]Lu-PSMA aktivitesi | 6,06 ± 0,38 GBq | 0,027 | 0,214 |
| [177Lu]Lu-PSMA basamağı*  |                 | 0,000 | 0,049 |
| 2                         | 4 (%21)         |       |       |
| >=3                       | 15 (%79)        |       |       |
| Metastaz bölgeleri        |                 | 0,07  |       |
| Kemik                     | 7 (%37)         |       |       |
| Lenf nodu                 | 2 (%11)         |       |       |
| Kemik ve lenf nodu        | 7 (%37)         |       |       |
| Kemik ve viseral          | 3 (%16)         |       |       |
| Viseral metastaz*         | 3 (%16)         | 0,039 | 0,023 |
| Denovo metastaz           | 3 (%16)         | 0,936 |       |
| Kemoterapi öyküsü         | 14 (%74)        | 0,817 |       |
| Tedavi öncesi PSA         | 8,57 ± 9,77     | 0,001 | 0,094 |

\*[177Lu]Lu-PSMA tedavisinin uygulandığı basamak ve viseral metastaz varlığının progresyonsuz sağkalıma katkısı hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlıydı.



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-23]

## Robotik Adrenalektomi Sonuçlarımızın Değerlendirmesi

Sahin Kilic

SBÜ, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Robotik adrenalektomi uygulanan 30 hastanın klinik verileri analiz ederek cerrahinin etkinliği ve güvenliğini değerlendirilmek.

**Gereç-Yöntem:** Ocak 2020-Haziran 2024 tarihlerinde kliniğimizde robotik adrenalektomi yapılan 30 hastanın retrospektif analizi gerçekleştirildi. Hastaların demografik verileri, cerrahi detayları ve postoperatif sonuçları incelendi. Hastalar dört gruba ayrıldı: Conn sendromu (n=10), feokromasitoma (n=3), Cushing sendromu (n=8) ve non-fonksiyone adrenal tümör (n=9). Operasyon süresi, kan kaybı, postoperatif hemoglobin düzeyleri, dren süresi ve yatış süreleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 50.78±12 yıl olup, gruplar arasında yaş farkı anlamlı değildi (p>0.05). Ortalama vücut kitle indeksi (BMI) 27.33±4.37 kg/m<sup>2</sup> idi. Operasyon süresi ortalama 132±41.78 dakika, intraoperatif kan kaybı ortalama 110 ml (50-250 ml) olarak tespit edildi. Postoperatif dren süresi ortalama 3 gün (2-4 gün) ve yatış süresi ortalama 4 gün (2-7 gün) olarak bulundu. Gruplar arasında parsiyel adrenalektomi yapılma oranları açısından fark saptanmadı. Conn sendromu olan hastaların ortanca yatış süresi, Cushing sendromu olan hastalarınkinden istatistiksel anlamlı kısa saptandı (p=0.039).

**Sonuç:** Robotik adrenalektomi, düşük komplikasyon oranları ve kısa hastanede kalış süreleri ile güvenli ve etkili bir cerrahi yöntem olarak değerlendirilmektedir. Farklı adrenal patolojilere sahip hastalarda, robotik cerrahinin genel sonuçları tatmin edicidir ve minimal invaziv cerrahi açısından tercih edilebilir bir seçenek sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** adrenal, adrenalektomi, robotik, minimal invaziv

