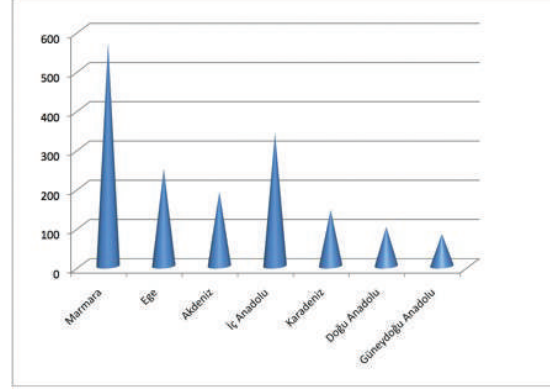


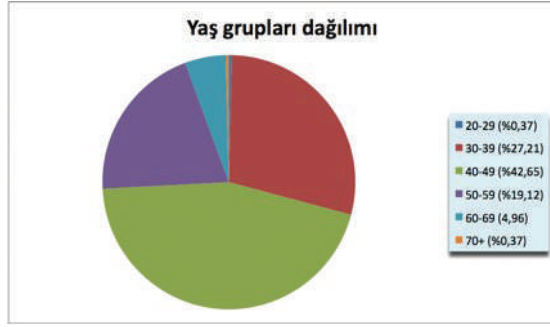
Derneğimiz üyesi ürologların mail adreslerine yolladığımız anketler oldukça ilgi gördü ve 605 ürolog tarafından anket formu kısmen veya tamamen doldurulup gönderildi. Bu anketlerden elde ettiğimiz sonuçları, ilginizi çekeceğini düşünerek sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Ülkemizde 2009 yılı itibarıyla çalışan 1676 üroloji uzmanı var ve bunların 571 (%35)'i Marmara, 340 (%20)'i İç Anadolu, 249 (%15)'u Ege, 190 (%11)'i Akdeniz, 144 (%8)'ü Karadeniz, 100(%6)'ü Doğu Anadolu ve 82(%5)'si Güneydoğu Anadolu bölgemizde çalışıyor (Şekil 1).



Şekil 1: Ülkemizdeki ürologların bölgelere göre dağılımı

Ürologlarımızın yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 30-39 ve 40-49 grubunun yarısından fazla olduğu ve genç-orta yaşlı bir meslek grubu olduğumuz görülmüştür (Şekil 2).



Şekil 2 : Ürologların yaş gruplarına göre dağılımı

Ürologlarımızın %70'den fazlası kamu kurumlarında çalışıyor, kamu üniversiteleri (%24,08), devlet hastaneleri (%23,16) ve devlet eğitim ve araştırma hastaneleri (%22,98) oranında ürolog istihdam ediyor. Ürologların %9,93'ünün muayenehanesi var(dı), bu yazıyı okuduğunuzda tam gün yasası çıkmış olursa bu satırı silin. Özel hastane, tıp merkezi ve özel üniversite hastaneleri ise ürologların yaklaşık %26 sını istihdam ediyor.

Arkadaşlarımızın %39'u idari bir görev yapmış ve %19,49'u halen idari bir görev sürdürüyor.

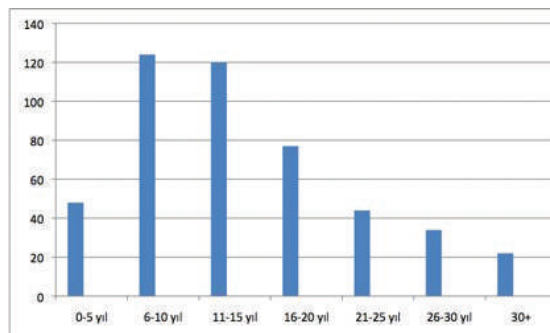
Yabancı dil olarak İngilizce favorî, arkadaşlarımızın %93,93'ü İngilizce, %16,91'i Almanca, %5,51 'i Fransızca bildiğini işaretlemiş. Bu dillerden birinden yeterlilik sınavını geçmiş olanlar da büyük bir oranda, %39 KPDS, %47 ÜDS, %5 TOEFL ve %10 diğer seviye sınavlarında başarı bildirilmiş, bu sonuçlar EAU ile ilişkiler açısından da önem taşıyor.

Mezun olunan tıp fakültesi sorulduğunda eski ve büyük tıp fakültelerinin ağırlıklı olduğu görüldü, İstanbul TF %10,66, Cerrahpaşa TF %6,8, Ankara TF %10,11, Hacettepe TF %9,19, Ege TF %6,43, Gazi TF %3,13, Atatürk TF %2,76, Uludağ TF %2,21, Gülhane TF %2,02, Çukurova TF %1,84, Marmara TF %1,84, Dokuz Eylül TF %1,47 ve Osmangazi TF %1,1 oranı ile, %BİR'den daha sık görülen tıp fakülteleri olarak saptandı, bunların toplamı %59,56 olarak bulundu. Diğer üniversitelerimiz ve yurtdışı eğitim alınan tıp fakültelerinin ise ürologlarımızın %40,44'ü mezun ettiğini saptadık.

Ayrıca arkadaşlarımızın %52'sinin bir süre pratisyen hekimlik yaptıktan sonra uzmanlık eğitimi aldığını, diğerlerinin tıp eğitiminden hemen sonra uzmanlık eğitimine devam ettiğini belirledik.

Uzmanlık eğitiminde, kamu üniversiteleri %57, SB Eğitim ve araştırma hastaneleri %29 (ve eski SSK Eğitim hastaneleri %10) paya sahip bulundu.

Ürolog sayısının artan tıp fakültesi ve eğitim kliniği sayısına paralel olarak artış gösterdiğini ve ülkemizdeki ürologların %45'inin 5-15 yıldır üroloji uzmanı olarak çalıştığını belirledik (Şekil 3).



Şekil 3:Uzmanlık süresi (kıdem) dağılımı

Hasta yoğunluğu açısından arkadaşlarımızın yarısından fazlasının (%55) haftada 150 veya daha fazla üroloji hastasını değerlendirdiğini, ancak bazı yerlerde bu sayının 50 (%4) hatta 25'in (%3) altına indiğini gördük. Üroloji uzmanlarının dağılım ve işyükünün tekrar değerlendirilip planlanması gerekli görülmüştür.

Üroloji pratiği açısından, arkadaşlarımızın %58'inin ürolojinin belirli bir alanına yoğunlaştığını, kendi alanlarında kendilerini %16 oranında 'çok deneyimli', %41 oranında 'yeterince deneyimli' gördüklerini öğrendik.

Üroloji uzmanlık eğitimi sırasında eğitim amaçlı olarak yurtdışına gidenlerin oranının %13, uzmanlık sonrası gidenlerin oranının %31 olduğu görüldü.

Yaptığı bilimsel çalışmalar sonucu ulusal düzeyde bir ödül alanların %10, uluslararası bir ödül alanların ise %7 oranında olduğu, bilimsel amaçlarla ulusal burs alanların %4,6, uluslararası burs alanların %4,2 oranında olduğu görüldü.

Uzmanlık tezi yapılan Alt branşlar arasında en çok yoğunlaşılan dalların %21,88 ile üroonkoloji ve %15,63 ile androloji olduğunu saptandı. (Şekil 4).

Bu tezlerin %41'inin prospektif klinik çalışma, %16 sının retrospektif klinik çalışma, % 15'inin deneysel çalışma olduğu bildirildi. Uzmanlık öğrencilerinin tez konusunu %25 oranında tez hocasının, % 15 oranında kendisinin ve %26 oranında tez hocası ile öğrencinin birlikte belirlediği bildirildi. Yapılan tezlerin %21'inin uluslararası yayın, %12 sinin uluslararası bildiri, % 32' sinin ulusal yayın ve %30'unun ulusal bildiri olduğu belirtildi. Tez konusu halen günlük üroloji pratiğinde önemli yer tutanların oranı %40 olduğu saptandı.



Şekil 4. Üroloji alt branşlarından birinde bitirme tezi yapanların oranları (Toplam cevaplanma oranı: %71,15).

Dernek üyeliği açısından tüm ürologların dörtte üçünden fazlasının üye olduğu Türk Üroloji Derneği (TÜD) en çok ilgi gören dernek olarak öne çıkıyor. Alt branş derneklerinin TÜD'ni izlediği (ankete katılanların %76'sı), bölgesel dernek üyeliğinin daha az (ankete katılanların %29'u) olduğu görülmüştür. Alt branş derneklerine üye olduğunu bildirenlerin (%77) dağılımında, Türk androloji derneğine %25,55, Endokrinoloji derneğine %20,77, Üroonkoloji derneğine %14,71, Türk Çocuk Ürolojisi derneğine %10,29 ve Kontinans derneğine %5,88 oranda üyelik bildirilmiştir. %29'un bölgesel derneklere dağılımı ise şöyle: Ankara Ürologlar derneği %12,5, Ege Üroloji derneği %6,4, Akdeniz Üroloji derneği %3,13 ve Çukurova Üroloji derneği %2,2 ve diğer bölgesel derneklerin herbiri %2'den daha az.

Yabancı dernek üyeliklerinde EAU %29 ile birinci sıradaydı, tüm üyelerimizin EAU üyesi yapılması programıyla bu sayı TÜD ile eşitlenmiş oldu. Daha sonra %7,35 ile AJA, %4,4 ile ESSM ve %2,21 ile ISSM geliyor. Ayrıca ICS, SIU, ASCO, ESPU ve ASRM ve diğer derneklere de Türk ürologlarının üyelikleri var.

Arkadaşlarımızın çoğunluğu TÜD başta olmak üzere üye olduğu derneğin web sayfasını arastırarak da olsa ziyaret ettiğini, resmi dergi ve gazetelerini okuduğunu bildirmiş. TÜD web sayfasının görsel içeriğini üyelerin %54'ü yeterli görürken, %46'sı yetersiz olarak değerlendirilmiş.

Kongrelere katılım yaygın, üyelerimizin sadece %5'i hiç kongreye katılmadığını bildirirken, %66'sı yılda 2 veya daha fazla yurtiçi kongreye katıldığını bildirmiş. Uluslararası kongrelere katılım da oldukça yüksek üyelerimizin %62'si yılda en az bir uluslararası kongreye katıldığını bildirmiş.

Ulusal kongrelerde en çok katılım Ulusal Türk Üroloji Kongresi'ne olmuş, üyelerimizin %98'i en az bir katılım, %40'ı ise 5-9 kez katılım bildirilmiş, katılmama nedenleri arasında ise çalışma koşulları ve sponsor bulamama en sık nedenler olarak işaretlenmiş. Kongre yeri olarak üye tercihleri değişkenlik gösteriyor, %44 koşulları karşılayacak her yerde, %24 yedi coğrafi bölgeyi temsilen sırayla bir kentte, %20 tatil beldelerinde ve %15 üç büyük kentte kongre düzenlenmesini tercih ettiklerini bildirmiş.

Ulusal üroloji kongresinden beklentiler ise önem sırasıyla aşağıda listelenmiştir. (Ankette birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam rakam %100'den fazladır).

1. Mesleki açıdan güncel bilgiye ulaşmak (%50,4)
2. Arkadaşlarla görüşmek (%28,5)
3. Bilimsel çalışmalarını sunmak (%25,4)
4. Sosyal amaçlı (%19,7)
5. Diğer (%2)

Üyelerimiz yapılan kongrelerin sosyal içeriğini %1 mükemmel, %50 iyi, %34 orta ve %15 zayıf olarak değerlendirmiş. Bilimsel programlar ise %7 mükemmel, %71 iyi, %21 orta ve %1 zayıf olarak değerlendirilmiş.

Arkadaşlarımızın çoğunluğu (%56) bilimsel içerik daha önemli, çok azı (%2)sosyal içeriği daha önemli derken, %42'si herikisinin de dengeli olması gerektiğini işaret etmiş. Ulusal kongrenin her yıl yapılmasını yararlı bulanlar % 38'de kalırken, üyelerimizin %62'si iki yılda bir olmasının daha yararlı bulduklarını işaretlemiş.

Ürologlarımızın güncel durumunu sorgulayan ve toplam 75 sorudan oluşan anket verilerimizin genel değerlendirmesi bu şekilde. Burada yer vermediğimiz bazı verileri de dernek yönetim kurulu, dernek faaliyetlerinin, üyelerin istekleri yönünde geliştirilmesi ve üyelerin dernek faaliyetlerine optimum katılımını sağlamak amacıyla kullanacaktır.



## GÜNÜMÜZ ÜROLOĞU DÜŞÜNCE HARİTASI

MECBURİ HİZMET

TAM GÜN YASASI

MUAYENEHANE

PERFORMANS

POLİKLİNİK

DERNEK

TOPLANTI

KARİYER

HASTANE

KONGRE

SEMPOZYUM

ROBOT

ÖZEL HASTANE

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM



Dernek; 23.11.2004 tarihinde yürürlüğe giren 5253 sayılı Dernekler Kanununun 2. maddesinde; " Dernek: Kazanç paylaşma dışında, kanunlarla yasaklanmamış belirli ve ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere, en az yedi gerçek veya tüzel kişinin, bilgi ve çalışmalarını sürekli olarak birleştirmek suretiyle oluşturdukları tüzel kişiliğe sahip kişi topluluklarıdır." olarak yapılmıştır. Dernekleşme; gelişmiş ülkelerde hep özlemini duyduğumuz örgütlü ve örgün toplum odacılarıdır.

T.C İçişleri Bakanlığı Dernekler Dairesi Başkanlığının verilerine göre, Türkiye de Eylül 2009 itibari ile 82804 faaliyette olan dernek var. Bu derneklerin yarısından fazlası Marmara Bölgesi'nde İstanbul , Bursa ve Kocaeli illerinde faaliyet göstermektedir. Faaliyet alanlarına göre incelendiğinde sağlık alanında 1868 aktif derneğin kayıtlarda yer aldığı görülmektedir. (resim1)

Bu verileri incelediğimizde çok yakın bir zamanda yaklaşık 1 ay önce aslında bizlerle beklide en yakın çalışan iş kollarından birisi olan ilaç mümessilleri de, Tıbbi İlaç Mümessilleri Birliği Derneği "TİMBİR" adı altında bir dernek kurdular. Gerekçe aslında çok insani,güncel ve bir yerlere ait olma isteği ile örtüşüyor 'ilaç mümessillerine uygulanan "haksız satış baskısı" ile mücadele etmek için " bu ifade dernek başkanı tarafından Anadolu ajansına yapılan açıklamada yer alıyordu. Derneklerin;sayıları,faaliyet alanları,üye profili,bölgesel dağılımı gibi veriler aslında uzun bir sosyolojik tahlilide gerektiriyor. Fakat bizler Türk Üroloji Derneği üyeleri

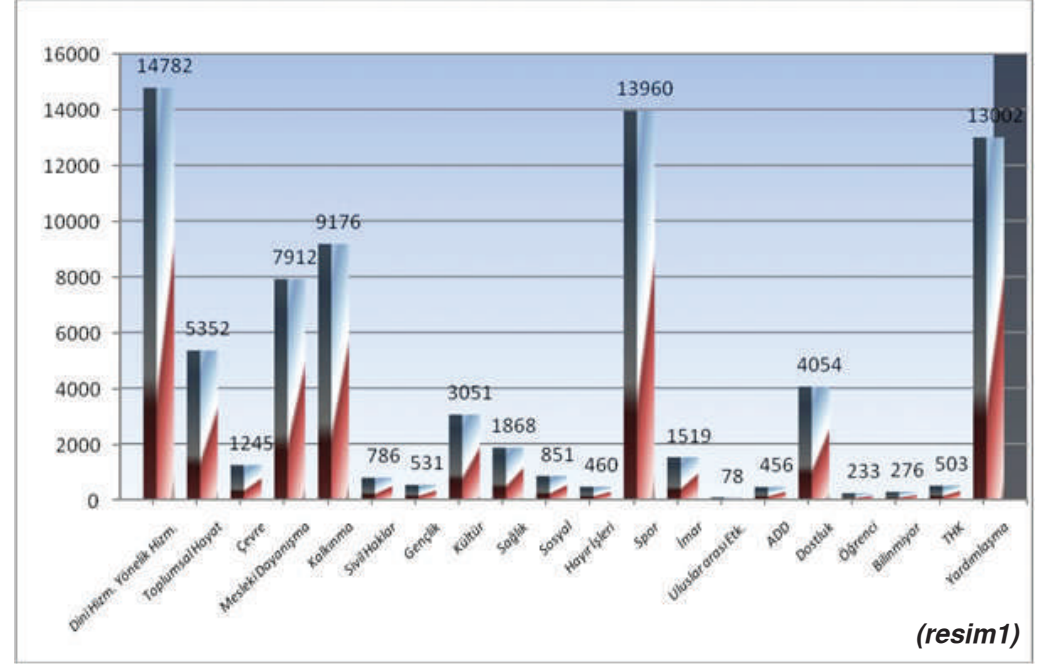
olarak, hangi özelliklere sahibiz ne gibi haklarımız var ve her şeyden önemlisi bu konularda ne kadar bilgi sahibiyiz,hep şikayetçi olduğumuz Tabip Odalarımız dan alt meslek örgütlerimize varana dek biz ne kadar katılımcıyız sorgulamak gerekir kanaatindeyim.Dernek sayısı çok gibi görülsede aslında gene resmi verilere göre nüfusumuzun yaklaşık % 10'luk kısmı dernek üyesi, aslında farklı derneklere üyeliler söz konusu olduğu için gerçek oran bu rakamında altında .

Üroloji bilim dalı içinde çatı örgüt Türk Üroloji Derneği(TÜD) ,buna bağlı TÜYK ve ESRU isimli 2 özerk kuruluş var bunların dışında ; bölge üroloji dernekleri, üroonkoloji derneği, çocuk ürolojisi derneği, endoüroloji derneği, inkontinans derneği ,androloji derneği ile birlikte tam 14 derneğimiz var.Ürologlar yaklaşık 1800 uzman ,550 civarında asistandan oluşuyor ve bu derneklerin üye matriküllerinde yer alıyor.

### Niçin bu kadar dernek var?

"Fiil ehliyetine sahip gerçek veya tüzel kişiler, önceden izin almaksızın dernek kurma hakkına sahiptir. Dernek kurucusu olacak kişilerde aranan fiil ehliyetine ne şekilde sahip olunur. 4721 sayılı Türk Medeni Kanununda belirtildiği üzere; ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır."

Bu özelliklere sahip olmamız daha çok dernek kurup gücümüzü azaltmamızı gerektirmiyor. Aksine daha akılcı davranıp TÜD içinde şubeleşme yoluyla yetkinin paylaşımı etkinliğimizi ve etkimizi pekiştirecektir. Bu dağınık görüntü içinde



(resim1)

tam bir birlik yok aksine kutuplaşmalar var ve her şeyden önemlisi güç zafiyeti ,yetki karmaşası, aidiyet belirsizliği var dolayısıyla bu görüntünün kazananı yok ama kaybedeni biz ürologlar.

### Nasıl üye olabiliriz?

"Derneğe üye olmaları Kanunla yasaklanmamış olan ve dernek tüzüğüne göre üye olma şartlarını taşıyan kişilerin derneğin yönetim kuruluna yapacakları yazılı üyelik başvuruları yönetim kurulunca görüşülerek en çok otuz gün içinde üyeliğe kabul veya isteğin reddi şeklinde karara bağlanıp, sonucu müracaat sahibine yazılı duyurulması zorunludur. Üyelik için kanunda veya tüzükte aranan nitelikleri sonradan kaybedenlerin dernek üyeliği kendiliğinden sona erer. Hiç kimse, dernekte üye kalmaya zorlanamaz. Her üye yazılı olarak bildirmek kaydıyla, dernekten çıkma hakkına sahiptir."

Üyelik kriterlerinin çerçevesi yasalarla böyle çizilmiş buna rağmen bu yazı yazılmadan önce tüm alt branş derneklerine e-posta yoluyla mesaj gönderilerek, "Gazete Ürotürk" te yayınlanmak üzere; dernek kuruluş yılı, amacı, yönetim kurulu üyeleri, dernek üye sayısı (gerçek ve web-sitesi üyeliği), üyelik kriterleri, düzenlediği kongreler ve katılım sayıları gibi verileri içeren bir yazı hazırlanmasının planlandığı belirtilmiş, bilgiler istenmiş sadece Türk Androloji Derneği bu mesaja cevap vermiştir diğer derneklerimiz herhangi bir cevap vermemiştir.

Ancak web sayfaları incelendiğinde üroonkolji derneğinin üyelik kriterlerinin diğerlerine göre daha ağır olduğu, en

genç olanı inkontinans derneği olduğu ilk göze çarpan özelliklerdir. E-posta yoluyla istenen bilgiler elimize ulaşmış olsaydı derneklerimizin üye dağılımı, bölgesel farklılıklar gibi detayları incelemek, çeşitli oluşumlar için belirleyici kriterler oluşturabilirdi.

### Peki dernek nasıl bir mekanizma?

Derneğin zorunlu organları, genel kurul, yönetim kurulu ve denetim kuruludur.

Dernekler zorunlu organları dışında başka organlar da oluşturabilirler. Ancak, bu organlara zorunlu organların görev, yetki ve sorumlulukları devredilemez. Genel kurul, derneğin en yetkili karar organı olup; derneğe kayıtlı üyelere oluşur. Genel kurul, dernek organlarını seçer ve derneğin diğer bir organına verilmemiş olan işleri görür. Genel kurul, üyeliğe kabul ve üyelikten çıkarma hakkında son kararı verir, derneğin diğer organlarını denetler ve onları haklı sebeplerle her zaman görevden alabilir.

Dernek yapısı çok sofistike değil ama genişleme imkanları kısıtlı değil çeşitli organlar oluşturabiliyor.Bu organlar özerk yapıda da olabilirler. Bizim açımızdan belkide vurgulanması gereken en önemli ayrıntı en yetkili karar organının genel kurul olduğu ve bu kurulun bizlerden yani kayıtlı üyelere oluştuğudur.

Haklarımıza sahip çıkar, katılımcı bir tablo oluşturursak hiç kuşkusuz ciddi bir etkimiz olduğunu göreceğiz. Aslında bu hepimizin hem maddi hem de manevi anlamda çıkarlarımızla tamamen örtüşen bir sistem.

### Araf 'tan bakmayı bırakıp güç birliği yapma zamanıdır.

## ÜROTÜRK



### İMTİYAZ SAHİBİ

DR. ATEŞ KADIOĞLU

### BASKI

KADIKÖY MATBAASI  
216 545 25 40

### GENEL YAYIN YÖNETMENİ

DR. CAN BAYDİNÇ

### YAYIN TÜRÜ

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİNİN  
2 AYDA BİR YAYINLANAN BEDELSİZ  
SÜRELİ YAYINIDIR.  
HER HAKKI SAKLIDIR.  
YAZILI İZİN OLMAKSIZIN  
ÇOĞALTILMASI YASAKTIR.

### YAZI İŞLERİ MÜDÜRLERİ

DR. MURAT DİNÇER  
DR. KENAN KORKMAZ

### YÖNETİM YERİ ADRESİ

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ  
Prof. Nurettin Öktem Sokak  
Lale Palas Apt. 18/2 34382  
Şişli/ İstanbul

### TELEFON

212 232 46 89 - 212 241 76 62

### FAKS

212 233 98 04

### ELEKTRONİK POSTA

uroturk@uroturk.org.tr

### TASARIM

HARİKA FİKİRLER REK. AJANSI  
212 227 48 42 PBX  
www.harikafikirler.com

## INDEX

**SAYFA 2 > EDITÖR YAZILARI**

**SAYFA 3 > MAKALE ÖZETLERİ**

**SAYFA 9 > BÖLGELERDEN  
HABERLER**

**SAYFA 13 > TÜRKİYE ESRU**

**SAYFA 14 > ÜROLOJİ KLİNİKLERİNİ  
TANIYALIM**

**SAYFA 16 > ÜROLOJİ HEMŞİRELERİ  
DERNEĞİ**

**SAYFA 19 > ÜROLOJİ DIŞINDA ÖZEL  
İLGİ ALANLARIMIZ**



## EDİTÖR KÖŞESİ



DR. MURAT DİNÇER  
DR. KENAN KORKMAZ

### Sevgili Arkadaşlar;

Bu sayımız yaz döneminde yayınlandığı için daha önce de planladığımız gibi, bilimsel değil sosyal içerikli bir dergi oldu,

umarım ilginizi çekebiliriz. Bu yazılarımızın en ilginçini, Türk ürologları yazımız, bu yazıda size daha önce yolladığımız anketin sonuçlarını yorumladık, belki yeni bir veri içermiyor ama arkadaşlarımızın ayrıntılı bir portresini sunuyor.

