

SORULAR:

- 1-)**Paraöretal kistler hangi bezlerin obstruksiyonu sonucu oluşur?, **2-)**Noniskemik priapizmde en sık yaralanan damar?, **3-)**İnmemiş testiste en sık uygulanan tedavi?, **4-)**Retroperitoneal fibrozisin en sık nedeni?, **5-)**Sınırlarını M.Oblikus Ekternus, M.Latissimus Dorsi ve Krista İliaca tarafından oluşturulan anatomik üçgen?, **6-)**Aterosklerotik damar hastalığı ve böbrek yetmezliğinden kuşku edilen bir yetişkinde böbrek kan akımını değerlendirmede en yararlı ajan?, **7-yatay-)**Prostat hacminin yüzde kaçını düz kas kitlesi oluşturur?, **7-dikey-)**Kavernöz cisimlerin venokluzif mekanizmalarını değerlendirmek amacıyla yapılan ayrıca intrakavernözöl basınçları ve salınım hızlarını ölçen test?, **8-)**BT'de gösterilemeyen taş türü?, **9-)**Prostat volümü ile..... arasında sıkı bir ilişki vardır?, **10-)**Enfekte olmayan idrarda en sık görülen mesane taşı içeriği?, **11-)**Akut idrar retansiyonu ve sıklıkla sırtta şiddetli bel ağrısının eşlik ettiği perinide his kaybıyla karakterize sendromun adı?, **12-)**Üretra kanserinin görülme sıklığı yüzde kaçır?, **13-)**Böbrekte arkuat, interlober veya segmental arterlerdeki çok sayıda küçük anevrizmalar hangi sistemik hastalık için patognomiktir?, **14-)**Türk Androloji Derneğinin şuanki başkanı olan hocamız kimdir?, **15-)**Adrenal benign tümörler ile malign tümörlerin ayırımında doğru boyut kaç cm'dir?, **16-)**En popüler kontinent üriner diversiyon formlarından biri?, **17-)**Penis fraktüründen sonra hematoma sadece penis shaftında lokalize kalıyorsa hangi fasyanın intakt kaldığı söylenebilir?, **18-yatay-)**Azoospermik bir hastanın anozmisi, bilateral atrofik testisleri ve düşük serum testosteron ve LH düzeyi mevcuttur. Bu hastanın infertilitesi için en uygun tedavi?, **18-dikey-)**Perineal fascia? **19-)**Aspergillozis hangi genitoüriner yapıya yatkınlık gösterir?, **20-)**Doktor elinin iki parmağını vagina içine yerleştirip üretrayı baskılamamaya çalışarak mesane boynunu pubis kemiğe doğru iterek yapılan inkontinans fizik muayene testi?, **21-)**Büyük ve küçük siatik foramenleri birbirinden ayıran ligaman?, **22-)**Batın arka duvarında bulunan median umbilikal ligament hangi yapının fibröz kalıntısıdır?, **23-)**Anjiyotensin-II güçlü bir vazokonstriksiyon olan anjiyotensin-II'ye dönüştüren enzim?, **24-)**Saf solüsyonlarda ne tip nükleasyon oluşur?, **25-)**Kronik obstrüksiyona optimal sperm kalitesi epididimisin hangi bölgesinde bulunur?, **26-)**Nonmikrocerrahi varikoselektominin en sık komplikasyonu?, **27-)**Dokuyu buharlaştırma ve suyunu çekme kavramlarının söz konusu olduğu endoskopik prostat cerrahisi?, **28-)**Stres inkontinans cerrahisinde en sık görülen komplikasyon?, **29-)**Disk hastalığına sekonder nörojenik işeme disfonksiyonunun en sabit ürodinamik bulgusu?, **30-)**Portekiz 2007 ESSM (European society for sexual medicine) kongresinde "Best Surgical Presentation" ödülünü alan hocamız kimdir?, **31-yatay-)**Erkek cinsel farklılaşmasından sorumlu olan temel gen?, **31-dikey-)**Çocuklarda belirlen mesane ve sfinkter disfonksiyonuna neden olup rekonstrüktif cerrahi gerekliliği oluşturan en sık tanı?, **32-)**Miksiyon bozukluklarının değerlendirilmesinde en kesin teşhis yöntemi?, **33-)**Yüksek ozmolar kontrast ajanların toksisitesi hangi fiziksel karakteristiğine bağlıdır?, **34-)**Kromozom 11 mutasyonu wilm's tümörlü hastalarda en sık hangi durumla birlikte bulunur?, **35-)**Pediyatrik mesane augmentasyonu ile ilgili yayınlanan raporların çoğunda kapasite ve kompliansta bağlantılı problemlerin yaşama olasılığı en düşük olarak hangi bağırsak segmenti belirtilmiştir?, **36-)**Von-Hippel Lindau sendromu tümör baskılayıcı proteini, RCC için biyolojik saldırganlık mediatörü de olan hangi mediatörün artışına yol açar?, **37-)**Saf seminoma tanısı almış bir olguda yüksek AFP düzeyi komponentin varlığına işaret eder ve spesmenin yeniden değerlendirilmesini gerektirir. **38-)**Renal arteriyel anevrizmanın en sık tipi?, **39-)**Monoseptomatik enürezis noktürnada en etkili tedavi?, **40-)**Üreteroselli çocukta en sık görülen sistografi bulgusu?, **41-)**Laparoskopik adrenaletominin kesin kontrendikasyonlarından biri?, **42-)**Sertoli hücre fonksiyonun düzenlenmesinde merkezi role sahip hormon?, **43-)**Şiddetli hidronefroz multistik renale displastik böbrekte ayırtmada kullanılabilecek ,renal fonksiyonu belirlemede yardımcı en iyi ajan?, **44-)**Paravaginal onarım hangi tip defektlerin düzeltilmesinde kullanılabilir?, **45-)**Proksimal kıvrımlı tübüllerden kaynaklandığına ve çevre oluşumları istila etme veya metastaz yapma eğilimi göstermediğine inanılan, makroskopik olarak santral yıldızlı fibrotik bir nedbe içerebilen renal tümör?, **46-)**Böbrekte fosfat geri emilimini düzenlemede sorumlu hormon?, **47-)**Renal piramidlerin tabanında, interlober arterlerden ayrılan arteriyel dallar?, **48-)**Ailesinde kalsiyum oksalat taşı hikayesi olan 4 yaşında bir erkek çocukta sol renal pelviste hidronefroz olmaksızın 12 mm çapında taş saptanıyor. Daha önce hiç idrar yolu operasyonu geçirmemiş. Bu taş yapılacak ilk adım tedavi?, **49-)**Infant ve çocuklarda en sık görülen testis tümörü?, **50-)**Testis biopsisi alınırken testisin arteriyel yapısına en az zarar verecek olan bölge?, **51-)**PCNL'de triangulasyon hangi oluşuma ulaşmada tercih edilir?, **52-)**Tümör yükünün fazla olduğu durumlarda aşıllardan daha fazla etkin olduğu düşünülen, tümör reaktif T hücrelerinin aktarımı olarak tanımlanan tedavi yöntemi?, **53-)**Vezikoureteral reflü ile ilişkili renal displazi anlamına gelen ve yalnızca posterior üretra kapakçıkları olan çocuklar için kullanılan sendromun adı?, **54-)**Damlama, dizüri, disparoni (3D semptom üçlemesi) hangi kadın hastalığının her zaman bulunan semptomu olarak ileri sürülmüştür?, **55-)**Azoospermik erkekte ejakülator kanal obstruksiyonu olup olmadığını gösteren en iyi diagnostik test?, **56-)**Özel bir sistemle radyofrekans enerjisinin iğneler vasıtasıyla direkt olarak uygulanması ile prostat dokusunda, 100 santigrad derece üzerinde bir sıcaklık sonucunda koagülasyon nekrozu oluşturan endoskopik prostat cerrahisi? **57-)**En önemli bakteriyel virülans faktörü?, **58-)**Wilms tümörü, aniridi, genitoüriner anomali ve zeka geriliğinin birlikte bulunduğu sendrom?, **59-)**Distal renal tübüler asidozda böbrek taşı oluşumuna neden olan en önemli metabolik faktör?, **60-)**Nöroblastomda hangi onkojenin amplifikasyonu kötü prognoz işaretidir?, **61-)**Fosfodiesteraz inhibitörleri hangi molekülün yıkımını inhibe ederek düz kas gevşemesine neden olur?, **62-)**Detrüsr-sfinkter dissinerjisi olan bir hastada nörolojik kontrol hangi seviyede kaybolmuştur?, **63-)**Hangi genin heterozigotesinin kaybı RCC gelişimine zemin hazırlar?, **64-)**Hangi lokalizasyonda gözlenen veziko-vajinal fistül, "komplike" sınıfa girer?, **65-)**Renal onkositom, histopatolojik olarak en çok hangi tip histolojik böbrek tümörü ile karışır?, **66-)**Membranöz üretranin her iki tarafında, fasyal tabakalar ile ürogenital diyafram arasında derin perineal bölgede yer alan bezler?, **67-)**Üreterik tomurcuk ve metanefrik blastemin yetersiz ilişkisi, etkileşimi hangi renal malformasyona neden olur?

CEVAPLAR 12. SAYIDA YAYINLANACAKTIR.

ÜROLOJİ DERNEĞİ TÜRK



SAYI 11 / ŞUBAT 2009

2 AYDA BİR YAYINLANAN TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ YAYINIDIR.

uroturk@uroturk.org.tr



TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ
SAMSUN
KARADENİZ ÜROLOJİ DERNEĞİ

“ TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ SAMSUN OFİSİ AÇILDI ”



ÜROTÜRK SAYFA 3 >>

AVRASYA'DA ÜROLOJİNİN GELECEĞİ

Prof. Dr. Ateş Kadioğlu

Avrupa ve Asya kıtalarını ortak bir kelimeyle ifade eden Avrasya, aynı zamanda insanlık tarihinin de büyük bir kısmının yaşandığı yerdir. Yaklaşık 54 milyon kilometrekarelik yüzölçümü ile dünya üzerindeki en büyük kara parçası olup dünya nüfusunun %71'i bu bölgede yaşamaktadır.

Toprak parçasının batı sınırını oluşturan Avrupa devletleri Asya kıtasındaki devletlere göre gelişme süreçlerini tamamlamış ekonomide olduğu gibi bilim ve eğitim alanında da Asya ülkelerine önemli üstünlük sağlamışlardır.

UNESCO 2009 istatistiklerine göre Asya'daki erişkin nüfus okur-yazarlık oranı %82,11 iken Avrupa'da bu oran %99,21'dir (**Tablo-1**). Benzer şekilde gelişmişliğin ve bilgi üretiminin önemli göstergelerinden olan Araştırma Geliştirme Faaliyetlerine (AR-GE) Avrupa ülkelerinde oldukça yüksek oranda önem verilirken Asya ülkelerinde bu faaliyetler daha düşük olduğu ve özellikle Orta Asya'daki AR-GE faaliyetlerinin son derece yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. (**Şekil-1**).

Üroloji alanında bilgi üretim faaliyetleri incelendiğinde yine Avrupa ülkelerinin üstünlüğünü gösteren sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Web of Science aracılığıyla SCI Expanded'da indekslenmiş dergiler arasında son 5 yılı içeren ve ülkelere göre yapılan üroloji-nefroloji alanındaki sorgulamada; Avrupa'da toplam 30,527 yayın yapılmış ve bu yayınlar 90,984 atıf sayısına ulaşmışken, Asya'daki yayın sayısı 8,572 atıf sayısı ise 20,373 de kalmıştır. Veriler ülkeler bazında değerlendirildiğinde Asya'daki en aktif ülkenin Japonya olduğu görülmekte, buna rağmen Japonya'nın Avrupa ülkeleri arasındaki yeri ancak 8.'lik olabilmektedir. Aynı incelemede Avrupa'daki en üretken ülkelerin sırasıyla İtalya, Almanya, İngiltere

Tablo 1

Genç(15-24) ve genel(15+) nüfustaki okur-yazarlık oranları
(Kaynak: UNESCO, Institute for Statistics, 2009)

DATA	Genel nüfustaki okur-yazarlık oranları(%)	Genç nüfus okur-yazarlık oranları(%)
YIL	2005-2007	2005-2007
BÖLGE		
UNESCO:		
Dünya	83,86	89,08
UNESCO:		
Asya	82,11	89,74
UNESCO:		
Avrupa	99,21	99,61

olduğu, dördüncülüğü ise ülkemizin aldığı görülmektedir (**Şekil-2**).

Sonuçlardan da anlaşılacağı gibi Avrasya kara parçasının her iki ucunda gelişmişlik ve bilgi üretimi yüksek iken Orta Asya'da kaynaklar ve bilgi üretimi sınırlıdır. Üroloji eğitimi açısından Orta Asya ülkeleriyle Avrupa karşılaştırıldığında Avrupa da en kısa üroloji eğitimi 5 yıl iken Orta Asya ülkelerinde bu sürenin ortalama 3 yıl olduğu görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde Orta Asya ülkelerinin çoğunluğu yakın zamanda kurulmuş akademik birikim ve eğitim kaynakları açısından yetersiz ülkelerdir.

Bununla birlikte gelişmeye açık olan bu ülkelerdeki ürolog meslektaşlarımız gelecekte, eğitim ve bilgi üretimlerine destek bulacakları ve kendilerini daha iyi ifade edebilecekleri platform arayışına gireceklerdir. Sonuçların da gösterdiği gibi, bilgi üretme faaliyetlerinde Avrupa'daki üretken ülkelerden olan Türkiye'nin, sosyal, kültürel ve tarihi bağlarının bulunduğu Orta Asya ülkelerindeki eğitim faaliyetlerinin içinde olması ve Avrupa'da üretilen bilginin bu bölgeye taşınmasında aktif olarak rol alması gereklidir.

Bu gerçeği göz önüne alan Türk Üroloji Derneği, eğitim faaliyetlerinin uluslararası bir boyut kazanması ve Türk dili konuşulan ülkelerle işbirliği

politikası kapsamında 17-18-19 Haziran 2010 tarihlerinde Azerbaycan ürologları için Bakü'de TÜD Hazırlık kursuna benzer bir kursun düzenlenmesi planlanmıştır. Ayrıca Türk Üroloji Derneğinin bölgesel etkinliğini artırmak, çevre ülkelerle işbirliğini güçlendirmek ve Avrupa ve Asya arasındaki coğrafik köprü konumunu bilimsel ve akademik alana taşımak amacıyla Avrasya olarak anılan bölgedeki ülkelerin katılımıyla bir üroloji zirvesi düzenlenmesi planlanmıştır. Zirve tarihi Mayıs 2010 ve yeri Moskova Rusya olarak belirlenmiş olup bölge ülkeleri üroloji temsilcileriyle temasa geçilmiş ve zirvenin düzenlenmesi konusunda görüş birliğine varılmıştır.

Bu bölgedeki ürologların uluslararası platformda kendilerini ifade edebilmeleri amacıyla 2010 EAU Kongresinde Orta Asya'daki ülkelere yönelik olarak "Urology Beyond Europe -Session of the European Association of Urology (EAU) and Central Asia" isimli bir toplantı düzenlenmesi kararlaştırılmış ve toplantı akademik ön-programı Türk Üroloji Derneğince belirlenerek EAU yönetim kuruluna bildirilmiştir.

Türkiye'deki ürolojik faaliyetlerin, meslek örgütü olarak düzenleyici ve destekçisi olan Türk Üroloji Derneği, ulusal sorumluluğunun bilinciyle, uluslararası alanda Türk ürolojisini daha ileriye taşımak için gerekli adımları atmaya kararlılıkla devam edecektir.

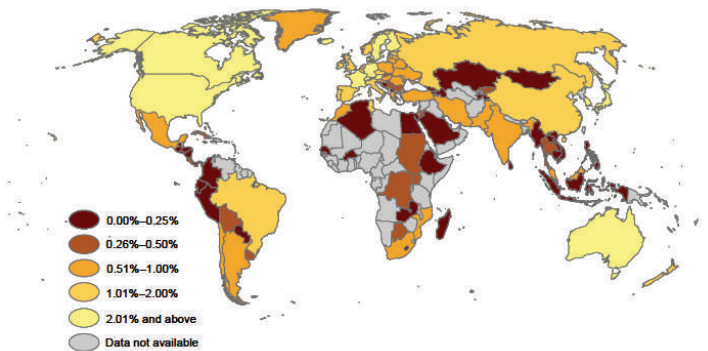
(Şekil-2).

Üroloji'de Aktif Ülkeler

Avrupa			Asya		
Ülke	Yayın Sayısı	Atıf Sayısı	Ülke	Yayın Sayısı	Atıf Sayısı
İtalya	3450	9475	Japonya	2221	4562
Almanya	3120	6837	Tayvan	1193	3008
İngiltere	3054	7319	İsrail	982	4189
Türkiye	2807	5378	Güney Kore	925	937
İspanya	2570	4954	İran	649	650
Fransa	2529	5806	Hindistan	609	525
Hollanda	2470	8021	Hong Kong	416	2151
Belçika	1303	7049	Çin	406	1203
İsviçre	1298	7303	Tayland	218	489

Web of Science, SCI Expanded, Urology & Nephrology, Last 5 Years, Address [Country]

Gross domestic expenditure on R&D as a percentage of GDP, 2007 or latest available year



Source: UNESCO Institute for Statistics, September 2009

(Şekil-1).

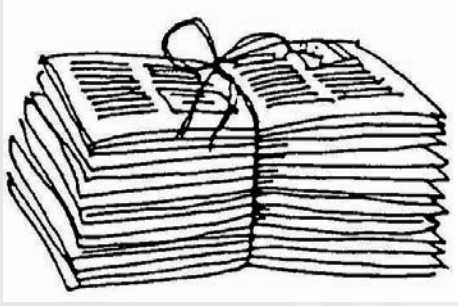
2010 YILINDA ÜROTÜRK

Dr. Murat Dinçer
Dr. Kenan Korkmaz

Sevgili arkadaşlar

Yeni yılın/onyılın ilk sayısı sizlerle beraberiz, yeni yıl tam gün tartışmalarıyla başladı, umarız sonuçta hem bizi hem de hastalarımızı tatmin edecek bir noktaya ulaşılır.

Derneğimiz ve diğer alt branş üroloji dernekleri tam gün yasalaşma sürecinde elinden gelen katkıyı sağladı. Ne yazık ki bu süreçte, hekimler olarak haklarımızı savunmak ve kendimizi halka anlatmak konusunda başarılı olmadık, ancak birbirimizi karalamak ve kovalamak konusunda ise son derece başarılı olduk!



Geçen ay derneğimizin Karadeniz bürosu açıldı, İstanbul'a uzak meslektaşlarımızın kolay ulaşma ve iletişim kurma, çalışma yapma ve yapılan çalışmalarına katılmalarını amaçlayan büromuzu açılış fotoğraflarını ve yerini bu sayımızda bulabilirsiniz.

Bilimsel toplantılarla ilgili izlenim yazıları ve bilimsel makale özetleri artık standart bölümlerimiz oldu, bulmaca ve sanat yazılarına bu sayıda Manavgat'tan bir meslektaşımızın trajikomik yazısını ekledik, sosyal içerikli yazılarımız sizin katkılarınızla daha da büyüyecek.

Kongre sezonu da mart ayında 5. Avrasya Androloji zirvesiyle Ukrayna-Kiev'de başlayıp, Barselona'da 25. Avrupa Üroloji Kongresiyle devam ediyor, bunlar ve diğer toplantılarla ilgili izlenimleri gelecek sayımızda paylaşmak üzere saygılarımızı sunar, esenlikler dileriz.



uroturk@uroturk.org.tr

KAPAK KONUSU

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ SAMSUN OFİSİ AÇILDI

2006 yılında kurulmuş olan Karadeniz Üroloji Derneği, Türk Üroloji Derneği tarafından sağlanan finansal katkı ile Samsun'da satın alınan dernek bürosunun açılışını resmen yaptı.

140 metrekare alanda 35 kişilik konfrans salonu, mutfak, başkan odası, sekreteryaya ofisi ve 1 adet banyo tuvaleti olan ofisimiz, 09 Ocak 2010 cumartesi günü 'Aile hekimleri ve Pratisyen Hekimler İçin Güncel Üroloji Kursu'ndan sonra düzenlenen törene Türk Üroloji Derneği yönetim kurulu başkanı Dr. Ateş Kadioğlu, Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu, Dr. Bülent Semerci, Dr. Hakan Kılıçarslan katıldılar. Açılış Konuşmasını yapan Dr. Kadioğlu, Kurtuluş Savaşı mücadelesinin başladığı şehirde bulunmaktan duyduğu mutluluğu ifade ederek Anadolu'da Türk Üroloji Derneğinin şubeleşme çalışmalarının giderek artacağını bildirdi.

Daha sonra söz alan Karadeniz Üroloji Derneği başkanı Dr. Ramazan Aşçı, yeni dernek ofisinin de faaliyete geçmesiyle, orta Karadeniz bölgesinde çalışan üroloji uzmanlarının daha rahat buluşabilecekleri, bilimsel faaliyetlerin daha etkin yürütülebileceği bir büroya sahip olmaktan duyduğu mutluluğu ifade etti.

Bilimsel ve sosyal bakımdan dinamik sürecin artarak devam edeceğini ifade eden Aşçı, dernek ofisinin satın alınarak Karadeniz Üroloji Derneğinin kullanımına tahsis eden, Türk Üroloji Derneği yönetim kuruluna teşekkür ederek konuşmasını sürdürdü. Dr. Aşçı, akademik takvim boyunca üroloji ve üroloji dışındaki tıp branşlarına yönelik yerel toplantıların düzenli olarak devam ettiğini, bunun yanı sıra Karadeniz bölgesinin farklı şehirlerinde de bilimsel toplantılar düzenleyerek faaliyetlerine devam edeceklerini bildirdi.

Karadeniz Üroloji Derneği sadece yönetim kurulu üyelerinin değil, bütün bölge ürologlarının bilimsel faaliyetlerine tam destek verme misyonundadır.

Sadece akademik üyeler değil, kamuda ve özel sağlık sektöründe de görev yapan hekimlere sorumluluklar vererek bilimsel heyecanın paylaşımına önem vermektedir.



BÖLGELERDEN HABERLER

Türk Üroloji Derneği Doğu Anadolu Şubesi 3. Bilimsel Toplantısı

Prof Dr. Güray OKYAR (Başkan)
Prof Dr. İrfan ORHAN (2. Başkan)
Türk Üroloji Derneği Doğu
Anadolu Şubesi



Türk Üroloji Derneği Doğu Anadolu Şubesi bünyesinde üçüncüsü düzenlenen "Bilimsel Toplantı" 26 Aralık 2009 Cumartesi günü yapılmıştır. "Çocuk Ürolojisi Güncelleme" konulu toplantıya Doğu Anadolu Bölgesine bağlı 5 Tıp Fakültesi ve 9 il devlet hastanelerinde görevli öğretim üyesi, uzman doktor araştırma görevlisi seviyesinde 72 doktor katılmıştır.

