

# 2007 YURT İÇİ VE YURT DIŞI ÜROLOJİ TOPLANTI VE KONGERELERİ

59. CONGRESS OF THE GERMAN (DGU) AND AUSTRIAN UROLOGICAL ASSOCIATIONS  
3-6 EKİM 2007 VİYANA, AVUSTURYA

ESU ORGANISED COURSE DURING THE GERMAN UROLOGICAL ASSOCIATION (DGU) AND THE AUSTRIAN UROLOGICAL ASSOCIATIONS  
3-6 EKİM 2007 VİYANA, AVUSTURYA

INNOVATION AND EMB IN UROLOGY  
4-7 EKİM 2007 ATİNA, YUNANİSTAN

EAU 3. SOUTH EASTERN EUROPEAN MEETING (SEEM)  
5-6 EKİM 2007 SAREJEVO, BOSNA-HERSEK

ESU ORGANISED COURSE ON URINARY TRACT INFECTIONS AND UROLITHIASIS DURING THE NATIONAL CONGRESS  
13 EKİM 2007 TAŐKENT, ÖZBEKİSTAN

3. WORLD CONGRESS ON REGENERATIVE MEDICINE  
18-20 EKİM 2007 LEİPZİG, ALMANYA

EAU 1. EASTERN MEDITERRANEAN MEETING (EMM)  
19-20 EKİM 2007 ANTALYA, TÜRKİYE

JOINT MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF ANDROLOGICAL UROLOGY (ESAU) AND THE EUROPEAN SOCIETY  
26-27 EKİM 2007 MADRİD, İSPANYA

EAU 7. CENTRAL EUROPEAN MEETING (CEM)  
26-27 EKİM 2007 ZAGREP, HIRVATİSTAN

COMBİNE MEETING OF THE EAU AND THE EGYPTIAN UROLOGICAL ASSOCIATION  
27-31 EKİM 2007 LUXOR, MİSİR

1. PELVİK TABAN BOZUKLUKLARI  
30 EKİM- 3 KASIM 2007 ANTALYA

1. EUROPEAN MULTİDISCIPLINARY MEETING ON UROLOGICAL CANCERS  
2-4 KASIM 2007 BARCELONA, İSPANYA

ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI  
3 KASIM 2007 KAYSERİ

TÜYK SINAVI 4. HAZIRLIK KURSU  
4-7 KASIM 2007 SAPANCA

IX. ULUSAL ÇOCUK ÜROLOJİSİ KONGRESİ  
8-12 KASIM 2007 ANTALYA

19. CONGRESS OF THE GERMAN CONTINENCE SOCIETY  
9 KASIM 2007 KİEL, ALMANYA

10. AKDENİZ ÜROLOJİ KONGRESİ / MUA  
16-19 KASIM 2007 LİBYA

ISHID SECOND WORLD CONGRESS ON HYPOSPADIAS AND DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT (DSD)  
17-19 KASIM 2007 ROMA, İTALYA

ESU ORGANISED COURSE ON TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA AND UPDATE IN ENDOUROLOGY DURING THE NATION  
21 KASIM 2007 EILAT, İSRAİL

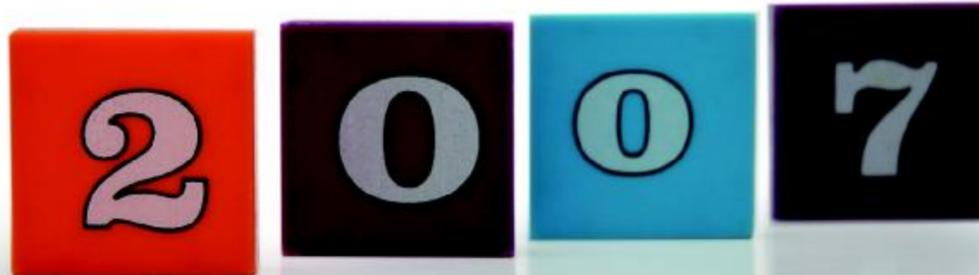
8. ANKARA ÜROONKOLOJİ KURSU  
28 KASIM-2 ARALIK 2007 SHERATON HOTEL CONVENTION CENTER, ANKARA

7. ASİA PACİFİC SOCIETY OF URO-ONCOLOGY CONGRESS / 15TH FEDERATION OF ASEAN UROLOGICAL ASSOCIATIONS  
27 KASIM-1 ARALIK 2007 MANİLA, FİLİPİNLER

4. UYGULAMALI ÜROLOJİK LAPAROSKOPİK CERRAHİ SEMPOZYUMU VE KURSU  
6-9 ARALIK 2007 ANKARA

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ BAHAR TOPLANTISI  
14-15 ARALIK 2007 İZMİR

5. ULUDAĞ ÜROLOJİ GÜNLERİ  
24 - 28 OCAK 2008 ULUDAĞ



## ÜROTÜRK

### İMTİYAZ SAHİBİ :

DR. TARIK ESEN  
Prof. Nurettin Öktem Sokak Lale Palas Apt. 18/2  
34382 Şişli/ İstanbul

### YAZI İŐLERİ MÜDÜRÜ:

DR. OKTAY NAZLI  
Prof. Nurettin Öktem Sokak Lale Palas Apt. 18/2  
34382 Şişli/ İstanbul

### YAZI İŐLERİ MÜD. YARDIMCISI:

DR. AHMET Y. MÜSLÜMANOĞLU  
Prof. Nurettin Öktem Sokak Lale Palas Apt. 18/2  
34382 Şişli/ İstanbul

## TASARIM

GREAT IDEAS / 212 227 48 42 PBX

## BASKI

KADIKÖY MATBAASI / 0 216 545 25 40

## YAYIN TÜRÜ :

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİNİN 3 AYDA BİR YAYINLANAN BEDELSİZ SÜRELİ YAYINIDIR. HER HAKKI SAKLIDIR. YAZILI İZİN OLMAKSIZIN ÇOĐALTILMASI YASAKTIR.

## YÖNETİM YERİ ADRESİ :

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

Tel: (212) 232 46 89 - (212) 241 76 62

Faks: (212) 233 98 04

E-mail: uroturk@uroturk.org.tr



ürotürk

# ÜROTÜRK

BİR TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ YAYINIDIR.

SAYI 2 / EKİM 2007

gazete / newspaper / zeitung / journal / giornale / periodico



"Dernek web sayfamız yenilendi"

“ Gazete Ürotürk'ün 2. sayısında sizlere tekrar hitap ediyor olmaktan büyük mutluluk duymaktayım. İlk sayıdan beri geçen 3-4 aylık süreçte ağırlıklı yaz dönemini içerse de dernek olarak faaliyetlerimizi aralıksız sürdürmeye çalıştık. Yönetim kurulu toplantılarının dışında 15 Haziran 2007'de genişletilmiş yönetim kurulu toplantısının 2. sini yaptık. Bu sayıdaki yazımda sizlere geçen bu dönemi özetlemek ve tanıtmayı amaçlamaktayım.

Sizler bu sayıyı okurken elinize EAU Kılavuzlarının kapsamlı ve cep formatı olarak ayrı ayrı tercümelerinin geçmiş olacağını umuyorum. Derneğimiz önemli bir bütçe ile gerçekleşen bu eğitim aktivitesinde ciddi taleplere rağmen sponsor kullanılmayı doğru bulduğunu belirtmek isterim. Bu ürünü ortaya çıkaran Eğitimsel Yayın ve Kılavuz Komitesine başta başkan Sayın Dr. F. Şimşek olmak üzere teşekkürü borç bilirim. Aynı komite yakında kapsamlı bir şekilde hasta onam formlarını da hazırlayarak kullanımınıza sunacaktır. ” devami sayfa 1'de.

Dr. Tarık Esen  
Türk Üroloji Derneği Başkanı

- « EAU KOMİTESİNE SAİT HALİM PAŞA YALISINDA VEDA YEMEĞİ
- « TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ ÖDÜL VE BURS PROGRAMI
- « TÜYK SINAVI 4. HAZIRLIK KURSU
- « TÜRK ÜROLOJİSİNİN TEMEL TAŞLARI VE GELİŞMESİ
- « 7. ENDOÜROLOJİ KONGRESİNDEN İZLENİMLER
- « DÜNYA KONTİNANS DERNEĞİ TOPLANTISINDAN İZLENİMLER
- « ÇOCUK ÜROLOJİSİ TOPLANTI İZLENİMLERİ
- « BÖBREK VE TESTİS TÜMÖRLERİ TOPLANTI İZLENİMLERİ



Dr. Tarık Esen

“ Bir diğer komite faaliyeti ise üye ilişkileri ile ilgili olarak tamamlanmak üzeredir. Bir süredir kapsamlı bir çalışma ile Dr. T. Tarcan ve arkadaşları tüm meslektaşlarımıza ulaşarak bunlar içinde derneğimiz üyesi olmayanların bu tercihlerinin nedenini aydınlatmaya çalışmış ve arkadaşlarımıza Türk Ürolojisinin yegane temsilcisi olan bu sivil toplum örgütünün gücünün branş mensuplarını çatısı altında toplama oranı ile direkt alakalı olduğu anlatılmıştır. Büyük bir memnuniyetle görmekteyiz ki daha çok ihmal nedeni ile ortaya çıkan bu durum derneğimizin yeni açılımlarının meslektaşlardan gördüğü kabul ile süratle düzeltilmektedir. Aynı şekilde tüm üyelerimizin mesleklerini icra ediş biçimleri ile dernek ve onun faaliyetleri hakkındaki düşüncelerini öğrenmek üzere oluşturulan anket formlarının cevaplandırılarak derneğimize gönderilmesi süreci yürümektedir. Sizler için daha anlamlı çalışmaların yapılabilmesi, dernek faaliyetlerinin gerçekten tabana yayılabilmesi ancak istek, talep ve önerilerinizin öğrenilebilmesi ile mümkün olabilecektir. İlginize şimdiden teşekkür etmek isterim. ”

Somut sonuçlarını ilan edeceğim bir diğer komite faaliyeti ise Dr. B. Soyupak başkanlığındaki multimedya komitesi tarafından yürütülmüş ve derneğimiz, alanındaki en iddialı firmalardan biri olan Plexus firması ile yeni web sayfasının oluşturulması için mukavele imzalamıştır. **Sizlerin de fark etmiş olacağı gibi web sayfamız tümü ile yenilenmiş ve üyelerimize şifreleri gönderilerek tüm bölümlere giriş şansı sağlanmıştır.** Bu sayfanın güncelliğini koruması ve yaşayabilmesi ancak buraya göstereceğiniz ilgi ile mümkün olabilecektir. **Göreceğiniz tüm eksiklikleri, düzeltme önerileriniz ile birlikte duymayı beklediğimizi bilmenizi isterim.**

Son dönemde bir başka çalışma derneğimiz hukuk müşaviri tarafından yürütülmüş ve geçtiğimiz yıl tüm bölgesel derneklerden ağız birliği içinde tarafımıza iletilen Türk Üroloji Derneği çatısı altında güçleri birleştirme talebinin hukuksal altyapı çalışmalarını tamamlanarak hukuksal çözüm ile ilgili bir döküman oluşturulmuştur. Buna göre mevcut dernekleri TÖD çatısı altında toplayacak ve yeni şubelerin oluşturulmasını sağlayacak bu çözüm yakında ilgili tüm taraflara sunulacak görüşleri alınacak ve

uygulanabilirliği gözden geçirilecektir. Dernek Yönetim Kurulumuzun bu konuyu öncelikle sonuçlandırma isteğini bir kez daha vurgulamak isterim.

Bir önceki sayıda duyurduğum profesyonel dernek idaresi (Association Management) ve Kurumsal Sponsorluk kavramları geçen aylar içinde netleşmiş ve buna göre Yönetim Kurulumuz oybirliği ile 2008 yılı sonuna kadarki tüm aktivitelerinde geçmiş yılların olumlu deneyimini göz önüne alarak Symcon Organizasyon Firması ile çalışma kararı almıştır. Aynı şekilde derneğimiz yıl aşırı düzenlediği ana kongre dışındaki, gelir temin etmeyecek gerçekleştirdiği tüm aktiviteleri (Kış ve Bahar Toplantıları, İstanbul Asistan Eğitim Programı, Gece Toplantıları) ile TÜYK Hazırlık Kursunu ve yeni oluşturduğu gazete, web sayfası gibi iletişim araçlarını bir paket olarak kurumsal sponsorlarına sunmuş ve büyük bir kabul gören bu program sponsorlar arasında platin-altın ve gümüş kategorilerinde dağıtılarak hem ciddi bir gelir temin edilmiş, hem firmaları da rahatlatan bir eşgüdüm sağlanmış ama hem de bizlere sürekli ve giderek zorlaşan koşullarda destek sağlamaya çalışan firmalar ile dernek arasında karşılıklı anlayış ve saygıya dayanan bir kurumsallık kültürü oluşturulmuştur. Camianın bu kültürden fazlası ile yararlanacağı konusundaki inancımız tamdır. Bu arada bu pakete TÜYK Hazırlık Kursunun da dahil edilmiş olması, bu çok ciddi eğitim programına derneğimizin verdiği önemi göstermesi ve bunun gerçekleştirilmesini her türlü sponsor pazarlığının dışında tutma anlayışını göstermesi bakımından anlamlıdır. Bunun dışında Sınav Komitesi ve TÜYK Yönetim Kurulu Kurs Program içeriğinin oluşturulması ve konuşmacıların saptanması açısından geçmişte olduğu gibi şimdi de tümüyle bağımsız hareket etmektedirler.

## 1. EAU Eastern Mediterranean Meeting

Sevgili Hocalarım, Arkadaşlarım; dikkatlerinizi bir kez daha 19-20 Ekim'de Antalya'da yapılacak 1. EAU Eastern Mediterranean Meeting'e çekmek isterim. Gazetemiz 1. sayısında programını sunduğumuz bu toplantının çok önemli bilimsel içeriği ve konularının uluslararası fikir önderi olan davetli konuşmacıları gözlerinizden kaçırmamıştır. **Ev sahipliğimize yakışır bir katılımın sağlanması hepimiz için çok önemlidir.**

Ancak bu vesile ile camianın önünde durduğu ve derneğimizin çözümünü birinci önceliği gördüğü toplantı enflasyonu sorunu ile ilgili bazı şeylerin söylenmesi gerekmektedir. Camiamız ve ona destek veren endüstrinin yılda irili ufaklı 27 toplantıyı kaldırabilmesi çok güçtür. Türk Üroloji Derneği sırf bu nedenle yıllık kongreden kaçınmaktadır. Kongresiz yıl zaten alt branş derneklerinin bildiri kabul eden kongreleri ile sıkışık bir şekilde doldurulmaktadır. Nitekim bu yıl Genitoüriner Enfeksiyonlar Sempozyumu ile Endoüroloji Derneği Kongresi hemen hemen aynı tarihte rastlamıştır. Ayrıca gazetenin kongre takvimi bölümünde göreceğiniz gibi 30 Ekim- 12 Kasım periodunda 4 adet toplantı vardır. EAU ile Eastern Mediterranean Meeting için tarih saptama çalışmaları sırasında sıkışık programa rağmen kongre yılı önerilmemiş böylece bildiri kabul edecek bir toplantının ana kongre ile çakışması önlenmeye çalışılmıştır. Bu durum Üroonkoloji Kursunun tarihi ve yeri konusunda Kurs başkanı Sayın Dr. H. Özen'e ricada bulunulması sonucunu doğurmuş ve gösterilen ve teşekkür ile anmamız gereken anlayış ve özveri ile mevcut tarihler saptanabilmiştir. Türk Üroloji Derneği, kuşkusuz hiçbir kuruma toplantı düzenleme konusunda fikir empoze etme durumunda olmamalı hepsinin

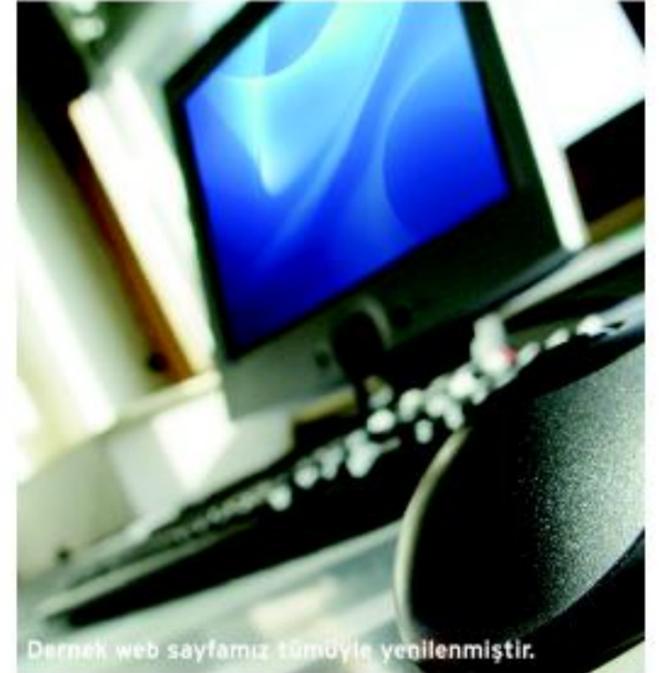


GYK Toplantısı

eğitim ile ilgili çabalarından yararlanmalı ancak her kurumdan kendi gösterdiği duyarlılıkların paylaşılmasını bekleme hakkını da saklı tutabilmelidir. Birkaç günlük sempozyum yada üroloji günleri formatı, genel sayısal enflasyon ile ilgili düşünceler sayılmazsa, kesinlikle bu konunun dışındadır ve dernek logosu ile desteği kongre yılında ancak böyle bir formata sahip olduğu düşünülen bir aktiviteye verilmelidir, her zaman da verilebilir. Buna karşın yeni oluşturulan, bildiri kabul eden ve kongre yılında gelenekselleştirileceği ilan edilen toplantıların ise bu gerçekler çerçevesinde ilgilileri tarafından yeniden gözden geçirileceğini ummak istiyoruz. Bu vesile ile üroloji camiasında etkin her kurumu Türk Üroloji Derneğinin son yönetimi vesilesi ile geçmiş ile ilgili her konuda yaptığı, yada yapmakta olduğu özelleştirmeyi yapmaya, dolayısı ile mutlak birlik ve beraberliğe davet ediyoruz. Ancak bu şekilde güçlü bir dernek; güçlü, anlaşmış, uyumlu, başkalarının kıskandığı ve oluşan tehditler karşısında sağlam durabilen bir camia olabiliriz. Uzak ve yakın tarihin ise her konuda bunu yapamayanların acı örnekleri ile dolu olduğunu aklımızdan çıkartmamalıyız.