Önemli bir hayal kırıklığını yazmak istiyoruz, tam gün sorunu!, sorunun kendisini değil, bu konudaki ilgisizliğimiz ve tepkisizliğimiz!. Özel görüşmelerde en çok dile getirilen ve gerçekten bizim için önemli bir hak kaybı olacak olan tam gün konusunu, bu sayıda işleyeceğimizi bildirmiştik.

Arkadaşlarımızın tam gün hakkındaki her türlü görüşünü yayınlayacağımızı ve yazılarınızı beklediğimizi belirtmiştik.

Sonuç 'SIFIR YAZI', bu kadar ilgisiz olunca başımıza geleceklere kuzu kuzu katlanmaktan başka seçenek de kalmıyor, "tepki versek n'olur ki" de en kötü yanıt, çünkü tepki vermezsek herşey olur ve olduktan sonra da bizim haberimiz olur.

Bir mesleki derginin önde gelen amaçlarından biri, meslektaşların hakları, sorumlulukları ve yasal düzenlemelerin getirdikleri gibi genel medyada bulunmayan veya satır aralarına sıkıştırılan ve hatta en kötüsü populist yorumlarla mesleğe düşman bir anlatımla yazılan konuları en doğru biçimde yazmak ve yorumlamaktır.

Mesleki konuların yazılıp yorumlanmasında da tüm meslektaşlarımız eşit derecede sorumludur diye düşünüyoruz.

Gazete Ürotürk'ün mesleki bir tartışma platformu oluşturmak için açıklık ve içtenlikle çalıştığından kuşkunuz olmasın.

Ürologları ilgilendiren her konuya açık bir gazeteyiz ve her türlü sorununuzun arkasındayız.



## PROSTAT KANSERİ RİSKİNİ DUTASTERİDE KULLANARAK AZALTABİLİR MİYİZ?



Doç.Dr. Bülent Akduman  
Zonguldak Karaelmas  
Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji A.D.

Prostat Kanseri riskini azaltmak için planlanan PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial-Prostat Kanseri Korunma Çalışması) çalışmasının sonuçlarının yankıları sürerken bu yıl AUA yıllık toplantısında REDUCE (REDuction by DUTasteride of prostate Cancer Events-Prostat Kanseri Olaylarının Dutasteride ile Azaltılması) çalışmasının erken sonuçları Dr. Gerald Andriole tarafından sunuldu. Toplantının plenary session oturumunda yapılan sunum yoğun bir ilgi gördü.

Hatırlanacağı gibi özetle PCPT çalışmasının neticesinde finasteridin prostat kanseri riskini azalttığı, diğer taraftan yüksek

dereceli kanser sıklığında artışlara neden olduğu bildirilmiş idi.

Bu çalışmanın ötürleri yüksek dereceli tümörlerde görülen artışın artefakt olabileceğini sonraki analizlerde göstermişler idi. Dr. Andriole konuşmasında özellikle bu iki olay üzerinde durdu. Nitekim çalışmanın birincil amacı prostat kanseri sıklığının azaltılması, ikincil amaçlarından biri de tanı konulan kanserlerdeki Gleason skorlarının karşılaştırılması idi.

Bunlar dışında çalışmanın ikincil amaçlarından PSA'nın daha güvenilir kullanılabilmesi, dutasteridin BPH üzerine olan etkileri ve ilacın güvenilirliği ve tolerabilitesi de oturumda sunuldu.

REDUCE çalışmasındaki 8231 hastanın 4105'i günde tek doz 0.5 mg dutasteride kullanmış olup geri kalan hastalara plasebo verilmiş idi. İki grubun demografik özellikleri benzerlikler göstermekteydi. Çalışma süresince bugüne kadar 6726 (%82.8) hastaya en az bir kez prostat biyopsisinin yapılmış olduğu ve bunlardan 1516'sında

(%22.5) prostat kanserinin saptandığı bildirildi. Prostat kanseri saptanan hastaların gruplara göre dağılımına bakıldığında 857 hastanın plasebo grubunda olduğu, 659 hastanın dutasteride grubunda olduğu bildirildi. Böylece prostat kanseri riskinin dutasteride kullanımı ile 4 yıllık sürede %23 oranında azaltıldığı söylendi.

Alt grup analizleri sunularak risk azaltılmasının 65 yaş altındaki hastalarda, ailede prostat kanseri öyküsü bulunan hastalarda, alt üriner sistem semptomları orta ve ileri derecede olan hastalarda, prostat volümü 50 cc'nin üzerinde olan hastalarda daha belirgin olduğu vurgulandı. Kanseri tanısı almış olgularda Gleason skoru 7 ve üzerinde olan hastalarda bir artış olmadığı bildirildi.

Çalışmanın ikincil amaçlarından PSA'nın klinik kullanımına dutasteridin etkisine bakıldığında, PSA için ROC eğrileri çizildiğinde, eğrinin altında kalan alanın dutasteride grubunda 0.617, plasebo grubunda 0.554 olduğu bildirildi.

Yine akut üriner retansiyon ve BPH cerrahisi oranlarının dutasteride grubunda %73-77 oranında azaldığı bildirildi.

Son olarak güvenilirlik ve tolerabilitesinin tatminkar olduğu vurgulandı.

PCPT'den farklı olarak REDUCE çalışmasının prostat kanseri riski yüksek olan olgular için dizayn edildiği hatırlanmalıdır.

Sonuç olarak, dutasteridin yüksek risk grubunda kullanımı, mevcut bulgular ışığında ümit verici olarak görünmektedir.



## EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA YENİ SELEKTİF 5 FOSFODİESTERAZ İNHİBİTÖRÜ OLAN UDENAFİLİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİĞİ



Özetleyen:  
Akın Soner Amasyalı  
Ateş Kadioğlu  
İstanbul Üniversitesi İstanbul  
Tıp Fakültesi Androloji Bilim  
Dalı Üroloji Anabilim Dalı

Paick J-S, Kim SW, Yang DY, Kim JJ, Lee SW, Ahn TY, Choi HK, Suh J-K, and Kim SC. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction. J Sex Med 2008;5:946-953.

Erektile disfonksiyon (ED) tedavisinde sildenafilin (Viagra, Pfizer, New York, NY, USA) başarısı ile birlikte hızlı ilerlemeler kaydedildi. Bilindiği gibi siklik nükleotid sinyal yolağı ve nitrik oksit (NO) normal erektil fonksiyon için gerekli mediatörlerdir. Siklik guanozin monofosfat (cGMP) yıkımını katalize eden tip 5 fosfodiesteraz (PDE 5) enziminin selektif inhibisyonu sildenafilin esas etki mekanizmasını oluşturur.

Bunu takiben vardenafil (Levitra, Bayer HealthCare, Leverkusen, Germany) ve tadalafil (Cialis, Lilly ICOS LLC, Indianapolis, IN, USA) ED tedavisinde %60-80 oranında cevap alacak kadar güçlü ve etkili diğer PDE5 inhibitörleridir.

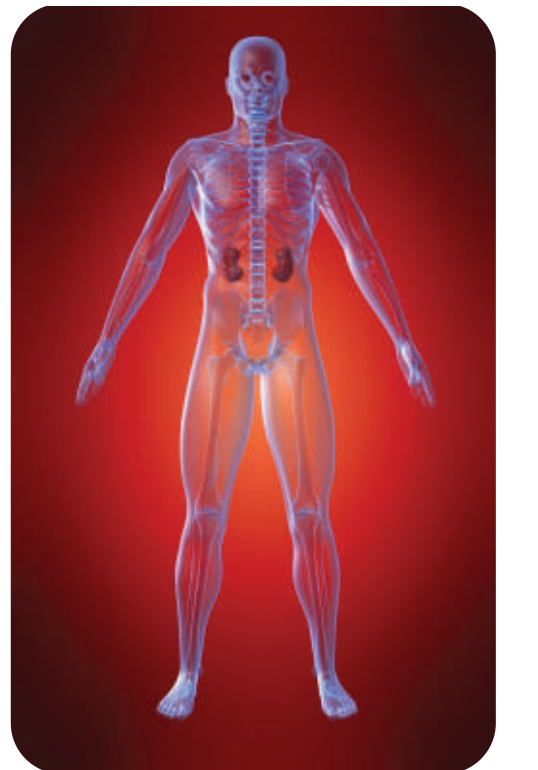
Bu arada yeni geliştirilen güçlü ve selektif PDE5 inhibitörü olan udenafil (Zydena, Dong-A, Seoul, Korea) de cGMP hidrolizini inhibe eder. Udenafil pirazoloprimidinon türevi bir moleküldür. Farmakokinetik profiline bakıldığında kanda en yüksek konsantrasyona (Tmax) 1-1.5 saatte ulaşırken, yarı ömrü (T<sub>1/2</sub>) 11-13 saattir.

Yani uzun etkili bir moleküldür. Faz I çalışmalarında ED hastalarının %55'inde ilaç verildikten 8-12 saat sonrasına kadar etkili olduğu bulunmuştur. Faz II, çift kör, randomize plasebo kontrollü çok merkezli çalışmada ise udenafilin vajinal penetrasyonunda %91'e kadar başarı oranı sağlayacak kadar erektil fonksiyonda anlamlı iyileşme sağladığı bulunmuştur. Toplam 162 ED hastası üzerinde yapılan çalışmada udenafil etkinliği plasebo ile karşılaştırılmış ve oniki haftalık tedavi sonrasında IIEF (uluslararası cinsel işlev

indeksi) skorunda udenafil 100mg, 200mg ve plasebo grubunda sırasıyla 7.52, 9.93 ve 0.2 artış saptanmıştır. Udenafil grubu plaseboya göre IIEF skorunda anlamlı artışa neden olmuştur. Udenafil 100mg ve 200mg alan hastalar arasında etkinlik açısından anlamlı fark saptanmasa da uzun tedavi süreli geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Udenafilin rapor edilen en sık yan etkileri flushing, baş ağrısı, oküler hiperemi ve nazal konjesyon diğer PDE5 inhibitörlerinde de görülebilir. Tadalafilde rastlanan miyalji udenafilde izlenmemiştir. Bunun yanında tadalafilden farklı olarak PDE11 enzimini inhibe etmez. Sildenafilin yan etkilerinden olan bulanık renkli görme udenafilde saptanmamıştır.

Bu fenomenin udenafilin retinal fotoreseptör hücrelerinde bulunan PDE6 enzim inhibitör konsantrasyonunun PDE5 reseptörlerine göre 10 kat fazla olmasına bağlanmaktadır. Ayrıca faz I ve faz II çalışmalarda udenafilin 400mg 'a kadar etkili ve tolere edilebilir olduğu kanıtlanmıştır.



# LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ SIRASINDA RENAL HİLUM KONTROLÜNDE KULLANILAN TEKNİKLERİN ANALİZİ



Dr. İsmet  
Yavaşcaoğlu

Laparoskopik donör nefrektomi sırasında renal hilum kontrolünde kullanılan tekniklerin analizi: FDA veritabanından derleme

Hsi RS, Ojogho ON, Baldwin DD.  
Urology 74: 142-147, 2009.

Laparoskopik nefrektomideki teknik ilerlemelere rağmen major komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Laparoskopik donör nefrektomi (LDN) komplikasyon oranları daha az olmakla beraber tecrübeli merkezlerde bile %6 oranında bildirilmektedir. Renal hilum kontrolünde uygulanan tekniklerin karşılaştırmasının yapıldığı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada Birleşik Devletler FDA merkezinin veritabanı kullanılarak alete bağlı komplikasyon oranları araştırılmıştır. Yazarlar 1992-2007 tarihleri arasındaki veritabanını 'nefektomi', 'böbrek', 'donör', 'transplant', 'transplantasyon' anahtar kelimelerini kullanarak taramışlardır.

Endoskopik stapler, kilitlemeyen titanyum klipler ve absorbe olmayan kilitlenen polimer kliplere (NPL) bağlı rapor edilen komplikasyon oranları incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarında LDN sırasında toplam 92 adet alete bağlı başarısızlık tespit edilmiştir. Aletlere göre dağılımı şu şekildedir: endoskopik stapler: 59 (%64), titanyum klip: 21 (%23) ve NPL: 12 (%13). Alet yetersizliği ve hastalarda sebep oldukları komplikasyonlar Tablo 1'de verilmiştir. Bu veriler ışığında oluşturulan tahmini alet yetersizliği oranları Tablo 3'te verilmiştir.

Çalışmanın tartışmasında yazarlar, canlı donör nefrektomide laparoskopik uygulamanın 2000 yılında %49 iken 2006 yılında %88 çıktığını belirtmişlerdir. Bunun ana sebeplerinden birinin de, hastaların bu işlemi daha rahat kabullenmesi olduğu düşünülmektedir.

LDN ile ilgili yayınlarda renal hilum kontrolü için genellikle bir alet veya yöntem kullanıldığı için çeşitli tekniklerin karşılaştırıldığı yeterli sayıda yayın yoktur. LDN açısından retrospektif, randomize olmayan, tek merkezli sadece 1 çalışmada ise araştırmacılar NPL'lerin güvenli ve daha az komplikasyona sebep olduğu bildirilmiştir. Genel laparoskopik nefrektomilerdeki bir çalışmada ise NPL'lerde komplikasyon oranı daha yüksek olarak bildirilmiştir. Bu yüzden geniş bir veritabanı kullanılarak bu durum araştırılmıştır.

LDN, konvansiyonel nefrektomiden bazı açılardan farklılık göstermektedir. Öncelikle, cerrahlar daha uzun damar alabilmek için çeşitli modifikasyonlara gitmektedirler. Klip atıldıktan sonra 1-2 mm.den daha az mesafe bırakarak kesmek kapatmanın güvenliğini azaltabilmektedir.

Diğer bir özellik de diseksiyon sırasında lomber, gonadal ve adrenal damarlara dikkat edilmesi gerekliliğidir. Son olarak da belki de en kritik nokta ise cerrahın sıcak iskemiyi süresini kısa tutmak için aceleci davranmasıdır.

Absorbe olmayan kilitlenebilir polimer klipler ile ilgili komplikasyon oranı daha az görülmekle beraber oluşan komplikasyonların sonuçları daha ağır olmaktadır ve hatta ölüme yol açmaktadır.

Reoperasyonların hepsi ameliyat sonrası ilk 5 saatte gelişen hipotansiyon nedeniyle gerçekleştirilmiştir. NPL'in LDN'de, titanyum kliplerin de tüm laparoskopik nefrektomilerde renal arter için kullanımının kontraendike olabileceği gibi görüşler olsa da bu iki cihaz da çok yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.



Bunun yanında 486'i LDN olan 1695 laparoskopik nefrektomi serisinde NPL'e bağlı herhangi bir yetersizlik rapor edilmemiştir. NPL kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar: çoklu klip kullanımı, 1-2 mm.lik vasküler güdük bırakmak, araya doku almamak, damarın iyice disseke edilmesi ve uygun boydaki klipin kullanılması ve kilitlendiğini tam olarak görülmesi.

Titanyum kliplerle daha fazla yetersizlik bildirilse de kanama veya açık cerrahiye geçme gibi komplikasyonlar daha nadir bildirilmektedir.

Bu kliplerle ilgili yerinden çıkma riski postoperatif dönemde de devam etmektedir. Bütün bu riskleri azaltmak için yapılması gerekenler: bozuk klip atıcıların imha edilmesi, 1-2 mm.lik güdük bırakarak çoklu klip atılması, klips uygulandıktan sonra yakınında fazla diseksiyon yapılmaması ve damarı kesmeden önce kontrol edilmesi.

Yukarıda sayılan kliplerin aksine endoskopik staplerler, 3 sıra staplerle damarı transfikse ederler. Yetersiz zımbalanma ve aletin uygulandıktan sonra kurtulamaması en sık rapor edilen yetersizliklerdir.

Uygunsuz güç uygulayarak staplerin kurtarılmaya çalışılması daha kötü komplikasyonlara yol açmaktadır. Aletle ilgili yetersizlik yaşandığında cerrah mümkün olan en kısa sürede başka bir sistem kullanarak damarın proksimalini kontrol altına almaya çalışmalıdır. Bunun yanında kullanıcının aleti tanıyıp olması da önemlidir.

Daha önce uygulanmış metal kliplerin üzerine ve çok kalın pediküllerde uygulanmaya çalışılmamalıdır.

Bu çalışma sonuçları bir tekniğin diğerinden daha güvenli olduğunu göstermek amaçlı planlanmamıştır. Bu sonuçların prospektif randomize bir çalışma sonucu olmadığı ve bir veritabanı değerlendirmesi olduğu akıld tutulmalıdır.

Tablo 1: Yetersizlik mekanizmaları ve hastalardaki sonuçları

	Endoskopik stapler (n=59)	N (%)	Kilitlemeyen klip (n=21)	N (%)	NPL klip (n=12)	N (%)
Yetersizlik mekanizmaları	Zımba hattının kaybı, malforme olması veya kaçırması	30 (51)	Klipin yapısının bozulması veya damarı kesmesi	11 (52)	Reoperasyon sırasında çok sayıda klipin açık bulunması	6 (50)
	Dokudan ayrılama	15 (25)	Ateşleme sırasında aplikatörün sıkışması	4 (19)	Çok sayıda klipin ameliyat sırasında damardan ayrılması	2 (17)
	Tanımlanamayan ateşleme problemi	7 (12)	Uygulama sonrası klipin düşmesi	3 (14)	İki klipten biri yerinde diğeri açılmış (reoperasyonda görülen)	1 (8)
	Aletin düşmesi	3 (5)	Klipin damarı yırtması	1 (5)	Damar üstüne oturtulamama	1 (8)
	Yakındaki klipin üzerine uygulama	1 (2)	Staplerin klipin üzerine uygulanması	1 (5)	Aortayla birleşim yerinde arterin klipin proksimalinde rüptüre olması	1 (8)
	Tekrar yüklemmeden ateşleme	1 (2)	Tek uygulamada iki klipin ateşlenmesi	1 (5)		
Hastadaki sonuçlar	Ölüm	0		0		2 (17)
	Açık cerrahiye geçiş	20 (34)		1 (5)		2 (17)
	El-yardımlıya geçiş	1 (2)		0		0
	Reoperasyon	0		1 (5)		7 (58)
	Ciddi kanama (>300 ml)	13 (22)		1 (5)		3 (25)
	Transfüzyon	5 (8)		1 (5)		2 (17)
	Hafif kanama (<300 ml)	3 (5)		0		0
Tanımlanamayan kanama	13 (22)		1 (5)		5 (42)	

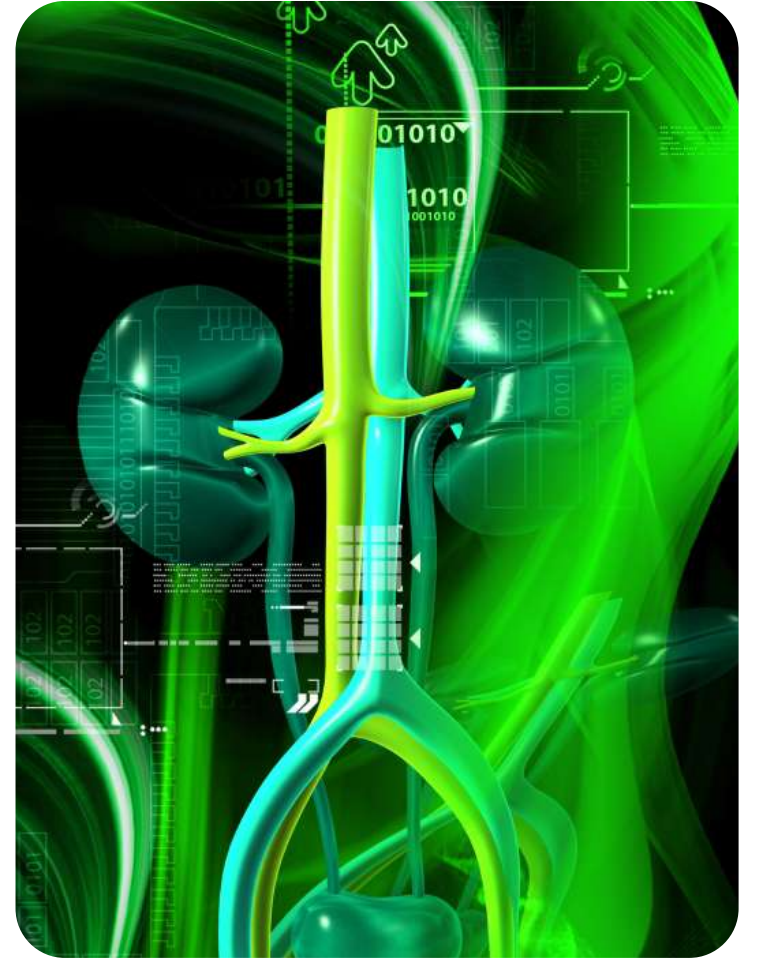
Tablo 3: Tahmin edilen yetersizlik oranları

Alet	FDA raporları (n) (2000-2006)	Cerrahların kullanma oranları <sup>a</sup>	Tahmini prosedür sayısı (n) (2000-2006) <sup>b</sup>	Tüm yetersizlik oranı (%)	Tahmini tüm yetersizlik oranı (%) <sup>c</sup>
Endoskopik stapler	43	56,2	18709	0,24	3,0
Kilitlenmeyen klip	18	14,3	4625	0,39	4,9
NPL	12	28,1	9040	0,13	1,7

a: Cerrahlar başka yöntemler de kullandıklarından toplam %100 olmamaktadır

b: A.B.D.'de 2000-2006 yılları arasında yapılan toplam LDN sayısı: 32164

c: FDA yapılan raporlama oranının %8 olduğu göz önünde bulundurularak yapılmış hesaplama



#### Çevirmenin notu:

Laparoskopik cerrahinin yoğun olduğu bir anabilim dalı olarak gerçekten de bu makalede bahsedilen konu bizim de gündemimizi çeşitli sebeplerle meşgul etmiştir. Laparoskopik nefrektomilerimizde bu üç yöntemi de çeşitli sıklıklarda kullandık ancak bunların karşılaştırmalı çalışmasını yapma imkanımız olmadı. Gerçekte de bu 3 yöntemin de kendi aralarında kafa kafaya karşılaştırılmasının yapılması gerekli olmakla beraber oldukça zor görünmektedir. Bunun sebepleri olarak çok fazla vaka yapılması gerekliliği, aynı kişi tarafından yapılma gerekliliği, randomizasyona rağmen standart olguları toplayamama riski sayılabilir. Böyle bir çalışma gerçekleştirilene kadar bu tür veritabanı değerlendirmeleri veya metaanalizlerle yetinmek durumunda kalacağız.

Kendi laparoskopik nefrektomi pratiğimizde endoskopik staplerle ilgili deneyimimiz diğer iki yöntem kadar fazla değil. Ancak, kısıtlı tecrübemiz içerisinde uygulama sırasında yaşadığımız mekanik aksaklıklar bunun bu sebeplerinden biridir. Titanyum klip uygulamasını daha küçük çaplı damarlar üzerinde sıklıkla uygulamaktayız.

