

5. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

5 - 8 Ekim 2017, Antalya / Rixos Premium Otel Belek

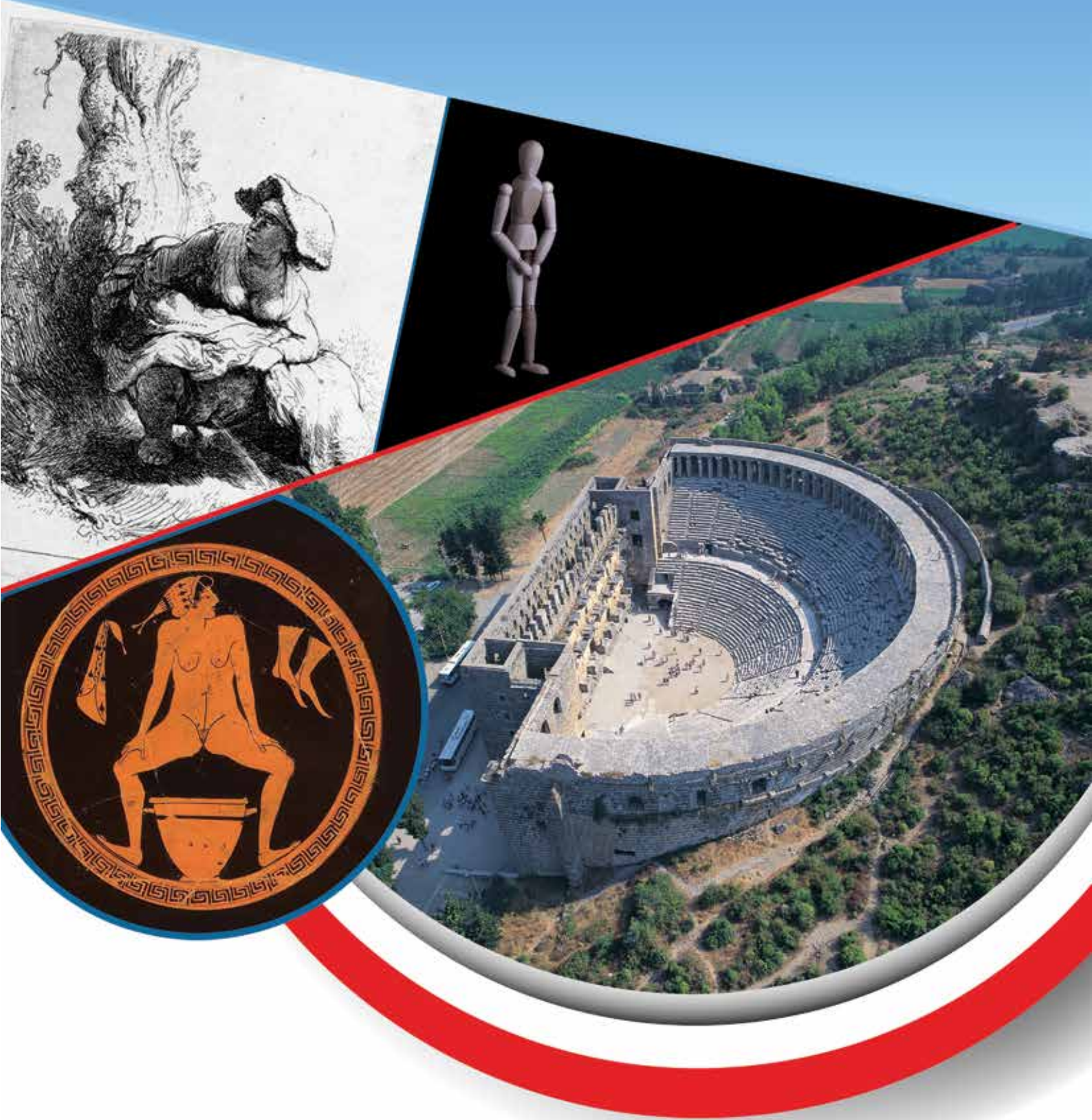


BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

- 4 SÖZEL BİLDİRİLER
- 39 POSTER BİLDİRİLER
- 54 VIDEO BİLDİRİLER
- 78 YAZAR DİZİNİ

SÖZEL BİLDİRİLER



S1 - TÜRKİYE’DE 25-64 YAŞ KADINLARDA İDRAR KAÇIRMA PREVALANSI

FATİH ÖZCAN ¹, CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜĞİL ², NİLAY ETİLER ³, AYŞEN MERT BENİĞİ ⁴, SİBEL BAKTIR ALTUNTAŞ ⁵, YILDIRAY DEMİRCİ ⁶, HANDAN KARAHAN SAPER ⁷, SENEM ASLAN ⁸, EKİN SABA ⁹, ORHAN TEKİN ¹⁰, HAKAN ŞEN ¹¹, KASIM ÜNALAN ¹², CEM BİLGİÇ ¹³, KERİM GÜNER TÜZÜN ¹⁴, AYŞEGÜL KABANLI ¹⁵, KÜRŞAT ÖZKÖK ¹⁶, ÖMER ERDOĞAN ¹⁷, SAİDE EDA CEBECİ ¹⁸, PINAR BİLGİLİ ¹⁹, GÜLÇİN ÖZKAN ONUR ²⁰, SERPİL İNAN ²¹, HÜSEYİN GÜNTÜRKÜN ²², ARDA NERMİN SÜMER ²³, ŞENAY KOÇAKOĞLU ²⁴, SEMA AYPOLAT KURTULUŞ ²⁵, İLKER BOLER ²⁶, ŞEVKET AKAR ²⁷, FİKRİ OZAN ARSLAN ²⁸, MEHMET ÜNLÜSOY ²⁹, BİLGE SÖNMEZ ³⁰, MURAT TOLGA ³¹, HÜLYA GÖRGÜN ³², NİHAN ZONÜZİ ³³, OLGUN GÖKTAŞ ³⁴, ŞEHNAZ HATİPOĞLU ³⁵

¹ MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, MANİSA

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, KOCAELİ

³ TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HALK SAĞLIĞI KOLU, ANKARA

⁴ URLA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İZMİR

⁵ ESENYURT MERKEZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İSTANBUL

⁶ 1 NO’LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, RİZE

⁷ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÜMRANİYE, İSTANBUL

⁸ ESENYALI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İSTANBUL

⁹ MERKEZ 2 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANTALYA

¹⁰ ALTINKUM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANTALYA

¹¹ ORHAN TAÇ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ADANA

¹² ÇANKAYA 5 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANKARA

¹³ BEŞTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANKARA

¹⁴ KARLIKTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İSTANBUL

¹⁵ BORNova 3 NO’LU KOŞUKAVAK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İZMİR

¹⁶ AKSARAY 3 NO’LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, AKSARAY

¹⁷ AKSARAY 1 NO’LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, AKSARAY

¹⁸ SERDİVAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, SAKARYA

¹⁹ DEĞİRMENÖNÜ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANTALYA

²⁰ KARAKAVAK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, MALATYA

²¹ KEÇİÖREN GAZELLER AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ANKARA

²² BİRECİK 1 NO’LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ŞANLIURFA

²³ 08 NO’LU NİHAT DEMİRELLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ŞANLIURFA

²⁴ 4 NO’LU HALİLİYE TİCARET BORSASI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ŞANLIURFA

²⁵ YUSUF SOYYIĞIT AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İSTANBUL

²⁶ DR. BÜLENT GÖK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İSTANBUL

²⁷ 28 NO’LU GÖZTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İZMİR

²⁸ ELEŞKİRT MERKEZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, AĞRI

²⁹ MECİTÖZÜ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ÇORUM

³⁰ EMİR KARATEKİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ÇANKIRI

³¹ 21 EYLÜL AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, ÇANAKKALE

³² FATİH SULTAN MEHMET AİLE SAĞLIĞI, ÇANAKKALE

³³ KURUÇEŞME AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, KOCAELİ

³⁴ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, BURSA

³⁵ 24 NO’LU MEHMET FEVZİ ÖZSARUHAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, İZMİR

Giriş ve Amaç

İdrar kaçırma, kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur ve yaşın ilerlemesiyle artış göstermektedir. İdrar kaçırma sıklığı konusunda yerel ya da küçük ölçekli çalışmalar olmakla birlikte, Türkiye ölçeğinde sıklık tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, Türkiye genelinde kadınlarda idrar kaçırma prevalansının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

- Araştırma, kesitsel niteliktedir.
- Araştırmanın evreni: Türkiye’deki tüm 25-64 yaş kadınlardır.
- Örneklem: Örnek büyüklüğü hesaplamasından sonra 1200 kadına ulaşılması hedeflenmiştir.

Örnek seçimi iki aşamada yapılmıştır:

1.aşamada; 1200 kişinin bölgelere ve illere göre dağılımında, Türkiye İstatistik Kurumunun kullandığı 12 bölge dağılımı esas alınmış, bölgelerin nüfuslarına orantılı olarak her bölgeden araştırmaya alınacak kişi sayısı saptanmıştır.

2.aşamada; her bölgeden araştırmaya katılan aile hekimlerinden 25-64 yaş kadın listesi elde edilmiş, bu listeden “rasgele sayılar tablosu” yardımıyla katılımcılar belirlenmiştir. Bu yöntemle tespit edilen kadın bireyler aile sağlığı merkezine çağrılarak, OAB-V8 ve ICIQ-SF içeren anketler, yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırmaya 1179 kişi katılmış olup katılım oranı %98,3’dir.

Araştırma, 12 bölgeden 16 farklı ilde toplamda 33 aile hekiminin katılımıyla Nisan 2016-Nisan 2017 arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma için, Kocaeli Üniversitesinden Etik Kurul onayı ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığından da araştırma izin onayı alınmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza 25-65 yaş arası 1179 kadın birey katılmıştır. Yaş ortalaması $43,6 \pm 10,8$.

Median : 43'dür.

Araştırmamıza katılan kadın bireylerin sosyodemografik özellikleri ve yaptıkları doğumlarla ilgili bilgiler [Tablo 1](#)'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların idrar kaçırma özellikleri [Tablo 2](#)'de, Araştırmaya katılanların son dört hafta içindeki idrar kaçırma özellikleri (ICIQ-SF anketine göre) ise, [Tablo 3](#)'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların Aşırı Aktif Mesane durumu (AAM Değerlendirme Formuna göre) [Grafik 1](#)'de yer almaktadır. Bölgelere göre, stress tarzı idrar kaçırma ve sıkışma hissi sıklığı [Grafik 2](#)'de gösterilmiştir.

Sonuç

Türkiye'de yetişkin kadınların % 40'ında stres tarzı idrar kaçırma mevcuttur.

İdrar kaçıran olguların % 30'u idrar kaçırmayı 'az miktarda' olarak tanımlamaktadır (ICIQ-SF)

Sıkışma hissi ile birlikte idrar kaçırma oranı %25,6'dır (AAM sorgu formu)

Çalışmaya katılan olguların %62,2'si sıkışma hissi ile uykudan uyanmaktadır (AAM sorgu formu).

Bu çalışmanın, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 25-65 yaş grubu kadın bireylere yönelik yapılmış olması nedeniyle, elde edilen sonuçlar ülke genelini yansıtmaktadır. Araştırmamız, bu özelliğiyle gelecekte yapılacak yeni çalışmalara da ışık tutacaktır.

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	Yüzde
Öğrenim durumu		
< 5 yıl	152	12,9
İlkokul (5 yıl) mezunu	389	33,0
İlköğretim (8 yıl) mezunu	134	11,4
Lise mezunu	231	19,6
Yüksekokul veya üniversite mezunu	269	22,8
Medeni Durum		
Hiç evlenmemiş	92	7,8
Evli	955	81,0
Boşanmış / dul	132	11,2
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor / Ev kadını	760	64,5
Evde çalışıyor	22	1,9
Ev dışında ücretli çalışan	269	22,8
Esnaf / kendi hesabına çalışan	127	10,8
İşveren	1	0,1
Normal doğum sayısı		
0	342	29,0
1	194	16,5
2	290	24,6
3	174	14,8
4 +	179	15,2

Sezaryen doğum sayısı		
0	769	65,2
1	223	18,9
2 ve 3	187	15,8

Tablo 2. Araştırmaya katılanların idrar kaçırma özellikleri (n:1177)

	Sayı	Yüzde
Öksürme, aksırma sırasında idrar kaçırma		
Var	478	40,6
Yok	699	59,4
Tualete yetişemeyecek tarzda idrar sıkışması olması (sıkışma hissi)		
Var	301	25,6
Yok	873	74,2

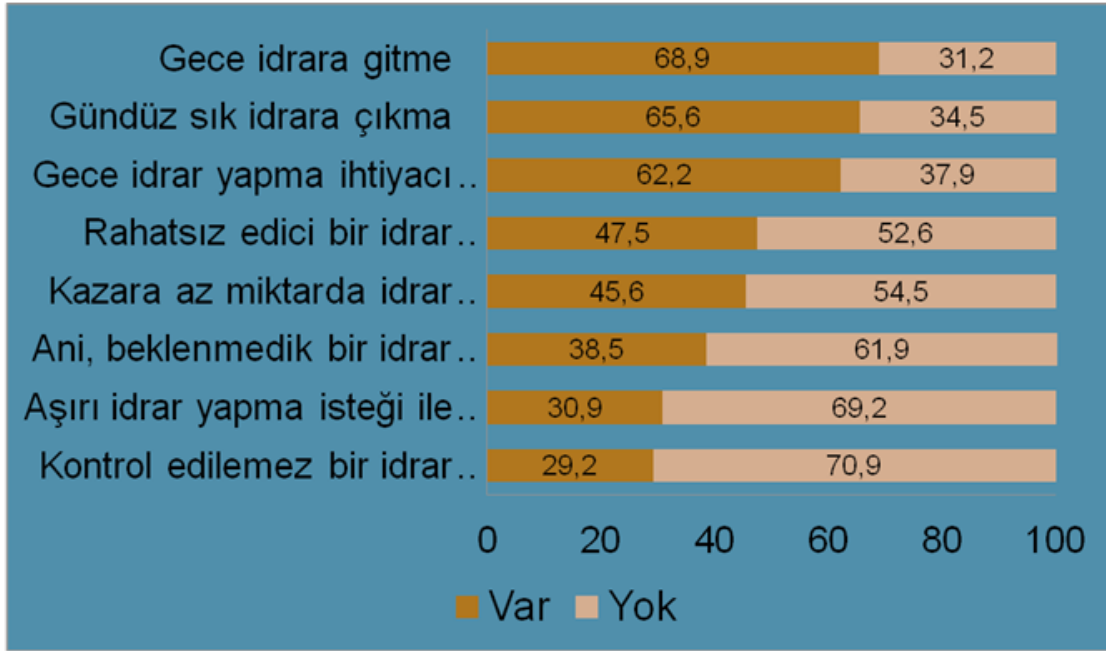
Tablo 3. Araştırmaya katılanların son dört hafta içindeki idrar kaçırma özellikleri | (ICIQ-SF)

Sorular	Sayı	Yüzde
Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (n:1176)		
Hiçbir zaman	675	57,3
Haftada bir veya daha seyrek gibi	307	26,1
Haftada iki veya üç kez	83	7,1
Günde bir kez gibi	35	3,0
Günde birkaç kez	55	4,7
Her zaman	21	1,8
Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz?		
Hiç	669	59,5
Az miktarda	375	31,8
Orta derecede	78	6,6
Çok miktarda	23	2,0

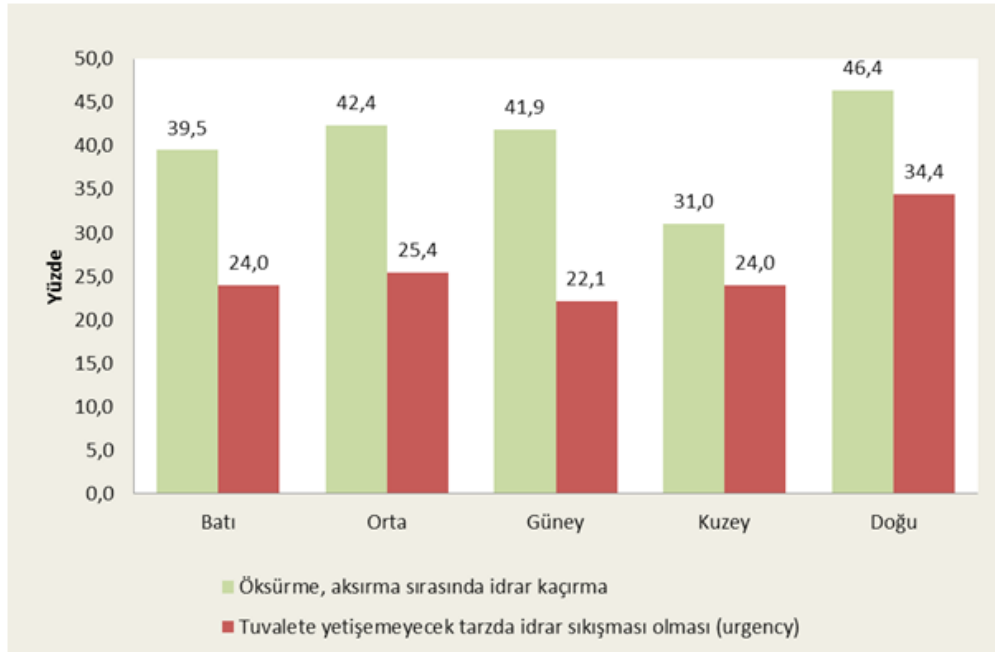
% 42,7

% 40,4

Grafik 1. Araştırmaya katılanların Aşırı Aktif Mesane durumu (AAM Değerlendirme Formuna Göre)



Grafik 2 . Bölgelere göre 25-64 yaş kadınlarda idrar kaçırma ve idrar sıkışması sıklığı



S2 - ÜRİNER İNKONTİNANS ALT TİPLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ: DOKTORA BAŞVURMADA ÜRİNER İNKONTİNANS ALT TİPİNİN ÖNEMİ VAR MI?

BORA İRER ¹, VOLKAN ŞEN ², OZAN BOZKURT ², ÖMER DEMİR ², ADİL ESEN ²

¹ EŞREFPAŞA DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

Amaç

Üriner inkontinanslı hastalarda üriner inkontinans alt tiplerinin hastaların yaşam kalitesi skorlarına ve doktora başvurma oranlarına etkilerini araştırmak.

Materyal-Metod

İzmir Enternasyonal Fuar'ında yapılan etkinlikte anket doldurmayı kabul eden 18 yaş üzeri kadınlar çalışmamıza dahil edildi. Katılımcılara; sosyodemografik karakteristikler, üriner inkontinans farkındalığı, üriner inkontinansın ciddiyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, doktora başvuru oranları, üriner inkontinans olası risk faktörlerini ve valide edilmiş ICIQ-SF formunu da içeren anket yapıldı. Elde edilen datalar doğrultusunda sıkışma tipi üriner inkontinans ve stres üriner inkontinanslı hastaların verileri karşılaştırıldı. Bilinen kognitif bozukluğu olan ya da 18 yaşından küçük olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular

Toplamda 719 kadın çalışmaya dahil edildi ve üriner inkontinans prevalansı %50.3 olarak hesaplandı. Stres üriner inkontinans %34.8 oranla (250 hasta) katılımcılarda en fazla saptanan üriner inkontinans alt tipi oldu. Sıkışma tipi üriner inkontinans ve karışık tip üriner inkontinans sırasıyla 50 (%6.9) ve 62 (%8.6) katılımcıda saptandı. Her ne kadar sıkışma tipi üriner inkontinans ve stres üriner inkontinanslı katılımcılar arasında semptomların ciddiyeti bakımından ICQ-SF 4 ve ICQ-SF total skorları arasında anlamlı farklılık saptanmasa da (2.4 ± 0.9 vs 2.3 ± 0.9 , $p=0.085$; 8 ± 3.9 vs 7.5 ± 4 , $p=0.590$); sıkışma tipi üriner inkontinanslı katılımcılarda stres üriner inkontinanslı katılımcılara göre ortalama QoL değerleri daha kötü (3.8 ± 2.5 vs 3.3 ± 2.4 ; $p=0.042$) ve tedavi amaçlı doktora başvuru oranları anlamlı olarak daha yüksek saptandı (45.1% vs 24% ; $p<0.001$) (Tablo 1).

Sonuç

Üriner inkontinans katılımcıların yaklaşık yarısını etkileyecek kadar yüksek prevalansa sahip önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda her ne kadar stres üriner inkontinans yüzdeleri daha fazla olarak saptansa da sıkışma tipi üriner inkontinans, hastaların yaşam kalitesini daha kötü olarak etkilediğinden doktora tedavi amaçlı başvuru oranları daha yüksek olarak saptanmıştır. Diğer taraftan bu kadar sık olarak saptanan stres üriner inkontinanslı hastaların doktora başvuru oranlarını ve hastalığın farkındalık oranlarını arttırabilmek amacıyla çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Tablo1. Sıkışma tipi üriner inkontinans ve stress üriner inkontinanslı hastaların ICQ-SF skorları ve doktora başvuru durumlarının karşılaştırılması

	UÜİ (n=62)	SÜİ (n=250)	p
ICQ-SF 4 (ort±SD)	2.4±0.9	2.3±0.9	0.085
ICQ-SF 5 (ort±SD) (QoL)	3.8±2.5	3,3±2,4	0.041
ICQ-SF Total (ort±SD)	8±3.9	7.5±4	0.590
Doktora başvuru (n,%)	30 (48.4%)	60 (24%)	<0.001

S3 - İDRAR KAÇIRAN HASTALARIN TANISINDA 24 SAATLİK PED TESTİNİN YERİ ; ICIQ-SF FORMU İLE KARŞILAŞTIRMASI

OĞUZ MERTOĞLU, TAHA ÇETİN , MEHMET YİĞİT YALÇIN , SEZGİN YENİ , YUSUF ÖZLEM İLBAY, ZAFER KOZACIOĞLU

SBÜ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

İdrar kaçıran hastaların değerlendirmesinde, sorgu formlarının kullanılması ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, tavsiye edilen bir standart olmuştur . Bunun dışında ek testler de önerilebilir. Örneğin ped testi de opsiyonel olarak önerilmektedir . Yapılan bir çalışmada, ped testi ölçümünde, hastanın belirttiği ped sayısından öte , 24 saatlik ped ağırlığının dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir .

Akademik olarak çalışmalarda tercih edilen ped testi (ağırlığı) hastanın şikayet şiddetini ifade eden objektif bir yöntem olarak da düşünülürse, sorgulama formlarıyla bağlantısı ne yöndedir ? ICIQ-SF Türkçe formuyla karşılaştırmaya çalıştık.

Hasta ve Yöntem

Kontinans polikliniğine idrar kaçırma şikayetiyle başvuran kadın ve erkek hastaların kayıtları gözden geçirildi. Bu hastaların değerlendirilmesinde polikliniğimizde ICIQ-SF formu rutin olarak kullanılmaktadır. Ped testi ölçümü hastaların durumunu daha da netleştirmek, kullanılacak tedavi yönteminin medikal veya invaziv olup olmayacağına karar vermek için tercih edildi. Ped testi ölçümü 24 saatlik, günlük aktivitelerle standart ped kullanımı, ıslak pedlerin ve kuru pedin hassas tartıyla tartılması sonucunda belirlendi. Hastalardan elde edilen bu sonuçlarla ICIQ_SF elde edilen toplam punaların korelasyonunu karşılaştırdık.

Bulgular

35 hasta çalışma dahil edildi; 20 erkek 15 kadın hasta. Erkek ve kadınların yaş ortalaması , 69 (62-79) ve 53 (44-65) idi. Erkek ped testi ağırlığı ortalama 406 (51-500) gr, kadın ped testi ağırlığı ortalama 48 (5-160) gr hesaplandı. ICIQ_SF toplam skor ortalaması erkek ve kadınlar için sırasıyla 17 (12-21) ve 14 (7-21) olarak hesaplandı . ICIQ_SF total skor ve ped testi korelasyon değerleri erkek ve kadınlar için sırasıyla 0,49 ve 0,73 bulundu.

Sonuç

Ped testi sonuçları ICIQ_SF ile karşılaştırıldığında güçlü korelasyon verememekteydi. İdrar kaçıran, özellikle de erkek hastalar için tanıda ve tedaviyi netleştirmede ICIQ_SF ile beraber ped testi kullanmamız uygun olacaktır.

S4 - İDRAR KAÇIRMASI OLAN KADINLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE DENGE DEĞİŞİKLİKLERİ

EYÜP VELİ KÜÇÜK ¹, AHMET TAHRA ², UĞUR BOYLU ¹, DUYGU KURTULUŞ ³, AHMET BİNDAYI ⁴, BERKAN ŞİMŞEK ¹

¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² İSTANBUL TUZLA DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

³ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ, İSTANBUL

⁴ BAĞÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ, MEDICAL PARK HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç

Çalışmamızın amacı, idrar kaçıran aşırı aktif mesane hastaları ve stres tip idrar kaçırmaları olan hastalardaki fiziksel aktivite ve denge değişikliklerini, kontrol bireylere oranla objektif ve subjektif ölçütler eşliğinde karşılaştırmaktır.

Materyal-Metod

Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında hastanemiz üroloji polikliniğine başvuran, idrar kaçırmaya nedeniyle transobturator teyp operasyonu planlanan veya aşırı aktif mesane (ıslak) semptomları bulunan toplam 14 hasta ile herhangi bir alt üriner sistem yakınması olmayan 11 kontrol çalışmaya randomize edildi. İdrar kaçırmaya dışında ürojinekolojik girişim hikayesi olan, norojen mesanesi bulunan, fiziksel aktivite ve denge üzerine etkisi bilinen kronik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İdrar kaçırmaya şiddeti subjektif olarak ICIQ-SF, IIQ-7, UDI-6, OAB-V8 ile, objektif olarak pad testi ile değerlendirilirken, fiziksel aktivite IPAQ-SF ve tarafımızca hazırlanan 'Hareket Etmekten Kaçınma Sorgulama Anketi' ile değerlendirildi. Denge değerlendirmesi ise genel stabilite endeksi, göz açık ve göz kapalı testleri ile yapıldı. Ayrıca, hastalara Tinetti denge ve yürüme testi, Berg ölçeği, Kalk ve yürü testi uygulandı.

Sonuçlar

Ortalama yaş 50,12±7,09 idi. Demografik özellikler açısından hasta ve kontrol grubu arasında vücut kitle indeksi dışında anlamlı fark yoktu. Yaşam kalite değerlendirmelerinde, idrar kaçıran hastalarda kontrol grubuna göre fiziksel rol kısıtlılığı hariç tüm parametrelerde istatistiksel anlamlı düşüş belirlendi. Hasta grubunda, kontrol grubuna göre fiziksel aktivite düzeyinde anlamlı azalma olduğu saptandı. IPAQ-SF üzerindeki ortalama metabolik eşdeğer (MET) skoru hasta grubunda 905,071±745,387'ye karşılık kontrol grubunda 1998,1816±70,549 idi (p=0,001). Aynı şekilde "hareket etmekten kaçınma anket" skoru hasta grubunda 22,42±3,73 iken kontrol grubunda 16,09±0,3 saptandı (p=0,001). İki grup arasında denge ve yürüme ölçümleri açısından anlamlı fark gözlemlendi. İdrar kaçıran hastaların ortalama Tinetti denge/yürüme testi, Berg ölçeği, kalk ve yürü test, göz açık test ve göz kapalı test değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düşük iken stabilometri testi her iki grupta benzer hesaplandı. Korelasyon analizinde, denge testleri ile objektif ve subjektif idrar kaçırmaya ölçütleri arasında ilişki bulunmadığı, ancak "hareket etmekten kaçınma anketi" ile idrar kaçırmaya şiddeti arasında korelasyon olduğu saptandı.

Yorum

İdrar kaçıran hastalarda, alt üriner sistem yakınması olmayan kontrol bireylere göre fiziksel aktivite kısıtlanmış, yaşam kalitesi azalmış, denge muayene ve ölçümlerinde anlamlı bozulma saptanmıştır. Bununla birlikte, idrar kaçırmaya objektif ve subjektif şiddet ölçümleri ile denge ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

SS - DİABETİK KADIN HASTALARIN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI, AŞIRI AKTİF MESANE VE İDRAR KAÇIRMA AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATİH BIÇAKLIOĞLU ¹, ENDER CEM BULUT ², İRFAN ŞAFAK BARLAS ², BORA KÜPELİ ², İLKER ŞEN ²

¹ İZMİT SEKA DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

² GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç

DM'lu hastalarda gelişen aşırı aktif mesane, alt üriner sistem semptomları ve idrar kaçırma etyopatogenezi, risk faktörleri ve glisemik kontrol ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Materyal-Metod

Ocak-Temmuz 2014'de başvuran 18 yaşın üzerinde, daha önce diabet tanısı almış, başvuru sırasında gebelik şüphesi bulunmayan, idrar yolu enfeksiyonu olmayan 81 kadın hasta dahil edildi. Hastaların yaş, boy, kilo, ürolojik semptom sorgulamaları yanında tam idrar tahlili, idrar kültürü, açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, kreatinin tahlilleri ve OAB-V8 (Over Active Bladder-V8), UDI-6 (Urinary Distress Inventory-6), IPSS (International Prostate Symptom Score), IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire 7) yaşam kalitesi sorgulama formlarına yer verildi.