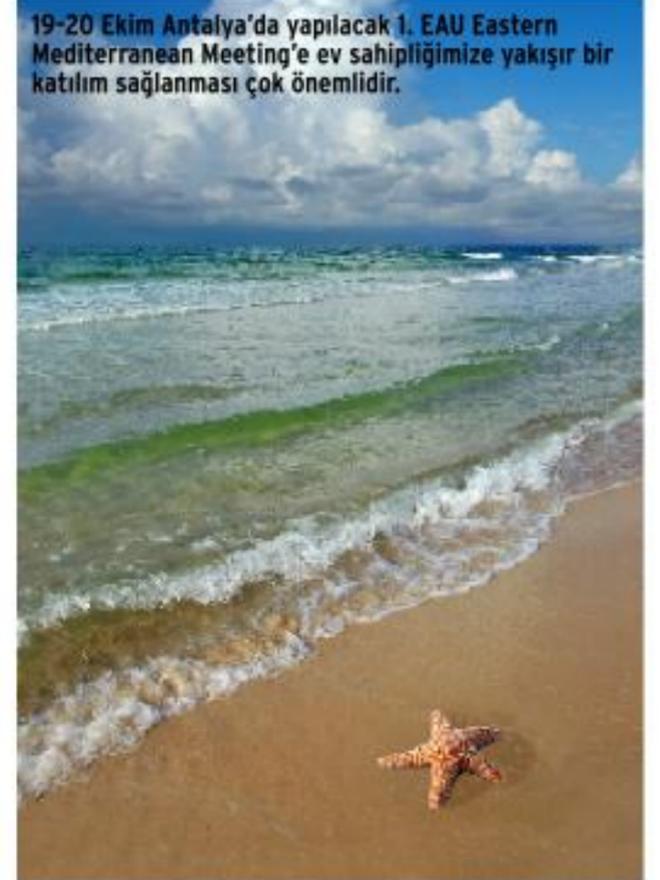
**Bu vesile ile tüm Üroloji camiasına sağlıklı, mutlu, başarılı günler dileği ile sevgi ve saygılar sunarım.**

Dr. Tarık Esen  
Türk Üroloji Derneği Başkanı



Dernek web sayfamız tümüyle yenilenmiştir.

**19-20 Ekim Antalya'da yapılacak 1. EAU Eastern Mediterranean Meeting'e ev sahipliğimize yakışır bir katılım sağlanması çok önemlidir.**



# EAU KOMİTESİNE SAİT HALİM PAŞA YALISINDA VEDA YEMEĞİ

“ Dear members of the Turkish Urological Association, dear colleagues and friends, I feel very honoured to have been invited by your President Tarık Esen to say a few words on behalf of the European Association of Urology (EAU) to the readers of Urotürk, the new publication of your organisation. ”

Since the EAU have been very fortunate over the years to rely on the expertise of so many of your colleagues, both our associations have developed - what I believe to be - a warm and close relationship. The success of our annual meeting in Istanbul clearly highlighted this even more.

And I believe that most of you will be aware of what the aims and objectives of an association such as the EAU. They are basically none other than what the Turkish Urological Association aspires to achieve which is "to promote urology in general for the benefit of all our patients."

Education and dissemination of (scientific) information are corner stones if we intend to continue to enhance our skills, improve our knowledge and strengthen our specialty. As a large organization, the EAU have the means and opportunity to make high quality training and scientific information available to urological professionals - not only within Europe but world wide. These activities are reflected through European Urology, the EAU scientific journal and the educational efforts of the European School of Urology (the EAU Education Offices). The EAU Research Office, which is a rather recent addition, will - when fully functional - initiate, coordinate and promote scientific research (both basic and clinical) and play a key role in overseeing super-specialty training (together with the ESU).

Where urology was traditionally very much a national affair and great differences between countries could be observed, our world - and our profession - is becoming more and more globalized. This development took place over the past few years and sometimes it feels to me like 'just' overnight. The abundance of available scientific material we have at our fingertips nowadays (and everything is just a mouse click away) is both wonderful and daunting. This is where I truly believe the EAU can provide a valuable contribution to national organizations. Through the involvement of numerous top experts in their fields - and many of those are your own Turkish colleagues I should like to add - we can channel and focus educational and scientific information, and make your professional lives somewhat easier.

That is actually in a nut shell what the EAU hope to achieve; assist national urological organisations in achieving their goals through the comprehensive armamentarium of resources available to a larger association. The fact that we share a common purpose will only make such a collaboration much more effective.

Tarık Esen, your current president, whom I have personally known for quite a number of years as an active and greatly appreciated colleague working within the EAU, can most certainly be relied on to promote the interests of the Turkish Urological Association.

I hope and trust that the European Association can assist him - and all our Turkish colleagues - with all their endeavours since that is what we are here for!

Prof. Per-Anders Abrahamsson  
Secretary-General  
European Association of Urology



“ Haziran ayının hemen başında derneğimizin ev sahipliğinde EAU üst düzey yönetimi ile Avrupa ülkelerinin ulusal üroloji dernek yöneticilerini yılda bir kez bir araya getiren geleneksel toplantı İstanbul da yapıldı. Bu toplantılar düzenlenmeye başladığından beri ulusal derneğimizi temsil eden Dr. T. Esen'in 2006 Atina toplantısında 2007 için ev sahipliği talebi büyük kabul görmüş idi. ”



## Editörden

“ Kıymetli meslektaşlarımız, Ürotürk' ün 2. sayısından merhaba! Haziran'dan bu yana geçen süre içerisinde gelişmeleri detaylı bir şekilde Türk Üroloji Derneği başkanı Sayın Dr. Tarık ESEN'in yazısında bulacaksınız. Geçen sayımızda da bilgisini gördüğünüz Ödül ve Burs programını tekrar hatırlatmak istiyoruz. Türk Üroloji Derneği Ödül ve Burs Programı 2006 yılında, Türkiye' deki ürologların klinik ve deneysel araştırmalarını desteklemek ve teşvik amacı ile oluşturulmuştur. ”

Ödül ve Burs Programı Türk Üroloji Derneği aracılığıyla organize edilmekte finansal desteği dernek tarafından sağlanmaktadır. Başvuru koşullarını tekrar sayfalarımızda bulacaksınız ayrıca burs başvuru formuna yenilenen TÜD web sayfasından da ulaşabilirsiniz. Tüm üyelerimizin ve genç araştırmacılarımızın toplam 150. 000 YTL bütçeli bu olanaklardan yararlanmasını diliyoruz. Gazetemizin 2. sayısında geçen süre içerisindeki

Bu toplantının bir diğer önemi mart ayında Genel Sekreterin istifası ile yenilenen EAU İcra Komitesinin de ulusal derneklerle ilk ciddi temasını oluşturması idi. 8-9 Haziran da çok samimi bir ortamda Avrupa da branşımızı ilgilendiren konuları, bu arada lisans ve lisansüstü üroloji eğitiminde gelişmekte olan yeni koşulları, sponsorlarla olan ilişkilerin almakta olduğu yeni boyutu, branşı bekleyen ve genel olarak başka branşlardan gelen yeni tehditleri, EBU nun düzenleyici rolünü ve bunun ulusal yansımalarını detaylı ile konuşma ve tartışma fırsatı bulundu. Ulusal derneğimizi temsilen Dr. T. Esen, B. Çetinel ve Dr. T. Tarcan EAU ile ilişkilerimizi yeni Genel Sekreter P.A. Abrahamsson ile ayrıntılı bir şekilde ele aldı. Derneğimiz EAU nun her kademesinde Türk Ürolojisinin daha fazla temsili hak ettiği beklentilerimizi dile getirdi.

Bu dilekelerimizin Genel Sekreter nezdinde, bizi kırmayarak Gazete Ürotürk ün bu sayısındaki yazısında dile getirdiği gibi olumlu karşılık bulacağı izlenimini aldık. Bizce çok başarılı geçen bu toplantı Saait Halim Paşa Yalısındaki bize yakışan Veda Yemeği ile taçlandı.

### Türk Üroloji Derneği Yönetim Kurulu

Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu



Dr. Oktay NAZLI



toplantılardan özetler bulacağınız gibi değişik iki makale okuyacaksınız. Birincisi hocamız Sayın Dr. Vural Solok' un Türk Üroloji tarihçesi ile ilgili yazısı, diğeri proje yazma konusundaki makalesi ile bir konuk yazarımıza ait. Bu konuda bizleri kırmayıp yazı hazırlayan Sayın hocamız Dr. Vural Solok, Dr. Ziya Kırkalı, Dr. Ceyhan Özyurt, Dr. Özdal Dilloğlugil, Dr. Tarkan Soygür, Dr. Cüneyd Özkürkügil, Dr. Ahmet Tefekil ve Dr. Burak Turna' ya teşekkür ediyoruz. Bir büyük teşekkürümüz de proje yazma konusundaki makalesi için Sayın Dr. Haydar Sur' a (Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı AD öğretim üyesi) olacak. İlgili okuyacağınızı ümit ediyor ve gazetenin formatı ile ilgili önerilerinizi bekliyoruz. Daha sonraki sayılarda buluşmak üzere yönetim kurulu adına sağlıklı, mutlu ve başarılı günler diliyoruz.

Editör Dr. Oktay NAZLI  
Editör Yrd: Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu

## Türk Üroloji Derneği Ödül ve Burs Programı

### Yurtdışı Burs Başvuru Koşulları / Genel Bilgi

1. Yurt dışı proje/burs için 40 yaşından gün almamış T.C. vatandaşı adaylar başvurabilir.
2. Yurtdışı destek klinik veya deneysel araştırma projelerine verilecektir.
3. Burs/proje desteği projeye göre uzun dönem (6-12 ay) ve kısa dönem (3-6 ay) olarak verilebilecektir.
4. Yıl içinde iki başvuru dönemi (son başvurular:15 Eylül ve 15 Mart) olacaktır.

### Başvuru için Gerekenler

1. Destek istenen bir klinik ya da deneysel araştırma projesi hazırlanmalıdır.
2. Projenin tamamlanmasıyla beklenen yararlar açıklanmalıdır.
3. Projenin gerçekleştirileceği kurumdan çalışmanın ve adayın kabul edildiğine yönelik belge alınmış olmalıdır.
4. Asgari iki adet referans mektubu başvuruya eklenmelidir.
5. Adayın çalıştığı kurumdan projeyi gerçekleştirmek üzere kliniğinden ayrılmasında sakınca olmadığına yönelik yazı alınmalıdır.
6. Adayın burs başvurusu sırasında Uzmanlık Eğitimi sürdürdüğünü belgelemesi veya Uzmanlık Eğitimi tamamlamış adayların TÜYK yazılı sınavından geçer puan almış olması gereklidir.
7. Projenin gerçekleştirildiği dönemde aday Türkiye'deki herhangi bir kurumdan parasal destek almamalıdır.
8. Çalışmanın yapılacağı ülkenin dilini yeterli düzeyde kullanabildiğine belgelemelidir (ÜDS > 65).
9. Adayın basılmış en az iki makalede (biri yurtdışı dergide) araştırmacı olarak ismi yer almalıdır.
10. Projenin gidişi ile ilgili olarak burs süresinin yarısında ve projenin sonuçları ile ilgili olarak burs süresinin sonunda Türk Üroloji Derneği Yönetim Kuruluna ve/veya ilgili birimine rapor verilmelidir.
11. Burs bedelinin araştırmacıya aktarılması, projenin başlangıcında tutarın yarısı ve ilk yarı raporunun ilgili birimlerce onaylanmasından sonra geri kalan tutarın ödenmesi şeklinde gerçekleştirilecektir.

### Yurtiçi Tez / Proje Destekleri

1. Yurtiçi tez veya proje desteği için başvuran aday T.C. vatandaşı olmalıdır.
2. Başvuru sırasında klinik ya da deneysel araştırma projesi verilmelidir.
3. Projenin tamamlanmasıyla beklenen yararlar açıklanmalıdır.
4. En az iki adet referans mektubu başvuruya eklenmelidir.
5. Proje/tez adayın çalıştığı kurum dışında gerçekleştirilecekse, çalışmanın yapılacağı bölümden projenin ve adayın desteklendiğine yönelik olur yazısı alınmalıdır.
6. Adayın çalıştığı kurumdan projeyi gerçekleştirmek üzere ayrılmasında / çalışmanın sakınca olmadığına yönelik yazı alınmalıdır.
7. Adayın burs başvurusu sırasında Uzmanlık Eğitimi sürdürdüğünü belgelemesi veya Uzmanlık Eğitimi tamamlamış adayları TÜYK yazılı sınavından geçer puan almış olması gereklidir.
8. Projenin gidişi ile ilgili olarak burs süresinin yarısında ve projenin sonuçları ile ilgili olarak burs süresinin sonunda Türk Üroloji Derneği Yönetim Kuruluna ve/veya ilgili birimine rapor verilmelidir.
9. Burs bedelinin araştırmacıya aktarılması, projenin başlangıcında tutarın yarısı ve ilk yarı raporunun ilgili birimlerce onaylanmasından sonra geri kalan tutarın ödenmesi şeklinde gerçekleştirilecektir.

### Ulusal Tez Ödülü

Her takvim yılında Türkiye'deki kliniklerde gerçekleştirilerek tamamlanan tezler arasından seçilecektir.

### Yurtiçi Asistan Rotasyon Programı / Genel Bilgi

1. Uzmanlık Eğitimi alan kişilerin farklı kliniklerde bulunarak bilgi ve görgülerini arttırmaları için verilir.
2. Yurtiçi asistan rotasyonu kabul edecek kliniklerin başvuruları, bu rotasyonun hangi konularda olacağı ve süreleri TÖD web sayfasında ilan edilecektir.
3. Burs ve Ödül komitesi başvuran adaylar ile klinikler arası koordinasyonu gerçekleştirir.
4. Kabul edilen adayın barınma ve ulaşımı TÖD tarafından organize edilir.

### Başvuru için gerekenler

1. İlan edilen merkezlere ilanda belirtilen koşullara uygun olan adaylar ilandaki son başvuru tarihinden önce TÖD'e yazılı olarak istek bildirirler.

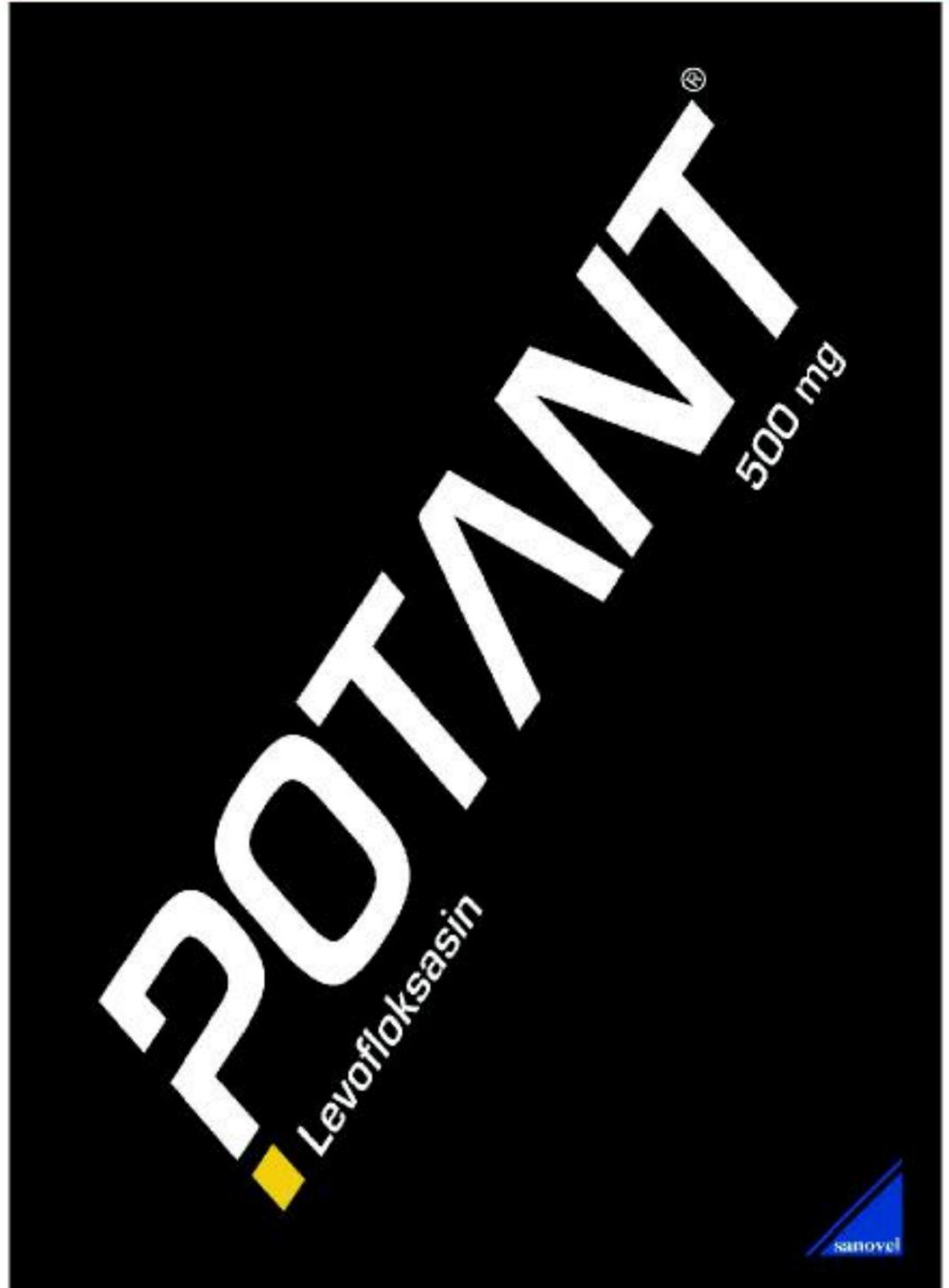
### Türk Üroloji Derneği Kongre Sunu Ödülleri

1. Kongreye özet gönderimi sırasında ödül için başvuru yaparak ödüle aday olan ve kongre sırasında sözel, poster veya video oturumlarında sunumu gerçekleştirilen çalışmalar arasından Burs ve Ödüllendirme Komitesi tarafından seçilir.
2. Ödüller birinci, ikinci ve üçüncü olarak belirlenen çalışmalara verilir.

## TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ ÖDÜL VE BURS PROGRAMI



Türk Üroloji Derneği Ödül ve Burs Programı (ÖBP) 2006 yılında, Türkiye'deki ürologların klinik ve deneysel araştırmalarını desteklemek ve teşvik amacı ile oluşturulmuştur. ÖBP Türk Üroloji Derneği aracılığıyla organize edilmekte finansal desteği dernek tarafından sağlanmaktadır. Başvuru için genel koşullar yan taraftaki tabloda belirtilmiştir.





# TÜYK SINAVI 4. HAZIRLIK KURSU

“ Sevgili genç meslektaşlarımız! Almakta olduğunuz Üroloji Uzmanlık Eğitiminin standardizasyonu ve akreditasyonu; bir başka deyişle her kişi ve kurum tarafından kabul ve takdir görmesi biz eğitimcilerin ana arzusu olmak özelliğini sürdürüyor. ”

Bu arzuya giden yolda hukuki alt yapı tam olarak sağlanamamış olsa da evrensel bir doğrudan Ülkemiz Ürolojisinin uzak kalması düşünülmemeyeceğinden, Türk Üroloji Derneği bundan 5 yıl önce öncü bir tavır la kendisine bağlı ama bilimsel özerk bir kurum olarak Türk Üroloji Yeterlilik Kurulunu yarattı ve bu kurulu oluşturduğu tüzükle aldığınız temel uzmanlık eğitiminin ve hepimizin almakta olduğu sürekli meslek içi eğitimin düzeyini ölçmek ve sonucunu belgelemek gibi çok önemli bir görevle sorumlu kıldı. Türk Üroloji Yeterlilik Kurulu ise bu sorumluluğu yerine getirerek, sizleri, bu başarılı organizasyonda bizlerle buluşturup, öğrendiklerinizi, sizleri bekleyen ve eğitimciler olarak çok önemseyeceğimizi bilmenizi istediğim düzey ölçme sınavı öncesi tekrar gözden geçirme fırsatı yarattı. Bu fırsatı bunun ötesinde, başka kurumlardan gelen arkadaşlarınızla sosyal birliktelikler ve böylece Ürologlara yaraşır mutlak dostluklar oluşturmak için de değerlendirmenizin, bu hislerle yaşamış bizleri çok mutlu kılacağından mutlak emin olunuz. **Sizler adına, bu kursun gerçekleşmesine katkı sağlamış herkese, tüm eğitimciler ve sponsorlarımıza teşekkürlerimi sunar, hepinize başarı ve mutluluklar dilerim. Sapanca' da görüşmek üzere...**

Dr. Tarık Esen  
Türk Üroloji Derneği Başkanı

## Değerli meslektaşlarımız,

Türk Üroloji Yeterlilik Kurulu ve Komisyonları 2002 yılındaki kuruluşundan bu yana ülkemizdeki Üroloji eğitiminin ulusal düzeyini yükseltmek ve eğitim kalitesinde eşitliği sağlamak amacı ile kurslar düzenlemiş, 2004 yılında ilk yeterlilik yazılı sınavını ve 2005 yılı başında da ilk sözlü sınavını yapmıştır. Birinci sınavın ardından başarı ile gerçekleşen ikinci ve üçüncü yazılı ve sözlü sınav sonunda 60 genç arkadaşımız TÜYK Sertifikasını almaya hak kazanmıştır.

Kuruluş amacında da belirttiği gibi yeterlilik kurulunun hedefi sadece sınav yapmak değil, Üroloji eğitiminin belirli bir düzeyin üzerinde tutulmasını sağlamak amacıyla eğitim alırken karşılaşılan sorunları gidermeye çalışmaktır. Bu nedenle kurul, farklı kurumlarda eğitim alma nedeniyle oluşan eksiklik ve davranışlarımızı ortak bir standart ve yeterli bir seviyeye çıkarmak için her sene Sınava Hazırlık Kursu düzenlemektedir.

Daha önceleri Uludağ'da yaptığımız hazırlık kursunun 2006 yılında aynı formatta ve biraz daha geliştirilerek en son Kızılcakhamam'da

gerçekleşmiştir. Bu kursa katılmasını arzu ettiğimiz meslektaşlarımız, Üroloji eğitimini bitirmek üzere olan ve 2002 yılından sonra uzman olmuş ancak henüz Yeterlilik Sınavı'na girmemiş olanlardır. Kursta Türkiye'deki pek çok eğitim kurumundan eğitimciler özellikle uzmanlaştıkları dallarda teorik bilgiyi ve deneyimlerini aktaracak ve sorularınızı tartışacaklardır. Hepimizin ortak hayatı olan Üroloji ile ilgili bilgiler dışında, birbirimizi tanımanın ve anlamının bu kursun bir diğer getirisi olacağı inancı içindeyim.

Daha önce yapılan kursa ve Yeterlilik Sınavının yazılı ve sözlü aşamalarına katılan tüm arkadaşlarımızı kutlar, bu kursların ve sınavların hazırlanmasında büyük emeği geçen Sınav Komisyonunun değerli üyelerine TÜYK Yürütme Kurulu üyeleri adına şükranlarımı sunarım.

**Sizleri de bu duyularla kursa ve sınava katılmaya hararetle davet ederim.**

Dr. A. Haluk Özen  
Türk Üroloji Yeterlilik Kurulu Yürütme Kurulu Başkanı



Kendine Güven!  
**Yatral XL**  
10mg

Hızlı ve uzun süreli semptom kontrolü.<sup>1,2,3</sup>

Olumlu cinsel fonksiyon profili.<sup>3,4</sup>

BPH'ya bağlı akut üriner retansiyonda kanıtlanmış etkinlik.<sup>5,6</sup>



**Özetle:** Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir.

**Formülasyon:** Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir. Yatral XL, 10mg ve 20mg tabletler halinde üretilmiştir.



**TÜYK SINAVI  
IV.  
HAZIRLIK KURSU**

www.ezistankup2007.org

# TÜRK ÜROLOJİSİNİN TEMEL TAŞLARI VE GELİŞMESİ

19. yüzyılın ikinci yarısında genito-üriner hastalıkların genel tıp nosyonu içinde ayrı bir konsept olarak yorumlanmaya başlaması ve hekimlerin bu konulara eğilmeleri 19. yüzyılın sonlarına doğru yoğunlaşmış ve ilk üroloji derneği Fransa'da 1886 yılında kurulmuştur.

Daha sonraki yıllarda da diğer ülke dernekleri sırasıyla oluşmuştur. Batıda bu gelişmeler olurken, Osmanlı devletinde de bazı hekimlerin batı ülkelerine giderek bu yeni nosyon üzerinde bilgilerini geliştirmek üzere eğitim aldıklarını görüyoruz. Osmanlı Ordusunda hekim olan Nafilyan Paşa bunlardan biridir ve 19. yüzyılın sonlarına doğru yurt dışına gitmiş ve orada bir süre kalmış ve hatta [Marion - Sims ] yöntemi ile vesiko-vajinal fistüllerin onarılması, başlıklı birde tez hazırlamıştır. Daha sonra İstanbul'a dönmüş ve 1890' larda Haydarpaşa askeri hastanesinde (Tatbikat ve ameliyat) iç hastalıkları sorumlusu olarak üroloji konularında da dersler vermiştir. 20. yüzyılın başlarında üroloji konusunda İstanbul'da isim yapmış bir hekimdir. Nafilyan Paşa daha sonra da Gümüşsuyu Asker hastanesinde de görev yapmıştır. 1912 yılında da İstanbul'da vefat etmiştir. Nafilyan paşa 1. ve 2. uluslararası üroloji kurultayına Osmanlı delegesi olarak da katılmıştır.

Diğer önemli bir kişi Cemil Topuzlu'dur. Fransa'da cerrahi eğitim alan ve oldukça çok sevilen bir kişi olan ve hatta Fransız üroloji derneğine de yabancı hekim olarak üye olan, ilerici kişiliği öne çıkan Cemil Topuzlu yeni nosyonlara yabancı değildir. İstanbul'a döndükten sonra padişah tarafından sivil ve askeri tıbbiyeyi birleştirerek yeni tıbbiyeyi kurmakla görevlendirilmiştir. Yeni yapılan Haydarpaşa'da ki binada, 1909 yılında sivil ve askeri tıbbiyeyi birleştirilerek, yeni tıp fakültesi kurulmuştur. Cemil paşa, batı'da gelişen yeni nosyonların ışığında Paris'ten tanıdığı ve Necker hastanesinde üroloji eğitimi alan Dr. Pappas'ı İstanbul'a davet eder. Dr. Pappas İstanbul tüccarlarından Beyoğlunda İngiliz kumaşları satan Pappadopoulos ailesinin 13. çocuğudur ve tıp eğitimini Paris tıp fakültesinde tamamlamış ve üroloji eğitimini de Paris'te Necker hastanesinde Prof. Albarran'ın yanında yapmıştır. İstanbul'a gelen Dr. Pappas, doçent olarak, Cemil paşa'nın kendi kliniğinde ayırdığı 4 yataklı bir odada çalışmaya başlar. Kısa sürede yatak sayısı 10'a çıkar ve bir süre sonra ise sayı artarak 20 yataklı olan bir servise olur. Bu şekilde 1911 yılında ilk üroloji kliniği de kurulmuş olur. Dr. Behçet Sabit Erduran bu kliniğin ilk asistanıdır. Daha sonrada Dr. Bahattin Lütfi Varnalı gelmiştir.



Ürolojinin ilkleri açısından önemli olan bir başka kişi ise Vakıf Guraba hastanesi başhekimisi Dr. Necmettin Arif bey'dir. Vakıf Guraba hastanesi 1843 yılında yapılmıştır ve her dinden kişilere hizmet vermektedir. Dr. Necmettin Arif bey, Paris'te Necker hastanesi üroloji kliniğinde çalışarak, üroloji sertifikası almıştır. Başhekim olan Dr. Necmettin Arif bey aynı zaman da gayri resmi olarak üroloji servisini açmış ve hizmet vermiş başlamıştır.

Görüldüğü gibi Balkan savaşı ve 1. dünya savaşı öncesi Osmanlı devletinde üroloji nosyonu ile ilgilenen ve sertifika almış hekim sayısı oldukça kısıtlıdır. Ancak genito-üriner hastalıklarla ilgilenen ve genel konuları cerrahi olan gayrimüslim ve müslüman bir hekim grubu da İstanbul hastanelerinde çalışmaktadır. Bu hekimlerin büyük çoğunluğu, Krım savaşı sonrası İstanbul'da toplanan yabancı hekimlerin kurduğu (Cemiyeti tıbbiyeyi şahane) cemiyetin üyeleridir. Dışta yapılan tıp kurultaylarına katılmış ve Osmanlı Türkiye'sini bunlar temsil etmişlerdir. 1907'de kurulan (uluslararası üroloji birliği) Osmanlı imparatorluğunda Cemiyeti Tıbbiyeyi Şahane ile temasa geçerek delege ve üyelerinin bildirilmesini istemiştir.

Delege olarak - Sgurdeos, Antipas, Leon de Lacombe seçilmişler, üye olarak ta - Cemil paşa, Nafilyan paşa, Alexandre Kamburoğlu paşa, Zamboco paşa, Psaltof Çobanoğlu. Bu hekimler 1908 ve 1911 yıllarında yapılan uluslararası üroloji kurultayına katılmış ve Osmanlı devletini temsil etmişlerdir. 1. Dünya savaşı döneminde bu kurultaylar toplanamamıştır.

Osmanlı imparatorluğunda 1912'li yıllara baktığımızda Bakan savaşı başlamış ve gelecekte de 1. dünya savaşı ufukta gözükmektedir. İşte bu çalkantılı yıllarda hekimlikte çalkantılar içinde geçmektedir. Özellikle hekimler kıta hizmetine gönderilmekte eğitimleri kesilmekte, kesintili bir şekilde öğretim ve eğitim yapılabilmektedir.

Haydarpaşa Tıp fakültesinde kurulan ilk üroloji kliniği, 1. dünya savaşı yıllarında nasıl bir evrim geçirmiştir?

Fakülte dekanı Prof. Ziya Nuri paşa mevcut 36 asistan kadrosundan birini üroloji kliniğine müracaat eden ve kabul edilen, Dr. Behçet Sabit Erduran'a vererek, üroloji kliniğinin ilk asistanı olmasını sağlamıştır. Klinikte ürolojinin hamisi Prof. Guyon'un programı uygulanıyordu. Fakülte öğretim programında üroloji eğitimi 7-8 sınıflarda ve haftada iki saat amfide klasik teori, iki gün ameliyathanede, iki gün de poliklinikte olmak üzere yapıldı. Vakaların çoğalması üzerine merkez binanın terasında aklive ve asabiye kliniklerinin yanında bir salon ve bir küçük odadan ibaret 20 yataklı bir üroloji kliniği kurulmuştur. Amfide ki derslerde



hasta takdimi ve bu konudaki açıklamalarla devam ediliyordu. Üretotomi, sondaj ve lavaj elverişli bir yerde yapılıyor. Büyük girişimler ise hariciye kliniği ameliyathanesinde yapılıyor. Öğrenciler derslerde ve polikliniklerde tuttıkları notlardan ve 1909'da basılan Desnos ve Ninet'in 1093 sayfalık kitabı (Traité des maladies des voies urinaires) okuyarak yararlanabiliyorlardı. 1. Dünya savaşına kadar geçen bu devirde fakülte zaman, zaman kapatılıyor, açılıyor ve hastane yaralı askerlere tahsis ediliyordu. Behçet Sabit Erduran'ın vatan hizmetine çağırılması üzerine Çanakkale İncepe bataryaları hekimisi olarak 18 Mart 1915 tarihine kadar orada kalmış ve Gümüş harp liyakat madalyası almıştır. Daha sonra yaralı gazilerle birlikte İstanbul'a gelmiş ve Hilali Ahmer'in (Kızılay) Galatasaray'da açtığı hastanenin operatörlüğüne atanmıştır. Bazı hekimlerin fakülte ve Kızılay aracılığı ile Berlin Üniversitesi kliniklerine gönderilmesi üzerine, Behçet Sabit'te müracaat etmiştir. Padişahın daha önce Prof. İsrail tarafından mesane taşı nedeniyle ameliyat edilmesi ve ürolojinin önemli bir şube olduğuna kanaat getirilmesi üzerine izin verilmiştir. Böylece Süleyman Numan paşanın tavsiye mektubu ile Behçet Sabit Erduran, Berlin kliniklerinde çalışmak üzere 1917 yılında Almanya'ya gider.

Prof. Bier'in cerrahi, Prof. Joseph'in üroloji kliniklerinde, Prof. Ringler'in endoskopi kurslarını takip etmiş ve Wırchow hastanesinde Prof. Karewski ve Prof. İsrail'in yanında asistanlık yaparak cerrahi ve üroloji eğitimini de tamamlamıştır. Savaşın kaybedilmesi üzerine İstanbul'a dönmüştür ve Guraba hastanesi üroloji kliniği şefliğine tayin olmuştur.

Ürolojimizde önemli bir yeri olan başlangıçta Tatbikat ve ameliyat okulu olarak kurulan ve daha sonra gelişerek Gülhane adını alan bu okul, ülkemizdeki bir çok oluşumunda kaynağı olmuştur. Bu okulda mikrobiyoloji ve patoloji uzmanı olan Fuat Kamil Beksan 1. Dünya savaşı yıllarında Almanya'ya gönderilmiş ve Orada Prof. Casper'in yanında üroloji eğitimi almış ve yurda dönüşünde, 1918 yılında Gülhane'de 15 yataklı bir üroloji kliniği kurmuştur. İlk asistanları Orhan Lütfi Somer, İhsan Arif Derman daha sonraları ise Nüzhet Ahmet, Nurettin Mehmet, Fevzi Taner, Kemal Süleyman Serav, Şevket Halit, Ömer Bican 1925 yılına kadar asistanlık yapan hekimlerdir.

Gülhane üroloji kliniğinin çalışma programı şu şekilde düzenlenmiştir. Pazartesi ameliyat, Salı-Cumartesi poliklinik, Çarşamba endoskopik muayeneler, Perşembe büyük klinik vizit ve hasta başında konuşma, Cuma seminer ve üroloji cerrahi tekniği dersi, Cuma-Salı öğleden sonra ayakta gelen hastaların tedavileri yapılıyordu, ancak klinikte gerekli aletler bulunmadığından, çoğu zaman Fuat Kamil Beksan kendi sistoskopunu getirerek faydalanılmasını sağlamıştır.

Müttefiklerinin yenilmesi üzerine Osmanlı devleti de yenik sayılmış ve Mondros ateşkesi antlaşmasından sonra, Osmanlı devletinin kaderi değişmiş ve kaos başlamıştır. Bu kargaşa durumu bütün sisteme yayılmış ve tıp fakültesi de bundan nasibini almıştır. 1916 yılında kapatılan fakülte 1917 yılında tekrar açılmıştır. Bu arada Behçet Sabit Almanya'ya giderken, üroloji kliniğinde Dr. Bahattin Lütfi Varnalı asistan olmuştur. Mütareke döneminde Dr. Pappas devlet aleyhinde çalışmaları sonunda fakülteyi terk etmiş ve Yunanistan'a gitmek mecburiyetinde kalmıştır. Yunanistan da politikaya atılmış ve bir iki bakanlıkta yapmıştır. Bu arada Fakülte'de üroloji ameliyatları durmuş ancak fakültenin Çağaloğlunda açtığı polikliniği Dr. Bahattin Lütfi Varnalı yönetmiştir. 1921 yılında işgal kuvvetlerinin etkisi ve tıbbiyenin işgal edilmesini önleyebilmek için, o zaman dekan olan Akil Muhtar Özden, bazı yabancı hekimlerin tıbbiyeye de görev almalarına izin vermiştir. İşte bu seriden, Fransız hastanesi operatörlerinden Dr. De Cumot üroloji kliniğine gelmiştir. Ancak burada fazla kalmamış altı ay gibi kısa sürede tekrar eski görevine yani Fransız hastanesine dönmüştür.