Ancak, renal hilum kontrolünde tercih etmemekteyiz. Özellikle nefrektomi sırasında gonadal, lomber, adrenal damarların kontrolünde metalik klipleri çok sık ve güvenle kullanılmaktadır. Metalik klip kullanımında hastada kalacak kısımda en az iki adet klip bulunmasına, en az 1-2 mm.lik mesafe bırakılmasına dikkat etmekteyiz. Kliplene sonrasında ilgili damar etrafında çok fazla diseksiyon yapmamaya ve klipi aletle tutmamaya özen göstermekteyiz.

Çok sık olmamakla beraber klip atıcıyla ilgili aksaklıklar (tutukluk yapma, klipi oturtamama) yaşasak da hayatı tehdit edici bir sorunla karşılaşmadık. Bunların dışında gerek konvansiyonel gerekse LDN'de renal hilum kontrolünde her zaman absorbe olmayan kilitlenebilir polimer klipler kullanılmaktadır. NPL uygulamasında tecrübelerimizden aktarabileceğimiz dikkat edilmesi gerek noktalar sırasıyla şunlardır: Aplikatöre klipi oturtan kişinin (asistan veya hemşire) aleti tanıması ve klipin tam oturduğundan emin olması, kontrol altına alınacak damarsal yapının etraf dokulardan tamamen temizlenmesi, klipi yerleştirirken aplikatörün ağzının rahat bir şekilde damarın arkasından geçtiğinin ve aplikatör kapatıldığında klipin kilitlendiğinin gözle görülmesi, hastada kalacak kısımda en az 2 adet klip yerleştirilmesi, damarın klipten

en 1-2 mm uzaktan kesilmesi, kesildikten sonra kontrol edilmesi ve işlem bittikten sonra basıncın düşürülerek ameliyat bölgesinin ve renal hilumun kontrol edilmesi. Bütün bu prensiplere uyulduğu takdirde majör bir komplikasyonla karşılaşmayacağına inanılmaktadır. Orjinal üretici firmanın NPL'lerini kullanarak yaptığımız ne konvansiyonel ne de donör laparoskopik nefrektomilerde bir sorunla karşılaşmadık. Ancak, son dönemlerde hastanelerdeki ihale süreci nedeniyle orijinal olmayan NPL'ler kullanılmakta olduğunda kaldık. Yakın dönemde bir olgumuzda klipin uygulama sırasında kırılması gibi daha önce hiç karşılaşmadığımız bir sorun yaşadık. Sonuç olarak, her 3 yöntem de kendine has avantaj veya dezavantajları olan yöntemlerdir. Seçim için sanırım önemli olan cerrahın kendini hangi yöntemle rahat hissettiğidir.



# İLK RADYASYON TEDAVİSİ SONRASI LOKAL OLARAK NÜKS EDEN PROSTAT KANSERİ: KURTARMA RADİKAL PROSTATEKTOMİ İLE KRİYOTERAPİNİN KARŞILAŞTIRILMASI



Dr. Hayrettin Şahin  
Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı

Pisters LL., Leibovici D., Blute M., et al.  
J Urol. 182: 517-27, August 2009.

Yalnız Birleşik Devletler'de prostat kanserinde başlangıç tedavisi olarak radikal prostatektomi (RP) ya da radyoterapi uygulanan 50.000'den biraz az erkekte PSA nüksü görülecektir. Kurtarma tedavisi yapılmadığında bu hastaların en az dörtte üçünde, PSA'da artma saptandıktan sonraki 5 yıl içinde klinik olarak nüks hastalık belirtileri ortaya çıkacaktır. Bu hastalara sıklıkla hormonal tedavi uygulanır ancak bu tedavi edici değildir. Bununla birlikte, kurtarma lokal tedavi (RP, kriyoterapi ve brakiterapi) alan izole lokal nüksü hastalar için kür olasıdır. Bugüne kadar kurtarma lokal tedaviler, etkinliği bilinen prognostik parametrelerle direk olarak karşılaştırılmamıştır.

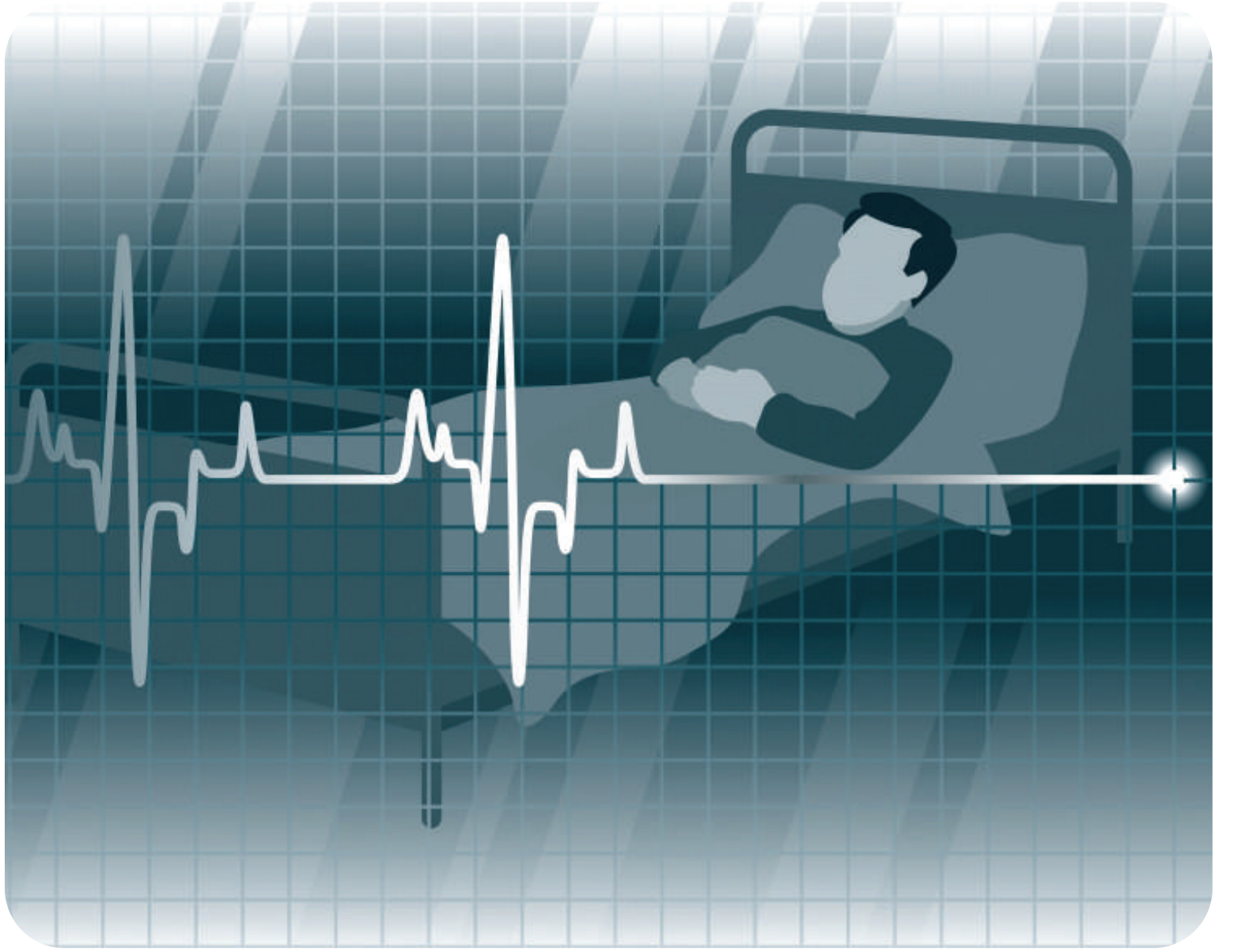
Çalışmamızda; kurtarma radikal prostatektomi (KRP) ya da kurtarma kriyoterapi (KKT) uygulanan hastaların sonuçlarını karşılaştırdık.

Çalışmaya katılım klinik olarak lokalize prostat kanserinin tedavisi için kür amaçlı tedavi olarak radyoterapi alan hastalarla sınırlıydı. Kurtarma tedavisi öncesi ya da sonrası (biyokimyasal başarısızlığa kadar) hormonal tedavi alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kurtarma tedavisi öncesi PSA'ları 10 ng/ml'den az ve radyoterapi sonrası biyopsi Gleason skoru  $\geq 8$  olan hastalar çalışmaya alındı. Büyük hacimli, klinik evre T3 ya da T4 hastalığı olan hastalar dahil edilmedi. Kurtarma tedavisi sonrası tek bir PSA'nın  $\leq 0.4$  ng/ml olması ya da nadir PSA'da iki ölçümde yükselme gözlenmesi biyokimyasal başarısızlık olarak kabul edilmiştir.

Mayo Klinikte 1990-1999 yılları arasında KRP uygulanan 42 ve MD Anderson'da 1992-1995 yılları arasında KKT uygulanan 55 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama takip süreleri KRP'de 7.8 yıl, KKT'de ise 5.5 yıldır. Biyokimyasal hastalısız sağkalım (bHS) oranı, kullanılan her iki biyokimyasal başarısızlık tanımına göre KRP grubunda daha iyiydi.

PSA  $\leq 0.4$  ng/ml kriter alındığında 5 yılda bHS; KKT'de %21, KRP'de %61. Nadir PSA'da iki artma kriter alındığında 5 yılda bHS; KKT'de %42, KRP'de %66 bulunmuştur. Beş yılda hastalığa özgü sağkalım bakımından iki grup arasında anlamlı fark yoktu (KKT %96, KRP %98). Toplam sağkalım oranı KKT alan hastalarda, KRP yapılanlardan daha düşüktü. Bunun nedeni büyük olasılıkla; KKT, KRP'den daha az invaziv olduğu için, anlamlı komorbiditesi olanlara daha çok KKT tercih edilmiş olmasıydı. Sonuç olarak da; KKT yapılan hastalarda prostat kanserinden çok diğer nedenlerden ölüm oranı daha yüksekti.

Bu çalışmadaki hastaların hiçbiri kurtarma tedavisinden sonra biyokimyasal başarısızlığa kadar hormonal tedavi ile tedavi edilmediği için hormonal tedavinin karıştırıcı etkisi olmaksızın bHS sonuçları değerlendirilebilmiştir.



Bu hastaların tedavi edildiği sırada çalışmanın yapıldığı iki kurumda pratik yaklaşım farklılıkları vardı. MD Anderson'da 1992-1995 yılları arasında KKT tercih edilen kurtarma tedavisiydi. Bundan dolayı, daha az olguya

KRP uygulanıyordu. MD Anderson'daki yaklaşım 1995'de daha genç, sağlıklı hastalarda KRP'yi tercih etme yönünde değişti ve şimdi aşağı yukarı hastaların yarısına KRP, diğer yarısına KKT uygulanmaktadır.

Kurtarma KT, dondurma sürecinde üretrayı korumak için üretrayı ısıtan üretral kateterle uygulanır. Üretral ısıtma kateteri periüretral alanda canlı kanser dokusu kalması için bir sığınak oluşturabilir. Leibovich ve arkadaşları, RP yapılan 350 hastalık bir çalışmada, %17 olguda üretraya kadar ilerleyen hastalık saptamışlardır. Üretra çevresinde korunan ring şeklindeki dokuya ilaveten, prostat bezinin boyutu, şekli ve konturuna bağlı olarak kriyoterapi problemleri arasında yetersiz dondurulan ve canlı kanser dokusunun kaldığı bölgeler olabilir. Izawa ve arkadaşları; KKT uygulanan 113 hastadan alınan prostat biyopsilerini inceledi ve %23'ünde kanser hücreleri ve %56'sında benign ya da atipik bezler buldu. Bizim teorimize göre KKT, tedavi edilmemiş küçük alanlar bırakmaktadır. Bu da KKT sonrası, KRP'den daha az bHS elde edilmesine neden olur.

Çalışmamız retrospektif dizayn edilmesi nedeniyle sınırlıdır ve bazı prognostik faktörleri içermemektedir. Başka yerlerden sevk edilen hastalar olduğu için çoğu hastada güvenli bilgi eksikti. Dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta; bizim çalışmamızdaki KKT 2. jenerasyon likit nitrojen probaları ile uygulanmıştır. Bunların yerini alan 3. jenerasyon argon temelli probalar daha az morbiditeye sahip olmasına karşın, 2. jenerasyon kriyoterapinin daha az etkin olduğunu gösteren veri yoktur.

Bildiğimize göre; çalışmamız, tedavi uzunluğu, kurtarma öncesi PSA ve tümör derecesi kullanarak radyoterapi sonrası nükseden prostat kanseri için kurtarma tedavisi yapılan hastaların sonuçlarını karşılaştıran ilk çalışmadır.

Çalışmamız; KRP'nin, KKT ile karşılaştırıldığında daha üstün bHS'a sahip olduğunu göstermiştir. Hekimler; hasta yaşı, komorbiditesi, tahmini yaşam beklentisi ve operasyon risklerini dikkate alarak kurtarma tedavisinin tipini belirlemelidir. Biz; lokal nüks prostat kanseri olan; nispeten genç, sağlıklı hastalara seçenek olarak KRP sunulması gerektiğine inanıyoruz.

Daha yaşlı, anlamlı komorbiditesi olan ve KRP önerisini kabul etmeyen hastalarda, bir dönem için PSA kontrolünü yardım edebilen ve potansiyel olarak hormon tedavisi gereksinimini geciktiren bir seçenek olarak KKT düşünülmelidir.

Bu çalışmaya yapılan Editoryal Yorum'lara yazarların verdiği yanıtta: Kurtarma tedavilerinin bireyselleştirilmesi gerektiğine katılıyoruz. Hekimler tedavi seçeneğine karar verirken; hasta yaşı, komorbidite ve tümör karakteristiklerini (tanıdaki evre, derece, pozitif biyopsi kor sayısı, seminal vezikül invazyonu olup olmaması, kurtarma öncesi PSA ve PSA ikilenme zamanı) dikkate almalıdırlar. Hastalar kurtarma tedavisinin olası komplikasyonları ve etkinliklerindeki farklılıklar yönünden iyi bilgilendirilmelidir.

Bizim çalışmamızda; KKT, KRP'den daha az etkin olarak bulunmuş olmasına karşın; KKT'nin daha az invaziv ve daha kısa nekahat dönemine sahip olduğu gerçektir. Bizim çalışmamız KKT'yi değersiz göstermeyi amaçlamamıştır. Biz inanıyoruz ki; yaşlı hastalar, komorbiditesi olan hastalar ya da cerrahi reddedenler için KKT'nin tedavide yeri vardır.

Uzun süreli etkinlik bakımından, kurtarma brakiterapi ya da yüksek yoğunlukta odaklanmış ultrason (HIFU) yerine KRP ve KKT'nin kullanımını destekleyen veriler daha fazladır.

Brakiterapi ya da HIFU'da tedavide düşünülebilir ancak hastalar bu tedavilerin kullanımını destekleyen daha az delil olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Bu tedavi seçenekleri, deneysel sayımlı ve yalnızca bir bilimsel protokolün parçası olarak sunulmalıdır. Agarwal ve arkadaşları; CaPSURE veri tabanını kullanarak yaptıkları çalışmada, ABD'de radyoterapiden sonra nüks eden 430 hastanın, 402 (%93.5)'sinin küratif olmadığı bilinen bir yaklaşım olan kurtarma hormonal tedavi aldığını bildirmişlerdir. Yalnızca 17 hasta potansiyel olarak küratif tedavi (KRP, KKT) almıştır.

Üzülerek söyleyebiliriz ki; başlangıç tedaviden sonra nüks eden hastalığı olan hastaların çoğunluğuna KRP ve KKT gibi etkin ve güvenli olduğu bilinen kurtarma tedavilerine rağmen küratif olmayan tedaviler sunulmaktadır.

Bizim çalışmamız gösterir ki, KRP en etkin kurtarma modalitesidir ve Agarwal'ın çalışmasında %1'den daha az hastaya KRP uygulandığı görülmektedir.

Bu durumu düzeltmek için ne yapılabilir? Hastaları ve toplum hekimlerini kurtarma lokal tedavilerinin güvenliği ve potansiyel faydaları konusunda eğitmek için iki kat daha fazla efor sarfetmeliyiz.

# BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA ÜRETER STENTİ KULLANIMI İLE İLGİLİ ENFEKTİF KOMPLİKASYONLAR



Yrd. Doç. Dr. Levend Özkan  
Kocaeli Üniversitesi Tıp  
Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı

## Infective Complications Associated With Ureteral Stents in Renal Transplant Recipients

M. Ranganathan, M. Akbar, M.A. Ilham, R. Chavez, N. Kumar, and A. Asderakis  
Transplantation Proceedings, 41, 162-164 (2009)

Böbrek nakli sonrasında erken dönem üreter komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla üretere stent konulması sık kullanılan bir yöntemdir. Üreter stenti vücuda yabancı bir maddedir ve enfeksiyona yol açarak hastanın ve greftin sağlığı açısından risk taşıma potansiyeli mevcuttur. Önceki çalışmalarda üreter stentlerinin erken dönem üreter komplikasyonlarını engellemede etkili olduğu gösterilmiştir. Erken dönemde üreter komplikasyonları enfeksiyonlara oranla daha sık görüldüğünden üreter stenti birçok merkezde operasyonun rutin bir işlemi olarak kullanılmaktadır.

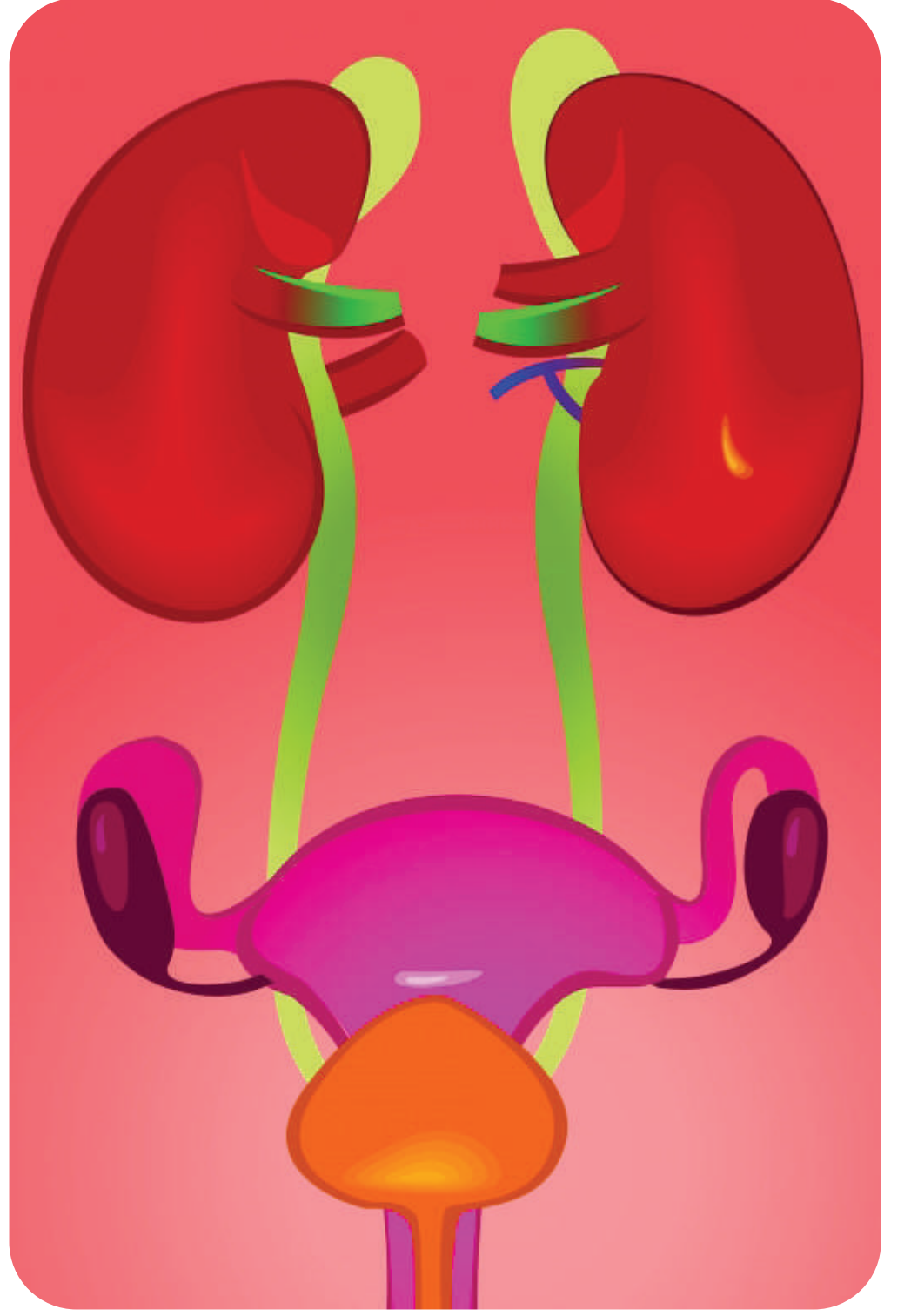
Bu çalışmada kliniğimizde yapılan böbrek nakli ameliyatlarında üreter stenti kullanımının ilgili üriner enfeksiyonlar ve üreter komplikasyonları üzerine etkisini araştırmayı planladık.

Çalışmaya 1 yıl boyunca böbrek nakli yapılan 100 hasta dahil edildi. Üreter stenti konulup konulmayacağı kararı ameliyatı yapan cerraha aitti. Hastalarda gelişen erken dönem üreter komplikasyonları ve üriner enfeksiyonlar araştırıldı. Üriner enfeksiyon tanısı patojenin ml'de 100.000'den fazla olmasıyla üreter komplikasyonu tanısı ise radyolojik olarak doğrulanması durumunda konuldu.

Tüm hastalara anestezi induksiyonu esnasında profilaktik antibiyotik uygulandı ve üreter stentleri 6-12 hafta arasında fleksible sistoskop ile alındı.

Çalışmaya alınan 100 hastanın 75'i kadavradan, 25'i ise canlıdan böbrek almışlardı. Erken dönemde transplant nefrektomi yapılan 3 hasta çıkartıldığında stentli 79 hasta ve stentsiz 18 hastanın bilgileri analiz edildi. Gruplar arasında birçok açıdan fark bulunmamakla birlikte canlıdan nakil yapılan hastaların büyük kısmı (22/23) stentli gruptaydı.

İki hastada stent alındıktan sonra üreter darlığı gelişti. Bu hastalardan birisine cerrahi işlem gerekirken diğeri radyolojik girişim ile düzeldi. Hiçbir hastada idrar kaçağına rastlanmadı. Stentli grupta üriner enfeksiyon insidansı stentsiz gruba göre belirgin olarak yüksekti (%71'e %39). Stent



alındıktan sonra da bu grupta yeni enfeksiyon gelişiminin stentsiz gruba göre daha sık olduğu gözlemlendi (%54'e %30). Stent mevcutken enfeksiyon saptanan hastaların %54'ünde stent alındıktan sonra da enfeksiyon devam ederken stentli dönemde enfeksiyon rastlanmayan hastaların %30'unda stent alındıktan sonra de novo üriner enfeksiyon saptandı.

Sonuç olarak üreter stentinin erken dönem üreter komplikasyonlarını önlemede faydalı olabilmekte birlikte üriner enfeksiyon riskini belirgin şekilde artırdığı kanaatine varılmıştır. Stentli hastalarda görülen enfeksiyon stent alınmasından sonra da üriner enfeksiyon sıklığında artış ile ilişkili bulunmuştur.