Bulgular

Hastalar ortalama $58,6 \pm 11,8$ (20-89) yaşında ve $10,96 \pm 7,99$ (1-37) yıldır diabet hastasıydı. Hastaların ürolojik semptom sorgulamasında 35 (%43,2)'inde pollaküri mevcuttu ve bu hastalar gündüz ortalama $8,8 \pm 1,158$ kez idrar yapıyordu. Hastaların 67 (%82,7)'sinde nokturi mevcuttu ve bu hastalar gece ortalama $2,47 \pm 1,19$ kez idrar yapmak için kalkıyordu ve urgency ise 52 (%64,2) hastada bulunmaktaydı. Yine hastaların sorgulamasından 48 (%59,3)'sinde idrar kaçırma olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların doldurduğu OAB-V8, UDI-6, IPSS, IIQ-7 sorgulama formları skorları ile HbA1c, açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri düzeyleri ve diabetik komplikasyonu olup olmaması arasındaki ilişki tek tek değerlendirildiğinde bu değişkenlerin hiçbirisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Aşırı aktif mesane hastalığı olan ve olmayan hasta gruplarını açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c düzeyleri açısından değerlendirdiğimizde yine gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Sonuç

DM'lu olan hastalarda AÜSS, AAM ve İK sık görülür ve hasta yaşam kalitesini düşürür. Her ne kadar çalışmamızda anlamlı bulgu elde edilemedi ve literatürde diabetik sistopati ile ilgili henüz bir fikir birliği oluşmamışsa da genel olarak DM'ta uygun glisemik kontrolün sağlanması hastalarda komplikasyonların gelişmesini muhtemelen geciktirmekte ve önlemektedir. Diabetik sistopati ve buna bağlı gelişen AAM, AÜSS, İK gibi şikayetlerin etyopatogenezinin ve risk faktörlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş sayıda hasta ile yapılan randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

anahtar kelimeler: diabetes mellitus, aşırı aktif mesane, idrar kaçırma, alt üriner sistem semptomlar

S6 - ALT ÜRİNER SİSTEM DOLUM SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN KADIN HASTALARDA ALT ÜRİNER SİSTEM BOŞALTIM SEMPTOMLARI ORANLARI VE ÜROFLOVMETRİ DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SERHAT ÇETİN, ENDER CEM BULUT, MURAT YAVUZ KOPARAL, MUSTAFA ÖZGÜR TAN, METİN ONARAN, İLKER ŞEN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

Giriş-Amaç

Alt Üriner Sistem Dolum Semptomları(AÜSDS) ile başvuran kadın hastaların Alt Üriner Sistem Boşaltım Semptomlarının(AÜSBS) ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Gereç ve Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Kadın Ürolojisi ve Nöroüroloji Birimi'ne ait 2003-2016 tarihleri arasında takip ve tedavi edilen hastaların dosyaları incelenerek sadece AÜSDS ile başvuran ve ürolojik değerlendirilmeleri yeterli olan, 18-75 yaş arası 793 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Hasta dosyalarında bulunan değerlendirme formları ve Üroflovetri raporları incelenmiştir.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması $49,68 \pm 11,3$ olarak hesaplandı. AÜSDS ile başvuran 793 hastada, değerlendirme formu üzerinde AÜSBS varlığı oranı %31.5(250 hasta) olarak bulundu. AÜSBS olan hastaların yaş ortalaması $48,5 \pm 11,3$ iken, AÜSBS olmayan hastaların yaş ortalaması $50,1 \pm 11,3$ olarak hesaplanmış olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. İdrara geç başlama şikayeti olan 134 hasta varken, ıknarak idrar yapan 88 hasta, mesaneyi tam boşaltamama hissi olan 185 hasta olduğu saptanmıştır. Tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya dahil edilen hastaların 666(%83.9) tanesinin üroflovetri raporuna ulaşıldı. 556(%83.5) hastanın Qmaks düzeyi $>15\text{ml/sn}$ (ort. $32,9 \pm 13,7$), 55(%8.3) hastanın 12-14.99 ml/sn arasında(ort. $13,1 \pm 0,8$), 55(%8.3) hastanın da $<12\text{ml/sn}$ (ort. $9,3 \pm 1,8$) olduğu hesaplandı. AÜSBS olan hastaların Qmaks ortalaması $27,1 \pm 14,1\text{ ml/sn}$ iken AÜSBS olmayan hastaların $30,5 \pm 15,2\text{ ml/sn}$ olarak hesaplanmış olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0,003$)

Sonuç

Sadece AÜSDS ile başvuran hastalarda öykü ve sistem sorgulaması ile neredeyse üçte bir oranda AÜSBS saptanmıştır, üroflovetri raporları incelendiğinde ise hastaların %8.3'ünün Qmax düzeyi 12ml/sn 'nin altındayken yine %8.3'ünün 12-14.99 ml/sn arasında olduğu saptanmıştır. Yine AÜSBS bulunan hastalar ile bulunmayan hastaların Qmaks ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Bu hastaların değerlendirilmesi esnasında Mesane Çıkım Tıkanıklığı mutlaka akılda tutulmalı ve gerekli hastalarda ileri tetkik ve tedavi planlanmalıdır.

S7 - OBSTRÜKTİF UYKU APNE-HİPOPNE SENDROMU TANILI HASTALARDA AŞIRI AKTİF MESANE VE NOKTÜRİNİN SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YEŞİM ÖNDER ¹, ESAT KORGALI ², ÖMER TAMER DOĞAN ¹

¹ CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, SİVAS

² CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİMDALI, SİVAS

Amaç

Obstrüktif uyku apne hipopne sendromu (OSAHS), uyku sırasında yineleyen üst solunum yolu tam veya parsiyel obstrüksiyonları ve sıklıkla buna eşlik eden kan oksijen satürasyonunda azalma ve uyanmalar ile karakterize bir sendromdur. Pek çok noktürnal ve gündüz semptomları ile seyreden OSAHS heterojen bir bozukluktur. Hastalığın tanısında polisomnografi (PSG) altın standarttır. OSAHS, oluşturduğu oksidatif stres, sistemik inflamasyon, sempatik aktivite artışı nedeniyle tüm vücut sistemleri etkileyebilir. Bu çalışmada OSAHS tanısı almış hasta popülasyonunda Aşırı Aktif Mesane (AAM) ve Noktüri sıklığını kontrol grubu ile karşılaştırmak ve OSAHS'ın şiddeti ile AAM skorunun ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır.

Materyal-Metod

Çalışma 20/02/2017 - 31/05/2017 tarihleri arasında C.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları kliniğinde PSG uygulanmış ve OSAHS tanısı almış hasta grubu ile OSAHS tanısı almamış kontrol grubu üzerinde yapılmıştır. Tüm olgulara alt üriner sistem fonksiyonlarını değerlendirme amacı ile üroflowmetri ve ultrasonografik postmiksiyonel rezidü (PMR) ölçümü yapılmış hastaların AAM sorgulama uzun formunu cevaplamaları istenmiş ve hastaların ve kontrol grubunun AAM skorları, üroflowmetri parametreleri ve PMR değerleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Çalışmamızın sonucunda her iki gruptaki bireyler noktüri, aşırı aktif mesane, psikolojik etkisi, noktüri ilişkili, yorgunluk ve postmiksiyonel rezidüel volüm (pmrv) yönünden karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) sosyal etkiler günlük yaşama etkiler ve tepe akım hızı yönünden gruplar arası farklılık önemsiz ($p>0,05$) bulunmuştur. OSAHS şiddetine göre hasta bireyler karşılaştırıldığında ise AAM, psikolojik etki, noktüri ilişkili, sosyal etkiler, günlük yaşama etkiler, yorgunluk ve pmrv ölçümleri arası farklılık önemsiz ($p>0,05$) bulunmuştur. Sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Sonuç

Çalışmamızın sonuçlarına göre OSAHS hasta grubunda AAM ve Noktüri sıklığının kontrol grubuna göre daha sık gözlemlendiği saptanmıştır. OSAHS hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlere ek olarak AAM ve Noktürinin de yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği bu hastalıkla ilgilenen hekim grubuna vurgulanmalı ve ilgili hekim grubunda AAM ve noktüri konusunda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Tablo 1 Hasta ve kontrol grubunun AAM parametreleri açısından karşılaştırılması

		n	Ortalama	Standart Sapma	p
Aşırı Aktif Mes	Hasta	45	22,1778	9,76145	0,001*
	Kontrol	31	14,8065	6,65041	
Psikolojik Etki	Hasta	45	13,8	8,13131	0,027*
	Kontrol	31	9,1613	3,19475	
Noktüri ilişkili	Hasta	45	11,4667	6,01362	0,001*
	Kontrol	31	7,6129	5,69607	
Sosyal Etkiler	Hasta	45	7,7111	5,21197	0,371
	Kontrol	31	5,9032	2,30007	
Günlük Yaşama	Hasta	45	19,9333	12,65522	0,099
	Kontrol	31	15,3548	8,93886	
Yorgunluk	Hasta	45	5,1556	3,14755	0,038*
	Kontrol	31	3,5806	1,91092	
PMRV	Hasta	45	29,0667	43,91076	0,029*
	Kontrol	31	84,7097	135,71421	

S8 - VÜCUT KİTLE İNDEKSİ AŞIRI AKTİF MESANE HASTALIĞINDA ETKİLİ OLABİLİR Mİ?

ABDULLAH ÇIRAKOĞLU , ERDAL BENLİ , İSMAİL NALBANT , AHMET YÜCE

ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ORDU

Amaç

Aşırı aktif mesane (AAM) hastalığının etiyolojisinde vücut kitle indeksinin (VKİ) etkili olup olmadığı değerlendirildi.

Metod

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, Ağustos 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında AAM tanısı konulan 117 hasta ile AAM şikayetleri olmayan 56 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların boy ve kiloları kullanılarak VKİ' leri hesaplandı. İki grup Student-T testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması sırasıyla AAM tanısı konulanlar için 62,23 ± 13,24 ve yakınması olmayanlar için 62,65 ± 9,91 olarak saptandı. AAM tanısı olanların ortalama VKİ 30,90 ± 5,88 saptanırken AAM şikayeti olmayanların ortalama VKİ' leri 27,77 ± 3,48 bulundu. İki grup arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulundu (p=0,002).

Sonuç

Çalışmamızın sonucunda VKİ yüksek olanlarda AAM sıklığının daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

S9 - AAM HASTALARINDA SEMPTOMLARI GİDERMEDE HANGİSİ DAHA ETKİLİ: TROSPİUM VEYA SOLİFENASİN

ALİ RIZA TÜRKÖĞLÜ ¹, MUHAMMET GÜZELSOY ¹, SONER ÇOBAN ¹, HAKAN DEMİRCİ ²

¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ, BURSA,

² SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, AİLE HEKİMLİĞİ, BURSA

Amaç

Aşırı Aktif Mesane (AAM) hastalarında tiroprium ve solifenasin işeme sayısı, nokturi ve urge inkontinans üzerine etkilerini araştırmak.

Gereç ve Yöntem

Prospektif bir çalışma planlandı. Hastalar tedaviye başlamadan önce AAM farkındalık anketini (AAM-V8) doldurdular. Hastaların 3 günlük işeme günlüğünden günlük işeme, nokturi ve urge inkontinans sayıları belirlendikten sonra tiroprium 30 mg 2x1 veya solifenasin 5 mg 1x1 den birisi başlandı. Hastalar kontrolde işeme günlüğü ve AAM-V8 formu ile tekrar değerlendirildi. Ayrıca yan etkiler sorgulandı.

Bulgular

Gruplar arasında yaş farkı yoktu ve tiroprium molekülünde ortalama yaş 47.41±12.65 yıl iken, solifenasin molekülünde 48.14±11.82 yıldır. Validasyon ölçeği anketinde azalmada iki molekül arasında istatistiksel farklılık izlenmedi. Hem 4.hafta hemde 12.haftada işeme sayısını tiroprium molekülü solifenasin den daha fazla azalmıştır ve bu azalmalar istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p<0.027, p<0.045). Nokturi ve urge inkontinans sayıları azaldı fakat tiroprium ve solifenasin molekülünde arasında istatistiksel farklılık izlenmedi.

Sonuç

Her iki molekülde AAM hastalarında 4.hafta ve 12.haftalarda validasyon ölçeği, işeme sayısı, nokturi ve urge inkontinans sayılarını azaltır. Her iki molekül arasında validasyon ölçeği, nokturi ve urge inkontinans sayılarını azalma oranları bakımından istatistiksel farklılık yoktur. İşeme sayısını tiroprium molekülü solifenasin molekülünden daha fazla azaltmıştır ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlıdır. Özellikle işeme sayısı fazlalığından yakınan AAM hastalarında tiroprium tedavide solifenasin den daha etkili olabilir.

Tablo 1: Trosipium ve solifenasin molekülü grupları arasında validasyon ölçeği, işeme sayısı, nokturi ve urge inkontinans karşılaştırılması

	Trosipium(n=104)	Solifenacin (n=121)	p value
Validasyon total (hafta 0)	17(11)	18(9)	0.973
Validasyon total (hafta 4→0)	% 38.46 ⁻	% 32.15 ⁻	0.114
Validasyon total (hafta12→0)	% 41.67 ⁻	% 43.75 ⁻	0.547
İşeme sayısı (hafta 0)	11(4)	10(4)	0.045
İşeme sayısı (hafta 4→0)	% 33.33 ⁻	% 27.27 ⁻	0.027
İşeme sayısı (hafta 12→0)	% 36.84 ⁻	% 33.33 ⁻	0.045
Urge inkontinans (hafta 0)	1(3)	1(3)	0.518
Urge inkontinans (hafta 4→0)	0(1)	0(1)	0.123
Urge inkontinans (hafta 12→0)	0(2)	0(1)	0.269
Nokturi sayısı (hafta 0)	2(1)	2(1)	0.678
Nokturi sayısı (hafta 4→0)	% 33.33 ⁻	% 33.33 ⁻	0.415
Nokturi sayısı (hafta 12→0)	% 50 ⁻	% 50 ⁻	0.217

Veriler medyan(IQR); ortalama±st. sapma olarak ifade edilmiştir; hafta 4→0 hafta 4’de elde edilen ölçümün hafta 0’a göre hesaplanan değişimini ifade etmektedir; hafta 12→0 hafta 12’de elde edilen ölçümün hafta 0’a göre hesaplanan değişimini ifade etmektedir.

S10 - ANTİKOLİNERJİK İLAÇLAR BAŞLANIRKEN GEREKLİ AYIRICI TANI YAPILIYOR MU?

AHMET YÜCE , ERDAL BENLİ , ABDULLAH ÇIRAKOĞLU , İSMAİL NALBANT

ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ORDU

Amaç

Aşırı aktif mesane (AAM) sendromu ani sıkışma hissi, bununla birlikte sık idrara çıkma, idrar kaçırma gibi semptomları bir araya toplayan bir sendrom olarak değerlendirilir. Asıl olarak bir ekartasyona dayanan bir tanıdır. Bu şikayetlerin nedeni tam olarak araştırılmadığında altta yatan bir mesane tümörü gibi lokal ya da metabolik ve hormonal bir neden atlanmış olabilir. Bu çalışmanın amacı üroloji dışı polikliniklere benzer şikayetlerle başvurmuş ve antikolinerjik ilaç başlanmış olan hastaların uygun şekilde evaluate edilip edilmediğini incelemektir.

Yöntem

Bu çalışmada, 2016-2017 yılları arasında kliniğimize başvuran ve üroloji dışı kliniklerde antikolinerjik ilaç yazılan 55 hasta değerlendirildi. Bu hastalara antikolinerjik ilaç yazılmadan önce yapılması gereken temel değerlendirme testleri incelendi. Öykü, sorgulama formları, TİT, idrar kültürü, üriner ultrasonografi, idrar sitolojisi, üriner tüberküloz araştırması, sistoskopi gibi ayırıcı tanıda kullanılan işlemlerin yapılıp yapılmadığı ve varsa sonuçlarına ulaşılmaya çalışıldı.

Bulgular

Grubun yaş dağılımı 41.2±3.9 yıl olarak saptandı. Hastaların geldiği klinikler arasında en sık kadın doğum, aile hekimi, dahiliye, nöroloji klinikleri bulunuyordu. Sıkışma tarifleyen 12 (%21,8) hastaya idrar testi yapılmamıştı. Olası mesane kanseri açısından sıklıkla kullanılan ultrasonografi, idrar sitolojisi gibi testler hiçbir hastaya yapılmamıştı. Beklendiği gibi sistoskopi de yapılmamıştı. İdrar kültürü, üriner tüberküloz gibi test sonuçları görülerek ilaç yazılan hasta sayısı 5 (%9) olarak saptandı. Ayrıca olası mesane de yabancı cisim (taş vb) için DÜSG çalışması hiçbir hastaya yapılmamıştı. Bu hastalara bu ilaçların olası yan etkileri, ilaç etkileşimleri, ne kadar kullanılacağı konusunda bilgi verilmemişti.

Sonuç

Bu çalışma sonucunda özellikle üroloji dışı polikliniklerde gerekli ayırıcı tanı yapılmadan hastalara antikolinerjik ilaç başlandığı görüldü. Birçok yan etkiye sahip olan antikolinerjik ilaçların diğer branşlar tarafından AAM tanısı kullanılarak reçete edilmesi, altta yatan bir mesane tümörü, CİS, tüberküloz gibi ciddi seyirli hastalıkların rahatça atlanmasına neden olabilir. Bu nedenle bu grup ilaçların iyi bir ayırıcı tanı yapılmadan kullanılmaması ve gerekirse sadece üroloji polikliniklerinde reçete edilmesi daha uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler

Aşırı Aktif Mesane, Antikolinerjik, Mesane tümörü

S11 - AŞIRI AKTİF MESANE TEDAVİSİNDE KULLANILAN ANTİKOLİNERJİK AJANLARIN KARDİYOVASKÜLER SİSTEM YAN ETKİLERİ: PROSPEKTİF, AÇIK ETİKETLİ, RANDOMİZE BİR KLİNİK ÇALIŞMA

BÜLENT ÇETİNEL ¹, BÜLENT ÖNAL ¹, MEHMET HAMZA GÜLTEKİN ¹, MUHAMMET GÜZELSOY ², FETHİ AHMET TÜREGÜN ¹, MUHAMMET MURAT DİNÇER ³

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

² BURSA ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, BURSA

³ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç

Aşırı aktif mesanede (AAM) kullanılan farklı antikolinerjik ilaçların kardiyovasküler sistem (KVS) yan etkilerini karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2014 ile Haziran 2016 tarihleri arasında 3 kurumda toplam 341 AAM hastası 7 farklı antikolinerjik ilaç için randomize edildi. 1. hafta ve 1. ay takiplerini tamamlayan 217 hasta çalışmaya kabul edildi. Hiçbir takibine gelmeyen 60 hasta ve 1. ay takibine gelmeyen 64 hasta çalışma dışı bırakıldı. İlaçlar selektif (darifenasin, solifenasin ve oksibutinin) ve non-selektif (fesoterodin, tolterodin, trospiyum ve propiverin) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Kalp tepe atımları, kan basınçları ve ilaçların yan etkileri başlangıç (ilaçlara başlamadan önce), ilk takip (1 hafta) ve ikinci takipte (1 ay) kaydedildi. Veriler her bir ilaç ve 2 grup için ANOVA testleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Farklı antikolinerjik ilaç kullanan hastalar arasında başlangıç yaşı, boy, kilo ve vücut kitle endeksi benzerdi. Oturarak ve ayakta yapılan kan basıncı ölçümleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Non-selektif antikolinerjik ilaçlarla tedavi edilen hastalarda kalp hızı artışının selektif ilaçlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$) ve bu artışın özellikle Trospiyum klorür ve Tolterodin kullanan hastalarda görüldüğü saptandı (sırasıyla $p < 0.001$ ve 0.036). Bizim kohortumuzda kullanılan antikolinerjik ilaçların diğer yan etkileri açısından istatistiksel olarak bir farklılık görülmedi.

Sonuç

Sonuçlarımız, non-selektif antikolinerjik ilaçlarla tedavi edilen AAMli hastalarda kalp hızının belirgin olarak arttığını gösterdi. Diğer antikolinerjik ilaçlar (Darifenasin, solifenasin, oksibutinin, propiverin ve fesoterodin) ile KVS yan etkileri açısından karşılaştırıldığında trospiyum klorür ve tolterodin en olumsuz özelliklere sahip görülmüştür.

S12 - KADIN VE ERKEK STRES TİPTE İDAR KAÇIRMA (STİK) DULOXETİN TEDAVİSİNİN ETKİSİOĞUZ MERTOĞLU, TAHA ÇETİN , MEHMET YİĞİT YALÇIN , YUSUF ÖZLEM İLBAY , ZAFER KOZACIOĞLU*SBÜ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR*

Duloxetine , 2002 tarihinden bu yana geliştirilen, öncelikle kadın stres inkontinans tedavisi için önplana çıkan, arakasından antidepressan etkileri nedeniyle, primer etki tartışmasına neden olan ve her iki etki için de piyasaya sürülmüş bir ilaçtır. Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü olan duloxetine, onuf nükleus üzerine etki nedeniyle pudental sinirin inerve ettiği rhabdosfinkter ve pelvik taban kaslarının tonusunu artırıcı etki nedeniyle, STİK de faydalı olacağı raporlanmıştır . Erkek STİK de de yaralı olduğunu rapor eden çalışmalar da mevcuttur. Kliniğimizde kadın ve erkek STİK da duloxetine ilacının kullanımı, dozları ve etkili olduğu hasta gruplarını inceledik

Hasta ve Yöntem

2011-2017 yılları arasındaki kontinans polikliniğine başvuran STİK tanılı kadın ve erkek hastaların kayıtlarını inceledik . Erkek hastalar için duloxetine kullanımını literatürden takipte 2005 yılından beri, öncelikle yurt dışından getirterek, antidepressan olarak piyasaya sürüldüğünde 30ve sonrasında 60mg olarak devam ettik (Psikiyatri ve nöroloji doktorlarının yardımıyla). Özellikle erkek hastalarda ped testi 200 gr altı hastalara duloxetine tedavisi vermiştik Kadın hastalar için idrar kaçırma endikasyonu ile piyasaya sürüldükten sonra 20 ve ardında 40mg titrasyonla ilacı kullandık . Kadın hastalar için ped testi 100 gr altı olanlarda ilacı kullanmayı tercih ettik. Hastanın ilaçtan gördüğü faydayı, ICIQ-SF ile takip ettik , % 50 'den fazla skor değişikliği başarı olarak nitelendirdik.

Bulgular

45 hasta; 28 kadın 17 erkek . Ortalama yaş kadın ve erkekler için 51 (42-63) ve 68 (62-79) idi . 28 kadından 20 si tedaviden 3 ay ve daha fazla süre fayda gördü (3-9ay) . 17 erkek hastadan 15 i ilaçtan fayda görmüştü. Erkek hastalar daha uzun dönemden ilaç başladığı için, 6 aydan 5 yıla kadar ilaçtan fayda gören hastalar izlenmiştir.

Sonuç

İdrar kaçıran kadın ve erkek hastalarda ped ağırlığı açısından düşük semptomatik olanlarda duloxetinein faydası görülmektedir.

S13 - TRANSOBTURATUAR TAPE OPERASYONU DENEYİMLERİMİZ

NURULLAH HAMİDİ¹, ERDEM ÖZTÜRK², TAHA NUMAN YIKILMAZ², HALİL BAŞAR²

¹ ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Kadın stres üriner inkontinans tedavisinde uygulanan transobturatuar tape (TOT) cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmektir.

Materyal-Metod

Ocak 2014- Temmuz 2017 tarihleri arasında stres üriner inkontinans nedeniyle TOT uygulanan 52 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ameliyat öncesi fizik muayene, Q-tip test, stres test, ürodinamik inceleme yapıldı. Operasyon sırasında komplikasyon gözlenmeyen

hastaların postoperatif 1. gün vajinal tamponları ve foley sondaları alındı. Taburculuk öncesi stres test ve üroflowmetrileri tekrarlandı. Stres testi negatif olan ve üroflowmetri sonucunda rezidü idrar miktarı 100 ml'nin altında olan hastalarda sonuç başarılı olarak kabul edildi.

Bulgular: Hasta grubumuzun yaş ortalaması 56 (43-67) olarak hesaplandı. Üçüncü ay kontrollerinde hastaların 41 (%78.8) hastanın şikayetleri tamamen geçerken, 49 (%94.2) hastanın ameliyatın sonuçlarından memnun olduğu görüldü. 3 (%5.8) hastanın ise cerrahiden fayda görmediği görüldü. 1 hastada vajinal diseksiyon sırasında mesane yan duvarda yaralanma saptandı ve intraoperatif olarak onarım yapıldı.

Bu hastada aynı seansta TOT yerleştirildi ve hasta postoperatif 3. ayda tamamen kuru olarak değerlendirildi.

Sonuç

TOT cerrahisi stres üriner inkontinansda yüksek başarı oranları ve düşük komplikasyon oranları ile etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir.

S14 - STRES TİP İDRAR KAÇIRMA CERRAHİ TEDAVİSİNDE TRANSOBTURATUAR BANT SONUÇLARIMIZ

AYDIN YENİLMEZ, ALİ ÜLGEN , BARBAROS BAŞESKİOĞLU , TURGUT DÖNMEZ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç

Minimal invaziv bir tedavi yöntemi olan transobturatuar bant ameliyatı stres tip idrar kaçırma son yıllarda en sık uygulanan yöntemdir. Kliniğimizde uyguladığımız transobturatuar bant ameliyat sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Son 10 yılda stres tip idrar kaçırması nedeniyle transobturatuar bant uyguladığımız ve retrospektif olarak kayıtlarına ulaşabildiğimiz 138 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 53,5 (38-78) yıl idi. 48 (%34.7) hastada karışık tipte idrar kaçırma mevcuttu. Hastaların 83'ü (%60.1) menapozda ve 21'i (%15.2) önceden idrar kaçırma cerrahisi uygulanmış idi. Eşzamanlı olarak 52 (%37.7) hastaya sistosel, rektosel onarımı uygulandı.

Bulgular

Ortalama 23 aylık (3-84) aylık takip sonucunda 106 olguda (%76.8) tam kurulum, 11 olguda (%8.0) idrar kaçırma azalma gözlemlendi. Bir tanesi transfüzyon gerektiren kanama, bir tanesi 3 ay sonra bantın kesilmesini gerektiren iki olguda idrar retansiyonu gelişti. Erken dönemde 21 olguda (%15.2) ingüinal bölgede ve bacağına yayılan ağrı gelişti bir olguda ağrı geç dönemde kesilmedi ve meş çıkartıldı. Bir olguda vajinal ekstrüzyon nedeniyle 3 ay sonra meş in görülen kısmı çıkartıldı. 8 olguda (%5.8) antibiyotik ile düzelen üriner sistem enfeksiyonu gelişti.

Sonuç

Stres tip idrar kaçırma tedavisinde transobturatuar bant uygulaması etkin ve güvenilir bir cerrahi tedavi yöntemidir.

S15 - STRES TİP İDRAR KAÇIRMA CERRAHİ TEDAVİSİNDE KULLANDIĞIMIZ MESH (MEŞ) KOMPLİKASYONLARI

AYDIN YENİLMEZ , ATA ÖZEN , İYİMSER ÜRE , İYİMSER ÜRE , EMRE YOLDAŞ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç

Son yıllarda stres tip idrar kaçırma cerrahi tedavisinde sentetik tip meşler sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Stres tip idrar kaçırma tedavisinde kullanılan meş'e bağlı komplikasyonları araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Son 14 yılda kliniğimize başvuran ve meş'e bağlı komplikasyonlar nedeniyle tedavi ettiğimiz hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Meş'e bağlı komplikasyonlar 10 olguda erezyon (2 ekspoju, 2 ekstrüzyon, 5 mesane 1 üretra perforasyonu ve taşlaşma), 4 olguda ciddi enfeksiyon ve abse, 1 olguda analjezikle geçmeyen ağrı ve 13 olguda obstrüksiyon (meş retraksiyonu veya yanlış uygulama sonucu) olmak üzere toplam 28 idi.

Bulgular

Meş erezyonu saptanan 4 olguda (ekspoju ve ekstrüzyon) meşin dışardan görülen kısımları geniş bir şekilde çıkartıldı. Mesane perforasyonu olan olan olgulara sistoskop yardımıyla meş tutularak eksize edildi ve/veya meş'e holmiyum lazer ile eksizyon ve meş üzerindeki taşlara litotripsi uygulandı . Bu yöntemle başarılı olunamayan 3 olguya ise sistoskop yardımıyla tutulan meş perkutan sistostomi yoluyla nefroskop içinden geçirilen holmiyum lazer ve/veya laparoskopi makasıyla eksize edildi. Üretra perforasyonu ve taş gelişen olguya ise önce litotripsi daha sonra meş kesilmesi üretra onarımı ve martius flep uygulandı. Meş'e bağlı gelişen ve analjezikle geçmeyen ağrısı olan 1 olguda ve inguinal bölgede abse gelişen 4 olguda meş parsiyel çıkarıldı ve abse drene edildi. Obstrüksiyon gelişen 13 olguda ise meş insize edildi.

Sonuç

Stres tip idrar kaçırma cerrahi tedavisinde sentetik meşler sık olarak kullanılmaktadır. Bu ameliyatlar ile ilgili komplikasyonları ve tedavisini iyi bilmemiz gerekir.

S16 - ÜRODİNAMİ YAPILAN HASTALARDA MÜZİĞİN ANKSİYETE VE AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ

ERDEM ÖZTÜRK¹, NURULLAH HAMİDİ², TAHA YIKILMAZ¹, CİHAT ÖZCAN³, HALİL BAŞAR¹

¹ ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN TRAINİNG AND RESEARCH HOSPİTAL, ANKARA

² ANKARA ATATÜRK TRAINİNG AND RESEARCH HOSPİTAL, ANKARA

³ ANKARA KEÇİÖREN TRAINİNG AND RESEARCH HOSPİTAL, ANKARA

Amaç

Basınç akım çalışması bir ürodynamic çalışma olup alt üriner sistem patofizyolojisi hakkında bilgi almak amacıyla yapılmaktadır. İnvaziv bir çalışma olması nedeniyle hastalarda anksiyete ve korkuya sebep olmaktadır. Biz bu çalışmamızda işlem sırasında hastalara müzik dinletilmesinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisini saptamayı amaçladık.

Materyal-Metod

Basınç akım çalışması yapılan 62 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 30 hastaya işlem sırasında müzik dinletilmezken (grup 1), 32 hastaya ise işlem süresince klasik müzik dinletildi (grup 2). Hastalara işlem sonunda durumluk-sürekli kaygı envanteri (STAI) ve Beck's anksiyete formu dolduruldu. Hastaların işlemde hissettikleri ağrı seviyesini ölçmek için VAS ağrı skalası kullanıldı.