Toplantı açılışında Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Selçuk ATAMANALP bir konuşma yapmıştır. Son derece başarılı ve doyurucu geçen bilimsel toplantının ilk oturum başkanlıklarını Dr. Güray OKYAR ve Dr. İrfan ORHAN yönetmiş, bu oturumda Dr. Yılmaz AKSOY, "Antenatal Hidronefrozu Çocuklara Doğum Sonrası Ürolojik Yaklaşım" Dr. Selçuk YÜCEL ise "Veziköretal Reflüler ve Submukozal Madde Enjeksiyonları (STING)" konulu sunumlarını yapmışlardır.

İkinci oturumda Dr. Azam DEMİREL ve Dr. Bedii SALMAN oturum başkanlıklarını yönetmiş olup, bu bölümde Dr. Cankon GERMİYANOĞLU "Çocukluk Çağı Skrotal Patolojiler, Tanı ve Tedavi Yöntemleri" konulu sunumunu yapmıştır. Katılımcılar Atatürk Üniversitesi Konukevi'nde akşam yemeği ile günü sonlandırdılar.

Toplantı sırasında video kaydı, Atatürk Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Sinema ve Televizyon Bölümü Araştırma Görevlileri tarafından yapılmıştır.



BÖLGELERDEN HABERLER

Samsun Vezirköprü Devlet Hastanesinde SILS Üreterolitotomi

Op. Dr. Mehmet Çetinkaya
Op. Dr. Kadir Önem



Son yıllarda laparoskopik cerrahinin üroloji alanında hızla yaygınlaşması ve dünya çapındaki operasyonlara paralel ülkemizde de bu laparoskopik ürolojik cerrahinin yapılması umut verici ve sevindiricidir.

Bilindiği üzere görüntüde iyi bir büyültme, cerrahi insizyonun açık cerrahiye göre az olması, hastaların postoperatif dönemde ağrısının daha az olması ve daha az miktarda ve dozda ağrı kesici kullanma gereksinimi, hastanın erken mobilize olması ve erken hastaneden çıkışı laparoskopik cerrahinin önemli avantajları arasındadır.

Single Incision Laparoscopic Surgery (SILS) dünya çapında çok yeni kullanılmaya başlanan bir laparoskopik cerrahi yöntemdir.

SILS temel olarak yaklaşık 1.5-2 cm lik tek delikten girilerek özel bir portun yerleştirilmesi, optik ve özel artiküler aletlerin bu özel porttan geçirilerek kullanılmasını kapsamaktadır.

Port üzerindeki çalışma elemanları delikleri cerrahin tercih ve cerrahinin gereksinimine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

SILS operasyonları için gerekli teleskop 5mm ve bağlantılarının kameranın üstünde değil de devamında olması aletlerin dışarıda çarpışmaması ve 10 mm lik portun diğer aletler tarafından kullanılmasına izin vermesi açısından önemlidir.

5mm lik teleskopta kullanılan görüntü kontrol sisteminin high definition bir sistem olması ise 5mm lik teleskoptan çok daha iyi kaliteli görüntü almasını sağlayacak ve 10mm'lik teleskoba ihtiyacı azaltacak ve çalışma elemanları için cerraha diğer portları kullanma imkanı verecektir. SILS sırasında kullanılan çalışma elemanları SILS için uygun olarak dizayn edilmiş artiküler aletlerdir. Uç kısmı 260 derece dönebilen ve rotasyona uygun olan bu aletlerin uygun bükülme noktalarında kilitleme mekanizmaları bulunmaktadır. Normal laparoskopide

Samsun Vezirköprü



Tek port'un yerleşim şekli



Ümblikustaki tek porttan çalışma aletlerinin sokulması



yapılmayan manevraları bu mekanizma ile yapmak mümkündür.

Teknik olarak SILS'te sağ elle tutulan aletin ucu sol taraftadır ve artiküler uç kısmı sağa doğru bükerek çalışılabilir. Sol taraf içinde aynı şekilde sol elle tutulan aletin ucu sağ taraftadır ve ucu sol tarafa doğru bükülerek çalışılır.

Aletlerin bu şekilde çapraz olması ve uçlarını bükerek çalışma cerrah için laparoskopiden daha fazla bir el becerisi ve daha iyi bir koordinasyon gereksinimini gerektirmektedir.

Son zamanlarda kullanılmaya başlanan ve ülkemizde de temin edilebilen bu sistemi üreterolitotomi operasyonu için kullanmayı amaçladık. Vezirköprü Devlet Hastanesine başvuran 78 yaşındaki hastanın 3cm sol proksimal üreter taşı tespit edildi ve SILS üreterolitotomi yapılmasını karar verildi.

Hasta genel anestezi ile 45 derece sol flank pozisyonuna alındı. Umblikus sol yanından 1.5 cm kesi ile açık yöntemle batına girilerek özel port (Olympus asc triport) ittiricisi ile yerine oturtuldu daha sonra özel portun plastik kısmı çekildi ve kesildi.

Portun kendine ait gaz giderinden 12mmHg basınca ayarlı insuflatör aracılığı ile pnomoperitonyum oluşturuldu. 30 derece 5mm high definition teleskop ile laparoskopi yapıldı. Artiküler aletler ve 5mm ligasure ile tolt hattı kesildi ve kolan devrildi.

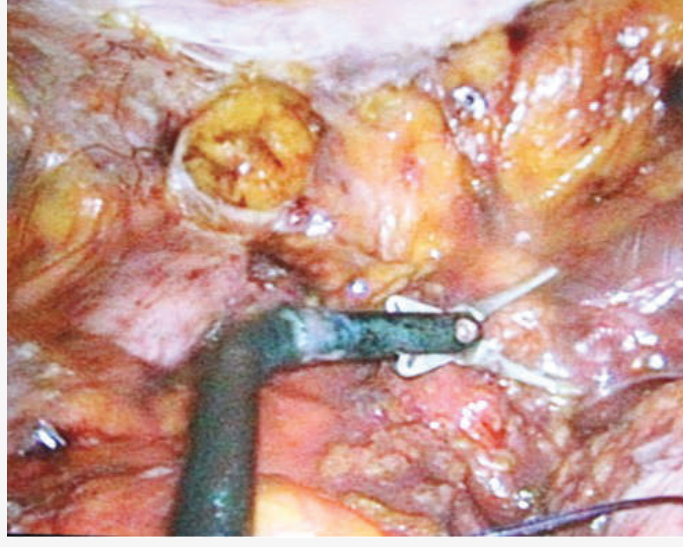
Daha sonra psoas görüldü ve üreter bulunarak proksimale doğru diseke edildi ve taşın olduğu segment bulunarak taş hissedildi. Bu esnada batına iğnesiz vicril port deliğinden içeri atılıp üreterin altından geçirilerek serbest her iki ucu Carter Thomason iğnesi ile cilt dışına alınarak üreter askıya alındı.

Artiküler makasla üreter açıldı ve taş doğurtularak çıkarıldı daha sonra taş içeri gönderilen organ torbasına konuldu.

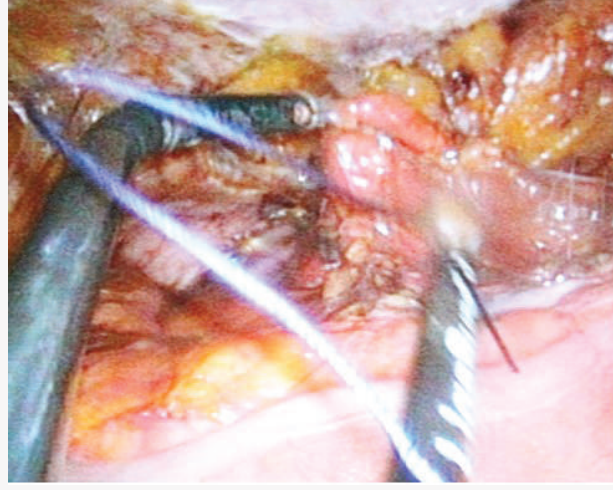
Üretere 4/0 vicril ile 3 adet sütür atıldıktan sonra 1 adet silikon dren konuldu ve portla beraber endobag vucut dışına alındı. 1.5 cm port deliğine birer adet fascia ve cilt dikişi konularak kapatıldı. Hasta litotomi pozisyonuna alındı. Sol üretere skopi ve üreteroskopi eşliğinde 6Fr-28cm double j stent konuldu.

Toplam operasyon süresi 3.5 saat olarak kaydedildi. Hastanın dreni postop 1. günde 150cc 2. günde 30cc çalıştı ve postoperatif 2. günde hasta dreni alınarak eksterne edildi. Hastanın Double J stenti post-op 4.haftada alındı. Kontrollerinde böbrekteki grade 3 hidronefrozun normale döndüğü saptandı.

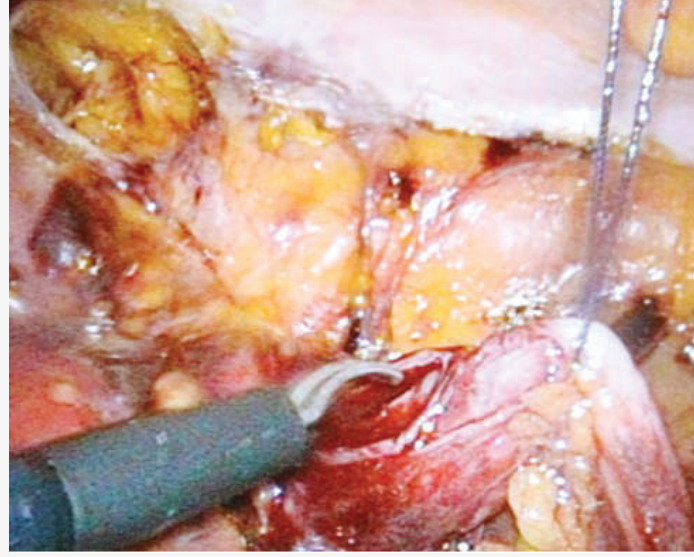
Laparoskopik ve SILS üreterolitotomide açık cerrahiye göre hastalar erken dönemde hastaneden çıkarılabilmektedir.



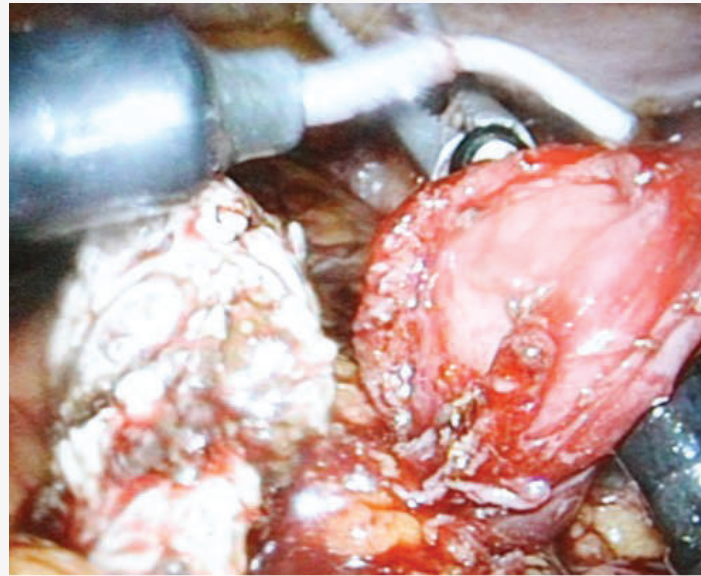
Artiküler maryland



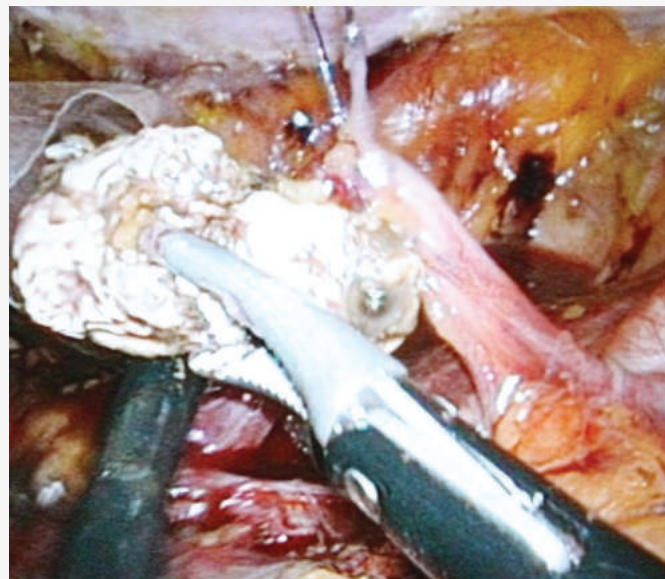
Üreterin askıya alınması



Üreterotomi insizyonu



Taşın üreterden çıkartılması



Taşın içeri atılan torbaya konulması

SILS üreterolitotomi insizyonu açık ve laparoskopik üreterolitotomiye oranla oldukça küçüktür. SILS üreterolitotomide bu insizyon diğerlerine oranla en küçüğüdür. Üreterorenoskopik olarak tedavi edilemeyen üreter taşı vakalarında SILS üreterolitotomi, postop mobilizasyon, ağrı kontrolü, insizyon küçüklüğü ve hastaneden çıkış süresi açısından uygun bir prosedür olarak görünmektedir. Yeni uzman olarak dünyada ve ülkemizde yeni kullanılan SILS yöntemini mecburi hizmet esnasında Vezirköprü Devlet Hastanesinde yapmış olmanın mutluluğu içindeyiz. (Türkiye'de bildirilen ikinci vaka)

Mecburi hizmetini yapmakta olan arkadaşlarımızla beraber çalışmanın önemli olduğunu vurgulamak isteriz. Çalıştığımız merkezlerin birbirine yakın olması nedeniyle birbirimizi değişik ve zor vakaları konsülte ederek yardımlaşma ile birçok ameliyatları gerçekleştirdik.

Bu operasyonları birkaçını: radikal sistoprostatektomi ortotopik mesane, PCNL, augmentasyon ileosistoplasti, sinir koruyucu radikal prostatektomi, en blok nefreüretrektomi + radikal sistoprostatektomi + ileal loop, SILS üreterolitotomi, Laparoskopik simple nefrektomi şeklinde sıralayabiliriz.

Mecburi hizmet her ne kadar akademik ortamdan uzaklaşmak olsa da mesleki bilgi ve becerileri geliştirmek için uygun bir zaman dilimi olabilir.

Bu anlamda her ne kadar mecburi hizmeti desteklemesekte adı üzerinde "mecbur" olduğundan dolayı değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Postoperatif dönemde umblikustaki insizyon hattı



Postoperatif dönemde umblikustaki insizyon hattı



DEVLET HİZMET YÜKÜMLÜLÜĞÜ KASTAMONU

Dr. Kadir Önem



Devlet hizmet yükümlülüğü nedeniyle uzmanlık sınavını tamamladıktan sonra atamam yapıldı ve Kastamonu merkez'de Devlet Hastanesinde üroloji uzmanı olarak göreve başladım. Kastamonu 7000 yıllık tarihi geçmişe sahip eski bir yerleşim merkezidir. Kastamonu ilinin merkezi ve ilçelerinde birçok tarihi eser bulunmaktadır.

Kalesi, saat kulesi, camileri, medreseleri, han, hamam, şadırvanları, bedestenleri, külliyesi ve geleneksel Türk evleri ile Osmanlı mimarisinin önemli örneklerini yoğun olarak barındırır. Ilgaz Dağı Milli Parkı ve Küre Dağları Milli Parkı ile dağcılık ve kış sporları için kayda değer bir merkezdir.

Zengin bir doğa örtüsüne sahip olan il; dağları, kanyonları, göl ve akarsuları, denizi ve yeşil ormanlarıyla da ideal bir tatil bölgesidir. Küre Dağları, bir milyon yıllık Ilgarini Mağarası, dünyaca ünlü Valla kanyonu, Ilgaz Dağı kış sporları turizm merkezi, Karadeniz'e 170 km.lik sahili, kaya mezarları, yaylaları, konakları, Selçuklu ve Osmanlı dönemine ait tarihi ve mimari özelliklere sahip olan yapıları zenginliklerden bazı örneklerdir.

Kastamonu merkez nüfusu 82.300, 20 ilçesi ile birlikte toplam 360.366 kişidir. Türkiye topraklarının %1.7'sini

oluşturmaktadır. Türkiye'nin İstanbul'a göç veren şehirlerinin başında gelmektedir. Kastamonu Milli Mücadele sırasında lojistik destek açısından en güvenilir bölge olması nedeniyle büyük yarar sağlamıştır.

Özellikle Ankara'ya İnebolu-Kastamonu yoluyla yiyecek, giyecek, para, cephane ve silah nakli yapılmıştır ("İstiklal Yolu").

Cumhuriyetin ilanından sonra, Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'ün "23-31 Ağustos 1925" tarihleri arasında Kastamonu'da yaptığı Kıyafet ve Şapka İnkılabı, Cumhuriyet döneminin önemli olayı olarak tarih sayfalarına geçmiştir.

Şehre taşındığımda iklimimin mükemmel olduğunu düşündüm. Samsun'lu olmama rağmen Kastamonu'nun nemsiz ve temiz havası, etrafı çevreleyen çoğunu çam ağaçlarının oluşturduğu doğa örtüsüyle birleştiğinde size oldukça güzel ve rahatlatıcı bir ortam sunuyor. Doğa ile iç içe bir ortamda çalışmak oldukça güzel.

Kastamonu merkezde Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve iki özel hastane mevcut. Devlet hastanesi 215 yataklı ve 55 uzman 10 pratisyen hekimin çalışmakta. Üroloji servisi 28 yataklı ve sekiz hemşire üç uzman bir sağlık memuru dört personel ile hizmet vermektedir. Dört odası olan ameliyathanenin bir odasını haftanın üç gününde üroloji kullanmaktadır.

Ameliyathane fiziki olarak eski olmasına rağmen teknik olarak iyi şartlara sahip. Bipolar plazmakinetik, ligasure, monopolar sistem, nefroskop, flexible sistoskop, üreteroskop ve laparoskopik cihazlar mevcut. Hastanemizde eswl ünitesi mevcut olup. Böbrek taşları hastalarının çoğu eswl ile tedavi olabilmektedir.

Eswl dışında üreteroskop ve pnömotik litotriptör ile üreter taşlarının çoğuna müdahale edebiliyoruz.

Sevrsimizde küçük müdahalelerin yapıldığı bir sistoskopi odamız mevcut.



Kliniğimizde yoğun bakım ünitesinin olması hasta potansiyelimize genişletmekle birlikte ameliyathane ve yoğun bakım ünitesinin daha fazla iyileştirilmesi gerekmektedir.

Operasyonlar: Sıklıkla TUR-P, TUR-T, üreteroskopik taş tedavisi yapılmaktadır. Ameliyatları alt branşlara göre sınıflandırdığımızda yaptığımız operasyonları şu şekilde özetleyebilirim:

Androloji: 3 parçalı inflatable penil protez implantasyonu (penoscrotal, infrapubik), nesbit plikasyon, mikroskopik varikoselektomi, penil fraktür onarımı, testis protezi implantasyonu, ateşli silah yaralanmasında penis rekonstrüksiyonu.

Pediyatrik üroloji: Sünnet, orşiopeksi, laparoskopik testis aranması, hipospadias onarımı (TIPU, MAGPI), herniorafi.

Genel üroloji: Perineal end-to end uretra anastomozu, penoscrotal hipospadias bukkaal mukoza ile uretroplasi 1. seans, erişkin augmentasyon ileosistoplasti, laparoskopik böbrek kisti dekortikasyonu, açık prostatektomi, TUR-P, hidroselektomi, Renal artere splenorenal şant.

Üroonkoloji: TUR-T, Radikal nefrektomi, Radikal retropubik prostatektomi, Radikal sistektomi üriner diversiyon (ileal loop, ortotopik mesane), Radikal orşiektomi, retroperitoal kitle çıkartılması. Kadın ürolojisi: Trans obturator tape Endoüroloji: Üreteroskopik taş tedavisi, Perkütan nefrolitotomi, sistoskopi, sistolitotripsi, uretrotomi intern.

Açık ameliyatları ihtisas sırasında alışık olduğum gibi karşıma diğer arkadaşları alarak yapmayı tercih ettim. Endoskopik vakaları genelde tek başıma yaptım.

Ameliyathane personel ve hemşireleri daha önceki yapılan ürolojik girişimlere alışık oldukları için önemli bir uyumsuzluk yaşamadım. TUR-P ve TUR-T için monopolar sistemi sadece bipolar plazmakinetik sistem bakımdayken kullandım. Bu ameliyatların hepsini plazmakinetik ile yaptım ve monopolar sisteme göre çok daha verimli ve kullanışlı olduğunu düşünüyorum.

Bu vakalarda uretra darlıklarının göreceli olarak biraz daha fazla olduğu söylenebilir fakat monopolar sistemi kullanmadığım için karşılaştırma imkânım olmadı. Radikal operasyonları diğer arkadaşlarla girerek yaptık. Çalışma arkadaşlarıyla uyumlu geçinmemiz ve her zaman birbirimizin





yardıma koşmamız birlikte çalışmanın önemini bir kez daha bizlere hissettirdi. Çünkü tek olarak giremeyeceğiniz vakaları diğer arkadaşların yardımıyla çok daha rahat yaptım. Ameliyathanede üç anestezi uzmanı ile çalışıyoruz ürolojik vakaların çoğunu PCNL dahil spinal, yüksek spinal, kombine spinal epidural anestezi ile yapıyoruz.

Hasta yoğunluğu olarak oldukça yoğun bir poliklinik hizmeti vermekteyiz. Günde ortalama 100 hasta bakıyoruz. Poliklinikte iki uzman ameliyathanede bir uzman hekim şeklinde çalışıyoruz.

Operasyonlar için hastalara en geç bir hafta sonrası için randevu verdiğimizden işler oldukça hızlı yürüyor. Yalnızca ameliyat günü değil diğer bütün işlerin büyük şehirlerdeki hastanelerden çok daha hızlı halledildiğini söylemek mümkün. İsteddiğimiz zaman sistoskopide lokal anestezi ile vaka alabiliyoruz.

İstedğimiz bilgisayarlı tomografi 15 dakika içinde elimizde oluyor. MRI ve BT raporları en geç 48 saat içinde yazılıyor. Biyokimya laboratuvarında ihtiyacımız olan belirteçlere bakılıyor. Üç patoloji uzmanı prostat biyopsisi, radikal cerrahi materyallerini yeterli düzeyde inceleyebiliyor.