Yazarlar bu çalışmalarında böbrek nakli sırasında üreter stenti kullanımının üriner enfeksiyon görülme sıklığını belirgin şekilde artırdığı kanaatine varmışlardır. Tartışmalarında üreter stentinin erken dönemde anastomozdaki ödemi engelleyerek üreter darlığını engellediğini ancak üreter iskemisine bağlı olarak gelişen geç dönem üreter darlığında etkili olmadığını belirtmişler, aynı zamanda rutin stent kullanımının sık görülmeyen ancak ciddi komplikasyonlara (Üriner enfeksiyon, reflü, migrasyon, enkrüstasyon vb.) yol açtığını ifade etmişlerdir. Çalışmalarında en az 6 aylık takip sonucunda sadece 2 hastada üreter ile ilgili komplikasyona rastlandığı ve bu 2 hastanın da stentli gruptan olduğu rapor edilmiştir. Ne var ki çalışmaya alınan hastaların dağılımında ciddi bir fark

görülmektedir (79 stentli, 18 stentsiz hasta). Yazarlar randomizasyondaki bu eksikliği ardi ardına tüm nakilli olguların herhangi bir eleme yapılmadan çalışmaya alınmasına bağlamışlardır.

Önemli diğer bir nokta ise nakil sonrasında erken dönemde koruyucu antibiyotik kullanımı ile ilgilidir. Yazarlar anestezi induksiyonu sırasında koruyucu antibiyotik uygulandığını belirtmiş, sonrasında antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi vermemişlerdir. Erken dönemde antibiyotik koruması kullanılmamasının özellikle stentli hastalarda üriner enfeksiyon riskini artıracığı aşikardır.

Böbrek nakli ameliyatlarında üreter stenti kullanımı birçok çalışmaya konu olmuş tartışmalı bir konudur. Literatürdeki çalışmaların geneli incelendiğinde üreter stenti kullanımının birçok klinikte rutin olduğu gözlenmektedir. Ülkemizden çıkan 362 olguluk bir seride de Koçak ve arkadaşları canlıdan böbrek nakilleri sonrasında üreter komplikasyonuna sık rastlanmamasını rutin üreter stenti kullanımına bağlamışlardır. Üreter komplikasyonlarının tedavisi hem transplant cerrahları hem de hastalar için en sıkıntılı ve zahmetli durumlardan birisidir. Her yöntem gibi belli riskleri bulunmakla birlikte böbrek naklinde üreter stenti kullanılması faydalı olarak görünmektedir.

## Balayı günleriniz geri dönüyor!

40 yaş üzerindeki erkeklerin yarısından fazlasında sertleşme sorunu bulunmaktadır.\* Ancak sağlıklı bir cinsel yaşama ulaşmak düşündüğünüz kadar zor olmayabilir. Daha fazla bilgi için doktorunuza danışınız.

[www.sertlesmesorunu.net](http://www.sertlesmesorunu.net)



\*Aksoy et al., Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population based study (Türkiye'de erektil disfonksiyonun prevalansı ve ilgili olduğu durumlar: nüfusa dayalı bir çalışma) Eur Urol 41(2002) 298-304

SORUN SERTLEŞMEDEN  
DOKTORUNUZA SORUN!



[www.sertlesmesorunu.net](http://www.sertlesmesorunu.net)

TÜRK  
ANDROLOJİ  
DERNEĞİ  
0212 267 49 49

Lilly  
[www.lilly.com.tr](http://www.lilly.com.tr)

CLA1 904-1

# TUBULARIZED INCISED PLATE (TIP) URETROPLASTİ SONUÇLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TEK MERKEZDE 500 OLGULUK DENEYİM

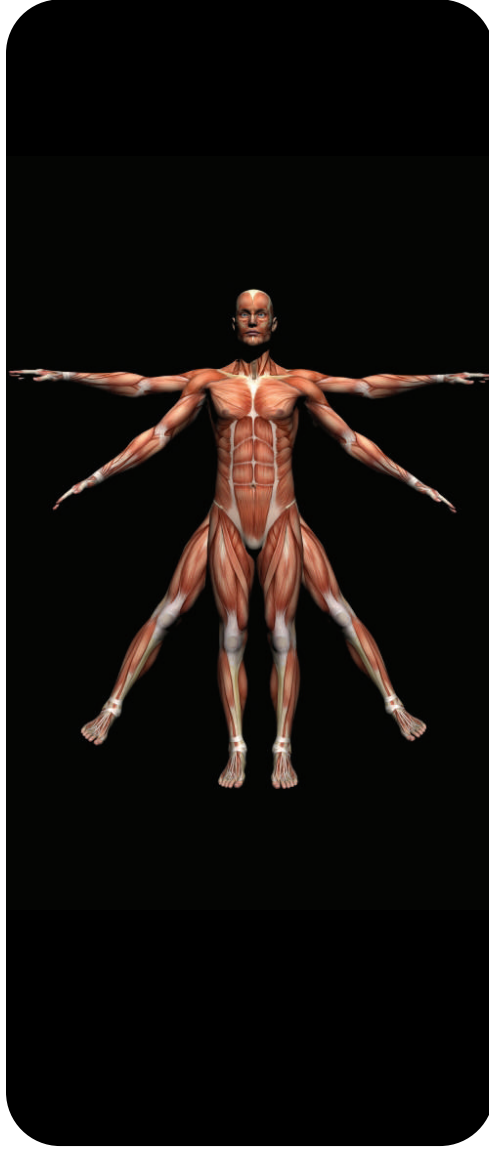


**Prof. Dr. Yılmaz Aksoy**  
Atatürk  
Ünv. Tıp Fak.  
Üroloji  
Anabilim Dalı  
>> Çeviren ve özetleyen

Sarhan OM, El-Hefnawy AS, hafez AT, Elsherbiny MT, Dawaba ME, Ghali AM. J

J Pediatr Urol, 2009, In Press.

Ocak 1998 ile Aralık 2003 tarihleri arasında 18 yaşından küçük toplam 500 hastaya uygulanan tubularized incised plate (TIP) üretroplastisi sonuçları, bilgisayara kayıtlı cerrahi veriler kullanılarak retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 6±3.7 (1-18) yıl idi. Hasta yaşı, hipospadiasın yeri ve tipi, kordi varlığı ya da yokluğu, neoüretrada kullanılan sütür tekniği ve neoüretranın üzerinin kapatılma tekniği, postoperatif stent kullanımı, stent kalibresi ve süresi, onarımı yapan cerrah, fistül, tam tüp kaybı ve meatal darlık gibi komplikasyonların varlığı bakımından hastalar değerlendirildi. Ventral kurvaturü düzeltmek için dorsal plikasyon olguların sadece 27 (%5.4)'sine gerekti. Üretroplastisi 7/0 vicryl sütür materyali kullanılarak çift tabaka subkutiküler olarak yapıldı. Hastalar ilk ay haftalık, 3 ay ayda bir ve postoperatif 6. ayda ve daha sonra ise gerekli görüldüğü durumlarda takip edildi. Hasta karakteristikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.



**Tablo 1. Hasta karakteristikleri**

Faktör	Hasta sayısı	%
<b>Hasta yaşı</b>		
< 2 yaş	85	17
> 2 yaş	415	83
<b>Hipospadiasın yeri</b>		
Koronal	110	22
Distal penil	261	52.2
Midpenil	78	15.6
Posterior penil	21	4.2
Penoskrotal	30	6
<b>Hipospadias tipi</b>		
Yeni vaka	439	87.8
Rekürren	61	12.2
<b>Kordi</b>		
Var	98	19.6
Yok	402	80.4
<b>Cerrah</b>		
Pediyatrik cerrah I	53	10.6
Pediyatrik cerrah II	80	16
Pediyatrik cerrah III	155	31
Pediyatrik cerrah IV	169	33.8
Adult ürolog	43	8.6
<b>Örten tabaka</b>		
Spongioplasti	138	27.6
Dartos flep	186	37.2
Her ikisi	148	29.6
Hiçbirisi	28	5.6
<b>Sütür tekniği</b>		
Kontinü	408	81.6
Aralıklı	92	18.4
<b>Stent süresi</b>		
Stentsiz	49	9.8
3 gün	62	12.4
7 gün	313	62.6
10 gün	76	15.2

TIP onarımındaki öğrenme eğrisine göre ilk 100 hasta grup 1, ikinci 300 hasta grup 2 ve son 100 hasta grup 3 olarak ayrılarak gruplar arasında başarı ve komplikasyonlar değerlendirildi. Hipospadiaslı hastaların tümündeki başarı %81.4 olarak belirlendi. Olguların 93 (%18.6)'ünde re-operasyon gerekti. TIP üretroplastisi sonuçları ve komplikasyon gelişiminde rol oynayan risk faktörleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Sonucu etkileyen değişkenler**

Faktör	Hasta sayısı	Başarı (%)	p değeri
<b>Hasta yaşı</b>			<b>0.058</b>
< 2 yaş	85	63 (74.1)	
≥ 2 yaş	415	344 (82.9)	
<b>Hipospadiasın yeri</b>			<b>0.002</b>
Koronal	110	99 (90)	
Distal penil	261	211 (80.8)	
Midpenil	78	62 (79.5)	
Posterior penil/ penoskrotal	51	35 (68.6)	
<b>Hipospadias tipi</b>			<b>0.410</b>
Yeni vaka	439	355 (80.9)	
Rekürren	61	52 (85.2)	
<b>Spongioplasti</b>			<b>0.000</b>
Evet	285	248 (87)	
Hayır	215	159 (74)	
<b>Tüm örten tabakalar</b>			<b>0.163</b>
Evet	472	387 (82)	
Hayır	28	20 (71.4)	
<b>Sütür tekniği</b>			<b>0.531</b>
Kontinü	408	330 (80.9)	
Aralıklı	92	77 (83.7)	
<b>Stent</b>			<b>0.048</b>
Var	451	362 (80.3)	
Yok	49	45 (91.8)	
<b>Gruplar</b>			<b>0.000</b>
Grup 1	100	73 (73)	
Grup 2	300	239 (79.7)	
Grup 3	100	95 (95)	
<b>Cerrah</b>			<b>0.075</b>
Pediyatrik cerrah I	53	47 (88.7)	
Pediyatrik cerrah II	80	63 (78.8)	
Pediyatrik cerrah III	155	129 (83.2)	
Pediyatrik cerrah IV	169	142 (84)	
Adult ürolog	43	26 (60.5)	

Başarı oranları grup 1'de %73, grup 2'de %79.7 ve grup 3'de %95 olarak bulundu. Komplikasyonların multivaryat analizinde, çalışmanın ilk yılında yapılan olgularda, spongioplasti yapılmayan olgularda ve posterior hipospadiasların stentli onarımlarında komplikasyonların daha yaygın olduğu belirlendi.

Meatoplastide üretral pleytin tubularizasyonu çok distale kadar yapılmayarak modifiye edildi. Bu modifikasyon daha az dilatasyon gereksinimi ve meatal darlık ile birlikte idi. Multivaryat analizde önemli bağımsız risk faktörleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3. Sonucu etkileyen değişkenlerin logistik regresyon analizleri**

Faktör	Relatif risk	p-değeri
<b>Hipospadiasın yeri</b>	<b>0.1160</b>	<b>0.0060</b>
<b>Spongioplasti</b>	<b>0.1108</b>	<b>0.0049</b>
<b>Çalışma grupları</b>	<b>0.1377</b>	<b>0.0014</b>

Sonuç olarak, hem primer hem de re-operatif proksimal ve distal hipospadiasların tedavisinde TIP onarımı kabul edilebilir komplikasyon oranları ile güvenilir bir tekniktir. Distal yerleşimli hipospadiaslarda, neoüretranın spongioplasti şeklinde veya fleple üzerinin örtülmesi ve deneyimli cerrahın bu operasyonu yapması başarıyı anlamlı derecede artırmaktadır.

Stent kullanımı, hasta yaşı ve daha önce başarısız kalmış onarım, ameliyat sonucunu istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilememektedir. Modifiye meatoplasti düzenli dilatasyon uygulamasına gerek kalmadan, meatal darlık riskini elimine etmektedir.





**Prof. Dr. Recai Gürbüz**  
S.Ü. Meram Tıp Fakültesi  
A.D. Öğretim Üyesi



**Dr. Murat Rifaioğlu**

## KONYA'DAN HABERLER

**Son geniş katımlı TÜD seçiminde Anadolu'nun bağrından çıkan genç ürologlar-yağız delikanlılar, yeni TÜD Yönetimi ve ekibine tam destek vererek değişimi ve gelişimi arzuladıklarını gösterdiler. Daha önce başlatılan ve bu güne kadar başarıyla yürütülen hizmetin daha da ivme kazanmasını ümit ederek çağdaş ve güncel ürolojik bilimsel gelişmelerin ve uygulamaların bütün Anadolu ve Trakya sathına yayılmasını temenni ediyor ve bunun için çabalarımızı artıracığımızı bildiriyoruz.**

Yüzölçümü bakımından Avrupa'nın birçok ülkesinden geniş bir alana yayılmış olan Konya'mızda yaklaşık üç milyon nüfusa hizmet veren iki tıp fakültesi (biri henüz hizmete girdi), iki adet eğitim ve araştırma hastanesi, on adet devlet hastanesi ve on beş adet özel hastane olmak üzere ve bu hastanelerde elliden fazla ürolog hizmet vermektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında Konya'da mevcut memleket hastanesi denilen hastanede bir hastane ve bu hastanede çalışan sadece iki adet yabancı uyruklu hekimin bulunduğu ileri yaştaki hastalarımızdan ve yakınlarımızdan öğrendiğimiz zaman bu günkü imkanların yetersiz olmakla birlikte ne kadar şükür gerektirdiğini anlıyoruz.

Ürolojide eğitim, koordinasyon, entegrasyon ve kaynaşmayı sağlamak için bölgemizdeki ürologların tamamının bir an önce TÜD ve EUA 'ne üye olmalarını ısrarla teşvik ediyoruz.

Özellikle son yıllardaki tıbbi uygulamalar ile malpraktis ve hasta-hekim uyumsuzlukları ile ilgili bilgi ve önlemlerin alınması aciliyet arz etmektedir. Ürolojide yoğun ve güncel eğitimin hayati önem arz etmesi bölgemizde ürologları temsil eden lokal bir derneğin bir an önce kurulması gerekli kılacaktır.

Bu konu ile ilgili ve diğer konularla ilgili yardım ve desteği TÜD'den alacağımızı ümit ediyor ve Mevlana diyarından, Konya'dan onun engin hoşgörüsü ve evrensel daveti ile birlikte selam ve saygılar sunuyorum.

## OSMANİYE'DE ÜROLOJİ UZMANI OLMAK

**Yirmiyedi Şubat 1978'de Ankara'da doğdum. İlkokulu Hatay İlkokulu'nda orta ve lise eğitimimi Hatay Osman Ötken Anadolu Lisesi'nde ve 1996'da başladığım İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden ise 2002'de mezun oldum.**

2003-2008 arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Üroloji uzmanlığımı aldım. 13 Ocak 2009'da Osmaniye Devlet Hastanesinde Üroloji uzmanı olarak göreve başladım.

24 Ekim 1996'da vilayet olan Osmaniye 450 bin nüfusu ile Akdeniz ve Güneydoğu bölgesi arasında hem karayolu hem de demir yolu ağıyla bir geçiş noktasıdır. İklimi ve bitki örtüsü ile tam bir Akdeniz ili olan Osmaniye'nin en ünlü tarım ürünü yerfıstığıdır.

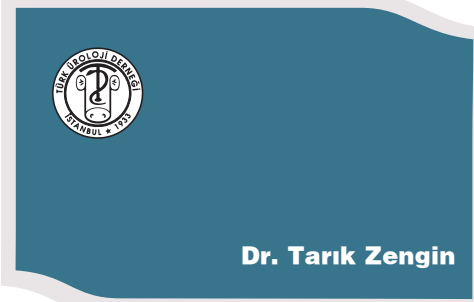
Osmaniye Devlet Hastanesi 2002 yılında faaliyete geçen yeni binası ile 250 yataklı olup 5 Temmuz 2005'ten beri ISO9001:2000 Kalite Belgesi'ne sahip hastanelerimizden biridir. Üroloji servisimiz 25 yataklı olup kliniğimiz %97 başarı ile çalışan ESWL cihazına sahiptir. Aynı zamanda Kanseri Erken Tarama, Teşhis ve Eğitim Merkezi(KETEM) ve 14 yataklı Hemodializ ünitemiz hastanemizde kliniğimize yardımcı olarak bulunmaktadır. Yedinci ayını doldurduğum uzmanlığım da şimdiye kadar 255 vaka yaptım. Taş vakalarının çoğunlukta olduğu Akdeniz ve Güneydoğu bölgesinde en zevkle yaptığım vaka perkütan nefrolitotomilerim oldu, şimdiye kadar 20 tane yaptım. Transrektal prostatektomiler, mesane tümörleri ve üreterorenoskopi gibi endoskopik girişimler dışında TVT ameliyatları orşiopeksiler ve hipospadias onarımları da yaptım. Varikoselektomilerimi 2,5 büyütme loop kullanarak yaptım. Bir hastama da tek parçalı penis protez taktım. Birçok acil vakaya girdim ama 24 Mayıs Pazar günü üç tane ardı ardına penis fraktür onarımı yaptım. Tarihi özellikle belirtiyorum ki bu tarihte Osmaniye'ye uğramayın...

İlk vakalarımın şimdiye kadar öğrendiğim en önemli şey ilk önce hastaya zarar vermeyeceksindi. Beni en çok sevindiren şey ise ameliyat ettiğim hastaların büyük çoğunluğunun memnun ayrılmasıydı. Bunu kendi cerrahi becerim ve bilgim dışında büyük ölçüde beni yetiştiren hocamın ve uzmanlarımın öğretilerindeki hassasiyet ve özverilerine bağlıyorum. Her uzmanın başından geçtiğine inandığım "hoşgeldin vakası" diye bilinen vakamdan bahsetmek istiyorum. 30 yaşında bayan hasta, sağ yan ağrısı ve IVP'sinde sağ böbrek alt polde 3 cm.lik bir taş ile başvurdu. Ben de hasta zayıf olması herhangi komorbiditesinin olmaması ve de böbrek alt pol taşının kolay olacağını düşündüğüm

için onam formumu doldurup ilk Perkütan Nefrolitotomim için hastayı hazırladım. Menstrasyonu yeni biten ve hafif lökoreli olan ama tam idrar tahlili normal olan hastayı opere ettim. Tek girişle hastanın taşını temizledim postop birinci gün malekot re-entriyi klempledim öğleden sonra batın sol alt kadrandan başlayan akşama doğru göbük çevresinde yoğunlaşan akut batın tablosu belirdi. Rebound aldığım hastayı Genel Cerrahi uzmanına danışarak eksplorasyon için açtık. Ameliyatımdan emin olsam da bağırsak veya çevre organ yaralanması beni çok endişelendirmişti. Ameliyat esnasında sol over kist rüptürü tesbit ettik ve gerekli tedavisi sonrası hastayı kapattık. Postop ikinci gün nefrostomisini çektim ve ıslatması olmayan hasta Genel Cerrahi tarafından ikinci operasyonundan altı gün sonra taburcu edildi. Kontroller gelen hastanın taşı kalmamış ve böbrek fonksiyonları normal idi.

Bu vaka bana her nerede her ne uzmanı olursanız olun yapacağınız şeyi hastaya anlatmalı ve kesinlikle onamını almalısınız. Ben Üroloji derneğimizin hazırlamış olduğu onam formlarını kullanıyorum.

Osmaniye Devlet Hastanesi hakkında son bir şey belirtmem gerekirse yeterli teknik alet ve donanımın bulunduğu Türkiye'de sayılı taş merkezlerinden biri olmaya aday bir hastane olduğudur. Umarım Üroloji uzmanlığına başlayan veya başlayacak diğer ürolog arkadaşlarımda bilgi ve becerilerini en üst düzeyde kullanabilecekleri bir merkezde göreve başlarlar. Diğer şekilde maalesef çok büyük bir emek israfı olmuş olur.....



**Dr. Tarık Zengin**



## SIIRT'TE ÜROLOJİ

**Merhaba arkadaşlar ben 1976 Aydın doğumluyum. Aydın'da başlayan eğitimim sonrası Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdim. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Üroloji Kliniği'nde üroloji ihtisasını tamamladım. Bir senedir eşimle birlikte Siirt Devlet Hastanesi'nde çalışmaktayız.**

Uzmanlık sınavının hemen arkasından askerlik görevime başladım. Askerdeyken mecburi hizmet kuramı çektim. Açılan münhal kadroların tamamı Anadolu'nun doğu ve güneydoğusundaki devlet hastaneleri idi. Bize de Siirt ili çıktı. Hayatımda Güneydoğu Anadolu'da bulunmamıştım. Her şeyin bir ilki vardır ama değil mi? İnternette bakınca Diyarbakır'ın 200, Batman'ın 90 km doğusunda 110 bin nüfuslu bir şehir

olduğunu gördüm. Irak'a epey yakındı. En yakın havaalanı Batman'daydı ancak İzmir'den direk uçuş yoktu. Askerliğim süresince mecburi hizmetlerini yapmış ya da yapmakta olan diğer asteğmen arkadaşlardan perifer devlet hastanelerindeki genel ortamı, performans sistemiyle gelen anlamsız puan hesaplarını, bölünmüş aile hikâyelerini dinledim. Her kura döneminde arkadaşlarımla Türkiye'nin doğu ve güneydoğusuna tek tek dağılmalarını takip ettim.

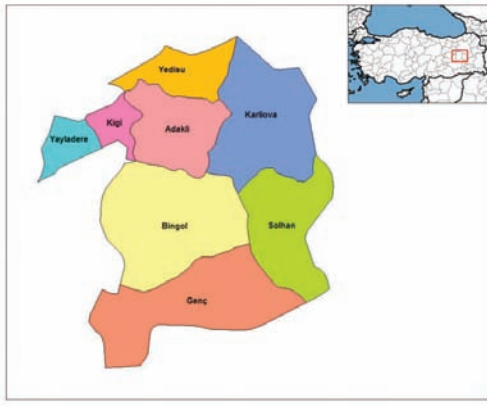
Bir senenin sonunda biraz moral bozukluğu, biraz merak, güvenlikle ilgili kaygılar ve gitmek zorunda olmanın verdiği kızgınlıkla uçakla Batman'a oradan minibüsle Siirt'e ulaştım. Temmuz ayı idi ve daha önce hiç hissetmediğim derece bir sıcak ve toz bulutu beni karşıladı. Neyse ki hastane personeli ve yöneticileri benim gibi sudan çıkmış balık misali karşılarına gelen doktorlara alışıklardı da beni oturtup dinlendirdiler, gülyüz gösterdiler, kırtasiye işlerimi tamamlayıp kalacak yer bile ayarladılar. Hastanede 50 civarında uzman doktor olduğunu öğrendiğimde biraz şaşırdım, ne kadar çoktuk; zaten ben de üçüncü üroloji uzmanıydım. Geçen ay bir kişi daha başladı, dört olduk. Dahası da var şehirde üç tane özel hastane ve hepsinde çalışan birer üroloji uzmanı mevcut! Hastane binası ihtisas yaptığım hastaneyle karşılaştırınca eski, poliklinik oda sayısı yetersiz, yataklı servisler biraz bakımsız ama hemşireler, personel ve hastalar son derece saygılılar.

Siirt Devlet Hastanesinde çalışma ortamı rahat, insanlar gülyüzlü. Diğer ürolog arkadaşlarla uyum içinde çalışıyoruz ancak operasyon sayımızın az olması ve sürekli aynı vakaları yapıyor olmak sıkıcı. Benden önce 2 meslektaşımın mecburi hizmetlerini burada tamamlamış olmaları ve ameliyathane üroloji cerrahi seti, hipospadias seti, üreterorenoskop dâhil endoskopi seti ve kamera sisteminin alınmış olması sanırım şanslı olduğumuz konular. En fazla taş hastalığı takip ve tedavi ediyoruz. İhtisasta sürekli uğraştığımız ürolojik onkolojik cerrahisi ve takibini, androlojiyi gün geçtikçe unutuyoruz.