Bulgular

Demografik bulgular, ortalama yaş, işlem süresi, işlem başlangıcı ve bitişinde ölçülen sistolik, diastolik kan basıncı seviyeleri ve kalp atım sayıları gruplar arasında benzer bulundu. Müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların VAS skorları (sırasıyla, 4.1±1.4; 2.6±1.8), STAI skorları (sırasıyla, 46±5.8; 37.3±5) ve BAI skorları (sırasıyla, 14.2±1.7; 3.5±0.7) müzik dinletilen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p<0.05).

Sonuç

İnvaziv işlemler sırasında hastalara müzik dinletilmesi işleme bağlı duyulan ağrı ve anksiyeteyi azaltmada kullanılabilecek ucuz, etkili ve güvenli bir yöntemdir. Basınç akım çalışması sırasında hastalara müzik dinletilmesi hasta ağrı ve anksiyetesini azaltmaktadır.

S17 - BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINI TAKİBEN ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU SIKLIĞI

NURULLAH HAMİDİ¹, TAHA NUMAN YIKILMAZ², ERDEM ÖZTÜRK², HALİL BAŞAR²

¹ ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Basınç akım çalışması yapılan hastalarda üriner sistem enfeksiyonu sıklığının araştırılması.

Materyal-Metod

Kliniğimizde non-nörojenik alt üriner sistem semptomları nedeniyle basınç akım çalışması yapılan 112 hasta değerlendirildi. Basınç akım çalışması öncesi hastalardan idrar kültürü istendi. Üreme olmayan hastalara çalışma yapılırken, üreme saptanan hastalara kültür sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisi verildi. Tedavi sonucunda kontrol idrar kültürlerinde üreme olmayan hastalara basınç akım çalışması yapıldı. Çalışma öncesinde profilaktik antibiyotik uygulanmadı. Değerlendirmeye alınan 112 olgunun 77sinin işlem sonrası takibi olması nedeniyle çalışmaya alınırken, 35 hasta takiplerinin olmaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 77 hastanın 5'inde(%6.4) işlem sonrasında yapılan poliklinik kontrollerinde dizüri şikayetleri mevcuttu. İstenen idrar kültüründe 100000 koloninin üzerinde E. Coli üremesi olduğu saptandı. Bu 5 idrar kültürünün birinde ise ESBL pozitif E. Coli üremesi olduğu görüldü. İdrar kültüründe üreme olan bu hastalar oral antibiyotik tedavisi ile tedavi edilirken ESBL pozitif üremesi olan hastaya ise enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu doğrultusunda yatırılarak parenteral antibiyotik tedavisi verildi.

Sonuç

Basınç akım çalışmasını takiben üriner sistem enfeksiyonu sıklığı test öncesi bakılan idrar kültüründe üreme olmayan hastalarda düşüktür. Bu nedenle klinik yaklaşımımızda profilaktik antibiyotik tedavisi verilmemekle birlikte hasta grubunda geniş serili randomize prospektif çalışmalarla ihtiyaç vardır.

S18 - 8 FR ÜRODİNAMİ KATATERİNİN İŞEME VERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ERDEM ÖZTÜRK¹, NURULLAH HAMİDİ², TAHA NUMAN YIKILMAZ¹

¹ ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Basınç akım çalışması yapılan hastalarda 8 fr ürodinami kataterinin uroflowmetri değerleri üzerine etkisini değerlendirmek.

Materyal-Metod

Alt üriner sistem semptomları nedeniyle basınç akım çalışması yapılan 50 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. İşlem öncesinde fizik muayeneleri yapılan ve idrar kültürü sonucu negatif olan hastalar işleme alındı. Dolum fazında kullanılmak üzere hastalara 8 fr üretral double lümen katater takıldı. Dolum fazı tamamlandıktan sonra üretral kateter çekilmeden hastalar işeme fazına alındı ve işenen hacim ve Q max değerleri kaydedildi. Sonrasında mesaneye işenen volüm kadar sıvı verildi ve mesane doluluğu dolum fazı sonundaki seviyesine çıkarıldı. Üretral katater çekildi ve hastalara serbest üroflowmetri yaptırıldı. Serbest üroflowmetri sonucunda elde edilen işenen hacim ve Qmax değerleri kaydedildi.

Hem basınç akım çalışması hem serbest üroflowmetri sonucunda elde edilen veriler karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 50 hastanın serbest üroflowmetri sonrası elde edilen ortalama Qmax değeri 14,2 ml/sn, işenen ortalama hacim 339 ml iken basınç akım çalışmasında elde edilen ortalama Qmax 11,5 ml/sn, işenen ortalama hacim ise 287 ml olarak saptandı. Hem Qmax hem işenen hacim serbest üroflowmetri grubunda basınç akım çalışması yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0.001$).

Sonuç

8 fr ürodinami katateri ile yapılan basınç akım çalışmalarında elde edilen işeme verileri serbest üroflowmetride elde edilen verilere göre düşüktür. Hastaların yanlış değerlendirilmesini önlemek amacıyla basınç akım çalışmasını takiben serbest üroflowmetri yapılması da önerilir.

S19 - TOLTERODİN TEDAVİSİNİN MESANE DUVAR KALINLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

TAHA NUMAN YIKILMAZ¹, ERDEM ÖZTÜRK¹, NURULLAH HAMİDİ², HALİL BAŞAR¹

¹ ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Aşırı aktif mesanesi tanısı ile Tolterodin L-Tartarat 4 mg SR tedavisi alan kadın hasta grubunda ilacın mesane duvar kalınlığı üzerindeki etkisini değerlendirmesi amaçlandı.

Materyal-Metod

Ocak 2016- Mart 2017 tarihleri arasında AAM tanısı ile kliniğimize başvurup Tolterodin L-Tartarat tedavisi başlanan olgular çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 148 hastanın takipleri düzenli olan ve datalarına ulaşılabilen 98 hasta değerlendirmeye uygun bulundu. Olguların başvuru anındaki maksimum mesane kapasitesindeki mesane duvar kalınlıkları ölçüldü. Fizik muayene, idrar kültürü ve üroflowmetrik incelemelerinde patoloji saptanmayan olgulara Tolterodin L-Tartarat tedavisi başlandı. 6.aydaki kontrollerinde olguların üroflowmetrik incelemeleri ve mesane duvar kalınlıkları tekrar değerlendirilerek ilk sonuçlar ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 98 olgunun yaş ortalaması 48.3 (39-61 yıl) olarak bulundu. Uroflowmetrik çalışmada işenen hacim ve postvoiding rezidü miktarı çalışma öncesi ve 6. aydaki sonuçları sırası ile ortalama 313 mL ile 351 mL ve 46 mL ile 53 mL olarak saptandı. İşenen hacim anlamlı olarak yüksek iken rezidü miktarında anlamlı fark gözlenmedi. İşeme öncesi mesane duvar kalınlığı 2,45 cm olarak ölçülürken tedavinin 6. ayında 2,12 cm olarak kaydedildi. Tedavi öncesi ve 6. aydaki kontrollerinde olguların mesane duvar kalınlıklarında anlamlı olarak azalma gözlenmiştir (p<0,05).

Sonuç

6 aylık Tolterodin L-Tartarat 4 mg SR tedavisinin sonucunda gözlemlenen mesane duvar kalınlığındaki azalma, mesane disfonksiyonundaki düzelmeye ve artan mesane kapasitesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Ancak bu konuda daha geniş serili prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

S20 - İNSAN DETRÜSÖR DOKUSUNDA OKSİTOSİNİN KONTRAKTİL ETKİSİNİN İNVİTRO OLARAK ARAŞTIRILMASI

FATİH TARHAN ¹, NESRİN ÇAĞLAYAN DUMAN ², SONGÜL ÖZKULA ², ATILLA KARAALP ², ÖNDER CANGÜVEN ³

¹ KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

² MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ FARMAKOLOJİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

³ HAMAD GENERAL HOSPİTAL, DEPARTMENT OF UROLOGY, DOHA, QATAR

Bir nörohipofizer hormon olan oksitosin nörohormon, nörotransmitter veya nöromodülatör olarak rol oynar. Çeşitli periferik dokularda kendisinin ve reseptörünün varlığı gösterilmiştir. Bu çalışmada oksitosinin insan detrüsör kasında invitro olarak kontraktil etkisi araştırılmıştır.

Detrüör örnekleri (5x2 cm) radikal sistektomi operasyonu yapılan 7 hastadan (3 kadın, 4 erkek) alınmıştır. Ayrıca kontrol dokusu olarak 4 adet Wistar rat uterus dokusu kullanılmıştır. Alınan doku örneklerinin kontraksiyon yetenekleri organ banyosunda önce karbokol (10^{-5} M) ile test edilmiştir. Dokular Krebs solüsyonu ile yıkandıktan sonra oksitosin (10^{-9} M to 10^{-5} M) ile doz yanıtları incelenmiştir. Ardından atosiban-oksitosin antagonisti- (10^{-5} M) ile 15 dk. inkübe edilen dokularda ikinci oksitosin konsantrasyon yanıtları araştırılmıştır. Çalışma için etik komite onayı (15.08.2012/14) ve hastalardan yazılı izin alınmıştır.

Karbokol tüm detrüsör striplerinde kontraksiyona neden olurken oksitosin hiçbir doku örneğinde kasılmaya neden olmamıştır. Sadece bir stripte çok yüksek dozda (3×10^{-6} M) hafif bir kasılma kaydedilmiştir. Ayrıca atosiban varlığında oksitosin ile hiç bir kontraktil yanıt elde edilememiştir. Rat uterus stripleri oksitosine doza bağımlı olarak kontraksiyon yanıtı vermişlerdir. Atosiban ile oksitosine kontraksiyon yanıtında azalma gözlenmiştir.

Sonuç olarak mevcut bulgularla insan detrüsör kasında oksitosinin kontrakte edici etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Detrüörde oksitosin reseptör varlığının araştırılması ile bu bulguların desteklenmesi gereklidir.

S21 - MESANE AĞRI SENDROMUNDA PENTOSAN POLİSÜLFATIN TEK BAŞINA VE HİDRODİSTANSİYONLA KOMBİNASYONUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

ADNAN ŞİMŞİR, FUAT KIZILAY, CEYHUN ÖZYURT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

Giriş

Interstitial cystitis günümüzde halen kesin tedavisi bulunamamış ve hastaları gerek organik gerekse psikojenik olarak etkilemeye devam eden bir hastalık olmaya devam etmektedir. Pek çok tedavi alternatifi olmasıyla birlikte bilinen en etkili oral farmakolojik ajan halen pentosan polysülfat(PPS) tır. Bu çalışmada PPS tedavisinin etkinliğini hem erken ortaya çıkarmak ve hem de daha güçlü olmasını sağlamak amacıyla, mesane hidrodistansiyonu ile kombinasyonun etkinliği araştırılmıştır.

Materyal-Metod

Bu çalışmada IC/BPS tanılı 339 hasta 2 gruba ayrıldı. İlk gruba sadece PPS 300 mg/ gün verilirken ikinci gruba genel anestezi altında mesane hidrodistansiyonu sonrası olabilecek en erken dönemde PPS 300 mg/ gün verildi ve sonuçlar ilk dozdan itibaren 3, 6 ve 12 aylarda, ICSI, ICPI, VAS ve IFSF sorgulama formları ile değerlendirildi.

Bulgular

Yapılan analizler doğrultusunda oral yolla yapılan PPS 300 mg /gün tedavisinin IC/BPS 'de semptomları anlamlı ölçüde iyileştirdiği görülmüştür. Tedavinin süresi uzadıkça etkinliğin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca hidrodistansiyon uygulanıp hemen sonrasında PPS tedavisine başlamanın da direk PPS tedavisine göre çok daha etkili olduğu, özellikle tedavinin ilk aylarında bu etkisini göstererek tedaviyi yarım bırakma oranını önemli ölçüde düşürdüğü saptanmıştır. Öyle ki 3. Ayın sonunda birinci grupta % 12.1 hasta tedavisini bırakırken ikinci grupta bu oran % 1.9 olarak saptanmıştır(p<0.001).

Sonuç

Bu çalışma sonucuyla görülmüştür ki genel anestezi altında hidrodistansiyon uygulanıp hemen sonrasında PPS tedavisi başlanan IC/BPS hastalarında gerek semptomların azalması gerekse tedavi uyumu çok daha etkili olmaktadır.

Tablo 1 . PPS'nin etkinliğinin hasta grupları arasında karşılaştırması

	1.Grup	2.Grup	p
Tedavi öncesi			
Hasta sayısı	157	182	
Yaş	43.6(24-70)	42.0(21-74)	0.34
ICSI	12.2(7-16)	15.1(6-19)	0.041
ICPI	9.4(5-11)	11.8(5-16)	0.046
VAS	6.7(4-9)	7.8 (3-10)	0.048

3. ay

Hasta sayısı	138	180	
Yaş	44.3(25-70)	41.65(21-72)	0.18
ICSI	8.3 (5-13)	6.3 (4-14)	<0.001
ICPI	8.1 (5-9)	6.7 (4-14)	0.02
VAS	6.1 (1-7)	4.1 (1-8)	<0.001

6 .ay

Hasta sayısı	125	176	
Yaş	44.6(25-70)	41.1(21-71)	0.21
ICSI	6.9 (6-9)	6.0 (4-12)	0.15
ICPI	7.1 (4-8)	6.3 (0-12)	0.09
VAS	4.2 (0-6)	4.9 (0-5)	0.08

12. ay

Hasta sayısı	107	161	
Yaş	47.3(25-70)	46.4(29-70)	0.82
ICSI	7.2 (0- 10)	6.5 (0-11)	0.21
ICPI	7.0 (4-8)	6.3(3-10)	0.13
VAS	5.1(0-10)	4.8(0-7)	0.18

ICSI:Interstitial Cystitis Symptom Index, ICPI:Interstitial Cystitis Problem Index, VAS: Visual analogue scale

Tablo 2. PPS nin her iki grupta etkinliğinin araştırılması

		Hasta Sayısı	Yaş	ICSI	ICPI	VAS
	Tedavi Öncesi	157	43.6(24-70)	12.2(7-16)	9.4(5-11)	6.7(4-9)
Grup 1	1. Yıl Kontrol	107	47.3(25-70)	7.2(0-10)	7.0(4-8)	5.1(0-10)
	P		0.12	<0.001	0.02	<0.001
	Tedavi Öncesi	182	42.0(21-74)	15.1(6-19)	11.8(5-16)	7.8(3-10)
Grup 2	1.Yıl Kontrol	161	46.4(29-70)	6.5(0-11)	6.3(3-10)	4.8(0-7)
	P		0.34	<0.001	<0.001	<0.001
	Tedavi Öncesi	339	42.8(21-74)	13.6(6-19)	10.6(5-16)	7.25(3-10)
Toplam	1.Yıl Kontrol	268	46.8(25-70)	6.85(0-11)	6.65(3-10)	4.95(0-10)
	P		0.43	<0.001	<0.001	<0.001

Grup 1. Hidrodistanسیون yapılmaksızın PPS 300 mg TİD alan hasta grubu

Grup 2. Hidrodistanسیون sonrası erken dönemde PPS 300 TİD başlanan hasta grubu

S22 - MESANE AĞRI SENDROMU/İTERSTİSYEL SİSTİT TANILI HASTALARDA HİDRODİSTANSİYONUN ETKİNLİĞİÖMER GÜLPINAR , BARIŞ ESEN , ÇAĞRI AKPINAR , MEHMET İLKER GÖKÇE , EVREN SÜER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Bu çalışmada mesane ağrı sendromu/interstisyel sistit (MAS/İS) şüphesi olan hastalarda sistoskopi eşliğinde uygulanan hidrodistansiyonun güvenilirlik ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal- Metod

Haziran 2013 - Nisan 2017 tarihleri arasında MAS/İS tanısı ile hidrodistansiyon uyguladığımız hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara sedasyon anestezisi altında 60 cm/H₂O basınçta 8 dk süreyle hidrodistansiyon uygulandı. Hastalar tedavinin başlangıcında ve 1 ay sonra görsel ağrı skalası (GAS), 24 saatlik idrar sıklığı, noktüri, ortalama idrar miktarı ile değerlendirildi. Etkinlik süresi, hidrodistansiyon sonrası tedavi başarısızlığına kadar geçen süre olarak tanımlandı.

Bulgular

Bu çalışmaya toplam 34 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 42,8 (28-72), median semptom süresi 60 ay (6-240) idi. Hidrodistansiyon sonrası ortalama takip süresi 39 hafta (5-96) idi. Hastaların %27'sinde (9/34) tedavi etkinliği 24 haftadan fazla görüldü. Ortalama tedavi etkinlik süresi 44 hafta (4-192) olarak belirlendi. Ondokuz hastada glomerülasyon mevcuttu. Parson testi hastaların %67,6'sında (23/34) pozitif bulundu. Hastaların %35'inde (12/34) birinci ayda tedavi etkinliği gösterildi. Hidrodistansiyon sonrası takiplerde 22 (%65) hastada ek tedaviye geçilirken 3 (%10) hastada teropatik etkinlik sağladı. Hastaların tedavi başlangıcında ve 1 ay sonraki sonuç parametreleri de Tablo 1'de gösterilmiştir. Hiçbir hastada ciddi yan etki saptanmadı.

Sonuç

Bu çalışmada, sistoskopi eşliğinde yapılan hidrodistansiyonun MAS/İS şüphesi bulunan hastalarda güvenli ve tedavi etkinliği sağlamada yararlı olabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle, hidrodistansiyon MAS/İS şüphesi olan hastalarda tedavide etkili, güvenli ve tekrar edilebilecek bir yöntem olarak önerilebilir.

Tablo 1. Olguların tedavi öncesi ve sonrası özellikleri

Parametreler	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası 1. ay	p değeri
Görsel Ağrı Skoru	9 (6-10)	5 (1-9)	p<0,05
İşeme sıklığı (24 saatde)	13,33 (5-30)	10,66 (3-20)	p<0,05
Noktüri	2 (1-5)	1 (0-4)	p<0,05
Ortalama idrar miktarı	142 ml (min:42 max:346)	154 ml (min:62 max:354)	p>0,05

S23 - PANÜRETRAL DARLIK TEDAVİSİNDE TEK SEANSTA ÇİFT BUKKAL MUZOZAL GREFT ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ

YUSUF ÖZLÜLERDEN , KÜRŞAT KÜÇÜKER , ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ , ZAFER AYBEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş

Panüretal darlıklar eksternal meadan proksimal bulbar üretrayda içine alacak şekilde kadar uzanan darlıkları içerir. Genellikle 10 cm den daha uzun üretral darlıklar için kullanılan bir tanımdır. Panüretal darlık insidansında artış gözlenmektedir. Etiyolojisine bakılığında gelişmiş ülkelerde en sık neden iatrojenik ve idiopatik, gelişmekte olan ülkelerde en sık neden ise liken sklerozdur. İatrojenik nedenler içinde TUR ve üretral kataterizasyon sonrası oluşan darlıklar en sık karşılaşılan patolojidir.

Yöntem

Ocak 2015 ile Haziran 2017 arasında tek seansta çift bukkal mukoza grefti kullanılan panüretal darlığı olan 13 hasta çalışmaya alındı ve hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara Kulkarni'nin tariflediği bulbokavernöz kasın tek taraflı insize edildiği, üretranın tek taraflı diseksiyonun yapıldığı, üretranın posteriolateral insizyonu ve dorsal greftlemenin yapıldığı üretroplasti yapıldı. Postoperatif 3. haftada foley katater alındı. Hastaların yaş, darlık uzunlukları, etiyoloji, komorbiditeleri, daha önce yapılan cerrahi girişimler ve sayıları, beraberinde eşlik eden meatal darlık olup olmadığı, postoperatif maksimum akış hızları(qmax), preoperatif ve postoperatif erektil fonksiyonları (IIEF-5 ile),postoperatif komplikasyonlar ve yaşam kalite sorgulaması yapıldı. Ayrıca 3. ayda hastalar telefon ile aranarak anket çalışması yapıldı.

Sonuç

Ortalama yaş 53,1 (31-77) ve ortalama darlık uzunluğu 13,1 (10-16) cm idi. Etiyolojiye bakıldığında darlık nedeni 3 hastada (%23) idiopatik, 5 hastada (%38,4) transüretral rezeksiyon(TUR) ve 5 hastada (%38,4) ise üretral kataterizasyon idi. Hastalara öncesinde ortalama 3,4 (2-6) kez üretral girişim yapılmıştı. 6 hastada (%46,1) beraberinde eşlik eden mea darlığı bulunmaktaydı. Mea darlığı bulunan hastaların 4 ünde etiyoloji üretral kataterizasyon iken 1 inde TUR-P diğerinde ise idiopatikti. Hastaların hiçbirinde postoperatif major komplikasyon izlenmedi. 1 hastada (%7,6) ağızda uyuşma, 1 hastada (%7,6) inkontinans, 2 hastada (%15,3) penil kurvatur, 2 hastada (%15,3) erektil fonksiyonda azalma ve 2 hastada (%15,3) üretral darlık izlendi. Hastalara yapılan anket çalışmasında 11 hasta (%84,6) yapılan cerrahiden memnun olduğunu, bu cerrahiye tekrar olabileceğini veya bu cerrahiye ihyiyaç duyan kişilere önerebileceğini belirtti. 9 hasta (%69,2) bukkal mukoza greft alımı ile ilgili sorun yaşamadığını ve tekrar gerekirse alınabileceğini belirtti. 1 hasta (%7,6) bukkal greft alınması önermediğini 3 (%23)hasta ise bukkal mukoza alımı ile sorun yaşamamasına rağmen başka bir çözüm bulunmasının daha iyi olduğunu belirtti.

Tartışma

Panüretal darlıklar eksternal meadan proksimal bulbar üretrayda içine alacak şekilde kadar uzanan darlıkları içerir. . Etiyolojisine bakılığında gelişmiş ülkelerde en sık neden iatrojenik ve idiopatik, gelişmekte olan ülkelerde en sık neden ise liken sklerozdur. Bizim çalışmamızda darlık nedeni gelişmiş ülkelerle uyumlu olarak 10 hastada TUR ve üretral kataterizasyon ve 3 hastada idiopatikti. Kulkarni tekniğinde bulbokavaenöz kas ayrılarak tek taraflı insize edilir ve üretra tek taraflı diseke edilerek innervasyon ve dolaşım korunmuş olmaktadır. Bu nedenle anatomik bütünlük daha fazla korunmuş olup daha iyi fonksiyonel sonuçlar elde edilmektedir. Kulkarni ve ark. yaptığı 117 hastanın katıldığı çalışmada ortalama darlık uzunluğu 14 cm ve cerrahi başarı %83,4 olarak olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ortalama darlık uzunluğu 13,1 cm ve cerrahi başarı %84,6 olarak bulundu. 2 hastada tekrar darlık gelişti ve darlık nüksü olan hastalardan biri internal üretrotomi ile tedavi edilirken diğeri üretral dilatasyonsorasi tekrar nüks nedeniyle ikincil üretroplasti ile tedavi edildi.

Panüretal darlıklarda tek seansta çift bukkal mukoza greft üretroplasti komplikasyon oranının az olması ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle tercih edilebilir bir cerrahi yöntemdir. Tek seansta yapılması ek cerrahi stresi azaltmaktadır. Postoperatif komplikasyonlar görülmesine rağmen total hasta memnuniyeti oldukça yüksektir.

S24 - İYATROJENİK ÜRETRAL TRAVMA NEDENLİ REKÜRREN ÜRETRAL DARLIKLARIN ANALİZİFUAT KIZILAY , ADNAN ŞİMŞİR , CEYHUN ÖZYURT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

Amaç

Üretra darlığı nedeniyle Direkt Görüş Altında Üretrotomi (DGAÜ) uygulanan hastalarda darlık yerleşim yeri, etiyoloji, yaş ve kateterizasyon süresinin rekürrens oranı ve süresi üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya toplam 224 hasta dahil edildi; üretral striktür tanısı, üroflovmetri ve retrograd üretrografi ile kondu. Striktür lokalizasyonuna göre hastalar penil üretra, membranöz üretra ve prostatik üretra darlıkları olmak üzere üç gruba ayrıldı. Etiyolojik faktörlere göre, endoskopik prosedürler, üretral kateterizasyon ve açık veya radikal prostatektomi (Anastomoz darlıkları bu gruba dahil edildi) nedenli darlıklar olarak üç gruba ayrıldı. Kateterizasyon süresine göre, < 2, 2 - 5 ve 5 - 7 gün olmak üzere üç gruba ayrıldılar. Nüks oranı ve zaman verileri, striktür lokalizasyonu, etyolojisi, yaş ve kateterizasyon süresine göre analiz edildi.

Bulgular

Endoskopik işlemlerde rekürrens oranı önemli derecede yüksekti. Penil üretra darlıklarında rekürrens oranı, belirgin olarak daha düşük ve rekürrens zamanı belirgin olarak daha erkendi. Kısa süre kateterize edilen grupta rekürrens oranı diğer iki gruba göre anlamlı olarak düşük ve rekürrens süresi önemli derecede uzundu. Bununla birlikte, ilk rekürrens zamanı gruplar arasında farklı değildi ancak ikinci ve çoklu tekrarlamaya zamanı, <60 yaşında olan hastalarda anlamlı derecede daha erkendi.

Sonuç

Sık tekrarlayan üretral darlıkların sonucunda hastalar, fazla sayıda operasyona maruz kalmaktadır. DGAÜ, darlık tedavisi için önemli bir birinci basamak tedavi yöntemiye de, sık tekrarlayan darlıklar için üretral dilatasyon gibi alternatif yöntemler düşünülmelidir.

S25 - REKÜRREN KADIN ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL LABİAL GREFT İLE ÜRETROPLASTİ, SONUÇLARIMIZÖMER GÜLPINAR , ÇAĞRI AKPINAR , ADEM SANCİ , AYKUT AKINCI , MEHMET İLKER GÖKÇE

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Kadınlarda üretra darlığı mesane çıkım obstruksiyonun nadir bir nedenidir. Bu çalışmada görüntüleme yöntemleriyle üretral bir daralmanın izlendiği, tekrarlayan üretral darlıkları olan hastalarda uyguladığımız üretroplasti cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod

Haziran 2015 - Ocak 2017 tarihleri arasında 6 kadın hastaya üretroplasti uygulandı. Üç hastaya tekrarlayan üretral dilatasyon uygulanmıştı. Klinik değerlendirme idrar akım hızı ölçümü, işeme sistoüretrografisi ve üreterorenoskopi ile yapıldı. Cerrahi teknikle vajen ön duvarı insizyonu kullanıldı. Üretral dar segmentin proksimal ve distalinde uzanacak şekilde fibrotik mukoza insize edildi. Labium minustan serbest greft alındı ve üretral mukoza hattına anastomoz yapıldı. Üretral kateter postoperatif 14. günde alındı, takipler 1, 3 ve 6. aylarda yapıldı. Tedavi başarısı ek girişim gerektiren darlık saptanmaması olarak tanımlandı.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 50 (35-60) idi. Ortalama 14,1 (7-22) aylık izlemde 5 hastada kür sağlandı. Maksimum akış hızı ortalama 5.5 ml/sn'den postoperatif 3. ay izlemde 16,6 ml/sn'ye yükseldi ($p=0,027$) İntraoperatif hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 6. ayda tekrar darlık gelişen bir hastada üretral dilatasyon yapıldı. Operasyon sonrası hiçbir hastada üretrovajinal fistül ve postoperatif de-novo stres tip inkontinans gelişmedi. Preoperatif hasta özellikleri ve postoperatif izlemdeki sonuçlar tablo 1 de gösterilmiştir.

Sonuç

Kadın üretroplasti çok sık uygulanmayan bir cerrahi tekniktir. Endoskopik veya minimal invaziv tekniklere rağmen tekrar eden üretra darlıklarında üretroplasti güvenilir ve başarılı bir cerrahi yöntem olarak uygulanabilir.

Tablo 1. Preoperatif hasta özellikleri, postoperatif sonuçlar

Hasta	Yaş	Etyoloji	Önceki Tedavi	Dar Segment Yeri	Preoperatif Qmax (ml/sn)	Postoperatif Qmax (ml/sn)	Sonuç	Takip Süresi(ay)
1	47	Bilinmiyor	Yok	Mid üretra	9	16	Kür	22
2	60	Bilinmiyor	Yok	Mid ve distal üretra	7	18	Kür	18
3	45	Bilinmiyor	6 kez üretra dilatasyonu	Mid ve distal üretra	4	27	Kür	20
4	56	Bilinmiyor	1 kez üretra dilatasyonu	Mid ve proksimal üretra	4	13	Kür	7
5	57	Bilinmiyor	Yok	Mid üretra	5	11	Postoperatif 6. ayda dilatasyon	10
6	35	Bilinmiyor	2 kez üretra dilatasyonu	Mid üretra	4	15	Kür	8

S26 - REFRAKTER İŞEME DİSFONKSİYONU TEDAVİSİNDE SAKRAL NÖROMODÜLASYON, SONUÇLARIMIZÇAĞRI AKPINAR , ADEM SANCI , AYKUT AKINCI , EVREN SÜER , ÖMER GÜLPINAR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Farklı endikasyonlarla kliniğimizde uyguladığımız sakral nöromodülasyon(SNS) tedavisinin sonuçlarını sunmak.

Materyal-Metod

Ekim 2014 - Nisan 2017 tarihleri arasında SNS uygulanan 15 hasta değerlendirildi. Hastaların dokuzu kronik üriner retansiyon (KÜR), ikisi nörojenik olmayan refrakter aşırı aktif mesane (rAAM), dördü mesane ağrı sendromu/İnterstisyel sistit (MAS/İS) tanısı olan hastalardı. Tüm hastalara önce test uygulandı, semptomlarda %50 ve üstü düzelme sağlanan hastalara kalıcı pil takıldı.

Bulgular

rAAM hastalarından birinde test aşamasında yeterli cevap alınamadı. KÜR hastaların birinde yeterli cevap alınmasına rağmen oluşan enfeksiyon nedeniyle implant çıkarıldı, bir hastada test başarısız oldu ve bir hastada test aşamasında yeterli cevap alınamadı. MAS/İS hastaların birinde ise test başarısız oldu ve cihaz çıkarıldı. Diğer 10 hastanın ortalama yaşı 35,8 (21- 46), ortalama semptom süresi 8 (3-20) yıldır. Hastaların ortalama takip süresi 17 (4-31) aydır. Tedavi öncesi ve sonrasındaki değerler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Sonuç

Sakral nöromodülasyon işlevsel üroloji alanında tedaviye dirençli olgularda uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir.