1. Dünya savaşı nedeniyle uluslararası üroloji birliğinin 3. kurultayı yapılamamış ve birlik dağılmıştır, ancak 1919 yılında - Sociéte International D' Urologie - adı ile ikinci bir dernek kurulmuştur. Burada bir bilim topluluğunda siyasetin nasıl rol oynadığının en tipik örneğini gördüğümüz bir durumla karşılaşırız. Galip devletlerin etkisi ile dernek tüzüğüne konan ikinci madde ile -1. Dünya savaşı'nın mağlup devletleri, Osmanlı imparatorluğu, Almanya, Bulgaristan ve Avusturya-Macaristan imparatorluğu - hekimlerinin derneğe kabul edilmemesini ve derneğe üye olmak içinde mutlaka bu ikinci maddenin kabul edilmesini prensip olarak ileri sürmüşlerdir.



Böylece Osmanlı İmparatorluğu hekimleri derneğe üye yapılmamıştır. Aynı prensipler 1924 kurultayında da geçerli olmuştur. Ancak çok sonra derneğin bu tüzüğü değiştirilmiştir. Bu gerçek, bize bilim alanında dahi siyasetin rol oynayabileceğini, kendimize örnek almağa çalıştığımız batı dünyasının nasıl evrensel değerler nutku atarken, kara düşünceler içinde kararlar alabildiklerinin en tipik örneğini oluşturmaktadır. Anadolu topraklarında artık kurtuluş savaşının meşalesi yakılmıştır.

İstanbul tıp fakültesi üroloji kliniğinde Dr. Pappas gitmiş, poliklinik Dr. Bahattin Lütfi Varnalı tarafından yönetilmektedir. Gülhane'de Prof. Dr. Fuat Kamil Beksan üroloji kliniğini yönetmekte ve asistan yetiştirmektedir. Guraba hastanesi üroloji kliniğinde görev yapan Behçet Sabit Erduran, Atatürk'ün böbrek sancılarının artması üzerine, Ankara'ya çağırılmış ve Ankara sağlık müdürlüğü ve akabinde de memleket hastanesi baştabipliği ve operatörlüğüne tayin edilmiştir. 1925 yılına kadar bu görevde kalan Erduran, İstanbul Tıp Fakültesi üroloji profesörlüğüne getirilmiştir. Burada jinekolojiden boşalan servise 30 yataklı bir klinik yeniden kurulmuştur. Asistan olarak Fuat Bayer ve Şefik Uras atanmıştır.

Behçet Sabit'ten boşalan Guraba hastanesi üroloji kliniğine ise, 1921-1924 yılları arasında Paris Necker hastanesi üroloji kliniğinde üroloji sertifikası alan, Dr. Ali eşref Gürsel 1926 yılında tayin edilmiştir. Bugün Vakıf Guraba hastanesi olarak anılan bu kuruluş Türk ürolojisinde önemli roller üstlenmiş bir klinikdir. 1925 yılında kurulmuş iki önemli kuruluş Ankara'da kurulan Numune Hastanesi üroloji kliniğidir. Bu kliniğin ilk şefi de Gülhane'den yetişen Dr. Orhan Lütfi Somer'dir. Diğer bir klinik ise Cerrahpaşa hastanesinde kurulan üroloji kliniği'dir. Kurucusu Dr. Necmettin Arif beydir. Fakat Necmettin Arif beyin 1926 yılında aniden vefat etmesi üzerine yerine Dr. İhsan Arif Derman tayin edilmiştir.

Böylece 1925 yılına kadar ürolojinin gelişmesini ve bu gelişmelerde rol alan kişilerin ve ilk ürologların yetiştikleri yerleri gözden geçirdik. Tarihsel süreçte kuruluşlar kadar kişilerde çok önemlidir, bazen kişilerin kendi özellikleri ile tarihe yön verdiklerini kolaylıkla izleyebiliriz.

**DR. VURAL SOLOK**



## METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA HEDEFE ODAKLI TEDAVİLER

Renal hücreli karsinom (RHK) insanda görülen solid tümörlerin % 3' ünü oluşturur, ABD' de kanser ölüm nedenleri sıralamasında 6. sırada yer alır. Ürolojik kanserler arasında en ölümcül olan, RHK' lu hastaların % 40' ı sonuçta hastalığın ilerlemesi nedeni ile kaybedilirler. RHK' un görülme sıklığı tüm dünyada artmaktadır. 2007 yılında ABD' de 51. 190 yeni olgu görüleceği ve 12. 890 kişinin de bu hastalıktan öleceği hesaplanmıştır. Avrupa' da da her yıl 20. 000 den fazla kişi bu hastalığa yakalanmakta ve 8. 000 civarında da ölüme sebep olmaktadır. Her ne kadar günümüzde modern görüntüleme yöntemleri ile hastaların çoğu tümörleri küçük iken ve erken evrede yakalanıyorsa da RHK' dan mortalite de artmaktadır. ABD' de 34. 500 den fazla hastanın incelendiği bir SEER analizine göre, RHK insidansı 1983' de 7. 1 / 100. 000 den 2002' de 10. 1 / 100. 000 e yükselmiştir. İlginç olarak aynı zaman diliminde mortalite de 1. 5 / 100. 000 den 6. 5 / 100. 000 a artmıştır. Dolayısı ile, erken tanı konulmasına karşın RHK öldürücü bir kanser olmaya devam etmekte ve etkin tedavilere ihtiyaç vardır.

RHK' da küratif olan yegane tedavi halen cerrahidir ve metastatik RHK' lu (mRHK) hastaların çoğunun prognozu kötü olup hastalar genellikle 18 ay içerisinde hastalıkları nedeni ile ölürlür. Hastalık kemoterapiye ileri derecede dirençli olduğu için yakın bir zamana kadar mRHK' lu hastalar sitokinler ile tedavi edilmekte idiler. Maalesef çoğu zaman kısıtlı hastalığı olan çok küçük bir hasta grubu bu tedaviden yarar görebilir, ve bu cevap da çoğunluk ile kısa süreli olur idi.

Özellikle son 10 yılda yapılan çalışmalar sayesinde, şimdi RHK' un değişik tiplerinin patobiyoloji ve oluşum mekanizmalarını daha iyi anlayabiliyoruz. Tümör oluşumunun, büyüme ve metastaz yapma yeteneklerinin altında yatan olayların ve mekanizmaların çoğu günümüzde aydınlatılabilmektedir. Bu, hastalığın ilerleme ve yayılmasını kontrol eden hedefleri belirlememize ve daha iyi anlamamıza neden olmuş; ve bu olayları hedef alan özgül ilaçları geliştirmemizi sağlamıştır. Günümüzde sporadik RHK' u hastalarda yaklaşık % 80' e varan oranda Von Hippel-Lindau (VHL) gen mutasyonu olduğunu biliyoruz ki bu da "Hypoxia inducible factor" (HIF) ' in artmasına ve bunun tetiklediği bir dizi olayın oluşumuna neden olmaktadır. RHK' da iki önemli tedavi hedefi hücre çoğalması ve anjiyogenezdır. Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve "platelet derived growth factor" (PDGF) arayollarını birlikte hedeflemek anjiyogenezi inhibe etmek için potansiyel sinerjistik bir yaklaşım sağlayacaktır. "Transforming growth factor alpha" TGF- $\alpha$  / epidermal büyüme faktör reseptörü (EGFR) ve daha sonraki Raf gibi sinyal moleküllerini hedeflemek ise tümör hücre çoğalmasını inhibe edecektir.

Değişik tip insan kanserlerinde "akıllı ilaç" olarak bilinen değişik tip hedefe odaklanmış tedaviler halen kullanılmaktadır. Çok sayıda ajan halen üzerinde çalışılıyor olmakla birlikte günümüzde 4 yeni hedefe odaklanmış ilaç RHK tedavisinde kullanılmaktadır: Temsirolimus, bevacizumab, sorafenib ve sunitinib. Sorafenib ve sunitinib RHK tedavisi için ABD' de FDA ve Avrupa' da EMEA tarafından onaylanmıştır.

## Temsirolimus

Temsirolimus bir mTOR inhibitörü olup bir faz III çalışmasında denenmiştir. 626 kötü prognostik gruba giren ilerlemiş ve metastatik RHK' u hasta ya haftada 3 kez 18 MIU' e çıkan dozda interferon alpha subkütan (sc), ya haftada bir temsirolimus 25 mg IV veya haftada bir temsirolimus 15 mg IV + interferon alpha 6 MIU sc almak üzere randomize edildi. Çalışmanın primer son noktası sağkalım idi. Tek ajan olarak temsirolimusun diğer iki kola oranla belirgin olarak genel sağ kalım ve progresyonsuz sağ kalımı (PFS) uzattığı bulundu. Aynı zamanda interferona göre daha iyi tolere ediliyordu. Bu çalışma açıkça mTOR' un önemli bir terapötik hedef olduğunu ve temsirolimusun orta ve kötü risk grubuna giren hastalarda kullanılabilecek bir ajan olduğunu gösterdi. Daha sonra gerçekleştirilen alt grup analizlerinde aynı zamanda şeffaf hücreli olmayan RHK tiplerinde de etkin olduğu gösterildi.

## Bevacizumab

Bevacizumab (Avastin), VEGF' i hedefleyen rekombinan humanize bir monoklonal antikordur. Düşük doz (1. 5 mg / kg) ve yüksek doz (5 mg / kg) bevacizumab' ı plasebo ile karşılaştıran üç kollu bir faz II çalışmada, yüksek doz bevacizumab' n PFS' i belirgin olarak uzattığı gösterildi. Bir faz III çalışması IFN-(2a 9 MIU haftada 3 kez artı plasebo (2 haftada bir) veya IFN-(2a + her iki haftada bir verilen bevacizumab 10 mg / kg' ın etkinlik ve güvenilirliğini karşılaştırmaktadır. Şeffaf hücreli RHK' u olan ve daha önce nefrektomi yapılmış hastaların katılabildiği bu çalışmanın birinci amacı genel sağ kalım üzerine etkisini araştırmaktır. Bu yıl ABD' de yapılan ASCO toplantısında sunulan ilk ara analiz sonuçlarına göre tedavi iyi tolere edilmekte ve IFN (1 ya bevacizumab eklenmesi PFS' i uzatmakta ve daha iyi bir tümör yanıtına yol açmaktadır; ayrıca genel sağ kalımı artırma yönünde de bir eğilim belirlenmiştir.

## Sunitinib

Sunitinib (Sutent) küçük moleküllü oral bir anti-anjiyenez ilacı olup VEGFR, PDGFR ve c-KIT' in tirozin kinaz aktivitesini inhibe ederek etki göstermektedir. 2 faz II çalışmadan sonra, mRHK' u olan hastalarda ilk aşama tedavisi olarak 50 mg sunitinib ile IFN' u kıyaslayan bir faz III çalışması tamamlanmış ve New England Journal of Medicine' da (NEJM) basılmıştır. Güncellenen sonuçlar ise bu yılki ASCO toplantısında sunulmuştur. Çalışmanın ana hedefi olan PFS sunitinib kolunda 5.1 aydan 11 aya belirgin olarak uzamıştır. Bu analizde ortanca sağ kalıma ulaşamamış olmakla birlikte sunitinib kolunda genel sağkalım da daha uzundur. RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) kriterlerine göre sunitinib ile sağlanan objektif yanıt % 39 (hepsi kısmi yanıt, hiç tam yanıt yok) IFN ile % 8 idi. Sunitinibin sürekli kullanımı, bevacizumab-refrakter hastalarda kullanımı, yaşlı ve kötü performans durumu olan hastalarda kullanımı ve şeffaf hücreli olmayan RHK' da kullanımı üzerine araştırmalar sürmektedir.

## Sorafenib

Sorafenib (Nexavar) hem anjiyenez hem de tümör hücre çoğalmasına karşı çift etkisi olan bir oral multikinaz inhibitördür. Faz I ve faz II çalışmalarını müteakiben daha önce en az bir sistemik tedavinin başarısız olduğu 903 hastanın katıldığı TARGET faz III çalışması gerçekleştirilmiştir. Hastalar sorafenib 400 mg bid veya plasebo alacak şekilde randomize edilmiştir ve çalışmanın birinci son noktası genel sağ kalım ve PFS' dir. Bu dünyada bugüne kadar RHK' lu hastalarda gerçekleştirilen en büyük plasebo kontrollü, randomize faz III çalışmadır. Bu çalışmada PFS belirgin olarak sorafenib alan hastalarda uzamış bulunmuş ve sonuçları NEJM' da yayınlanmıştır. İlk bulgulardan sonra çalışmaya bir ek yapılmış ve plasebo grubundaki hastaların aktif tedaviye geçişine olanak tanınmıştır, böylelikle hastaların % 50 si bu yola geçmiştir. Bu geçişten önce ve 6 ay sonra yapılan, önceden planlanmış analizlerde genel sağ kalım sorafenib ile uzamış olarak bulunmuştur. Yüksek doza çıkılmış sorafenib ile yapılan çalışmalar devam etmektedir.

Hedefe odaklanmış tedaviler ile diğer yaklaşımlar Aynı ortak hedeflere karşı etkin olmakla birlikte ardışık sorafenib ve sunitinib kullanımı ile yapılan çalışmalar sürmektedir. Diğer kombinasyon tedavilerini deneyen bazı çalışmalar halen sürmekte olup sonuçları yakın zamanda

alınacaktır. mRHK' lu hastalarda etkin hedefe odaklanmış tedavilerin gündeme gelmesi bu şansız hastalar için bir umut ışığı olmuştur. Her ne kadar hedefe odaklı tedaviler ile tam bir remisyona sağlanamamakta ise de sağ kalım uzatılabilmektedir. Gelecekte bu ajanlar ve yeni bulunacak hedefe odaklı tedavi stratejileri ümit vaat etmektedir.

Dr. Ziya Kırkcalı  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Üroloji AD İzmir

## 7. ENDOÜROLOJİ KONGRESİNDEN İZLENİMLER

7. Ulusal Endoüroloji Kongresi, 9-12 Eylül tarihleri arasında Çeşme' de 500' ü aşkın hekimin katılımıyla gerçekleştirildi. Kongre boyunca konularında uzman yerli ve yabancı konuşmacılar özellikle Endoüroloji konusunda önemli konular hakkında bilgilerini ve tecrübelerini bizlerle paylaştı. Prof. Dr. Ali Rıza Kural ve Endoüroloji Derneği Yönetim Kurulu Üyeleri' nin yoğun çalışmalarına yurtdışından toplam 7 uzman kongremize katkıda bulundu: Prof. Dr. Dean Assimos (ABD), Doç. Dr. Serdar Değer (Almanya), Uzm. Dr. Stavros Gravas (Yunanistan), Prof. Dr. Reza Malek (ABD), Doç. Dr. James Porter (ABD), Prof. Dr. Nasser Simforoosh (İran) ve Uzm. Dr. Doğu Teber (Almanya). Ayrıca, Ege Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı' ndan 6 ameliyat canlı olarak kongre merkezine aktarıldı. Görüntü ve ses bağlantısı Ege Üniversitesi bünyesindeki Bilim ve İletişim Teknolojileri Araştırma ve Uygulama Merkezi (BİTAM) tarafından başarıyla yapıldı.

Bu yıl, kongrenin ilk gününde (9 Eylül) 40' ı aşkın katılımcı ile Temel Laparoskopi Kursu başarı ile gerçekleştirildi. Konusunda uzman 18 eğitmenin katkısıyla katılımcılara oldukça kapsamlı bir kurs programı sunuldu. Kurs programı 3 aşamalı olarak gerçekleştirildi. İlk 2 bölümde teorik olarak laparoskopinin temel prensipleri ve ileri düzey laparoskopiye hazırlık konuları irdelenirken, pratik bölümde ise katılımcılar çeşitli laparoskopik modeller ve enstrümanlar üzerinde çalışma fırsatı yakalamış oldular. 11 Eylül' de ise yine 40 katılımcı ile Üreteroskopi Kursu gerçekleştirildi. Katılımcılar, rijid ve fleksibil üreteroskoplarla endoürolojik modeller üzerinde pratik yapma olanağı yakaladılar.

Bu yıl 7. cisi gerçekleştirilen Endoüroloji Kongresi' nin ağırlık noktası laparoskopiydi. Kongre boyunca laparoskopi ile ilgili toplam 7 ana oturum düzenlendi. Bunlar laparoskopik böbrek tümörü cerrahisi ve RPLND, laparoskopik prostatektomi, laparoskopik parsiyel nefrektomi, laparoskopik donör nefrektomi ve rekonstrüktif laparoskopik üroloji, pediatrik laparoskopi, kadın ürolojisi ve nöroürolojide laparoskopik tedaviler ve laparoskopinin ülkemizde durumu ve geleceği başlıkları altında tartışıldı ve konularında uzman konuşmacılar tarafından katılımcılara aktarıldı. Ayrıca, poster ve video oturumlarında da izlenildiği gibi ülkemizde artık birçok üniversite ve eğitim hastanesinde de ileri düzey laparoskopik ameliyatlarının başarılı bir şekilde uygulanabileceği görüldü. Kongre boyunca, radikal sistektomi, radikal prostatektomi, parsiyel nefrektomi, pyeloplasti ve veziko-vajinal fistül tamiri gibi oldukça fazla deneyim gerektiren ürolojik operasyonların laparoskopik olarak başarılı bir şekilde yapılabileceği gösterildi.

Yine kongrenin 2. gününde, ürolojide robotik cerrahinin kullanımı ile ilgili oldukça kapsamlı bir uydu sempozyum düzenlendi. Ayrıca, ülkemizdeki ilk robotik prostatektomi sonuçları bu kongre sırasında sunuldu. Kongrenin 2. gününde yapılan 4 canlı ameliyattan, rijid üreteroskopi ve lazer litotripsi Doç. Dr. Ali Ulvi Önder, perkütan nefrolitotomi Prof. Dr. Oktay Nazlı, yüksek enerjili KTP lazer prostatektomi Prof. Dr. Sinan Zeren ve bipolar transüretral prostatektomi ise Doç. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu tarafından başarı ile gerçekleştirildi. Kongrenin 3. gününde ise laparoskopik radikal prostatektomi Doç. Dr. Serdar Değer (Almanya) ve laparoskopik parsiyel nefrektomi ise Doç. Dr. James Porter (ABD) tarafından başarı ile gerçekleştirildi. Canlı cerrahiler sırasında BİTAM tarafından sağlanan görüntü ve ses kalitesi sayesinde katılımcılar konularında deneyimli cerrahlara soru sorma fırsatı yakalamış oldular.