Burada yaşadığımız en büyük zorluklar dil problemi ve büyük şehirde alıştığımız sosyal hayatın olmaması. Hastalarla ancak bir tercüman vasıtası ile anlaşabiliyorum. Poliklinik yaptığım ilk günü hatırlıyorum da hem hastalar hem ben çok eğlenmiştik; işaret diliyle birbirimizle anlaşmaya çalışıyor, anlamadıkça gülüyorduk. Ne yaptığımız anlamadan gün bitmişti. Bir yılın sonunda Kürtçe konuşmasam da hastaların şikâyetlerini biraz biraz anlayabiliyorum. Sadece hastanede değil dışarıda da benim anlamadığım dillerin konuşulması insana sürekli yabancı olduğunu hatırlatıyor-rahatsız edici- Bir diğer ilginç zorluk poliklinikleri fazlaca meşgul eden özür lülük raporu alıp maaş bağlatmak için uğraşan yüzlerce insanın oradan oraya hergün dolaşması, oturmuş bir sistemin olmaması nedeniyle yapacağın bir ameliyatla ilgili her aşamayı kendin takip etmek zorunda olmak da insanı yoruyor.

İki üroloji uzmanının yeterli olacağı Siirt Devlet Hastanesi'nde dört kişi çalışmak mevcut performans sistemiyle bizleri maddi olarak hayli mağdur ediyor, çalışma motivasyonu bırakmıyor. >>>

Mesai sonrası şehirde yapılabilecek şeyler çok sınırlı diğer doktor arkadaşlarla ya birimizin evinde ya öğretemenevi ya polisevinde toplanıp muhabbet ediyoruz, alkollü bir mekan yok. Açıkcası hayli sıkıcı. Dikkatimi çeken bir ayrıntı Siirt Üniversitesi'nde Eğitim Fakültesi mevcut ama şehirde bir tane bile kitabevi yok. En çok zorlananlar da evli olup eşleri başka şehirlerde olanlar, bölünmüş aileler bence mecburi hizmetin getirdiği en büyük ayıp. Zorunlu hizmet sürem dolmasına üç ay kaldı. Sevinmeli miyim? Bence hayır kimse bize mecburini tamamladın gel senin tayinini yapalım demiyor. Belirsizlik kafalarımızı sürekli meşgul ediyor. Kariyere başvurmak, özel sektöre geçmek, devlette kalıp tayin beklemek görünen seçenekler. Ne yapacağımızı bilmez halde görevimize mecburen devam ediyoruz.



Bazı hastaların Türkçe bilmeyişi sorununu da poliklinik sekreteri ve kapıcısının tercümanlığı ile aştık. Tetkik açısından da zaman zaman sorunlar yaşadık. Zaman zaman bozulan tomografi cihazı, IVP ve DÜSG filmlerinin düşük kalitesi, biokimya kitlerinin çabuk tükenmesi, sintigrafi ve prostat biopsileri için hastaları sevk etmek zorunda kalışım karşılaştığım güçlüklerdi.

Diğer bir endişem ameliyathane çalışma sistemiydi. Sonuçta ameliyatlara bir hemşire ile giriyorduk, asistans sıkıntısı yaşanabilirdi. Ancak personel tecrübeliydi ve büyük bir sıkıntı yaşamadım. Ameliyathane sterilizasyonunu yetersiz buldum. Yetiştığım fakülte ortamındaki titizliği bulamadım. Ancak uyarılar ve yol göstermelerle zamanla daha iyi hale geldi.

En önemli husus fakültede yaptığım ameliyatlara ne kadarını yapabilecektim. Teknik sıkıntılar ve hasta tercihleri dışında koyabildiğim her endikasyonda operasyon yapabildim. Endoürolojik operasyonlar arasında Sistoskopi, Sistolitotripsi, TUR-P, TUR-T, URS, uretrotomi intern; açık operasyonlardan ise pyelolitotomi, anatrofik nefrolitotomi, böbrek kisti eksizyonu, ureterolitotomi, sistolitotomi, açık prostatektomi, üreterolitotomi; çocuk ürolojisinde TIPU, orşiopeksi, hidroselektomi; androlojide ise nesbit prosedürü, mikroskopik varikoselektomi gibi standart ürolojik cerrahi prosedürleri uyguladım.

Göreve başladığımda varikoselektomi makroskopik yöntemle uygulanmaktaydı, mikrocerrahi prosedürü uygulamaya başladım.

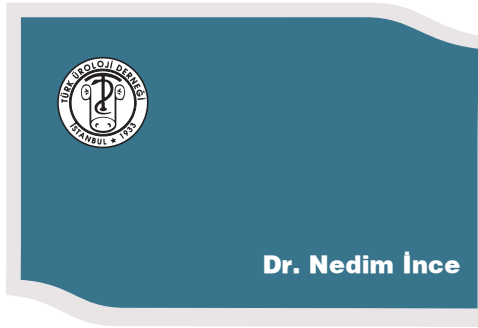
Bir başka yenilik olarak transuretral mikrodalga termoterapi yöntemi de doğu ve güneydoğu anadoluda ilk olarak uygulandı.

Anestezi riski yüksek, yaşlı ve sondalı 2 hasta yöntemle işeyebilir hale geldi. Fakültede öğrendiğim laparoskopik cerrahiye kendi tercihim nedeniyle uygulamadım.

PCNL, penil protez, IVP, pyeloplasti, pubovaginal sling, ureteroneostostomi ve radikal cerrahiler ise uygulamak istediğim ancak endikasyon çıkmaması veya teknik imkansızlıklar nedeniyle henüz yapamadığım operasyonlar arasındadır.

Sonuç olarak mecburi hizmette 1 yılı doldurmuş bulunmaktayım. Mecburi hizmet olmasa bu bölgeye gelebileceğimi düşünmezdim ancak bölge halkının ihtiyaçlarını ve memnuniyetini gördüğümünden hiç pişman olmadım ve tecrübe kazandım.

Doktorlara bölgeyi çekici hale getirmek veya mecburi hizmet sistemiyle doktor sirkülasyonunun devam etmesi gerektiğini düşünüyorum.



Dr. Nedim İnce

## NE KADAR PUAN O KADAR MAAŞ

Bir süre önce gazetelerde bir haber okumuştuk. "Ne kadar ameliyat o kadar maaş" başlıklı haber ile ilgi görüşlerimi dile getirmiştik.

Ne kadar ameliyat o kadar maaş özel bir sağlık kuruluşunda yaşananları anlatıyordu ve sağlıkta ticarileşmenin bir boyutunu gösteriyordu bizlere.

Kamu sağlık kuruluşlarında aslında durum pek farklı değil. Hekimlerin maaşları 1.300-1.600 civarında değişirken ellerine geçen ücretin büyük bir kısmını performans sistemi ile döner sermayeden ödenen paralar oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşlarında uyguladığı performans sistemi karmaşık bir takım hesaplamalara dayansa da sonuçta hekimler bu sisteme göre ürettiği hizmetler karşılığı topladığı puanlara göre döner sermayeden pay almaktadır.

Sağlık hizmetleri puanlanmakta ve en çok puan toplayan hekim döner sermayeden en çok payı almaktadır.

1.300- 1.600 lira civarından maaşı olan hekimlerin o ay eline geçen toplam parayı performans sisteminde topladığı puanlar belirlemektedir.

Kazanılan aylık gelirin asıl kısmını puanlar karşılığı alınan döner sermaye ödemesi oluşturduğundan; bu sistemde puan toplamak önem kazanmaktadır. Bunun sonucu hekim ürettiği hizmet yanında ve en az onun kadar bu hizmeti verirken ondan aldığı puana da odaklanmaktadır.

Bu odaklanma ister istemez hasta ile hekim arasında dolaylı bir parasal ilişkinin doğmasına neden olmaktadır: Ne kadar puan o kadar döner sermayeden alınan para...

Performans sistemi üretilen sağlık hizmetinin kazandırdığı puana odaklanmaya neden olur ve hasta-hekim arasında dolaylı bir parasal ilişkiye yol açarken başka sorunlara da davetiye çıkarabilmektedir.

Sağlık hizmeti buzdolabı satmak, daha fazla kumaş üretmek, daha fazla yolcu taşımak vb gibi... tanımlanmış ve ölçülebilir hizmetler değildir. Bu özellik sağlık hizmetlerini puanladır iken üzerinde tam bir anlaşma sağlanacak sonucun doğmasını engellemektedir.

Performans sisteminde hekimler döner sermayeden topladıkları puan oranında pay alırken, sağlık ekibinin diğer üyelerine ödenen paylar sürekli tartışma konusu yaratabilmekte ve hekim ile sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında gerilimlere yol açabilmektedir. Bu da ister istemez sağlık hizmetinin üretilmesini etkileyebilmektedir.

Verilen sağlık hizmetleri aynı zaman da puan ve de puan karşılığı para demek olduğundan niteliğinden çok niceliği ön plana çıkmaktadır: Ne kadar çok sağlık hizmeti o kadar çok puan ve de para...

Hekimlerin topladıkları puan sadece kendilerine bağlı değildir. Çalıştıkları kurumun ürettiği sağlık hizmeti, uzmanlık alanları arasında farklılaşan sağlık hizmetleri, hekimler arasında farklılaşan tedavi tercihleri, sağlık kuruluşundaki hekim sayısı, aynı uzmanlık dalındaki hekim sayısı vb... birçok etken hekimlerin performans sisteminde topladıkları puanı ve dolayısıyla aldıkları ücreti etkilemektedir.

Hekimler arasında kendi kontrolleri dışındaki koşullardan dolayı aylık gelirlerinde çok büyük farklılıklar oluşmaktadır: Aynı sağlık kuruluşunda çalışan hekimler arasında olduğu gibi bu farklar, aynı sağlık kuruluşunda ve aynı uzmanlık dalında çalışanlar arasında da görülebilmektedir.

Mesleğini yaşama geçirirken gerek meslek gurubu içinde gerekse aynı sağlık kuruluşundaki çalışma arkadaşları arasında yaşanan çok farklı aylık gelirler ister istemez mutsuzluklara yol açmaktadır. Mutsuz hekimin işine ne kadar yoğunlaşacağını da kestirmek güçleşmektedir.

Hekimlerin aldıkları aylık gelir sadece meslektaşları arasında farklılık göstermemektedir, aynı zamanda aydan aya kendi gelirinde de ciddi farklılıklar olabilmekte ve bu da gelirden belirsizliğe yol açmaktadır. Belirsizliğin bulunduğu her ortamda ise gerginliğin yaşandığını, bunun da hata olasılığını arttırdığını genel psikoloji bilgilerimizden biliyoruz.

İnsanların emekleri karşılığında edindikleri gelir ciddi bir isteklendirme kaynağıdır. Bu temel gerçekten yola çıkan performans sistemleri hizmet sektörlerinin birçokunda uygulanmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır.

Performans sisteminin sağlık hizmetlerinde de aynı olumlu sonucu vereceği varsayımıyla yola çıkıldığını düşünebiliriz. Ama görünen o ki gerek sağlık hizmetlerinin özel yapısı, gerekse uygulanan performans sisteminin teknik özellikleri nedeniyle sağlıkta performans sisteminin arzulandığı kadar iyi sonuç alınamamaktadır.



Dr. H. Murat Tezer

## MECBURİ HİZMETTE BİNGÖL

Temmuz 2008 tarihinden itibaren Bingöl devlet hastanesinde üroloji uzmanı olarak görev yapmaktayım. İstanbul'dan mezun Üroloji İhtisasını tamamladıktan sonra mecburi hizmette görev yapma gerekliliği doğdu.

Mecburi hizmetin tercih şansını verdiği illeri araştırmaya başladım ve birkaç il arasında kararsız kaldım. Benim için çalışacağım yer, işimi yapmam için imkanları yeterli olan ve kendimi geliştirebileceğim bir şehir olmalıydı. Bingöl'de hasta potansiyelinin fazla oluşu, ameliyathane imkanlarının yeterli oluşu ve fazla ürolog olmayışı tercihlerim arasına almama sebep oldu.

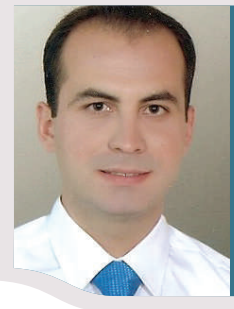
İlk endişelerim ise fakültede alıştığım çalışma tarzını bulamayacağım ve bütün sorunları kendi imkanlarımla çözecek olmamdı. İlk izlenimlerim hasta sayısının çok fazla olmasıydı.

Hasta sınırı koymadığımda 150'ye varan sayı, sınır koyduktan sonra 80-90 'ı buldu. Daha fazla azaltma imkanında olmadı, çünkü 2 ürolog poliklinik hizmeti veriyorduk, başvuran hasta sayısı da çok fazlaydı. Hastaların çoğu da uzak ilçe ve köylerden gelmekteydi ve geri çeviremiyorduk.

Hasta çokluğunun sebepleri arasında bölge halkının kısa süre önceye kadar doktor sıkıntısı yaşaması, bölgede çok fazla ürolitiazis ve böbrek yetmezliği hastasının oluşu geliyordu. Gelen hastaların büyük kısmı yan ağrısı ile başvuruyordu. Yan ağrısı şikayeti olan, böbrek taşı fobisi nedeniyle önce üroloğa başvuruyordu.

Ancak değerlendirme sonrasında bunların en az yarısının fizik tedavi hastası olduğu anlaşılıyordu. Sonuçta hasta sayısı fazlaydı ve hizmet kalitesini düşürdü. Çok hasta bakmakla teşhis atlama endişem vardı ancak bugüne kadar teşhis ve tedavi açısından sıkıntı yaşamadım. Poliklinik sekreterliği daha önce alışık olmadığım ancak iş yükünü hafifleten bir sistemdi.

## ASİSTAN GÖZÜYLE "TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ KONUK ÖĞRETİM ÜYESİ PROJESİ": PROF. DR. İSMET YAVAŞOĞLU ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİNİ ZİYARETİ



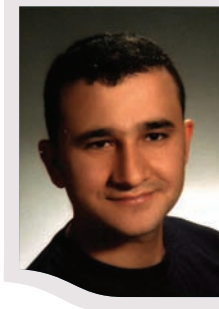
**Dr. Kazım  
Veysel  
Adana  
Numune**  
Eğ. ve Ara.  
Has. Üroloji  
Kliniği

10 gün öncesinden klinik şefimiz Doç. Dr. Ali Ayyıldız tarafından kliniğimizde 10 Temmuz 2009 Cuma günü Türk Üroloji Derneği'nin organize ettiği "Konuk Öğretim Üyesi" kapsamında bir organizasyon olacağını duyduğum zaman hem birçok güçlüklerin bizi beklediğini düşündüm hem de kliniğimizde yapılacağı için oldukça gururlandım.

Organizasyon öncesi hazırlıklar zevkli, heyecanlı ve yorucu idi. Klinik şefimiz ile her akşam hastaneden çıkmadan önce ziyaretler haricinde toplantılar yaptık. Organizasyon olacağı belirlenince her akşam toplantı saatinde, hem bu organizasyonla hem de hastamız ve hastamıza uygulanacak olan laparoskopik sistoprostatektomi ile ilgili hazırlıklarda hiçbir aksaklığın olmaması için en ince ayrıntısına kadar değerlendirme yaptık. 5 gün öncesinde Adana'ya organizasyonun alt yapısını hazırlayan yetkililer geldi.

Yetkililer ile beraber hastanenin ameliyathanesi, toplantı salonu ve organizasyonda rol alabilecek diğer yetkililer ile görüştük. Sıcak Adana havasında koşuşturduktan sonra kısa bir Adana gezintisi sonrası misafirlerimizi uğurladık. Eksikler bitmeyecek gibi geliyordu ve her an yeni bir eksik çıkıyordu. 10 günlük sıkı bir çalışmanın ardından sorunsuz bir organizasyon için tüm hazırlıklarımızı tamamladık. Beklediğimiz gün geldiğinde heyecanım oldukça fazla idi. Konuk öğretim üyesi Prof. Dr. İsmet Yavaşoğlu ile ameliyathanede tanıştım. Hocam Doç. Dr. Ali Ayyıldız tarafından bana ameliyatta bulunma görevi verildi. Doç. Dr. Ali Ayyıldız tarafından açılış konuşması ve vaka sunumu sonrasında operasyona başlandı. Yaklaşık 2 saatlik laparoskopik sistoprostatektomi sonrası Prof. Dr. İsmet Yavaşoğlu ameliyattan toplantı salonuna gitmek üzere ayrıldı ve ameliyatın ikinci kısmı olan ileal loop kısmına geçildi.

Dr. Yakup Kordan ve Dr. Sadullah Gasanov ile benim için farklı bir deneyim olan ameliyatın ikinci kısmına girdim. Toplantıya gelen konuklar ile hocalarımız öğle yemeğini Adana'nın Seyhan Baraj Gölü manzarasında leziz adana kebabını yediklerini tahmin ederken bizler ileal loopu bitirmeye çalışıyorduk. Saat 16:00 sıralarında operasyon çok güzel bir şekilde komplikasyonsuz olarak sonuçlandı ve konuklarımız havaalanına gitmek üzere hastaneden ayrıldı. Bizlerde bu organizasyonun sorunsuz ve güzel bir şekilde sonuçlanmasının mutluluğu ile derin bir nefes aldık. Yapılan organizasyonun hastanemizde ve internet üzerinden diğer kliniklerde izlenme olanağı sağlayan organizasyon yetkililerine, ayrıca bu organizasyonu kliniğimizde gerçekleştirme fırsatı verdiği için ve deneyimlerimize katkı sağladığı için Türk Üroloji Derneğine teşekkür ediyorum.



**Dr. Ergun Alma  
Adana  
Numune**  
Eğ. ve Ara.  
Has. Üroloji  
Kliniği

Operasyon sabahı hastanemize bağlı Seyhan uygulama merkezinde klinik şefimiz Doç. Dr. Ali AYYILDIZ tarafından gelen misafirleri karşılama görevi bana verildi.

Toplantı salonu girişinde dış merkezlerden gelen misafirler ve kendi kliniğimizden gelen katılımcılara ikram servisi sonrası salona geçildi. Hocamızın açılış konuşmasını takiben ameliyathane ile bağlantı sağlandı ve İsmet hocamız tarafından ameliyatın hazırlıkları ve gidişatı anlatıldı.

Sorunsuz bir şekilde radikal sistoprostatektomi operasyonu gerçekleştirildi.

Daha sonra İsmet hocam ameliyathaneden konferans salonuna geldi. Yine klinik şefimiz tarafından tüm katılımcılar ile tanıştırıldı.

İsmet YAVAŞÇAOĞLU'nun ne kadar mütevazı ve değerli bir insan olduğunu buradaki tavırlarından anlamak mümkündü. Daha sonra tüm katılımcılar ile beraber öğlen yemeği için belirlenmiş olan restoranta geçildi. Burada İsmet hocamıza ve katılımcılara enfes bir adana kebabı ikram edildi.

Yemek esnasında hem ameliyat hakkında konuşuldu hem de İsmet hocam ve Ali hocamın daha önce beraber geçirdikleri asistanlık dönemleri ile ilgili hatıralarından bahsedildi. Burada İsmet hocama günün anlamını belirten plaket klinik şefimiz tarafından takdim edildi. Yemek sonrası hastaneye dönüldü.

Operasyonunda devam etmesi üzerine İsmet hocamızı ve katılımcıları Seyhan baraj gölü çevresinde ve Çukurova Üniversitesi kampüsü içerisinde bir gezintiye çıkardık. İsmet hocam gerçekten bu gezintiden çok hoşnut kaldığını defalarca bizlere ilettili.

Kendisine üniversite kampüsündeki kayıkhanede çay ikramında bulunurken sohbet arasında hocamızın eşsiz balıkçılık deneyimlerini dinleme imkanı da bulduk.

Sonrasında hastaneye döndük ve ameliyat ekibinin de çıkması ile kendileriyle vedalaştık ve otellerine uğurladık.

Gerek radikal sistoprostatektominin laparoskopik yapılışını izlemek gerekse Prof. Dr. İsmet YAVAŞÇAOĞLU gibi çok değerli bir hocamız ile tanışarak çok güzel bir gün geçirmemizi sağlayan Türk Üroloji Derneğine de ayrıca teşekkürlerimi sunarım.



**Doç.Dr.Ahmet Öztürk Selçuk**  
Üniversitesi  
Meram Tıp  
Fakültesi  
Üroloji Anabilim  
Dalı Başkanı

**Zannedirim pek çoğumuz "Elveda Rumeli" dizisini biraz keyifle ama daha çok içimiz burkularak izlemekteyiz. Bu tarihi dizi film "93 harbi"nin doğu cephesini anlatan "Başımıza Gelenler" ile özellikle batı cephesini anlatan "Zağra Müftüsünün Anıları" adlı kitapları hatırlatmakta. Her iki kitapta birer hatırat özelliğinde olup, romanlaştırılmış birer tarihi belgesel niteliğinde.**

Asırlar süren Osmanlı İmparatorluğu hakimiyetinden sonra buralarda yaşananlar bugün bile "içimizi acıtmakta". Amerika destekli İngilizler, Bulgarlar, Yunanlılar ve Doğu'da da Ruslar 628 yıllık hakimiyeti azınlıklara haklar verin, Bulgarlara özerklik tanıyın, biz Osmanlı'nın dağılmasını istemiyoruz ama Osmanlı da insan haklarına özen gösterebilir gibi arka kesilmeyen güya "insani(?) ve haklı(?)" taleplerle koca imparatorluk bir köşeye kıştırılmış, aynı zamanda o dönem yöneticilerinin marifetleriyle dış borç batağına düşürülmüş, saray mutfağının giderleri ve hanedan ailesinin özel giderleri bile karşılanamaz hale getirilmiş, Duyun-

u Umumiye ilan edilerek Osmanlı Jandarmasının koruması altındaki İngiliz ve Fransızlar adına vergi toplayan ermeni memurlar marifetiyle çatışmalar çıkarılmış ve bazı kaynaklarca Osmanlı Jandarmaları ile Türk köylüleri arasında çıkan bu çatışmalarda 200.000 Türk köylüsü katledilmiş ve bu olaylara o dönemin hükümeti kayıtsız kalmış.

Aynı dönemde Yunan ve Bulgar çetelerinin batıda, Ermeni çetelerinin de doğuda yaptıkları ardi arkası kesilmeyen Türk katliamları köy yakıp yıkmaları sonunda Osmanlı buralarda tutunamaz hale getirilmiş.

Bu arada dirayetli Osmanlı paşaları kalmadığı için tecrübesiz, korkak ve gelecek kaygısı olan kişiler paşa olarak ordulara atanmışlar.

Sonuçta Batı Trakya elimizden çıkmış, İzmir Yunanlılar tarafından, İstanbul İngilizler tarafından, Güneydoğu Fransızlar tarafından, güney illerimizde İtalyanlar tarafından işgal edilmiş. Ordumuzun silahları elinden alınmış, limanlarımız işgal edilmiş ve gümrüklere el konulmuş. Sevr'de atılan imzalarla da bu uygulamalar onaylanmış.

Bunları zaten hepimiz ya da pek çoğumuz biliyoruz diyebilirsiniz. Ben aranızdan biri olarak 19. asırda oluşan bu şablonu alıyor ve 21. asıra koyuyorum. Benim gördüğüm manzara korkunç! Ürkütücü! Şartları ve



zemini aynı ülkeler olgunlaştırıyor, içerdeki hükümet olayların farkında bile değil, insan hakları ve demokrasi hülyasına dal(dırıl)mış. Uyanacakları yok. Bu şartlar altında akibetimizde aynı olacağı kaçınılmaz, ama tek farkla. O dönemde sığınacağımız Anadolumuz vardı, bizi kabul etti, bağrına bastı. Bu gün ise Anadoludan kovulurken Asyamız bizi içi kan ağlayacak ama alamayacak.