Tablo 1. Tedavi öncesi ve sonrasındaki değerler; MAS/İS= Mesane ağrı sendromu/İnterstisyel sistit, rAAM= Refrakter Aşırı Aktif Mesane, KÜR= Kronik Üriner Retansiyon, GAS=Görsel Ağrı Skalası										
	24 saatlik idrar sıklığı	24 saatlik idrar sıklığı	Noktüri	Noktüri	Fonksiyonel Kapasite (ml)	Fonksiyonel Kapasite (ml)	GAS	GAS	Artık idrar miktarı (ml)	Artık idrar miktarı (ml)
Hasta tanısı	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
MAS/İS(n:3)	31	11	7	2	60	165	10	3		
rAAM(n:1)	20	7	3	0	120	200				
KÜR(n:6)									410	110

S27 - PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNDA ROBOTİK SAKROKOLPOPEKSİ SONUÇLARIMIZÖMER GÜLPINAR , EVREN SÜER , ÇAĞRI AKPINAR , ADEM SANCI , AYKUT AKINCI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

İleri evre Pelvik organ Prolapsusu (POP) olgularının cerrahi tedavisinde uygulanan robotik sakrokolpopeksi (RSK) operasyonunun anatomik ve fonksiyonel sonuçlarını sunmak.

Materyal-Metod

İleri evre (Baden grade ≥ 3) ve semptomatik POP nedeniyle RSK uyguladığımız hastalar, tedavi öncesi ve sonrasında POP muayenesi ile değerlendirildi. Tüm hastalara operasyon sonrası intravenöz indigo carmine verilerek mesane ve üreter hasarı açısından sistoskopik değerlendirme yapıldı. Tedavi başarısı, nihai izlemde POP muayenesinde grade 0 veya I POP olarak tanımlandı.

Bulgular

Kasım 2015 - Haziran 2017 tarihleri arasında ortalama yaşları 61 olan (44-73) 10 hastaya robotik sakrokolpopeksi uygulandı. Stres tipi idrar kaçırmayı ve stres test pozitif olan dört hastaya eş zamanlı transobturator tape (TOT) operasyonu uygulandı. Altı hastada uterus koruyucu cerrahi yapıldı. Takip süresi ortalama 6,7 ay (1-20) olarak bulundu. Operasyon süresi ortalama 212 (175-275) dakika ve hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4,7 (3-7) gün idi. Nihai takipte fizik muayenede dokuz hastada grade 0, bir hastada non-semptomatik grade 2 anterior POP mevcuttu.(Tablo 1) Bir hastada intraoperatif mesane yaralanması oldu ve mesane onarılıp operasyon tamamlandı. Bir hastada de-novo stres inkontinans gelişti. Hiçbir hastada vajinal meş ekstrüksiyonu saptanmadı.

Sonuç

Semptomatik ileri evre POP olgularında RSK prolapsus onarımı için etkin, güvenli ve minimal invaziv bir cerrahi seçenektir. Bu nedenle, RSK kadınlarda POP için önemli tedavi seçeneklerinden biri olabilir.

Tablo 1. Olguların preoperatif ve postoperatif özellikleri

Hasta	Yaş	Abdominal Cerrahi Öyküsü	Preoperatif POP grade	Operasyon süresi	Hastanede Kalış Süresi	Kombine Operasyon	Postoperatif POP Grade	Takip Süresi (Ay)
1	44	Yok	Grade 4 anterior POP	275	6	TOT	Grade 0	20
2	69	Histerektomi	Grade 4 apikal POP	240	7	TOT	Grade 0	9
3	60	Histerektomi	Grade 4 anterior POP	230	4	Yok	Grade 0	8
4	69	Yok	Grade 4 apikal POP	215	5	Yok	Grade 2	7
5	61	Histerektomi POP cerrahisi	Grade 4 apikal POP	215	5	Yok	Grade 0	7
6	73	Yok	Grade 4 apikal POP	210	5	Yok	Grade 0	6
7	61	Histerektomi POP cerrahisi	Grade 4 anterior POP	190	4	Yok	Grade 0	5
8	54	Yok	Grade 4 apikal POP	185	5	TOT	Grade 0	3
9	59	Yok	Grade 4 anterior POP	175	3	TOT	Grade 0	1
10	63	Yok	Grade 4 apikal POP	185	3	Yok	Grade 0	1

S28 - VEZİKO-VAJİNAL FİSTÜL ONARIM SONUÇLARIMIZ

AYDIN YENİLMEZ , EMRE YOLDAŞ , ATA ÖZEN , CAVİT CAN

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç

Veziko-vajinal (V-V) fistül en sık görülen ürogenital fistüldür ve olguların hemen hepsinde tedavisi cerrahidir. Kliniğimizde V-V fistül nedeniyle uyguladığımız cerrahi tedavi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Kliniğimizde son 15 yıldır V-V fistül cerrahi tedavisi uyguladığımız toplam 38 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 2'si sekonder olmak üzere 16'sına transvajinal (3'üne Martius flep de uygulandı), 7'sine transvezikal, 15'ine hem transvezikal hem de transperitoneal yaklaşım (9'una omental flep de konuldu) uygulandı, bunlardan 7'si sekonder idi. Fistül gelişimine neden olan etyolojik faktörler incelendiğinde 35'ine (%92.1) histerektomi (22'sinde benign, 13'ünde malign nedenli) 2'sine (%5.3) sezeryan ve 1'ine de (%2.6) laparoskopik over kist eksizyonu uygulanmıştı. Olguların 9'una fistül onarımı için başka bir merkezde cerrahi girişim uygulanmıştı. Son yıllarda transvajinal yaklaşım deneyimimiz arttıkça primer olgularda ilk seçeneğimiz iken sekonder olgularda hem transvezikal hem de transperitoneal yaklaşımı tercih ettik.

Bulgular

Transvajinal yaklaşımla 3 olguda (1'i sekonder), transvezikal yaklaşımla 1 olguda ve hem transvezikal hem de transperitoneal yaklaşımla tedavi yaptığımız 1 olguda olmak üzere toplam 5 olguda rekürren fistül gelişti. Olgularda primer cerrahi başarı oranımız %86.8 idi.

Sonuç

V-V fistül cerrahi tedavisinde transvajinal yaklaşım primer olgularda minimal invaziv ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Sekonder olgularda transvezikal ve transperitoneal yaklaşım birlikte uygulandığında rekürrens oranları azalmaktadır.

S29 - ÜRETRAL KARİNKÜL, İLERİ YAŞ HASTALIĞI MIDIR?

FUAT KIZILAY , ADNAN ŞİMŞİR , TUNCER BAHÇECİ , CEYHUN ÖZYURT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

Giriş

Üretral karinküller (ÜK), sıklıkla postmenopozal kadınlarda görülen, benign, distal üretral lezyonlardır. ÜK'lerin büyük kısmı sıcak oturma banyoları ve vajinal östrojen replasman tedavisiyle konservatif olarak tedavi edilebilir ancak, büyük, semptomatik ve şüpheli görünümde lezyonları olan hastalar için cerrahi girişim gerekebilir. Bu çalışmada Haziran 2007-Haziran 2017 tarihleri arasında kliniğimizde ÜK eksizyonu yapılan hastaların verilerinin analizini yapmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Son 10 yılda kliniğimizde ÜK eksizyonu yapılan 58 hastanın verilerine hasta dosyalarından ulaşıldı. Hastaların yaşları not edildi. Hastaların başvuru yakınmaları, perioperatif ve postoperatif komplikasyonları, operasyon süreleri, taburculuk ve sondalı kalma süreleri kaydedildi ve postoperatif 1. ayda kontrol muayenesinde hastaların yakınmaları ve operasyondan memnuniyet düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular

Toplam 58 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 59.29 (21-86)'du. 22 hasta, 45 yaşından küçüktü. Hastalar, en sık idrar yapmada zorluk (n=37) yakınmasıyla başvurdu. Diğer başvuru yakınmaları üretroraji (n=16) ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonuydu (n=5). Ortalama operasyon süresi 18 (8-31) dakikaydı. Hastalar, ortalama 1.2 (0-7) günde taburcu edildi. Hastalarda önemli bir perioperatif komplikasyon görülmedi. 4 (%6.9) hastada, postoperatif üretroraji, 8 (%13.8) hastada ateş görüldü. Üretroraji görülen hastalarda kan transfüzyonu gerekmedi. Ateşi olan 8 hasta 7 güne tamamlanan parenteral antibiyotik tedavisiyle taburcu edildi. Hastaların ortalama sondalı kalma süresi 0.68 (0-7) gündü. Üretroraji gelişen 4 hastada sonda 7 gün sonra alındı. Postoperatif 1. ay kontrol muayenesinde 4 hasta (%6.9), operasyon bölgesinde ağrıdan yakınmaktaydı, bu hastalar oral analjeziklerle tedavi edildi.

Sonuç

ÜK, her ne kadar sıklıkla postmenopozal dönemde görülen ileri yaş hastalığı olarak bilinse de genç hastalarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Çalışmamıza dahil ettiğimiz 58 hastanın 22'si (%37.9) 45 yaşından küçüktü. Obstrüktif tipte işeme bozukluğu olan genç kadın hastalarda ÜK hastalığı mutlaka akla getirilmeli ve bu hastalığını tanısı basit bir ürogenital muayene ile değerlendirilmelidir ve bu hastalar, morbiditesi düşük, basit bir cerrahi prosedür olan ÜK eksizyonundan mahrum bırakılmamalıdır.

Tablo 1. Demografik veriler ve perioperatif analizler

Değişkenler ¹	
Yaş	59.29 (21-86)
Operasyon süresi (dakika)	18 (8-31)
Taburculuk süresi (gün)	1.2 (0-7)
Sondalı kalma süresi (gün)	0.68 (0-7)

¹ Değişkenler, ortalama ve minimum-maksimum değerler olarak verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların başvuru yakınmaları ve komplikasyonlar

Başvuru yakınmaları	Postoperatif komplikasyonlar
İdrar yapmada zorluk (%63.8)	Üretroraji (%6.9)
Üretroraji (%27.6)	Ateş (%13.8)

Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (%8.6)

S30 - RADİKAL SİSTEKTOMİDE İLEAL KONDUİT ÜRİNER DİVERSİYON İLE KONTINAN ÜRİNER DİVERSİYON UYGULANAN HASTALARDA WOLVES VE MODİFİYE WOLVES DİVERSİYON METODUNUN YAŞAM KALİTESİNİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYKUT BAŞER¹, YUSUF ÖZLÜLERDEN², ÖMER LEVENT TUNCAY³, ZAFER AYBEK³, TAHİR TUTAN³, ALİ ERSİN ZÜMRÜTBaş³

¹ AĞRI DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, AĞRI

² DENİZLİ DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, DENİZLİ

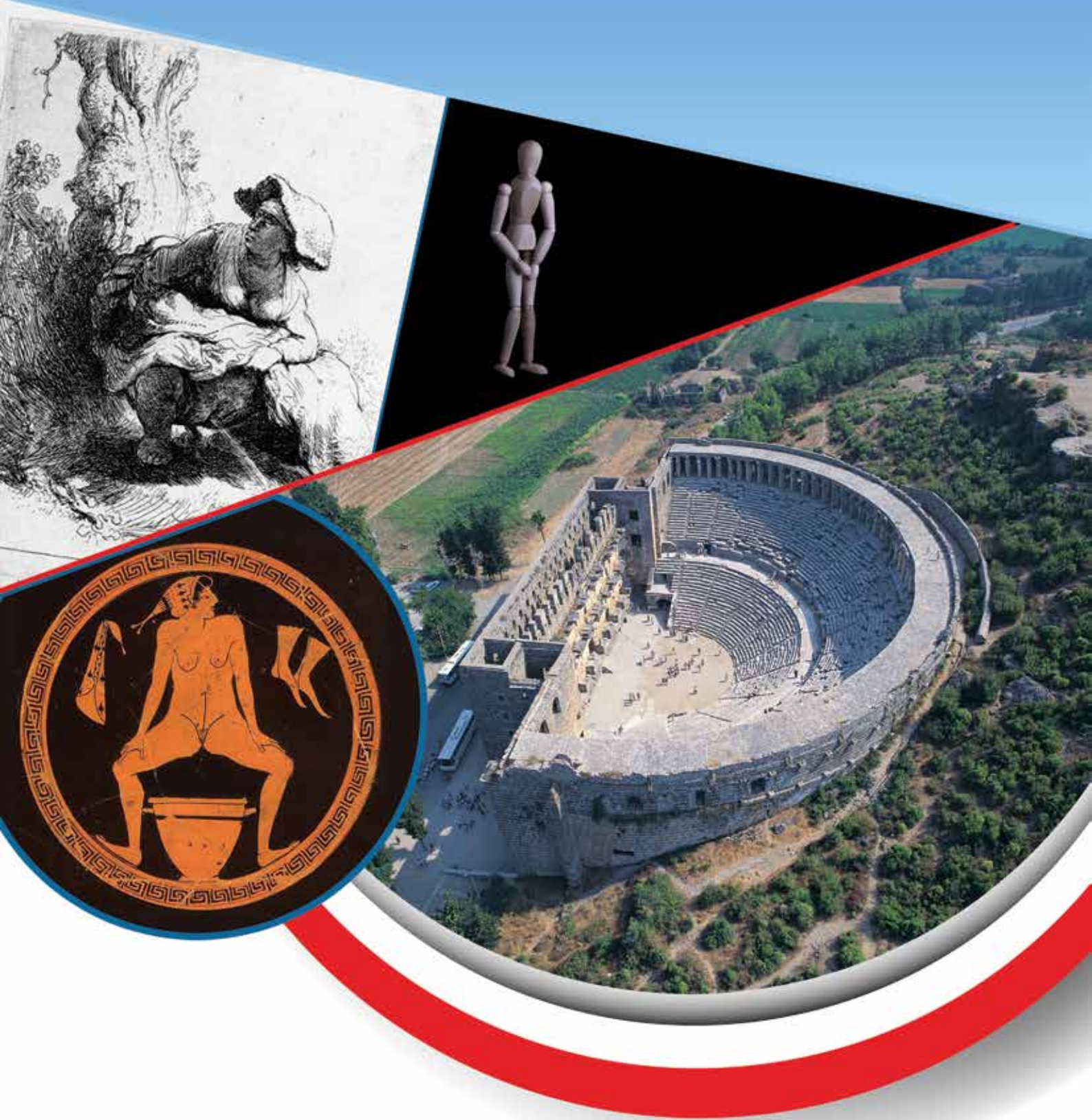
³ PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ

Mesane kanseri üriner sistemi en sık etkileyen ve dünyada yaygın görülen kanserler arasındadır. Mesane kanseri evresine ve hastanın tedavi seçimine göre çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır. invaziv mesane kanserinin altın standart tedavisi radikal sistektomi+lenfadenektomidir. Mesane kanserlerinde uygulanan tedavi seçenekleri hastaların sağlığını olumlu ya da olumsuz etkilediği kadar, hastanın yaşam kalitesinde de değişikliğe neden olmaktadır. Bizde bu çalışmamızda bu tedavi yöntemlerinden biri olan radikal sistektomi ve ileal loop / kontinan diversiyon operasyonu geçiren ve en az 1 yıllık takibi bulunan 53 hastanın klinik, demografik ve yaşam analizi verileri incelenerek, hastaların revizyon cerrahisinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık. Çalışmamızda hastaların klinik, demografik verileri Retrospektif olarak, yaşam analizi verileri ise hastalar polikliniğe çağrılarak yüz yüze doldurulan Türkçe validasyonu onaylanmış Short Form-36, EORTC QLQ-C30 (version 3.0) ile Beck Depresyon Ölçeği formları sorgulanarak incelendi.

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde preoperatif böbrek dilatasyonu olan hastalara daha fazla ileal loop üriner diversiyon uygulandığı ve bu seçimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. her iki grubun benzer hospitalizasyon sürelerine sahip olduğu bulunmuştur. İleal Loop Üriner Diversiyon uygulanan 32 hastanın 5i Wallace 27si modifiye wallace, Kontinan Üriner Diversiyon uygulanan 21 hastanın ise 7si wallace, 14ü modifiye wallace yöntemi uygulanmış olup revizyon cerrahisi uygulanması modifiye wallece yöntemlerinde gözlenmez iken her iki grupta da Wallece yöntemi uygulanmış 2 hastada revizyon cerrahisi uygulanmıştır. Short Form-36, EORTC QLQ-C30 (version 3.0) yaşam analizinde her iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmaz iken, Beck Depresyon formua göre her iki grup incelendiğinde ileal loop grubunda daha yüksek skorlar olduğu, yapılan regresyon analizinde ise diversiyon tipinin Beck depresyon ölçeğinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. (OR= -0,25, p=0,061)

Hangi diversiyon türü olursa olsun onkolojik prensiplerden taviz verilmemesi gerektiği esestir. Hastaya öncelikle preoperatif dönemde bu konu anlatılmalıdır. Sonrasında hastanın diversiyon türlerine yönelik bilgilendirilmesi ve özellikle ileal loop seçimi ön planda ise depresyona yatkınlığının preoperatif olarak değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

POSTER BİLDİRİLER



P1 - ÜRETRA DARLIKLARINDA SİLİKON KAPLI NİTİNOL STENT: KISA DÖNEM SONUÇLAR

KÜRŞAD ZENGİN, TEVFIK ÇETİN, KUTAY TOPAL, MUSTAFA KARALAR, İBRAHİM KELEŞ, HAŞMET SARICI

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, AFYON

Amaç

Endoskopik tedaviler, üretroplasti ve kalıcı üretral stentler rekürren üretra darlıklarında tedavi seçenekleri olarak sayılabilir. Bu sunumda piyasaya yeni giren silikon kaplı kendinden ekspansiyon olabilen Uventa üretral stent implante edilen hastaların kısa dönem sonuçları etkinlik ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Yöntem

Çalışmaya daha önce üçten fazla internal üretrotomi uygulanmış üç hasta dahil edildi. Hastaların üretra darlığı açısından primer etiolojileri trafik kazası sonrası komplet üretral rüptür, endoskopik prostat operasyonu ve travmatik sonda takılması idi. Birinci hastada üretra rüptürü sonrası yedi yaşında üretroplasti hikayesi vardı. Üç numaralı hastada bulber üretrada sfinkterin 2 cm distalinde ve ön üretrada eksternal meadan 7 cm uzaklıkta iki adet darlık vardı. Hastaların etiyojisi, yaşı, son bir yıl içinde uygulanan internal üretrotomi sayıları, üretra darlığının yeri ve uzunluğu ve takılan stentin uzunluğu Tablo 1de yer almaktadır.

Tablo 1. Hasta Özellikleri ve Uygulanan Stentin Ebadı

Hasta Numarası	Yaş	Primer Etiyojisi	Son Bir Yılda UI Sayısı	Üretra Darlığının Yeri	Üretra Darlığının Uzunluğu	Kullanılan Stent Uzunluğu ve Çapı
1	43	Trafik kazasına bağlı üretral rüptür	4	Bulber üretra	3 cm	5 cm; 16 mm
2	62	Endoskopik prostat operasyonu	3	Bulber üretra	2 cm	4 cm; 14 mm
3	40	Travmatik sonda takılması	3	Bulber üretra ve ön üretra	4 cm ve 1 cm	10 cm; 16 mm

Bulgular

Hastaların preoperatif üroflowmetri sonuçları kaydedildi. Tüm hastalara genel anestezi altında 17 F sistoskop ile girilerek darlık yerleri gözlendi. Daha sonra 21 F internal üretrotom ile girilerek darlık alanları soğuk bıçak ile açıldı. Daha sonra distal ucu 6 F olan ince uçlu üreterorenoskop ile girilerek Uventa üretral stent aplikatörü üretraya endoskopik görüntü eşliğinde gönderildi. Direkt görüntü altında stent implantasyonu yapıldı. Hastaların postoperatif birinci gün pelvis grafileri ileride gelişebilecek migrasyon tespiti için 3 yönlü olarak çekildi. Hiçbir hastaya migrasyon riski oluşmaması için sonda tatbik edilmedi. Hastalar postoperatif birinci günde üroflowmetri yapıldıktan sonra oral antibiyotik verilerek eksterne edildi. Hastalara bir ay süre ile postoperatif dönemde cinsel ilişkiye girmemeleri önerildi. Hastalar 15. gün, 1. ay ve 3. ayda üroflowmetri ve idrar tetkiki yapılması için kontrole çağrıldı. Hiçbir hastada postoperatif üriner enfeksiyon, inkontinans ya da ereksiyonda ağrı izlenmedi. Hastaların üroflowmetrisinde tespit edilen maksimum işeme hızları ve komplikasyon durumu Tablo 2de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Üroflowmetri Sonuçları ve Komplikasyonlar

Hasta Numarası	Preoperatif Qmax	Postoperatif 15. Gün Qmax	Postoperatif 1. Ay Qmax	Postoperatif 3. Ay Qmax	Postoperatif Üriner Enfeksiyon	Postoperatif İnkontinans	Postoperatif Ereksiyonda Ağrı
1	8	19	21	18	Yok	Yok	Yok
2	9	17	24	21	Yok	Yok	Yok
3	6	21	18	16	Yok	Yok	Yok

Sonuç

Rekürren üretra darlıklarında Uventa üretral stentin diğer tedavi seçeneklerine iyi bir alternatif olabileceği görülmüştür. Özellikle diğer stentlerle kıyaslandığında yumuşak, ısıya duyarlı yapısı ve kolayca geri çekilebilmesi olumlu yanlarıdır. Kısa dönem takiplerimizde hastalarda olumsuz bir komplikasyon izlemedik. Bu stenti kullanarak yapılacak uzun dönem takipli çalışmalar daha net bilgiler verecektir.

P2 - AÇIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI GELİŞEN İNKONTİNANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TAHA NUMAN YIKILMAZ¹, ERDEM ÖZTÜRK¹, NURULLAH HAMİDİ², HALİL BAŞAR¹

¹ ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Radikal prostatektomi sonrasında gelişen üriner inkontinans risk faktörlerinin belirlenmesi ve inkontinansla olan ilişkilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Prostat kanseri nedeni ile radikal prostatektomi yapılan 225 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, PSA değeri, drenaj miktarı, sonda çekilme zamanı, komorbidite, preoperatif kontinans durumu, cerrahi şekline cerrahi sınır pozitifliği gibi parametreler üriner inkontinans açısından gözden geçirildi. İnkontinans günlük bir ped veya fazlasının kullanılması olarak kabul edildi. Preoperatif inkontinansı olan olgular çalışmaya alınmadı.

Bulgular

İki yüz yirmi beş olgunun incelendiği bu çalışmada olgular iki gruba ayrıldı. Birinci grup günlük 1 pedden fazla üriner inkontinansı olanlar; ki bu grup 36 (%16) kişiden oluşmaktadır, ikinci grup ise 1 pedden az kullananlar (%84) olarak kabul edildi. Birinci grubun tam kuruluk süresi ortalama 4 ay (2-7 ay), diğer grubun ise 1,8 ay (1-8 ay) bulundu. İlk grupta 6 olguda tam kuruluk sağlanamadı. Tüm olguların yaş ortalaması 60,8 yıl (48-78 yıl) idi. Birinci grubun yaş ortalaması 64,4 yıl (51-78) iken; ikinci grupta 59,6 yıl (48-69) şeklindedir. Komorbidite olarak Diabetes Mellitus (DM) ve geçirilmiş Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) değerlendirmeye alındı. İlk grupta olguların 5'inde DM mevcutken, 2 olgunun TUR-P öyküsü bulunmaktadır. İkinci grupta ise 15 DM, 5 TUR-P öyküsü olan hasta vardır. PSA seviyeleri karşılaştırıldığında birinci grupta 7,1 ng/ml (2,1-45) ve ikinci grupta 6,3 ng/ml (4,1-11)' dir. İki grupta sırasıyla ortalama sonda çekilme zamanı 14,1 gün (12-15), 13,4 gün (12-16 gün) idi. Ortalama drenaj miktarı 110 mL (0-3800 mL) olarak belirlendi. İlk grupta ortalama drenaj miktarı 162 mL (15-3800 mL) iken, ikinci grupta 42 mL (0-810 mL) idi.

Sonuç

Radikal prostatektomi uygulanan hastalarda postoperatif drenaj miktarı, ileri yaş ve sondanın geç çekilmesi üriner inkontinans gelişimi açısından risk oluşturuyor görünmektedir. Risk faktörünün değerlendirildiği bu çalışmada üriner inkontinans tek etkili faktörün cerrahinin geçirildiği yaş olduğu fikri benimsenmiştir. Bu risk faktörleri dışında bahsedilen diğer faktörlerin de olası risk açısından sağlıklı değerlendirilebilmeleri için daha geniş hasta serili çalışmalara gereksinim vardır.

P3 - KOMPLEKS PROKSİMAL ÜRETER DARLIĞI TEDAVİSİNDE ONLAY PREPUSYAL GREFT KULLANIMI

MEHMET HAMZA GÜLTEKİN, SİNHAİRİB ÇİTGEZ, MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU, AHMET ERÖZENCİ, BÜLENT ÖNAL

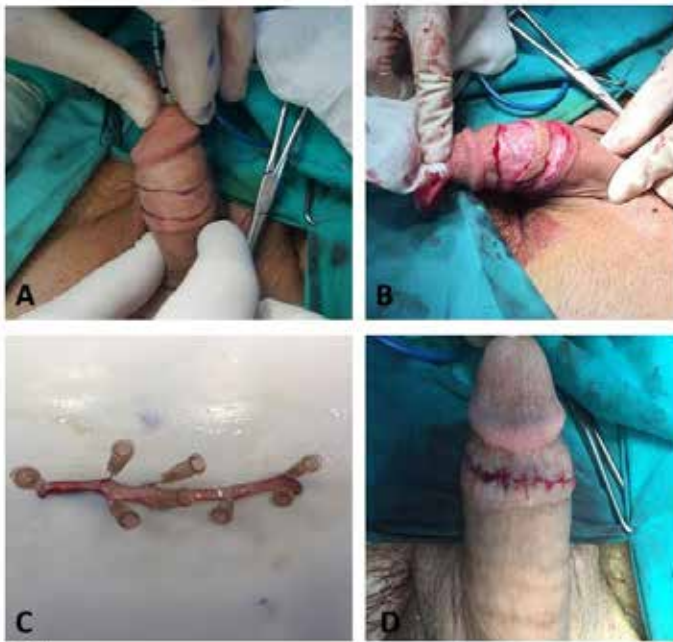
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç

Proksimal üreter darlığı olan hastamızda onlay prepusyal greft üreteroplasti tekniğiyle ilgili ilk deneyimimizi ve 9 aylık sonuçlarımızı sunmak.

Yöntem

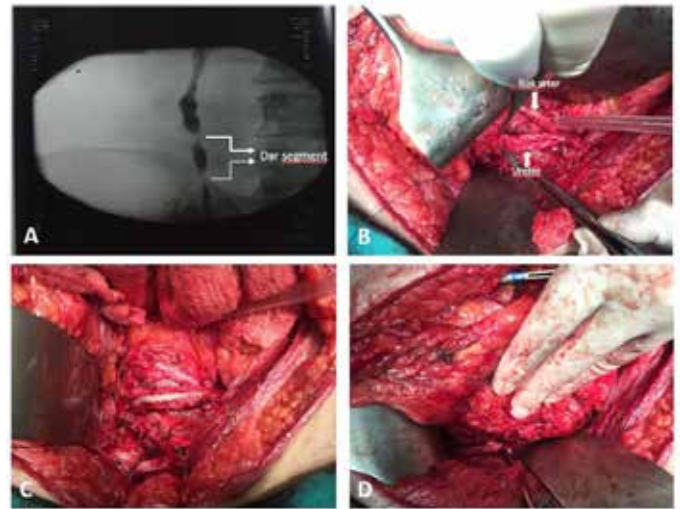
Ocak 2016 tarihinde dış merkezde 5 mm boyutunda proksimal üreter taşı nedeniyle üreterorenoskopi operasyonuna alınan ve perop komplet üreter avulsiyonu gerçekleşen ardından 2 kez açık uçuca anastomoz operasyonu olan 37 yaşında bir erkek hasta, Aralık 2016da sağ proksimal üreter darlığı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya açık transperitoneal onlay prepusyal greft üreteroplasti uygulandı. Üst üreteral striktür uzunluğu 50 mm idi. 60 mm uzunluğunda ve 15 mm genişliğinde prepusyal mukoza grefti penisin ventral yüzeyinden hazırlandı ve üreteroplasti için anterior yüzünden vertikal olarak insize edilen dar segmente yerleştirildi ve 4/0 vicryl ile separe olarak sütüre edildi. Ardındansütür hattı omentum flebi ile çevrelendi. Ameliyat süresi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi. Takip renal ultrasonografi, IVP ve bilgisayarlı tomografi ile yapıldı.



Figür 1.

A- Penis insizyon hattının çepçevre işaretlenmesi.
C- Eksize edilen greftin hazırlanması.

B- İşaretlenen hat boyunca greftin eksize edilmesi.
D- insizyon hattının çepçevre sütüre edilmesi.



Figür 2.

A- Direkt grafide dar segment alanlarının görünüşü.
B- Üreter dar segmentinin insizyonu.
C- Hazırlanan greftin insize edilen dar üreter segmentine sütüre edilmesi.
D- Omentumun üreter etrafına çevrelenmesi.

Bulgular

Uyguladığımız bu teknik intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar olmaksızın başarı ile sonuçlandı. Postoperatif 3., 6., 9. aylarda ultrasonografi ve 6. ayda IVP ve BT ile yapılan kontrollerde sağ tarafta hidronefroz ya da proksimal üreteral dilatasyon görülmedi.

Tartışma

Kompleks proksimal üreter darlıklarında bağırsak interpozisyonu, transüreteroüreterostomi, üreterokalisostomi ve oto-transplantasyon geleneksel tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır. Son zamanlarda literatürde onlay bukkal mukoza grefti ile üreteroplasti örnekleri bulunmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla, proksimal üreter darlığı tedavisi için prepusyal greft üreteroplasti tekniği daha önce tanımlanmamıştır. Prepusyal greft üreteroplasti tekniğinin bu hasta grubunda güvenle uygulanabilecek bir cerrahi teknik olduğunu düşünmekteyiz.