Kongrenin 3. gününde ana konu üriner sistem taş hastalığıydı. Yerli ve yabancı uzmanlar, ESWL, perkütan nefrolitotomi, üreterorenoskopi, metabolik değerlendirme ve metaflaksi, pediatrik taş hastalığı, alt kaliks taşları ve endoürolojik taş



tedavisinde komplikasyonlar ve tedavileri konularında bilgilerimizi güncelledi. Ayrıca, endürolojide problemlili taş olgularına yaklaşım olgu sunumu şeklinde izleyicilere aktarıldı. Kongrede dikkati çeken bir diğer nokta ise, ülkemizde perkütan nefrolitotomi konusunda deneyimli merkezlerin sayısının artması ve özellikle bazı deneyimli merkezlerde artık sayıların 1000' li rakamları geçtiği. Özellikle kompleks taş olgularında ise, laparoskopik yardımcı perkütan cerrahinin de oldukça etkin ve güvenilir bir minimal invazif cerrahi alternatifi olduğu vurgulandı.

Kongrenin 4. ve son gününde ise üretero-pelvik bileşke darlığının ve BPH' in güncel tedavileri tartışıldı ve teknik detaylar ve sonuçlar izleyicilere aktarıldı. Poster oturumlarında çeşitli merkezlerin minimal invazif prostat cerrahisinin (KTP lazer, diode lazer, TUPVAP vs.) sonuçları sunuldu. Ana oturumlar ardından gerçekleştirilen poster ve video oturumları sonrasında eve dönüş mesajları sonrasında 7. Ulusal Endüroloji Kongresi başarılı bir şekilde tamamlanmış oldu.

**Dr. Burak TURNA**  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı

## DÜNYA KONTİNANS DERNEĞİ TOPLANTISINDAN İZLENİMLER

Rotterdam' da 18 Ağustos' ta başlayan (International Continans Society) ICS toplantısı 25 Ağustos' ta bitti. Altmışdokuz ülkeden katılan ürolog, jinekolog, fizyoterapist ve konuyla ilgili hemşirelerin toplamı 2500 civarındaydı. Bu yıl düzenlenen ICS toplantısında Türkiye' den katılım önceliklere göre daha fazlaydı. İlk dört gün çeşitli kurslar düzenlendi. 21 Ağustos' ta geniş katılımlı toplantılar başladı.

Birinci gün (22 Ağustos): Sabahki oturumda, ürogenital prolapsus konusunda 6 adet konuşma vardı. En ilgi çekici çalışma, pelvik organ prolapsusu (POP) ile genetik arasında kurulan ilişki idi (Hong Kong- Choy KW ve ark.). Çalışmacılar, endotelin-1' in POP gelişiminde oynadığı rolü vurguladı. Cardoza L. ve ark., POP cerrahisinde objektif ve subjektif yanıtları değerlendirmiş olup objektif değerlendirmenin daha çok bilimsel araştırmalar da kullanıldığı buna karşılık subjektif değerlendirmenin klinik yaklaşımda daha ön planda olduğunu belirtti. Bununla birlikte, hastanın tedaviden beklentisinin önemi vurgulandı. Bir başka çalışmada, rekürrens gösteren ön duvar onarımlarında kollajen doku metabolizmasının önemli olmadığı belirtildi (Adekanmi O ve ark.-Playmouth UK). Morris C, Michigan, sıkışma tarzı idrar kaçırılarda prefrontal korteks' teki değişikliklerden bahsetti ve idrar kaçırın kadınlarda hafızada zayıflamanın daha fazla olduğunu belirtti.

Ürodinami ile ilgili bir çok çalışmada, soru işaretlerine rağmen özellikle cerrahi öncesi gerekliliği üzerinde duruldu. Ayrıca, tedavi arayışında olan kadınlarda ürodinamik test tercihinin daha fazla olduğu vurgulandı (Majumdar A, Birmingham).

Son derece ilgi çekici bir başka çalışmada ise (Idzenga T, Netherlands), perineal gürültü ile mesane çıkım obstruksiyonu

Bir başka çalışmada, rektal kanser nedeniyle yapılan cerrahide fekal inkontinans' tan kaçınmak için sadece pudental sinirin değil aynı zamanda levator ani siniri' ni de korumanın önemi vurgulandı ( Wallner C, Hollanda).

Aşırı aktif mesane sendromu ile ilgili 8 sunum yapıldı. Bir çalışmada, aşırı aktif detrusor (DOO) ile aşırı aktif mesane sendromu semptomları arasındaki ilişki araştırılmış olup 50 yaş üzerinde noktüri' si 2 den fazla olan olgularda bu semptomun bağımsız risk faktörü olduğu buna karşılık sık idrara çıkma, idrar kaçırma ya da sıkışma hissinin DOO ile istatistiksel bağlantısının olmadığı yönündeydi (Aschkenazi S).

Bu yıl ICS toplantısında, ağırlıklı olarak kardiovasküler patolojileri olan olgularda antikoagülerin etkileri tartışıldı. Gelecek dönemde bu konunun ön planda olacağını söylemek yanlış olmaz kanısındayım. Ülkemizdeki araştırmacıların bu konu üzerine dikkatini çekmek isterim.

Malone-Lee J ve ark AAM' de anlamlı ölçüde (% 58) pyüri olduğunu belirtti. Bu araştırmacılar, inflamasyonun epitelyumdan ATP salınımını arttırdığı ve bununda AAM patofizyolojisinde rol oynayabileceği yönünde görüş bildirdi.

Benim için ilginç olan, Nijman R' nin yapmış olduğu konuşmada çocukluk döneminde eskiden bildiğimizin aksine mesane' nin stabil olduğu yönünde görüş bildirmesiydi. Bundan sonraki dönemde, ürodinami yapma yaşı tekrar tartışılabilir kanısındayım. Bu konuşma, ICS sitesinde 'webcast' olarak mevcuttur.

Stres tarzında idrar kaçırma ile ilgili olarak ilk basamak tedavisinde biofeedback' in yeri konusunda Kari B tarafından bir konuşma yapıldı. Bununla birlikte, bu tedavinin olumlu etkisinin olması yanında 'her zaman ilk basamak tedavisi olmalı mıdır?' sorusu tartışılmaya devam etti.

Aynı gün iki farklı ilaç firmasının AAM üzerine 'satellite symposium' toplantısı vardı. Toplantılara katılan meslektaşlarımızın da belirttiği gibi her iki toplantının da yüksek kalitede olduğunu söylemek zordu.

## 2. Gün / 23 Ağustos

Obstetrik fistüllerin geçmiş, günümüzdeki ve gelecekteki durumu' ile ilgili Andrew Browning bir konuşma yaptı. Afrika'da ki deneyimlerini anlatan konuşmacı tıbbi beklentilerin aksine 'bir doktorun anıları' tarzında sunum yaptı.

Postprostatektomik inkontinans konusunda artifiyel Üriner sfinkterin (AUS) 'ilk basamak tedavi' olduğu yönünde bir tartışma oldu. Bu tartışmada Cruz F ve Herschorn S karşılıklı konuşmalar yaptı. Kanımca, sorunun cevabı netleşmedi. Tartışma sonunda salondaki katılımcıların bir kısmı 'sling mesh', diğer kısmı 'AUS' yönünde kanaat belirtti.

Farmakoloji, temel ve klinik araştırmalar konusunda 8 konuşma vardı. Radyasyon sistiti önlemede mitokondri de etki gösteren NOS antagonistleri kullanımının önemi vurgulandı (Zabbarova I) .

Vardenafil' in spinal kord travmalı hastalarda oxybutinin tedavisine ek olarak maksimal sistometrik kapasitesini arttırdığı yönündeki çalışma konuyla ilgili meslektaşlarımızın ilgisini çekebilir kanısındayım (Dei Popolo G)

Sorgu forumları ile ilgili bildirilerden en çok ilgimi çeken çalışma ise hastaların alt üriner semptomları ile ilgili olarak kendilerini doğru ifade edebilme oranlarının % 50 civarında olmasıydı. (Campagna L) . Aschkenazi ve ark. yapmış olduğu çalışmada, çocukluk dönemindeki disfonksiyonel işeme ile erişkin dönemde idrar kaçırma arasında anlamlı ilişki bulmuşlardı. Ayrıca, kadınlardaki alt üriner sistem semptomlarında genetik faktörlerin rol oynayabileceği yönündeki bildiri de ilgi çekiciydi (Norton P)

Aşırı aktif mesane ile birlikte benign prostat büyümesi olan olgularda TUR(P) sonrası en az düzelmenin noktüri' de olduğu ve cerrahi sonrası semptomlardaki düzelmeyi belirleyen en önemli faktöründe detrusor kontraktiitesi olduğu vurgulandı. (Seki N)

Son oturum POP ile ilgili olup Vajinal dokudaki kollajen tip 1' deki azalmanın vajinal duvardaki patolojiyi derinleştirdiği (Adekanmi) ve POP cerrahisi sonrası hastaların cinsel fonksiyonlarında düzelme olduğu (Prado D) yönündeki çalışmalar ilgi çekiciydi.

(BOO) teşhisi idi. Bu çalışmada, perineal bölgeye konulan bir cihazla işeme esnasındaki ses ölçümleri yapılmış ve BOO olan hastalarda ses şiddetinin anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiş. Bununla birlikte, bu çalışma düzenleme ve yapıma tekniği nedeniyle çok eleştirildi.

Aşırı aktif mesane olan olgularda diyet ile ilgili bir çalışmada gazlı içeceklerden özellikle diyet tarzında olanların semptomları arttırdığı vurgulandı (Cardoza L, Kings College) . Randomize bir çalışmada sıkışma tarzında idrar kaçırılarda ilk basamak olarak ilaç ve davranış tedavisinin birlikte yapılmasının önemli bir kazanım sağladığı buna karşılık tek ve basamaklı tedavinin hasta için daha faydalı olduğu belirtildi (Burgio K, Alabama). Nörojenik hastalarda idrar kaçırma dışında defekasyon problemleri de biz ürologların karşılaştığı önemli sorunlardan biri. Bu konuda 8 sunum yapıldı. Sunumlardan birinde, anorektal injeksiyon ile fekal inkontinansa başarıdan bahsedildi (Graf W). Bunun dışında transanal irrigasyonun bu tür hastalarda daha ucuz ve etkin bir yöntem olduğunda belirtildi (Christensen P).

### Casodex® 50 mg ve LHRHa kombinasyonu ile ölüm riskinde % 20 azalma\*

### Sahanın etkili ikilisi!

**Casodex® 50 mg Film Tablet**

Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.

**Zoladex® 3.6 mg**

Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.

**Zoladex® 3.6 mg Enjeksiyonluk Ampul**

Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**Farmakoloji: Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir. Zoladex, prostat kanserinin ilerlemesini geciktirir ve ağrıyı hafifletir.**

**Farmakoloji: Her 24 saatte bir 50 mg film tabletin 12000 adet hücreyi vücutta tutarak, Eritropoietin ile üretilen yeni kan hücreleri ile kanın yenilenmesini sağlar. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır. Eritropoietin, kemik iliğindeki eritrositlerin üretimini artırarak, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırır.**

**F**

Costa P, Üretral tape' in retropubik yada transobturator yerleşmesinde komplikasyonların minimal olduğu yönünde prospektif çalışmasının sonuçlarını sundu.

Aynı gün satelite sempozyumda Perkutan tibial sinir stimülasyonu konuşuldu, bu tedavinin kanıta dayalı tıp yönüyle 'Level 3-Grade C' olduğu (kontrol çalışmaları eksik) ve % 56 objektif, % 64 subjektif sonuç verdiği vurgulandı.

### 3. GÜN / 24 Ağustos

Kongrenin bu son gününde ilgi çekici konular 'botox' ve vajinal cerrahi üzerine yoğunlaştı. İdiopatik aşırı aktif mesanede düşük doz botox uygulamasının (100-150 Ü) iyi sonuçlar verdiği vurgulandı. (Gousse A) Ayrıca, 3 yıllık takipte botox tedavisinin direnç oluşturmadığı aynı araştırmacılar tarafından vurgulandı. Trigonal enjeksiyonların VUR yapmadığı yönünde bir çalışma da vardı. (Gomes C) Transvajinal cerrahi ile ilgili bildirimlerde ilgi çekici bir çalışma görmedim. Bununla birlikte, Berber M ve ark. çok merkezli çalışmada 'TOT' ve 'TVT' karşılaştırmasında komplikasyonlar ve cerrahi sonuçlar yönüyle fark olmadığını vurgulandı. Önemliyi kanısındayım. Son olarak, vajinal prolapsus cerrahisinde gizli stres idrar kaçırma için TVT uygulamasının gerekli olmadığı yönündeki bir çalışmayı vurgulamak isterim. (Schierlitz L)

**Dr.Cüneyd Özkürkcügil**  
**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Üroloji Anabilim Dalı**

## TAŞ HASTALIĞI VE ENDOÜROLOJİ TOPLANTI İZLENİMLERİ

Bu yıl ABD' nin Anaheim kentinde düzenlenen yıllık üroloji kongresinde, toplam 1965 bildiri sunuldu. Bunların 16' sı ülkemiz kaynaklıydı ve taş/endoüroloji konularında 4 bildiri yer almaktaydı.

Kongrede, taş hastalığı ve endoüroloji ile ilgili bildiriler genel olarak göz atıldığında, ESWL etkinliğini arttırmak için çalışmaların devam ettiğini, ESWL' nin uzun dönem istenmeyen yan etkileri konusunda henüz fikir birliğine varılamadığını, taş hastalığının medikal tedavisinde ciddi bir gelişme olmadığı, obez hastalar ve bunlara uygulanan 'Bariatik' cerrahi sonrası gelişen taş hastalığının yeni bir konu başlığı oluşturduğu, endoüroloji teknolojisindeki gelişmelerin ise hızla devam ettiği görülmektedir.

Kongrede, ana oturumda, EAU ve AUA'nın ilk ortak kılavuz çalışması olan 'Üreter taşlarının tedavisi', Prof., Dr H. Tiselius tarafından sunuldu. Eski kılavuzlara ek olarak, üreter taşlarının tedavisinde 'taş düşürücü (expulsive)' tedavi ve laparoskopinin yeri ele alınmaktaydı. Özellikle 'örnek (indeks)' bir hastada, 10 mm' den küçük taşlara, öncelikle gözlem ve medikal tedavi önerildi. Bunların çoğunun 4-6 hafta içinde düşebileceğinin altı çizildi. Ancak, obstrüksiyon, ağrı, ve kreatinin yükselmesi eşlik ediyorsa bu taşlara operasyon önerildi ve ESWL ve üreteroskopinin ilk seçenek olarak yerini koruduğu belirtildi.

Taş hastalığı ve tedavisi konusunda 190' dan fazla bildiri sunuldu. Hastaların ESWL sonrası uzun süre takip edildiği geniş kapsamlı bir çalışmada (#1309), hastaların %50' sinden fazlasında taş hastalığının tekrar ettiği, bunların önemli bir kısmına tekrar girişim gerektiği, uzun süre takipte hipertansiyon ve böbrek yetmezliği risklerinde artış gözlenmemekle beraber, diabet olasılığının arttığı bildirildi. Buna karşılık, Japonya' dan yapılan bir çalışmada (#1310), ESWL sonrası ortalama 15 yıl gibi uzun bir takip sonrasında hipertansiyon ve diabet gelişme riskinin artmadığı ortaya konuldu.

ESWL' nin etkinliğini arttırmaya yönelik bir çalışmada (#1257), 'kuplaj'ın, şok dalgalarını taşa ulaştırımadaki önemi üzerinde duruldu. Enerji kaynağının hastaya temas ettiği başlık yüzeyine uygulanan jellerin karşılaştırıldığı çalışmada, düzgün uygulanan ve fazla el sürülmeyen jelin, su yastığı yüzeyindeki hava kabakçıklarını önleyerek, tedavi için gerekli şok dalga sayısını azalttığı gösterildi. Benzer 2 çalışmada (#1312, 1313), dakikada verilen şok dalga sayısının azaltılmasının, taşsızlık oranlarını arttırdığı ve böbrek hasarını azalttığı ortaya konuldu. Ülkemizden Dr. E. Özbek ve arkadaşlarının sunduğu deneysel bir çalışmada (#1438), bir antioksidan ve NF-(B

inhibitörü olan pyrrolidium dithiocarbamate (PDTC) ile, ESWL ile indüklenen böbrek hasarının önlenilebileceği öne sürüldü. ESWL' nin başarısını öngörmeyi amaçlayan bir çalışmada ise (#1440), kontrastsız spiral BT ile ölçülen Hounsfield ünitesinin ve taş-cilt mesafesinin, bağımsız prediktif faktörler olduğu bildirildi.

Perkutan nefrolitotomi (PNL) ile ilgili çalışmalarda, 'tüpsüz PNL' yöntemi üzerinde tekrar yoğunlaşıldığı, endikasyonlarının kesinleştirilmeye çalışıldığı görüldü. Genel olarak, tüpsüz PNL kararının, operasyon sırasında verilmesi gerektiği, ve bu işlemden sonra analjezik ihtiyacının azaldığı belirtildi (#1451, 1326, 1268). Özellikle 'hemostatik sealent' kullanımının yaygınlaşmasıyla, tüpsüz girişimlerin daha da sıklaşacağı savunuldu. Mısırdan yapılan bir çalışmada (#1267), genel anestezi açısından riskli hastaların ufak taşlarına, lokal anestezi ile PNL yapılabileceği gösterildi. Bir başka bildiri de (#1320), PNL sonrası ortalama 19 yıl izlenen hastalarda, ESWL ile karşılaştırıldığında taş hastalığının tekrarlama olasılığının daha az olduğunun altı çizildi.

Üreterorenoskopi ile ilgili teknik ve aletlerin ele alındığı pek çok çalışma arasında en dikkat çeken, Cleveland grubu tarafından ilk kez sunulan 'robotik üreterorenoskopi' uygulamasıydı (#1225). Bir başka ilginç gelişme, kordonsuz kullanılan pnömotik litotriptördü. Preminger ve ekibi tarafından, radial olarak genişleyen, balonla şişen üreteral ulaşım kılıfının ilk klinik uygulamaları sunuldu, ve daha az travmatik olduğu öne sürüldü (#1448).

Heparin kaplı double-j stentlerin, biofilm oluşumu ve infeksiyon gelişme riskini azaltmadığı bildirildi (#1450). Yine double-j stentlere bağlı semptomların irdelendiği benzer 2 çalışma (#1641, 1273), alfa-blokerlerin (alfuzosin, tamsulosin) stentlere bağlı şikayetleri azalttığı gösterildi.