Her yerde olduğu gibi burada da bir takım sıkıntılarımız var. Örneğin hastalar yıllardır büyük şehirlere tedavi olmak için gitmeye alışmışlar kimi zaman ısrarla sevk istiyorlar.

Bu davranışlarının bilinçli değil de bir gelenek , alışkanlık haline geldiğini fark ettim.

Sadece sistoskopi ve ya PSA kontrolü için bile sevk talebinde bulunan hastalar var. Hatta durum o kadar gariptir ki ihtisas yaptığım yere sek isteyen bir hasta benim oradan gelmiş olduğumu söylediğim ve orda özel bir doktor takip etmediği halde sevk alıp poliklinik kontrolüne gitmek istiyor.

Kastamonu'nun büyük şehirlere olan göçü belli ki sağlık sektöründe de etkisini "Sağlık Göçü" şeklinde göstermiş durumda. Fakat bu alışkanlıkların buradaki hekim arkadaşlar kendilerine güvendikçe ve hekimler için elverişli bir ortam oluşturulduğu müddetçe bu durumda aşılabileceğini düşünüyorum. Kurulan devlet hastanesinin mecburi hizmete giden doktorların gittikleri yerde bir anlam ifade edecekse bu görevlendirilme kendini bir parça sağlık göçünü azaltması ile kendisini göstermeli.

Devlet hastanesi hasta potansiyeli olarak daha çok ekonomik alt sınıflara hizmet vermektedir. Ekonomik olarak orta üst sınıftaki hastalar ya hiç buradaki hastaneleri tercih etmemekte ve ya özel hastanelere başvurmaktadır.

Bu seçimi yaparken doktor seçiminden çok hastanelerin verdiği otelcilik hizmetinin göz önünde tutulduğunu düşünüyorum.

Sevk ettiğim hastalar başlıca medikal ve radyasyon onkoloji gereksini olan, pediatrik nefroloji gereksinimi olan ve ICSI yapılması gereken hastalar. Kastamonu'da halen bir tüp bebek merkezi yok. Bu nedenle ICSI gereksinimi olan hastaları sevk etmek durumundayız. Bunun dışındaki erkek infertilite tedavisini hastanemizde yapıyoruz.

Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde ürodinami cihazı mevcut ve Kastamonudaki tüm üroloji uzmanlarının kullanımına açık. Ürodinamide bir hemşire bir sağlık memuru var.

Hastalarımızı kendimiz ürodinami yapıp sonuçlarını değerlendirebiliyoruz. Fizik tedavi hastanesinde oldukça fazla nörojen mesanesi olan hasta mevcut ve bu hastaları da konsültan hekim olarak gidip görüyoruz.

Kapasitesi küçük aşırı aktif mesanesi ve yüksek basınçtan dolayı idrar kaçırın bir hastaya augmentasyon ileosistoplasti yaptık ve kliniği önemli ölçüde düzeldi.

Bununla birlikte vakalarımı hocalarımla konsülte edebilmem önemli bir avantaj sağladı.

Aynı zamanda manevi destekleri kendime olan özgüvenimi artırdı. Uzakta olmama rağmen hocalarımla diyalogumuzun kesilmemesi bu anlamda oldukça önemliydi.

Tüm bu olumlu deneyimlerimize rağmen mecburi hizmet ve askerlik süreci ile toplam 2,5 yıl kadar bir süre sonra akademik hayata atılmak ancak mümkün olabilmektedir. Mecburi hizmetle ne kadar hizmet verilmek istense de akademik ortamda bu hizmeti vermenin daha faydalı olacağını düşünüyorum.

Maalesef mecburi hizmetteki bu süreç akademik bir ortamda çalışmayı engellemekte ve bu düşüncedeki meslektaşlarımızın akademik hayata atılmalarını 1,5 yıl ertelemekte ve kayba uğratmaktadır.

Akademisyen olarak mesleklerini sürdürmek isteyen doktora mecburi hizmet için bir ayrıcalık getirilmesi gerektiğine inanıyorum. Her ne kadar mecburi hizmetin bir takım engellemeleri olsa da getirileri oldukça fazla.

Her şeyden önce mesleki açıdan oldukça tecrübe edindiğimi söylemek isterim. İstanbul gibi kalabalık ve yorucu bir şehirden sonra Kastamonu gibi temiz gürültüsüz ve stressiz bir şehirde yaşamak bu avantajlardan birkaçı. Kastamonu'da çalıştığıma oldukça memnunum.

Farklı kültür ve geleneklere sahip insanlarla tanışmak oldukça güzel. Her açıdan buradan memnun ayrılacağıma inanıyorum.

BİSİKLET SEVDASI

Dr. Emre Bakırcıoğlu



İlk bisikletim alındığında 9 yaşındaydım. O yıllarda yerli yapım olan Bisanın Tintin adlı 3 vitesli bir bisikletiydi. Henüz bisiklete binmeyi bilmiyordum ve o bisiklette öğrenmiştim. Beraber bindiğimiz bir arkadaş gurubumuz vardı ve yazın tatilde hemen her günümüz bisiklet üzerinde geçiyordu. Yazlık yerde, fazla araba trafiği de olmadığından kaza geçirme korkusu olmadan rahatça gezebiliyorduk.

O yıllarda en büyük hayalimiz büyüdüğümüzde bisikletlerle (Belki de motosikletlerimizle) Antalya'ya kadar gitmekti. Bu bisiklet sevdası ilerleyen yıllarda azalarak yerini başka hobilere kayak ve sualtı sporlarına bıraktı. Ancak, San Francisco'da bulunduğum yıllarda tekrardan bisiklet sporu ile ilgilenmeye başladım. İlk dağ bisikletimi orada aldım. Üniversiteye gidişlerimde veya hastane çıkışlarında Golden Gate parkta ve okyanus kıyısında bisiklete biniyordum. Özellikle Sausolito adı verilen bölgede yani Golden Gate köprüsünün karşı yakasında dağ bisikleti ile asfalttan çıkıp doğa içerisinde gidebileceğiniz müthiş parkurlar mevcuttu. Türkiye'ye dönüşte bisikletimi de yanımda getirdim ve daha çok Anadolu yakasında sahilde zaman buldukça bisiklete binmeye devam ettim. Ancak özellikle doğada dağ bisikleti ile küçük patikalarda bisiklete binmek asfaltta ve insanlar arasında bisiklete binmekten daha çok daha keyifli olduğu için bu binişlerim giderek azaldı ve bisikletim tozlanmaya başladı.

İki yıl önce Belgrad Ormanı'nda bisikletle gezerken karşılaştığım bir gurupla dağ bisikleti ve doğa binişlerime yeniden başladım. İkteker adını verdikleri gurubun Yahoo'da kurdukları guruba dahil olarak binişlerine vakit buldukça katılmaya çalışıyorum. Gurupta çalışma saatleri müsait olanlar

hafta içi Çarşamba ve hafta sonları buluşarak ormanda bisiklete biniyorlar. Gurupta en eski olanlar ormanı çok iyi tanıdıklarından parkurlarda öncülük yaparak rotayı belirliyorlar.

Gurupta zaman zaman sayı değişmekle birlikte yaklaşık 10-15 kişi aktif olarak binişlere katılıyor. Orman içi binişlerinde en önemli kural bisikletini bakımlı tutmak ve her türlü yaralanma riskini azaltmak için gerekli donanımları sağlamak. Örneğin orman içi binişlerde en sık rastlanan lastik patlamalarını önlemek için lastik içerisine partiküllü bir sıvı sıkmadan binişe katılmamak gerekiyor.

Hafta sonu binişlerine mümkün olduğunca katılarak form tutmaya çalışıyorum. Ancak orman içerisinde biniş süreklilik gerektiriyor ve formu korumak için düzenli binmek gerekiyor. Belgrad ormanında dağ bisikleti binişlerine katılmak isteyenler bana ebakircioglu@yahoo.com e-posta adresinden ulaşabilirler. Eğer talep olursa bu yıl San Francisco'da yapılacak olan AUA toplantısı sırasında katılımcılar ile şehirde bisiklet turu da düzenleyebiliriz.

Kısaca neden bisiklet sporunu sevdiğimi söyle açıklayabilirim, her yaşta yapabilirsiniz, doğa ile iç içe olabileceğiniz bir spordur. Düzenli yapıldığı zaman bacak kasları dışında tüm vücut kaslarını çalıştırır. Bisiklet, temiz ve doğaya saygılıdır. Bisiklet ve bu spor üzerine sevdiğim sözler:



'Hayat bisiklete binmek gibidir, durursan düşersin!'

"Bisiklete binen bir adamı gözünüzün önüne getirin. Her kim olursa olsun, onun hakkında üç şey söyleyebiliriz. Bisiklete binip hareket edeceğini biliyoruz. Biliyoruz ki bir noktada durup, bisikletinden inecek. Hepsinden önemlisi, herhangi bir noktada hareketsiz kalıp bisikletten inemezse, düşeceğini de biliyoruz. Her canlının hayat içindeki yolculuğunda karşılaştığı metafor da budur zaten."

William Golding



BİLARDO

Dr. Haşmet Bayraklı
Zonguldak Devlet Hastanesi
Üroloji Uzmanı

Bilardo bir spor çeşididir. Son yıllarda spor dalları içinde önemli bir yer kaplamaya başlamıştır. Başlangıç dönemi hakkında çok net bir bilgi bulunmamakla beraber köklü bir spor olan bilardo, gerek kuralları, gerek kullanılan malzemeleri ve gerekse çeşitleri açısından bir çok evrim ve değişim yaşayarak günümüz dünyasında yerini almıştır.

Ortaçağ Avrupa'sında asilzade oyunu olarak bilinen , saray ve konaklarda oynanan bu oyun yaşadığı değişimler sonucu gelişmiş ve organize bir spor dalı olmuş ve kurumsallaşmıştır. Halen ülkemizde sayıları yüz bine yaklaşan işletmeler , yaklaşık 500 bin adet bilardo masası ile her yaşta, toplumumuzun her kesiminden ve her gün bilardo oynayan 5 milyona yakın insanımızla birlikte inanılmaz bir bilardo potansiyeli mevcuttur.

Milli sporcularımızın başarıları (2003-2004 yılları Milli Takımlar Dünya 3 Bant Şampiyonuyuz), malzeme imalatında yaşanan olumlu gelişmeler ve ciddi bir ihracat kapasitemizin olması gibi nedenlere bağlı olarak bilardonun önemi artmış olup şu anda Avrupa'nın en çok ilgilenilen 5 sporu arasındadır. Bilardo oynamak için gereken aletler; bilardo masası, isteka (bilardo sopası), bilardo topları, tebeşir (istekanın topa daha ölçülü vurmasını ve gereksiz yere kaymamasını sağlar, özellikle falsolu vuruşlarda çok işe yarar), köprü (isteğe göre) (zor uzanılan toplara yetiştirmeyi sağlar) gerekir.

Bilardo kapalı bir alanda oynanır. Bilardo en başta cepli (delikli) bilardo ve cepsiz (deliksiz) bilardo olarak iki temel gruba ayrılır. Cepli bilardoya örnek olarak bilinen 8-Top (Amerikan) bilardosu ve Snooker vardır. Cepsiz bilardoya en iyi örnekse 3-Top (Karambol) ve 3-Banttır. Prensip olarak bu iki oyun arasında çok az fark vardır. Bu iki oyun da aynı toplarla oynanır fakat 3 bant masası ebat olarak daha

büyüktür. 3-Topta ve 3-Bantta bir bitiş sayısı seçilir örnek olarak (20) ve bu sayıya ilk ulaşan kazanır. Bu iki oyunda da bir beyaz top, bir sarı top ve bir de kırmızı top vardır. İki kişi ya da iki takım olarak oynanır. Kural olarak rakiplerden biri beyaz topa diğeri ise sarı topa vurur bu iki oyunda da kırmızı topa vurulmaz. 3-Topta sayı yapmak için vuruş yapılan topun diğeri iki topa değmesi lazımdır. 3-Bantta ise sayı yapmak için vuruş topunu 3 kez banda (bir banda üç kez ya da 3 ayrı banda gibi) temas etmesi ve diğeri iki topa vurmasıdır. 3-bant oyununun esas vuruşu yaparken istakanın çıkış noktasını dikkate alarak, topların masa içinde hangi hızda ve hangi açılarda yol alacağını hesap etmeye dayanır.

Masa üstündeki nokta ya da diamond şeklindeki işaretler bu hesaplamaları yapmaya yardımcı olur. Bu hesapların yapılabilmesi için farklı sayı sistemleri kullanılmaktadır. Sayı yapan kişi tekrar vurur.

Faullerde karşı tarafa sayı geçmez. Herhangi bir topun masayı terk etmesi halinde faul olur. 3-Top 3-Banta göre daha kolay sayı yapılan bir oyundur. Aslında buna tam olarak bilardo demek haksizlik olur. 3 bant bilardo sanat ile matematiğin, fizik ile geometrinin kesisim noktasındadır.

Herkes bu oyunu oynayamaz. sayı almak hersey degildir, sayı vermemekte iyi bilenler için coğu zaman sayı almaktan daha büyük bir önem arzeder. Beyin vucut koordinasyonu, zeka ve tecrube, 3 bant bilardonun ustalarını yetistiren etkenlerdir.

Elbette oynaması kadar seyri de keyifli olan nadir sporlardan olduğunu söylemek te gerekir. Oyunda belirli bir seviyenin üzerine çıktıktan sonra sayıyla birlikte atış bırakmanın ve tuş engellemenin öğrenilmesi gerekir. Atış bırakmak için geometri hesabının yanı sıra oyun temposunun iyi ayarlanması gerekir. Ayrıca zor pozisyonlarda sayı almak yerine rakibe karot atmak tabir edilen vuruşlarla pozisyon vermemek düşünülebilir. Öbür türlü sayı alınamazsa rakibe sote ya da sota tabir edilen kolay vuruş bırakılması kuvvetle muhtemeldir. Turnike, ters turnike, 5 bant, viyana turnikesi, brikol, efekare, acem gibi pek çok özel vuruşu vardır.



Türkiye'nin en başarılı bilardocularından Avrupa Şampiyonu Semih Saygıner Türkiye'de bilardonun özellikle 3-Bant ve karambol bilardonun öncüsü olarak görülür. Kendisinin Dünya Şampiyonlukları ve pek çok Türkiye şampiyonluğu vardır. Dünya genelindeki diğer büyük 3 bant oyuncularını Raymond Ceulemans, Torbjörn Blomdahl, Sanchez olarak sayılabilir.

Bu oyun eskiden sadece göz kararı oynanırken büyük üstat Raymond Ceulemans'ın bulunduğu diamond sistemle bir matematik hesaba dayandırılmıştır..

GENEL KURALLAR

1. Musabakalar artistik haric tüm branşlarda, bant atisiyla baslar. Topu kısa banta yakın birakan oyuncu, oyuna baslama veya rakibini baslatma hakkına sahip olur. Bant atisini kazanan oyuncu, top secme hakkına da sahip olacaktır.

2. Tüm branşlarda aşağıda belirtilen kurallar faul olarak kabul edilip, oynama hakkı rakip oyuncuya geçecektir. Faullu vurus sonrasında sayı olsa bile geçersiz sayılacaktır.

a) Toplardan herhangi biri hareket halindeyken yapılan vurus geçersizdir.
b) Oyuncunun toplardan herhangi birine elinin, kolunun veya kıyafetinin (kazak, gomlek, kravat, v.s.) temas etmesi, ya da tebesir dusurerek toplara temas ettirmesi fauldur. Oynama hakkı rakibe geçecektir.

c) Toplardan herhangi biri masa disina cikar veya kupesteye temas ederek masa icine duserse fauldur. Oynama hakkı rakibe geçer. Sayı alınmissa geçersizdir. Cikan top istaka topu disinda bir topsa orta noktaya yelastirilir. Eger istaka topu masa disina cikmissa acilis bolgesinin ortasina yerlestirilir. Ender gorulebilecek bir durum olan uc topun birden cikmasi halindeyse acilis yapılmaz, kirmizi top acilistaki yerine, rakip oyuncunun topu orta noktaya, istaka topu ise acilis bolgesinin ortasina yerlestirilir.

d) Yanlis topla oynandiginda sayı geçersizdir. Oynama hakkı rakip oyuncuya geçer.

e) Atis yapılacak topun diger toplardan birine yapismasi halinde, yapisan top gorulerek oynanamaz. Boyle bir durumda yapışan topun fazla hareket etmemesi kosuluyla pike veya brikol atilabilir.3. Bant atisi ile birlikte toplara hakemden baskasi dokunamaz.

4. Oyun suresince normal mola suresi 3 dakikadır. Bu mola hakkı macin ortalarında hakem tarafından

oyunculara iletilir. Taraflardan sadece birinin istegi ile bu yasal mola hakkının kullanılması zorunludur. Bunun haricinde bir sebeple mola istegi, hakemin insiyatifine baglidir. Hakem oyunu fazla geciktirmeden bitirmek zorundadır.

5. Rakip oyuncu vurus yapmak uzere iken, konsantrasyonunu bozabilecek gurultuler (tebesir surmek, istaka ucu zımparalamak v.s.) yapılmamalıdır.

6. Rakibin oyunu oturarak izlenmelidir.

7. Musabakalarda her oyuncu kendi tebesiri ile oynamalı ve sıra kendisinde degilken tebesirini masada bırakmamalıdır.

8. Musabaka boyunca mecbur kalinmadıkca rakiplerin birbirleri ile konusmaması gerekir. Sorunlar ya da istekler sadece hakem aracılığı ile cozulmelidir.

9. Tertip komitesince belirlenecek kıyafet zorunluluguna uymak gerekmektedir. Resmi turnuvalarda siyah (Pantolon.Ayakkabı.Çorap), beyaz uzun kollu gömlek, rengi sporcu isteğine bırakılmış papyon ve yelek zorunluluğu vardır.

Bilardo Masası

Delikli ve deliksiz olmak üzere iki guruba ayırdığımız bilardo masaları imalat çeşitlerine ayak yapılarına göre de çeşitlilik arz etmektedir. Ancak imalatı ne şekilde olursa olsun bütün bilardo masaları değişmez uluslararası standartlara uygun ölçülerde imal edilmektedir.

Bir bilardo masasının iç havuz ölçüleri değişiklik arz edebilir, fakat mutlaka boyu eninin iki katı olmalıdır.

Standartlara uygun bazı masa ölçüleri: 142x284 cm. Maç masası 127x254 cm. Pool - Yarı maç (dömi masa) masası 172x344 cm. Snooker masası. Turnuvalarda kullanılan bilardo masaları yerden 75-80 cm. yükseklikte olmalıdır. Uzun bantlarda 7, kısa bantlarda ise mesafeleri birbirine eşit ve diabant, Diamond ya da baklava adı verilen işaretler bulunur.

Bilardo Topları

Fenol reçinesinin preslenmesi ve tornalanması ile imal edilirler. Bu maddenin özelliği dielektrik katsayısının çok düşük olmasıdır.

Karom disiplinleri için 61,5 mm çapında ve 205-2

20 gr. ağırlığında olmalıdır. Ancak bir masadaki toplar arasında 2 gr.dan fazla fark olmamalıdır.

BRİÇ NASIL OYNANIR?

Dr. Erkan Erbay

Oyunun ihale diyebileceğimiz bir konuşma aşaması (deklarasyon) vardır. Bu aşamadan sonra ihalenin sonucunun test edildiği yer oyunu ile bir el tamamlanmış olur. Oyunun amacı birinci aşamada; iki ortağın kendi ellerindeki kartlarının dağılımı ve gücünü karşılıklı olarak birbirlerine bazı kodlarla iletmesi ve bunun sonucunda nasıl bir ihalede kalırlarsa gerçekleştirileceklerini tesbit etmeleridir. İkinci aşamada ise; alınan ihale ile belirtilen sayıda löve (El) almaktır. Tabiki her zaman alınan ihale gerçekleşmeyebilir. Ancak burada rakibin gerçekleştireceği bir ihaleyle elde edeceği kazanca karşılık, onun üstünde fiat vererek, daha küçük bir zararla alınan ihale de başarılı sayılır.

Briç, 52 karttan oluşan standart bir deste ve 4 kişi (iki çift) ile oynanan bir oyundur. Kartların puan değeri As= 4, Rua= 3, Dam=2, Vale=1 puandır. Bir eli kazanmada da bu değerlendirme geçerlidir. Yani As en büyük alıcıdır. Sayısal değerlerde de büyük sayı kazanır.Yani Vale'den sonraki en büyük kağıt 10'ludur ve sonra sırasıyla devam eder. Bunun yanı sıra kağıtların renklerine göre de büyüklükleri farklıdır. En büyüğü maça (pik) ve bunu kupa (kör) (-ki bunlar majorler olarak da bilinir), karo, sinek (trefl) (minörler) izler. Genel olarak elimizdeki kartların, bu puanlara göre değeri 13 puan ve üzeri ise oyunu açarız (Bu konuda bir yasak yoktur bu sadece çok zarar etmemek için yılların tecrübesi ile konulan bir limittir). Genel olarak açışlar elimizdeki en uzun renkle yapılır. Bu; iki ortağın elinde toplam sayı olarak en uzun olan rengi koz yapmak için ilk tekliftir. İdeal bir kozda iki elde yani sizin ve ortağınızın elindeki kozların sayısının toplamı minimum sekiz kart olmalıdır. Bu startla birlikte ortağın ve rakiplerin değişik teklifleri veya birbirinin tekliflerini desteklemeleri ile ihaleyi kapmak için yarışma başlar.

Konuşma aşamasında; ilk turlarda oyunun nereye varacağını düşünmeye çalışmayın. Elinizin resmini yapmaya çalışın. Düşünün ki yüzünü görmediğiniz ve sesini duymadığınız birine elinizdeki 13 kartın özelliklerini anlatıyorsunuz. Uzunluklar, puan yoğunlukları, tutuşlar vs. Sonuçta nihai kontratı iki kişi belirleyecektir.

10	xenix	romanga	
	♠ 10	♠ AQ	
	♥ AQJ9732	♥ 105	
	♦ 103	♦ Q9642	
	♣ AJ3	♣ Q852	
xolo62	ailn_c		
♠ KJ6	♠ 9875432		
♥ K4	♥ 86		
♦ AKJ875	♦		
♣ 74	♣ K1096		
	NS: 0		
	EW: 0		
xolo62	xenix	romanga	ailn_c
1NT	2♣	3NT	4♠
Dbl	5♥	Dbl	5♠
Dbl	6♥	Pas	Pas

Kontratı belirleme aşamasında tüm dünyada kabul görmüş bazı deklarasyon sistemleri mevcuttur. Bunlardan Standart Amerikan 5'li major sistemi (Standart American Yellow Card - SAYC) günümüzde en çok kullanılan sistemlerden birisidir.Genelde her durumda beş kartlı Major ile açılır. En az 13 toplam puan gerektirir.