P4 - NADİR BİR DURUM ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI SONUCU GELİŞEN PROSTATİKO REKTAL FİSTÜL: OLGU SUNUMU

ARİF AYDIN¹, ENGİN ÖZBAY², MEHMET BÜYÜKŞERBETÇİ³, SERKAN ÖZCAN⁴, MEHMET GİRAY SÖNMEZ¹, YUNUS EMRE GÖGER¹, MEHMET BALASAR¹

¹NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

²ŞANLIURFA M.A. İNAN EGT. ARAŞT. HASTANESİ, ŞANLIURFA

³BALIKESİR BİGADİÇ DEVLET HASTANESİ, BALIKESİR

⁴İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNV. TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

22 yaşında erkek hastaya ateşli silah yaralanması nedeniyle yapılan laparotomi ile jejunum, kolon, rektum ve mesane de yaralanmalar tespit edilmiş olup kolostomi açılmış, mesane ise primer olarak onarılmış. Operasyon dan 20 gün sonra sondası alınmış. Yapılan takiplerde kolostomi olmasına rağmen anal bölgeden sürekli idrar vasfında ıslatması olması üzerine polikliniğimize başvurmuş. Fizik muayenede rektumdan idrar geldiği izlendi. Yapılan Üretrogram ve Sistoskopide prostatiko-rektal fistül olduğu gösterildi (Resim:1,2)

Resim 1: Ameliyat öncesi üretrogram görüntüsü

Resim 2: Sistoskopide fistül ağzının görüntüsü

Ardından geçirilmiş tekrarlayan batın cerrahisinden dolayı perineal yaklaşımla açık cerrahisi yapıldı. İşlem öncesi fistül traktına sistoskopik olarak 5 Fr üreterkateteri yerleştirildi (Resim: 3). Perineal olarak fistül traktına ulaşıldı eksize edildi ve denonvilier fasya flebi ile örtülerek primer kapatıldı. Sonda 1 ay sonra çıkarıldı, takipte rektumdan idrar gelmediği görüldü (Resim: 4).

Resim 3: Fistül ağzından üreterkateteri gönderildi

Resim 4: Fistül ağzının postoperatif sistoskopi görüntüsü

P5 - KADIN ÜRETRA DARLIĞINDA KONSERVATİF YAKLAŞIM

AYDIN YENİLMEZ, BURAK ELMAĞAÇ , İYİMSER ÜRE , BARBAROS BAŞESKİOĞLU

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç

Mesane çıkım tıkanıklığı kadınlarda nadir görülmektedir. Gerçek üretra darlığı ise mesane çıkım tıkanıklığının küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Kadınlarda mesane çıkım tıkanıklığı ve üretra darlıklarında tedavi yaklaşımları da tartışmalıdır. Üretral dilatasyon ve temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) gibi konservatif tedavi yaklaşımların yanı sıra interni üretrotomi veya üretroplasti gibi rekonstrüktif cerrahiler de uygulanabilir. Kliniğimizde uyguladığımız üretra darlıklarındaki konservatif yaklaşımları sunmayı amaçladık

Metod

Son 14 yılda ürokinamik olarak (Qmax 12ml/sn'den düşük ve PdetQmax 20 cmsu'dan yüksek) veya sistoskopi esnasında 14Fr'den büyük enstrümentasyon geçmeyen mesane çıkım tıkanıklığı tanısı konan ve yaş ortalaması 45.6 yıl olan toplam 41 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara 32 Fr'e kadar dilatasyon uygulandı. Ciddi derecede darlığı olan 13 hastaya haftada en az bir kez 14-16 Fr nelaton kateter ile TAK önerildi ve 3 aylık periyotlar ile kontrole çağrıldı.

Bulgular

Etyolojik faktörler değerlendirildiğinde 25'i idiopatik, 9'u iyatrojenik ve 7'si de travmatik nedenliydi. Ciddi üretra darlığı olan ve rekonstrüktif cerrahi tedavi istemeyen 13 olguya üretral dilatasyonu takiben önceleri haftada 3 kez, sonraki takiplerde darlığın şiddetine göre haftada en az bir kez TAK önerildi. Olguların 5'inde yeniden darlık gelişmesi üzerine rekürren üretral dilatasyonlar uygulandı

Sonuç

Kadın üretra darlıklarının tedavisinde henüz bir konsensüs oluşmamıştır. Rekonstrüktif cerrahiye komplikasyonları nedeniyle istemeyen hastalara konservatif olarak üretral dilatasyon ve TAK uygulaması halen alternatif bir tedavi olarak geçerliliğini korumaktadır.

P6 - AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA; AŞIRI AKTİF MESANE RİSK FAKTÖRLERİA.AYDIN¹, M.S.TUZCU,² S. ÖZCAN,³ M.G. SÖNMEZ¹, Y.E. GÖGER¹, A. ELÇİ ATILGAN⁴, M.BALASAR¹¹ NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, KONYA² KARATAY KARKENT AŞK, KONYA³ İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR⁴ NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI, KONYA**Amaç**

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) Aşırı aktif mesaneyi (AAM), genellikle idrar kaçırmanın eşlik ettiği veya etmediği ani sıkışma hissi, idrar sıklığında artma ve gece sık idrara çıkma olarak tanımlamıştır.⁽¹⁾ Bu semptomlar da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁽²⁾ Aşırı aktif mesane semptom skoru (AMSS) kısa ve güçlü bir anket olarak AAM'nin semptomlarının değerlendirilmesinde ve hayat kalitesine etkisinde kullanılmaktadır.⁽³⁾

Yöntem

Aile hekimliğine ürolojik şikayetler dışındaki nedenlerle başvuran 30 yaş üstü bayan hastalara (n:100) AMSS formu doldurulup, kronik hastalık olup olmadığı, kg, boy, bel çevresi(BÇ), kalça çevresi(KÇ), vücut kitle indeksi (BMI), serum total kolesterol, trigliserit, LDL, HDL, TSH, B12, D vitamini, tam kan ve açlık kan glukoz değerleri AMSS değerleriyle karşılaştırıldı. Kİ-Kare ve kruskalvallis testleri ile istatistiksel analizi yapıldı ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 49 idi. Sonuçlara baktığımız zaman AMSS skorunun yaşla beraber arttığı görüldü. AMSS skoru 35 yaş altında ortalama 4,65 (±0.58) iken 65 yaş üstünde ortalama değer 12,20(±2.32) olduğu (p<0,05) tespit edildi.

Ayrıca kilonun da etkili olduğu ancak özellikle BMI, bel ve kalça çevresi ölçülerinin artmasının AMSSyi anlamlı olarak arttırdığı tespit edildi. BMI 28,64 kg/m²(±0,93), BÇ:83,75 cm (±3.48), KÇ:101,97 cm (±2.02) ortalama değerlerde iken AMSS ortalaması 6,97 olup, BMI: 33,20 kg/m² (±1,83), BÇ:95,62 cm (±4,42), KÇ:110,31 cm (±3.01) ortalama değerlerde iken AMSS ortalaması 9,29 tespit edildi (p<0,05).

T. Kolesterol 184,17(±6,76), TG 111,22(±12.61) ortalama değerlerde AMSS ortalaması 4,68 iken T. kolesterol 226,60(±14.84), TG 189(±19.17) ortalama değerlerinde ise AMSS ortalama değerinin 12,20 olduğu tespit edildi (p<0,05).

Aynı şekilde ortalama açlık kan glukoz değeri 91,06(±3.25) de AMSS ortalaması 4,65 iken, ortalama açlık kan glukoz değeri 107,29(±8,77) da ise AMSS ortalaması 9,29 olduğu tespit edildi (p<0,05).

Son olarak ortalama basophil değeri 0,0571(±0,0059), basophil yüzdesi 0,7565(±0,0664) de ortalaması 4,68 iken ortalama basophil değeri 0,0980(±0,01397), basophil yüzdesi 1,1990 (±0,1437) da AMSS ortalaması 12,20 tespit edildi (p<0,05).

AMSS değerleri ile boy, HDL, LDL, Eosinofil, TSH, Vit. D, Vit. B12 değerleri arasında anlamlı ilişki gösterilemedi (p>0,05).

Sonuç

AMSS; AAM tanısında kullanılan objektif bir form olup en önemli risk faktörün yaş olduğu ve kilo, bel çevresi, kalça çevresi, BMI'ne ilave olarak T. kolesterol, TG, açlık kan glukoz ve basophil değerleriyle de arttığı tespit edilmiştir.

P7 - AŞIRI AKTİF MESANE HASTALIĞINDA ENFLAMASYONUN ETKİSİ VAR MIDIR?ABDULLAH ÇIRAKOĞLU, ERDAL BENLİ, İSMAİL NALBANT, AHMET YÜCE

ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ORDU

Amaç

Aşırı aktif mesane (AAM) hastalığında kandaki enflamatuvar belirteçlerin düzeylerine bakılarak etiyojisinde enflamasyonun etkili olup olmadığı değerlendirildi.

Metod

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, Ağustos 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında sedimantasyon, CRP ve fibrinojen değerlerine ulaşılabilen AAM tanısı konulan 50 hasta ile AAM şikayetleri olmayan 22 hasta çalışmaya dahil edildi. İki grup Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması sırasıyla AAM tanısı konulanlar için $63,57 \pm 10,60$ ve yakınması olmayanlar için $62,72 \pm 10,01$ olarak saptandı. AAM tanısı konulanların ve AAM şikayeti olmayanların ortalama sedimantasyon, CRP ve fibrinojen düzeyleri ve p değerleri tabloda görülmektedir. İki grup arasında yalnızca sedimantasyon değerleri arasında anlamlı fark saptandı

	AAM tanısı olan	AAM olmayan	p değeri
Sedimantasyon	42,5±27	22±7	0,003*
CRP	0,42±1	2,55±0,64	0,785
Fibrinojen	276,5±159,5	303±18,38	0,743

Değerler “median±ICR” olarak verilmiştir

Sonuç

AAM hastalarında sedimantasyon değerleri daha yüksek saptanmakla birlikte CRP ve fibrinojen düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Daha fazla hasta sayılarını içeren çalışmalara ihtiyaç vardır

P8 - ÜRİNER İNKONTİNANSIN AİLE HAYATINA VE CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE OLAN OLUMSUZ ETKİLERİ

GÖKHAN ÇEKER, REHA GİRGIN, N. AYDIN MÜNGAN

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ZONGULDAK

Giriş

Bu anket çalışmasında üriner inkontinansın aile hayatına ve cinsel yaşam üzerine olan etkisi araştırıldı.

Yöntem

Çalışmaya 46 hasta, 334 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 380 kişi dahil edilip 4 farklı grup oluşturuldu. Bekar kontinan grup (80 erkek, 105 kadın), bekar inkontinanslı grup (3 erkek, 6 kadın), evli kontinan grup (78 erkek, 71 kadın) ve evli inkontinanslı grup (11 erkek, 26 kadın).

Anamnezinde parkinson, alzheimer gibi irreversible nörolojik hastalıklar, malignite, prostat operasyonu, erektil disfonksiyon, pelvik radyoterapi veya travma, psikiyatrik rahatsızlıklar, enfeksiyona ikincil inkontinans, ağır kardiyak rahatsızlıklar, kontrol dışı diyabetes mellitus, pelvik cerrahi (inkontinans cerrahisi hariç) bulunanlar ve cinsel aktif süre dışında olanlar (15 - 65 yaş dışında olmak) çalışmaya dahil edilmedi.

Her grupta 3-5 adet anket sorusu yer aldı. İstatistiksel analizler SPSS 19,0 programıyla; p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar anlamlı kabul edilerek yapıldı.

Sonuçlar

- Sağlıklı bekarlarda idrar kaçırma şikayeti oluşursa;

% 31'i evlenmeyi düşündüğü zaman bu rahatsızlığı eş adayına gönül rahatlığıyla söyleyemeyeceğini,

% 33'ü evlenmekten çekineceğini ifade etti.

- Sağlıklı evli bireylerin;

% 71,8'i (erkeklerin % 61,5'i kadınların % 83,1'i) idrar kaçırma şikayeti oluşursa bu durumun cinsel performansını kötü etkileyeceğini (p: 0,006)

% 33,6'sı (erkeklerin % 39,7'si kadınların % 26,8'i) eşinin idrar kaçırma şikayeti başlarsa eşlerine cinsel olarak soğuk davranacağını düşünüyor. (p: 0,377)

- İnkontinanslı bekarların;

% 66,7'si evlenmeyi düşündüğü zaman bu rahatsızlığını eş adayına gönül rahatlığıyla söyleyemeyeceğini,

% 55,6'sı inkontinans nedeniyle evlenmekten çekindiğini,

% 66,7'si idrar kaçırma şikayetin ilerde sağlıklı bir ilişki kurmalarına engel olacağını düşünüyor. Üriner inkontinasın ilaç tedavisi veya ameliyat ile düzeltilebilir bir durum olduğunu bilseler aynı şekilde düşünür müydünüz şeklinde sorduklarımızda % 83,3'ü hayır cevabını vermiştir.(p: 0,048)

- İnkontinanslı evli bireylerin;

% 83,8'inde inkontinans evlendikten sonra ortaya çıkmıştır.

% 45,9'u inkontinansının olmadığı dönemlerdeki durumuyla kıyasladığında; cinsel isteğinde azalma olduğunu düşünüyor. Bu oran erkeklerde % 27,3 iken kadınlarda % 53,8'dir. Cinsel isteklerinde azalma olduğunu söyleyenlerin % 76,5'i inkontinans nedeniyle eşlerinin de kendilerine karşı cinsel isteğinde azalma olduğunu düşünüyor.(p< 0,001)

% 40,5'i inkontinansının olmadığı dönemlerdeki eşlerinin durumuyla kıyasladıklarında eşlerinin kendilerine karşı cinsel isteğinde azalma olduğunu düşünüyor.

% 51,4'ü inkontinansının olmadığı dönemlerdeki durumlarıyla kıyasladıklarında cinsel ilişki sayılarında azalma olduğunu ifade etti.

Yorum

Bu çalışmanın sonunda üriner inkontinansın aile ve cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen büyük bir faktör olduğunu tespit ettik.

P9 - PELVİK TRAVMALI HASTADA MİNİ SLİNG UYGULAMASI

TARIK YONGUÇ, İBRAHİM HALİL BOZKURT, ERTUĞRUL ŞEFİK, SALİH POLAT, VOLKAN ŞEN

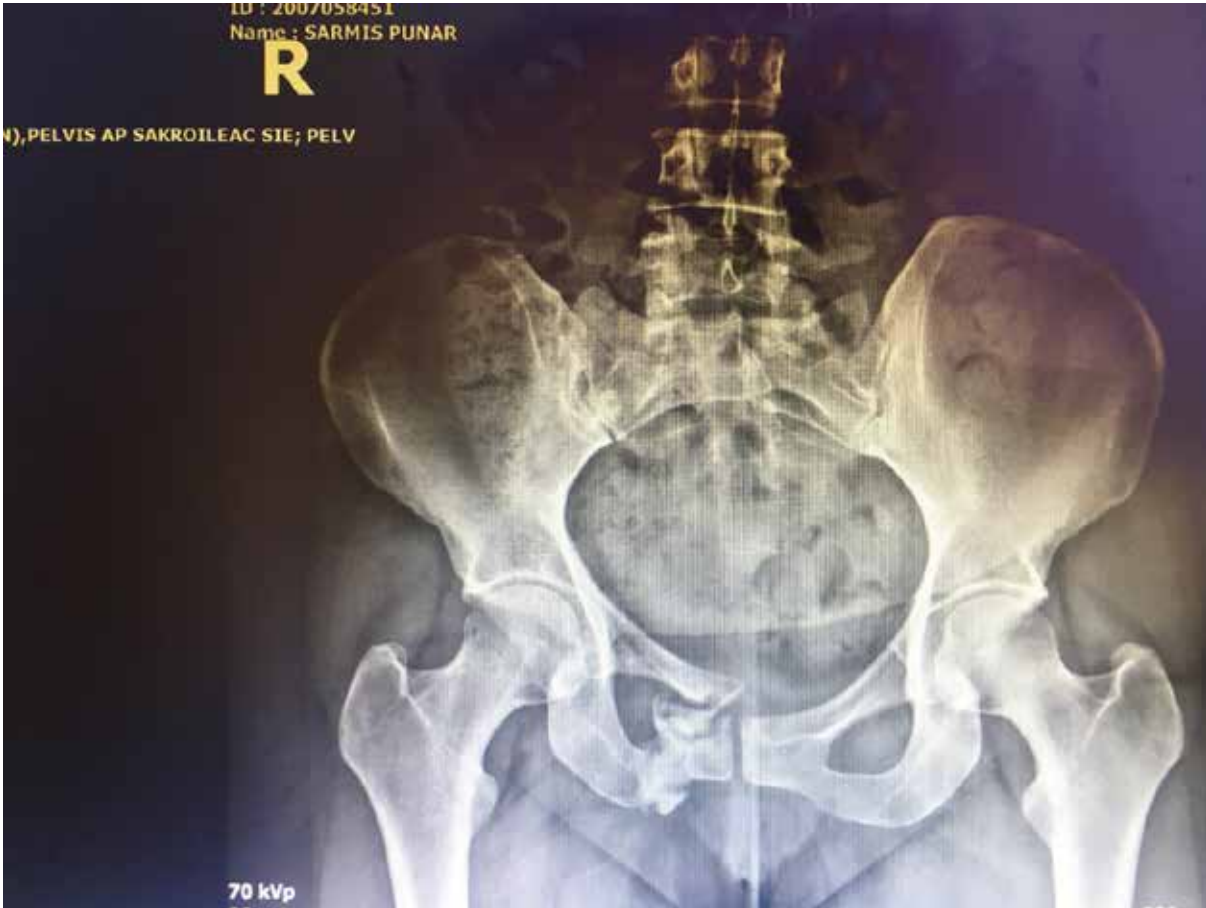
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Giriş

Pelvik taban kırıkları ve pelvik kırığa bağlı mesane boynu bütünlüğünün bozulması üriner inkontinansa neden olmaktadır. Üriner inkontinansın dışında, hastalarda sık idrara çıkma, noktüri, ani idrara sıkışma, işeme zorlukları, dispareni, koital inkontinans, anal inkontinans gibi pelvik taban disfonksiyon semptomları vardır. Pelvik kırık sonrası gelişen stres üriner inkontinans tedavisinde, mid-üretal ve pubovajinal sling ile mesane boynu süspansiyonu prosedürleri daha önce kullanılmıştır, ancak mini sling prosedürünün kullanılması çok nadirdir. Bu yazıda, pelvik kırık sonrası miks üriner inkontinansı olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu

39 yaşında kadın hasta kliniğimize stres predominant miks üriner inkontinans ile başvurdu. Şikayetleri bir yıl önce geçirmiş olduğu trafik kazası sonrasında başladığı öğrenildi. Trafik kazasında sağ pubik kemik fraktürü mevcuttu. Obturator kanal oldukça daralmıştı. Hastanın obstetrik ve jinekolojik anamnezinden, tüm doğumlar normal vajinal doğum olduğu, perineal yaralanma ve doğum sonrası üriner inkontinans olmadığı öğrenildi. Hastanın cerrahi operasyon ve kronik hastalık öyküsü yoktu. Tam idrar tetkiki normal idi. Post voiding rezidü miktarı 10 ml idi ve öksürük-stres testi pozitif. Üriner inkontinansın dışında hastanın aşırı aktif mesane semptomları mevcuttu. ICIQ-SF ve OAB-V8 skorları sırasıyla 20 ve 27 idi. Yapılan ürodinamide detrusor aşırı aktivitesi tanımlandı. Hastaya mini-sling operasyonu uygulandı. Perioperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Aşırı aktif mesane semptomları için hastaya antikolinerjik tedavi başlandı. 1 ay sonraki kontrolünde hastanın stres üriner inkontinans şikayeti tamamen gerilediği görüldü ve hasta takibe alındı.

**Sonuç**

Pelvik fraktür sonrası iskiopubik ramus ve üretra anatomisi zarar gördüğünden ve obturator kanal daraldığından dolayı periüretal disseksiyon ve trans-obturator tape uygulaması zordur. Üretal mini-sling, pelvik kırık sonrası oluşan stres üriner inkontinans tedavisinde kolay ve etkili bir yöntemdir. Daha uzun takip süresi olan daha fazla hastaya uygulanması, mini sling operasyonunun güvenilirlik ve etkinliğini ortaya çıkaracaktır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik kırık, inkontinans, mini sling

P10 - MESANEDE TAŞLAŞMIŞ TRANSOBTURATOR BANT MEŞİ: OLGU SUNUMU

FUAT KIZILAY, ADNAN ŞİMŞİR, TURAN ÖZDEMİR, CEYHUN ÖZYURT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR

Transobturator bant (TOB) tekniği, Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) tedavisinde en sık uygulanan tekniklerden birisidir. Bu tekniğin uzun dönemde en sık görülen komplikasyonları ağrı ve dispareni'dir. Mesane perforasyonu, TOB yönteminde sık karşılaşılan bir komplikasyon değildir, ancak olduğu zaman katastrofik bir komplikasyondur, bu nedenle bu teknikte rutin sistoskopi yapılmalıdır. Bu yazıda, şiddetli kasık ağrısı olan ve mesanesinde taşlaşmış askı materyali saptanan bir kadın hasta sunuldu. Hasta, açık sistolitotomi ve meş eksizyonu ile tedavi edildi.



Şekil 1. Mesanedeki taşlaşmış meş materyali (Allis forsepsinin ucunda mavi ok ile işaretlenmiştir)



Şekil 2. Eksize edilen taşlaşmış meş materyali.

P11 - LİTOTOMİ POZİSYONUNDA BASINÇ AKIM ÇALIŞMASI YAPILAN KADIN HASTALARDA ANKSİYETE

ERDEM ÖZTÜRK¹, TAHA NUMAN YIKILMAZ¹, NURULLAH HAMİDİ²

¹ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

²ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç

Günümüzde basınç akım çalışmaları farklı endikasyonlarla giderek artan sıklıkta yapılmaktadır. İnvaziv bir test olması ve testin yapılma biçimi gereği hastalarda anksiyeteye sebep olduğu bilinmektedir. Biz bu çalışmamızda kadın hastalarda litotomi pozisyonunda yapılan basınç akım çalışmasının hastalarda sebep olduğu anksiyeteyi saptamaya çalıştık.

Metod

Üriner inkontinans nedeniyle basınç akım çalışması yapılan 80 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Detaylı bilgilendirme sonrası idrar kültürü negatif olan 40 hastaya litotomi pozisyonunda basınç akım çalışması yapılırken 40 hastaya ise supin pozisyonunda çalışma yapıldı. Hastalara çalışma sonunda anksiyete değerlerini saptamak amacıyla STAI kaygı ölçeği doldurtuldu. STAI kaygı ölçeğinde elde edilen değerler gruplara göre ayrılarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Litotomi grubunda ortalama yaş 50,8 (42-71) iken supin grupta ortalama yaş 48,4 (40-72) olup gruplar arası anlamlı fark izlenmedi. Litotomi pozisyonunda basınç akım çalışması yapılan gruptaki ortalama STAI kaygı ölçeği değeri 50.9 ± 4.7 iken supin pozisyonunda basınç akım çalışması yapılan gruptaki değer 42.8 ± 5.1 olarak saptandı. Litotomi pozisyonunun supin pozisyona göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla anksiyeteye sebep olduğu sonucuna varıldı ($p < 0.001$).

Sonuç

Sonuç olarak kadın hastalarda litotomi pozisyonunda yapılan basınç akım çalışmasının supin pozisyona göre daha fazla anksiyeteye yol açtığı gözlenmiştir. Bu nedenle kliniğimizde kadın hastalarda basınç akım çalışmasını supin pozisyonunda yapmaktayız. Kadın hastalarda basınç akım çalışması yapılırken anksiyeteyi azaltmak amacıyla çalışmanın supin pozisyonunda yapılması önerilir.

P12 - NÖROJENİK AÜSS'LU HASTALARDA ÜRODİNAMİ YAPMA GEREKLİLİĞİ ; HANGİ HASTAYA YAPALIM ?OĞUZ MERTOĞLU , SEZGİN YENİ , MEHMET YİĞİT YALÇIN , TAHA ÇETİN , YUSUF ÖZLEM İLBAY , ZAFER KOZACIOĞLU*SBÜ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR***Amaç**

Ürodinamik çalışmalar, günümüzde alt üriner sistem(AÜS) disfonksiyonlarının ileri tanı ve tedavisinde kullanılan invaziv yöntemlerdir. Uluslararası konsültasyonlarda, nörojenik AÜS disfonksiyonlarında, her hasta için ürodinami artık önerilmemektedir. Çalışmamızda nörolojik etyoloji sonucu AÜS disfonksiyonu düşünülen hastaları ilk tanı anında yapılan ürodinamik çalışmaların, tedavi için ortaya konulan kriterler(hasta kontinansı ve üst üriner sistem korunması)için ne kadar gerekli olduğu araştırıldı.

Yöntem

2002 -2017 arasında kliniğimizin kontinans polikliniğine başvuran, nörolojik hastalığa bağlı AÜS disfonksiyonu düşünülen hastaların kayıtları değerlendirildi. Nörolojik hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, Parkinson, Multiple Skleroz, omurilik hasarı, myelodisplazi ve ikincil motor hasarı olarak gruplandırıldı. Bu hastaların şikayetleri ve üst üriner ultrason bulguları ve rezidü ile ürodinamik bulgular (Detrusor aşırı aktivitesi, mesane kapasitesi, kompliyansı)değerlendirilerek hangi hastalık grubu için hangi ürodinamik bulgular ön planda olduğu araştırıldı. 2015 sonrası çalışmaya , daha çok maluliyet verilecek olan sağlık kurulu hastaları alındı .

Bulgular

Çalışmaya 180 hasta alındı. Nörolojik hastalık grupları ve şikayetleri, ultrason parametreleri ile ürodinamik parametreler karşılaştırıldığında, serebrovasküler hastalık, multiple skleroz, Parkinson hasta gruplarında, bir tanı grubunu ön plana çıkaracak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Myelodisplazi ve spinal kord hasarı olan hastalarda, hidronefroz ve düşük kompliyans birlikteliği (sırasıyla % 70 ve % 20) açısından diğer tanı gruplarına göre anlamlı farklılık bulundu.

Sonuç

AÜS nörolojik disfonksiyonlarının, ürodinamik değerlendirilmesinde , özellikle üst üriner sistem genişleme riski açısından, miyelodisplazi ve omurilik hasarı tanılı hastalar, ön planda düşünülmelidir .

P13 - BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILMIŞ HASTADA İLEAL OGMENTASYON SİSTOPLASTİ

BİRGİ ERCİLİ, SİN HARİB ÇİTGEZ , UĞUR AFERİN , BÜLENT ÖNAL , ZÜBEYR TALAT

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Dış merkezde 4 ay önce böbrek nakli yapılan hasta kliniğimize pollaküri ve hematüri yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın öyküsünde nefrotik sendroma bağlı kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 12 yıl dializ ile takip edildiği ve sonrasında böbrek nakli yapıldığı öğrenildi. Ön tetkiklerden sonra yapılan sistoskopide mesane kapasitesinde azalma dışında bulgu tespit edilmedi. Foley kateter alınmasını takiben hastada vezikoüreteral reflü geliştiği görüldü. Hastaya ileal augmentasyon sistoplasti yapılması kararlaştırıldı. Laboratuvar bulgularında kreatinin 1,11 ve üre 45 idi. Hastaya ileal ogmentasyon sistoplasti operasyonu yapıldı. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta temiz aralıklı kateterizasyon eğitimi verilerek taburcu edildi.

Böbrek transplantasyonu olacak hastalarda nakil öncesinde mesane disfonksiyonunun tanısı ve tedavisi önemlidir. Böylece transplante böbreğin kaybı önlenabilir. Böbrek transplantasyonlu hastalarda İleal ogmentasyon sistoplasti güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir.

P14 - PELVİK TRAVMA SONRASI MULTİPL OPERASYONA SEKONDER İNTRÖİTAL DARLIK; VAKA SUNUMUMUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU, SİN HARİB ÇİTGEZ , OKTAY ÖZMAN , BÜLENT ÇETİNEL*CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL***Giriş**

Pelvik travmalar yüksek enerjili yaralanmalar sonucunda oluşan, gerek travma şiddeti gerekse anatomik nedenlerden dolayı yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip yaralanmalardır. Bu bildiride çocukluk çağında geçirdiği araç içi trafik kazasına bağlı multipl travma öyküsü olan ve bu nedenle birçok operasyon geçiren ileri derecede introital darlık vakasını sunacağız.

Olgu

22 yaşında kadın hasta, çocuk sahibi olamama şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Adet düzensizliği olmayan hasta menstruasyon kanamalarının damlama şeklinde olduğunu tarif ediyordu. Çocukluktan beri idrar yapmakta zorlanan hasta suprapubik bası uygulayarak, uzun sürede ve düşük tazyikle idrar yapıyordu. 7 yaşında araç içi trafik kazası (AİTK) geçiren hastaya multipl kırık ve pelvis travması nedeniyle acil operasyon yapılmıştı. Pelvik kanamanın kontrolü için tekrar opere edilen ve vajinal obliterasyon uygulanan hastanın şikayetlerinin bu dönemde başladığı öğrenildi. Litotomi pozisyonundaki muayenede introitusun yumuşak doku ile kapalı olduğu görüldü. Valsalvaya ile damlama paterninde işeme gözlemlendi. Üroflovetride Qmax: 2,4 ml/sn, PMR: 25 ml idi. Laboratuvar verileri normaldi. MR ürografide mesane ve üst üriner sistem doğaldı. Genel anestezi altında introital milimetrik bir açıklık tespit edilerek buradan klavuz tel ilerletildi. Dilatatör ve Hegar bujileriyle dilatasyon uygulandıktan sonra suprapubik katater takıldı. Üretral meası saptanamayan hastaya ikinci seansta suprapubik kataterden verilen metilen mavisi introitusta görüldü. Metilen mavisinin geldiği açıklıktan klavuz tel ile 18 Fr silikon sonda takıldı. 3 gün ara ile Hegar bujileri ile dilatasyon uygulandı. 3 hafta sonra vajen mukozası ile cilt çepeçevre sütüre edilerek doku bütünlüğü sağlandı. Üretral meaya çepeçevre eversiyon sütürleri ile rekonstrüksiyon uygulandı. Hasta steroid içeren vajinal tampon ile pasif dilatasyon programına alınarak 6 haftanın sonunda sondası alındı. Sonda alındıktan sonra işeme bulguları tamamen düzelen, üroflovetride Qmax değeri 32,5 ml/sn ve PMR'si 23 ml ölçülen hasta 3. ayın sonunda sağlıklı koitus sağlayabildiğini bildirdi.