### Olguların demografik verileri ve sonuçlar

|                          | Genel (n=30, %) | Conn (n=10)  | Feokromasitoma (n=3) | Cushing (n=8) | Non-fonksiyone (n=9) | P değeri |
|--------------------------|-----------------|--------------|----------------------|---------------|----------------------|----------|
| Yaş (yıl)                | 50.78 ±12       | 50 (28-67)   | 45 (46-47)           | 56.5 (31-64)  | 52 (36-65)           |          |
| Cinsiyet                 |                 |              |                      |               |                      | p>0.05   |
|                          | Kadın (n)       | 7            | 1                    | 6             | 8                    |          |
| Erkek (n)                |                 | 3            | 2                    | 2             | 1                    |          |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 27.33 ±4.37     | 25.44 ±4.95  | 27.32 ±0.92          | 27.63±4.41    | 28.45 ±4.04          |          |
| DM (n)                   | 7               | 2            | 1                    | 4             | 0                    |          |
| HT (n)                   | 22              | 10           | 3                    | 6             | 3                    | 0.043    |
| ASA                      | 2 (2-3)         | 2 (2-3)      | 2 (2-3)              | 2 (2-3)       | 2 (2-3)              |          |
| Preoperatif Hb (g/dl)    | 13.59 ±1.68     | 13.6 ±1.31   | 13.86 ±3.25          | 14.0 ±1.57    | 13.22 ±1.87          |          |
| Taraflar                 |                 |              |                      |               |                      | p>0.05   |
|                          | Sağ             | 12           | 2                    | 2             | 5                    |          |
| Sol                      | 18              | 8            | 1                    | 3             | 6                    |          |
| Operasyon tipi           |                 |              |                      |               |                      | p>0.05   |
|                          | Total (n)       | 18           | 5                    | 2             | 5                    |          |
| Parsiyel (n)             | 12              | 5            | 1                    | 3             | 3                    |          |
| Op. Süre (dk)            | 132 ±41.78      | 136 ±33      | 82 ±11               | 152 ±48       | 126 ±32              |          |
| Kanama (ml)              | 110 (50-250)    | 120 (50-200) | 100 (90-200)         | 115 (50-250)  | 100 (50-150)         |          |
| Postoperatif Hb (g/dl)   | 12.72/1.61      | 12.75/1.27   | 12.63/3.59           | 13.31/1.25    | 12.31/1.51           |          |
| Dren süresi (gün)        | 3 (2-4)         | 3 (2-3)      | 3 (2-3)              | 3 (3-4)       | 3 (2-4)              |          |
| Yatış süresi (gün)       | 4 (2-7)         | 3 (2-4)      | 3 (3-4)              | 5 (3-7)       | 4 (2-6)              | 0.039    |
| Patoloji                 |                 |              |                      |               |                      | p>0.05   |
|                          | Adenom (n)      | 26           | 9                    | 3             | 7                    |          |
| Pseudokist (n)           | 4               | 1            | 0                    | 1             | 2                    |          |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-24]

## Parsiyel Nefrektomi Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi: Stabil ve Progresyon Gösteren Hastalar Arasındaki Farklar

Sahin Kilic

SBÜ, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Parsiyel nefrektomi hastalarımızın klinik ve cerrahi sonuçlarını değerlendirerek, stabil ve progresyon gösteren hastalar arasındaki farkları ortaya koymak.

**Gereç-Yöntem:** Böbrek tümörü nedeniyle kliniğimizde parsiyel nefrektomi operasyonu yapılan 207 hastanın retrospektif analizi gerçekleştirildi. Hastalar stabil (n=177) ve progresyon gösteren (n=11) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik veriler, tümör özellikleri, operasyon süresi, kanama miktarı, cerrahi sınır pozitifliği, patoloji sonuçları ve izlem süresi gibi parametreler karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hastaların ortanca yaşı 58 yıl olup, stabil ve progresyon gösteren gruplar arasında anlamlı bir yaş farkı yoktu ( $p>0.05$ ). Operasyon süresi progresyon grubunda daha uzun bulundu (180 dk vs 150 dk,  $p=0.017$ ). Renal skor progresyon grubunda daha yüksek olarak saptandı (6 vs 5,  $p=0.010$ ). Cerrahi sınır pozitifliği genel olarak %7 oranında görüldü. Takip süresinde lokal nüks 3 hastada, uzak metastaz ise 8 hastada gözlemlendi. Hastaların 5 yıllık hastaliksız sağkalım oranı %94 olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Parsiyel nefrektomi, renal tümörlerde güvenli ve etkin bir tedavi yöntemi olup, düşük cerrahi sınır pozitifliği ve yüksek hastaliksız sağkalım oranları ile öne çıkmaktadır. Progresyon gösteren hastalarda daha uzun operasyon süresi ve daha yüksek renal skor dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** metastaz, parsiyel nefrektomi, renal hücreli karsinom