Briç'i diğer koz oyunlarından ayıran en önemli özelliklerinden biriside kozsuz oyununun (sanzatu) olması ve koz oyunlarında da kozlamanın zorunlu olmamasıdır.

Briçteki bir diğer belkide en önemli unsur ortağınızdır. Sizin oyunu ne kadar bildiğiniz ve oynadığınız değil ortağınızla birlikte ne kadar iyi olabileceğiniz önemlidir.

Siz dünyanın en ünlü tiyatro oyuncusu olabilirsiniz, ancak eşit ağırlıklı rollerinizin bulunduğu iki kişilik sahnede sadece sizin iyi olmanız yeterli olmayacaktır. Bricin en önemli kurallarından birisi de herşeyden önce ortağınıza güvenmektir. Yıllarca beraber oyun oynayan ortaklar bazen zaman içerisinde kendilerine uygun farklı deklerleler geliştirebilmektedir (konvansiyon).

Sonuç olarak inanılmaz sayıda olasılığın olduğu ve dünya çapında kabul görmüş ve federasyonları kurulmuş bu oyun, ülkemizde hak ettiği değere henüz ulaşamamıştır.

Basın ve diğer yayın organları, üniversitelerimiz Türkiye Briç Federasyonu'na destek olarak bunun basit bir oyun olmadığını, satranç gibi oldukça komplike ve zeka oyunu olduğunu tanıtmalıdır.



Gleason Dereceleme Sisteminde Güncelleme

An Update of the Gleason Grading System (Review)

J Urol 2010;183:433-440

Jonathan I. Epstein

Çeviren ve Özetleyen:

Dr. Caner BARAN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma

Hastanesi 2. Üroloji Kliniği, İstanbul

Gleason 1966 yılında, prostat kanseri için tümörün mimari özelliklerine dayanan bir dereceleme sistemi geliştirdi. Sistemdeki diğer yenilikçi değişim tümörün derecelenmesi için en kötü dereceyi kullanmak yerine, tümörde en sık görülen 2 derece toplamının belirlenmesi ve bununda Gleason Skor olarak rapor edilmesiydi.

Neden Değişiklik?

Prostat kanseri 1960'lardan sonra, Gleason dereceleme sisteminin türetilmesiyle, dramatik bir şekilde değişti. Gleason döneminde prostat kanseri için, digital rektal muayeneden başka tarama yöntemi yoktu ve henüz PSA keşfedilmişti. Gleason ve Mellinger, 1974 yılında hastaların çoğunluğunda (%86) klinik olarak prostat dışına çıkmış lokal yayılım ya da uzak metastazlar olduğunu gösterdiler. Tipik olarak iğne biyopsisi palpe edilen aşikâr bölgeden iki, üç parça olarak alınmaktaydı. Bu nedenle prostat kanseri derecelenmesinde prostatın farklı bölgelerinden alınan çoklu biyopsilerin önemi yoktu. 1960'larda Radikal prostatektomi (RP) göreceli olarak nadir uygulanmakta, prostat tam olarak çıkartılamamakta ve glandlar bugünlerdeki kadar geniş ölçüde değerlendirilmemekteydi. Bu sebeple aynı prostat içindeki nodüllerin derecelenmesi ve tersiyer patern incelemesi orijinal Gleason sisteminde belirtilmedi.

Gleason sistemi immünohistokimyasal tekniklerin kullanımından önce tanımlanmıştı. Muhtemelen 1+1= 2 olarak raporlanan adenokarsinomlar, günümüzde uygulanan bazal hücrelerdeki immün boyamayla prostat kanserinin benign taklitçisi olan adenosis olarak yorumlanmaktadır. Benzer şekilde 1967'de kribriform Gleason patern 3 karsinom olarak değerlendirilen vakalar, günümüzde bazal hücre belirleyicilerinin kullanılmasıyla yüksek grade prostatik intraepitelyal neoplazi olarak yorumlanabilmektedir. Orijinal sistemin tanımlanmasından bu yana prostat kanserinin değişik biçim ve paternleri tanımlanmıştır.

ISUP Konsensüs Konferansı Prostat kanserindeki bu değişikliklerin

sonucu olarak, ürolojik patoloji uzmanları, Gleason sistemini modern pratiğe kademeli olarak adapte etmişlerdir. Gleason dereceleme sistemindeki çelişkili alanlarda fikir birliğine varılması amacıyla, uluslararası alanda önde gelen yetmişten fazla üropatolojist 2005 yılında Birleşik Devletler ve Kanada Patoloji Akademisi toplantısında bir araya gelmişlerdir. Derecelendirmenin en uygun yöntemi konusundaki güncellemeler mümkün olduğu durumlarda verilere, yetersiz ya da az veri durumunda ise çok sayıda vakaya dayanan bireysel veya kurumsal deneyime dayandırılmıştır. Güncellenmiş Gleason sistemi yeni türetilen bir sistem değil, üropatolojistlerin büyük kısmının güncel pratikteki uygulamalarının tanımıdır.

Gleason Patern Tanı Kriterlerindeki Değişiklik Gleason Patern 1-2

Gleason fikir birliği toplantısından önce, teşhisler genellikle yanlış olduğu için biyopsi ile Gleason skor 3 veya 4 şeklinde tanı konulmaması gerektiği önerilmişti. Toplantıda bu öneri desteklenmekle birlikte, biyopsi ile nadirde olsa Gleason skor 2-4 olarak rapor edilebileceği belirtildi. Pratik açıdan da biyopsideki Gleason skor 2-4 oranı güncel kullanımda giderek azalmaya başlamıştı. 1991 yılında patologların %24'ü biyopside Gleason 2-4 tanısı koyarken bu oran 2001'de %2,4'e düştü. Fikir birliği toplantısından sonra ise bu düşüş daha belirgin hale gelerek %0'a kadar geriledi. Aynı şekilde biyopside 2+3=5 ya da 3+2=5 olarak raporlanan Gleason skor 5 oranı %12,2'den %0,3'e geriledi.

Düşük dereceli kanserler genellikle prostatın ön yüzünde transizyonel zon kaynaklı ve küçük tümörler olduklarından biyopside nadiren görülmektedirler. TURP uygulanan hastalarda transizyonel zon örneklenmediğinden, Gleason skor 2-4 tanıları konulabilir ancak bu nadir rastlanan bir durumdur. TURP sırasında sınırlı oranda kanser bulunsa bile bu hastalarda Gleason skor 2-4 ile 5-6 açısından prognostik fark yoktur. Gleason skor 2-4'ün fiili olarak yokluğu, Gleason skorunun sınırlarının 2-10 yerine prognostik amaca uygun olarak 6-10 olarak belirlenmesi konusunu ön plana çıkarmıştır. Bu düşünce pratikte hasta kaynaklı karışıklığa neden olabilir. Hastalara Gleason skor 6 tümörü olduğu söylendiğinde, hasta düşük dereceli bir tümörü olduğunu düşünmektense, Gleason skor 2-5'den daha kötü tümörü olduğunu varsayacaktır. Tümör biyolojisi araştırması ve anlayışı açısından, Gleason skor 6'dan düşük kanserler mevcut olabilir ancak klinik pratikte nadir rastlanan ve genellikle anterior ve transizyonel zondan kaynaklanan tümörlerdir.

Gleason Patern 3-4

Gleason patern 3 hastalık, nonneoplastik prostat asinisini infiltre eden, düzgün şekilli tekil glandlardan oluşmuştur. 2005 yılındaki toplantıda üropatolojistlerin beraberce kribriform

patern 4 olarak tanı koyduğu geniş kribriform glandları Gleason orijinal resimlerde kribriform patern 3 olarak tarif etmiştir. ISUP toplantısında kribriform patern 3 kriterleri daraltılarak, sadece iyi sınırlanmış ve normal glandlarla aynı büyüklükte, yuvarlak şekil almış kribriform yapıdaki glandlar olarak belirlemiştir.

Daha sonra tanı olarak Gleason kribriform patern 3'ün asla konulmaması gerektiği rapor edilmiştir. Kribriform patern 3 varlığının tek sebebinin Gleason'ın orijinal diagramında resmedilmiş olmasıyla birlikte, Gleason hiçbir zaman bahsettiği kribriform patern 3 ve 4 üzerinde prognostik fark açısından çalışmamıştır. Bu konudaki fikir birliği, Gleason'un orijinal sisteminde olmamasına rağmen, düzensiz şekilli glandüler lümene sahip hastalıklı glandların Gleason patern 4 olarak teşhis edilmesidir.

Gleason skor 6 ve 7'nin tanısındaki değişiklikler hastalığın ugrade'i ile sonuçlanmıştır. Orijinal ve modifiye edilmiş Gleason sistemleri biyopsi materyali açısından karşılaştırıldığında, Gleason skor 6 kanserlerde %48,4'ten %22'ye düşüş, Gleason skor 7 kanserlerde %25,5'ten %67,9'a bir yükseliş saptanmıştır.

Sonuç olarak sınıflandırmadaki değişiklikler sayesinde yaşam oranları gelişme gösterdiğinden zaman içinde prostat kanser datalarını karşılaştırmak zorlaşmaktadır. Eski literatürdeki Gleason skor 6'lara, bugünlerde Gleason patern 4 olarak nitelenen vakalarda karışmış olabileceğinden prognoz kötü olabilir. Günümüzde Gleason skor 6 vakaları, kribriform ve kötü şekilli glandları içermeyen iyi prognoza sahip homojen bir grubu temsil etmektedir. Prognozdaki bu yapay değişim Will Rogers fenomeni ile açıklanmaktadır. Bu fenomenin bir örneği 38 vakayı içeren ve ISUP toplantısından önce tanı konularak RP ile tedavi edilmiş organ sınırlı, marjin negatif, Gleason skor 6 olmasına rağmen biyokimyasal progresyon gösteren hastaları içeren çalışmada görülebilir. Bu hastaların 24'ünde Gleason patern 4, 1/3'ünde kötü forme/fuse glandlar ve geriye kalanlarda da kribriform komponent saptanmıştır. Güncellenmiş Gleason sisteminde, organ sınırlı, Gleason skor 6 ve marjin negatif kanser %100 tedavi edilebilir.

Gleason Patern 5

Gleason'un tanımladığı patern 5 modern pratikte de değişmeden kullanılmaktadır. Gleason sistemindeki değişiklikler orijinal (Şekil-1) ve güncellenmiş (Şekil-2) versiyonları gösteren şemalarda karşılaştırılabilir.

Prostat Kanseri Varyantlarının Derecelenmesi

Prostatın, vakuolar kanser, köpüksü gland karsinomu ve psödohiperplastik karsinomu içeren asiner adenokarsinom varyantlarının derecelendirmesi modifiye edilmiştir. Duktal adenokarsinomlar, tanıda dukta

ladenokarsinomun tek klinik ve patolojik bulgu olduğunu belirtmek kaydıyla, Gleason patern 4 olarak derecelenmelidir. Ancak son zamanlarda tanımlanan prostatik intraepitelyal neoplazi benzeri duktal adenokarsinomlar Gleason patern 3 olarak derecelendirilmelidir. Prostatın küçük hücreli karsinomu, histolojik, immünohistokimyasal ve klinik olarak benzersiz özelliklere sahip olduğundan Gleason sistemine tabi tutulmamalıdır.

Düşük dereceli sekonder paternler

Yüksek dereceli kanserlerde %5'den daha az yer işgal eden düşük dereceli tümörler göz ardı edilebilir. Örnek olarak biyopsi sonucunda %100 tümör tutulumu olan korda, %98 patern 4 ve %2 patern 3 tutulum olduğu takdirde Gleason skor 4+4= 8 olarak teşhis konulabilir. Bu skorlama, orijinal Gleason sisteminde tanı 4+3=7 olacağından, orijinal sistemden farklıdır.

Yüksek dereceli sekonder paternler

Biyopsideki yüksek dereceli tümör hangi miktarda olursa olsun Gleason skora dahil edilmelidir. Biyopside örneklenen herhangi miktardaki yüksek dereceli tümör prostatta önemli oranda yüksek dereceli tümörü işaret etmektedir. Sonuç olarak biyopsi korunda %98 oranında Gleason patern 3, %2 oranında Gleason patern 4 saptanması halinde tanı Gleason skor 3+4=7 olmalıdır. Bu yöntem orijinal Gleason sisteminden değiştirilmemiştir.

Tersiyer Gleason Paternleri İğne Biyopsisi

Biyopsideki tersiyer patern hakkındaki tipik senaryo Gleason skor 3+4=7 ya da 4+3=7 olan ve daha az oranda da Gleason patern 5 içeren tümörlerdir. Üç patern içeren ancak üçüncü paternin düşük dereceli olduğu nadir vakalarda, düşük patern göz ardı edilebilir. Üç, 4 ve 5 paterne sahip tümörler toplamda yüksek dereceli (Gleason skor 8-10) olarak kabul edilmelidir. Biyopside Gleason patern 4 ve 5 varlığı mantıksal olarak, biyopsideki muhtemel örnekleme yetersizliğinden dolayı, toplamda yüksek dereceli bir tümörün varlığına işaret etmektedir. Bu vakalarda Gleason 8-10 skora ulaşmak için skor toplamında, primer patern ve en yüksek derecedeki paternin kullanılması önerilmektedir. Bu skorlama, en sık ve ikinci en sık görülen tümör paternlerinin toplamının kullanıldığı orijinal Gleason sisteminden farklılık göstermektedir. Örnek olarak biyopside tersiyer patern 5 ile birlikte Gleason skor 3+4 olan bir tümör Gleason skor 3+5=8 olarak kayıt edilmelidir.

Radikal Prostatektomi

RP için tersiyer patern tanımlaması tartışmalı bir konudur. Periferik zonda 3+4=7 skorlu tümör ve transizyonel zonda daha geniş alanda 2+2=4 skorlu tümör aynı anda bulunabilir. Toplam skoru belirlerken prostat içindeki tümörü tek bir lezyonmuş gibi değerlendirmek, tersiyer patern 4 olan Gleason skor 2+3=5 tümör tanısıyla sonuçlanabilecektir. Fikir birliği

toplantısına göre böyle bir dereceleme, geniş alanda düşük dereceli tümörün bulunmasının yüksek dereceli tümörün prognozunu hafifletmeyeceğinden, mantıksal bir yaklaşım değildir. Bu nedenle, her tümör nodülü için ayrı Gleason skor verilmesi tavsiye edilmektedir.

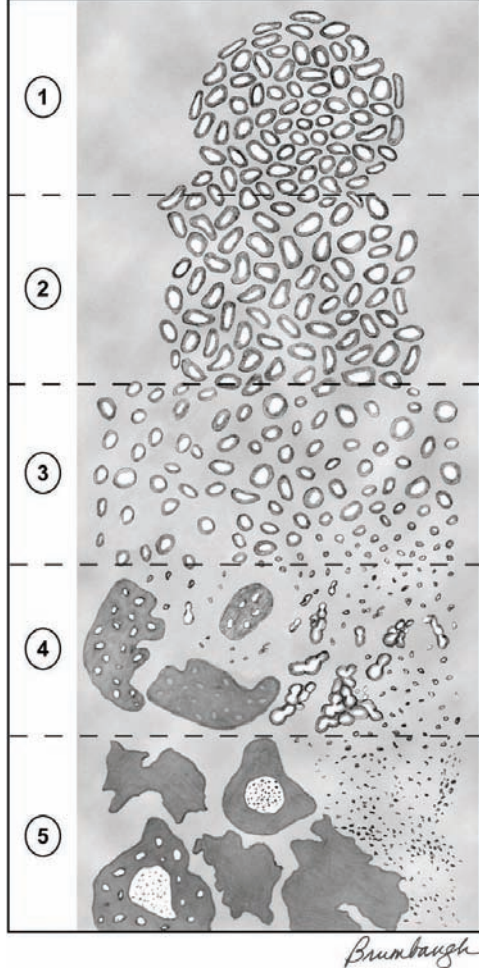
Gleason skor 6 bir tümörde %5'den az oranda patern 4 bulunanlarda, bulunmayan hastalara göre prognoz daha kötüyken, bu kötülük Gleason skor 3+4=7 seviyesine ulaşmamakta ve Gleason skor 4+4=8 olup %5'den az patern 5 bulunanlarda tümör davranışı Gleason skor 9 kadar agresif olmamaktadır. Biz bu vakalarda Gleason skorla birlikte tersiyer yüksek dereceli paternide belirtmekteyiz.

Radikal Prostatektomi Gleason skorlamasının primer ve sekonder paternler üzerinden yapılması ve tersiyer paternin ayrıca belirtilmesi kararlaştırılmıştır. Bu uygulamanın tersine en yaygın patern ile birlikte en yüksek dereceli paterni kullanarak oluşturulacak skorlar tümör davranışını doğru yansıtmayacaktır. Örnek olarak, RP'de Gleason skor 4+3=7 ve tersiyer patern 5 olan vakalar, patern 5 içermeyen vakalara göre daha kötü olsa da, Gleason skor 4+5=9 olan vakalara göre daha düşük seminal vezikül ve lenf nodu metastazı oranına sahiptir.

2000 yılında kliniğimizde başlayarak, birçok çalışma, RP'de tersiyer paternin prognostik önemini göstermiştir. RP'de aynı Gleason skorlu hastalarda tersiyer patern bulunması rekürrens riskini bir üst Gleason skordaki kadar artırmaktadır. Tersiyer Gleason paternleri patoloji raporlarında genellikle belirtilse de, bu durumu pedikatif nomogram/tablolara dahil etmenin kolay bir yolu olmadığından, araştırmalarda ve hastalara verilen tavsiyelerde rutin olarak göz ardı edilmektedir. Bu nedenle, öngörülmesi açısından modifiye edilmiş Gleason skorlama sistemi, tersiyer Gleason paterni içermelidir. Güncel Gleason skoru, modifiye edilmiş sistemle birlikte rapor edilebilir. Örn: Gleason skor: 3+3=6, tersiyer patern:4(Gleason skor: 6,5). Kliniğimizdeki ürologlar, tersiyer patern 4, Gleason skor 6 olan hastalara, Gleason skorlarının 6 ila 7 arasında olduğunu söylemektedirler. Bu nedenle, bu bilgiyi modifiye Gleason skor 6,5 olarak biçimlendirmek pratikte bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Farklı Korklarda Farklı Dereceler Gösteren Biyopsiler

Bir ya da daha fazla biyopsi korunda pür yüksek dereceli kanser görüldüğünde (örn: Gleason skor: 4+4=8) ve diğer korklarda patern 3 saptandığında (3+3=6, 3+4=7, 4+3=7), her korun derecesini ayrı olarak raporlamak bir seçenek olmakla birlikte, tedavide tutulum oranına bakılmaksızın en yüksek dereceli tümör (Gleason skor 8) dikkate alınmalıdır. Diğer seçenek ise tüm tutulum gösteren korkları tek bir uzun kor olarak kabul edip ortalamasını almaktır. Çeşitli çalışmalar ortalama almak ya da en



yaygın dereceyi kullanmaktansa, en yüksek Gleason skorun, patolojik evre ve RP'deki Gleason skorla daha iyi korelasyon gösterdiğini ispat etmiştir.

Orijinal ve Modifiye Edilmiş Gleason Sisteminin Prognostik Doğruluğu

Modifiye edilmiş güncel Gleason sisteminin üstünlüğü çeşitli çalışmalarda kanıtlanmıştır. Helpap ve Egeved, biyopsi ve RP derecelerini orijinal sistem ile karşılaştırdıklarında %58 uyumluluk saptarken bu oran modifiye sistemde %72'e çıkmıştır (p:0,001). Uemura ve arkadaşları modifiye sistemle doğruluk açısından küçük ve istatistiksel açıdan kanıtlanmamış bir gelişme saptarken, aynı grupla Billis ve arkadaşlarının ortak çalışmasında, RP sonrası biyokimyasal nüksüz progresyonu öngörmede modifiye Gleason sisteminin üstünlüğüne işaret etmişlerdir.



ÖZET

Tanımlanmasından bu yana 40 yılı aşkın bir süre geçmiş olmasına rağmen Gleason sistemi, prostat kanserinde prognoz açısından en önemli faktörlerden birisidir. Üropatolojistler tarafından tıbbi pratikteki değişimlere uygun hale getirmek için, zamanla sistemin bazı bölümlerinde adaptasyonlar yapılmıştır. ISUP konferansı, bu adaptasyonların sistematik hale getirilmesi ve pratikte fikir ayrılığı olan noktalarda birliğin sağlanmasına yardımcı olmuştur. Konferans ve devam eden çalışmalar, patolojlara Gleason sisteminin bir örnek hale getirilerek güncel pratiğe uyarlanmasında yardımcı olmaktadır. ISUP tavsiyelerinin çoğunluğu, tecrübeye dayanan ve az sayıda çalışmayla desteklenen öneriler olduğundan, validasyon için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

MAKALE ÖZETLERİ

Geleneksel anterior vajinal onarım için reoperasyon oranı: ortalama 4 yıllık takipli 207 vakanın analizi

Dharmesh S. Kapoor, Marika Nemcova, Konstantinos Pantazis, Paula Brockman, Luigi Bombieri, Robert M. Freeman. Reoperation rate for traditional anterior vaginal repair: analysis of 207 cases with a median 4-year follow-up. Int Urogynecol J 2010 21:27-31.

Primer anterior kolporafili 207 vaka retrospektif olarak incelenmiş. Prolapsus ve/veya uriner inkontinans için reoperasyon ayrıntıları hastaların pratisyen hekimlerinden 50 aylık bir ortalama takip süresi ile elde edilmiştir. Prolapsus rekürrensi ve reoperasyon oranı: Klinik incelemede, 25 (%12) kadında sistosel (derecelendirilmedi), 21 (%10) kadında rektosel, 2 (%1) kadında servikal iniş ve 6 (%2.9) kadında kubbe inişi kaydedilmiş. 50 aylık takip süresince (14-134, mod 53 ay), 19 (%9.1) kadın herhangi bir bölümde tekrar ya da yeni prolapsus ameliyatı geçirmiştir. Çoğu kadında ameliyattan sonra fark edilebilir sistosel gözlenirken, çok azının tekrar bir operasyon geçirdiğine işaret edilmektedir. Bu da, semptomlara sebep olmuyorsa hastaların sistoselin fiziksel varlığından rahatsızlık duymadığını göstermektedir. Hastaların yeni bir ameliyat geçirmemelerinin başka nedenleri de olabilir, kötü hastane deneyimi, ağrı korkusu vs.

Sonuç olarak bu çalışmada anterior onarım sonucunun, önceden ileri sürüldüğü kadar kötü olmayabileceği yönündeki görüşe de destek verilmektedirler. Primer sistosel onarımı için meshin artan kullanımını sorgulanabileceği ileri sürülmektedir.