Tartışma

Pelvis travmaları, akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle işlevsel ürolojinin de önemli bir alanını oluşturmaktadır. Gerek sinir hasarına bağlı nörojenik işeme bozuklukları, gerekse organ hasarına bağlı durumlarda hastanın tecrübeli merkezlere yönlendirilmesi, doğru tanının konulması, uygun tedavi ve takip algoritmasının uygulanması gerekmektedir. Hastanın travmaya bağlı gelişebilecek kronik hasarlar hakkında bilgilendirilmesi ve etkin takibinin yapılması önem arz etmektedir.

VIDEO BİLDİRİLER



VD1 STRES TİP İDRAR KAÇIRMA CERRAHİ TEDAVİSİNDE TRANSOBTURATUAR BANT UYGULAMASI

AYDIN YENİLMEZ, İYİMSER ÜRE, ALİ ÜLGEN, BARBAROS BAŞESKİOĞLU

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç: Minimal invaziv bir tedavi yöntemi olan transobturatuar bant ameliyatı stres tip idrar kaçırma başarı oranları %80-90'ı bulmaktadır, bu nedenle son yıllarda en sık uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir. Transobturatuar bant uygulaması yaptığımız bir olgunun videosunu sunmayı amaçladık

Materyal-Metod: Ellisekiz yaşında bayan hastaya Stres tip idrar kaçırma tanısıyla Transobturatuar bant operasyonu uygulandı.

Sonuç: Stres tip idrar kaçırma tedavisinde transobturatuar bant uygulaması etkin ve güvenilir bir cerrahi tedavi yöntemidir.

VD2 REKÜRREN KADIN STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE SİRAL SLİNG PROSEDÜRÜ

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL¹, İSMAİL BAŞIBÜYÜK², YUNUS KAYALI³, AHMET METİN⁴

¹ÖNOL ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

²CİZRE DR. SELAHATTİN CİZRELİOĞLU DEVLET HASTANESİ, ŞIRNAK

³BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁴ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BOLU

Amaç: Başarısız stres tip inkontinans cerrahisi geçiren ve gravitasyonel inkontinansı olan kadın hastalar, ürojinekolojinin zorlu vakalarıdır. Birçok cerrahi müdahale geçirdikten sonra inkontinansı devam eden vakalarda yeni bir yöntem olarak uyguladığımız spiral sling işleminin orta dönem sonuçlarını sunacağız.

Yöntem-Gereç: 2008-2017 yılları arası, başarısız stres tip inkontinans cerrahisi geçiren ve gravitasyonel inkontinansı olan 53 vakaya spiral sling işlemi uygulandı. Askı operasyonlarında kullanılan mesh retropubik olarak tesbit edilip 360 derece serbestleştirilmiş olan uretra etrafında sirküler olarak döndürülerek asıldı. İşlem sonrası sistoskopi yapıp uretra veya mesane yaralanması olup olmadığı, koaptasyon lokalizasyonu kontrol edildi. Preoperatif ve postoperatif hastalar muayene edilip, ICIQ-SF formu doldurtuldu.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 60,7di(38-74). Hastaların ortalama 2,2 kez üriner inkontinans nedeniyle operasyon hikayesi vardı. Preoperatif ICIQ-SF ortalama 16,4 iken postoperatif bu değer 7,3e geriledi. Preoperatif günlük ped sayısı 5.2idi. Spiral sling işleminin ortalama operasyon süresi 47 dakika ve ortalama hospitalizasyon süresi 22(18-32) saattir. Bir hastada proksimal uretra ve mesane boynu perfore edildi. Hiçbir vakada erozyon gözlenmedi. Hastalar ortalama 13 (3-28) ay takip edildi. 6 hastada postoperatif acil idrara çıkma hissi oluştu, antikolinerjiklerle şikayetlerde azalma oldu. Postoperatif günlük ped sayısı 1,2ye geriledi. 18 hastada tam kontinans sağlandı.

Sonuçlar: Spiral sling operasyonu 360 derece sirküler koaptasyon sağlayan dirençli üriner inkontinans vakalarında etkili bir kurtarma operasyonudur.

VD3 SAKROSPİNAL FİKSASYONDA FARKLI BİR TEKNİKTARIK YONGUÇ , İBRAHİM HALİL BOZKURT , ERTUĞRUL ŞEFİK , SALİH POLAT , VOLKAN ŞEN*İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR*

63 yaşında kadın hasta, 3 yıldır devam eden son 1 yıldır organ sarkması şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde zor doğum vardı. Ek hastalık KOAH vardı. Histerektomi ameliyatı vardı. ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgulama formları sırasıyla 0 ve 12 idi. Hayat kalitesini ölçmek için kullandığımız SEAPI 32 idi. Yapılan fizik muayenede POP Evre3 sistosel tespit edildi. Stres tipi idrar kaçırma yoktu. Ürodinamik incelemede DAA tespit edilemedi, ürodinamik stres tipi idrar kaçırma yoktu. Hastaya sakrospinal fiksasyon iki taraflı ve meş yardımcı uygulandı. Postop 9. aydaki kontrolünde prolapsus şikayetinin tamamen kaybolduğu görüldü. Total vajinal uzunlu 10 cm idi. ICIQ-SF ve SEAPI sorgulamaları 0 puandı. AAM şikayetleri için antikolinerjik kullanıyordu ve OAB-V8 ise 0 puandı.

VD4 SAKROSPİNAL FİKSASYON VE TRANSOBTURATOR TAPE AMELİYATININ BERABER UYGULANMASITARIK YONGUÇ , İBRAHİM HALİL BOZKURT , ERTUĞRUL ŞEFİK , SALİH POLAT , VOLKAN ŞEN*İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

60 yaşında kadın hasta, 5 yıldır devam eden son 2 yıldır artan idrar kaçırma ve organ sarkması şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde zor doğum vardı. Ek hastalık ve geçirilmiş pelvik ameliyat yoktu. ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgulama formları sırasıyla 18 ve 16 idi. Hayat kalitesini ölçmek için kullandığımız SEAPI 36 idi. Yapılan fizik muayenede POP Evre3 sistosel ve şiddetli stres tipi idrar kaçırma olduğu görüldü. Ürodinamik incelemede DAA tespit edilemedi, ürodinamik stres tipi idrar kaçırma tanısı kondu. Hastaya sakrospinal fiksasyon ve transobturator tape ameliyatları uygulandı. Postop birinci sene kontrolünde prolapsus şikayetinin tamamen kaybolduğu görüldü. Total vajinal uzunlu 10 cm idi. ICIQ-SF ve SEAPI sorgulamaları 0 puandı. OAB-V8 ise 4 puandı.

VD5 TOT CERRAHİSİNE SEKONDER GELİŞEN MESANEYE MEŞ EREZYONU VE MESANE TAŞININ CERRAHİ TEDAVİSİMEHMET GİRAY SÖNMEZ , MEHMET SERKAN ÖZKENT , AHMET ATICI , ARİF AYDIN*NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI KONYA***Giriş**

Kadınların önemli bir kısmını etkileyen, yaş ile artış gösteren ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen idrar kaçırma tedavisinde uygulanan midüretal askı cerrahileri son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır, fakat bu operasyonlarda kullanılan tekniğe ve meşlere bağlı sorunlar geliştiği gözlenmektedir.

Bu operasyonların başarısı tecrübeli ellerde artmakla birlikte, meydana gelen komplikasyonlaroldukça ciddidir. Operasyondan sonra meşe bağlı gelişen komplikasyonlar, cerrah açısından üstesinden gelinmesi gereken bir durumdur.

Meş erozyonu ve ekstrüzyonu yabancı materyallerin kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Erozyon, meşin üriner sisteme (mesane, üretra veya üreter) açılması olarak tanımlanmaktadır. Ekstrüzyon ise meşin vajende görülecek şekilde açığa çıkmasıdır. Obezite, yaş, kullanılan teknik, yetersiz vajinal doku, yetersiz vajinal kanlanma, bakteri kolonizasyonuna neden olan hematoma, meşin boyu, por çapı ve esnekliği ,meş erozyonu ve ekstrüzyonunu etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir. Gergin yerleştirilen meşe bağlı nekroz, derin diseksiyon ile subüretral dokularda kalınlaşmaya yol açabilecek üretraya çok yakın implantasyon yapılması erozyon riskini artırmaktadır. Üretral veya mesane erozyonu gelişen hastalar, hematüri, idrar yapma zorluğu, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, ürolitiazis, suprapubik veya inguinal ağrı ile başvurabilir. Meşin üretraya, mesaneye ve üretere invaze olduğu durumlarda meşin tamamının çıkarılması gereklidir.

Bizde hazırladığımız bu videosunumda 2 sene önce dış merkezde transobturator tape(TOT) cerrahisi geçiren ve buna bağlı mesaneye invaze olan ve taşlaşan meş erozyonu olan bayan hastaya uyguladığımız endoskopik sistolitripsisi ve vajinal meş çıkartılması operasyonunu paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu

51 yaşında bayan hastaya, iki yıl önce stres inkontinans nedeniyle dış merkez kadın doğum kliniği tarafından TOT cerrahisi yapılmış, operasyondan sonra stres inkontinans şikayetinde düzelme olmamış, altüriner sistem şikayetleri (AÜSS) urgency ve urge inkontinans şikayetleri meydana gelmiş.

Bu iki yıllık süreç boyunca AÜSS nedeniyle birçok kadın doğum kliniğine başvurmuş şikayetlerin cerrahiye sekonder olduğu söylenmiş çok sayıda antibiyotik ve antikolinergik ilaç tedavileri uygulanmış fakat şikayetlerinde belirgin düzelme olmamış.

Hasta dizüri, inkontinans, makroskopik hematüri, urgency şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

Ek hastalık öyküsü ve sürekli ilaç kullanımı yok, 1 yıl önce menopaza girmiş.

Fizik Muayene

Suprapubik hassasiyet mevcuttu , vajen doğal olarak izlendi. Valsalva ile inkontinans mevcuttu. Üretral hipermobilité ve Bonney testi pozitif. Beden kitle indeksi: 27.1 olarak ölçüldü.

Yapılan laboratuvarsal incelemede idrar analizinde bol lökosit ve eritrosit mevcuttu. Biyokimyasal ve hemogram değerleri normaldi. Antibiyotik kullandığı için idrar kültüründe üreme olmadı.

Abdomen BT’de mesane boynunda 2x1 cm boyutunda mesane taşı ile uyumlu opasite olduğu izlendi. Hidronefroz ve başka patolojik oluşum izlenmedi

Cerrahi Teknik

Hastaya genel anestezi altında gerekli örtüm ve sterilizasyonu takiben 17 F sistoskop ile girildi. Üretranın hemen sonrasında mesane boynunda sol tarafta 2x1 cm boyutunda mobil olmayan mesane taşı izlendi. Taş etrafında mesane mukozasının aşırı ödemli olduğu ve taşın altında meşe ait yapının olduğu izlendi. Gözlemde üreter orifisleri doğaldı ve mesane de başka patoloji izlenmedi. Mesane taşı pnömotik litotriptör ile tamamen parçalandı. Endoskopik sistolitoripsi yapılarak meş taştan tamamen arındırıldı ve meşin mesane içinde ki sınırları netleştirildi. 16 F foley sonda yerleştirildi.

Sonrasında litotomi pozisyonunda TOT meşinin geçtiği düşünülen üretra orta-proksimal 1/3'lük kısımdan vajene 2 cm'lik vertikal kesi yapıldı. Mesaneye meş erozyonun olmadığı sağ tarafta doğru diseksiyonlar yapılarak TOT meşi bulundu ve mesane boynuna oturduğu bölümden keskin ve künt diseksiyonlar ile serbestleştirilerek ayrıldı. Meş kesilmeden takip edilerek sol tarafa doğru ilerlendi. Sol tarafta meşin dokulara tamamen yapışık olduğu izlendi. Keskin diseksiyonlar ile meş sol tarafta da ayrılarak obturator foramene doğru diseksiyonlar yapılarak ayrıldı. Sağ ve sol taraftan meş kesilerek çıkartıldı. Fakat sol tarafta meşin çıkartıldığı alanda mesanede açıklık olduğu için mesane duvarı 3/0 vicryl ile 3 tabaka halinde kapatıldı. Sonrasında sistoskopi yapılarak mesanede meş , taş ve açıklığın olmadığı izlendi ve mesane doldurularak sızdırmazlık testi yapıldı. 16 F foley tekrar yerleştirildi. Mesanenin tam kapatıldığından emin olunduktan sonra vajen duvarı da primer olarak kapatılarak işleme son verildi. Cerrahi işlem toplam 132 dk 'da sonlandırıldı.

Klinik Seyir

Postoperatif takibinde herhangi bir problem yaşanmadı. 3. gün sonda ile taburcu edildi. 15. Gün sondası çekilerek muayene vajinal muayenesi yapıldı kaçak ve fistül izlenmedi. İnkontinans şikayeti için antikolinerjik ve SNRI tedavisi başlandı. Medikal tedaviden fayda gören hasta bu şekilde takip edilmektedir.

Sonuç

Bu olguda, hasta TOT operasyonu sonrası 2 sene boyunca AÜSS ile birçok sağlık merkezine başvurmuş, cerrahi geçirme öyküsü nedeniyle yeterli değerlendirme ve inceleme yapılmamış şikayetlerin operasyona sekonder olabileceği söylenmiştir. Özellikle midüretal askı operasyonu geçiren hastalarda şikayetlerin devam etmesi halinde meş erezyonundan şüphelilmeli ve gerekli tetkiklerin yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

TOT operasyonlarında meş erozyonundan korunmak için doğru endikasyon ve doğru hasta seçimi, cerrahın öğrenme eğrisinin tamamlanması, cerrahi kurallara saygılı olmak, risk faktörlerinin azaltılması (özellikle sigara, obezite), 2 cm'den küçük vajinal kesi , vajenkesisinin gerilimsiz kapatılması gerektiği kanaatindeyiz.

VD6 İNTRAVEZİKAL MEŞ EROZYONUNUN HOLMIUM LAZER KULLANILARAK ENDOSKOPİK TEDAVİSİCEM BAŞATAÇ¹, HALUK AKPINAR¹, OKTAY DEMİRKESEN²¹İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL²FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

Midüretal sling [MÜS] ameliyatları kadın stres inkontinansının tedavisinde etkinliği ve kolay uygulanabilirliği ile standart yöntem olarak kabul edilmektedir. İntravezikal meş erozyonu MÜS'ün nadir görülen bir komplikasyonudur. Ancak, fark edilmediğinde ciddi morbiditeye ve mediko-legal problemlere yol açabilmektedir. Güncel literatürde intravezikal meş erozyonlarının tedavisinde altın standart bir yöntem üzerinde fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak son yıllarda minimal invazifliği ile endoskopik yöntemler önem kazanmıştır. Bu videoda intravezikal meş erozyonunun endoskopik tedavisi ile ilgili tekniğimiz sunuldu. MÜS ameliyatı sonrası intravezikal meş erozyonu gelişen 53 yaşında bayan hasta suprapubik 5 mm'lik transvezikal laparoskopik port kullanılarak Holmium lazer ile tedavi edildi. Meşin alınmasını takiben, transvajinal yolla vezikovajinal fistül onarımı yapıldı. Operasyon süresi 130 dakika ve tahmini kan kaybı <50 millitre idi. Post-operatif dönem problemsiz olarak geçildi ve hasta post-operatif 2. günde hastaneden taburcu edildi.

Mid-urethral slings (MUS) are considered standard surgical option for the management of female stress urinary incontinence (SUI) due to their simplicity and efficacy. Intravesical mesh erosion is reported to be uncommon complication of MUS. However, when it is unrecognized, it can be cause significant morbidity and medico-legal problems. In the current literature, there is no general consensus on the gold standard technique to treat intravesical mesh erosions. However, endoscopic modalities have been gained importance more recently because of its minimally invasiveness. In this video, we present our technique to remove eroded mesh from bladder. Fifty-three years old woman who has intravesical mesh erosion after mid urethral sling procedure is treated by endoscopic Holmium laser resection combined with 5 mm suprapubic transvesical laparoscopic port. After removal of the mesh, vezicovaginal fistula repair was carried out by using transvaginal approach. Operation time was 130 minutes and estimated blood loss was < 50 milliliter. Postoperative period is uneventful and patient was discharged from the hospital at post-operative 2th day.

VD7 TRANSOBTUTATOR TAPE UYGULAMASININ NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONUTARIK YONGUÇ, İBRAHİM HALİL BOZKURT, ERTUĞRUL ŞEFİK, SALİH POLAT, VOLKAN ŞEN

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

60 yaşında kadın hasta kliniğimize total üriner inkontinans şikayetleri ile başvurdu. Sürekli üriner inkontinansı olduğu ve semptomlarının son 3 yılda kötüleştiği öğrenildi. Günlük ped kullanımı 5-6, nokturi 4 idi. ICIQ-SF ve SEAPI skoru sırasıyla 20 ve 40 idi. Hastanın obstetrik geçmişinde (gravida 9, para 5 ve küretaj 4) tüm doğumları normal vajinal idi. Hastanın kronik hastalığı yoktu. 2006 yılında stres tipi idrar kaçırma nedeni ile TOT ameliyatı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede üretral meatus normalden büyük, anatomik olarak geri çekilmiş ve deforme görünümdeydi; üriner inkontinansı üretral meadan damlama şeklindeydi ve Q-tip test derecesi sıfır idi. Öksürük stres testinde ciddi stres üriner inkontinans tespit edildi, sistosel ve rektosel saptanmadı. Vajinal muayene ve sistoskopide mesh bir erozyonu görülmedi. Laboratuvar testleri, idrar analizi ve üriner ultrasonografisi normaldi. Üretralmeadaki deformasyon ve retraktıl görünüm TOT operasyonunda kullanılan meshin uzun dönem etkisi olarak değerlendirildi. Hastaya ürodinami yapıldı ve detrusörkontraksiyonu olmaksızın 150 ml'de damlama şeklinde inkontinansı olduğu görüldü. İnkontinans nedeniyle mesane kapasitesi düşüktü. Hastaya mea deformasyonu ve stres üriner inkontinansı nedeniyle üretrolizis, meatoplasti ve re-TOT ameliyatı yapıldı. Hasta postoperatif ikinci gün taburcu edildi. 1 ay sonraki kontrolünde hastanın ürinerinkontinansı yoktu ve ICIQ-SF ve SEAPI skorları 0 idi.

VD8 STRES TİP İDRAR KAÇIRMA CERRAHİ TEDAVİSİNDE KULLANILAN MESH'İN (MEŞ) NEDEN OLDUĞU VAJİNAL EREZYON SONRASI MEŞ KESİLMESİ

AYDIN YENİLMEZ¹, İYİMSER ÜRE¹, ALİ ÜLGEN¹, ATA ÖZEN¹

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç

Son yıllarda stres tip idrar kaçırma cerrahi tedavisinde sentetik tip meşler sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kullanılan meş'e bağlı erezyon (ekspojur, ekstrüzyon), mesane ve üretra perforasyonu ve taşlaşma, abse ve kronik ağrı gibi komplikasyonlar görülmektedir. Transobturator bant uygulaması sonrası vajende meş ekspojuru saptadığımız olguda meş kesilmesi uyguladık, videosunu sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Kırkdokuz yaşında bayan hastaya başka bir klinikte 3 ay önce sistosel onarımı ve transobturator bant uygulaması yapılmış. Postoperatif disparanü ve ikinci aydan sonra vajende ele gelen ipliksi cisim yakınmasıyla başvuran hastanın yapılan ürojinekolojik muayenesinde vajende meş ekspojuru saptandı ve meş eksize edildi

Sonuç

Son yıllarda sentetik meşler stres tip idrar kaçırma cerrahi tedavisinde oldukça sık olarak kullanılmaktadır. Sentetik meşlere bağlı komplikasyonları ve gelişen komplikasyonların tedavisini iyi yönetmemiz gerekir.

VD9 MESANEYE PENETRE ORTA ÜRETRA SLİNGİNİN KISMİ OLARAK ÇIKARILMASI

OKTAY DEMİRKESEN¹, BURAK ARGUN², BÜLENT ALICI¹

¹FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

²ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

5 yıl önce stres idrar kaçırma nedeniyle transobturator teyp (TOT) operasyonu geçiren 52 yaşındaki kadın hastanın erken postoperative dönemde başlayan idrar kaçırma dahil depolama dönemine ait alt üriner sistem yakınmaları ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları olmuş. Üriner sistem ultrasonunda mesane taşı saptanması üzerine, 2 ay önce bir başka merkezde yapılan üretrosistoskopide taşın mesane içine penetre olmuş meş materyalinin üzerinde geliştiği saptanmış. Holmium lazer ile mesane taşı kırılmış ve meş kesilerek parçaları çıkarılmış. Kalan meş parçalarının alınması için kliniğimize yönlendirilen hastada vajinal ters U insizyonu ile meşe ulaşıldı ve meşin heriki kolu üretra ve mesaneden serbestleştirildi. Mesaneye penetre olan meş bölümü çıkarılarak, oluşan mesane açıklıkları 2 kat olarak kapatıldı. Postoperatif sistoskopide mesanenin tamamen kapandığı görüldü. Postoperatif 6. Ayda farmakolojik tedavi ile gerileyen hafif sıkışma idrar kaçırma yakınması olan hastanın idrar kültürü de steril, olarak saptandı.

Partial removal of the bladder penetrated mid-urethral sling material

A 52-year-old woman who had stress urinary incontinence was treated by tension-free vaginal tape (TOT) 5 years ago. She had persistent urinary incontinence, storage LUTS and recurrent UTI since the early postoperative period. Pelvic ultrasonography showed bladder stone and the patient underwent cystoscopy 2 months ago in another hospital, which demonstrated the stone over the eroded polypropylene mesh material within the bladder. Holmium laser was used to fragment the stone and to incise the mesh in the bladder. She referred to us for the removal of the remaining mesh material. After an vaginal inverted U incision the sling was isolated. The sling arms were freed from the undersurface of the urethra and bladder. The penetrated part of the mesh was removed and the openings of the bladder were closed in two layers. Postoperative cystoscopy revealed complete closing of the bladder mucosa. Six months later, she was without UTI and she had mild urge incontinence, which was managed with pharmacological treatment.

VD10 ORTA ÜRETRA ASKI CERRAHİSİNE BAĞLI GELİŞEN KALICI OBSTRÜKSİYONDA RETROPUBİK ÜRETROLİZİSÇAĞRI AKPINAR¹, NURULLAH HAMİDİ², ÖMER GÜLPINAR¹¹ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI² ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI**Amaç**

Retropubik orta üretra askı (OÜA) cerrahisi sonrası kalıcı işeme zorluğu gelişen ve başarısız transvajinal üretrolizis hikayesi olan hastada retropubik üretrolizis yapılan olgunun sunulması

Hasta

On beş yıl önce endometrium kanseri nedeniyle histerektomi yapılan ve ameliyattan sonra idrar kaçırma şikayeti olan hastaya dış merkezde 10 yıl önce kontinans cerrahisi ve sistosel onarımı yapılmış. Cerrahi sonrası retansiyon gelişmesi üzerine hastaya 3 ay boyunca üretral kateter takılmış. Kalıcı işeme zorluğu gelişen hastada farklı merkezlerde bir kez transvajinal, bir kez retropubik gevşetme operasyonu ve toplamda on kez üretral dilatasyon uygulanmış olup hastanın yapılan fizik muayenesinde üretra fiks ve stres test negatifti. Videoürodinami (VÜD) çalışmasında mesane kapasitesi düşük gözlemlendi (200 ml). İşeme fazı boyunca düşük maksimum akım hızı (7 ml/sn), yüksek detrusör basıncı (107 cm/H₂O) ve intermitan işeme paterni izlendi. Hastanın yapılan transvajinal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemesinde proksimal üretra ve mesane boynunda mesh ekojenitesi izlenmesi üzerine kalıcı kasık ağrısı ve işeme zorluğu bulunan hastaya retropubik mesh eksizyonu planlandı.

Cerrahi Yöntem

Genel anestezi altında supin pozisyonda steril olarak 14 F sonra takıldı. Takiben phannenstiel kesi ile girildi. Rektus fasyası açıldı. Retzius boşluğuna girildi. Keskin ve künt diseksiyonlarla mesane boynu üretra bileşkesi bulundu. Proksimal üretranın her iki tarafındaki mesh koter ve makas yardımıyla endopelvik fasyaya kadar ilerlenerek eksize edildi. Herhangi bir rezidü mesh parçasının kalmadığı görüldü. Ardından sonda çıkarılıp 22 F sistoskopi girilerek ayrıntılı üretrosistostopi yapıldı. Her iki üreter orifisi intakt, mesane ve üretra da herhangi bir yaralanma olmadığı izlendi. Üretrovezikal bileşkenin her iki tarafında vajen ön duvarı üzerine 3/0 vicril ile askı sütürü konuldu. Ardından aynı sütürler omentumdan da geçirilerek omentum bu alana sabitlendi. Kanama kontrolünü takiben katlar anatomik plana uygun olarak kapatıldı. Hastaya tekrar 14 F sonda takıldı. İşlem sonlandırıldı.

Bulgular

Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Üretral kateter postoperatif yedinci gün alındı. Ameliyattan üç ay sonraki kontrolünde idrarını rahat yaptığını belirten hastanın kontrol üroflovetride maksimum akış hızının 20 ml/sn, işenen hacmin 125 ml ve rezidü idrar hacminin 38 ml olduğu izlendi.

Sonuç

OÜA ameliyatlarında nadir görülen kalıcı kasık ağrısı ve üriner obstrüksiyonda başarısız transvajinal üretrolizis sonrasındaki bir sonraki girişim olan retropubik üretrolizis iyi bir tedavi seçeneğidir.

VD11 DOMUZ MODELİNDE ROBOTİK SAKROKOLPOPEKSİNİN YAPILABİLİRLİĞİ

ÖMER GÜLPINAR ¹, CEM BAŞATAÇ ², ADNAN ŞİMŞİR ³, BURAK ARGUN ⁴, HALUK AKPINAR ², OKTAY DEMİRKESEN ⁵

¹ ANKARA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

² İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

³ EGE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

⁴ İSTANBUL ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

⁵ FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

Robotik cerrahi ürolojide giderek daha yaygın kullanılmakta olup, özellikle prostat ve böbrek tümörleri tedavisi en sık kullanıldığı alanlardır. Robotik sakrokolpopeksi ise göreceli olarak daha nadir yapılmaktadır. Dolayısıyla bu konudaki eğitimin hayvan laboratuvarı ortamında da verilebilmesi önemlidir. Bu hayvan laboratuvarı çalışmasında domuz modelinde robotik sakrokolpopeksinin yapılabilirliği araştırıldı. Operasyonda 4 kollu Da Vinci XI (Intuitive Surgical, Inc, Sunnyvale, CA) robotik cerrahi sistemi kullanıldı. Kırk beş kilogram bir domuza supin pozisyonu verildi. Robotik enstrüman olarak 30 derece optik, prograsp, Maryland bipolar forseps, monopolar makas ve iki adet portegü kullanıldı. Pnömomperitonyum Veress iğnesi ile oluşturuldu. Port yerleri radikal prostatektomidekine benzerdi. İlk olarak, mesane, anlamlı olarak büyük görülen uterus ve bilateral gonadlar belirlendi. Douglas çıkmazı, uterovezikal ve presakral alanlar explore edildi. Sağ tarafta, sağ kornun ve overin traksiyonunu takiben Broad ligamanı künt ve keskin diseksiyonla açıldı. Uterin arter bulundu ve sütür ile kontrol edildi. Sağ üreter bulunarak uterusdan ayrıldı. Aynı işlemler sol tarafta da yapıldı. Vajen apeksi diseke edildi. Uterus serviks kadar serbestleştirildi. Subtotal histerektomi yapıldı. Sakral promontoryum üzerinde periton insize edildi. Modifiye Y meş, 2-0 poliglaktin sütür kullanılarak sırasıyla anterior ve posterior uterus duvarına tespit edildi. Presakral diseksiyonu takiben, Y meş 2 adet derin sütür ile sakral promontoryuma tespit edildi. Operasyon kabul edilebilir bir zamanda tamamlandı. Bu videoda, robotik sakrokolpopeksinin domuz modeli üzerinde teknik olarak yapılabilir olduğu görüldü.

Robotic surgery has gained acceptance at worldwide, especially in the treatment of the prostate and kidney cancer. Since robotic sacrocolpexy is rarely performed, It's very important to train in the animal models. In this animal laboratory study, feasibility of the robotic sacrocolpexy was evaluated. The Da Vinci XI surgical system (Intuitive Surgical, Inc, Sunnyvale, CA) with four arms was used for procedure. A 45 kilograms pig was placed a supine position. The robotic instruments were the following: a 30° down scope, ProGras forceps, monopolar curved scissors, Maryland forceps and two large needle driver. A Veress needle was used to obtain pneumoperitoneum. Port placement was similar to the radical prostatectomy. Initially, the bladder, significantly very big bifid uterus and gonads were identified bilaterally. Douglas pouch, uterovesical space and presacral area were explored. On right site, after traction of right cornus and ovary, Broad ligament was opened by sharp and blund dissections. Uterin artery was found and controlled by suturing and dissection. Right ureter was identified and liberated from uterus. Same procedure was carried out on the left side. Vaginal apex dissection was performed. Uterus was liberated till cervix. Subtotal hysterectomy was performed. Peritoneum incised on sacral promontorium. A modified Y mesh was first secured to anterior and posterior uterine wall using with 2-0 poliglactin sutures, respectively. Following presacral dissection, Y mesh was secured to the sacral promontorium with two deep sutures. The operation was completed with an acceptable time. In this video, robot-assisted sacrocolpexy is seemed to be technically feasible in porcine model.