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Tablo

|  | Genel (n=207)      | Stabil (n=177) | Progrese(n=11) | P değeri |
|--|--------------------|----------------|----------------|----------|
| Yaş (yıl, IQR)                             | 58 (19)            | 58 (19)        | 65 (12)        |          |
| Cinsiyet (n,%)                             | Kadın              | 65 (31)        | 64 (32)        | 1 (10)   |
|  | Erkek              | 142 (69)       | 132 (67)       | 10 (90)  |
| Tümör tarafı (n,%)                         | Sağ                | 116 (56)       | 111 (57)       | 5 (55)   |
|  | Sol                | 91 (44)        | 85 (43)        | 6 (45)   |
| Tümör boyutu (cm, IQR)                     | 3.5 (2.5)          | 3.5 (2.45)     | 3.5 (2.0)      |          |
| Renal skor (IQR)                           | 5 (1)              | 5 (1)          | 6 (1)          | 0.010    |
| Operasyon tipi (n,%)                       | Açık               | 7 (3)          | 6 (3)          | 1 (9)    |
|  | Laparoskopik       | 36 (17)        | 35 (18)        | 1 (9)    |
|  | Robotik            | 164 (80)       | 155 (79)       | 9 (82)   |
| Operasyon süresi (dk, IQR)                 | 150 (50)           | 150 (50)       | 180 (70)       | 0.017    |
| Non-iskemik (n,%)                          | Evet               | 90 (44)        | 85 (43)        | 5 (55)   |
|  | Hayır              | 117 (56)       | 111 (57)       | 6 (45)   |
| İskemi süresi (dk)                         | 25±8               | 25±8           | 27.5±8         | >0.05    |
| Kanama (ml, IQR)                           | 150 (110)          | 150 (117)      | 150 (150)      |          |
| Cerrahi sınırlı pozitifliği (n%)           | 15 (7)             | 14 (8)         | 1 (9)          |          |
| Patoloji sonucu (n,%)                      | Clear cell         | 118 (57)       | 112 (63)       | 6 (55)   |
|  | Kromofob           | 17 (8)         | 16 (9)         | 1 (9)    |
|  | Papiller           | 32 (16)        | 29 (16)        | 3 (27)   |
|  | Onkositom          | 8 (4)          | 8 (5)          | 0        |
|  | Benign             | 30 (15)        |                |          |
| Tanımsız                                   | 2 (1)              | 1 (0.5)        | 1 (9)          |          |
| Furhman grade (IQR)                        | 2 (0)              | 2 (0)          | 3 (2)          | 0.006    |
| İzlem süresi (ay, min-max)                 | 48 (3-120)         | 48 (3-120)     | 40 (8-84)      |          |
| Lokal nüks (n)                             | 3                  |                | 3              |          |
| Lokal nüks zamanı (ay, IQR)                | 15 (21)            |                | 15 (21)        |          |
| Uzak metastaz (n)                          | 8                  |                | 8              |          |
| Metastaz zamanı (ay, IQR)                  | 19 (22)            |                | 19 (22)        | >0.05    |
| 5 yıllık hastahsız sağkalım                | % 94               |                |                |          |
| Ortanca 48 ay<br>takipte genel durum (n,%) | Hayatta            | 175 (85)       | 166 (85)       | 9 (81)   |
|  | Kanser dışı ölüm   | 18 (9)         | 17 (9)         | 1 (9)    |
|  | Bilinmiyor         | 13 (6)         | 13 (7)         | 0        |
|  | Kansere bağlı ölüm | 1 (0.5)        | 0              | 1 (9)    |



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-25]

## Senkron Prostat ve Rektum Kanseri Tanılı Hastalarda Radyoterapi

Şükran Şenyürek, Duygu Sezen, Nülifer Kılıç Durankuş, Merve Duman, Yasemin Bölükbaşı, Uğur Selek

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı

Amaç: Prostat kanserli hastalarda %1 rektosigmoid kanser insidansı mevcut olup bu %1'lik grubun %16'sında senkron olarak görülmektedir. Radyoterapi (RT) prostat kanserinde tüm risk gruplarında definitif tedavi olarak kullanılmaktadır. Rektum kanserinde ise klinik T3 ve/veya N1 olguların cerrahi öncesi neoadjuvan tedavi ya da tam yanıt olması durumunda cerrahisiz izlem seçeneği bulunan total neoadjuvan tedavi (TNT) protokollerinin ana bileşeni olarak yerini almaktadır. Senkron hastalıkta uygulanan RT'nin toksisite verilerini derlediğimiz olgularımızı bildirmekteyiz. Olguların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Olgu 1: Ocak 2024'te 78 yaşında hastanın dışkıda kanama nedeniyle yapılan tetkiklerinde cT3 ve lenf nodu pozitif rektal adenokarsinom saptanmıştır. Hastanın pelvik MRG'sinde (Magnetik Rezonans Görüntüleme) insidental olarak prostat lezyonu saptanmıştır. Total PSA değeri 13.9 ng/ml, Gleason Skoru (GS) 3+4 olan hastaya Mart 2024'te androjen deprivasyon tedavisi (ADT) başlanmıştır. Sonrasında, 4 kür KT sonrası rektum kanserinin TNT protokolü gereği planlı RT'si ile eş zamanlı prostat alanına da yönelik RT 27 Mart- 30 Nisan 2024 tarihleri arasında uygulanmıştır (Şekil 1a).