MAKALE ÖZETLERİ

VARİKOSELİ OLAN İNFERTİL ERKEKLERDE MİKROCERRAHI VARİKOSELEKTOMİ: BİLATERAL VE UNİLATERAL VARİKOSELİN GEBELİK SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Abdulaziz Bazeem, Jason M. Boman, Jamie Libman, Keith Jarvie, Armand Zini
BJU International August 2009

Çeviri:

Yrd. Doç. Dr. Hakan KOYUNCU
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Giriş

Varikozel anormal dilate ve tortioze spermatic venden oluşmaktadır. İnfertil erkeklerde en sık saptanan patolojidir (1). İnfertil erkelerin %35'inde tüm erkeklerin ise %15'inde gözlenmektedir (1,2). Varikozelin erkek infertilitesi üzerine potansiyel etkisi net değildir. Toksik adrenal ve renal metabolitlerin renal vene aracılığıyla reflüsü, artmış skrotum içi ısı, artmış serbest oksijen radikalleri, lokal hipoksi ve iskemi üzerinde tartışılan mekanizmalardır (3-7).

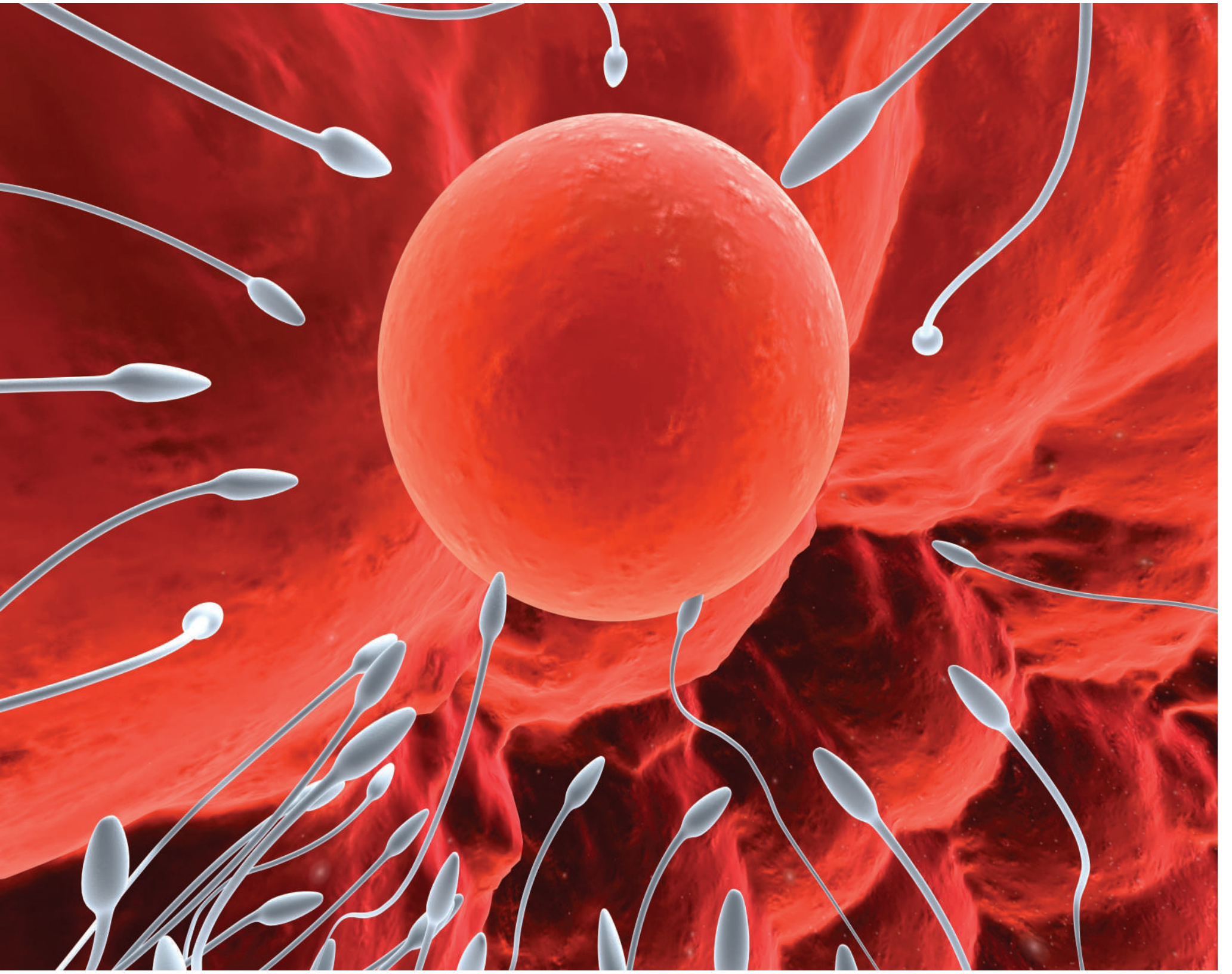
İnfertil oligospermik erkeklerde varikozel onarımının fertilitayı artırdığı bilinen bir gerçektir (8). Varikozeli olan oligospermik ya da non-obstrüktif azospermik infertil erkelerde varikozel onarımının semen parameterlerinde (sperm konsantrasyon, hareket ve morfolojisi) iyileşme sağladığı çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir (9-11). Ayrıca semen parametrelerindeki bu olumlu gelişmelerin gebelik oranlarına da pozitif yansıdığı bir gerçektir (8,11-14).

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) birçok infertil çiftte gebeliğin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. YÜT özellikle idiyopatik infertil çiftlerin tedavisinde tercih edilmektedir. Aynı zamanda YÜT klinik varikozeli olan, anormal semen parametrelerine sahip infertil çiftlerin tedavisinde varikozele alternatif olarak da kullanılmaktadır.

Bu çalışmada oligospermik erkeklerden oluşan iki grupta gebelik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Temmuz 1996 ve Aralık 2002 tarihleri arasında infertilite nedeniyle başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların hepsi 1 yıl ve üzerinde infertil, klinik varikozelleri olan ve anormal düşük semen



parametrelerine sahip hastalardır. Kriptoorşidizm, testiküler travma, torsiyon, enfeksiyon, geçirilmiş skrotal cerrahi öyküsü olan veya genetik anormalliği olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Oligospermi için sperm sayısı 1 ile 20 milyon arasında olması şeklinde kabul edilmiştir.

Varikoseller Dubin derecelendirme sistemine göre (Grade I-III) değerlendirilmiştir. Subklinik varikoselli hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tüm varikosektomiler aynı cerrah tarafından mikrocerrahi yöntemle yapılmıştır.

Tüm hastalardan 3-5 günlük cinsel perhiz sonrasında mastürbasyonla en az iki sperm örneği alınmıştır. Sperm örnekleri cerrahiden 1-3 ay önce ve 6-8 ay sonra değerlendirilmiştir. Semende volüm, dansite, hareket ve morfoloji gibi standart parametreler değerlendirilmiştir.

Hasta öyküsü, fizik muayenesi, laboratuvar sonuçları ve gebelikle ilgili sonuçları (doğal veya YÜT) detaylı kaydedilmiştir. Semen parametrelerindeki değişiklikler, gebelik durumları ve YÜT kullanımı sonuçların değerlendirilmesinde esas alınmıştır.

Sonuçlar

Klinik varikoseli olan ve oligospermik 360 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Grup 1'deki 233 hastaya

varikosektomi uygulanmıştır. 127 hastanın olduğu grup 2'deki hastaya cerrahi uygulanmamıştır.

Grup 1'deki hastaların %67'si (157/233) ve grup 2'deki hastaların %56'sı (71/127) ile ilgili gebelik sonuçları ve YÜT kullanımı verileri toplanmıştır. Grup 1'de gebelik sağlanan (176) ve sağlanmayan (56) hastalar arasında infertilite süresi, FSH seviyesi bazal semen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Gebelik sağlanamayanlarda anne yaşı ve sperm hareket oranı gebelik sağlananlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Grup 2'de gebelik sağlanamayan (56) ve sağlanan (71) hastalarda klinik parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Doğal gebelik grup 1'de çiftlerin %38'inde, grup 2'de ise %30'unda saptanmıştır. Grup 1'deki çiftlerin %24'ünde, grup 2'deki çiftlerinse %38'inde IUI kullanılmıştır. IUI kullanılan çiftlerin grup 1'de %22'sinde, grup 2'deki çiftlerinse %38'inde ICSI kullanılmıştır.

Grup 1'deki 233 hastanın 97'sinde (%42) bilateral, 136'sında (%58) unilateral varikosel mevcuttu. Bilateral varikoseli olan hastalarda bilateral varikosektomi sonrasındaki semen

parametrelerindeki iyileşme, unilateral varikoselli hastalardaki unilateral sol varikosektomi sonrasındaki iyileşmeye göre daha belirgindi. Doğal gebelik oranları bilateral varikosektomi olanlarda unilateral varikosektomi olanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0.045$).

Bilateral varikoseli olan grup 1'deki çiftlerde doğal gebelik sağlanma oranı daha yüksek, YÜT kullanımı daha düşük saptanmıştır.

Tartışma ve Yorum

Bu çalışmada görülmüştür ki varikosektomi semen parametrelerinde (sperm konsantrasyon ve hareket) anlamlı iyileşme sağlamaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (%38 vs %30) doğal gebelik oranları takip edilen hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Hem IUI hem de ICSI kullanım oranları grup 2'de grup 1'e göre daha fazla bulunmuştur. Varikosel onarımı sonrası semen parametrelerindeki anlamlı iyileşme birçok çalışma ile de desteklenmektedir (9-11).

Semen parametrelerindeki bu anlamlı iyileşmenin erkek infertilitesine potansiyel pozitif etkisi literatürdeki çalışmalarda da desteklenmiştir ancak

gerçek etkisini değerlendirmek zordur çünkü bu çalışmaların çoğunda kontrol grubu yoktur (8,11-14). Bu popülasyonda YÜT kullanım oranı net bildirilmemiştir ancak bizim çalışmamızda varikoseli olan ve oligospermik hastalarda YÜT kullanım oranları rölatif olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları göstermektedir ki bilateral varikosektominin erkek infertilitesi üzerine etkisi unilateral varikosektomiye göre daha belirgindir. Bilateral varikoseli olan grup 1'deki hastalarda grup 2'deki hastalara oranla doğal gebelik sağlanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu varikoselin doz etkisini desteklemektedir. Libman ve ark.ları ile Scherr ve arklarının yaptıkları çalışmalarda da bilateral varikosektominin unilateral varikosektomiye oranla semen parametrelerinde daha belirgin bir iyileşme sağladığını, doğal gebelik oranlarının daha yüksek olduğunu ve bunun varikoselin doz etkisi ile açıklanabileceğini vurgulamışlardır (20,21).

Sonuç olarak bilateral varikoseli olan oligospermik çiftlerde varikosektomi kabul edilebilir bir tedavi opsiyonudur.

TEKNİK VE TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN STAGHORN TAŞLARIN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ İLE TEDAVİSİNDE ETKİLERİ

Desai M, Jain P, Ganpule A, Sabnis R, Patel S, Shrivastav P.
Developments in technique and technology: the effect on the results of percutaneous nephrolithotomy for staghorn calculi.
BJU Int. 2009
Aug;104(4):542-8



Çeviren ve Özetleyen:
Yard. Doç. Dr. Mustafa Okan İstanbulluoğlu
Başkent Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı Konya Hastanesi

Amaç:
Bu makalede teknik ilerlemelerin Perkütan nefrolitotomi(PCNL) operasyonundaki etkileri değerlendirilmiştir. Öğrenme eğrisinin, teknolojik gelişmelerin staghorn taşların tedavisinde son 18 yılda nasıl değişikliklere yol açtığı incelenmiştir.

Hastalar ve Metodlar:
Bu retrospektif tek merkezli analizde ocak 1991 den ağustos 2008'e kadar 773(632 erkek 141 kadın) hasta toplam 834 renal ünite staghorn taş için uygulanan PCNL sonuçları incelenmiştir. Hastalar tedavi politikaları, global eğilimler ve teknik ekipmandaki gelişmelere göre 3'e ayrılmıştır. İlk 200 hasta (216 renal ünite) kasım 2006'ya kadar, ikinci 200 hasta (212 renal ünite) ocak 1997'den kasım 2001'e kadar, üçüncü ve sonuncu hasta gruba ise ocak 2002'den ağustos 2008'e kadar (373 hasta 406 renal ünite) olan hastalardan oluşturulmuştur.

Bulgular:
Ortalama operasyon zamanı grup 1,2 ve 3 de sırasıyla 138.2±52.7 (60-310), 121.4±42.8 (70-250) ve 112.5±51.5 (55-310) olarak, hemoglobindeki düşüş ise yine sırasıyla 3.2, 2,6 ve 1,6 olarak bulunmuştur ve zamanla süren düşüş teknikteki ilerlemeler sayesinde olmuştur. Zamanla artan tecrübeyle ise tam taşsızlık için gereken renal giriş sayısında düşme meydana gelmiştir. Ciddi komplikasyonların çoğunun ilk dönemde olduğu görülmüş, taşsızlık oranı ise 3 grupta sırasıyla %81, %86 ve %93 olarak bulunmuştur. Ek tedavilerle bu oran %86, %89 ve %96 ya yükselmiştir. Ortalama hastanede yatış süresi ise sırasıyla 11.1±3.9

(7-25), 9.5±3.4 (5-22) ve 7.1±3.6 (4-28) gün olarak gösterilmiştir.

Sonuç:
Staghorn taşların perkütan yolla tedavisi hayli tecrübe gerektirmektedir. Bizim verilerimize göstermiştir ki çok girişli PCNL uzun bir öğrenme eğrisi ve tecrübe gerektirmektedir. Yıllar geçtikçe sonuçlarımızdaki iyileşmelere rağmen, tam taşsızlık halen istenilen düzeyde değildir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre gelecekte kullanılacak yeni teknolojilerle taşsızlık oranının istenilen seviyelere geleceği söylenebilir.

GİRİŞ:
Perkütan nefrolitotomi standart monoterapi olarak staghorn taşların tedavisinde önerilmektedir. Staghorn taşlardaki tedavi stratejisi taş yüküne, taşların lokalizasyonuna ve taşların toplayıcı sistemdeki dağılımına bağlıdır. Diğer major faktörler ise böbrek fonksiyonları, hidronefrozun derecesi ve enfeksiyondur. Özellikle gelişmiş ülkelerde hastaların şikayeti de çok önemlidir.

AUA kılavuzlarının önerisine göre PCNL staghorn taşlarda ilk tedavi seçeneğidir, diğer tedavi seçenekleri arasında PCNL sonrası SWL sayılabilir. Kalan taş miktarı, anatomik lokalizasyon PCNL sonrası SWL'yi tercih etmede ve tedavinin başarısında çok etkilidir. Fleksible nefroskop kullanılarak tek girişten tedavi sağlanması ise staghorn taşlarda yeni bir tedavi metodudur.

Merkezimizde PCNL 1986 yılından beri yapılmaktadır ve o yıldan bu güne tedavi stratejimizde yeni teknolojilerle, kılavuzların önerileriyle değişiklikler meydana gelmiş, komplikasyon oranında azalma olmuş, taşsızlık artmıştır. 80'li yılların başında anatofik nefrolitotomi minimal kan kaybı ve böbrek fonksiyonlarının korunmasıyla standart tedavi iken, SWL, PCNL, üreteroskopi ve taşı parçalamada farklı enerji kaynakların bulunması tedavi stratejileri çok değişmiştir. Bu çalışmada teknolojik gelişmelerin staghorn taşların perkütan yolla tedavisinde etkileri son 17 yıllık hasta serilerinde gösterilmiştir.

HASTALAR VE METODLAR:
Bu retrospektif tek merkezli analizde ocak 1991 den ağustos 2008'e kadar 773(632 erkek 141 kadın) hasta toplam 834 renal ünite staghorn taş için uygulanan PCNL sonuçları incelenmiştir. Hastalar tedavi politikaları, global eğilimler ve teknik ekipmandaki gelişmelere göre 3'e ayrılmıştır.(Tablo1) Bu çalışmaya staghorn ve parsiyel staghorn taşı olan hastalar alınmıştır.

Preoperatif değerlendirmede taş çapı, renal anatomi ve fonksiyonu göz önüne alınmıştır. İlk iki grupta direkt film ve IVP 3. grupta ise kontrastsız CT ve CT ürografi ile renal anatomi ve giriş yerleri belirlenmiştir. Tüm hastalar yine operasyon öncesi rutin kan sayımı, idrar tahlili ve kültürü ile değerlendirilmiştir.

Tüm girişimler genel anestezi altında yapılmış, sistoskopi sonrası 5F üreter

katateri ve 16F foley sonda konulmuş. Hastalar prone pozisyona alınmış ve ilk giriş maksimum taş çıkara bilinecek nokta hesaplanılarak yapılmış ikinci girişler ise daha çok kalikslerde kalan taşlara yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

İlk giriş USG eşliğinde ürologlar tarafından yapıldı takip eden girişler için ise floroskopi kullanıldı. Dilatasyon için teleskopik dilatatörler kullanıldı. 20 veya 22 F nelaton katater operasyon bitiminde nefrostomi tüpü olarak kullanıldı, multi giriş açıldığı durumlarda diğer girişlere 12 veya 14 F tüp konuldu. Re-PCNL gereken hastalara ilk girişimden 72 saat sonra yapıldı. Postop. 1.gün 1.ay ve 3. ayda hastalar taşsızlık yönünden değerlendirildi.

BULGULAR:
Her 3 grubun demografik özellikleri tablo 2'de belirtildi. Cerrahların tecrübeleri arttıkça operasyon zamanında, hemoglobin seviyesindeki düşmede ve açılan renal giriş sayısında azalma meydana geldi.

En çok gözlenen komplikasyon postoperatif ateş olarak belirlendi. Komplikasyonlar modifiye clavien sistemine göre sınıflandırıldı. Sırasıyla gruplarda grade 1 komplikasyon oranları %34.5, %28 ve %24.9 olarak bulundu, yine kültür(+) üreme üç grupta sırasıyla %20, %10.6 ve %6.2 olarak gösterildi. Sık gözükten ciddi komplikasyonlar ise (clavien grade 3b) 2 hastada anjiyoembolizasyon gerektiren kanama, 1 hastada nefrektomi, 2 hastada kolon yaralanması, 4 hastada ise pnömotoraks olarak gösterildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:
Staghorn taşlarda ilk perkütan nefrolitotomi operasyonu 1983 yılında Clayman tarafından yapılmış ve bildirilmiştir.

Daha sonra staghorn taşların tedavisinde AUA kılavuzlarına PCNL girmiş ancak 1994 yılında yayınlanan kılavuzlarda staghorn taşlar için tek giriş rest taşlara da SWL önerilmektedir.

1997 yılında Stroom ve ark. Sandwich tedaviyi tariflemişlerdir. Nihayet 2004 yılında PCNL kılavuzlarda tek başına staghorn taşların tedavisinde önerilir olmuştur. Son zamanda tartışılan bir diğer konuda tüpsüz PCNL uygulamasıdır. Malcom ve ark. 25 total/parsiel staghorn taşta bu yöntemin güvenilir ve etkin olduğunu göstermişlerdir ancak, staghorn taşlarda tüpsüz yöntemi gösteren sınırlı çalışma vardır.

PCNL'de primer amaç minimal morbiditeyle maksimum taş temizlemektir. İlk grupta ultrasonik enerji ve 27F nefroskop kullanılmış (nefroskop kendiliğinden kılıf içermekteymiş.)

Ultrasonik enerjinin dezavantajı çabuk ısınmasından dolayı bir müddet sonra kullanılamaz hale gelmesidir. Bu

yıllarda yapılan bir diğer hata ise preoperatif plan yapılmadan giriş sayısı ve yerinin belirlenmesidir.

İkinci grupta 24F (kendi kılıfı yerine amplatz kılıf kullanılarak) nefroskop ve pnömotik enerji kullanılmıştır, enerji kaynağının değişmesiyle taşlarda kırılma çok daha hızlı olmuştur. Amplatz kılıf kullanılmasıyla da büyük parçalı taşlar daha kolay dışarı alınmıştır, amplatzın bir diğer faydası da intrapelvik basıncın düşük kalmasıdır.

Son grupta ise en önemli gelişme fleksibl enstrümanların kullanılması olmuştur. Bunun yanında enerji kaynağı pnömotik ve ultrasonik enerjiyi aynı anda içeren kombine cihazlar kullanılmıştır. Yine bu dönemde preop. ve perop. dönemde diabetik ve hipertansiyonlu hastalarda girilmesi planlanan kalikslere ilk olarak kılavuz tel yerleştirilmesi olmuştur.

(Dilatasyondan önce çok sayıda kılavuz tel ayrı yerlerden böbreğe yerleştirilmiştir)

Sonuç olarak tedavide gelişen teknoloji ve artan tecrübeyle 5 politika belirlenmiştir.

Özetle:
1) 3 boyutlu CT böbreğe girişte, doğru kaliksi seçmede preop. Yapılması gereken çok önemli bir tetkiktir. Girişte USG kullanılması en kısa yolla böbreğe ulaşmayı ve komşu organ yaralanmasının azalmasını sağlar. Ancak mutlaka üroloğun USG'ye aşinalığı olmalı ve girişi kendisi yapmalıdır.

2) Taşları kırmada seçilen enerji kaynağının maksimum etkinlikte olması işlemin uzun sürmemesi için çok gereklidir. Bu amaç için kombine cihazlar çok etkilidir.

3) Fleksibl enstrümanlar rijid nefroskopa çok yardımcıdır. Multi girişten kaçınmak için cerrahın fleksibl aletleri kullanması basket, graspr ve lazer kullanarak taşları çıkarması önemlidir.

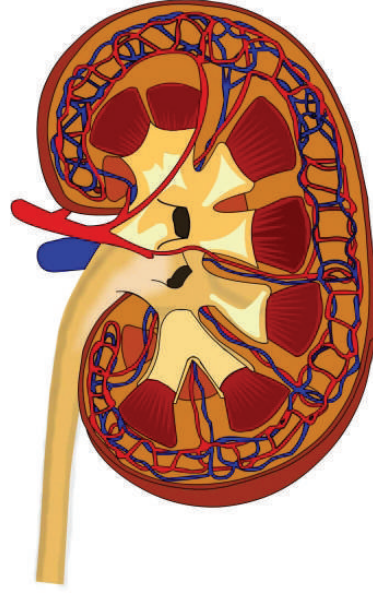
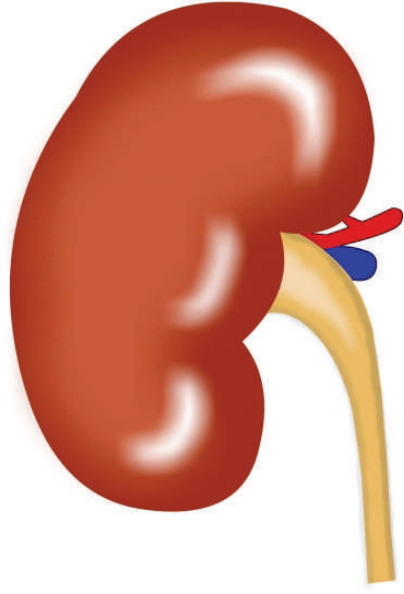
4) Çok girişli PCNL cerrahları kanama ve komplikasyonları arttırır düşüncesiyle korkutmaktadır. Ancak işlem öncesi seçilen kalikslere kılavuz tel yerleştirilmesi ve fleksibl enstrümanların kullanılmasıyla morbidite çok azalmıştır.