VD12 İLERİ EVRE UTEROVAJİNAL PROLAPSUS TEDAVİSİNDE TOTAL UTILİZATİON OF RETROPERİTONEUM FOR COLPOPEXY (TURC): ORTA DÖNEM SONUÇLARI

ŞİNASI YAVUZ ÖNOL¹, İSMAİL BAŞIBÜYÜK², YUNUS KAYALI³, AHMET METİN⁴

¹ÖNOL ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

²CİZRE DR. SELAHATTİN CİZRELİOĞLU DEVLET HASTANESİ, ŞIRNAK

³BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁴ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BOLU

Amaç

Total Utilization of Retroperitoneum for Colpopexy (TURC) ileri evre prolapses tedavisinde intraperitoneal sakrokolpopeksiye oranla daha az morbidite ve kısa operasyon süresi olan yeni bir teknik olarak bildirilmiştir. TURC yöntemi uygulanan daha geniş serilerin orta dönem sonuçlarını bildirdik.

Materyal-Metod

2007 ve 2017 yılları arasında ileri evre uterovajinal /vajinal cuff prolapsusu olan (POP-Q sistemine göre grade 3-4) 96 hastaya (31 hasta Nijer’de olmak üzere) TURC yöntemi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 17-78 arasında idi. Prosedürün basamakları şunları içerir: 1. Pfannenstiel insizyonu yoluyla sağ pelvik parietal periton mobilizasyonu ve medializasyonu, 2. Promontoriumun görülmesi ve meshin anterior longitudinal ligamente sabitlenmesi, 3. Kıvrılmayı ve sıkıştırmayı önlemek için sağ üreterin lateralizasyonu, 4. Peritonun mesane duvarından ayrılması, 5. Mesaneden anterior ve lateral vajinal diseksiyon, 6. Meshin anterolateral vajinal duvara fiksasyonu. Preoperative bulgular Wilcoxon testi kullanılarak son takipte postoperatif değerlerle karşılaştırıldı.

Sonuç

Operasyon süresi 20-90 dakika arasında idi. Tüm hastalar 24 saat içinde hastaneden taburcu edildi. Mesane perforasyonu gelişen 1 hasta haricinde taburcu edilmeden önce üretral kateter çıkarıldı. Üretral kateter bu hastada herhangi bir komplikasyon olmaksızın 6. günde çıkarıldı. 24 ay medyan takip süresi ile % 97.2 (70/72) hasta objektif olarak tedavi edildi ve sübjektif kür oranı % 94.4 (68/72) bulundu. (Dört hasta de-novo urge inkontinansdan şikayet etti). Tüm hastaların 2. yıldaki PFDI-SF20, PFIQ-7 skorları ve POP-Q ölçümlerinde anlamlı iyileşme vardı. Postoperatif GİS komplikasyonları hiçbir hastada gözlenmedi.

Ara dönem sonuçlarımız, TURCun güvenli, uygulanabilir ve etkili bir teknik olduğunu ve intraperitoneal sakrokolpopeksi ile kıyaslandığında GİS komplikasyonları ve komorbiditesi az olan gününbirlik bir prosedür olduğunu doğrulamaktadır.

VD13 PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNDA ROBOTİK SAKROHİSTEROPEKSİ CERRAHİSİÖMER GÜLPINAR , ÇAĞRI AKPINAR , EVREN SÜER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç

İleri evre Pelvik organ Prolapsusu (POP) olan ve robotik sakrohisteropeksi cerrahisi uygulanan olgunun sunulması

Hasta

69 yaşında kadın hasta, 2 yıldır genital bölgede ele gelen kitle ve idrar yaparken zorlanma şikayeti olan hastaya yapılan fizik muayenede grade 4 anterior ve apikal POP, grade 1 rektosel mevcut olup stres test negatifti. Ultrasonografik incelemesi normal olan hastanın üroflovetride maksimum akış hızının 4 ml/sn, işenen hacmin 142 ml ve rezidü idrar hacminin 430 ml olduğu belirlendi. Kadın doğum hastalıklarına konsulte edilen hastada eş zamanlı histerektomi gerekliliği görülmedi. Hastaya robotik sakrohisteropeksi planlandı.

Cerrahi Yöntem

Genel anestezi altında uygun örtünmeyi takiben hastaya 16 F 2 yollu sonda takıldı pnömoperitonyum oluşturuldu ve 4 adet robot 1 adet asistan portu yerleştirildi. Treandelenburg pozisyonu verildi ve docking yapıldı. Uterus prograps ile tutuldu proksimale çekildi. Önde mesane ve vajen arası periton insizyonu yapılarak diseke edildi. Diseksiyon distalde trigon altına kadar ilerletildi. Posteriora aynı diseksiyon vajen ile rektum arasına yapıldı ve distalde perineye kadar ilerlenerek diseksiyon tamamlandı. Takiben promontorium üzerindeki periton insize edildi ve promontorium görünür hale getirildi. Promontorium üstündeki insizyon ile vajen posteriorundaki insizyon periton altından oluşturulan tünel ile birleştirildi. Takiben daha önce hazırlanmış Y şeklindeki mesh karın içine alındı. Öncelikle mesh yapraklarından biri posteriora vajen ve rektum arasındaki diseksiyon alanına yatırıldı ve 2/0 vikril ile toplam beş adet sütürle vajene sabitlendi. Takiben 2 kollu ön yaprak sağdan ve soldan broad ligamanında oluşturulan açıklıktan geçirilip ön tarafa sırasıyla alındı. Her iki mesh kolu önde en distalde trigon alt hizasından başlayarak 2/0 vikril ile toplam beş adet sütürle vajene sabitlendi. Mesh kuyruğu önceden oluşturulmuş periton tünelin altında alınarak promontorium üzerindeki periton insizyonundan çıkarıldı. Uygun gerginlik ayarlandıktan sonra meshin kuyruk kısmı 2 adet prolen sütürle promontoriuma sabitlendi. Bu aşamada indigo karmin yapıldı ve sistoskopi yapılarak her iki üreterden indigo karminin geldiği görüldü, mesane ve üreterde herhangi bir yaralanma olmadığı gözlemlendi. Takiben mesh üstüne rifosin verildikten sonra periton insizyonları krome sütürle kapatıldı ve mesh tamamen retroperitonize edildi. Loja bir adet dren konuldu robot kolları ayrıldı ve portlar kanama kontrolü yapılarak çıkartıldı.

Bulgular

Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci ay kontrolünde fizik muayenede grade 0 POP olan ve idrarını rahat yaptığını belirten hastanın kontrol üroflovetride maksimum akış hızının 15 ml/sn işenen hacmin 173 ml ve rezidü idrar hacminin 33 ml olduğu izlendi.

Sonuç

Semptomatik ileri evre POP olgularında robotik sakrohisteropeksi prolapsus onarımı için etkin, güvenli ve minimal invaziv bir cerrahi seçenektir. Bu nedenle, robotik sakrohisteropeksi kadınlarda POP için önemli tedavi seçeneklerinden biri olabilir.

VD14 PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNDA ROBOTİK SAKROKOLPOPEKSİ CERRAHİSİÖMER GÜLPINAR , ADEM SANCI , EVREN SÜER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç

İleri evre Pelvik organ Prolapsusu (POP) olan ve histerektomi öyküsü bulunan hastaya yapılan robotik sakrokolpopeksi olgusunun sunulması

Hasta

20 yıl önce sistosel, 12 yıl önce total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi öyküsü olan, son 6 aydır sarkma hissi ve ele gelen kitle şikayeti olan hastaya yapılan fizik muayenede grade 4 anterior ve apikal POP, grade 2 rektosel mevcut olup stres test negatifti. Ultrasonografik incelemesi normal olan hastaya robotik sakrokolpopeksi planlandı

Cerrahi Yöntem

Genel anestezi altında uygun örtünmeyi takiben hastaya 16 F 2 yollu sonda takıldı pnömoperitonium oluşturuldu ve 4 adet robot 1 adet asistan portu yerleştirildi. Treandelenburg pozisyonu verildi ve docking yapıldı. Önceki histerektomiye bağlı olan omental yapışıklar açıldı ve pelvise ulaşıldı. Vajene yerleştirilen mala ile vajen güdüğü pelvise doğru itildi. Önce vezikouterin sonrada rektouterin aralıklar diseke edildi. Diseksiyon anteriorda trigon distaline posteriorda perineal gövdeye kadar uzatıldı. Promontorium üzerindeki periton insize edildi ve insizyon hattı vajen güdüğü posterior insizyonu ile birleştirildi. Önceden hazırlanan Y şeklindeki mesh karın içine alındı. Önce rektovajinal alana en distalden başlayarak proksimale doğru 2/0 vikril kullanılarak dokuz sütürle sabitlendi. Aynı işlem anteriorda vezikovajinal diseksiyon hattında da dokuz sütürle yapıldı. Uygun gerginlik ayarlandıktan sonra meşin kuyruk kısmı 2 adet 0 numara prolenle promontoriuma sabitlendi. Bu aşamada indigo karmin yapıldı ve sistoskopi yapılarak her iki üreterden indigo karminin geldiği görüldü, mesane ve üreterde herhangi bir yaralanma olmadığı gözlemlendi. Takiben mesh üstüne rifosin verildikten sonra mesh peritonla kapatılıp tamamen retroperitonize edildi. Loja bir adet dren konuldu robot kolları ayrıldı ve portlar kanama kontrolü yapılarak çıkartıldı.

Bulgular

Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası dördüncü günde taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci ay kontrolünde fizik muayenede pelvik organ prolapsusu saptanmadı.

Sonuç

Histerektomi öyküsü olan semptomatik ileri evre POP olgularında robotik sakrokolpopeksi prolapsus onarımı için etkin, güvenli ve minimal invaziv bir cerrahi seçenektir. Bu nedenle, robotik sakrokolpopeksi kadınlarda POP için önemli tedavi seçeneklerinden biri olabilir.

VD15 ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI ERKEN KONTİNANS BAŞARI NEDENLERİADNAN ŞİMŞİR, EMİR AKINCIOĞLU , FUAT KIZILAY , CEYHUN ÖZYURT*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR***Giriş**

Radikal prostatektomi (RP), erken evredeki prostat kanseri tedavisinde, yaşam beklentisi 10 yılı aşan hastalarda altın standart tedavi seçeneğidir. Uzun süredir açık cerrahi başarıyla uygulanmakla birlikte, geliştirilen laparoskopik ve robotik cerrahi teknikleri de morbiditeyi azaltmak amacıyla artan oranlarda kullanılmaktadır.

RP sonrası en önemli komplikasyonlardan biri idrar kaçırmadır (İK). İK hayatı tehdit etmese de hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir rahatsızlıktır. Cerrahi teknik, hasta yaşı, sinir koruyucu uygulama ve anastomoz tekniği gibi pek çok faktör İK oluşumunda rol oynar. Son yıllarda giderek kullanımı artan robot yardımcı radikal prostatektomi (RYRP), temel prensipler olarak açık tekniği taklit etse de, teknolojik üstünlükleri ve cerrahi tekniğe sağladığı olanaklarla özellikle erken kontinansın sağlanmasında cerraha yardımcı olabilir.

Teknik

RYRP esnasında kontinansın sağlanmasında birkaç önemli basamak vardır. Kontinans açısından ameliyattaki ilk kritik adım, endopelvik fasya ve puboprostatik ligamanların kesilme aşamasıdır. Bu esnada prostatın apikal ve lateral kısımlarına uzanan levator kas lifleri RYRP’de çok net olarak görülür. Bu lifleri dikkatli ve künt disseksiyonla prostat yüzeyinden ayırmak ve prostat-üretra bileşkesini en az travma ile ortaya çıkartmak önemlidir. Bu aşamada cerrahın ekranında büyütülmüş şekilde üç boyutlu görünüm sağlanması, robot kullanımının belirgin bir avantajıdır. Dorsal venöz pleksusa (DVP) yakın olan bu levator kas liflerinin diseksiyonunda koter kullanımından olabildiğince kaçınmak gereklidir; genellikle keskin diseksiyon veya künt “süpürme” hareketleri yeterli de olmaktadır.

DVP, poliglaktin 2-0 sütür ile “figure-of-eight” düğümü ile bağlanır. Mümkün olduğunca pubise yakın, prostat apeksinden uzak suturezasyon; DVP kesilmesi sırasında apikal prostat dokusunun içerisine girme riskini azaltır. RYRP esnasındaki yüksek basınç bu esnada kanama kontrolüne de yardımcı olmakta ve daha az kanama neticesinde, sonraki adımlarda da daha iyi görünüm sağlanmaktadır.

Nörovasküler demetin (NVD) korunması ve prostatik pediküllerin bağlanmasında bir çok teknik önerilmiştir. Ancak hemfikir olunan nokta, minimal termal enerji kullanımıdır. Bu sebeple RYRP esnasında pedikül kontrolünde hemostatik polimer klipler (Hem-o-Lok) kullanılabilir veya sütür ile bağlanabilir. Bu esnada RYRP’nin sağladığı manipülasyon avantajıyla prostat üretra yüzeyine dek NVD’den nazikçe sertbestlendirilebilmekte ve sinirsel yapılar mümkün olan en iyi şekilde korunabilmektedir.

Özellikle erken kontinansın sağlanmasında bir diğer kritik aşama vezikoüretal anastomozdur. Posterior kısımda yeterli ölçüde mukoza-mukoza yakınlaşması sağlanması anastomozda ayrılmanın ve sonrasında idrar kaçırmının meydana gelmemesi için büyük öneme sahiptir. 2003’de Van Velthoven ve ark. tanımladığı yöntemle anastomoz tek düğümlü sürekli sütürle yapılmaktadır. Sütür iki adet 18 cm uzunlukta monokril iğneli sütürlerin arka uçları düğümlenerek hazırlanabilir. Her iki sütür de geçildikten sonra, solda ve sağda mesane tarafından geçen kısımlar nazikçe çekilerek mesane posterioru ve üretra birbirine yaklaştırılır. Bu aşamada iki adet V-Lock sütür de kullanılabilir.

Tartışma

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

Sonuç

Erken evredeki prostat kanserinde RYRP her geçen gün artan sıklıkla kullanılmaktadır. RP’nin getirdiği morbiditelerden kaçınmak için RYRP’nin sağladığı teknolojik üstünlükler sonuna kadar kullanılmalıdır. Bu da ancak cerrahi tekniğin iyi bilinmesi ile mümkün olabilir.

VD16 VEZİKO-VAJİNAL FİSTÜL ONARIMI

AYDIN YENİLMEZ, İYİMSER ÜRE, ALİ ÜLGEN, ATA ÖZEN, BURAK ELMAĞAÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Amaç

Veziko-vajinal (V-V) fistül en sık görülen ürogenital fistüldür ve olguların hemen hepsinde tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi transvajinal, transvezikal ve transperitoneal yoldan uygulanmaktadır. Kliniğimizde V-V fistül nedeniyle transvajinal yoldan cerrahi tedavi uyguladığımız hastanın videosunu sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod

Elliiki yaşında bayan hasta altı ay önce total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi yapılan hastada postoperatif 15. günden sonra rektovajinal fistül geliştiği tespit edilmiş. Kolostomi açılmış ve postoperatif 3. Ayda laparoskopik kolostomi kapatılması esnasında mesanede ruptür oluşmuş. İntraoperatif ruptür tamir edilmiş ve bilateral JJ stent konulmuş. JJ stent çekildikten sonra vajenden idrar geldiği saptanmış. Veziko-vajinal fistül tanısı koyduğumuz hastaya transvajinal yoldan fistül onarımı uyguladık.

Sonuç

V-V fistül cerrahi tedavisinde transvajinal yaklaşım minimal invaziv ve etkin bir tedavi seçeneğidir.

VD17 VAJİNAL FLEP İLE TRANSVAJİNAL VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI

YUSUF ÖZLÜLERDEN, KÜRŞAT KÜÇÜKER, ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ, ZAFER AYBEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ A.D.

Giriş

Komplike olmayan vezikovajinal fistül onarımında transvajinal yöntem daha fazla tercih edilmektedir. Cerrahi onarım sırasında flep kullanımı cerrahinin başarısını arttırmaktadır.

Yöntem

Abdominal histerektomi sonrası oluşan vezikovajinal fistülün vajinal flep ile transvajinal vezikovajinal onarımı videosunun sunumu

Vaka Sunumu

46 yaşında kadın hasta abdominal histerektomi operasyonu olmuş(patoloji: benign) ve 2 ay sonra idrar kaçırma şikayeti başlamış. Yapılan değerlendirmede vezikovajinal fistül olduğu saptanmış ve foley sonda takılmış. 3 hafta sonra sondası çekilmiş fakat kaçırmaya devam etmiş. Sonrasında kliniğimize başvuran hastanın muayenesinde vajende fistül ağzı gözlemlendi. Yapılan bilgisayarlı tomografi sistografide mesanede vajene opak geçisi olduğu saptandı. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık ve radyasyon öyküsü olmadığı öğrenildi. Yapılan sistoskopide ureter orifislerinden uzak trigonun üzerinde ortta hatta 1 cmlik tek fistül ağzı izlendi. Bilateral retrograd pyelografide ek üreteral yaralanma saptanmadı. Ardından hastaya vajinal flep ile transvajinal vezikovajinal fistül onarımı yapıldı. Postoperatif 3. hafta sondası çekildi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ:

Vezikovajinal fistüllerin en sık nedeni histerektomi operasyonudur. Tek, çapı küçük, beraberinde ureter yaralanması olmayan ve daha önce radyoterapi öyküsü olmayan fistüller komplike olmayan fistüller olarak değerlendirilmektedir. Komplike olmayan fistüllerde transvajinal onarım komplikasyon oranının az olması ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle önerilmektedir. Gerekli olgularda flep kullanımı cerrahinin başarısını arttırmaktadır.

VD18 İATROJENİK BULBAR ÜRETRA DARLIĞINDA BUKKAL MUZOZAL GREFT İLE OGMENTE ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ

YUSUF ÖZLÜLERDEN , KÜRŞAT KÜÇÜKER , ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ , ZAFER AYBEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş

Anterior üretral darlıkların en sık lokalizasyonu bulbar üretradır. İatrojenik darlıklar bulbar üretra dalıklarının en sık 2. nedenidir. İatrojenik darlıklarında en sık nedeni TUR ve üretral kateterizasyondur. 2-4 cm arası bulbar üretra dalıklarında uygun hastalarda bukkal mukozal greft ile ogmente anastomotik üretroplasti tedavi seçeneklerinden biridir.

Yöntem

TUR sonrası üretra darlığı olan hastanın bukkal mukozal greft ile ogmente anastomotik üretroplasti videosunun sunumu

Vaka Sunumu

71 yaşında erkek hastaya Ekim 2016'da TUR-P operasyonu yapılmış ve hasta postoperatif 2. gün travmatik olarak sondasını çekmiş ve globa girmiş. Tekrar sonda takılamayan hastaya perkütan sistostomi takılmış. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan tetkiklerinde kreatinin: 0,9 mg/dl , PSA: 0,9 ng/ml, idrar tetkikinde nitrit +, bol lökosit saptandı. İdrar kültüründe Stenotrophomonas Maltophilia üremesi oldu. Uygun tedavisi verildi. Rektal muayenesinde prostat grade 1 benign saptandı. Yapılan retrograd üretrografide bulbar üretra seviyesinde üretradan geçiş olmadığı izlendi. Hastanın özgeçmişinde şizofreni ve Alzheimer hastalığı öyküsü olduğu öğrenildi. Şubat 2017'de hastaya yapılan üretroskopide bulbar üretra düzeyinde kör sonlanan üretra izlendi ve sistostomi hattından yapılan antegrad üretroskopide veru montanum distalinde kör sonlanan üretra izlendi. Ardından perineal insizyonla yapılan üretroliziste darlık bölgesi bulunarak proksimalden kesildi. Proksimal üretrakalıbrasyonunun normal olduğu izlendi. Distal üretrada ise yaklaşık 4 cm lik üretral false olan bölge izlendi. Segmentin uzun olması nedeniyle hastaya bukkal muzozal greft ile ogmente anastomotik üretroplasti yapıldı. Postoperatif 3. hafta sondası çekildi. İki hafta sonra yapılan üroflowmetride Q max: 19.1 ml/sn ve rezidüel idrar izlenmedi. Postoperatif üriner sıkışma tipi idrar kaçırması olan hastaya medikal tedavi başlandı ve takiplerinde ek problem izlenmedi.

Sonuç

TUR veya üretral kateterizasyon sonrası gelişen iatrojenik bulbar darlıklarda anastomotik üretroplastiye uygun olmayan hastalarda bukkal mukozal greft ile ogmente anastomotik üretroplasti üretra uzunluğunu koruması, komplikasyon oranının az olması ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle tercih edilebilir bir cerrahi yöntemdir.

VD19 İATROJENİK ÜRETRAL FİSTÜLDE BUKKAL MUKOZA İLE İKİ AŞAMALI JOHANSON TEKNİĞİ İLE ONARIM

YUSUF ÖZLÜLERDEN , KÜRŞAT KÜÇÜKER , ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ , ZAFER AYBEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI,

Giriş

Üretral fistüller en sık hipospadias cerrahisi sonrası görülmesine rağmen TUR cerrahileri sonrasında da oluşabilmektedir. Komplike üretral fistüllerde yeterli üretral destek dokunun bulunmadığı vakalarda bukkal mukoza greftleri onarım da tedavi seçeneklerinden biridir.

Yöntem

TUR sonrası üretra fistülü olan hastanın bukkal mukozal greftle iki aşamalı Johanson tekniği ile onarım videosunun sunumu

Vaka Sunumu

65 yaşında erkek hasta Ekim 2016 da TUR-P operasyonu olmuş ve sonrasında işeme sırasında penis gövdesinden idrar kaçırmaya başlamış. Yapılan değerlendirmede penis ventralinde geniş üretral fistül ağzı izlenmiş. Hastaya dış merkezde üroloji ve plastik cerrahi kliniği tarafından fistül onarımı yapılmış fakat sonrasında açıklık ilerleyerek meaya kadar uzanmış. Hasta üretral dokunun kötü olması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan tetkiklerinde kreatinin: 0,74 mg/dl , PSA: 0,4 ng/ml, idrar tetkikinde nitrit -, 1 lökosit ve 1 eritrosit saptandı. İdrar kültüründe üremesi olmadı. Rektal muayenesinde prostat grade 1 benign saptandı. Fizik muayenede penis ventralinde üretral meanın intakt olduğu izlendi ve proksimal üretral plate'in kötü ve onarımda kullanılamıyacak durumda olduğu saptandı. Yapılan retrograd üretrografide proksimal üretra normal izlendi. Hastanın özgeçmişinde HT olduğu öğrenildi. Şubat 2017 de penis deglove edildi, kötü üretral dokular sağlam üretraya kadar diseke edildi. Ardından bukkal mukozal greft hazırlanan bölgeye yerleştirildi (Johanson tekniği 1. seans). Graft iyileşmesi tamamlandıktan sonra Mayıs 2017'de konulan greft tubularize edildi ve yeni üretra oluşturuldu (2. seans). Postoperatif 3. hafta sondası çekildi. 2 hafta sonra yapılan üroflowmetride q max: 19.6 ml/sn ve rezidüel idrar izlenmedi.

Sonuç

Üretral fistül onarımında yeterli doku desteği bulunmayan vakalarda bukkal mukozal greft ile iki aşamalı Johanson tekniği tercih edilebilir bir cerrahi yöntemdir.

VD20 PANÜRETRA DARLIĞINDA ÇİFT BUKKAL MUZOZAL GREFT ÜRETROPLASTİ

YUSUF ÖZLÜLERDEN , KÜRŞAT KÜÇÜKER , ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ , ZAFER AYBEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş

Tekrarlayan panüretra dalıklarında bukkal mukozal greft üretroplasti tedavi seçeneklerinden biridir.

Yöntem

Sonda sonrası gelişen panüretra darlığı olan hastanın çift bukkal mukozal greft üretroplasti videosunun sunumu

Vaka Sunumu

64 yaşında erkek hasta Nisan 2016 da donör nefrektomi operasyonu olmuş ve yaklaşık 1 ay sonra idrarda zorlanma ve damla damla idrar yapma şikayeti olmuş. 3 kez üretral dilatasyon yapılmış fakat başarılı olmamış. Daha sonra glob vesicale gelişen hastaya perkütan sistostomi takılmış. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan tetkiklerinde kreatinin: 0,74 mg/dl , PSA: 0,4 ng/ml, idrar tetkikinde nitrit -, 1 lökosit ve 1 eritrosit saptandı. İdrar kültüründe üremesi olmadı. Rektal muayenesinde prostat grade 1 benign saptandı. Yapılan retrograd üretrografide meadan başlayan posterior üretraya kadar uzanan dar segment izlendi. Hastanın ek özellik saptanmadı. Nisan 2017 de hastaya yapılan üretroskopide meadan başlayan ve sfinterin 1 cm distaline kadar uzanan toplam 13 cmlık (6+7 cm) darlık segmenti izlendi . Perineal insizyonla bulbokavernöz kasın taraflı insizyonu, tek taraflı üretra diseksiyonu ve posterolateral insizyon ve dorsal gretleme (Kulkarni tekniği) ile aynı seansta çift bukkal mukozal greft üretroplasti ve meatoplasti yapıldı. Postoperatif 3. hafta sondası çekildi. 2 hafta sonra yapılan üroflowmetride q max: 24.2 ml/sn ve rezidüel idrar izlenmedi. Ek komplikasyon izlenmedi.

Sonuç

Panüretral darlıklarda bukkal mukozal greft üretroplasti komplikasyon oranının az olması ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle tercih edilebilir bir cerrahi yöntemdir. Ayrıca Kulkarni'nin tariflediği bulbokavernöz kasın korunduğu, üretranın teftaraflı diseksiyonunun yapıldığı ve dorsal greft konulan bu teknikte özellikle erektil fonksiyonlar postoperatif dönemde daha iyi korunmaktadır.

VD21 TRAVMA SONRASI GELİŞEN KISA BULBAR ÜRETRA DARLIĞINDA ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİYUSUF ÖZLÜLERDEN , KÜRŞAT KÜÇÜKER , ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ , ZAFER AYBEK*PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ***Giriş**

Anterior üretral darlıkların en sık lokalizasyonu bulbar üretradır. Bulbar üretra dalıklarının en sık nedeni idiopatik olmasına rağmen travma sonrası da görülmektedir. Travma sonrası oluşan 2 cm den kısa bulbar üretra dalıklarında anastomotik üretroplasti önerilmektedir.

Yöntem

Travma sonrası üretra darlığı olan hastanın anastomotik üretroplasti videosunun sunumu

Vaka Durumu

43 yaşında erkek hasta Aralık 2016 da ata biner tarzda düşme sonrası üretral yaralanması olmuş. İdrar yapamaması üzerine peruktan sistostomi takılmış. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan tetkiklerinde kreatinin: 0,94 mg/dl , idrar tetkikinde nitrit +, 5 lökosit ve 41 eritrosit saptandı. İdrar kültüründe 10⁶ koloni E. Coli üremesi oldu. Yapılan retrograd üretrografide bulbar üretra seviyesinden sonra geçiş izlenmedi. Sistostomiden opak verilerek yapılan kombine görüntülemeye 2 cm lik geçiş izlenmeyen üretral segment izlendi. Hastanın özgeçmişinde sağ nefrektomi (taşlı böbrek) ve penisilin allerjisi olduğu öğrenildi. Nisan 2017 de hastaya yapılan üretroskopide üretranın kör sonlandığı izlendi ve ardından perineal insizyon ile üretral diseksiyon yapıldı. Darlık bölgesi ve çevresindeki fibrotik dokular eksize edilerek anastomotik üretroplasti yapıldı. Postoperatif 3. hafta sondası çekildi. 2 hafta sonra yapılan üroflowmetride q max: 17.6 ml/sn ve 50 cc rezidüel idrar izlendi. Peroperatif ve postoperatif ek komplikasyon izlenmedi.

Sonuç

Travma sonrası gelişen kısa segment (≤2 cm) darlıklarda anastomotik üretroplasti komplikasyon oranının az olması ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle tercih edilebilir bir cerrahi yöntemdir.

VD22 DORSOLATERAL GREFT ÜRETROPLASTİBÜLENT ALICI, OKTAY DEMİRKESEN*FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL*

Bu videoda TURP sonrası düşük idrar akımı yakınması ile başvuran 52 yaşında bir erkek hastaya uygulanan üretroplasti ameliyatı gösterilmektedir. Üretra darlığı tanısıyla 1 yıl içinde 2 kez üretrotomi intern uygulanan hastanın üretrografisinde, 2 cm uzunluğunda bulböz üretral darlık saptandı. Perineal insizyon ile girilerek bulböz üretra serbestleştirildi. Darlık alanı üretral kateter b aracılığı ile bulundu ve tespit dikişleri konarak dorsolateral üretral insizyon yapıldı. Darlık alanı sağlam görünümlü dokuya kadar açıldıktan sonra darlık uzunluğu ölçüldü. 2x3 cm uzunluğundaki ağız mukozası grefti corpus spongiosuma sabitlenmesinin ardından darlık bölgesine dorsolateral olarak suture edildi. 18 F üretral katetermesaneyeye yerleştirildi ve üretra ventral olarak kapatıldı.

Dorsolateral Graft Urethroplasty

An urethroplasty is shown in this video, which was performed in a 52 years old male patient presented with a history of low urinary flow after TURP. He has undergone internal urethrotomy twice in a year with the diagnosis of urethral stricture. Urethrography showed a 2 cm bulbous urethral stricture. Through the perineal incision bulbar urethra is liberated. Stricture area is found with the help of urethral catheter and dorsolateral urethral incision is made after placement of anchoring sutures. After opening the stricture until the healthy tissue, the length of the stricture is measured. A 3X2 cm buccal mucosa is harvested and sutured dorsolaterally on strictured area after fixation of the graft on to the corpus cavernosum. A18 F silicone catheter is placed into the bladder and urethra is closed ventrally over the catheter.