Eğer bizler de aynı hülyalara kapılırsak binlerce yıllık haçlı rüyası gerçekleşecek ve bu topraklar da bizlerin binlerce yıllık hakimiyeti tarihin derinliklerinde tatlı bir anı olarak kalacaktır.

N'olur uyanalım artık!..



1955 Ankara-Güdül doğumluyum. İlk ve orta tahsilimi Ankara'da yaptıktan sonra 1974 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladım. 1982 mezunu olup, mecburi hizmet ve askerlikten sonra 1986 yılında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında ihtisasa başladım.

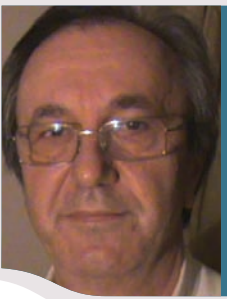
1990 yılında uzman olduktan sonra 1995 yılına kadar Ankara Acil Yardım ve Trafik Hastanesi'nde Üroloji uzmanı olarak görev yaptım. Aynı yıl Süleyman Demirel Üniversitesine yardımcı doçent olarak atandım.

1999 yılında Fransa Marsilya'da 3 ay Renal Transplantasyon konusunda çalıştım, yurda dönüşümde Konya Selçuk Üniversitesine geçtim. Zorlu bir doçentlik macerasından sonra 2005 Kasımında doçent ünvanını aldım. Halen aynı fakültede görev yapmaktayım.

2005-2007 yıllarında Konya Tabip Odası yönetiminde görev aldım. Türk Üroloji Derneği, Avrupa Üroloji Derneği, Endoüroloji Derneği üyesiyim. Ayrıca Konya Türk Ocağı Yönetim kurulu üyeliği ve Türk Eğitim - Sen Üniversite Şube başkanlığını yürütüyorum. İyi düzeyde Fransızca bilirim. Evli ve iki kız çocuğu babasıyım.

## EN İYİ BİLDİĞİN İŞ

DR. BAYHAN USTA



**Dr.Bayhan Usta**  
Üroloji uzmanı

**Hemen hemen tüm insanlar yaptıkları işten memnun değil. Başkasının yaptığı işin daha kolay, daha verimli olduğunu düşünürler.**

Ben de bu tip insanlardan birisiyim. Lise yerine Maliye Meslek Lisesini bitirip vergi memuru olarak görev yapmaya başladım. Ayrıca muhasebe bürom vardı. Kazancım günün şartlarına göre çok iyi idi. Ancak bana yetmiyordu. Mutlaka üniversite bitirmeli idim. Lise fark derslerine girip lise diplomasını aldım. Sıra üniversite seçmeye gelince, mesleğimle hiç alakası olmayan Tıbbiyeyi seçtim. Sebebi ise, hekimlere herkes saygı duyuyor, iki tık tık, bir şık şık ile çok para kazanıyolardı. Daha doğrusu, ögle söyleniyordu.

On yılımı harcıyıp üroloji uzmanı olup, TUR ameliyatı için tabureye oturduğum zaman gerçeği ve eski mesleğimin değerini anlamıştım. Ama artık çok geçti. Allah, rızkımı kazanmak için tertemiz masa başını nasip etmişti, ancak ben değerini bilemeyip, jinekolojik pozisyonda yatan hastanın iki bacağı arasında ekme parası kazanmayı tercih etmişim.

O da yetmiyormuş gibi, otuz bir yılın sonunda, ahlaki değeri sifıra yakın insanlar

tarafından, halkın gözünde soyguncu, sahtekar meslek gurubu insan pozisyonuna düşürüldüm. Yerlerde sürüklenen hekimliğin bir parçası haline geldim.

Karar vermiştim, başka bir iş yapmalıydım. Daha temiz, daha az mesuliyetli, daha kazançlı olmalıydı. Yüklü sermaye de gerektirmemeliydi.

Bu nedenle iyi bir gözlemci olmuştum. Objelere sadece bakmıyor, onu görüyor ve inceliyordum. Kafamda ürettiğim sanal projelerin yıllar sonra birileri tarafından keşfedilip, üretilerek, büyük maddi ve manevi kazançlar sağladıklarını duydukça, kendime çok kıızıyordum.

Soğuk bir kış günü kömür sobası yakmaya çalıştım ancak, evi ve siteyi dumana boğunca, bu işin bir kolay yolu olmalıydı diye düşünmeğe başladım.

Sonunda, kafamda sorunu çözmüştüm. Tasarladığım ürün harikaydı. Kömür sobaları bu ürün sayesinde üstten tekniğine uygun yakılacaktı, zehirlenmeler en aza inecek, evler ve siteler dumana maruz kalmayacaktı.

Bunun yanında, Türkiye'de ilk üreten ben olduğum için kazancı bol olacak, kurulum için fazla sermaye gerekmeyecekti.

Bu düşünceler içinde iki yıl deneme üretimleri yaptım. Mesai saatinden sonraki vaktimi ve tatil günlerimi, kiraladığım tavuk kümesinden bozma bir binada geçirmeğe başladım. Amacına uygun ürünü üretmeyi başardım. İsim ve tasarım patentini aldım. SOBYAK adıyla bazı büyük mağazaların ve kömürçülerin vitrinine koymayı başardım.

Fakat bu işle uğraşırken, kime rastlasam 'Doktor bey, bu iş senin neyine, uğraşma bu işlerle' diyordu.

Ben bu sözlere çok bozuluyordum. İçimden 'beceriksiz insanlar' diyordum. Kafamda hala yeni projeler var....?

Zaman geçtikçe, üretim artıyor, zararım büyüyordu. Pazarlamayı bilmiyordum. Sattığım yerler paramı ödemiyor, kömürçüler, kar marjı çok yüksek olan odun parçalarını satmayı tercih ediyordu. Ürün güzeldi, kömür sobaların da ve şömineler de tutuşturucu olarak mükemmeldi.

Ancak üç rakibimle baş edemiyordum. Birincisi, mesleğim. İkincisi, pazarlamayı bilmemem. Üçüncüsü, maliye. Parasını alamadığım halde fatura kestim, maliyeye vergi ödedim.

Üç yıl sonra yüklü bir zararla iş yerini kapattım. Ancak maliye ile başım derde girmesin diye kar bildirip vergi ödedim. Ama, yine de kapattıktan üç yıl sonra geçmişe dönük usulsüzlük bulup ceza ödettiler.

Sonuç olarak, en iyi iş, bildiğin iş, en kısa yol, bildiğin yolmuş.





**YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA SOFİKERİM**  
ERCİYES ÜNV. TIP FAKÜLTESİ  
ÜRO. ANABİLİM DALI

## Değerli hocalarım ve meslektaşlarım,

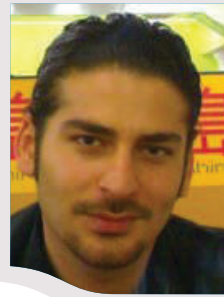
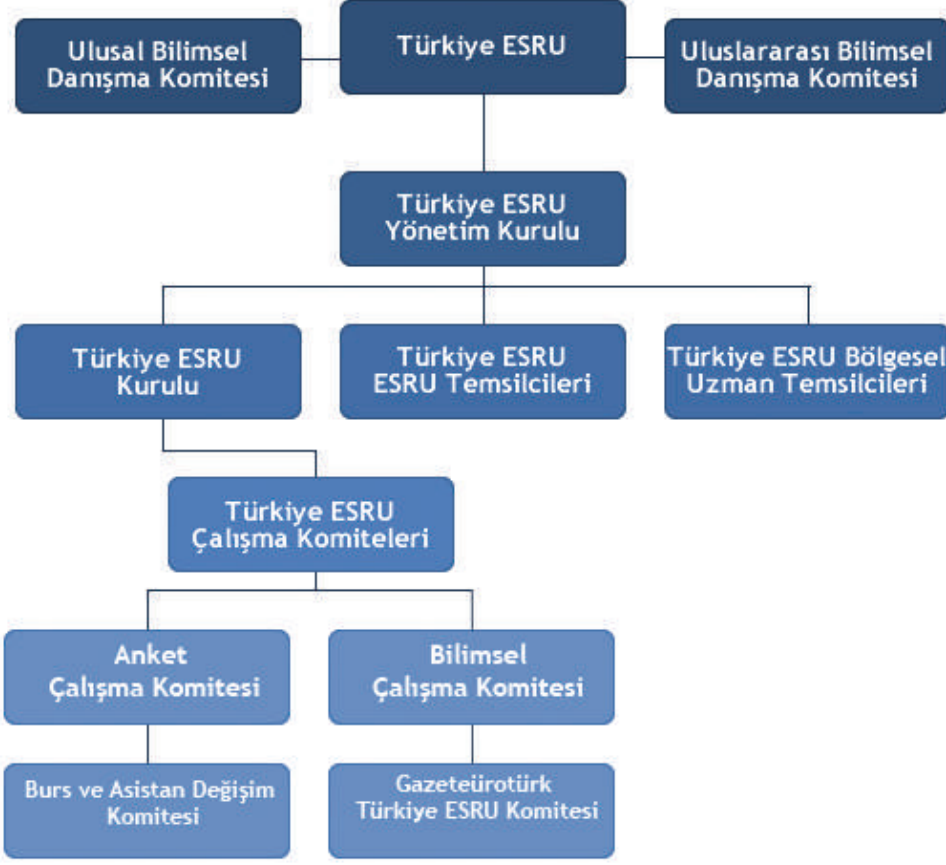
Gazete Ürotürk' ün dördüncü sayısında Türkiye ESRU köşesiyle sizlerle tekrar buluşmanın heyecanı içindeyiz.

Bildiginiz gibi son 1,5 yılda Türk Üroloji Asistanlığında daha önce hiç görülmemiş bir birlik ve beraberlik ortamı oluşturmak amacıyla çalışmalarına başlayan Türkiye ESRU, bugün 70 klinik asistan temsilcisi ve yaklaşık 600 üyesi ile büyük organize bir birlik haline gelmiştir. Demokratik ve Akademik Liyakat gibi temel değerleri ön planda tutan birliğimizin çalışmaları yoğun bir hızla devam etmektedir.

Bunun bir örneği 24 Ocak 2010' da yapılacak olan Türkiye'de (belki de Dünyada) ilk olacak "Türkiye ESRU Summit 2010: Residents and Young Urologist" kongremizdir. Yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için 24 Ekim 2009 Saat 9.30 da Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Yeni Toplantı Salonu'nda 2.Olagan Genel Kurulumuz gerçekleştirilecektir.

Bu sayıda; sırasıyla Dr Ergun ALMA, Dr Raşit ALTINTAŞ ve Dr Adem ALTINKUL Türkiye ESRU ile ilgili 'asistan gözüyle' yorumlarını bizlerle paylaştılar. Son olarak Dr Güven TIDİM düzenlenen kurs ve toplantılara asistanların bakış açılarını bize aktardı. Türkiye ESRU köşesinde bizimle paylaşmak istediğiniz yazılarınızı ve yorumlarınızı bekliyoruz.

Bir sonraki sayıda görüşmek dileğiyle.



**Dr. Güven Tidim**  
Taksim Eğit. ve Araş. Hast.  
Üroloji 1 Kliniği

## KURS İZLENİMLERİ

**Bilimsel toplantılar bir amaca ulaşmak için kullanılan araçlardır ve herkes için birtakım yararı olduğu bir gerçek. Ancak her kesim için ayrı bir önemi vardır. Bir grup insan bir amaç için bir araya geldiğinde, birlikte nasıl çalışılması gerektiğini öğrenmeli ve uyumlu bir grup olmak için hazırlanmalı, tartışma, norm belirleme ve uygulama aşamalarından geçmelidir.**

Rahat bir ortam sağlamak, herkesin konu üzerinde yoğunlaşmasını kolaylaştırır. Ayrıca gündem başlıklarını, zaman dilimlerine bölerek ele almak, toplantının genel yapısını oluşturan bir parçanın mevcut olduğunu gösterir. Toplantılarda herkese söz hakkı verilmeli ve özellikle yöneticilerin beyin fırtınası tekniği ile interaktif tartışmaları yönetmesi gerekmektedir." İnsan hayatı, bir deneyimler toplamıdır." sözü burada çok önem arz etmektedir.

Paylaşılan deneyimler muhakkak ki bir gün önümüze çıkacak ve bizi bir adım öne götürecektir. Toplantının içeriğinin kayda geçirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Toplantının başarıyla sonuca ulaşması için uzlaşma sağlanmalı ve herkesin ne yapacağından emin olunmalıdır. Bu durum ayrıca toplantıda üzerinde anlaşılan konuların hayata geçirilmesi sürecine de olumlu katkı yapacaktır. Sonuçların geri bildirimini ise mutlaka katılımcılara süreç içerisinde duyurulmalıdır.

Asistanlar için bilimsel toplantılar, eğitimin bir parçası olmaya başlamıştır. Bizlere sunulan olanaklar dahilinde artık EAU'da yapılan ESRU kursları veya birçok kongrede yapılmaya başlanan hands-on-training imkanlarını bunlara örnek gösterebiliriz.

Bunun dışında toplantılar sadece bir eğitim veya bilimsel yeniliklerin takip edilmesini sağlamakla sınırlı değildir. Asistanlık sürecinde üroloji camiasıyla başlayan sosyal ilişkiler muhakkak ki kişinin gelecekteki profesyonel yaşantısında öne çıkacak ve yararlı olacaktır.

Size aktif katıldığım Ankara GATA' da düzenlenen 5. Ürolojik Laparoskopi kursundan deneyimlerimi anlatmak istiyorum. 3 gün süren bu kursa katılmak öncelikle benim için çok yararlı oldu. Kitaplarda adlarını gördüğümüz hocalarımızın konuyla ilgili deneyimlerini paylaşmak, onlarla tartışmak ve onlarla aynı ortamda bulunmak gerçekten keyif vericiydi.



Laparoskopinin duayenlerinden olan tüm dünyanın tanıdığı Dr. Claude ABBOU'nun yaptığı ameliyatı canlı olarak izlemek belki de bir daha asla göremeyeceğim bir deneyim oldu benim için.

Klinik bilginin yanında pratik bilginde verildiği bu ortamda önce training boxlarda pratik yapıp sonrasında domuzlar üzerinde laparoskopik nefrektomi yapmak, tüm katılımcıların kurstan mutlu ayrılmasına neden oldu. Kliniğime döndüğümde kazandığım deneyimleri az da olsa uygulama fırsatı bulmak bir asistan olarak mutluluğuma mutluluk kattı.

Asistan arkadaşlarımda bu gibi toplantı, kurs ve bilimsel kongrelere ilgi ve katılımlarının artması ve değerli hocalarımız eğitimimiz için gösterdikleri gayretlerden dolayı teşekkür ederim.



**Dr. Ergün Alma**  
Adana Numune  
Eğ. ve Araş.  
Hastanesi

## TÜRKİYE ESRU

**20. Ulusal Üroloji Kongresinde Türkiye ESRU ile tanıştık. Daha önceden Türk Üroloji Derneği vasıtası ile Türkiye ESRU' nun kuruluş aşamalarından haberimiz olmasına rağmen Türkiye ESRU' nun asistanlar ve yeni uzmanlar için anlamı kuruluş aşamaları gerçekleştikten sonra oldu.**

Türkiye ESRU yönetim kurulu oluşturulduktan sonra ülke içinde birçok merkezde gerek kendi imkanları gerekse Türk Üroloji Derneği ile ortak olarak birçok toplantı gerçekleştirildi.

Bu toplantılar hem asistanlar için hocalar ile buluşma fırsatı oldu hemde yeni uzmanlar için bilgilerini güncellemek açısından faydalı oldu.

Ayrıca kurulan yahoo grubu sayesinde bilgilendirmenin hızla yapılması ve Türkiye' deki tüm üyelerin birbirleri ile bağlantı kurma şansı gerçekleşti.

Bu anlamda Türkiye ESRU yetişmekte olan genç ürologlar için son derece önemli bir konuma geldi. EAU junior üyeliğinin sağlanması da yine ESRU' nun diğer önemli bir başarısıdır.

Önümüzdeki yıllar içerisinde Türkiye ESRU' nun artan bilgi ve deneyimi ile çok daha faydalı ve başarılı adımlar ile ilerleyeceğinden artık kimsenin şüphesi kalmamıştır.

Bu vesile ile Türkiye ESRU yönetim kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

## TÜRKİYE ESRU

### Başkan

Emre Huri

### 2.Başkan

Murat Binbay

### Sekreter

Cenk Acar

### Sayman

Sinharip Çitkes

### Veri Tabanı Koordinatörü

Ali Ersin Zümrütbaş

### Proje Koordinatörü

Mustafa Sofikerim

### İnternet Koordinatörü

Ömer Acar



# ÜROLOJİ KLİNİKLERİNİ TANIYALIM



\* Dr. Raşit Altıntaş  
Ege Üni. Tıp Fakültesi Üroloji AD  
\* Dr. Adem ALTUNKOL  
Harran Üni. Tıp Fak. Üroloji AD

## TÜRKİYE ESRU'NUN ÜROLOJİ GELECEĞİ İÇİN ÖNEMİ

**Bilindiği üzere ülkemizdeki teknolojik gelişmeler çağa hızla ayak uydurmakta olup bu gelişmeler yakın bir zamanda hız kazanmıştır.**

Gelişen teknolojiye paralel olarak biz üroloji asistanlarının da kendini geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmamız kaçınılmaz bir gerçeklik kazanmıştır. İşte tam bu noktada kuruluşumuz olan ESRU'nun teknolojik gelişmelere ulaşma ve ulaşılan bu bilgileri hızla ilgili kişilere ulaştırma bakımından önemi büyüktür. Ayrıca bilimsel çalışmaların yanı sıra asistanlar arası iletişimi güçlendirdiği de yadsınamaz bir gerçektir.

Kurulduğu günden bu yana Türk Üroloji Derneği çatısı altında faaliyet gösteren fakat bağımsız kararlar alabilen kurumsal bir yapıya sahip olması nedeniyle yurt çapında aktif ve kapsamlı çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Türkiye ESRU, ülkemize ait asistan veritabanının oluşturulmasını ve bunun TÜD ve ESRU ile paylaşılmasını amaç edinmiştir. Yakın gelecekte de bilimsel çalışmalarda hastaneler arası asistan iletişiminin ve çalışmalarının temelleri artık asistanlık eğitimi döneminde başlayacak ve bu uyum meyvelerini Türk Ürolojisinin başarılarında artış olarak kendisini gösterecektir.

Buna bağlı olarak ülkeler arasındaki üroloji asistan ve uzman değişim programlarına destek veren Türkiye ESRU ülke genelinde düzenlediği bölgesel toplantılarla üroloji eğitimini güncellemiştir. Ayrıca üyelerine finansal açıdan kolaylıklar sağlayarak katılımı artırmıştır. Kurulduğu dönemlerde fazla rağbet görmemesine karşın yaptığı başarılı aktivitelerle kısa sürede genç ürologların ilgisini çekmiş ve üroloji gündemine oturmuştur.

Türkiye ESRU yurt çapında bölgesel olarak eşit dağılım yaparak özellikle Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerindeki ürologların yapılan faaliyetleri takip edebilmesi ve aktif olarak katılabilmesini sağlayarak gelecekteki önemini gözler önüne sermiştir. Türkiye ESRU'nun faaliyetlerinin veriminin artırılması ve herkese ulaşabilmesi için klinik asistan temsilcilerinin aktif katılımı şarttır.

Yakın gelecekte de bilimsel çalışmalarda hastaneler arası asistan iletişiminin ve çalışmalarının temelleri artık asistanlık eğitimi döneminde başlayacak ve bu uyum meyvelerini Türk Ürolojisinin başarılarında artış olarak kendisini gösterecektir.



Prof. Dr. Hakkı Perk  
Doç. Dr. Abdullah Armağan  
Dr. Osman Ergün

## SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

**Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve uygulama hastanesi Üroloji Anabilim Dalı 1994 yılında kurulmuş ve 2001 yılında üniversite kampüsünde yeni yapılan 500 yataklı modern hastanesine taşınmıştır.**

1994 yılında 2 öğretim Üyesi, 1 tıpta uzmanlık öğrencisi ve 6 yatak kapasitesi ile başlayan hizmet ve eğitim serüveni şu anda 2 profesör, 2 doçent olmak üzere 4 öğretim üyesi, 8 tıpta uzmanlık öğrencisi ve 18 yatak kapasitesi ile devam etmektedir.

Anabilim Dalımıza ait Androloji laboratuvarı, endoskopi ve ürodinami ünitesi ve ultrasonografi birimi mevcuttur. Androloji laboratuvarımız yüksek standartlarda tertiplenmiş olup hastalara görsel seksüel uyarı yapılabilen, işlem sonrası yıkanabilecekleri duş imkanı sağlanmakta, tamamen izole bir ortamda eşli veya eşsiz numune verebilme olanağı sağlanmaktadır. İnseminasyon veya IVF için her türlü sperm parametreleri çalışılabilmektedir.

Ayrıca azospermik hastalarda sperm elde edebilmek için mikro TESE işlemi yapılabilen ve bulunan spermelere gerektiğinde ilerde kullanılmak için dondurma işlemi yapılabilen bir dondurma ünitesi mevcuttur. Androloji laboratuvarında bu konuda İstanbul Tıp Fakültesi, Androloji Bilim Dalı bünyesindeki laboratuvarlarda eğitim almış deneyimli bir teknisyenimiz görev yapmaktadır.

USG biriminde yatan ve ayaktan hastalar klinik elamanlarınca değerlendirilmekte ve transrektal USG eşliğinde prostat biyopsisi alınmaktadır, gerekli hastalara perkütanöz nefrostomi takılabilmekte ve apse, kist vb boşaltılabilmektedir.

Endoskopi ve ürodinami ünitemizde her türlü küçük endoskopik işlem yapılabilen, küçük cerrahi işlemlerin yapılabileceği cerrahi masa ve donanım bulunmaktadır.

Ek olarak Laparoskopik işlemlere girişte el becerisi kazanmak üzere tasarlanmış olan bir adet laparoskopik training box'ımız donanımları ile birlikte mevcuttur. Ürodinami ünitemizde 2 adet ürodinami cihazı, videoürodinami ve üroflowmetre cihazı bulunmaktadır. Bu alanda deneyimli ve eğitilmiş 1 adet yardımcı sağlık personelimiz mevcuttur. İdrar yapma zorluğu, idrar yapamama veya idrar kaçırma problemleri bulunan hastalar en modern ve güncel teknolojiler ile değerlendirilmektedir.

Kliniğimizde ürolojik ameliyatların hemen hemen hepsi başarı ile uygulanabilmektedir. Özellikle androloji ve endoüroloji ve çocuk ürolojisi konusunda bölgemizde bir cazibe



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

merkezi haline gelmiş bulunmaktayız ve birçok çevre illerinden bu konuda hasta çekmekteyiz. Kliniğimizde Laparoskopik cerrahi son 1 yıldır düzenli olarak

uygulanmaya başlanmış olup bu alanda önemli yol kat edilmiştir.

Laparoskopik cerrahi konusunda şu ana kadar 3 asistanımız yurt dışı eğitimini tamamlamıştır. 2009 yılında Ağustos ayına kadar kliniğimizde 750 üroloji ameliyatı yapılmıştır. Bu operasyonlardan bazıları: 13 adet radikal sistektomi, 22 adet radikal prostatektomi, 12 adet laparoskopik radikal prostatektomi, 13 adet laparoskopik nefrektomi, 5 adet insizyonel venöz pach, 18 adet penil protez (3 parçalı), 152 adet PNL, 22 adet Antireflü ameliyatları, 12 adet Pyeloplasti yapılmıştır.