Taş hastalığının etiolojisini irdelleyen bir çalışmada (#1362), taş hastalarının %26' sında hipertansiyon olduğu, koroner kalp hastalığı riskinin % 15 arttığı bildirildi, ve taş hastalığının sistemik bir vasküler bozukluk olduğu öne sürüldü. Kalsiyum alımının, kalsiyum oksalat atılımı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada ise (#1363), Curhan ve arkadaşlarının artık klasikleşmiş bulgularının aksine, yemeklerden sonra ve yatmadan önce alınan kalsiyum karbonat takviyesinin, taş oluşum riskini arttırmadığı öne sürüldü.

Kongrede, taş hastalığının medikal tedavisi ile ilgili tek bir çalışma yer almaktaydı. Uzun dönem (ortalama 30 ay) sitrat tedavisinin sonuçlarının incelendiği 1480 hastalık bir araştırmada (#1364), idrar pH' sının arttığı ve hiperkalsürinin azaldığının altı çizildi. Daha önce yapılmış olan randomize çalışmaları destekler şekilde, sitrat tedavisinin hastaların % 63'ünde remisyon sağladığı bildirildi. Meyve ve sularındaki sitrat konsantrasyonlarını inceleyen benzer 2 çalışmada da (#1634, 1635), limonatanın zengin sitrat içeriği bir kez daha kanıtlanmış oldu.

Gebelikte taş hastalığını inceleyen ilginç bir çalışmada (#1365), insidansın % 0.7 olduğu ve bunların % 25'ine girişim gerektiği ortaya konuldu. Gebelikte semptomatik taş hastalığı gelişenlerde preterm doğum riskinin % 80 arttığı, girişim yapılmasının ise bu riske etki etmediği vurgulandı. Bu bulgular sonucunda, oturuma katılanlar arasında aksi tartışmalara yol açsa da, üreme çağındaki bayanlarda üriner sistem taşlarının semptomatik olmasa da tedavi edilmesi gerektiği öne sürüldü.

Obez hastalarda uygulanan bariatik cerrahi sonrası özellikle ilk 6 ayda hiperkalsüri riskinin arttığı, ve bu hastaların % 3.7' sinde taş oluştuğu gösterildi (#1367). Özellikle giderek artan sayıda obez hastaya uygulanan bu yöntem sonrası, taş hastalığının artacağı ve önlem olarak oksalat emilimini azaltmaya yönelik kalsiyum takviyesi verilmesi gerektiği vurgulandı.

Kongrede, hiperparatiroidinin taş hastalığı ile ilişkisi tekrar ele alındı. Paratiroidektomi yapılmış 4500 hastanın incelendiği bir çalışmada (#1368), olguların %22' sinde taş hastalığının ilk başvuru şikayeti olduğu bildirildi. Ancak serum kalsiyum seviyesinin taş oluşumunu belirleyen bir faktör olmadığı, bu nedenle de tüm taş hastalarında, serum kalsiyum seviyesine bakılmaksızın, serum PTH ölçümü yapılması gerektiği savunuldu.

**Dr. Ahmet TEFEKLİ**  
**Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul**

## ÇOCUK ÜROLOJİSİ TOPLANTI İZLENİMLERİ

Toplantıdaki ilk konuşma "Prenatal Tanı: Nörol Tüp Defektleri ve Ürogenital Anomaliler" başlığını taşıyordu. Konuşmayı Vanderbilt Üniversitesinden Maternal Fetal Tıp Uzmanı Dr. Wenstrom yaptı. Konuşmada en sık görülen doğumsal anomalilerin hipospadias ve antenatal hidronefroz olduğu vurgulandı. En yüksek mortaliteye sahip anomaliler arasında ise bilateral renal agenezi ve konjenital diafragma hernisi ilk 2 sırada gösterildi. 1970-1987 yılları arasını kapsayan bir taramada unilateral ve bilateral renal agenezi oranlarının sabit kaldığı, hidronefroz görülme oranının hafif yükseldiği, diğer taraftan renal disjenezi oranının ise 10 kat arttığı belirtildi. 1984-2002 yılları arasını kapsayan bir taramada antenatal hidronefroz saptanma oranının 94 / 100. 000' den, 156 / 100. 000' ya yükseldiği, gene aynı tarihler arasında bu nedenle 6. 725 pyeloplasti ve 1. 033 endopyelotomi yapıldığı belirtildi. Hamilelikte kokain kullanan annelerin bebeklerinde ürogenital anomali gelişme riskinin 5 kat arttığı vurgulandı.

Prenatal tanının, aileyi olaya önceden hazırlamada ve doktorları doğum sonrası gerekenleri yapmak için hazır hale getirmede faydalı olduğu vurgulandı. Prenatal tanı sayesinde, ancak kısıtlı sayıda olguda prenatal girişim yapılabildiği ve nadir de olsa bu tanılar nedeni ile gebeliklerin sonlandırılabilirdiği belirtildi.

Günümüzde prenatal tanı için en sık kullanılan yöntemler ultrason, fetal MR, plasental koryon villus biyopsisi ve amniyosentez (karyotip ve kimyasal inceleme) olarak verildi. Ancak eldeki tüm tanılarda yöntemlere rağmen prenatal tanının güvenilirliğinin çok da yüksek olmadığı söylendi. Ultrasonun tek başına % 20 kadar olguda tanıyı atlayabildiği belirtilirken, diğer taraftan nöral tüp defektlerinde tek başına ultrason ile ise % 98 oranında tanı konabildiği buna maternal serum AFP tayini de eklenirse tanı koyma şansının % 100'lere vardığı açıklandı.

Bu arada 15. 935 düşük riskli gebenin prospektif randomize olarak antenatal tarama ile takip edildiği RADIUS çalışmasının sonuçları özetlendi. İlginc olarak Down sendromu ile doğan bir çok bebekte hidronefroz saptandığı ancak ikisi arasındaki neden-sonuç ilişkisinin ortaya konmadığı belirtildi. Bu konuşmanın son cümlesi "Fetusları baştan ayağa detaylı olarak incelemek gerekir" şeklinde oldu.

İkinci konuşma Boston Çocuk Hastanesi' nden Stu Bauer tarafından yapıldı. Başlık "Fetal Nöral Tüp Defektlerinin Tanısında Görüntülemenin Güvenilirliği" idi. Prenatal görüntülerle postnatal incelemelerin uyumlu olduğu söylendi. Ancak prenatal görüntülemeye göre nöral tüp defektinin seviyesi ile postnatal ürodinamik incelemelerin korele olmadığı belirtildi. Ayrıca meningomyeloseleli hasta grubunda prenatal değerlendirilmelerin üriner sistemde postnatal dönemde olabilecek bozulmaları öngörmeye yetersiz olduğu (örneğin; prenatal üst motor ve alt motor lezyonu saptanan hastalarda benzer ürodinamik bulgular olabilir) söylendi ve bu nedenle postnatal ürodinamik incelemelerin önemi vurgulandı. Dr. Bauer prenatal tanıda ultrasonun MR kadar güvenli olduğunu ve bu nedenle prenatal MR incelemelerine gerek olmadığını belirterek konuşmasını sonlandırdı.

Society toplantısı daha sonra olgu tartışmaları ile devam etti. En iyi olgu sunumu ödülünü "Monoamniotik Monokoryonik Bilateral Renal Agenezili İkiz Anensefali İkizden Böbrek Transplantasyonu" başlıklı sunumu ile Dr. Cofer ve arkadaşları aldı.

## Society for Pediatric Urology Toplantısı

AUA' de çocuk ürolojisi ile ilgili 2. dernek toplantısı "Society for Pediatric Urology" oldu. Bu toplantıdaki ilk konuşma Dr. Yuri Reinberg tarafından verildi. Disfonksiyonel Eliminasyon Sendromu (DES) olan çocuklarda Sakral Sinir Stimülasyonunun (SSS) yeri başlıklı bu konuşmada, medikal tedaviye dirençli DES tanısı olan 4-14 yaş arasındaki 20 hastanın % 82' sinde inkontinansın, % 69' unda aciliyet hissinin, % 80' ninde idrara çıkma sıklığının, % 63' ünde nokturnal enürezisin ve % 56' sında ise kabızlığın düzeldiği ya da azaldığı belirtildi. Diğer taraftan TAK gerektiren idrar retansiyonunun SSS' na rağmen olguların % 75'inde devam ettiği vurgulandı.



İkinci konuşma işeme disfonksiyonlu çocuklarda "Vezikösentrik yaklaşım mı yoksa Nörosentrik yaklaşım mı?" başlığını taşıyordu. Dr. Israel Franco'nun işeme disfonksiyonunda serotonin ve norepinefrinin önemini vurguladığı bu konuşmada özellikle tedaviye dirençli olgularda alitta yatan hiperaktivite gibi problemlerin bulunabileceği ve araştırılması gerektiği vurgulandı.

Sonraki panelde ise nörojenik mesane ve barsak problemi olan çocukların sorunları tartışıldı. Önce, Dr. Jayanthi cerrahi olmayan tedavi modalitelerinin önemini vurguladı ve augmentasyonun son çare olarak görülmesi gerektiğini söyledi. Sonra Dr. Steckler augmentasyon gerektiren hastaların çoğunun myelodisplazili çocuk hasta grubu olduğunu belirtip, bu olguların erken tanı ve uygun girişimler ile augmented edilmeden takip edilebileceklerini, cerrahiye giden olgularda ise augmentasyonun yolun sonu olmadığını bu çocukların ömür boyu olası komplikasyonlar açısından takip edilmeleri gerektiğini belirtti. Panelde daha sonra söz alan Dr. Koff, nörojenik mesaneli çocuklarda gece sürekli sonda uygulamasının, üst üriner sistemi ve mesaneyi korumadaki büyük önemini vurguladı. Son olarak söz alan girişimsel radyolog Mark Hogan ise tedaviye dirençli konstipe çocuklarda perkütan çekostomi tüpü yerleştirilmesinin basit ama etkin bir yaklaşım olduğunu gösterdi.

İkinci panelde ise çocuk ürolojisi tarihinde çok önemli yeri olan bazı uygulamalar / yöntemlerin günümüzdeki yerleri tartışıldı. Önce Dr. Gosalbez 10-15 yıl önce çok popüler olan Gastrosistoplasti'nin artık çok sınırlı olguda (pelvik radyoterapi, kısa barsak sendromu, kloakal ekstrofi grubu) endike olduğunu belirtti. Ayrıca uzun dönem takiplerde anlamlı sayıda olguda (3 / 23 olgu) kanser gelişme riski olduğunu vurguladı. Sonra otoaugmentasyonu tarifleyen Dr. Brent Snow bu uygulamanın günümüzde sadece kompliansı düşük ama kapasitesi iyi olan mesanelerde ya da tedaviye yanıtı az aktivitesi olan mesanelerde işe yarayabileceğini söyledi. Dr. Decter ise artık çok sık kullanılan MAGPI yöntemini irdeledi ve sadece glandüler hipospadiaslı olgularda üretral mobilite iyi ise tercih edilebileceğini açıkladı. Son konuşmacı Dr. Estrada, valvli olgularda supravезikal diversiyonun yerini tartıştı. Mümkün olan bütün olgularda diversiyondan kaçınmak gerektiğini ve erken dönemde mesanenin dolup-boşalmaya başlayarak "cycle" etmesinin önemini belirtti. Ancak sınırlı sayıda olguda hala supravезikal diversiyona ihtiyaç duyulabileceğini anlattı.

Daha sonra Dr. Canning' in modere ettiği karşılıklı tartışmasında Seattle'dan Dr. Grady ve Hopkins'den Dr. Mathews ekstrofide "primer" ve "evreli" onarımı tartıştı. Primer onarımın, özellikle cinsel fonksiyonlar açısından, henüz yeterli uzun dönem takip sonuçları olmasa da özellikle kontinans açısından etkin bir yöntem olduğu sonucuna vardı.

Bir sonraki karşılıklı konuşmalarını Dr. Zderic yönetti. İlk tartışmada inmemiş testiste primer hormonal tedavinin yeri Dr. Koyle ve Dr. Kolon tarafından ele alındı. Testisi indirmek açısından medikal tedavinin yeri olmadığı, ancak ilerideki fertilité şansını arttırmak için seçilmiş olgularda kullanılabileceği belirtildi. Sonraki tartışma ise "Basic Science" a çok mu fazla kaynak ayrıldığı üzerine oldu. Sonuç, "Basic Science"ın önemli olduğu ve yeterli kaynağın ayrılması gerektiği şeklindeydi.

Bu bölümün son tartışması ise "VUR" da endoskopik tedavi mi yoksa açık cerrahi mi?" oldu.

Dr. Kirsch ve Dr. Synder'in yaptığı bu karşılıklı konuşmasında ise sonuç; aslında halen reflü'nün tedavi edilmesi gereken bir hastalık olup olmadığının kanıta dayalı tıp açısından net olarak ortaya konamadığı şeklindeydi.

Çocuk Üroloji Dernek Toplantısı'nın son paneli minimal invaziv cerrahi video forumu idi. Bu video oturumunu Dr. Docimo yönetti. Önce, Dr. Kim transperitoneal ve retroperitoneal yaklaşımla ilgili güncel literatürün meta-analizini yaptı. Sonra, Pat Casale transperitoneal robotik girişimlerle ilgili tecrübelerini aktardı ve robot kol yardımı ile rekonstrüktif girişimlerin nasıl rahat yapıldığını gösterdi. Sonra Fransa'dan Ala El-Ghoneimi retroperitonoskopi ile ilgili bir video gösterisi yaptı ve bu yaklaşımın aslında ürologlar için çok daha alışılabilir bir yol olduğunu belirtti. Toronto'dan Walid Farhat ise 'redo' olgularda transperitoneal girişimin daha başarılı olduğunu, retroperitoneal girişimlerin daha sık intraoperatif hemodinamik instabiliteye yol açtığını söyledi. Dr. Cisek, ise retroperitonoskopik RPLND ve nefrektomideki cerrahi girişim tecrübesini aktardı.

Dernek toplantısı Dr. Stu Bauer'in yeni ICCS terminolojisini aktarması ile sonlandı.

## "Plenary Sessions" Toplantıları

Pazar sabah John Duckett Lecture'nda Dr. Jordan, çocuklarda üretra darlıklarına yaklaşımı anlattı. Çocuk üretra darlıklarının önemli bir kısmının iatrojenik olduğunu belirtti. Üretrotomi internanın başarı oranını % 30 olarak verirken, uzun dönemde bu başarının da düştüğünü vurguladı. Üretrotomi endikasyonunun; sadece bulböz üretrada lokalize, 1- 1.5 cm' i geçmeyen, derin spongiyofibrosis eşlik etmediği darlıklar ile sınırlı tutulması gerektiğini belirtti. Eğer ilk girişim başarısız olursa, tekrar eden internal üretrotomi ya da dilatasyonların daha sonraki cerrahi rekonstrüksiyonu komplike hale getirmekten başka işe yaramayacağını önemle belirtti. Ön üretra darlıklarında substitusyon gerektiğinde fleplerin greftlere tercih edilmesi gerektiğini vurguladı. Arka üretradaki travmatik darlıklarda bir çok olguda perineal yolla uç-uç anastomozun mümkün olduğunu, transpubik yaklaşımın sekonder olgularda tercih edilmesi gerektiğini anlattı.

Daha sonra Pat Casale, "State of the Art" konuşmasında çocuk ürolojisinde robotik cerrahinin yerinden bahsetti. Özellikle pyeloplasti gibi rekonstrüktif girişimlerde robotun ne kadar etkin olduğunu video sunumları ile vurguladı.

Bu sabahın önemli konuşmalarından bir tanesini Danimarka'dan Dr. Thorup yaptı. "Danish Orchiopexy Trial" başlıklı bu konuşmada orkiopoksi yapılan ve takip edilen 1.801 çocuğun 1972 yılından beri olan takip verileri sunuldu. Dr. Thorup, inmemiş testisli çocukların testislerinde doğumda germ hücrelerinin olduğunu, ancak yenidoğan dönemi ile birlikte sayıda bir azalmanın başladığını ve özellikle 1 yaş sonrasında inmemiş testislerin çoğunda belirgin germ hücre kaybı yaşandığını vurguladı. İntratübüler neoplazi oranını % 4 olarak belirten Thorup, bu patolojinin sadece intraabdominal testislerde, ya da anormal dış genitalyaya veya karyotipi olan çocuklarda bulunduğunu, diğer taraftan inguinal

inmemiş testislerin hiçbirinde karsinoma insituya rastlanmadığını gösterdi. Ayrıca bilateral inmemiş testislerden alınan biyopsilerdeki germ hücre sayıları ile serum inhibin B seviyeleri arasında korelasyon olduğunu vurguladı. İnmemiş testis etyopatogenezi ile ilgili olarak da, tek taraflı olguların önemli bir kısmının olayın kaudal gelişim sürecindeki bir hata olarak ortaya çıktığını, bilateral olguların ise en az % 25'inde nedenin geçici bir hipogonadal patolojiye bağlı olabileceğini, % 50 olguda ise plasantal yetmezliğe bağlı gelişebileceğini belirtti.

Karşılıklı konuşmasında ise Dr. Koyle ve Dr. Shortliffe VUR'da antibiyotik kullanılınsın mı kullanılmamasın mı konusunda tartıştılar. Dr. Koyle, literatür verilerinin VUR'da verilen profilaksinin renal skar gelişimini önlediğini desteklemediğini, buna karşın antibiyotiklere karşı direncin giderek arttığını açıkladı. Özellikle, profilaksi kesilerek izlenen, 3. derece ya da altında reflüsü olan büyük çocuklarda, pyelonefrit gelişme oranını % 3 olarak verirken yeni skar gelişmediğini gösteren datalar sundu. Dr. Shortliffe ise, antibiyotik direncinin hatalı kullanıma bağlı olduğunu, özellikle anatomik yapı nedeni ile ya da genetik özellikleri nedeni ile riskli hasta grubunda profilaksinin renal skar gelişimini engelleyeceğini belirtti. Tartışma, VUR'da profilaksi alan ve almayan hasta gruplarında yeni renal skar gelişimini inceleyen prospektif randomize çalışmaların verilerine ihtiyaç duyulduğu sonucu ile bitti.