VD23 TRAVMATİK BULBÖZ ÜRETRA KOPMASI “ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ”BÜLENT ALICI, OKTAY DEMİRKESEN*FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL*

69 yaşında erkek hasta sistofiksli olarak 3 ay önce geçirilmiş tekne kazası öyküsü ile başvurdu. Multipl pelvik kırıklar ve yumuşak doku kaybı nedeniyle birkaç ortopedik ve plastik ameliyat geçirdiği saptandı. Üretrografide proksimal üretrada tam kopma yaralanması olduğu saptandı. Perineal insizyon ile girilerek sağlam distal üretra bulundu ve yaralanma yerine dek diseke edildi. Bu bölgedeki fibrotic dokunun temizlenmesini takiben proksimal üretra suprapubik olarak geçirilen Benique sondası yardımı ile bulundu. Üretranın distal ve proksimal uçlarını birleştirmek için 6 adet anastomoz dikişi yerleştirildi. 16 F silikon üretral kateter yerleştirilerek anastomoz tamamlandı. Postoperatif 3 ayda yapılan üretrografi ve üretrosistoskopiyi içeren takipte sağlam üretra gösterildi.

Traumatic Bulbous Urethral Distraction Injury**“Anastomotic Urethroplasty”**

A 69 years old male patient presented with a suprapubic tube and a history of pelvic trauma due to a boat crush 3 months ago. He had pelvic bone fractures on multiple sites and soft tissue loss. He has undergone a few orthopedic and plastic surgeries. The urethrography has revealed a complete distraction of proximal bulbar urethra. Through the perineal incision distal intact urethra is dissected at the site of injury. After removal of fibrotic tissue, the proximal urethra is found with the help of a Benique sound inserted suprapubically. Six sutures are placed for the anastomosis of the proximal and distal end of the urethra. A 16 F silicone urethral catheter is placed and anastomosis is completed. The follow up consisted of a urethrography and urethrocystoscopy at 3rd month postoperatively which showed stable intact urethra.

VD24 TEKRARLAYAN KOMPLİKE VE UZUN ÜRETRA DARLIĞININ TEDAVİSİNDE DORSAL İNLAY BUKKAL MUKOZAL GREFT ÜRETROPLASTİ TEKNİĞİ

ADEM EMRAH COĞUPLUGİL, SAMİ UĞUZ, MESUT GÜRDAL

GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ SERVİSİ, ANKARA

Amaç

Bu videoda komplike ve uzun üretra darlığının tedavisinde dorsal inlay bukkal mukozal greft üretroplasti tekniği sunuldu. Yöntem: 62 yaşında erkek hastaya tekrarlayan bulber üretra darlığı nedeniyle retrograd üretrografi ile darlık uzunluğu ve yerleşimi doğrulanarak dorsal inlay bukkal mukozal greft üretroplasti cerrahisi planlandı. Bulgular: Perineal insizyon sonrası colles fasyası ve bulbospongiyöz kas insize edildi. Üretra ventral olarak sagittal planda insize edilerek çevre dokulardan serbestleştirildi. İnsizyonun proksimal ve distal kesiminin kalibrasyonu kontrol edildi. Üretral plate derin bir şekilde sagittal planda insize edilerek skarlı dokular eksize edildi. İnsize edilen üretral plate uzunluğu 10 cm olarak ölçüldü. Uygun uzunlukta bukkal mukoza alt dudak ve her iki yanaktan alındı. Hazırlanan bukkal mukozal greft üretral plate üzerine dorsal olarak sütüre edildi. Ardından 14 Fr silikon üretral kateter üzerinden üretra ventral olarak kapatıldı. Sonuç: Dorsal inlay bukkal mukozal greft üretroplasti, özellikle uzun ve komplike üretra darlıklarında uygulanan etkili bir cerrahi yöntemdir.

VD25 EKSTERNAL ÜRİNER SFİNKTER VE BULBERÜRETRAL ARTER KORUYUCU NON-TRANSECTİNG BULBOMEMBRANÖZ ÜRETROPLASTİ

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL¹, İSMAİL BAŞIBÜYÜK², YUNUS KAYALI³, AHMET METİN⁴

¹ÖNOL ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

²CİZRE DR. SELAHATTİN CİZRELİOĞLU DEVLET HASTANESİ, ŞIRNAK

³BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁴ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BOLU

Bulbomembranöz üretra darlıklarının en sık sebebi BPH nedeniyle uygulanan cerrahilerdir. Benign prostat cerrahileri sonrası internal üriner sfinkterin kaldırılması ile kontinansı eksternal üriner sfinkter sağlar. Normalde glans ve üretra hem dorsal penil arterden hem de bulbo-üretral arterden beslenir. Membranöz üretral darlıklarda sıklıkla transecting üretroplasti uygulanmaktadır. Transecting üretroplastide bulboüretral arter kesildiği için üretral beslenme glans penis üzerinden retrograd olarak dorsal ve bulboüretral arterler arasındaki anastomotik sirkumferansiyel arterler ile sağlanır ve bu durum korpus spongiosum ve glans peniste yeterli tūmesansın sağlanmasına engel olur. Bu videoda uygulanan non-transecting üretroplastide ise bulboüretral arter korunduğu için üretral iskemi ve hem üretral hem de glanüler tūmesansın devalılığının sağlanması amaçlanmıştır. Çalışmaya 2010-2017 tarihleri arasında non-transecting üretroplasti yapılan ve ortalama yaşı 57.6 olan 25 hasta alındı. Darlık nedeni 10 olguda transüretral prostat cerrahisi, 9 olguda idiopatik, 3 olguda proksimal hipospadias cerrahisi ve 3 olguda da BPH nedeniyle yapılan açık prostatektomi olarak belirlendi. Ortalama darlık boyutu 2.2 cm olarak belirlendi. Hastalar üroflowmetre ve antero-retrograd üretrografilere değerlendirildi. Litotomi pozisyonunda perineal ters Y insizyonla girilir ve bulber üretraya ulaşılır. Ventralde bulber üretra ile membranöz üretra bütünlüğü bozulmaz ve böylece bulbo-üretral arter korunmuş olur. Disseksiyonun tamamı dorsalden yapılır. Bulber ve proksimal penil üretra dorsalde korpus kavernozumlardan orta hatta tamamen mobilize edilir. Sistostomi traktından fleksible sistoskopi girilir mesane boynu gözlenir. 14-16 fr metal sondalar mesane boynundan perineye doğru gönderilir. Dorsalden bulbomembranöz üretra etrafındaki bütün fibrotik dokular temizlenir. Eksternal membranöz sfinkter gözlenir. Darlığın boyutuna göre metal sonda kılavuzluğunda dorsal bulbomembranöz vertikal sitriktürotomi yapılır. Sonrasında 4-5 adet Heineke Mikulicz süturları ile darlık tamamen giderilir. Uzun darlıklarda Heineke Mikulicz ile beraber ağız mukozası augmentasyonu yapılır. Altı hastada inferior pubektomi gerekli oldu. Beş vakada ise dorsal inlay bukkal mukozal greft uygulaması yapıldı. Olgulardan 19 tanesinin (%76) ortalama 20 aylık (9-52 ay) takiplerinde darlık gelişmedi. Yedi olguda ise gelişen darlık internal üretrotom ile açıldı. Hastaların preop üroflowmetrede ortalama akım hızları 5.4ml/sn iken postoperatif dönemde ortalama akım hızları 22.6 ml/sn olarak tespit edildi.

Sonuç

Üretral bütünlüğün korunduğu non-transecting üretroplastide bulboüretral arterin korunması ile hem üretral iskemi önlenmiş hem de glans ve korpus spongiosumun tūmesansı sağlanmış olur.

VD26 RADİKAL PROSTATEKTOMİDEN SONRA OLUŞAN KOMPLET OBLİTERE VESİKOÜRETRAL DARLIĞIN PERİNEAL YOLLA REKONSTRÜKSİYONU

ŞİNASI YAVUZ ÖNOL¹, İSMAİL BAŞIBÜYÜK², YUNUS KAYALI³, AHMET METİN⁴

¹ ÖNOL ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL

² CİZRE DR. SELAHATTİN CİZRELİOĞLU DEVLET HASTANESİ, ŞIRNAK

³ BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁴ ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BOLU

Prostatektomi sonrası oluşan mesane boynu darlığı önemli bir sorundur. Risk faktörleri; diyabet, obezite, ameliyat öncesi geçirilmiş TURP, kanama, idrar ektravazasyonu, büyük prostat ve kötü cerrahi teknik olarak sıralanabilir. Dilatasyon, endoskopik insizyon, TURBn, mitomisin enjeksiyonu gibi tedavilere cevap vermeyen olgularda açık rekonstrüksiyon zorunludur. Olguların üçte biri bu minimal invaziv yöntemlere cevap vermez. Tekrarlayan darlıklarda mesane boynu aşırı fibrotik, mesane ön duvarı simfisis pubis arka duvarına fiksedir. Mesane ön duvarının sağlıklı bir anastomoz için mobilizasyonu gerekebilir. Bu seride (video) perineal rekonstrüksiyonla uretranın tekrar mesane boynuna anastomoz edildiği teknik ve incelikleri sunulmaktadır.

Materyal-Metod

2009-2017 yılları arasında başarısız endoskopik girişim geçiren sistostomi uygulanmış dokuz hasta (ortalama yaş 62.9) opere edildi. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrası retrograd ve antegrad üretrosistografi ile değerlendirildi. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda sistostomi traktı 3-4 cmlik kesi ile genişletilip mesane ön duvarı simfisis pubisten serbestleştirildi. Antegrad sistoskopi ile orfistler gözlendi. Perineye ters y insizyonu yapılarak bulbomembranöz uretra ventralden serbestleştirildi. Gerekmedikçe central tendon (perineal body) korundu. Gerektiğinde ameliyatın ileri aşamalarında kısmen mobilize edildi. Böylece eksternal sfinkterin bütünlüğü ve bulbo uretral arterler korunmaya çalışıldı. Anterior uretra corporal cisimlerden ayrıldı. Intracural alan corporal bifurkasyondan başlayarak geniş bir şekilde diseke edildi. Dorsal ven ve arterler lateralize edilerek, 4 X 3 cmlik infeerior pubektomi yapıldı. Antegrad olarak mesane boynundan gönderilen metal sonda yardımıyla bütün fibrotik dokular insize ve eksize edildiler. Spatüle edilen uretra mesane boynuna 4 0 poliglaktin suture, (4-6 adet) anastomoz edildi. Foley 3-4 hafta sistostomi sondası 5-6 hafta tutuldu. Hastalar 1-3-6 ay takip edildi.

Sonuç

Ortalama 21 aylık izlemde (6-58 ay) 1 olguda kontinans sağlandı. 2 olgu minimal stres inkontinas ile yaşamını devam ettirmekte. 2 olguya artifisyel üriner sfinkter uygulandı. 2 olguda oluşan uretral darlık endoskopik yolla giderildi. Sololov-Badenoch pull-through urethroplasty yapılan hasta tamamen başarısız oldu.

Radikal prostatektomi sonrası endoskopik yaklaşımın başarısız olduğu açık rekonstrüksiyon gerektiren olgularda tek seçenek RE-DO uretrovesikal anastomozdur. Hastalar; başarılı ameliyat sonrasında bile idrarlarını hiç tutamayacakları Artifisyel sfinkter gereksinimi için tekrar ameliyat edilebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

VD27 TEKRARLAYAN KADIN ÜRETRA DARLIĞI TEDAVİSİNDE VENTRAL VAJİNAL GREFT İLE ÜRETROPLASTİ CERRAHİSİ

ÇAĞRI AKPINAR , ÖMER GÜLPINAR , EVREN SÜER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç

Rekürren üretra darlığı öyküsü bulunan ve görüntüleme yöntemiyle üretral daralma tespit edilen hastada ventral vajinal greft ile yapılan üretroplasti olgusunun sunulması

Hasta

Yıllardır sık idrar yolu enfeksiyonu, intermitan işeme paterni, idrar yolu enfeksiyonu olduğu dönemlerde idrar yaparken zorlanma, projeksiyonda azalma şikâyetleri nedeniyle kliniğimize başvuran 45 yaşındaki hastanın 1 kez üriner retansiyon şikayetiyle de acil servise başvurduğu öğrenildi. Yapılan üroflovetride maksimum akış hızının 4 ml/sn işenen hacmin 260 ml ve rezidü idrar hacminin 300 ml olduğu tespit edildi. Daha öncesinde 6 kez üretra dilatasyonu öyküsü bulunan hastaya üretroplasti planlandı.

Cerrahi Yöntem

Genel anestezi altında uygun örtünmeyi takiben litotomi pozisyonunda 9,5 F üreterorenoskopi ile girilerek darlık segmentinin yeri ve uzunluğu belirlendi. Takiben vajen ön duvarı ters U insizyon ile açıldı. Üretral mukozaya ulaşana dek corpus spongiosum keskin diseksiyonla ayrıldı ve üretral mukazaya ulaşıldı. Darlığın yeri 12 F sonda ile tam olarak belirlenip bu hızda üretral mukoza insize edildi. Sonda yardımıyla insizyonun proksimal ve distalinde darlık olmadığından emin olunduktan sonra üretral mukozaya 5/0 vikril askı sütürleri konuldu. Ardından vajen minor labiadan uygun büyüklükte greft alındı. Greftin üzerindeki yağ doku makas yardımıyla temizlendi. Greft, yine 5/0 vikril sütürler kullanılarak üretral mukoza hattına anastomoz edildi. 16 F silikon sonda takılıp üretraya irrigasyon mayı verildi. Sonda, ektravazasyon olmadığından emin olunduktan sonra mesaneye yerleştirildi. Corpus spongiosum iki kat olacak şekilde kapatıldı. Vajinal ön duvar ve greft alınan alanlar da kapatıldıktan sonra vajene bir adet antibiyotikli tampon yerleştirilerek işleme son verildi.

Bulgular

Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Üç hafta sonra üretrografi ile ektravazasyon olmadığı görüldükten sonra üretral sonda alındı. Ameliyattan üç ay sonraki kontrolünde idrarını rahat yaptığını belirten hastanın kontrol üroflovetride maksimum akış hızının 27 ml/sn, işenen hacmin 224 ml ve rezidü idrar hacminin 45 ml olduğu izlendi.

Sonuç

Endoskopik veya minimal invaziv tekniklere rağmen tekrar eden üretra darlıklarında üretroplasti güvenilir ve başarılı bir cerrahi yöntemdir. Özellikle sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan ve eşlik eden boşaltım tipi alt üriner sistem semptomları olan kadın hastalarda üretra darlıkları akılda tutulmalıdır.

VD28 YAPAY SFİNKTER İLE BİRLİKTE ŞİŞİRİLEBİLİR PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU**BÜLENT ALICI¹, OKTAY DEMİRKESEN¹, BURÇİN TUNÇ²**¹FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL²SURP PIRGIÇ ERMENİ HASTANESİ, İSTANBUL

54 yaşında erkek hasta sürekli idrar kaçırma ve sertleşme bozukluğu yakınmaları ile başvurdu. 5 yıl önce açık radikal prostatektomi ve pelvik lenfadenektomi ameliyatı geçiren hastaya postop 3. ayda pelvik radyoterapi, 6. ayda laparoskopik lenfoselektomi ve 12. ayda sağ nefrektomi uygulandığı belirlendi. Öyküsünde yakınmaları için önerilen 1. Ve 2. Basamak tedavilerden yanıt alamadığı saptandı. Penoskrotal insizyondan girilerek önce bulböz üretra serbestlenip kaf ölçüsü alındı. Daha sonra sağ ve sol korpus kavernozumlara şişirilebilir 3 parçalı protez yerleştirildi. Protez rezervuarı sol retziusa konuldu. Ardından yapay sfinkter kafı üretra çevresine konulup kilitlendi. Sfinkter rezervuarı ise önceki cerrahilere bağlı yapışıklıklar nedeniyle inguinal insizyondan girilerek sağ retziusa yerleştirildi. Skrotum orta hat cilt altına protez pompası, sağ lateral cilt altına sfinkter pompası konulup bağlantıları yapıldı.

VD29 TEK SEANS VE TEK KESİDEN PENİL PROTEZ VE ARTİFİSİYEL ÜRİNER SFİNKTER UYGULAMASI**ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL¹, İSMAİL BAŞIBÜYÜK², YUNUS KAYALI³, AHMET METİN⁴**¹ÖNOL ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL²CİZRE DR. SELAHATTİN CİZRELİOĞLU DEVLET HASTANESİ, ŞIRNAK³BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL⁴ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BOLU

Erektile disfonksiyon (ED) prematür ejakülasyondan sonra en sık görülen erkek cinsel fonksiyon bozukluğu olup “bir erkeğin en az 6 ay süre ile seksüel ilişki için yeterli penis ereksiyonunu sağlama ve/veya sürdürmede yetersizlik” olarak tanımlanmaktadır. ED’nin çoğunlukla kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, ateroskleroz, lipid bozuklukları, sigara içme, diyabetes mellitus, obezite, metabolik sendrom ve sedanter yaşam tarzı gibi risk faktörleri ile ilişkili vasküler bir patoloji olduğu ortaya gösterilmiştir. Bahsi geçen medikal problemlerin haricinde bilateral sinir koruyucu dahi yapılsa radikal prostatektomi başta olmak üzere pelvik cerrahiler gibi iyatrojenik nedenler de ED’nin ortaya çıkmasında rol oynayan önemli faktörlerdendir. Prostatektomi sonrası idrar kaçırma (PPI) benign prostat hastalıkları için uygulanan açık veya endoskopik prostat cerrahisinden ve prostat kanseri tedavisi için uygulanan radikal prostatektomi sonrası oluşabilen bir komplikasyon olup, hastaların yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu videoda radikal prostatektomi sonrası ortaya çıkan erektile disfonksiyon ve üriner inkontinans cerrahisinde aynı seansta penil protez implantasyonu ve artifisiyel üriner sfinkter implantasyonu gösterilmek istenmiştir.

Çalışmaya 2011-2017 tarihleri arasında radikal prostatektomi sonrası erektile disfonksiyon ve üriner inkontinans gelişen 4 hasta alındı. Tüm hastalar spinal anestezi altında ve supin pozisyonda hazırlandı. Sonrasında penoskrotal insizyonla girildi. Korpus kavernozumların dilatasyonunun ardından kavitelerin uzunluğu Furlow silindirleriyle ölçüldü ve boyuta uygun protez korpus kavernozumlarına yerleştirildi. Sonrasında pompa skrotuma, rezervuar ise retzius boşluğuna yerleştirildi. Ardından uygulanan diseksiyonla bulber üretraya en yakın olan üretra segmenti belirlendi ve çevre dokular ile korpus kavernozumlarından izole edildi. Bu üretra segmentinin çevre çapı ölçüldü ve genellikle bu değerin 0.5 cm fazlası bir değer yerleştirilecek üretral manşetin ideal boyutu olarak kabul edilerek üretral manşet yerleştirildi ve sonrasında pompa skrotuma, rezervuar ise retzius boşluğuna yerleştirildi ve tüm parçalar arasındaki ara bağlantılar birleştirilerek insizyonların kapatılması sonrası cerrahi işlem sonlandırıldı. Tüm olgular radikal prostatektomi komplikasyonu olarak opere edildi. Ortalama operasyon süresi 67 dk olup cerrahi esnasında hiçbir komplikasyon ile karşılaşmadı.

Radikal prostatektomi sonrası ortaya çıkan erektile disfonksiyon ve üriner inkontinans tedavisinde aynı seansta ve aynı kesiden penil protez ve artifisiyel üriner sfinkter yerleştirilmesi güvenli bir şekilde uygulanabilir.

VD30 PENİS KANSERİNİ TAKLİT EDEN MALİGN MELANOM**BÜLENT ALICI¹, OKTAY DEMİRKESEN¹, SÜLEYMAN ATAUS¹, BURÇİN TUNÇ²**¹FORTE ÜROLOJİ MERKEZİ, İSTANBUL²SURP PIRGIÇ ERMENİ HASTANESİ, İSTANBUL

66 yaşında erkek hasta ilk kez 6 ay önce glans penis üzerinde aralıklı kanayan kitle nedeniyle başvurdu. Deriyi ülser eden yaklaşık 3 cm'lik kirli beyaz sert düzensiz sınırlı tümöral lezyon görüldü. Penis ve alt batin MR'ında penis ½ distali ve glansı içeren tümöral kitle saptandı. Alt batin ve yüzeysel ingunal lenfadenopati görülmedi. Parsiyel penis rezeksiyonu, sağ ve sol yüzeysel lenf nod diseksiyonu yapıldı. Üretra kalan penis köküne ağızlaştırıldı. Patolojide cerrahi sınır negatif 3 cm çapında malin melanom, nodüler tip saptandı. Medikal onkolojik tedavi planlandı.

VD31 GENÇ ERKEKTE NADİR BİR AÜSS NEDENİ; ORTA HAT PROSTATİK KİST**OKTAY ÖZMAN, BERİN SELÇUK, EMRE BÜLBÜL, SİNHAİRİT ÇİTGEZ, ZÜBEYR TALAT, BÜLENT ÖNAL***CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI***Giriş**

Orta hat prostatik kistler çok sık görülmemekle birlikte otopsi serilerinde ve radyolojik taramalarda rapor edilmektedir. Nadir olarak genç erkeklerde alt üriner sistem semptomlarına neden olurlar.

Olgu

41 yaşında erkek hasta kliniğimize 2 yıldır devam eden idrar yaparken zorlanma şikayeti ile başvurdu. Alınan detaylı anamnezde hastada pollaküri, noktüri, PMR hissi ve orta-ileri derecede obstruktif semptomların mevcut olduğu görüldü. Silodosin tedavisinden fayda görmeyen hastaya yapılan parmakla rektal muayenede ++ adenom kıvamında prostat saptandı. Transabdominal ultrasonografide mesane doğaldı ve prostat santral zonda orta hatta prostatik üretraya komşu yaklaşık 1 cm çapında kist mevcuttu. Prostat volümü 40 ml idi. Üroflovetride maksimum idrar akım hızı (Qmax) 6,8 ml/sn saptandı. Postmiksyonel rezidü yoktu. Hastaya genel anestezi altında transüretral kist rezeksiyonu yapılarak kist duvarının serbest kısmı çıkarıldı. Patolojik incelemede dokunun yer yer benign üretelyum ile döşeli olduğu, subepitelyal alanda bazıları kistik dilate prostatik glandlar ve dilate kapillerlerin varlığı rapor edildi. İki hafta sonra kontrol vizitinde hastanın şikayetlerinin gerilediği ve üroflovetri bulgularının belirgin bir şekilde düzeldiği görüldü (Qmax: 21,4 ml/sn).

Sonuç

Nadir görülen prostatik kistlerin açıklanamayan alt üriner sistem semptomları olan genç hastalarda altta yatan neden olabileceği unutulmamalıdır. Semptomların varlığında transüretral rezeksiyon uygun ve kalıcı bir tedavi yöntemidir.

YAZAR DİZİNİ



A

A.AYDIN 44
ABDULLAH ÇIRAKOĞLU 14, 16, 45
ADEM EMRAH COĞUPLUGİL 72
ADEM SANCI 32, 33, 34, 64
ADİL ESEN 8
ADNAN ŞİMŞİR 27, 31, 36, 48, 61, 65
A. ELÇİ ATILGAN 44
AHMET ATICI 56
AHMET BİNDAYI 10
AHMET ERÖZENCİ 41
AHMET METİN 54, 62, 72, 73, 75
AHMET TAHRA 10
AHMET YÜCE 14, 16, 45
ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ 30, 37, 66, 67, 68, 69, 70
ALİ ÜLGİN 20, 54, 59, 66
ARDA NERMİN SÜMER 4
ARİF AYDIN 42, 56
ATA ÖZEN 21, 35, 59, 66
ATILLA KARAAALP 26
AYDIN YENİLMEZ 20, 21, 35, 43, 54, 59, 66
AYKUT AKINCI 32, 33, 34
AYKUT BAŞER 37
AYŞEGÜL KABANLI 4
AYŞEN MERT BENGİ 4

B

BARBAROS BAŞESKİOĞLU 20, 43, 54
BARIŞ ESEN 29
BERİN SELÇUK 76
BERKAN ŞİMŞEK 10
BİLGE SÖNMEZ 4
BİRGİ ERCİLİ 51
BORA İRER 8
BORA KÜPELİ 11
BÜLENT ALICI 59, 71, 75, 76
BÜLENT ÇETİNEL 17, 52
BÜLENT ÖNAL 17, 41, 51, 76
BURAK ARGUN 59, 61
BURAK ELMAAĞAÇ 43, 66
BURÇİN TUNÇ 75, 76

C-Ç

ÇAĞRI AKPINAR 29, 32, 33, 34, 60, 63, 74
CAVİT CAN 35
CEM BAŞATAÇ 58, 61
CEM BİLGİÇ 4
CEYHUN ÖZYURT 27, 31, 36, 48, 65
CİHAT ÖZCAN 22
CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜGİL 4

D

DUYGU KURTULUŞ 10

E

EKİN SABA 4
EMİR AKINCIOĞLU 65
EMRE BÜLBÜL 76
EMRE YOLDAŞ 21, 35
ENDER CEM BULUT 11, 12
ENGİN ÖZBAY 42
ERDAL BENLİ 14, 16, 45
ERDEM ÖZTÜRK 19, 22, 23, 24, 25, 40, 49

ERTUĞRUL ŞEFİK 47, 55, 58
ESAT KORGALI 13
EVREN SÜER 29, 33, 34, 63, 64, 74
EYÜP VELİ KÜÇÜK 10

F

FATİH BIÇAKLIOĞLU 11
FATİH ÖZCAN 4
FATİH TARHAN 26
FETHİ AHMET TÜREGÜN 17
FİKRİ OZAN ARSLAN 4
FUAT KIZILAY 27, 31, 36, 48, 65

G

GÖKHAN ÇEKER 46
GÜLÇİN ÖZKAN ONUR 4

H

HAKAN ŞEN 4
HALİL BAŞAR 19, 22, 23, 25, 40
HALUK AKPINAR 58, 61
HANDAN KARAHAN SAPER 4
HAŞMET SARICI 39
HÜLYA GÖRGÜN 4
HÜSEYİN GÜNTÜRKÜN 4

I-İ

İBRAHİM HALİL BOZKURT 47, 55, 58
İBRAHİM KELEŞ 39
İLKER BOLER 4
İLKER ŞEN 11, 12
İRFAN ŞAFAK BARLAS 11
İSMAİL BAŞIBÜYÜK 54, 62, 72, 73, 75
İSMAİL NALBANT 14, 16, 45
İYİMSER ÜRE 21, 43, 54, 59, 66

K

KASIM ÜNALAN 4
KERİM GÜNER TÜZÜN 4
KÜRŞAD ZENGİN 39
KÜRŞAT KÜÇÜKER 30, 66, 67, 68, 69, 70
KÜRŞAT ÖZKÖK 4
KUTAY TOPAL 39

M

M.BALASAR 44
MEHMET BALASAR 42
MEHMET BÜYÜKŞERBETÇİ 42
MEHMET GİRAY SÖNMEZ 42, 56
MEHMET HAMZA GÜLTEKİN 17, 41
MEHMET İLKER GÖKÇE 29, 32
MEHMET SERKAN ÖZKENT 56
MEHMET ÜNLÜSOY 4
MEHMET YİĞİT YALÇIN 9, 18, 50
MESUT GÜRDAL 72
METİN ONARAN 12
M.G. SÖNMEZ 44
M.S.TUZCU 44
MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU 41, 52
MUHAMMET GÜZELSOY 17
MUHAMMET MURAT DİNÇER 17
MURAT TOLGA 4
MURAT YAVUZ KOPARAL 12

MUSTAFA KARALAR 39
MUSTAFA ÖZGÜR TAN 12

N

N. AYDIN MUNGAN 46
NESRİN ÇAĞLAYAN DUMAN 26
NİHAN ZONÜZİ 4
NİLAY ETİLER 4
NURULLAH HAMİDİ 19, 22, 23, 24, 25, 40, 49, 60

O-Ö

OĞUZ MERTOĞLU 9, 18, 50
OKTAY DEMİRKESEN 58, 59, 61, 71, 75, 76
OKTAY ÖZMAN 52, 76
OLGUN GÖKTAŞ 4
ÖMER DEMİR 8
ÖMER ERDOĞAN 4
ÖMER GÜLPINAR 29, 32, 33, 34, 60, 61, 63, 64, 74
ÖMER LEVENT TUNCAY 37
ÖMER TAMER DOĞAN 13
ÖNDER CANGÜVEN 26
ORHAN TEKİN 4
OZAN BOZKURT 8

P

PINAR BİLGİLİ 4

R

REHA GİRGIN 46

S-Ş

SAİDE EDA CEBECİ 4
SALİH POLAT 47, 55, 58
SAMİ UĞUZ 72
ŞEHNAZ HATİPOĞLU 4
SEMA AYPOLAT KURTULUŞ 4
ŞENAY KOÇAKOĞLU 4
SENEM ASLAN 4
SERHAT ÇETİN 12
SERKAN ÖZCAN 42
SERPİL İNAN 4
ŞEVKET AKAR 4
SEZGİN YENİ 9, 50
SİBEL BAKTİR ALTUNTAŞ 4
ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL 54, 62, 72, 73, 75
SİN HARİB ÇİTGEZ 41, 51, 52, 76
SONGÜL ÖZKULA 26
S. ÖZCAN 44
SÜLEYMAN ATAUS 76

T

TAHA ÇETİN 9, 18, 50
TAHA NUMAN YIKILMAZ 19, 23, 24, 25, 40, 49
TAHA YIKILMAZ 22
TAHİR TUTAN 37
TARIK YONGUÇ 47, 55, 58
TEVFİK ÇETİN 39
TUNCER BAHÇECİ 36
TURAN ÖZDEMİR 48
TURGUT DÖNMEZ 20

U

UĞUR AFERİN 51
UĞUR BOYLU 10

V

VOLKAN ŞEN 8, 47, 55, 58

Y

Y.E. GÖGER 44
YEŞİM ÖNDER 13
YILDIRAY DEMİRCİ 4
YUNUS EMRE GÖGER 42
YUNUS KAYALI 54, 62, 72, 73, 75
YUSUF ÖZLEM İLBAY 9, 18, 50
YUSUF ÖZLÜLERDEN 30, 37, 66, 67, 68, 69, 70

Z

ZAFER AYBEK 30, 37, 66, 67, 68, 69, 70
ZAFER KOZACIOĞLU 9, 18, 50
ZÜBEYR TALAT 51, 76

flap  tour