Kliniğimizde çalışan asistanların eğitiminden sürekli sorumlu olan bir öğretim üyesi asistan eğitimi süresince asistanların yapması gereken vakaları, seminerleri, çalışacağı birimleri düzenlemekte ve eğitimin düzenli ve eşit bir şekilde yapılmasını sağlamaktadır. Eğitim teorik ve pratik olarak yapılmaktadır. Teorik eğitim; dersler, seminerler ve makale saatlerinden oluşmaktadır. Pratik eğitimler ise hasta muayenesini, ultrasonografik değerlendirmeyi, ultrason eşliğinde biyopsi ve perkütan girişimleri, ürodinamik ve androlojik inceleme yöntemlerini ve ürolojik ameliyatları kapsamaktadır.

Kliniğimizin ana felsefesi; sevgi, saygı, barış ve birliktelik içerisinde daima ileriye gitmektir. 'En iyi olmak kendinden bir adım önde olmakla mümkündür.'

Asistanlarımız servis, poliklinik, ameliyathane ve ara işlemler (sistoskopi, ürodinami, biyopsi, USG, spermogram...) alanında birer aylık çalışma sistemi içerisinde dönüşümlü olarak kıdemlerine göre dağılmaktadırlar. Nöbetler asistanların kıdemlerine ve serviste yatan hastaların tıbbi durumlarına göre değişkenlik arz edebilmektedir. Asistanlar ilk başladıkları yıl ortalama 12-13 nöbet tutmaktadır ve bu sayı son yılda 1-2 nöbete kadar düşebilmektedir. Aylık nöbet çizelgesi oluşturulurken kıdem durumu göz önüne alınmaksızın her asistanın en az bir hafta sonu boş bırakılmaktadır. Kliniğimizde asistanlar 3. aylarından sonra ameliyatlara girebilmekte ve kıdemlerine uygun tüm operasyonları yapma imkanlarını bulabilmektedirler.

Kliniğimizin eğitim kadrosu deneyimli ve tecrübeli öğretim üyelerinden oluştuğu için yurt içi ve yurt dışı birçok yayın yapılmaktadır ve emeği geçen tüm asistanların adı yayın listesinde yer almaktadır. Asistanlar eğitimleri ile ilgili her konuda desteklenmekte yurt içi ve dışı kurs, kongre ve diğer faaliyetlere katılımları konusunda yöreklendirilmekte ve her türlü destek sağlanmaktadır. Üniversitemiz bünyesindeki Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Merkezi klinik araştırma olanaklarına ek olarak mükemmel bir deneysel çalışma ortamı sunmaktadır. Klinik veya deneysel olarak üretilen bilimsel materyalin yurtiçi ve yurtdışı toplantılarda sunulması önemli ölçüde desteklenmektedir.

## İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Kliniğimiz Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olarak Buca' da faaliyet gösteren hastane bünyesinde 1983 yılında Doç. Dr. Mustafa Kalemlî şefliğinde kurulmuştur. Klinik ilk yıl asistansız olarak hizmet vermiş, 1984 yılında ilk asistan alımı ile eğitim vermeye başlamıştır. 1984 yılında Doç. Dr. Mustafa Kalemlî'nin ayrılması ile halen kliniğimizin şefliğini yürütmekte olan Doç. Dr. Ali Rıza Ayder atanmıştır. Hastane 1995 yılında şimdiki yerine taşınmış ve SSK İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet yürütmüştür. 2005 yılında Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

Servisimizde faal olarak toplam 34 yatak bulunmaktadır. Bunlara ek olarak 3 post-op bakım ve 3 kemoterapi yatağı bulunmaktadır. Kliniğimiz kadrosunda bir klinik şef yardımcısı (Op. Dr. Süleyman Minareci) ve 6 uzman (Doç. Dr. Bülent Günlüsoy, Başasistanlar Op. Dr. Nihat Nergiz ve Murat Arslan, Op. Dr. Kemal İlhan, Op. Dr. Tansu Değirmenci, Op. Dr. Zafer Kozacıoğlu) görev yapmaktadır.

Asistan kadromuzda ise 9 doktorumuz asistanlık eğitimine devam etmektedir. Kuruluşundan bu döneme kadar 23 asistan eğitimlerini tamamlayarak uzmanlığını almıştır.

Hafta içi her gün saat 08:15' de klinik şefi gözetiminde yatan hastalar için genel ziyaret ve iki kere uzman ziyareti yapılmaktadır.

Üroloji konseyleri haftada iki kez üroonkoloji ve taş konseyi olarak yapılmaktadır.

Haftada bir gün güncel literatürlerin gözden geçirildiği ve belirli bir konunun ayrıntılı incelendiği seminer toplantılarını gerçekleştirmekteyiz.

Ayaktan tedavi için başvuran günlük ortalama 150 hastaya 2 uzmanın gözetiminde hizmet verilmektedir. 2008 yılında toplam 27568 hasta ayaktan muayene edilmiştir. 2008 yılı içinde büyük ve orta ameliyat sayımız 1367 olup, 3429 hastaya lokal cerrahi girişim uygulanmıştır.

Yaptığımız lokal cerrahi girişimler arasında normal sistoskopik girişimler ve mesane biyopsileri, TRUS eşliğinde prostat biyopsileri, perkütan nefrostomi ve kist drenajı uygulamaları, Ürodinamik incelemeler yer almaktadır.

Hastanemizde girişimsel radyolojik girişimler (perkütan uygulamaları ve TRUS eşliğinde biyopsi) sadece kliniğimizde gerçekleştirilmektedir.

2008 yılı içerisinde 7 adet yurtdışı yayın, 11 yurtdışı tebliğ ve 14 yurtiçi tebliğ kliniğimiz tarafından çeşitli kongrelerde sunulmuştur.

Kliniğimizde her tür ürolojik cerrahi girişim yapılmaktadır. Dünyadaki ürolojik gelişmelere uygun olarak bugün operasyonlarımızın büyük bölümünü minimal invaziv cerrahiler oluşturmaktadır. Özellikle üreter taşlarına üreterorenoskopik girişimler Mayıs 1992 yılından itibaren yapılmakta olup oldukça geniş bir seri içermektedir. Ayrıca böbrek taşlarına PNL ve laparoskopik girişimler ameliyat olan olguların önemli bir kısmını oluşturmaya başlamıştır.

Kadın ve erkek inkontinanslarında güncel minimal invaziv tüm yöntemler uygulanmaktadır. Kliniğimize ait bir oda laparoskopik cerrahi simülasyon için ayrılmış olup laparoskopik temel eğitim sağlanmaktadır. Bu eğitimler özellikle kliniğimizden uzmanlığını almış doktorlara sürekli verilmektedir.



İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ



## EKSTERNAL ERKEK KATETERİ (EEK)

EEK idrar kaçırma şikayeti olan erkeklerde tedavi için kullanılmaktadır. Kondoma benzer şekilde, penisin etrafına yerleştirilen kauçuktan veya sentetikten basit bir materyaldir.

Normal kondomdan farklı olarak, EEK bir drenaj tüpüne takılır ve bacak etrafına tutturulan idrar torbasına idrarın akışı sağlanır. Çoğu hasta kendisi uygulayabilir.

Üretral mukozaya temas etmediği için girişimsel bir yöntem değildir. EEK diğer yöntemlerle tedavi edilemeyen dirençli idrar kaçırılarda kullanılmaktadır. EEK kondom kateter, idrar kılıfı, kılıf drenaj sistemi, penis kılıfı, harici kateter, idrar toplama aracı ve idrar kondomu gibi pek çok isimle de bilinmektedir.

Bu yöntemi kullanarak, idrar kaçırma şikayeti nedeniyle yaşam kalitesi bozulan hastalar daha güvenli ve rahat yaşayabilmektedirler.

### EEK Endikasyonları

İdrar kaçırma beden imajı ve özgüveni zedeleyen bir sorundur. Bu nedenle idrar kaçırma kontrol etmek için daha komplike araçlar kullanılabilir.

Kondom drenaj sistemi fiziksel ve psikolojik yararları nedeniyle zararsız ve güvenilirdir.

- \* Rezidüel idrar miktarı fazla olmayan aşırı aktif mesane şikayeti olan hastalar
- \* Rezidüel idrar miktarı fazla olmayan, ani idrara sıkışma olsun ya da olmasın gece ya da gündüz idrar kaçırma şikayeti olan hastalar
- \* Nöromüsküler sendrom şikayeti olan hastalardaki üriner şikayetler
- \* Normal idrar yapabilen, kompleks ortopedik cerrahi geçiren hastalarda kullanılabilir.
- EEK Kontrendikasyonları
- \* Rezidüel idrar miktarının fazla olması
- \* Mesanede kontraksiyonun hiç olamaması (arefleksi)
- \* Rezidüel idrar miktarı fazla hastalarda sfinkter dissinerjisi
- \* Obstrüktif ürolojik sorun

### Avantajları

EEK, idrar torbasına idrarı taşır böylece idrar kokusu ve cildin idrarla teması azalır. Dışkıının üriner sistemle temasını önler, özellikle ishal durumunda önemlidir. Hastanede yatan hastalarda kullanılan mesane içi kateterlere göre üriner sistem enfeksiyonunu azaltabilmektedir.

Dezavantajları ve Dikkat Edilecek Noktalar Uygun boyutta EEK kullanılmaması, yanlış yerleştirilmesi ve cilt reaksiyonları en sık dezavantajdır. Bir ve iki parçalı EEK'leri lateks ve silikondan yapılmaktadır. Bazı hastalarda alerjik reaksiyona neden olabilmektedir.

Alerji riski olan hastalarda ön kola alerji testi yapılabilir. Eğer kateter hastada alerjiye neden olursa çıkarması ve kliniğe başvurması önerilir. İritasyon, ani reaksiyon ve geç reaksiyon olarak üç farklı reaksiyon olabilmektedir.

**İritasyon:** EEK uygulanan hastalarda hemen ya da birkaç saat sonrasında kadar görülebilen alerjik olmayan bir reaksiyondur. Kateterin temas ettiği veya yapıştırdığı ciltte pembe veya kırmızı renkte değişiklik olmasıdır. Hemşireler, hasta ve yakınlarına ürüne bağlı böyle bir reaksiyon olabileceğini açıklamalıdır. İritasyon durumunda kateteri hemen çıkarmalarını, nazikçe bölgeyi yıkamalarını, kurulamalarını ve kalan yapışkanları temizlemelerini önermelidirler.

İritan etkisi olan ürün hekime bildirilir ve tekrar reçete edilmemesi sağlanır. Reaksiyon hastanın dosyasına da kaydedilir ve tekrar aynı ürün kullanılmaz. Ani reaksiyon: Bu reaksiyonun, kateter uygulandıktan sonra yaklaşık 5-10 dakikada görülen ve kauçuk lateksde bulunan proteine bağlı olduğu belirtilmiştir. Cilt, iritasyondan daha kızamık ve ödemli bir görünüm alır. Cilt düzgün şekilde ve gergin görülür. Böyle bir durumda kateter derhal çıkarılır ve reaksiyon azalır. Kısmi cilt iritasyonu ve ödem hastanın sağlık durumuna bağlı olarak 3-24 saat içinde düzeler.

**Geç reaksiyon:** EEK uygulandıktan sonra 48 saate kadar geçen sürede görülebilir ve kontakt dermatit olarak bilinir. Kabarcıklar veya papüller oluşur ve birkaç gün içinde hafiflese de hastayı rahatsız etmektedir. Hemşireler, reaksiyonun özelliği ve tedavisi konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir. Kateter çıkarılmalıdır ve etkilenen alandaki kalıntılar yıkanmalıdır. Etkilenen bölge kuru tutulmalı ve kabarcıklara dokunmadan hava alacak şekilde açık tutulmalıdır.

Reaksiyonlar çok sık görülmediği halde, üretra basısına bağlı mesanenin iyi boşalamaması sonucunda peniste ödem olabileceği dikkate alınmalıdır. Reaksiyon geliştiğinde de uygun şekilde kayıt edilmelidir.

### Ürünler ve malzemeler

**EEK çeşitleri:** Kateterlerin temel farklılığı malzemeleri, şekilleri ve yapıştırıcılarındadır. Tek veya iki parçalı olabilir. İki parçalı kateterlerin bir parçası penis üzerinde iken diğer parçası çıkarılabilen drenaj ucudur. Bazı kateterler geriye akışı önlemek için anti-reflü kapak içermektedir.

Farklı şekilde yapılmış bazı EKK çeşitleri de vardır. Örnek olarak 4 çeşit aşağıdadır;

**Damlalıklı kateter:** Penis saran boru şeklinde kılıf kısmı ve ucunda hortumu vardır. Hortum bir torbaya bağlanır. Akıntı bir musluk yardımıyla önlenir. Bazı idrar damlalıkları sık boşaltmayı önlemek için çoklu drenaj torbalarına bağlanabilmektedir. Pubik basınçlı kateter: Bu kateterler, rahat olmayan geleneksel EEK kullanan hastalar için üretilmektedir. Örneğin, kemoterapi nedeniyle idrar iritan etki göstermişse veya penis geri çekilmişse tercih edilebilir. Pubik basınç için kateter bele yakın tutulur ve kasiğe kayışla asılır. Bu basınç idrar kabına doğru akışa neden olur.

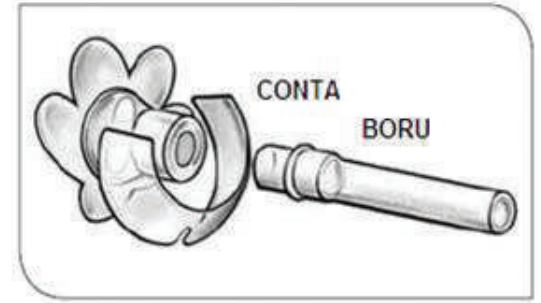
**Penis and skrotum kateteri:** Bu kateterler tüm genital bölge için üretilmiştir. Geri çekilmiş penis olgularında tercih edilebilir.

**Eksternal erkek kateteri:** Bu araç penis başını örten deriye uygulanır ve penis geri çekilmişse tercih edilebilir. >>

Damlalıklı kateter



Eksternal erkek kateteri



Eksternal erkek kateteri



Tek parçalı kateter



İki parçalı kateter



Anti-reflü kapaklı olan kateter



Balon yöntemiyle anti-reflü kapaklı olan kateter



Yardımcı çubuğu olan kateter

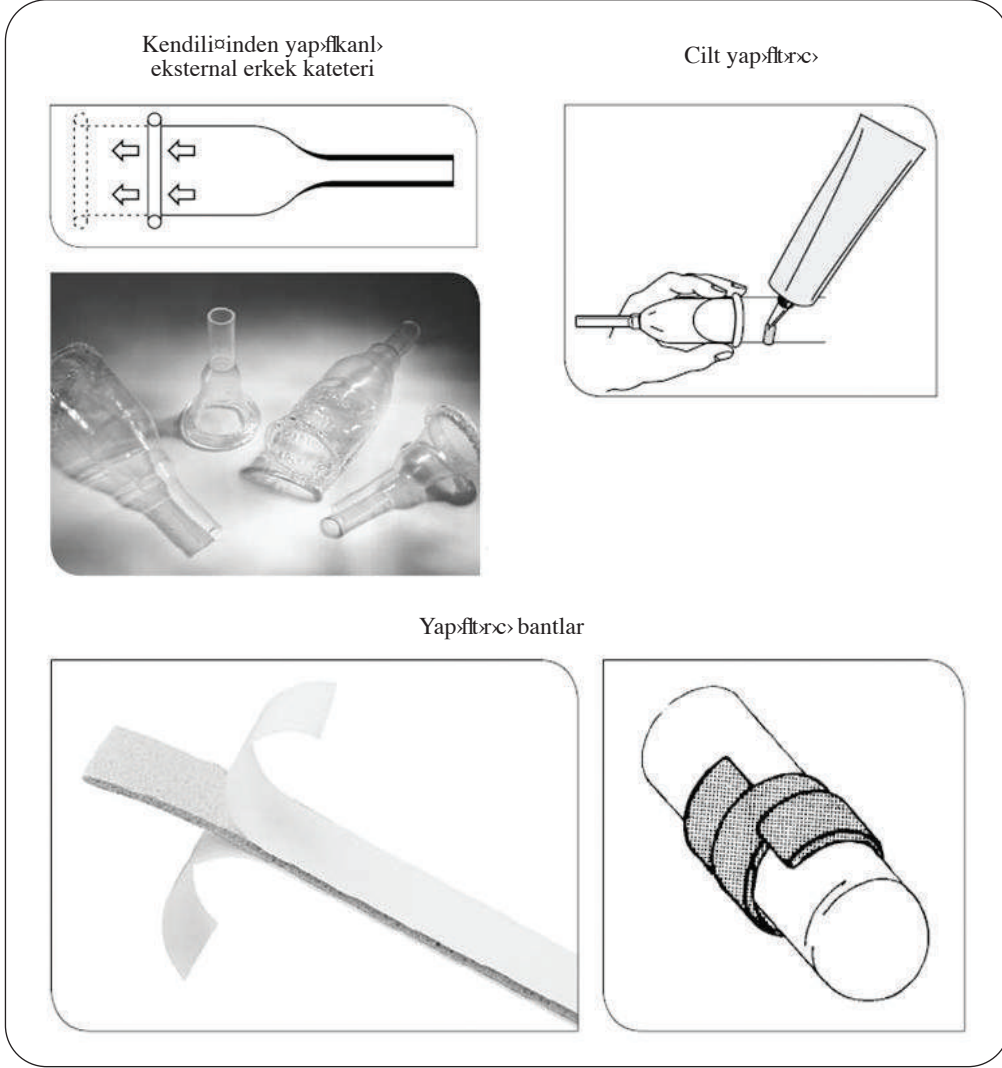




**Yapıştırıcılar;** EEK'ni penise tutturmak için kullanılan farklı yapıştırıcı türleri vardır; Kendiliğinden yapışkanlı eksternal erkek kateteri: Penise yapışmaya hazır şekilde iç yüzeyi yapışkanlı filmle kaplıdır. Kateter yuvarlanarak takılır ve uygun şekilde sabitlenir.

**Cilt yapıştırıcılar;** Kateterin üzerinde yapıştırıcı yoktur. Bu nedenle kateteri penise yerleştirmeden önce cilde yapıştırıcı sürülür.

**Yapıştırıcı bantlar;** Kateteri penise tutturmak için gerekmektedir. Bantlar penisi daire şeklinde sarar ve bantlanmış penisin üzerine kateter yerleştirilir.



**Dıştan sabitleyiciler;** Tekrar kullanılabilen köpük ve elastik bantlardır. Kaliteli ürünler kullanılmazsa sabitlemede zorluk yaşanabilir. Çok sık kateteri çıkan ve tekrar yerleştirilen bazı hastalar tercih etmektedirler. Dıştan sabitleyicilerin kullanılması penisin sıkışma riskini arttırmaktadır.

**Malzemeler; Lateks:** Çok yumuşak ve esnek doğal bir üründür. Ancak bazı hastalarda lateks duyarlılığı ve alerjik reaksiyon görülmektedir. Bu nedenle pek çok Avrupa ülkesinde lateksten yapılan tıbbi ürünler azaltılmakta ve lateks içermeyen ürünler geliştirilmektedir.

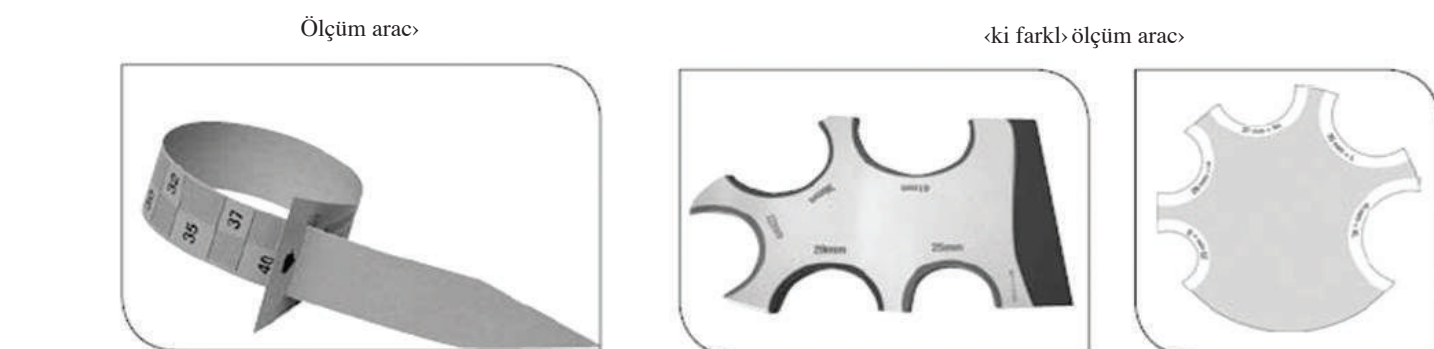
**Silikon:** Yarı saydam ve hava geçiren çok uyumlu bir üründür. Alerjik reaksiyon nadir görülür. Cilt dostu olması en büyük avantajıdır. Yarı saydam olması ciltteki acil sorunları ve iritasyonu belirlemede yardımcı olur.

**Poli vinil klorit (PVC):** Güneş ışığı, idrar ve mekanik etkilere dayanıklı sentetik bir üründür. PVC ürünleri plastikle de beraber kullanılmaktadır.

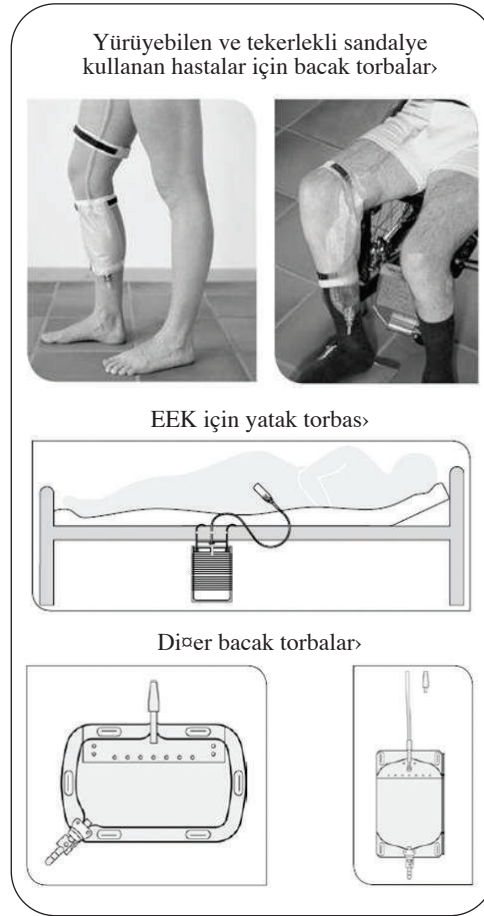
**Poliüretan (PU):** PVC'ye benzer sentetik bir materyaldir ve sıklıkla tercih edilmektedir. Pek çok lateks içermeyen kateter PU'dan yapılmaktadır ve diğer kateterlerden daha incedir. Bu nedenle daha rahat kullanılmaktadır. Bazı PU tipleri ciltte alerjik reaksiyona neden olmaktadır.

**Ölçüm;** EEK için uygun boyutu bulmak için penisin çevresinin ölçülmesi gerekmektedir. En doğru boyutu almak için penisin en geniş çapı ölçülmelidir. Ölçüm için hasta bacaklar hafif açık olarak yatağın veya sandalyenin kenarında oturur. Bu rahat pozisyonda, skrotum ve penis doğal duruşunda doğru olarak ölçülebilir. Penis boyu, piyasadaki EEK boyutlarının ikisi arasında kalırsa, küçük olan tercih edilmelidir. EEK esneyebilir ve penise rahatlıkla uyabilir fakat çok sıkı olmamalıdır. Olması gerekenden iki beden büyük olursa idrar sızabilir.