Wake Forest'dan Dr. Tony Atala, amniyotik kök hücreler ile yapılan doku mühendisliği teknolojisini anlattığı konuşmasında, amniyotik kök hücrelerin embriyonik kök hücreler gibi pluripotent olduğunu ancak bunlar gibi malign potansiyelleri olmadığını vurgulayarak, bu hücrelerin doku mühendisliği açısından son derece uygun bir kaynak gibi durduklarını bildirdi.

Salı sabahı "breaking news" konuşmasında Dr. Krieger, sirkumsizyonun HIV enfeksiyonunu azalttığını gösteren 2 prospektif randomize çalışmanın sonuçlarını verdi. Bu sonuçlara göre sirkumsizyonun HIV enfeksiyon riskini yaklaşık olarak % 50 oranında azalttığını bildirdi.

Çarşamba günü Dr. Nagler' in yönettiği "Ürolojik hasarlıklar, tedavileri ve erkek fertilitésine etkileri" başlıklı bir panel düzenlendi. Dr. Thomas Kolon inmemiş testis, orkiopoksi ve fertilité ilişkisine değindi. Öncelikle, 9. ayda ve 3. yaşta orkiopoksi yapılan çocukların testis boyutlarının prospektif olarak karşılaştırıldığı bir çalışmada, erken orkiopoksi grubunda testis hacminde anlamlı artma saptanırken, geç grupta bu artmanın olmadığını anlattı. Ayrıca, geç müdahale edilen olgularda, Ad spermatogoniyalar azalırken gonositlerin arttığını, birlikte intratübüler displastik hücrelerin ve dolayısı ile kanser riskinin arttığını söyledi ve Mayıs 2007'de New England Journal of Medicine'da yayınlanan İsveç epidemiyolojik çalışmasının verilerine göre, 13 yaşından önce orkiopoksi yapılan hastalarda, 13 yaşından sonra yapılanlara göre testis tümörü görülme oranının yarı yarıya azaldığını belirtti. Tek taraflı inmemiş testisli olgularda erişkin dönemde anormal spermioqram saptanma oranını % 50 olarak verirken (çocuk sahibi olamama oranı % 10), bilateral grupta bu oranı % 75 (çocuk sahibi olamama oranı % 35) olarak verdi. Sonuç olarak, orkiopeksinin, spermatogonia sayısındaki ve dolayısıyla testis hacmindeki azalmayı engellemek amacıyla 6. aydan daha geç önerilmediğini belirtti.

Daha sonra Dr. Sandlow, inmemiş testislerde Cis gelişme riskini % 2-3, testis tümörü gelişme riskini ise % 3-5 olarak verdi (Normal popülasyonda hayat boyu testis tümörü gelişme riski 1 / 500 ve yıllık oran 4-6 / 100.000 olarak verildi). Bu nedenle inmemiş testisli hastaların hayat boyu aylık kendi kendine muayene ile kontrol edilmeleri gerektiğini, ancak rutin takipte ultrasonun muayene üstünlüğünü gösteren bir çalışma olmadığını açıkladı. Son olarak söz alan Dr. Goldstein ise, vaz deferens yaralanmalarına en sık yol açan girişimin çocukluk çağı herni onarımları olduğunu vurguladı. Ayrıca, özellikle laparoskopik onarımlar sırasında kullanılan mesh'lerin de vazal hasar yapabileceğini belirtti.

Florida Üniversitesi Kadın Doğum bölümünden Dr. Simpson, "Yardımcı üreme teknikleri doğumsal anomali riskini artırır mı?" isimli bir konuşma yaptı. Sonuç olarak yardımcı üreme teknolojisi kullanımı sonrası anomali görülme oranının bir miktar arttığını (relatif risk olarak 1.3 - 1.4 kat), ICSI'de ek olarak % 0.6 daha fazla sayısal seks kromozomu anomalisi görülebileceğini söyledi.

Ancak diğer bir bakış açısının ise, yardımcı üreme teknolojisi kullanmak zorunda olan anne-babalara ait hali hazırda zaten var olan sorunların, çocuklara aktarılacak anomali riskinin yükselmesi olduğunu açıkladı.

## Bazı Önemli Podyum ve Poster Sunuları

Atlanta'dan Dr. Kirsch, subüreterik enjeksiyonda "double Hit" tekniğinin sonuçlarını verdi. Burada ilk enjeksiyon proksimal üreter içine, 2. enjeksiyon distal üreter içine yapılmakta, daha sonra ise standart STING ve en sonra da tünelin üstüne 4. bir enjeksiyon (GNIST) yapılmakta. Böylelikle başarı oranının % 90' lara çıktığı bildirildi.

Boston Çocuk Hastanesi'nden Craig Peters ve arkadaşları ise primer VUR' de yıllık spontan düzelmeye oranlarını veren nomogram çalışmaları ile en iyi poster ödülllerinden birini aldılar. Erken düzelmeyi gösteren en önemli parametreler sırası ile, antenatal tanı ve kardeş reflüsü; tanı yaşı (en anlamlı 4 aydan küçük bebekler); erkek cinsiyet; unilaterale reflü ve reflü derecesi olarak verildi.

Cincinnati grubu, enjeksiyon sonrası 3. aydaki başarı oranının % 79 olarak verirken, 12. ayda VCUG'de % 17.3 oranında rekürren VUR saptandığını bildirdi.

Laparoskopik orkiopoksi sonuçlarının incelendiği Boston çalışmasında, en yüksek testis atrofisi oranının % 66 ile tek seans Fowler-Stephens' da olduğu, 2 seans FS veya primer laparoskopik orkiopeksiden sonra ise atrofi oranının % 4 civarında bulunduğu bildirildi. İnternal halkaya >2.5cm mesafede olan testislerin skrotuma ulaşmalarının çok zor olduğu ve bunlarda vasküler yapıların kesilmesinin gerekebileceği açıklandı.

Bir başka en iyi poster ödülü Milan' dan yapılan bir çalışmaya verildi. Bu çalışmada feminizan genitoplasti geçiren çocuklarda, tedavi yaşı ve ebeveyn bilgilendirilmesinin önemini sonuçları sunuldu.

Tony Atala ve ekibi, idrar örneğinden ürotelyal hücrelerin izole edilebileceğini ve elde edilen hücrelerin kültür ortamında büyütülebileceğini ve daha sonra doku mühendisliği için hücre kaynağı olarak kullanılabileceğini gösterdikleri çalışma, bu teknolojinin ulaştığı noktayı göstermesi açısından oldukça önemliydi.

Aynı ekibin en iyi poster ödülü alan çalışmasında ise 4-19 yaşları arasındaki 7 myelomeningoselli hastada otolog doku mühendisliği teknolojisi ile oluşturulmuş mesaneler ile yapılan mesane augmentasyonunun sonuçlarını sunuldu. Sistoskopi sırasında biyopsi ile alınan ürotelyum ve kas hücrelerinin kollajenden ve kollajen / poliglukolik asitten yapılmış biyodegrade olan mesane şeklindeki kalıplara ekildiği ve ortalama 7 hafta sonra bu mesanelerin hastalara implante edildiği ve bir grubun omental flep ile kaplanırken diğer grupta bunun yapılmadığı açıklandı. Ortalama 46 aylık takiplerde en iyi sonuçların kollajen-PGA kalıplara ekilen ve omentum ile örtülerek implante edilen mesanelerde bulunduğu bildirildi. Tüm hastalarda kapasite ve komplians arttığı, taş ve mukus gibi bir sorun ile karşılaşmadığı ve böbrek fonksiyonlarının etkilenmediği gösterildi.

**Dr. Tarkan SOYGÜR**  
**Ankara Üniversitesi Üroloji AD**  
**(Çocuk Ürolojisi BD)**



## BÖBREK VE TESTİS TÜMÖRLERİ TOPLANTI İZLENİMLERİ

AUA 2007 Bilimsel Kongresi'nde (Mayıs 19-24, Anaheim Kaliforniya, ABD) sunulan bildirilerin böbrek hücreli kanser ve testis tümörü ile ilgili olanları arasından kongredeki izlenimlerime ve kongrenin eve mesaj oturumundaki vurgulamalara göre dikkati çeken, kayda değer olanların mümkün olduğunca özlu ve kapsamlı bir değerlendirmesini yapmaya çalıştım. Meslektaşlarıma yararlı olmasını diliyorum.

### Böbrek Tümörleri

Böbrek Biyopsileri. No. 905 (Remzi M, Viyana, Avusturya). Bu çalışmada böbrek kitlesi olan (ortalama 3,6+/-2,8 cm) 96 hastaya helikal BT - floroskopi eşliğinde 18 G prostat biyopsi iğnesi ile perkütan böbrek biyopsisi (44 hastaya ek olarak aspirasyon sitolojisi) yapılmış. Doku biyopsilerinde (18 G iğne ile) % 3,1 (n=3), aspirasyon biyopsilerinde ise % 11,4 (n=5) materyal yetersizliği olmuş. Biyopsilerde 51 (% 74) renal hücreli karsinom ve 15 (% 23) selim lezyon (onkositom = 14, anjiomyolipom = 1) saptanmış. Doku biyopsilerinin doğruluğu habis lezyonlarda % 100, selim lezyonlarda % 87,5 olarak belirlenmiş. Komplikasyon olarak bir hastada marjinal pnömotoraks, 4 hastada ise küçük perirenal hematoma meydana gelmiş. Sonuç olarak işlemin doğruluğunun yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada (No. 1107) Boston'dan Eisner BH ve arkadaşları 4 cm. den küçük tümörlerde preoperatif böbrek biyopsilerinin (doku / ince iğne aspirasyon biyopsisi) doğruluğunu % 97,7 ve özgüllüğünü (spesifisite) % 100 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca, bu preoperatif biyopsiler nedeniyle, cerrahi olarak çıkarılan böbrek dokularındaki selim lezyon oranının preoperatif biyopsi yapılmayanlara (% 20) göre önemli ölçüde (% 4,5) düştüğünü rapor etmişlerdir. Yine aynı çalışmacılar 1110 No.lu bildirilerinde doku biyopsileri ve ince iğne biyopsilerinin birlikte uygulanmasının doğruluğunun ve duyarlılığının (sensitivite), herhangi birisinin yalnız uygulanmasına göre daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir.

No. 495. (Gill IS, Kavoussi LR, Lane BR et. al. Cleveland, Baltimore, Rochester). Cleveland Klinik, Johns Hopkins ve Mayo Klinik' in prospektif bir çalışma olmayan bu ortak bildirisinde 1800 açık (n=1029) ve laparoskopik (n=771) parsiyel nefrektominin karşılaştırması yapılmıştır. Açık ameliyat yapılan hastaların klinik ve onkolojik olarak daha riskli hastalar olduğu belirtilmiştir. Laparoskopik nefrektominin ameliyat süresinin, kan kaybının ve hastanede kalış süresinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az olduğu ve intraoperatif komplikasyonların eşit olduğu rapor edilmiştir. Öte yandan laparoskopik nefrektominin iskemi süresinin daha uzun ve postoperatif komplikasyonlar ile ek girişimlerin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Postoperatif 3. ayda böbrek fonksiyonu oranının ve 3. yılda HÖS oranının da benzer olduğu rapor edilmiştir. Sonuç olarak her iki yöntem ile fi 7 cm.lik tümörlerde eşdeğer fonksiyonel ve onkolojik sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir. 496 No.lu bildiride Cleveland Klinik' ten Gill ve arkadaşları yaptıkları 557 laparoskopik parsiyel nefrektominin 5 yıldan fazla takibi olan 56' sına ait sonuçları rapor etmişlerdir. Bunlardan 37'sinde (% 66) renal hücreli karsinom bulunmuştur. Ortanca 5,7 (5-6,9) yıllık takipte hiç birinde uzak metastaz gelişmemiş, sadece 1' inde lokal nüks tespit edilmiştir. Beş yıllık takip verilen ilk analiz olduğu bildirilen bu çalışmaya göre laparoskopik parsiyel nefrektominin artık açık nefrektomiye kendisini ispat etmiş bir alternatif olduğu belirtilmektedir.

No. 641. (Thompson RH et. al. Rochester, ABD). Prospektif olmayan bu çalışmada 4 cm. den küçük böbrek tümörü olan hastalara 1989-2003 yılları arasında radikal nefrektomi (n=290) veya parsiyel nefrektomi (n=398) yapılmış ve sonuçları karşılaştırıldığında ortanca 7,1 yılda toplam sağ-kalmanın tüm hastalar analiz edildiğinde farklı olmadığı fakat 65 yaşından küçük hastalar (n=327) karşılaştırıldığında radikal nefrektominin anlamlı olarak daha kötü olduğu bulunmuştur. Bunun nedeninin radikal nefrektomi ile meydana gelen nefron kaybı olabileceği bildirilmiştir. 1114 No.lu bildiride Eswara JR ve arkadaşları (Boston, ABD) radikal (n=43, ortalama 6 yıl takip) ve parsiyel nefrektomiden (n=26, ortalama 5 yıl takip) sonra uzun dönemde böbrek fonksiyonlarını araştırmışlar ve radikal nefrektomi geçirenlerde glomerül filtrasyon hızının parsiyel nefrektomi olanlara göre daha fazla düştüğünü (26,6 mg/dl düşüşe karşın 15,5) ve erken postoperatif değerlerin de daha düşük olduğunu (48,1 e karşın 60,5 mg/dl) göstermişlerdir.

Bu nedenle mümkün olan vakalarda parsiyel nefrektomi yapılmasını önermektedirler. Küçük Böbrek Tümörlerinin Kriyoterapi ve Radyofrekans Dalgaları ile Ablasyonu (RFA). 497 No.lu bildiride (Cleveland Klinik) kriyoterapi ya da RFA ile tedavi edilen böbrek tümörlerinin MRI ile takibi değerlendirilmiştir. Kriyoterapi ile tedavi edilen hastaların takibinde MRI güvenli sonuçlar vermesine rağmen RFA ile tedavi edilenlerde güvenilir bulunmamış ve bunlarda post operatif 6. ayda biyopsi yapılması önerilmiş. 6. ay biyopsileri RFA ile tedavi edilenlerde % 64,8, kriyoterapi ile tedavi edilenlerde ise % 93,8 negatif bulunmuş. Cleveland Klinik' ten aynı çalışmacıların yaptığı 635 No.lu çalışmada RFA tedavisinden sonra % 9 (16/178), kriyoblastasyondan sonra ise % 24 (25/103) lokal tümör nüksü tespit edilmiş. Bunlara yapılan kurtarma cerrahisi ile ilgili olarak ise her iki tedaviden sonra da ciddi perinefrik fibrozis olduğu, bunun kriyoblastasyondan sonra çok daha fazla olduğu bildirilmiş ve bu hastaların seçiminde çok dikkatli olmak gerektiği rapor edilmiş. 1116 no.lu çalışmada Starburst XL (RITA Medical) RFA başlığı kullanılarak < 4 cm 32 adet böbrek tümörü koagüle edilmiş, ve koagülasyondan sonra hiler klamp uygulanmaksızın laparoskopik olarak soğuk makas ile eksize edilmiş. Eksizyon yatağına sadece fibrin yapıştırıcı uygulanmış. Ortalama kan kaybının 80 cc olduğu, sadece 4 tm. de cerrahi sınırın pozitif olduğu ve ortalama 31 ay takipte hiç nüks olmadığı bildirilmiştir. 1297 No.lu prospektif çalışmada RFA tedavisi BT eşliğinde ve genel anestezi altında yapılmış ve 4-6 hafta içinde biyopsi uygulanmış. Ortanca 18 aylık takipte % 97 komplet ablasyon, ve % 98,7 kansere özgü sağ-kalım rapor edilmiş. İntravenöz sedasyon ile yapılan tedavilere göre daha iyi lokalizasyon sağlandığı ve sonuçların bu nedenle daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Küçük Böbrek Tümörleri. 509 No.lu prospektif, çok merkezli çalışmada (Toronto, Kanada) 100 hastaya ait toplam 121 adet cT1aNOMO böbrek tümörü (Ortalama 2,1 cm: 0,4-3,9) konservatif olarak takip edilmiştir. Tümörün takipte > 4 cm boyuta erişmesi ya da 1 yıldan az bir sürede 2 kat büyümesi cerrahi endikasyon sayılmıştır. 44 hastaya biyopsi yapılmış, bunlardan % 56' sı habis, % 34' ü selim (n=11 normal, 2 anjiomyolipom, 1 onkositom) ve % 10' u sonuçsuz neticelenmiştir. Ortalama 10 aylık takipte yıllık ortalama büyüme 0,14 cm olarak hesaplanmıştır. Çalışmacılar küçük böbrek tümörlerinin konservatif takibinin güvenli olduğunu ve tedavinin başarı şansını riske atmaksızın geciktirilebileceğini belirtmişlerdir.

640 No.lu çalışmada (Philadelphia, PA) literatür araştırması ile küçük böbrek tümörlerinde nefron koruyucu cerrahi (NKC) (n=4447), RFA (n=362), kriyoterapi (n=293) ve konservatif takip (n=331) seçenekleri karşılaştırılmış ve NKC' ye göre RFA ve kriyoterapinin lokal nüks oranının daha yüksek olduğu, uzak metastaz açısından NKC, RFA ve kriyoterapinin farklı olmadığı, fakat konservatif takipteki hastaların metastaz oranının bu üçünden anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur.

Sonuçta küçük böbrek tümörlerinde bu 4 seçeneğin de uygulanabileceği belirtilmiştir. Aynı merkezden yapılan 642 No.lu çalışmada cerrahi tedaviden önce fi 12 ay takibi olan berrak renal hücreli karsinomlar (n=28; ortanca 2,3 cm: 0,5-12,0) değerlendirilmiş ve düşük dereceli (I / II) tümörlerin büyüme hızının yüksek dereceli (III / IV) olanlardan anlamlı derecede yavaş olduğu bulunmuştur; 0,21 cm/yıl' a karşın 0,72 cm/yıl. Sonuç olarak aktif takip yapılan hastalardan tümörleri hızlı büyüyenlerinin patolojik özelliklerinin de daha kötü olduğu rapor edilmiştir. 1117 No.lu çalışmada (UCLA, Kaliforniya, LA) < 4 cm 502 böbrek tümörünün cerrahi ve patoloji özellikleri verilmiştir. Bunlarda 412 (%82) RCC, 44 (% 8,76) onkositom, 15 (% 2,98) anjiomyolipom, 10 (% 1,99) TCC saptanmıştır. RCC olan hastaların 48' i (%12) klinik olarak metastatik imiş; 40 M1, 4 N+M0, 4 N+M1. Ortanca 40 ay takipte, HÖS 5. ve 10. yılda metastatik olmayan RCC' li hastalarda % 98 ve % 93, metastatik olanlarda % 45 ve % 45 (5. yıldan sonra ölüm olmamış) olarak hesaplanmıştır. Prognostik Faktörler. 632 No.lu çok merkezli retrospektif çalışmada tümör trombusünün seviyesinin (n=640) HÖS' a (%) etkisi araştırılmış. Ortanca 47,7 (13-85) ayda tablodaki sonuçlar bulunmuştur.