5) Staghorn taşlarda kalan residüel taşlara agresif tedavi uygulanmalıdır. Böylece takiplerdeki taşsızlık oranı yükselecektir. Cerrahi sırasında rezidü taştan şüphe duyulursa JJ stent konulmalıdır.

Sonuçta staghorn taşların PCNL ile tedavisi oldukça tecrübe gerektirir. Çalışmanın sonuçları göstermiştir ki multiperk PCNL tecrübe ve eğitim ister.

Teknikteki gelişmelerde çok önemlidir, bu sayede taşsızlık oranı artmakta, morbiditeyi azalmaktadır.

>>



ÇEVİRENİN NOTU:

Öncelikle yazarları 18 yıl gibi bir sürede verilerini oldukça düzgün tutup bu araştırmayı yaptıkları için tebrik etmek lazımdır.

Gerçekten oldukça geniş bir hasta serisi ile yapılan bu taş çalışması tahmin edildiği üzere Hindistan kökenli. Ülkemizde de bu kadar yüksek sayıda hasta ile taş çalışmasına olanak vardır, ancak bunun için çok merkezli çalışmaların desteklenmesi ve derneklerinde buna öncülük etmesi gerektiğini düşünmekteyim.

Makaleye tekrar dönecek olursak bazı kafa karıştıran noktalar göze çarpmakta, ilk olarak staghorn taşlar için diğer literatürde görülenlerden çok



daha fazla bir başarı vermektedirler. Literatürde %58 ile %80 arasında başarı varken bu çalışmada son dönemde %95'lere varan başarı bildirilmiştir. Bunda herhalde perkütan tecrübelerinin fazla olması etkindir. Bir diğer konu kullanılan taşkırmaya yöntemi ile ilgilidir. Yazarlar kombine cihazın saf pnömotik ve ultrasonik cihaza göre çok üstün olduğunu ifade etmektedirler ancak şahsi tecrübem pnömotik ile kombine cihazlarda etkinlik yönünden çok fark olmadığı yönündedir.

Hastaların yatış süresi çok uzun, bunda ülkenin sağlık politikasının etkili olduğunu yazıda ifade etmişlerdir. Bir diğer konuda bazı hastalarda dilatasyon öncesi tahmini girilecek kalikslerin hepsine klavuz tel yerleştirilmesidir. Görüşüme göre bu çok da gerekli değildir.

Tüm klavuz tellerin toplayıcı sisteme girdikten sonra üretere iletilmesi mümkün olmamaktadır üretere iletilemeyen bir klavuz tel çok kolayca toplayıcı sistemden dışarı çıkar.

Böyle bir durumda da dilatasyon öncesi çok sayıda klavuz tel yerleştirmek fayda yerine zaman kaybı sağlar. Fleksibl aletlerinde ancak kanamasız bir böbrekte işe yarayacağı unutulmamalıdır.

Tablo 1: Üç grubun karşılaştırılması

Grup/period	Hasta sayısı (renal ünite)	
1) Ocak 1991 - Kasım 1996	200(216)	*28F Storz nefroskop ile çalışma kılıfı *Ultrasonik litotriptör *Tract 28-30 F *Planlanmamış multipl giriş
2) Ocak 1997 - Kasım 2001	200(212)	*18, 22, 24F Wolf nefroskop *Lithoclast litotriptör *Tract çapı infundibulumuna göre
2) Ocak 2002 - Ağustos 2008	373(406)	*12 ve 18 F çaplı ince nefroskop *Fleksible nefroskop ve üreteroskop *Önceden planlanmış multipl ultrasonik giriş *Lithoclast master litotriptör (ultrasonik+pnömotik+aspirasyon) *Pre-op planlama 3 boyutlu CT ürografiye göre.

Tablo 2: Hastaların demografik özellikleri

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	P		
				1-2	2-3	1-3
N (renal ünite)	200(216) %25.9	200(212) %25.9	373(406) %48.2			
Parsiel staghorn	116	112	211			
Komplet staghorn	100	100	195			
Taş çapı mm ²	795 (194-3550)	1058 (211-4560)	1100(110-5725)			
Tek giriş	67 (%31)	82 (%39)	171 (%42)	0.11	0.41	<0.01
Multipl giriş	149 (%69)	130 (%61)	235 (%58)	0.27	0.40	<0.01
Başarı	175 (%81)	183 (%86.3)	379 (%93.3)	0.20	<0.01	<0.01
3. ay başarı	186 (%86.1)	189 (%89.1)	391 (%96.3)	0.42	0.05	<0.01
Operasyon zamanı	138(60-310)	121 (70-250)	112 (55-310)	0.30	0.16	<0.01
Hastanede kalış	11.1 (7-25)	9.5 (5-22)	7.1 (4-28)	0.28	0.12	0.08
Hgb Düşüş gr/dl	3.2 (1.7-6)	2.6 (1.2-6.5)	1.6 (0.4-6)	0.24	0.01	<0.01
Post.op transfüzyon 1 trakt	8(%11.9)	9 (%10.9)	12(%7)	0,92	0.39	0.31
Post.op transfüzyon >1 trakt	28(%18.7)	21 (%16.1)	28(%11.9)	0.52	0.36	0.68
Toplayıcı sistemde perforasyon	18(%8.3)	16 (%7.5)	18(%4.5)			
Perinefrik koleksiyon	14(%6.5)	11 (%5.2)	11(%2.7)			

PEDİATRİK PIYELOPLASTİ: LİTERATÜRDEKİ LAPAROSKOPİK VE AÇIK TEKNİKLERİN META-ANALİZİ İLE TEK MERKEZDEKİ AÇIK CERRAHİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Op.Dr. Tayfun Oktar
İstanbul Tıp Fakültesi,
Üroloji Anabilim Dalı
Pediatric pyeloplasty:
comparison of literature
meta-analysis of
laparoscopic and open
techniques with open
surgery at a single
institution.
Seixas-Mikelus SA,
Jenkins LC, Williot P,
Greenfield SP. J Urol. 2009
Nov;182(5):2428-32

Tarihsel olarak üreterepelvik bileşke obstrüksiyonunda açık cerrahi ile 'dismembered' piyeloplasti altın standart tedavi olmuştur. Ancak son yıllarda laparoskopik ve robotik piyeloplasti pediatrik popülasyonda kabul görmüş ve literatürde açık cerrahi ile benzer sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Peters ve arkadaşları, 1995 yılında çocukta ilk laparoskopik Anderson-Hynes piyeloplasti operasyonunu tanımlamışlardır.

Sonraki yıl Tan ve Roberts, laparoskopik dismembered piyeloplasti uygulanan 6 çocuğun sonuçlarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada pediatrik laparoskopik ve açık piyeloplasti ile ilgili yayınların meta-analizi yapılmıştır. Aynı zamanda yazarların merkezinde açık piyeloplasti uygulanan çocukların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Obstrüksiyon ve postoperatif başarı göstergesi olarak yalnız diüretik renografi sonucu kabul edilmiştir.

Bu amaçla, pediatrik laparoskopik ve robotik piyeloplasti için Pubmed, Cochrane ve Ovid MEDLINE (1966-2007) taranmış ve sonucunda 1995-2007 yılları arası yayınlanan ve 346 renal üniteyi (RÜ) içeren 19 laparoskopik (robotik dahil) çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Açık piyeloplastide ise 1998-2007 arası 486 vakayı içeren 9 yayın çalışmaya dâhil edilmiştir.

Yazarların merkezinde 1985-2007 tarihleri arası açık piyeloplasti uygulanan 213 hastanın (224 RÜ) kayıtları da retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tekrar girişim

uygulanması, planlanmamış üreteral stent veya nefrostomi takılması, balon dilatasyon veya redo piyeloplasti olarak tanımlanmıştır. Preoperatif ve postoperatif değerlendirme metotlarını bildirmeyen yayınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Ortalama yaş laparoskopi grubunda 80 ay (2ay-20yıl), açık grupta 73 ay (0.5 ay- 26 yıl), yazarların merkezindeki açık seride 49 aydır (2ay-19yıl). Laparoskopik çalışmalarda, 171(%49) vaka preoperatif, 137(%40) olgu ise postoperatif diüretik renografi ile değerlendirilmiştir.

Postoperatif diüretik renografi ile değerlendirilen hastaların 10(%7)'una tekrar girişim yapılmıştır. Bunların 6(%4)'sına redo piyeloplasti, 3(%2)'üne nefrostomi ve 1(%1)'ine balon dilatasyon uygulanmıştır. Açık piyeloplasti çalışmalarında ise 165(%34) hastanın preoperatif, 230(%47) olgunun postoperatif diüretik renografisi mevcuttur. Bu grupta, postoperatif diüretik renografisi olan hastaların 3(%1)'üne redo piyeloplasti gerekmiştir. Yazarların merkezinde açık piyeloplasti uygulanan 224 olgunun 215(%96)'inde preoperatif ve postoperatif diüretik renografik değerlendirme mevcuttur. Bunların 4(%2)'üne redo piyeloplasti, 2(%1)'sine üreteral stent, ve 1(%0.4)'ine nefrostomi uygulanmıştır.

Postoperatif diüretik renografi ile gösterilen cerrahi başarı laparoskopide %96, açık cerrahi meta-analizde %99 ve tek merkezin açık cerrahisinde %99 olarak saptanmıştır. Redo piyeloplasti oranları karşılaştırıldığında, laparoskopik meta-analiz, açık meta-analiz ve yazarların serisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Ancak, cerrahi başarının laparoskopi grubunda yüksek olsa da, açık cerrahi ile aynı düzeyde olmadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda, robot yardımcı ve robotik olmayan laparoskopik piyeloplasti sonuçları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır.

Laparoskopideki dokunma hissinin olmaması nedeniyle doku travmasının daha fazla olabilmesi ve açık cerrahide anastomozda doku manipülasyonunun minimal olması, açık cerrahide 6/0 ve 7/0 sütürler kullanılması, tekrar girişim oranının laparoskopik grupta fazla olmasının nedenleri olarak speküle edilebilir.

Robot yardımcı laparoskopik piyeloplasti grubunda başarı oranının daha iyi olduğu görülmüştür (%97). Avantajları 3 boyutlu görünüm, bilek hareketlerindeki genişlik ve eldeki titremenin olmamasıdır. Robotik cerrahinin laparoskopik ve açık cerrahi arasındaki arayı kapatabileceği belirtilmiştir.

Sonuç olarak her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, postoperatif renografi sonuçları içeren çalışmalarda tekrar girişim ve redo piyeloplasti oranının, laparoskopik piyeloplasti grubunda, açık gruba oranla yaklaşık

iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmaların çoğunda preoperatif obstrüksiyon ve postoperatif başarı değerlendirmesinde diüretik renografi kullanılmamıştır. Deneyimin daha da artması ve robot kullanılması ile laparoskopinin başarısını arttırabileceği vurgulanmıştır. Uzun dönem sonuçlara ihtiyaç olduğu ve laparoskopi grubunda geç dönem başarısızlıkların da olabileceği eklenmiştir.

Çalışma özellikle metodoloji ve dizaynı açısından editöryal yorum ve eleştiri almıştır. Her iki tedavi kolunun tam olarak karşılaştırılabilir olmaması, hasta yaşı, cerrah deneyimi, kullanılan sütür materyalleri, stent kullanımı, radyolojik değerlendirme gibi açılardan farklılıklar içerdiği belirtilmiştir. Ayrıca prospektif randomize çalışmaların eksikliğinde kesin sonuçlar çıkarmanın sakıncaları vurgulanmıştır. Bununla birlikte yazarlar, mevcut güncel durumun bir analizini verdiklerini belirtmişlerdir.

ÜROLOJİ KLİNİKLERİNİ TANIYALIM

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Haziran 1998'de kurulmuş ve 14 Mart 1999'da Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin açılmasıyla beraber poliklinik, klinik ve ameliyathane hizmeti vermeye başlamıştır.

Nisan 1999'da Tıpta Uzmanlık Sınavı sonucunda ilk araştırma görevlilerinin alınmasıyla da eğitim serüveni başlayan anabilim dalımızda halen 4 profesör, 2 doçent olmak üzere 6 öğretim üyesi (Resim 1: Ön sıra Prof. Dr. Selahittin Çayan, Prof. Dr. Erdem Akbay, Prof. Dr. Murat Bozlu ve arka sıra Prof. Dr. Ercüment Ulusoy, Doç. Dr. Erdal Doruk ve Doç. Dr. Erime Erdem) ve 7 tıpta uzmanlık öğrencisi (resim 2: Ön sıra Dr. Mustafa Çalışkan, Dr. Ozan Efesoy ve arka sıra: Dr. İdris Aydın, Dr. Serdar Çelik, Dr. Keremhan Gözükara, Dr. Barış Saylam) bulunmaktadır. Anabilim Dalı başkanlığını kurulduğu yıldan günümüze kadar Prof. Dr. Erdem Akbay yürütmektedir. Anabilim dalımızda bugüne dek 11 tıpta uzmanlık öğrencisi eğitimlerini tamamlayarak üroloji uzmanı olmaya hak kazanmıştır.

Kliniğimizde yıllık ortalama 15.000 poliklinik muayenesi, 1500 yatan hasta bakımı ve 1000 ameliyat yapılmaktadır. Anabilim dalımıza ait poliklinik

hizmetleri Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin poliklinik binasında genel poliklinik ve yan dal polikliniği olmak üzere 2 poliklinik odasında verilmektedir.

Genel polikliniğimizde her gün mesai saatleri içerisinde hasta kabulü yapılmakta ve özellikle hastalar haftanın belirli günlerinde hizmet veren yan dal polikliniğimizde (androloji, çocuk ürolojisi, üroonkoloji, prostat hastalıkları, taş hastalıkları, kadın ürolojisi, renal transplantasyon) takip edilmektedir.

Yine poliklinik binamızda ayrı birer ünite olarak ultrasonografi odası, ürodinami odası, androloji laboratuvarı ve taş kırma ünitesi mevcuttur. Üroloji Anabilim dalına ait poliklinik ünitesinde ultrasonografi odasında poliklinik ve servis hastalarımız klinik elamanlarınca değerlendirilmekte ve transrektal USG eşliğinde prostat biyopsisi alınmaktadır. Gerekli hastalara perkütan nefrostomi takılabilmekte ve apse, kist vb boşaltılabilmektedir. Ürodinami ünitesinde ise videoürodinami de dahil olmak üzere tüm ürodinamik tetkikler 1 adet yardımcı sağlık personeli ile birlikte klinik elamanlarınca yapılmaktadır.

2005 yılında BAP projesi kapsamında tam teşekküllü androloji laboratuvarı kurulmuştur. Bu laboratuvarında deneyimli teknisyen rutin işlemleri yerine getirmesine rağmen sorumlu öğretim üyesi refakatinde tüm araştırma görevlilerinin androloji laboratuvar eğitimi tamamlanmaktadır. Androloji laboratuvarımız yüksek standartlarda dizayn edilmiş olup tüm androlojik tetkiklerin kolaylıkla uygulanması mümkündür. 2005 yılının son yarısında Taş Kırma Ünitesi kurulmuş ve Ocak 2006 itibarıyla hizmet vermeye başlamıştır. Bu alanda deneyimli ve eğitimli 1 adet yardımcı sağlık personelimiz de mevcuttur.

Üniversitemizin In Vitro Fertilizasyon (IVF) merkezinin yapımı devam etmekte olup kısa süre içerisinde tamamlanacak tüp bebek merkezinde azospermik hastalardan sperm elde edebilmek için mikro TESE başta olmak üzere sperm elde etme teknikleri ve bulunan spermleri gerektiğinde ileride kullanabilmek için dondurma işlemi yapılabilmesi planlanmaktadır. Kliniğimizin 20 servis, 2 yoğun bakım ve 2 de transplantasyon hasta takibi yapılan yatağı mevcuttur.

Özellikle androloji, böbrek transplantasyonu, üroonkoloji ve çocuk ürolojisi alanlarında bölgemizde referans hastanesi olarak birçok çevre illerinden bu konuda hasta başvurmaktadır. 2005 yılı itibarıyla anabilim dalımıza böbrek transplantasyonu için Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmiş ve böbrek transplantasyonu ile ilgili çalışmalarımız büyük bir ivme kazanmıştır. Bugüne dek 30'u canlıdan, 7'si kadavradan olmak üzere toplam 37 böbrek transplantasyonu başarı ile gerçekleştirilmiştir.



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Kliniğimizde görev yapan araştırma görevlilerinin eğitim süresi boyunca alması gereken teorik ve pratik eğitimler sorumlu öğretim üyeleri tarafından sağlanmakta ve denetlenmektedir. Teorik eğitim kapsamında dersler, seminer ve makale saatleri düzenlenmekte, pratik eğitim kapsamında ise hasta değerlendirmesi, ESWL, ultrasonografik ve ürodinamik incelemeler, androloji laboratuvarı çalışmaları ile ürolojik cerrahi eğitimi araştırma görevlisinin kıdemi esas alınarak sorumlu öğretim üyelerince sağlanmaktadır. Araştırma görevlileri servis, poliklinikler ve diğer alanlarda 3'er aylık rotasyonlarla ve kıdem durumuna göre çalışmaktadır. Nöbet düzenlemesini de yine araştırma görevlilerinin kıdemi esas alınarak yapılmaktadır. Her nöbette bir kıdemli ve bir kıdemsiz toplam 2 araştırma görevlisi klinikte kalmaktadır. Anabilim dalımız aktif olarak mümkün olan tüm bilimsel aktivitelere katılmaktadır. Yurtiçi ve yurtdışı kongrelere öğretim üyeleri yanında mümkün olan en fazla sayıda araştırma görevlilerinin katılmasında üst düzeyde gayret gösterilmektedir. Son 10 yılda Anabilim Dalımızda gerçekleştirilen çalışmalardan SCI kapsamındaki dergilerde basılan makale sayısı 50 olup bu çalışmaların tamamına yakınında çalışmalara katkı sağlayan araştırma görevlilerinin isimleri yer almaktadır.

Anabilim Dalımızın vizyonu; üroloji alanında en ileri bilgi ve teknoloji düzeyi ile en iyi tıp fakültesi öğrencisi, asistan ve uzmanlık sonrası eğitimi sağlayan, hasta hizmetleri ve araştırmalarıyla uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen bir konumda olmaktır.

ÜROLOJİ KLİNİKLERİNİ TANIYALIM

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2. ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Dr. Oğuz Yılanoğlu
Okmeydanı Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, II.
Üroloji Kliniği



Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Üroloji Kliniği Aralık 1983'te kurularak, o günün koşullarında toplam 8 yatak ile hizmete vermeye başlamıştır. Kliniğin ilk şefi, Ankara Tıp Fakültesinden ayrılarak kliniğin kurulmasına öncülük eden Doç. Dr. Erol Özdiler'dir.

Kliniğin kuruluş aşamasında Dr. Özdiler'in yanında Op. Dr. Ali Özkan ve 2 pratisyen hekim, Dr. İhsan Kayılı ve Dr. Mehmet Şat'tan oluşan bir ekip vardı. Dr. Medih Topsakal 1983'te ilk asistan olarak ekibe katılmış ve halen uzman doktor olarak kliniğe hizmet vermektedir.

Bu dönemde kliniğin fiziksel yapısı da gelişerek toplam 32 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Poliklinik ve ameliyathane günlerinin artırılması, yeni asistan hekimlerin katılması ile hizmet kapasitesi ve niteliği yükselmeye başlamıştır.

1984 yılının sonlarına doğru, Op. Dr. Cengiz Miroğlu'nun klinik şef muavini olarak göreve başlaması, klinik olanaklarının giderek artması, özellikle endoskopik aletlerin sağlanması ile yapılan ameliyathanelerin sayı ve niteliğinde ciddi artışlar sağlanmıştır.

1984 yılı sonu itibarıyla retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu, üreterosigmoidostomi dahil olmak üzere majör ürolojik cerrahi girişimler yapılmaya başlanmış, Doç. Dr. Erol Özdiler'in çabaları ile klinik içerisinde endoskopik müdahale odası oluşturulup transüretal girişimler burada spinal anestezi altında yapılmaya başlanarak ameliyat sayısında ciddi artış sağlanmıştır.

Eğitim faaliyetlerine de gereken önem verilerek klinik içi eğitim seminerleri, literatür izlenmesi, kongre katılım ve sunumları, yurtiçi ve yurtdışı dergilerde bildiriler ile bu faaliyetler sürdürülmüştür. Ağustos 1988'de kliniğin ilk uzmanını yetiştirmesinin ardından eğitim düzenli bir hal almıştır. 1989 yılında Op. Dr. Cengiz Miroğlu, Şişli Etfal Hastanesi II Üroloji Kliniği Şefi olarak klinikten

ayrılmış, boşalan şef muaviniğine Op. Dr. Doğan Başak gelmiştir. 1992 yılında kliniğin kurucusu Doç. Dr. Erol Özdiler'in Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde profesör olarak göreve başlamasının ardından Doç. Dr. Doğan Başak klinik şefliğine atanmıştır. Aynı yıl Dr. Tahir Karadeniz uzman olarak göreve başlamıştır. Klinik içi eğitim çalışmaları sürdürülmüş,

ulusal ve uluslararası yayınlar yapılmıştır. 1996 yılı sonlarında Doç. Dr. Doğan Başak'ın klinikten ayrılmasının ardından Dr. Tahir Karadeniz Üroloji Doçenti unvanını alarak, 1998 yılında yapılan ÖSYM merkezi sınavı sonucuyla klinik şefi olarak göreve başlamıştır. Bu tarihten itibaren klinik çalışmaları özellikle üroonkolojiye yoğunlaşmış, giderek artan sayılarda radikal onkolojik ameliyathaneler yapılmıştır. Klinik kurulduğu 1983 yılından günümüze kadar 20 üroloji uzmanı yetiştirmiştir.

Halen 18 yatakla hizmet veren klinikte güncel ürolojiden geri kalmadan her türlü ürolojik girişim yapılmaya devam edilmektedir. Klinikte yer alan muayene odasında küçük cerrahi işlemler, ultrasonografi eşliğinde perkütan nefrostomi takılması ve prostat biyopsisi yapılmaktadır. Klinik içerisinde ayrıca bir endoskopik müdahale ve ürodinami odası bulunmaktadır. Poliklinikte günde ortalama 150 hastaya hizmet verilmektedir.