Ölçü alabilmek ve uygun şekilde kateteri penise yerleştirebilmek için geliştirilmiş rehberler mevcuttur. Penisin uzunluğundan çok çapının doğru ölçülmesi daha önemlidir. Penis aşırı derecede geri çekilmemişse tüm uzunluklardaki penise kondom uygulanabilmektedir.

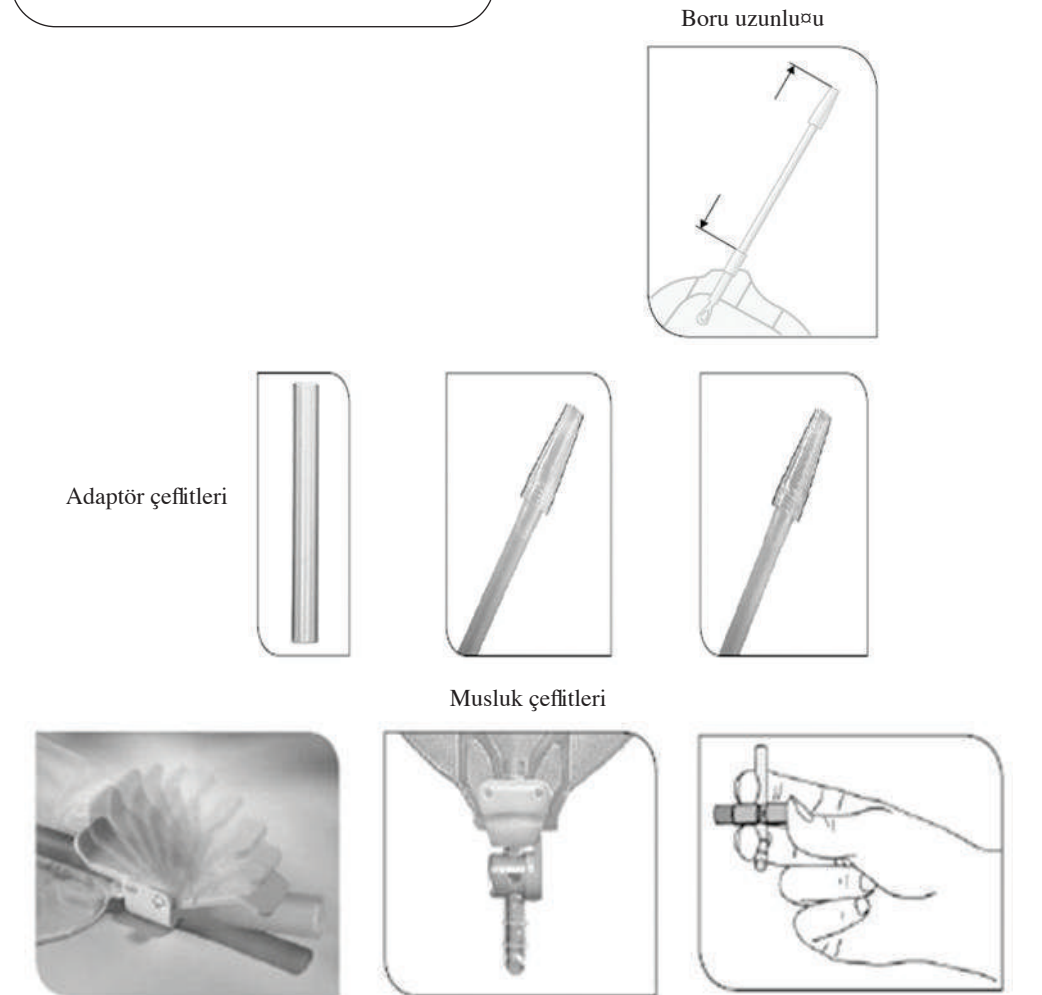


**İdrar torbaları ve toplama sistemleri:** İdrar torbalarının seçiminde kullanma nedeni, planlanan süre, hastanın mobilite düzeyi, hastanın seçimi dikkate alınmalıdır. Buna göre aşağıdaki özelliklere karar verilmelidir;



**Torbanın kapasitesi ve yerleştirilmesi:** Bacak ya da yatak torbaları kullanılabilir. Bacak torbalarında 350 ml, 500 ml ve 750 ml olarak sık kullanılan üç boyut vardır. Hasta gündüz daha küçük gece daha geniş kapasiteli (1500-2000 ml) torbaları tercih edebilir. Bacağa idrar akışını kolaylaştıracak şekilde bağlanmalıdır. Torba bacakta uyluk, diz, dizaltı gibi değişik pozisyonlarda olabilir. Yatak torbası bacak torbası yerine de kullanılabilir. Yürüyen hastalarda bacak torbası en uygun seçenektir. Hastanın ihtiyacına en uygun torbanın seçilmesi önemlidir. İdrar torbası dolduğunda ağırlaşır ve bantları gerdirir. Rahatsızlık vermemesi için tam dolmadan, 2/3'ü dolduğu zaman boşaltılmalıdır. İdrar torbasının haftada bir kez değiştirilmesi önerilir. Ancak çoğu zaman EEK değiştirildiğinde torbanın da değiştirilmesi tercih edilmektedir.

**Borular ve musluklar;** Borular, idrar torbası ile kateter arasındaki bağlantıyı sağlar. Direk bağlantılı, 10 cm ve 30 cm olmak üzere üç farklı uzunlukta boru vardır. Doğru uzunlukta boru seçilmesi dolanmayı ve bükülmeyi önler.



**Cilt Bakım Ürünleri;** Cildin EEK yerleştirilmeden önceki gibi kuru ve hasarsız olması sağlanmalıdır. Çeşitli ürünler cilt sağlığını korumaya yardımcı olmaktadır. Kokusuz, yağsız doğal pH olan nemlendirici kremler kullanılmalıdır. Yağlı kremler kateterin çıkmasına veya idrar sızdırmasına neden olarak yapıştırıcının güvenilirliğini azaltabilir. Parfüm, sabun ve diğer kozmetik ürünler cildi tahriş edebilir, mantar enfeksiyonlarına, ciltte hasara ve alerjilere neden olabilir.

**Kateteri Uygulama Değerlendirme;** Hemşire, farklı boyutta ve uzunlukta kateterlerin varlığı ve ciltte reaksiyonlara neden olabileceği konusunda dikkatli olmalıdır. Hastanın beklentileri ve ihtiyaçları gözün önünde bulundurularak uygun kateter seçilmelidir. Hasta ve yakınları kateteri nasıl kullanacağı konusunda uygulamalı olarak eğitilmelidir. Hastanın kateteri uygulayabilecek şekilde parmaklarını kullanabilmesi, ihtiyaç olursa sabitlemek için yakınlarından da yardım alması gerekmektedir. Rezidüel idrar miktarı ve üriner sistem enfeksiyonu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Enfeksiyon varsa tedavi edildikten sonra kateter kullanımına geçilmelidir.

**Hastanın hazırlığı;** EEK basit bir uygulama gibi görünse de hastada utanma, fiziksel ve psikolojik rahatsızlığa ve beden imajında bozulmaya neden olabilir. Hastayla işlemin zorlukları ve tepkileri konusunda konuşulmalıdır. İşlemlerle ilgili yazılı izin alınmayabilir ancak sözlü olarak onay alınması ve gerekli tıbbi kayıtlara işlemin kaydedilmesi gerekmektedir. İşlemin açıklanması hastanın anksiyete ve utanma duygularını azaltır ve işlemin daha sağlıklı yapılmasını, komplikasyonların daha az görülmesini sağlar. >>

## Uygulama;

- \* Uygulamadan önce ve sonra eller yıkanır
- \* Malzemeler hazırlanır (EEK, idrar torbası, bacak veya yatak için boru, havlu, sabun, su, örtü, gerekirse klemp veya makas)
- \* Penis sabun ve suyla yıkanır, durulanır ve kurulanır. Yapışmayı önleyen nemlendirici sabun kullanılmamalı, kullanıldıysa 5-10 dakika beklenerek kateter uygulanır
- \* Yapışmayı engellememesi için penis üzerindeki kıllar temizlenir
- \* Penis iritasyon ve kızarıklık açısından değerlendirilir
- \* Tekniğine uygun olarak kateter rulo şeklinde açılarak uygulanır
- \* Penisin ucu ile kateter arasında 2-3 cm lik boşluk bırakılır. Fazla bırakılırsa kateterde kıvrılma olabilir
- \* Uygulamadan önce banyo veya duş sonrası ise 15-20 dakika beklenmelidir
- \* Yapıştırmada zorluk olmaması açısından pubik kılları uzak tutmak için koruyucu örtü kullanılır
- \* Penisin erekte olması işlemi kolaylaştırır ancak şart değildir, ereksiyon yoksa penis hafifçe çekilir
- \* Hastanın alerji öyküsü varsa ciltten alerji testi yapılır
- \* Kendiliğinden yapışkanlı kateterler uygulanırken penis hafifçe çekilerek gerdirilir ilave yapıştırıcı kullanılmaz
- \* Bant yapıştırıcısının iki tarafı da yapışkanlıdır, 2-3 cm olanları tercih edilir. Bant gerdirilmeden ve penis çok sıkmadan yerleştirilir
- \* Üzerine kondom kateter rulo şeklinde yuvarlanır ve 30 saniye basınç uygulanarak yapışması sağlanır
- \* Likit yapıştırıcı az miktarda penisin orta kısmına halka şeklinde düzgün olarak sürülür. Ciltte hasar varsa o bölgeye uygulanmaz. Kondom, yapıştırıcının kurumaması için fazla beklemeden yapıştırıcının üzerine yuvarlanarak açılır. Sıkıca kondomun üzerine bastırılarak tutması sağlanır
- \* Kondomun penis kökü üzerine kıvrılan fazla kısmı varsa dikkatli şekilde kesilir
- \* Penisin uç derisinde dolaşım bozukluğu olmadığından emin olunur
- \* Bağlantı boruları ve drenaj torbası tekniğine uygun olarak bağlanır ve sabitlenir

**Kateterin çıkarılması;** EEK basitçe yuvarlanarak çıkarılır. Yapışkanlar kalabilir, bu durumda cilt yıkanır ve kurulanır. Yapıştırıcı izlerini çıkarmak için aseton gibi çözücüler kullanılmamalıdır. Stoma bakımında kullanılan çözücü olmayan ürünler kullanılabilir. EEK'nin 24 saatte bir değiştirilmesi önerilmektedir.

## Komplikasyon ve Sorunlar Uygulama öncesi;

Penisin içeri çekilmesi; Penis pubik yağ dokusuna doğru çekilmiştir. Özellikle yaşlı erkeklerde görülür. Bu durumda daha kısa kateter kullanılır. Eğer otururken çekilme oluyorsa ya standart ya da kısa kateter kullanılır. Eğer oturma halinde penis 5 cm den fazla kısalıyorsa daha kısa kateter kullanılır. Bu hastalarda kateter olması gerekenden daha kısa olursa yapıştırılacak alan daha az olur. Uzanma pozisyonu tercih edilir ve bazen altına yastıkla desteklenerek uygulanır. Ereksiyon olması da uygulamaya yardımcı olur.

**Riskler;** EEK az girişimsel olsa da yanlış uygulamaya bağlı sorunlar gelişebilir (cilt nekrozu, penil değişiklikler ve üretroktanöz fistül).

## Uygulama sonrası;

Basınç ağrısı  
Cilt lezyonları / alerjiler  
İdrar sızıntısı (ilave yapıştırıcı sürülür, kateter boyu geniştir ya da penis içeri çekilmiş olabilir)  
Üriner enfeksiyon  
**Sonuç**  
EEK idrar kaçırın erkekler için alternatif bir tedavi yöntemidir. Sağlık çalışanlarının desteğiyle başarılı şekilde kullanımı sağlanacak ve sorunlar en az şekilde görülecektir.

**Kaynak :** Geng V, Bonns E, Eelen P, Seidler C, Cobussen-Boekhorst H. The male external catheter, Good Practice in Health Care, European Association of Urology Nurses Guidelines, Mart, 2008. [www.eaun.uroweb.org](http://www.eaun.uroweb.org), erişim tarihi: 17.08.2009.

**Çeviren :** Yard.Doç.Dr. Ergül Aslan (Üroloji Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi)

## HABER



**Yeditepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Kemal SARICA 04-07 Haziran 2009 tarihleri arasında Portekiz Üroloji Derneği'nin yıllık toplantısına davetli konuşmacı olarak katılmıştır.**

**Konuşma 'Erişkin ve pediatrik hastalarda perkutan cerrahi konu başlığı ile gerçekleştirilmiştir.'**



## TOPLANTI & KONGRE TAKVİMİ

- \* **20th Video Urology World Congress**  
24 - 26 Temmuz 2009 Kuala Lumpur, Malezya  
Tel: 60-321-620-566 Faks: 60-321-616-560  
e-posta: marcus@console.com.my
- \* **7th European Urology Residents Education Programme (EUREP) Course**  
28 Ağustos - 2 Eylül 2009 Prag, Çek Cumhuriyeti  
Tel: +31 (0)26 389 0680 Faks: +31 (0)26 389 0674  
web: eurep.uroweb.org e-posta: esu@uroweb.org
- \* **6th European Robotic Urology Symposium**  
23 - 25 Eylül 2009 Venedik, İtalya  
Tel: +32 3 491 87 46 Faks: +32 3 491 82 71  
web: www.erus2009.com e-posta: info@erus2009.com
- \* **2009 Meeting of the International Continence Society**  
29 Eylül - 3 Ekim 2009 San Francisco, ABD  
web: www.ttmed.com/urology/ics2009 e-posta: arstone@ucdavis.edu
- \* **ESPU - Genitalia reconstruction workshop in conjunction with the VII annual ESPU Educational Committee course**  
2 - 3 Ekim 2009 Madrid, İspanya  
Tel: +00 91 5319823 Faks: +00 91 5326456  
web: www.espu2009.com e-posta: secretariatecnica@aeu.es
- \* **World Congress On Men's Health and Gender (WCMH)**  
9 - 11 Ekim 2009 Viyana, Avusturya  
Tel: 431-409-601-011 Faks: 431-409-601-011  
web: www.wcmh.info e-posta: wcmh09@ismh.org
- \* **6th eULIS Symposium (13th European Symposium on Urolithiasis)**  
15 - 17 Ekim 2009 Lake Como, İtalya  
Tel: 39-0-37-223-310 Faks: 39-0-372-569-605  
web: www.eulis2009.com e-posta: scientific@eulis2009.com
- \* **12th Congress of the European Society for Sexual Medicine**  
15 - 18 Kasım 2009 Lyon Convention Centre, Fransa  
Tel: +49 40 670 88 20 Faks: +49 40 670 32 83  
web: www.essm.org e-posta: info@brostourism.com
- \* **9. Uluslararası Prostat Forumu**  
8 - 10 Ekim 2009 Crown Plaza, İzmir  
İletişim: A. Erdem Canda Tel: 0312 - 291 25 25 / 4163, 0532 - 261 11 05  
0506 - 763 54 66  
web: www.prostateforum2009.org e-posta: aecanda@yahoo.com
- \* **8. Ulusal Endoüroloji Kongresi ve Avrupa Üro-Teknoloji Derneği 2009 Toplantısı**  
4 - 7 Kasım 2009 Amara Dolce Vita Hotel, Tekirova, Antalya  
web: www.endo2009.org e-posta: info@endo2009.org
- \* **9. Üroonkoloji Kongresi**  
4 - 8 Kasım 2009 Sheraton Otel & Convention Center, Ankara  
Tel: 0312 - 440 50 11 Faks: 0312 - 441 45 61  
web: www.uroonkolojikongresi.org
- \* **1. Ulusal Kadın ve İşlevsel Üroloji Kongresi**  
3 - 6 Aralık 2009 Cornelia Diamond Golf Resort, Antalya  
web: www.islevseluroloji2009.org
- \* **İstanbul Ürolitiazis Günleri**  
11 - 12 Aralık 2009 The Marmara Oteli, İstanbul  
İletişim: Gulin Kayserili Tel: 0216 - 388 48 58 Faks: 0216 - 388 03 54  
web: www.tashastalıkları2009.org e-posta: tas@tashastalıkları2009.org
- \* **Türk Üroloji Derneği Aylık Bilimsel Toplantıları**  
21 Ekim 2009, 18 Kasım 2009, 23 Aralık 2009, İstanbul  
web: www.uroturk.org.tr



**Öncelikle Türk Üroloji Derneği'ne bana bu yazıyı yazma fırsatı verdiği için çok teşekkür etmek istiyorum.**

Tıp doktorların çok yönlü insanlar olduğu ve sanatın her türü ile ilgilenen birçok meslektaşımız olduğunu biliyoruz. Müzik de bunlardan yalnızca birisi. Bence bunun nedeni, bir doktorun özellikle de bir cerrahın, eğitimi boyunca aynı anda birden çok işle uğraşma yeteneğini kazanması ve sürekli sosyal bir çevre içinde yer alan önemli bir kişi olmasıdır.

Örneğin bir ürolog, poliklinikte hasta muayene eder, serviste yatan hastalarına bakar, konsültasyonlara bakar, acil servise gelen üroloji hastalarını değerlendirir, nöbet tutar, ameliyathanede ameliyatlara yapar, akademik çalışmalar yapar, bilimsel yayınlar yapar, bilimsel toplantılarda sunumlar ve konuşmalar yapar...

Ürolojinin belki de tüm tıp branşları arasında, gelişen teknolojiye en çok yararlanan cerrahi branş olduğu düşünülürse ve buna ürolojinin sosyal yönü de eklenince, bir üroloğun dışı dönük ve sosyal bir insan olması kaçınılmazdır. Ürologlar arasında müzik ile uğraşan birçok hocamız ve meslektaşlarımız bulunmaktadır.

Örneğin, ülkemizde robotik ürolojinin ilk uygulayıcısı ve ilk robotik ürolojik ameliyatlara başarı ile yapan sayın Prof. Dr. Ali Rıza Kural'ın Türk Sanat Müziği ile ilgisini konserler verecek ve CD çıkaracak düzeyde olduğunu biliyoruz.

Ya da bir gün radyoda sayın Prof. Dr. Yaşar BEDÜK hocamız tarafından bestelenen ve icra edilen bir Türk Sanat Müziği eserinin anons edildiğine şahit olmuştunuzdur. Kendisinin çok güzel "ud" çaldığını sanırım birçokumuz biliyordur. Yine sayın Prof. Dr. Güven Sevin ve sayın Prof. Dr. Can Baydınç'ın kongrelerde sahneye çıkarak, profesyonel düzeyde söyledikleri parçaları, sayın Doç. Dr. M. Ferda Şenel'in gitar virtüözü olduğunu biliyoruz.

Yurt dışından örnekler vermek gerekir ise, özellikle prostat kanseri konusundaki çalışmaları ile tanınan sayın Prof. Dr. Fritz Schröder'in "cello" çaldığını ve oda orkestrası ile konserler verdiğini duymuşunuzdur. Ya da laparoskopik üroloji konusunda dünyada tanınan, benim de kendisinden eğitim alma şansını yakaladığım sayın Prof. Dr. Jens Rassweiler'in "The Mannheim Uroband" isimli tamamen ürologlardan oluşan bir blues-rock grubu olduğu, kendisinin "elektro-gitar", "blues harp" çaldığını ve solistlik yaptığını hatırlatmak isterim.

Prof. Rassweiler, yakın zaman önce Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Gazi Üniversitesi'nin birlikte düzenlediği Uygulamalı Laparoskopik Üroloji Kursu ve Sempozyumlarından birinde gündüz canlı ameliyatlara yapıp, gece ise bizlere canlı konser vererek oldukça keyifli anlar yaşattı.

Ben de amatör olarak çocukluğumdan beri müzikle ilgileniyorum. Bu güzel uğraşın insanları kötü alışkanlıklardan koruduğu gibi, yeni arkadaşlar edinmesinde de çok etkili olduğunu düşünüyorum. Ortaokul ve lise çağlarında ailemin teşviki ile İzmir'de klavye ve piyano dersleri aldım. Sonrasında ise müzik, hayatımın her zaman bir parçası

Dr. A. Erdem Canda  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Ameliyathanesi



Akordeon çalarken (Ankara, Temmuz 2009).



Akordeon-piyano eşlikli bir çalışması sırasında (Ankara, Temmuz 2009).

Üroloji uzmanlığımı aldığım gün (18.Şubat.2003)  
müziyen arkadaşlarım ile Dokuz Eylül Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalında verdiğimiz  
mini-konser.



Bu hobimi tıp fakültesi öğrenciliğim süresince de fırsat buldukça sürdürdüm. Asistanlığım döneminde ise jazz müziğine olan ilgim nedeni ile "alto-saksafon" ve "yan flüt" çalmasını öğrendim. Bunun için Dokuz Eylül Üniversitesi Konservatuvarında dersler aldım.

Bana ders veren sayın Erdoğan Turanlı'nın jazz orkestrası ile Alsancak'da tanınmış bir mekanda yaklaşık bir yıl süre ile bu grupla ben de sahne aldım. Bu sayede çok arkadaş edindim ve geniş bir çevrem oldu.

Uzmanlık sonrası İngiltere'ye giderken birlikte yan flütümü de götürmüştüm. Yan flüt çok pratik bir müzik aletidir, 3 parçaya bölündüğü için ufak bir kutuya sığar ve her yere götürebilirsiniz.

Bir pazar günü The University of Sheffield'deki çalışma odamda yan flüt çalarken, flüt sesini duyarak yanıma gelen üniversitenin güvenlik görevlisi Neil, bana bir müzik gruplarının olduğunu, eşinin şarkı söylediğini, grupta flüt çalan olmadığını ve benim de onlara katılmamı teklif etti.

Hafta sonları bir pub'da sahne alan bu grup ile birlikte ben de çalmaya başladım. Bu sayede hem güzel zaman geçirdim, hem birçok yeni arkadaş edindim. Ayrıca, Neil ve arkadaşları sayesinde İngiltere'de birçok futbol maçına da gitme fırsatım oldu. Yan flüt, nefesli çalgılar arasında bence oldukça kolay öğrenilebilecek bir çalgı. İlgi duyan tüm meslektaşlarıma denemelerini öneririm, kısa sürede öğreneceklerine eminim.

Asistanlığım sırasında İzmir Karşıyaka'da sayın Maria Kopinati'den İspanyol Tango dans dersleri almıştım. Tango müziğinin temel müzik aleti olan akordeon, beni o zamandan beri çok etkilemiştir. Tabii İzmirli sayın Dario Moreno'nun ve sayın Muammer Ketencioğlu'nun akordeon eşlikli eşsiz eserlerinin de bilinç altımda önemli yeri olduğunu belirtmek isterim. Ankara'da bir arkadaşım aracılığı ile tanıştığım akordeon, bandaneon ve piyano ustası sayın Adil Sevincan'dan yaklaşık bir yıldır akordeon dersleri alıyorum.

Bence akordeon muhteşem bir müzik aleti, her tür müziği çalabileceğiniz, çok zengin bir çalgı. Sol eliniz ile 96 tane olan bas tuşlarına hiç görmeden doğru olarak basmanız gerekirken, sağ eliniz görerek 3 oktavin tuşları ile melodiyi çaluyorsunuz. Bu sırada kollarınız ile körük açıp-kapatarak müziğin kesintisiz olmasını sağlıyor ve ona renk veriyorsunuz. Yani, aynı anda birden çok işi uyumlu olarak yapmanız gerekiyor.

Akşamları yarım saat de olsa akordeon ile Richard Galliano, Yan Tiersen ve Astor Piazzola eserlerinden çalmak günün tüm yorgunluğunu alıyor. Sanırım yakında Ankara'da ufak bir dinleti yapacağız.

Zamanımın az olmasına ve oldukça yoğun bir tempoda çalışmama karşın neden hep müzikle ilgileniyorum bilmiyorum ancak tüm meslektaşlarıma müzik ile ilgilenmelerini öneririm.

**Dr. A. Erdem Canda**  
Üroloji Uzmanı  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi  
1. Üroloji Kliniği