Olgu 2: Haziran 2024'te 57 yaşında hastanın makattan kanama nedeniyle yapılan tetkiklerinde cT3 ve lenf nodu pozitif rektum adenokarsinom saptanmıştır. Hastanın evreleme MRG'sinde insidental prostat lezyonu saptanmıştır. Total PSA değeri 3.2 ng/ml ve prostat biyopsisinde GS 3+3 adenokarsinom saptanmıştır. Rektum için TNT uygulanan hastamıza 2 Eylül- 4 Ekim 2024'tarihleri arası prostat ve rektuma yönelik definitif RT uygulanmıştır (Şekil 1b).

Olgu 3: Haziran 2018'de 78 yaşında hastanın makattan kanama nedeniyle yapılan tetkiklerinde cT3 ve lenf nodu pozitif rektum adenokarsinom saptanmıştır. Hastanın evreleme MRG'sinde insidental prostat lezyonu saptanmıştır. Total PSA 7.3ng/ml, GS 4+4 olan hastaya yüksek riskli prostat kanseri nedeniyle ADT+RT ve senkron rektum kanseri nedeniyle de 10 Temmuz-13 Ağustos 2018 tarihleri arası neoadjuvan kemoradyoterapi uygulanmıştır (Şekil 1c). Hastamızın ADT'si Ocak 2020'de tamamlanmıştır.

Sonuç: Senkron prostat ve rektum kanseri nedeniyle RT uyguladığımız üç olgumuzda tedaviyi tolere edilebilir akut toksisite ile tamamlamıştır. Literatürdeki en geniş seri olan GRECCAR Group'un 25 hastalık serisinde senkron hastalıkta eş zamanlı küratif amaçlı yönetimin uygulanabilir ve güvenli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Lavan ve ark.ları on vaka içeren serilerinde de RT'nin güvenle uygulanabildiğini belirtmişlerdir. Senkron olguların takibinde rektum kanserine bağlı metastazların prostat kanserine oranla daha sık görüldüğü için prostat kanserinin tedavisinin rektum kanseri tedavisini sınırlandırmadan yapılması önemlidir. Ayrıca, rektum kanserinin mortalitesinin daha yüksek olmasından dolayı lokalize prostat kanseri olan  $\geq 45$  yaş hastalara, senkron rektosigmoid kanseri değerlendirmesi için tedaviden önce mutlaka kolonoskopi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** prostat kanseri, senkron, rektum kanseri, radyoterapi



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

## Radyoterapi Tedavi Planları



a: Olgu 1 isodoz eğrileri; Açık mavi:67,5Gy, Kırmızı:62,5Gy, Koyu Mavi: 50Gy ve Yeşil: 45Gy  
b: Olgu 2 isodoz eğrileri; Açık mavi:67,5Gy, Kırmızı:62,5Gy, Koyu Mavi: 50Gy ve Yeşil: 45Gy  
c: Olgu 3 isodoz eğrileri; Kırmızı:66,5Gy, Yeşil 50Gy ve Sarı: 45Gy