Kliniğimiz üroonkoloji alanında deneyimli bir klinik olup özellikle radikal prostatektomi ve ortotopik neobladder (Studer) uygulamaları başarıyla gerçekleştirilmektedir.

Haftada 3 gün ameliyat yapılmakta olup yılda ortalama 500 ameliyat gerçekleştirilmektedir. Ayaktan yapılan endoskopik işlemler de yılda 500'ü bulmaktadır Tüm endoskopik ameliyathaneler başarı ile gerçekleştirilmekte ve laparoskopi alanında da hızla tecrübe kazanılmaktadır. Klinikte haftanın bir günü güncel literatür sunumu, bir günü konsey toplantısı, cuma günleri ise seminer sunumu yapılmaktadır.

Doç. Dr. Tahir Karadeniz klinik şefi, Op. Dr. Erkan Merder klinik şef yardımcısı, Op. Dr. Medih Topsakal, Op. Dr. Vahit Güzelburç(Erzurum Askeri Hastanesinde askerlik görevini yapmaktadır) uzman kadrolarında görev almaktadır.

Dr. Ender Kavukçu 30 Aralık 2009 tarihinde uzmanlığını almıştır. Asistan kadrosunda 6 doktor (Dr. Caner Baran, Dr. Oğuz Yılanoğlu, Dr. Orkunt Özkaptan, Dr. Kayhan Yılmaz, Dr. Süleyman Şahin, Dr. Hüseyin Beşiroğlu) ihtisas yapmaktadır. Klinikte ayrıca 5 hemşire, 4 hizmetli ve bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2. ÜROLOJİ KLİNİĞİ



ÜROLOJİ HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

“Ulusal Bilinçle
Güncel Üroloji”

Üroloji Hemşireleri Derneği İstanbul ve Antalya Bölge Toplantılarından İzlenimler

Hazırlayan :

Üroloji Hemşireleri Derneği
Yönetim Kurulu

Derneğimizin beşinci bölgesel eğitim toplantısı 17 Ekim 2009 tarihinde The Marmara Hotel İstanbul'da yapıldı. Toplantı programı posta ve e-mail ile meslektaşlarımıza gönderildi. Toplantıya Derneğimiz yönetim kurulu üyelerinden Ayfer Özbaş ve Ergül Aslan katıldı. Toplantıda konusunda uzman hekim ve hemşire konuşmacılar tarafından “Üriner Diversiyonlarda Bakım ve Eğitim”e ilişkin sunumlar ve konuyla ilgili tartışmalar yapıldı. Toplantıya 50 kişi katıldı. Katılımcılardan toplantı sonrası alınan geri bildirimlerden olumlu tepkiler alındı.

Derneğimizin altıncı bölgesel eğitim toplantısı 21 Kasım 2009 tarihinde Sheraton Hotel Antalya'da yapıldı. Bu toplantıda da aynı şekilde “Üriner Diversiyonlarda Bakım ve Eğitim” konusuyla ilgili sunumlar yapıldı. Antalya'da yapılan toplantıya 30 kişi katıldı ve değerlendirmeleri alındı.

Her iki toplantıda da katılımcılara Dernek Üyelik formları dağıtılarak üye olmalarının önemi anlatıldı. Ayrıca, ülkemizdeki Üroloji alanında çalışan hemşirelerin özelliklerini ve gereksinimlerini belirlemek amacıyla başlattığımız “Üroloji Hemşireleri Profili Çalışması” ile ilgili anketi doldurmaları sağlandı.

Üroloji Hemşireliğine ve Derneğimize sağladığı destekleri nedeniyle Türk Üroloji Derneği Başkanı ve Yönetim Kurulu üyelerine, ayrıca toplantılarımızda bizimle birlikte olan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ediyoruz.



ÜROLOJİ HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

Prof. Nurettin Öktem Sokak - Lale Palas Apt. 18/2 34382 Şişli - İstanbul
Tel: 0 (212) 232 46 89 / 0 (212) 241 76 62 Faks: 0 (212) 233 98 04
www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi

STOMA BAKIM PANSUMANLARINI KOLAYLAŞTIRAN APARAT PROJESİ ADAPTÖR KESİCİ CİLT KORUYUCU STOMA PANSUMAN APARATI "STOMAKİT"

Özlem BEKTEŞ, Bülent OKTAY, Mustafa UYSAL
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, BURSA

Anahtar Kelimeler: Stoma, Bakım/Pansuman, Buluş, Stomakit

ÖZET

Adaptör kesici cilt koruyucu stoma pansuman aparatı "Stomakit", tıpta ürostomi, ileostomi ve kolostomi bakım/pansumanlarının kolaylıkla, standart bir yöntemle ve antisepsi kurallarına uygun bir şekilde yapılmasını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Stomakit, bir tarafı kesici olan, diğer tarafı kesici olmayan, şeffaf ve iki tarafı açık bir silindir şeklindedir. Stomakit'in kesici tarafı, stomalı hastaların ömür boyu kullandıkları adaptörü düzgün sınırlı keser, koruyucu tarafı ise, vücutta olduğu gibi stomadan dışarıya atılan idrar ve ya dışkıyı içinde hapseder, böylece bu çıktılar cilde temas etmeden bakım/pansumanın yapılmasını sağlar.

TASARIM ÖZELLİKLERİ

Stomakit tasarlanırken beklenenler; a) Adaptör kesiminde makas kullanımının ortadan kalkması. Bu özelliği sağlama aşamasında hassas ve dengeli bir kesme fonksiyonu olmalıydı. Stomakit'in kesici tarafı, orta yumuşaklıkta lateks bir malzemeye benzeyen adaptörü biraz kuvvet uygulanarak bastırıp çevrildiğinde kesmeli, ancak el ve ya başka bir cilt yüzeyine temasında zarar vermemeliydi. Mika tarzı bir malzemeden yapılan Stomakit'in kesici tarafının inceliği ve malzemenin sertlik derecesi pek çok üretim ve denemeye uygun ve sağlıklı bir duruma getirildi. Adaptörün Stomakit ile düzgün sınırlı kesilmesi, adaptörün kenarlarının cilde tam temasını sağlamaktadır. Böylece stoma içeriğinin adaptör altına sızma olasılığı azalmaktadır. Ayrıca Stomakit ile kesim yapmak, daha kolay ve standart bir yöntemdir.

Şekil1. Makas ile yapılan kesim



Şekil2. Stomakit ile yapılan kesim



b) Stoma içeriğinin cilde temasının önlenmesi.

Stomanın idrar ya da dışkıyı tutma özelliği yoktur. Vücut idrar ya da dışkıyı oluşturduğu anda dışarıya verir. Hasta ya da sağlık personeli stoma bakımı esnasında, vücuttaki adaptör ve torbayı çıkarıp, cildi siler ve adaptörün iyice yapışabilmesi için cilt tamamen kuruyana kadar bekler. Bu silme, kurutma sırasında ya da adaptör cilde yapıştırılırken, stomadan gelen içerik cildi tekrar kirletebilir. Böylece silme ve kurulama işlemi birkaç kez tekrarlanabilir. Bununla beraber tam anlamıyla kurutulamayan cilde yapıştırılan adaptör, cilde iyice yapışmadığından, ciltten kısa sürede ayrılır. Stomalı hastaların kullandığı adaptör ve torbalar yurt dışından ithal edilmektedir. Devlet tarafından ayda 10 adet adaptör karşılanmaktadır. Bu her uygulanan adaptörün ciltte 3 gün kalması demektir. Kullanılan her fazla adaptör hem hasta hem de ülke ekonomisine zarar vermektedir. Stomakit, stoma çevresinin temizlenmesi ve cildin kurumaya için güvenli bir ortam sağlar. Stomayı içine alarak, stoma içeriğinin cilde temasını engeller. Böylece tamamen kuru cilde yapıştırılan adaptörün, ciltte kalış süresi uzar.

Şekil 3. Geleneksel yöntemle cilt temizliği



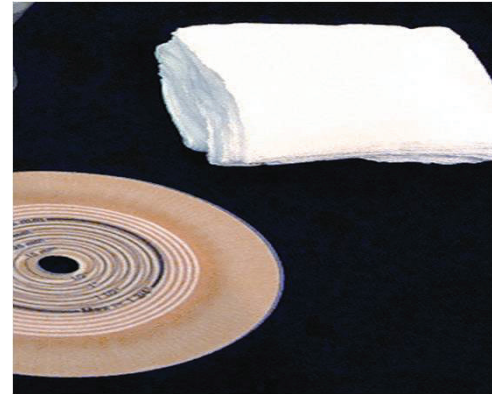
Şekil 4. Stomakit idrar temasını keserek cildin kurummasına olanak sağlar



c) Cilt temizlik malzemelerinin kullanım miktarını azaltması, cilt tahrişlerini önlemesi.

Stomakit ile bakım/pansumanda, cilt temizliği daha kısa sürede, güvenli ve kontrollü yapılır. Cilt sürekli olarak ıslanmadığı için, temizlik malzemesi kullanımından tasarruf edilir. Bununla beraber, idrar ve dışkının cilde temasını engellemesi, cilt tahriş ve yaralanmalarını önler.

Şekil 5. Temizlik malzemeleri



Şekil 6. İdrar ya da dışkı teması sonrası cilt tahrişi



d) Stomakit'in antisepsi kurallarına uygun bakım yapılmasına olanak vermesi, stoma bakımına standart getirmesi. Antisepsi, bakteri ve mikroorganizmaların, bir yerden başka bir yere taşınmasını engellemek amacıyla kullanılan yöntem, araç ya da ajanlar olarak ifade edilir.

Stomakit vücut çıktısı olan ve bakteri barındıran idrar ve dışkının, çevreye bulaşmadan gereken stoma bakımının yapılmasını sağlar. Ayrıca el becerisi farklı kişilerin uygulama farklılıklarını en aza indirecek, standart bir yöntem sunmaktadır.

Şekil 7. Farklı çaplarda Stomakit'ler

SONUÇ

Stomakit'in, Ürostomi pansuman/bakımlarına fayda sağlayıcı olarak; Uygulamayı kolaylaştırıcı, bakımı standardize edici, bakım/pansuman süresini kısaltıcı katkıları olduğu görülmüştür. Stomakit, bakım esnasında, stoma çevre cildinin tamamen kurumaya olanak sağladığı için; stoma çevre cildini ıslanmaktan ve tahrişten korumaktadır. adaptörün ciltte gerektiği kadar kalmasına olumlu etkisi vardır. Gereğinden fazla bakım ve temizlik malzemesi kullanımını engellemektedir.

KAYNAKLAR

1. Fillingham, S., Douglas, J., Urological Nursing, 2004.
2. Williams, Stoma Care Nursing, 2007.
3. Dalkılıç, M., Çalkıkan, O., Acar, A., Vural Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2005.
4. Ulusal Cerrahi Dergisi, Menteş, 2007.
5. Üstündağ, D., Zengin, G., Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2007.
6. Karadağ, B., Cihan, A., Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, 2008.
7. Demirhan, E., Anestezi, Asepsi ve Antisepsi, 2005.



STOMAKİT'in kullanımı

- 1-Malzemenizi hazırlayın
- 2- Adaptörü aparat ile kesip hazırlayın.
- 3-Kesilen adaptörün yapışacak kısmının koruyucu kapagini çıkarıp bırakın
- 4-Stomadan gelen içeriğin, stomakit'in diğer ucundan okunması için, oturur durumda, hafiften geriye yaslanık pozisyon alın.
- 5-Vücutta bulunan adaptör ve torbayı yukarıdan aşağıya doğru çıkarıp, stoma üzerine küçük gazlı bez koyun
- 6-Stomakit'i stomayı içine alacak şekilde vücutta dayayın.
- 7-Stoma etrafını silin, kurulaştırın. Bu süreçte stoma içeriği stomakit içinde birikecektir bekleyin
- 8-Cildin kuruduğundan emin olduktan sonra, hazır olan adaptörü stomakit'in üst kısmına geçirerek cilde yapıştırın. Adaptörün kenarlarını sıvazlayarak cilde iyice temas etmesini sağlayın
- 9-Stomakit'in arka tarafına bir pel dayayı ve Stomakit'in alt kenarına hafifçe kaldıraç içinde biriken sıvıya pedde yavaşça emdirin.
- 10-Torbayı adaptöre takın.

NOT:
Cilt düzgün yüzeyli ise, pasta kullanımına gerek yoktur.
Aparat yara örtüsü ile de kullanılabilir. Yara örtüsü, kağıt kaplı tarafları kesilmelidir. Kalın jelatin kaplı yara örtülerinde kesim zor olabilir.

STOMAKİT

KİTAP

“Sultanlar Şehri İstanbul”

Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Julia Pardoe'nun kaleminden William Henry Bartlett'in çizimleriyle bize bilmediğimiz bir İstanbul'u tanıştırıyor: “Sultanlar Şehri İstanbul” İngiliz yazar Julia Pardoe'nun, 1836'da 10 ay kaldığı İstanbul'u önyargısız bir yaklaşımla anlattığı ve yayınlandığı zaman büyük ilgi gören kitabı, William Henry Bartlett'in muhteşem gravürleri ile “Sultanlar Şehri İstanbul” adıyla, Türkiye Tekstil Sanayii İşverenleri Sendikası'nın katkılarıyla Türk okuruyla buluşuyor.

İngiliz yazar Julia Pardoe, 30 Aralık 1835'te İngiliz ordusunda subay olan babası Thomas Pardoe ile birlikte İstanbul'a gelir. Pardoe geldiğinde, Yeniçeri Ocağı'nın olaylı bir biçimde kaldırılmasının üzerinden neredeyse on yıl geçmiştir, Tanzimat Fermanı'nın okunmasına ise üç yıl vardır. Osmanlı İmparatorluğu, yüzyıllardır yerleşmiş kurumları ve toplumsal yapıları sökülüp atarak modernleşme yolunda ilerlemektedir. Pardoe ıslahatçı hükümdar II. Mahmut dönemi İstanbul'unda on ay kalır. Asırların saltanat şehri de, sakinleri de onu büyüler. Ülkesinde romanları ve seyahatnameleriyle zaten bir şöhret edinmiş olan Pardoe, bu büyüleyici seyahatinden İstanbul'la ilgili üç ciltlik bir seyahatname yaratır. “Sultan'ın Şehri ve Türklerin Hayat Tarzı” adıyla yayımladığı bu eser İngiltere'de büyük ilgi görür ve tekrar tekrar basılır.

SAMİH RİFAT'IN BÜTÜN ŞİİRLERİ “ÇOCUĞU ANLAT BANA” DA

Yapı Kredi Yayınları, Samih Rifat'ın bütün şiirlerinin bir araya geldiği Çocuğu Anlat Bana adlı kitabı yayımladı.

*Çarıklarını kapıda çıkarıp
odaya giren köylü gibi düşünceyi eşikte
bırakıp yalınayak basmak
ipek halısına sözün*

Şiirin ne olduğu sorusuna bir yanıt. Bir yanıt daha. Peki nasıl bir yanıt Samih Rifat'ınki? Kısaca, kendi diyor: yalınayak. Bu kitap bir yontu. Yontuların, yapıtların, doğanın karşısında kabaran hayranlıkla; kocaman nedensiz çocukların özlemiyle, ipincecik bir dille öpülüp koklanmış. İnsanı temellerinden kucaklayan handiyse eskil bir anlatı. Yahu Türkçe ne güzel dil, onu anıtmsatıyor. Kolu geniş, ekini bol bir adam, şimdiye dek pek çok şair'in değil, ozan'ın yaptını dilimize çevirmiş bir adam kendi şiirini söylüyor.

Çocuğu Anlat Bana - Bütün Şiirleri / Samih Rifat 96 sayfa, 7 TL

BİR BURJUVA EVLİLİĞİNİN HİKÂYESİ

Yapı Kredi Yayınları'nın yayımladığı Evlilik, bir burjuva evliliğinin dehşet verici olduğu kadar komik bir hikâyesini anlatıyor. Sergio Pitol'un kitabını, Roza Hakmen Türkçe'ye çevirdi.

Evlilik'in, nefret ettiği vaftiz adı Maria Magdalena'yı Jacqueline olarak değiştiren kahramanı, mütevazı kökeninden evlilik yoluyla kaçmak isteyen dar görüşlü ve histerik bir kadındır. Hırdavatçılıktan otelciliğe ve turizmciğe atlayan kocasının ihanetlerine başlangıçta uysallıkla katlanır.

Birtakım kültürel etkinliklere katılarak hayatının yükünü hafifletmeye çalışmaktadır. Sonra, bir gün, “kendisini temelli fesat bir kadına dönüştüren bir fikrin” etkisi altına girer. Kocasına misilleme olarak kendisini birbirine benzemeyen bir dizi âşığın kollarına atar.

Bu arada onları zengin ve kaba olarak nitelediği kocasını parasına konmak için öldürmeye ikna eder. Ancak bu öldürme girişimleri hep başarısızlıkla sonuçlanır. Depresif bir İtalyan sanat tarihçisiyle olan son aşk macerası ve öldürme planı, kocasının iflasına denk gelir. Kocası kaçır, Jacqueline ve İtalyan profesör cinayetle suçlanarak tutuklanır. Sonuçta uzun bir ayrılığın ardından, ileri yaşta, kocasıyla evliliğini yeniler, ancak cinayet fikrinden hâlâ vazgeçmemiştir.

**Evlilik / Sergio Pitol
84 sayfa, 7 TL**

METİN ELOĞLU'NUN YAZILARI İLK KEZ BİR ARADA

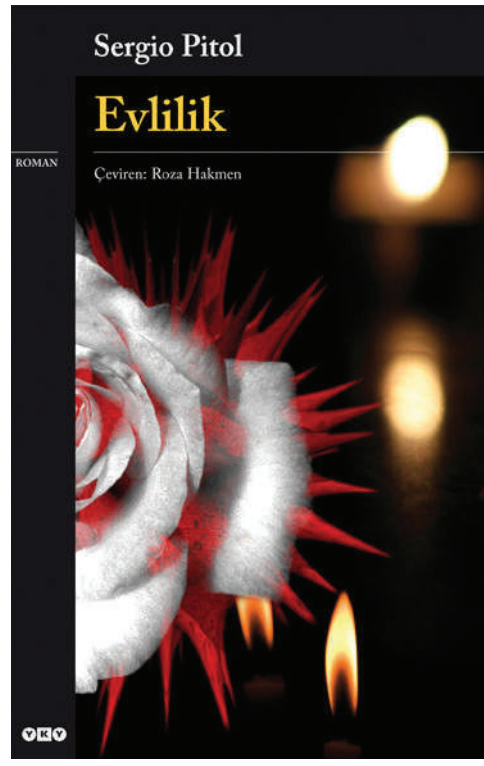
Şair Metin Eloğlu'nun kitap ve sergi tanıtım yazıları ile eleştiri ve söyleşilerinin bir araya getirildiği İçli Dışlı, Yapı Kredi Yayınları tarafından yayımlandı.

İçli Dışlı'yı, daha önce Metin Eloğlu'nun kitaplaşmamış şiirlerini (İbresiz Bir Pusula, YKY, 2007) ve öykülerini (İstanbulu, YKY, 2009) derleyen Turgay Anar hazırladı. Anar, söz konusu kitaplarda olduğu gibi bu yeni Eloğlu kitabında da adeta “iğneyle kuyu kazdı” ve şairin pek çok dergiye dağılmış olan yazılarını ilk kez bir araya getirdi.

İçli Dışlı, Metin Eloğlu'nun, özellikle şiirlerinden bilinen, yeni kitaplaşan öyküleriyle de güçlenen, hem okurlar hem de eleştirmenler katında nerdeyse efsaneleşmiş “serseri” kişiliği hakkındaki yargıları değiştirecek gibi duruyor. Çünkü bu kitap, Eloğlu'nun alışılmış kimliğinden hiç beklenmeyecek ölçüde disiplinli olabildiğini, nitekim başta Güney olmak üzere çok sayıda dergide düzenli ve bir hayli fazla sayıda kitap ve sergi tanıtım yazıları, eleştiriler yazmış, özellikle dostu şairlerle hem keyifli hem bilgilendirici söyleşiler yapmış olduğunu gözler önüne seriyor.

İçli Dışlı, okurlara da edebiyatçılara da hem tanıdık hem de yepyeni bir Metin Eloğlu sunuyor.

**İçli Dışlı / Metin Eloğlu
378 sayfa, 24 TL**



MARCEL SCHWOB'UN “ÜÇ ROMAN”I TÜRKÇE'DE

Yapı Kredi Yayınları Kâzım Taşkent Klasik Yapıtlar Dizisi'nden yeni bir kitap daha: Üç Roman. Marcel Schwob'un Altın Maskeli Kral, Monelle'in Kitabı ve Düşsel Yaşamlar adlı eserlerini biraraya getiren kitap, Aykut Derman tarafından Türkçe'ye kazandırıldı.

Marcel Schwob (1867-1905), 19. yüzyılın en ilginç kişiliklerinden biridir. Mallarmé ve Jules Renard'ın arkadaşı, Paul Valéry ile Alfred Jarry'nin ustası, Klasik Yunan ve Latin edebiyatları hakkında derin bilgisiyle döneminde hayranlık uyandırmış bir edebiyat adamıdır. Dünya çeşitliliğinin ve sanat ile gerçek arayışının uzlaşmasının yazarı, toplum dışında kalanların diline ve tarihine meraklı, gerçek okurun yazar kadar metni kurduğuna inanan, ölçüleri belirli edebiyatta çok bilindik ama aynı zamanda eşi benzeri bulunmayan, insana dair açık bir alan oluşturan Marcel Schwob'un adı Altın Maskeli Kral, Düşsel Yaşamlar ve Monelle'in Kitabı adlı başyapıtlarla anılır. Özgün üslubu ve biçimiyle, olağandışıyla tuhafın ve tarihin farklı dönemlerinin farklı kültürleriyle karıştığı, ince bir mizah duygusu ve eşsiz bir hayalgücünün eşliğinde gelişen hikâyeleriyle Borges, Schwob'u yirmi birinci yüzyıl edebiyatının yıldızı ilan eder.

Schwob, Altın Maskeli Kral'ı hayranı olduğu Yunan tragedyası yazarlarının yapıtlarına dayanarak dehşet ve acıma kavramları üzerine kurar. Hüzün dolu maskeli kral, gezintileri boyunca birçok acıma sahnesini okura sunar. Monelle'in Kitabı'nda Monelle kimdir? Bir fahişe, bir kraliçe, bir büyücü müdür? Ya da bütünlüklü bir kimlik düşüncesinin bir yanılsama oluşunu gösteren, mit ile düşüncenin birleşimi bir varlık, aforizmalar ve felsefi hikâyeler kaynağı mıdır?