## Olguların Özellikleri

|                            | Olgu 1  | Olgu 2  | Olgu 3  |
|----------------------------|---|---|---|
| Yaş                        | 78  | 57  | 78  |
| Rektum Kanseri Evresi      | cT3N(+)   | cT3N(+)   | cT3N(+)   |
| Prostat Kanseri Evresi     | cT3aN0  | cT2N0   | cT3aN0  |
| Total PSA                  | 13.9 ng/ml  | 3.2 ng/ml   | 7.3ng/ml  |
| Gleason Skoru<br>Grad Grup | GS 3+4<br>GG 2  | GS 3+3<br>GG 2  | GS 4+4<br>GG 4  |
| Radyoterapi Şeması         | Prostat 67.5Gy/25fr<br>Rektum 50Gy/25fr<br>Lenfatik 45Gy/25fr                     | Prostat 67.5Gy/25fr<br>Rektum 50Gy/25fr<br>Lenfatik 45Gy/25fr                     | Prostat 66.5Gy/25fr<br>Rektum 50Gy/25fr<br>Lenfatik 45Gy/25fr             |
| Normal Doku Dozları        | Mesane V60: %9.9<br>Mesane V45: %30<br>Sigmoid<br>Dmax:53.71Gy<br>Barsak V50: 1cc | Mesane V60: %3.5<br>Mesane 45: %14<br>Sigmoid<br>Dmax:52.71Gy<br>Barsak V50:3.4cc | Mesane V60: %2.5<br>Mesane 45: %10<br>Sigmoid Dmax:46Gy<br>Barsak V50:1cc |
| Eşzamanlı Kemoterapi       | Kapasitabin   | Kapasitabin   | Kapasitabin   |
| Akut Yan Etki              | Derece 2 Dizüri<br>Derece 2 Tenezm  | Derece 2 Dizüri<br>Derece 2 Tenezm  | Derece 2 Dizüri<br>Derece 2 Tenezm  |
| ADT                        | Var   | Yok   | Var   |
| Cerrahi                    | Eylül 2024<br>Aşağı Anterior<br>Rezeksiyon  | Yok   | Eylül 2018<br>Abdominoperineal<br>Rezeksiyon                              |
| ypTNM                      | ypT3N0  | Yok   | ypT2N0  |

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                                 |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|
| Son Kontrol Tarihi<br>Son Durum | 10.10.2024<br>tPSA:0.02ng/ml<br>ADT devam ediyor. | 04.10.2024<br>Kemoterapi devam<br>ediyor. | 11.02.2024<br>tPSA: 0.3ng/ml<br>Tedavisiz takipte |
|---------------------------------|---|---|---|

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-26]

## Renal Kitle ile Bulgu Veren Erdheim Chester Hastalığı-Olgu Sunumu

Mustafa Kaba, Serhat Çetin, İpek Işık Gönül, Tefik Sinan Sözen  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Erdheim Chester Hastalığı (ECH) ilk olarak 1930 yılında W. Chester tarafından tanımlanmıştır. ECH nadir görülen köpüksü non-langerhans hücreli histiositlerin doku infiltrasyonu ile karakterize bir hastalıktır.

2016 yılında WHO tarafından histiositik ve dentritik hücre neoplazmi olarak kategorize edilmiştir. Renal kitle ile presente olan takibinde yapılan radikal nefrektomi sonucunda histopatolojik olarak ECH tanısı konulan nadir bir vakayı sizlere sunmayı ve hangi durumlarda bu hastalığın akla gelmesi gerektiği konusunda bilgilendirmeyi amaçladık.

### Olgu Sunumu

77 yaşında erkek hasta bilinen primer myelofibrozis ve hipertansiyon tanılı bulantı, kusma ve halsizlik şikâyeti ile sağlık merkezine başvurması üzerine hastaya yapılan tahlillerde idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olduğu tespit edilmiş. Hospitalize iken İYE 'ye yönelik yapılan üriner sistem ultrasonografide (USG) sol böbrek üst kesimde nodüler lezyon saptanmıştır. Hastanın alınan anamnezinde bilateral yan ağrısı, abdominal ağrı, gross hematüri, yaygın kemik ağrısı gözlenmedi. Yapılan fizik muayenesinde periorbital ksantom izlendi.

USG'de saptanan bu lezyona yönelik yapılan BT ürografide; sol böbrek üst polde renal sinüse ait yağ planını infiltre eden, parankim infiltrasyonu gösteren üst pol kaliksiyel grupları oblitere eden düzensiz sınırlı solid kitle mevcut olup transizyonel hücreli karsinom ile uyumlu olarak raporlanmıştır. Ardından ileri tetkik amacıyla yapılan FDG PET CT'de sol böbrek orta-üst kaliksi dolduran parankim ile sınırları seçilemeyen en geniş yerinde 39 mm boyutlu düzensiz sınırlı yumuşak doku yapılanmasında artmış tutulum (SUVmax:6.7) izlenmiştir.

İYE tedavisinden yaklaşık 1 ay sonra genel anestezi altında hastaya uygulanan sol laparoskopik radikal nefrektomi materyali çapı 4 cm olan mikroskopik olarak touton tipi dev hücreleri de içeren histiositik neoplazi-ECH ile uyumlu olarak raporlanmıştır.

### Sonuç

Hastalığın az görülmesi ve diğer birçok hastalık ile klinik olarak benzerlik göstermesi nedeniyle tanı koymak oldukça güçtür. Klinik şüphe tanıda önemli bir faktördür ve tanı mutlaka histopatolojik olarak doğrulanmalıdır.

ECH; multi-sistemik tutulum gösteren ve birçok farklı bulgular ile karşımıza çıkmaktadır. En sık tutulum iskelet sisteminde özellikle alt ekstremitelerde uzun kemiklerin metafiz ve diafizinde simetrik osteosklerozis tablosu ile karşılaşılabilir. Kemik ağrısı hastaların yaklaşık %50'sinde görülmektedir. Çoklu organ tutulumu sırası ile nörolojik, kardiyovasküler, renal, cilt, orbital ve pulmoner organ tutulumu ile ilgili bulgu ve semptom vermektedir.

Ürolojik bulgular perirenal yumuşak doku tutulumu, hidronefroz, renal atrofi, kronik böbrek yetmezliği, alt üriner sistem semptomları ile karşımıza çıkmaktadır.

ECH çoklu organ tutulumu nedeniyle farklı klinik bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Fakat ürolojik olarak sıklıkla ayırıcı tanıda retroperitoneal fibrozis ile karışmaktadır (hidronefroz, akut renal yetmezlik, retroperitoneal yumuşak doku tutulumu).

**Anahtar Kelimeler:** Erdheim Chester hastalığı, Renal kitle, Histiositik neoplazi, Radikal nefrektomi, Olgu sunumu

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figür 1



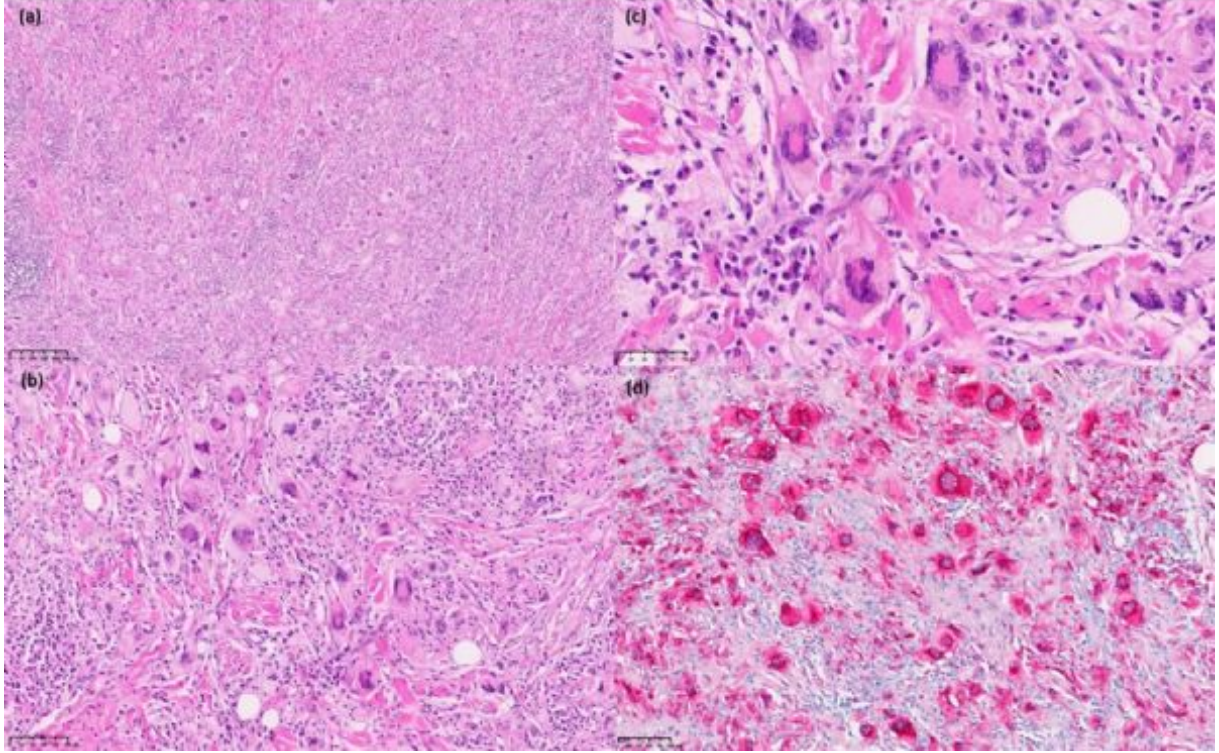
Biyosayarlı tomografi görüntüsü:sol böbrek üst polünde parankim infiltrasyonu gösteren düzensiz sınırlı solid kitle(beyaz ok)