Schwob'un ünlü ve sıradan yirmi kişiliğin hayatını geniş bir hayalgücü ve derin bilgisiyle kaleme aldığı ve böylece biyografi türüne farklı bir bakış açısı getiren benzersiz yapıtı Düşsel Yaşamlar, Borges'ten Pierre Michon'a 20. yüzyıl yazarlarının yapıtlarına esin kaynağı olmuştur.

**Üç Roman / Marcel Schwob
198 sayfa, 15 TL**

CHOPIN

Tuşlara Adanmış Bir Yaşam Yaşam dizimizin yeni kitabı, Polonyalı ünlü besteci Fryderyk Chopin'in yaşamına, yapıtlarına adanmış bir çalışma. Daha önce hazırladığı Bach, Mozart biyografileriyle de okur karşısına çıkan Aydın Büke'nin bu kitabı, yalnızca klasik müzik dinleyicilerini değil, sanat tarihi, edebiyat, Avrupa tarihi konularına ilgi gösterenleri de saracak. Ünlü bestecinin Avrupa tarihinden etkilenişi, yazar George Sand'la olan fırtınalı ilişkisi, çağdaşı bestecilere bakışı ayrıntılarıyla anlatılıyor Chopin / Tuşlara Adanmış Bir Yaşam'da. 2010, Chopin'in doğumunun 200. yılı olarak tüm dünyada kutlanıyor. Bu nedenle ülkemizde gerçekleştirilecek etkinlikleri izleyecekler için de bu biyografi Chopin'i daha yakından tanıma olanağı yaratıyor. Bunun yanında kitap, Türkiye'de Chopin üzerine yapılmış bu türde ve bu çapta ilk özgün çalışma olma özelliğini taşıyor.



SERGI

BEDRİ BAYKAM SERGİSİ “Zaman Köprüleri”

Bedri Baykam'ın son bir yılda İstanbul dışında Monaco, Berkeley, Berlin ve Londra'da sergilenen 4-D yapıtlarının, en yeni örnekleri İstanbul'da 23 Ocak - 28 Şubat 2010 tarihleri arasında, Piramid Sanat'ta izlenebilecek.

Sergilendiği her ülkede büyük ilgi gören 4-D'ler hakkında California'da yaşayan, Mauritius'lu yazar, şair ve fotoğrafçı Mamade Kadreebux şunları söylüyor: “Yeni bir sayfa: Bedri'nin sanatı geri dönülmez şekilde sanata bakış tarzımızı, yaşama bakış tarzımızı, dünyayı algılayış tarzımızı değiştiriyor... Yani ressam, şair, filozof, sanatında öyle bir noktaya ulaşmış ki, bundan böyle sanata hiçbir şekilde yıllardır bakmaya alıştığımız şekilde bakamayacağız...”

Baykam, son 4-D yapıtlarında gerek kendi otobiyografisi, gerekse sanat tarihi üzerinde, zaman üzerinden yaşadığı gelgitlerle 4. boyutta gerçeküstü göndermelerle sanatın yüz yılına uzanan geçmişini adeta yeniden inşa ediyor. Jackson Pollock'tan Salvador Dali'ye, Marcel Duchamp'tan, Leonardo Da Vinci'ye, Van Gogh'tan Joseph Beuys'e kadar, sanat tarihinin birçok ölümsüz ismi, bu yapıtlarda



adeta canlanarak aramıza dönüş yapıyor. "Zaman Köprüleri" isimli sergi 28 Şubat 2010 Pazar gününe kadar Piramid Sanat'ta izlenebilecek.

"İç İçe İstanbul" Sergisi

Serginin özel tasarımı, katlamalı katalogu da aynı gün izleyicilere sunulacak. Kendini, elinde Leica makinesiyle şehirlerin ruhlarını arayıp / bulmaya adanmış bir sokak fotoğrafçısı olarak tanımlayan Merih Akoğul; bu çalışmasında İstanbul'un bitmek bilmeyen devinimini renk ve biçimler üzerinden bir kez daha yorumlamayı deniyor. FOTOTREK FOTOĞRAF MERKEZİ'nde yer alacak sergi, 05 Mart 2010 tarihine kadar ziyarete açık olacak.

Merih AKOĞUL'un kaleminden "İç İçe İstanbul" Sergisi:

İstanbul, dünyadaki şehirlerin en tuhaf ve en karmaşıklarından biridir. Kendine özgü Asya ile Avrupa arasındaki coğrafyası, başlangıçtan bu yana anlatılan hikâyeleri, resmi ve gayri resmi tarihi, sürekli değişen dinamikleri ve kaygan görsel yapısıyla fotoğrafçılar için çarpıcı bir platform olmayı sürdürüyor.

Bana göre, geçmişle gelecek arasında sıkışmış olduğu için "şu an" yeterince yaşayamayan bu şehirde yer alan tarihi eserlerin en ünlüsü ve eskisi bile, çektiğimiz her fotoğrafın içinde görünür olan "aura"nın yedeğine çıkan soyut bir görüntüden başka bir şey değildir. Bu yüzden, ben de çektiğim fotoğraflarda bize İstanbul diye dayatılanı değil, o ana ait olan ve göz açıp kapanıncaya kadar değişen tesadüfi ve sıradanmış gibi gözükken anları saptamayı seçtim. Devinim içinde soyutlaşan, zamanın içinde olup sanki zaman yokmuş gibi görüntü veren, somut mekânlardan kopan fotoğrafları, İstanbul'un, amatörler fotoğrafçılardan turistlere kadar dayatılan klişe görüntülerine yeğledim. Yaşayan bilirler, İstanbul bir kent değil, bir şehirdir. Güne bu şehirde başlamak, her gün yeni bir savaşa hazır olmak demektir. Ben fotoğraf makinemle insanlar ile mekânlar arasında sıkışmış zamanı nesnelere de yardımıyla anlar üzerinden bir kez daha kendi bakış açımın doğrultusunda saptamayı deniyorum. Bir çibani

patlatır, bir bebeğin gazını alır gibi. Fotoğraf makinem, 21. Yüzyıl'ın acımasız şartları altında beni şehrin kötülüklerine karşı koruyan kalkanımdır.

ART POINT GALLERY'de "RASİN BERK" RÜZGARİ

Kısa sürede İstanbul'un gözde sanat galerilerinden biri olan ArtPoint Gallery & Müzayede, Türk resim sanatında isim yapmış "RASİN BERK" in değerli eserlerine ev sahipliği yapıyor. Galerinin Teşvikiye'deki adresinde, 30.01.2010 tarihinde ziyaretçilerine kapılarını açacak olan ArtPoint Gallery'de "RASİN BERK" e ait "DALGALI DÜŞLER" konulu resimlerin sergilenmesi amaçlanıyor. ArtPoint Gallery olarak sergimize katılacak olan sanat severleri aramızda görmekten kıvanç duyuyoruz. **AÇILIŞ TARİHİ VE KOKTEYL: 30.01.2010 SAAT: 17.00** **SERGI SÜRESİ: 30.01.2010 - 16.02.2010** **ARTPOINT GALLERY & MÜZAYEDE AHMET FETGARİ (KALIPÇI) SK. TAMAR APT. 106/3 TEŞVİKİYE - İSTANBUL** **Tel: 0212 260 97 05**

Leyla Gediz SERGİSİ

Galerist, sanatçı Leyla Gediz'in (d.1974, İstanbul) son çalışmalarını içeren "Konu: Serbest" başlıklı sergisini 21 Ocak - 20 Şubat 2010 tarihleri arasında Galerist/ Galatasaray'da sergilemeye hazırlanıyor. İlkokul resim derslerinden hatırladığı bir ödevden hareketle Gediz, ilk dahilinde kendimize bir serbestiyet alanı yaratabilir miyiz?' sorusuna, bugüne dek en olumlu yanıtlarını umut, hayal ve mizah taşıyan eserler ile veriyor. **GALERİST / GALATASARAY: İstiklal Cad. Mısır Apt. 163/4, Beyoğlu, İstanbul**



İFSAK'ta "Renk Coğrafyaları" sergisi

H. Bahar Kaleli'nin "Renk Coğrafyaları" konulu fotoğraf sergisi, 16 Ocak - 5 Şubat tarihlerinde İFSAK Lokal Sergi Salonu'nda izlenebilecek. İFSAK, 16 Ocak - 5 Şubat tarihlerinde "Renk Coğrafyaları" konulu bir fotoğraf sergisine evsahipliği yapacak. H. Bahar Kaleli'nin çalışmalarından oluşan serginin açılışı, 16 Ocak Cumartesi günü İFSAK Lokal Sergi Salonu'nda saat 16.00'da gerçekleştirilecek. "Renk Coğrafyaları" sergisi, Afrika'nın güneydoğusunda yer alan dünyanın dördüncü büyük adası Madagaskar ile Güney Amerika'da bulunan Peru ve Bolivya'ya ait görüntülerden oluşuyor. Bu ülkeler birbirinden uzak gibi görünse de renkli doğası, insanları, tarihi ve bölgesel zenginlikleri ve göz alıcı coğrafyaları ile dikkat çekiyor. Kaleli, bu güzel ülkelerin güzel insanlarını ve çarpıcı kırmızı, sarı, yeşil, mavi renklerini fotoğraf diliyle ölümsüzleştiriyor.

H. Bahar Kaleli kimdir?

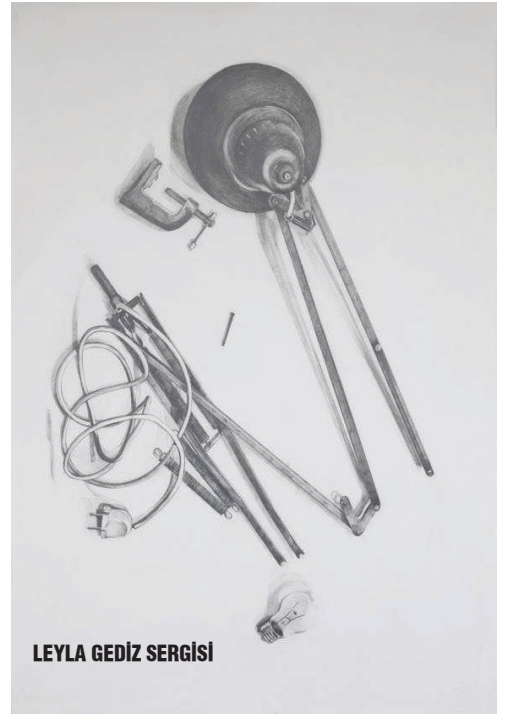
2005 yılına kadar nöroloji uzmanı olarak çalışan H. Bahar Kaleli, İFSAK ve Fototrek'te yoğun fotoğraf eğitimi aldı. Ülkesinde ve farklı rotalarda, dünyanın çeşitli coğrafyalarında, anları biçim ve renkleriyle tanıyan fotoğraflar çekiyor. 2006 yılından beri İFSAK üyesi olan Kaleli, bugüne kadar birçok ulusal ve uluslararası fotoğraf yarışmasında dereceye girdi; mansiyon, sergileme ve özel ödüller aldı.

EVİN SANAT GALERİSİ'NDE KIŞ KARMA SERGİSİ

On beş yıldır ev sahipliği yaptığı kişisel ve karma sergilerle Türk plastik sanatlarının önemli bir merkezi haline gelen, kurumsal ve profesyonel oluşumuyla birçok ilk'e imza atan Evin Sanat Galerisi, her yıl olduğu gibi 2010 yılında da, birbirinden önemli sergilere ve etkinliklere ev sahipliği yapmaya devam ediyor. Evin Sanat Galerisi'nde, 12 Ocak - 27 Şubat 2010 tarihleri arasında gerçekleşecek Kış Karma Sergisi'nde; Nuri İYEM, Nasip İYEM, Naile AKINCI, Neş'e ERDOK, Nedret SEKBAN, Rahmi AKSUNGUR, Temür KÖRAN, İrfan OKAN, Hakan GÜRSOYTRAK ve genç sanatçılar Hakan CİNGÖZ, Emin TURAN ve Setenay ALPSOY'un eserleri sergilenecek.

Evin Sanat Galerisi

Büyük Bebek Deresi Sokak No : 13 Bebek 34342 İstanbul



LEYLA GEDİZ SERGİSİ

TİYATRO VE OPERA

"Figaro'nun Düğünü"

2010'un ilk yeni operası, W.A. Mozart'ın olağanüstü müzikleri eşliğinde bir devrim niteliğindeki başyapıt : "Figaro'nun Düğünü". Özellikle bestelendiği yıllarda konusu ve müzik anlayışı bakımından bir devrim niteliğinde kabul edilen eser, başarısız olması durumunda Mozart tarafından yakılma ihtimaline karşın, dönemin en çok ses getiren yapıtlarından biri olarak şimdi de İstanbul'u ayağa kaldırmaya hazırlanıyor.

Halktan birinin, soylu birini dize getirişi, müzikli konuşmalarla kesilmeksizin, ikinci perdenin neredeyse tamamını kapsayan olağanüstü müziğiyle, dönemin ilklerini gerçekleştiren opera, Mehmet Ergüven'in rejisi ve dönüşümlü olarak Serdar Yalçın/ Murat Kodallı'nın orkestra şefliğinde İstanbul Devlet Opera ve Balesi sanatçıları tarafından sahneleniyor.

Eserde Figaro'yu, Suat Arıkan, Bülent Atak ve Zafer Erdaş ile dönüşümlü olarak canlandırıyor. Bu rolde aynı zamanda İzmir Devlet Opera ve Balesi'nden bir konuk var: bariton Cengiz Sayın. Susanna rolünde: Gülbin Kunduz/Ayten Telek, Kont rolünde: Caner Akgün/Önay Günay, Kontes rolünde: Evren Ekşi/Otilia M. İpek/Hande Soner, Cherubino'da Nesrin Gönültaş/E. Tuğba Tekişik, Marcellina'da: Stare Çelebi/Nursel Dinler, Bartolo rolündeyse: Göktuğ Alpaşar/Alı İhsan Onat/Umut Tingür seyirci karşısına çıkıyorlar.

Eserin dekorları Adnan Öngün, kostümleri Sevtaç Demirer, ışık tasarımı ise Ahmet Defne'ye ait. Koro şefliği Paolo Villa, koreografi ise Neslihan Öztürk imzası taşıyor.

İstanbulu sanatseverler bu son derece renkli ve eğlenceli 4 perdelik operayı 16-19-22 - 23 - 27 Ocak ile 23-25-26 Şubat ve 19 Mart tarihlerinde orijinal dili İtalyanca ve Türkçe üst yazıyla Kadıköy Süreyya Operası Sahnesi'nde izleyebilirler.



“HESAP LÜTFEN” SEZON SONUNA DEK TİYATRO Z’DE

Tiyatro Z bu yıl 5 yaşına basıyor. Beşinci yıllarında on birinci oyunlarına imza atan Tiyatro Z ekibi, bu sezonu Cem Kenar’ın yazıp yönettiği “Hesap Lütfen” oyunu ile açıyor.

Tiyatro Z’nin yeni sezon oyunu Hesap Lütfen, bir kadın ve bir erkeğin arasında geçen bir hesaplaşma oyunudur. Cem Kenar’ın yazıp yönettiği oyunda ödüllü oyuncular Bengi Heval Öz ve Özgür Atkın rol alıyorlar. Oyunun dekor ve kostüm tasarımı Can Tuğcuoğlu’na ait. Oyun sezon boyunca Tiyatro Z Sahnesinde izlenebilir. Oyun iki perde ve iki saattir.

Biletler tiyatronun gişesinden veya Mybilet’ten temin edilebilir.

TİYATRO Z

ADRES: HACI MİMİ MAH. DİBEK SOK. NO 17 KULEDİBİ/BEYOĞLU

SİNEMA

YAKINDA VİZYONDA

5 ŞUBAT ROMANTİK KOMEDİ

Yönetmen Ketcha, Yapımcı Murat Tokat, Senaryo Ceren Aslan, Aslı Zengin, Görüntü yönetmeni James Gucciardo, Sanat yönetmeni Zeynep Koloğlu

Tür: Komedi, Romantik
Yapım: Türkiye 2009 95 dakika

Esra, Didem ve Zeynep çok yakın arkadaş olmalarına rağmen birbirinden farklı hayatlar sürdüren farklı karakterlere sahip üç kişidir. Sessiz sakin olan Esra, deli dolu olan? Didem ve dominant karaktere sahip olan Zeynep. Bu üç arkadaştan istikrarlı olarak ilişkisini sürdürebilmiş olan Zeynep’in düğünü hem Esra’nın hem de Didem’in hayatında değişik sürprizlere neden olacaktır. İstemediği bir işte yıllardır çalışan Esra bir cesaret örneği göstererek, hayatını değiştirmeye karar verir. Bunun için ilk adımı atar ve işinden istifa eder, kötü giden ilişkisini sona erdirir. Uzun iş aramalarından sonra zar zor iş bulduğu reklam ajansına çalışmaya başlayana Esra’yı bir sürpriz bekliyordur.

12 ŞUBAT Recep İvedik 3

Şahan Gökbakar’ın gişe rekorları kıran Recep İvedik macerası, yepyeni bir serüvenle devam ediyor. Türk sinemasının en çok izlenen filmleri olan Recep İvedik ve Recep İvedik 2’nin ardından, serinin üçüncü filmi Recep İvedik 3 Şubat 2010’da izleyiciyle buluşuyor.

Yapımcılığını Faruk Aksoy’un üstlendiği Recep İvedik 3’te yalnızlıktan ve iç sıkıntısından kurtulmaya çalışan, sosyalleemeye çabalayan Recep İvedik’in çok komik hikayesi konu ediliyor. Recep İvedik’e bu serüvende 46 farklı karakter eşlik ediyor. Recep İvedik 3’ün yönetmenliğini yine Togan Gökbakar üstleniyor. Türk sinemasına, yarattığı karakter ile yepyeni bir soluk getiren Şahan Gökbakar, Recep İvedik 3 ile izleyiciyi yine kahkaya boğacak. *Yönetmen Togan Gökbakar Senaryo Şahan Gökbakar, Togan Gökbakar, Serkan Altunigüne Yapımcı Faruk Aksoy, Mehmet Soyarslan*

Tür: Komedi
Yapım: Türkiye 2010 (Renkli)
Dil: Türkçe

5 MART

Alis Harikalar Diyarı’nda

Walt Disney Pictures ve yenilikçi yönetmen Tim Burton’dan epik bir 3D (3 Boyutlu) formatında fantastik macera Alis Harikalar Diyarı’nda geliyor, tüm zamanların en çok sevilen masallarından birinin büyülü ve düşsel değişimi. Johnny Depp Çılgın Şapkacı ve Mia Wasikowska küçük bir kız olarak ilk kez karşılaştığı garip dünyaya geri dönen, çocukluk arkadaşları Beyaz Tavşan, Tweedledee ve Tweedledum, Fare, Tırtıl, Cheshire Kedisi ve elbette Çılgın Şapkacı’yla yeniden bir araya gelen 19 yaşındaki Alis rolünde. Alis gerçek kaderini bulmak için fantastik bir yolculuğa çıkar ve Kupa Kraliçesi’nin korku krallığına son verir?

Yönetmen Tim Burton, Senaryo Linda Woolverton, Lewis Carroll, Yapımcı Richard D. Zanuck, Suzanne Todd, Joe Roth, Jennifer Todd, Müzik Danny Elfman, Görüntü yönetmeni Dariusz Wolski

Tür: Macera, Aile, Fantastik
Yapım: ABD 2010 (Renkli) Dil: İngilizce
Yapımcı Firmalar: Walt Disney Pictures

5 MART

İlişki Durumu: Karmaşık

Jane’in (Meryl Streep) üç yetişkin çocuğu, başarılı bir Santa Barbara pastahane/restoranı ve on yıl önce boşandığı eski kocası avukat Jake’le (Alec Baldwin) dostça bir ilişkisi vardır. Fakat Jane ve Jake oğullarının üniversite mezuniyeti için kendilerini şehir dışında bulduklarında, işler karışmaya başlar. Birlikte yedikleri masum bir yemek düşünülmeden bir şeye dönüşür-yeni bir ilişki. Jake, çok daha genç olan Agness’le (Lake Bell) evlidir ve Jane artık, diğer kadındır. Jane’in mutfağını değiştirmek için işe alınan mimar Adam (Steve Martin), yeniden alevlenen bu aşkın ortasında kalır. Boşanmasının etkilerini atlattırmaya çalışan Adam, Jane’e aşık olmaya başlar, ancak çok geçmeden bir aşk üçgeninin parçası olduğunu fark eder. Jane ve Jake kendi hayatlarına mı devam etmeli, yoksa aşk ikinci turda gerçekten daha mı güzeldir?

Yönetmen Nancy Meyers, Senaryo Nancy Meyers, Yapımcı Ilona Herzberg Suzanne Farwell

Tür: Komedi, Romantik
Yapım: ABD 2010 (Renkli)
Yapımcı Firmalar: Universal

19 MART

Büşra

BÜŞRA’nın hikayesi dört yalnız insanın, dört farklı bakış açısının ve dört trajik öykünün düğümlenmesiyle vücuda geliyor.

Büşra üniversiteden yeni mezun olmuş, hayata atılmak üzere olan, muhafazakar ve varlıklı bir ailenin türbanlı kızıdır. Modern ve progresif arzuları ile, ailesinin onu yetiştirdiği ve alışkın olduğu değerler kendi içinde bir çelişki halindedir. Zeki, maneviyata önem veren, ve yaşından öte bir bilgelige sahip olmasına rağmen muhafazakar veya liberal Türkiye arasında nereye ait olduğunu çözememektedir.

Yaman nihilist köşe yazıları ve agresif romanlarıyla tanınan, liberal bir gazeteci-yazardır. İçeride dönük bir yapısı varmış gibi gözükse de, çok dobra ve

pervasız konuşur, damarına basıldığında ortamın gerektirdiği diplomatik üsluba aldırmandan ağzına geleni söyler, bunun sonucunda kaybedebileceklerini umursamaz, akli ve yeteneği sayesinde yarattığı krizlerin yol açabileceği problemleri aşma gücüne sahiptir. Her kariyer insanı gibi o da belli bir seviyede kente ve kent ilişkilerine mahkum olmuş, gerek kariyerinde gerek özel hayatında kendisiyle çelişebilecek şeyler yapmış ama samimiyete ve açık yürekliliğe karşı daima bir açık kapı bırakmıştır. *Yönetmen Alper Çağlar Senaryo Bahadır Boysal, Alper Çağlar Görüntü yönetmeni Ulaş Zeybek Sanat yönetmeni Duygu Kabaçam*

Yapım: Türkiye 2009

105 dakika

Dil: Türkçe



Teşekkür Ederiz



Boehringer
Ingelheim



ZENTIVA

Bir sanofi-aventis grup kuruluşudur