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

Figür 2



CD68 (+) Touton tipi dev hücrelerden zengin histiyositik tümör. (a) Fibrotik bir arka planda lenfoplazmatik infiltrasyon ve lenfoid agregatlar içeren bir lezyonun görüntüsü (b,c) Bir lezyonda izole edilmiş Touton tipi dev hücreler (d) İmmünohistokimyasal boyamada CD68 (+) lezyon hücreleri

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-27]

## Tek merkezde testis tümörü nedeniyle radikal orşiektomi yapılan hastaların klinik ve patolojik değerlendirilmesi

Murat Şambel, Şahin Kılıç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Antalya

**Amaç:** Testis tümörleri nadir olmasına rağmen, tüm erkek kanserlerinin %1-2'sini oluşturmaktadır ve germ hücreli tümörler (GHT) baskın alt tipidir. Testis tümörlerinin genel insidansı 100.000'de 2-3 olarak bildirilmektedir ve en sık olarak 20-35 yaş arasında görülür. Bu çalışma, Mart 2018 ile Mart 2023 tarihleri arasında tek merkezde, testis tümörü nedeniyle radikal orşiektomi yapılan 82 hastanın klinik ve patolojik özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmektedir.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların demografik verileri, tümör boyutu, tümör tarafı ve lokalizasyonu, serum tümör belirteçleri, metastaz varlığı, inmemiş testis öyküsü, infertilite öyküsü ve tüm vakalar için patoloji sonuçları gibi klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Verilerine tam olarak ulaşılamayan veya benign kitle tespit edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların verileri istatistiksel olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Retrospektif incelemede, radikal orşiektomi yapılan toplam 94 hasta tarandı ve çalışma kriterlerini karşılayan ve malign testis tümörü tespit edilen 82 hasta çalışmaya dahil edildi.

Kohortun ortalama yaşı  $32,5 \pm 12,5$  yıl olarak hesaplandı. Tümör tarafı açısından, 42 olguda sağ testiste ve 40 olguda ise sol testiste kitle olduğu tespit edildi. Ortalama tümör çapı  $4,46 \pm 2,38$  cm idi. Hastaların hiçbirinde bilateral testis tümörü tespit edilmemiştir. En yaygın başvuru şikâyeti; ağrısız ele gelen testis kitlesi olarak tespit edildi. Diğer demografik bilgiler Tablo-1'de verilmiştir.

Tek veya çift taraflı inmemiş testis öyküsü 7 vakada (%8,54) tespit edilmiştir. İnmemiş testis öyküsü olan 3 hastada ve inmemiş testis öyküsü olmayan 4 hastada başvuru şikâyeti infertilite idi. 16 hastada, radikal orşiektomi öncesi semen kriyoprezervasyon işlemi yapılmıştır. Preoperatif serum tümör belirteçleri ( $\alpha$ FP, LDH,  $\beta$ hCG) 31 hastada (%37,8) yüksek tespit edilmiştir. Hastaların histopatolojik verileri ise Tablo-2'de verilmiştir.

**Sonuç:** Sonuç olarak, çalışmamızda radikal orşiektomi uygulanan hastaların genel klinik ve patolojik özellikleri mevcut literatürle uyumluymuştu. Bununla birlikte serimizde, seks kord-stromal tümörlerin nadir bir varyantı olan Sertoli hücreli tümörlerin literatüre kıyasla daha yüksek bir insidansa sahip olduğu tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Germ hücreli tümör, radikal orşiektomi, testis tümörü

**Tablo-1**

| Başvuru Şikâyeti                 | Vakalar (n=82) |
|----------------------------------|----------------|
| Ağrısız ele gelen testis kitlesi | 52             |
| Testis ağrısı                    | 15             |
| İnmemiş testis + infertilite     | 11             |
| Tesadüfen saptanan               | 3              |
| Boyunda ele gelen lenf nodu      | 1              |

**Tablo-2**

| Tümör Tipi | Vakalar (n=82) |
|------------|----------------|
|------------|----------------|

# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

**13 - 15 Aralık 2024**  
Xanadu Otel, Belek Antalya

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Germ Hücreli Tümörler          |    |
| Seminom                        | 39 |
| Embriyonel Karsinom            | 7  |
| Yolk Sac Tümörü                | 1  |
| Koryokarsinom                  | 2  |
| Mixed Germ Hücreli Tümör       | 24 |
| Seks-Kord Stromal Tümörler     |    |
| Sertoli Hücreli Tümör          | 3  |
| Leydig Hücreli Tümör           | 1  |
| Sertoli-Leydig Hücreli Tümör   | 1  |
| Diğer                          |    |
| Diffüz Büyük B-hücreli Lenfoma | 1  |
| Matür Kistik Teratom           | 2  |
| B-hücreli Lenfoblastik Lösemi  | 1  |



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

[SS-28]

## Effect of Bacillus Calmette-Guérin Instillation Timing on Oncological Survivals after Transurethral Resection of Bladder Tumor

Taha Çetin<sup>1</sup>, Deniz Bolat<sup>2</sup>, Murat Akgül<sup>3</sup>, Sertaç Yazıcı<sup>4</sup>, Güven Aslan<sup>5</sup>, Serkan Akan<sup>6</sup>, Sümer Baltacı<sup>7</sup>, Talha Müezzinoğlu<sup>8</sup>, Yıldırım Bayazıt<sup>9</sup>

<sup>1</sup>İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Üroloji Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

<sup>6</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

<sup>7</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

<sup>8</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

<sup>9</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

**Amaç:** In this study, we aimed to investigate whether the timing of bacillus Calmette-Guerin instillation (OTBCG), which plays a key role in non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC), after transurethral resection of bladder tumor (TURBT) affects oncologic outcomes.

**Gereç-Yöntem:** Data of patients with bladder tumours obtained from the Urologic Cancer Database-Bladder (UroCaD-B) of Turkish Urooncology Association (TUOA) were evaluated retrospectively. Data from 292 patients from 12 centers with primary T1HG NMIBC treated with TURBT and maintenance BCG between 2003 and 2023 were retrospectively analyzed. The population was subdivided according to OTBCG (basis of mean value), while recurrence-free survival (RFS) and progression-free survival (PFS) were estimated by log-rank tests. In addition, Cox regression analyses identified associations between risk factors and survival outcomes.

**Bulgular:** A total of 292 patients were followed, and 86% (n=251) of those included in the study were male. The median age was 65 years (60-70) and the median BMI (IQR) was 26.5 (24.5-29.3). The median duration of OTBCG was 38.5 days (19-73). While the primary endpoints of the study were RFS and PFS, the secondary endpoint was BCG-related side effects. The median follow-up period was 38.4 months (21.5- 72.1 months). During follow-up, recurrence was detected in 55 (18.5%) patients and progression was detected in 22 (7.5%) patients. In univariate cox regression analysis; long OTBCG (>27.5 days) were found to have a statistically significant effect on the risk of short RFS and PFS (p= 0.05). BCG-related side effects were not associated with OTBCG (p=0.313). Kaplan-Meier analysis showed that there was a significant difference in RFS and PFS between OTBCG groups (p = 0.04, p= 0.011 respectively).

**Sonuç:** In this study, we have shown the negative effects of BCG delay on progression and recurrence in T1HG patients. Therefore, we think that BCG should be performed within 4 weeks after surgery.

**Anahtar Kelimeler:** Bladder cancer, BCG, side effect, timing, survivals



# 9. DİSİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI

13 - 15 Aralık 2024  
Xanadu Otel, Belek Antalya

. Curves of recurrence-free survival and progression free survival for BCG instillation timing.