Trombus Seviyesi	n	5 Yılda % HOS	10 Yılda % HOS
Renal Ven	261	48	25
IVC / Diyafram Altı	215	45	28
IVC / Diyafram Üstü	164	26	-

Sonuç olarak pT3b olan (renal ven ve diyafram altı IVC tutulması) hastaların prognozunun aynı olduğu, pT3c olan (diyafram üstü IVC tutulması) hastaların ise prognozunun çok daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Klasik bilgi damar duvarı invazyonu olmayan hastalarda prognozun fark etmediği idi. Ancak bu çalışmada damar duvarı invazyonundan bahsedilmemiştir). 1304 No.lu benzer çalışmada (Almanya), tümör trombüsü seviyesinin hepatik venlerin (diyaframın değil) altında ya da üstünde olmasının prognostik olarak anlamlı olduğu belirtilerek TNM 2002 sınıflamasının buna göre değiştirilmesi önerilmektedir.

901 No.lu çalışmada (MD Anderson Cancer Center, Houston), pT3NOMO olan 419 hasta üzerinde yapılan analizde bunların (a) 211'inde (% 50,4) sadece kapsül dışına taşma, (b) 72'sinde (% 17,3) sadece venöz trombüs, (c) 136'sında (% 32,5) ise hem taşma, hem de venöz trombüs olduğu görülmüştür. Ortanca 45,1 aylık takipte a ve b grubundaki hastaların hastalıktan ölüm riskinin benzer olduğu (HR 1.018), c grubundakilerin ise anlamlı olarak daha kötü olduğu (HR 2.660) bulunmuştur. Kapsül dışına taşmanın yerinin (perinefrik yağ, renal sinüs, toplayıcı sistem) ve venöz trombüs seviyesinin ölüm riski açısından anlamlı olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak 2002 TNM sisteminin bu bulgular ışığında yenilenmesi gerektiği söylenmiştir. 911 No.lu çalışmada (Sao Paulo, Brezilya), ASA (America Society of Anesthesiology) sınıflandırmasının prognostik önemi araştırılmış (n=145) ve ortalama 41,7 ay takipte ASA 3 olan hastaların prognozunun (HÖS) ve postoperatif komplikasyonlarının ASA 1 ve 2 olanlara göre çok daha kötü olduğu bulunmuştur. 1115 No.lu çalışmada (Sao Paulo, Brezilya), cT1-4NxMO renal hücreli karsinomu olan, radikal ya da nefron koruyucu cerrahi geçiren 230 hasta üzerinde yapılan çalışmada mikrovasküler invazyonun (MVI) prognostik önemi araştırılmış. 10 yıldan fazla takibi olan (Ortanca takip 48 ay; 3-140) grupta 6 yıldan sonra ölüm görülmemiş ve 10 yılda MVI (+) olanların HÖS'ı % 39,7 iken, (-) olanlarınki % 88 bulunmuştur. MVI tümör çapı, derecesi, lenf metastazı ve sarkomatöz diferansiyasyon ile korele bulunmuş ve çok değişkenli analizde bunlardan daha kuvvetli anlamlı bağımsız faktör olarak ortaya çıkmıştır. 1118 No.lu çok merkezli retrospektif çalışmada, böbrek tümörü (berrak hücreli=590, kromofob=168, papiller=49) nedeniyle parsiyel nefrektomi geçiren hastaların (n=807) prognozuna tümör histolojisinin etkili olup olmadığı araştırılmış ve bu küçük tümörlerde (ortalanca 3 cm; 0,5-17) kansere bağlı ölüm ile tümör histolojisi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

638 No.lu çalışmada, çok değişkenli analizde makroskopik tümör nekrozunun metastatik olmayan böbrek hücreli karsinomunun prognozunda diğer prognostik faktörler (tümör çapı, patolojik evresi, derecesi) ile birlikte anlamlı olduğu belirtilirken, 1245 No.lu çalışmada, metastatik tümörlerin olguların % 20' sini oluşturduğu bir grupta tümör nekrozunun çok değişkenli analizde diğer faktörlere karşın üstünlüğü olmadığı belirtilmiştir (1245 No.lu çalışmada da metastatik olmayan tümörler üzerinde istatistik yapılsa idi belki de 638 No.lu çalışmadaki ile aynı sonuç elde edilebilirdi). 1250 No. lu çalışma ile oluşturulan böbrek hücreli karsinom metastaz nomogramına, tümör nekrozunun prognostik özellik olarak eklenmesi olması da tümör nekrozunun önemli olduğunu gösteren diğer bir belirtidir. 1256 No.lu çalışmada, 280 berrak hücreli renal karsinom üzerinde yapılan çalışmada "transforming growth factor beta II reseptörünün" immünohistokimyasal analizinde reseptör varlığı düşük, orta ve yüksek derece olarak analiz edildiğinde prognozun reseptör varlığı arttıkça kötüleştiği, ve bunun diğer prognostik göstergeleri daha iyi olan tümörlerde daha belirginleştiği bulunmuştur. 1253 No.lu çalışmada (Milano, İtalya), pT3a böbrek hücreli karsinom olan hastalarda (n=103) renal sinüs yağ invazyonu ile perinefrik invazyon arasında bir fark olup olmadığı araştırılmış, 42,9 aylık ortanca takipte 5 yıllık HÖS'in (901 No.lu çalışmadaki bulgunun aksine) renal sinüs yağ invazyonu olanlarda % 49, perinefrik invazyon olanlarda % 74 olduğu görülmüştür.

Tümör Belirteçleri. 319 No.lu çalışmada (Rochester, Jacksonville, ABD), berrak hücreli renal karsinom nedeniyle nefrektomi yapılmış 298 hastanın spesmenlerinde immünohistokimyasal olarak survivin (yüksek / alçak) ve B7-H1 (+ / -) boyaması yapılmış ve "survivin yüksek ve B7-H1 +" olan hastaların prognozunun çok kötü (5 yıllık HÖS % 16,2), "survivin alçak ve B7-H1 -" olanların ise prognozunun çok iyi (5 yıllık HÖS % 89,3) olduğu gösterilmiştir. 448 No.lu çalışmada (Rochester, ABD), berrak hücreli renal kanser nedeniyle nefrektomi yapılmış 327 hastada tümör damarlanması ile ilgili B7-H3 boyaması yapılmış ve (+) olanların 10 yıllık HÖS'ları % 32,3 bulunurken (-) olanlarınki % 75,3 olarak hesaplanmıştır. 908 No.lu çalışmada (Tokyo, Japonya), preoperatif olarak ölçülen CRP'nin < 0,5 ve fi 0,5 mg/dl değerlerinin, yüksek değer kötü olmak üzere, lokalize renal hücreli karsinomlarda prognostik olarak anlamlı olduğu rapor edilmiştir. 1240 No.lu çalışmada (Seul, Kore), nefrektomi yapılan metastatik olmayan berrak hücreli renal karsinomlarda preoperatif ESR, alkalen fosfataz, tümör nekrozu, evresi, derecesi ve büyüklüğünün çok değişkenli analizde anlamlı prognostik göstergeler olduğu bulunmuştur.

Yeni Tedaviler. 630 No.lu çalışmada (Boston, ABD), böbrek tümörlerinde CyberKnife(tm) kullanılarak hipofraksiyone stereotaktik radyocerrahi (HSR) uygulamasının ilk denemesi rapor edilmektedir. HSR yöntemi ile tümöre bir kez de çok yüksek radyasyon dozu verilebilme ve tümör etrafı dokuların radyasyondan etkilenmesi çok minime indirilmektedir ve yöntem anestezi olmaksızın da uygulanabilmektedir. Yöntemin geniş uygulamasına geçebilmek için faz I (doz tayini) ve II (toksikite tayini) çalışmalar devam etmektedir. 902 No.lu çalışmada (Ulm, Almanya), açık nefron koruyucu cerrahiden sonra tümör yatağında hemostaz sağlanmak amacı ile ince bağırsak submukozasının (SIS(r)) kullanımı (53 hastada 55 tümör için) rapor edilmiş ve postoperatif kanama komplikasyonlarını engellemek için kullanılabilir iyi bir yöntem olduğu bildirilmiştir. 1112 No.lu çalışmada (Burlington, MA, ABD), daha önce karaciğer rezeksiyonlarında kullanılan Habib(tm) 4 X bipolar rezeksiyon cihazının nefron koruyucu cerrahide kullanımı (n=21) rapor edilmiştir. Bu cihaz böbrek tümörünün etrafında 0,5-1 cm derinlikte koagülasyon oluşturmakta ve bundan sonra da tümör soğuk makasla hiler klamp uygulanmaksızın, az miktarda kanama ile eksizye edilmektedir. Bu cihazın kolayca ve etkin olarak kullanılabilirdiği söylenmektedir. 1241 No.lu çalışmada (Innsbruck, Avusturya), robotik (DaVinci) parsiyel nefrektomi (n=26) rapor edilmiştir. İlk 12 hasta arteriel klamp ve soğutma uygulanmış, sonraki 14 olgu sıcak iskemi ile yapılmıştır. Açık cerrahiye iyi bir alternatif olduğu belirtilmektedir.

499 No.lu çalışmada (Münih, Almanya), çok merkezli, prospektif randomize tasarımı sorafenib'in (800 mg/gün) hepsi nefrektomi geçirmiş, birden fazla organda metastazı olan ve primer medikal tedavisi başarısız olmuş hastalarda (n=31) ikincil tedavi olarak etkinliği araştırılmış. Ara değerlendirmeden sonra plasebo grubundaki tüm hastalar, etik neden ile sorafenib grubuna geçirilmiştir. Sorafenib grubunda progresyonsuz sağ-kalım ve toplam sağ-kalım'ın plasebo grubuna göre daha iyi olduğu bildirilmiştir. 500 No.lu çalışmada (Ulm, Almanya), radikal nefrektomiden sonra verilen adjuvan "renale" aşısının (n= 558) etkisini araştıran çok merkezli, faz III çalışmasının sonuçları rapor edilmiş ve kontrol grubuna göre tedavi grubunun progresyonsuz sağ-kalım ve toplam sağ-kalım üzerine anlamlı olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. 633 No.lu çok merkezli, randomize, prospektif faz III çalışmada yüksek riskli hastalarda (n=728) renal hücreli karsinom nefrektomisinden sonra "Vitespen" aşısının uygulanması rapor edilmiştir. Nefrektomiden sonra hastaliksiz olduğu düşünülen hastalarda (n=604) progresyon olmaksızın sağ-kalım açısından aşı lehine fakat anlamsız, iyi prognostik faktörü olan hastalarda (n=361) ise aşı lehine fakat anlamlı (p=0,018) sonuçlar elde edilmiştir. Toplam sağ-kalım açısından henüz anlamlı bir netice ortaya çıkmamıştır. 909 No.lu çok merkezli faz II çalışmada, nefrektomi yapılmış metastatik renal hücre karsinomlu hastalarda IL-2 ya da IFN alfa 2a ile birlikte CG250 monoklonal antikor (Rencarex(r)) tedavisinin (CG250 antijeni berrak hücreli renal karsinom hücrelerinin % 95'inde mevcut iken normal böbrek hücrelerinde bulunmaz) etkinliği araştırılmış ve tedavinin bu gruptaki hastalarda klinik olarak önemli tümör cevabı sağladığı, hastalığı stabilize ettiği ve klinik fayda sağladığı rapor edilmiştir. 1307 No.lu çalışmada (Cleveland, OH, ABD), < 4 cm. böbrek tümörü olan 5 hastaya radyocerrahi uygulanmış ve bundan 8 hafta sonra parsiyel ya da radikal nefrektomi yapılmıştır. Beş hastadan 3'ünde patolojide tam nekroz saptanmış sorafenib ile yapılan in vitro deneylerde ise radyo-duyarlaştırıcı etki gözlenmiştir.

İleri Evre Böbrek Tümörleri. 1305 No. lu çalışmada, ileri evre böbrek ve mesane tümürlü hastalarda 4 mg zoledronik asit'in etkisi araştırılmış ve plaseboya karşın zoledronik asit'in iskelet ile ilgili komplikasyonların oluşmasını geciktirdiği ve azalttığı bulunmuştur.

## Testis Tümörleri

No. 582 (Gilbert SM et. al., Ann Arbor, MI, ABD). Bu çalışmada NCI ve SEER veritabanları kullanılarak 1973-2002 yılları arasında testis tümörü insidensi (Tablo 1) ve sağ-kalımındaki (Tablo 2) değişiklikler araştırılmış.

Tablo 1. Testis tümörü insidensinin 1973 ve 2002 yılı arasında değişimi.

Tümör Cinsi	Insidens (100.000' de)	1973	2002
NSGHT		1,5	2,2
Seminom		1,8	3,3

Tablo 2. Testis tümörü sağ-kalım oranlarının (%' de olarak) 1973-1977 ve 1978-2002 (kemoterapi dönemi) yılları arasında değişimi.

Tümör Cinsi	5 Yıllık Sağ-kalım (%)	1973 - 1977	1978 - 2002
NSGHT		0,94	0,98 (p<0,05)
Seminom		0,72	0,93 (p<0,05)

Neticede her iki tümör cinsinin insidensinin ve sağ-kalım oranının anlamlı olarak arttığı ve sağ-kalım oranının artışında etkili kemoterapi uygulamasının önemli olduğu bulunmuştur.

No. 835 (Kakiashvili D et. al., Toronto, Kanada). Bu çalışmada klinik Evre I NSGHT' lerde prospektif aktif takip protokolünün sonuçları değerlendirilmiştir. Aktif takip seçiminde risk faktörleri göz önüne alınmaksızın tüm hastalar (n=305) 1981' den 2004' e kadar takip edilmiş ve nüks edenlere gecikmiş tedavi uygulanmış. Ortanca takip 6,3 yıl (0,1-24,3). Progresyon 77/305 (% 25). Nüks kadar geçen ortanca süre 0,6 yıl (0,2-12,4); 3 hasta haric hepsi ilk 24 ayda nüks etmiş. Çok değişkenli analizde lenfovasküler invazyon (LVI) ve/veya saf embryonal karsinom (<% 100 değil) patolojisinin olmasının nüks için anlamlı (p<0,05) risk faktörü olduğu bulunmuştur. 228 (% 75) hasta sadece orşiektomi ile şifa bulmuş, 19' una (% 6) sadece RPLND, 20'sine (% 6,5) sadece kemoterapi ve 38'ine de (% 12,5) değişik kombine tedaviler uygulanmış. Bunlardan 8'i kaybedilmiş; sadece 2'si (% 0,7) testis tümörü nedeniyle ölmüş. Sonucunda % 97,5 toplam sağ-kalım (TS) ve % 99,4 hastalığa özgü sağ-kalım (HÖS) oranına ulaşılmıştır. Sonuç olarak da klinik Evre I NSGHT' lerde risk faktörü gözletimsiz aktif takip uygulamasının çok etkili olduğu ve standart seçenek olarak kabul edilebileceği, nüks olması halinde bunların hemen hepsinin gecikmiş tedavi/ler ile kurtarılabilirliği ve böylece de sadece orşiektomi ile kurtarılacak hastalarda gereksiz fazla tedaviden kaçınılabileceği belirtilmiştir.

No. 836 (Kakiashvili D et. al., Toronto, Kanada). Bir önceki çalışmanın yan kolu olan bu çalışmada, aktif takip protokolü ile izlenen klinik Evre I NSGHT' lü hastalarda nükslerin tespit edilme şekilleri incelenmiş ve takip konusunda önerilerde bulunulmuştur. Takipte ilk 2 yıl 4 ayda bir abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (A-P BT) ve 2 ayda bir diğer incelemeler (öykü alma, bilinçli fizik muayene, tümör belirteçleri, akciğer grafisi) yapılmıştır. 77 hastada 92 nüks (65 hastada tek nüks, 11' inde 2, 1'inde 5 nüks) tespit edilmiştir. Nüks sıralaması: Retroperitoneal bölge 71 (% 71), akciğer 16 (% 17), periferik lenf düğümleri 8 (% 9) ve mediasten 3 (% 3,2). 60'ı (% 78) ilk yıl içinde, 14' ü (% 18) 2. yıl, 1' i 2,7 yıl sonra ve 2' si de 10 yıldan sonra (2. yıldan sonra nüks eden 3 hastada kurtarılmış) nüks etmiş. Nüks olduğuna ilk gösteren inceleme (tek başına ya da diğerleri ile birlikte) 65 (% 71) hastada AP-BT, 59 (% 64) hastada belirteçler, 25 (% 27) hastada öykü ve fizik muayene ve 18 (% 20) hastada da akciğer grafisi olmuş. AP-BT 17 (% 18,5), belirteçler 5 (% 5,4), öykü/fizik muayene 3 (% 3,3) ve akciğer grafisi 0 hastada tek başına nüks gösteren inceleme olmuş. 12 (% 4) hastada 0,8 - 12,0 yıl (ort. 8,4 yıl) içinde karşı taraf testiste yeni tümör ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak akciğer grafisinin tek başına rolü olmadığı fakat diğer incelemelerin vazgeçilmez olduğu, ilk 2 yıl düzenli takibin şart olduğu, fakat daha sonra da bir şekilde ömür boyu takibin zorunlu olduğu belirtilmiştir.

No. 830 (Karellas M et. al. MSKCC, NY, ABD). Bu çalışmada (1990-2006) klinik Evre II NSGHT' lü hastalardan kemoterapi sonrası retroperitoneal bölgede radyolojik olarak tümör spatlanmayan (> 1cm kitle olmaması) hastaların tümüne (n= 147) retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu (RPLND) yapılmıştır. IGCCCG (International Germ Cell Cancer Collaborative Group) sınıflandırmasına göre 144' ünün iyi risk, 3' ünün de orta/kötü risk grubunda olduğu tespit edilmiştir. Prekemoterapi retroperitoneal lenf düğümü büyüklüğü 78 (% 53) hastada < 2 cm, 62' sinde (% 42) 2-5 cm ve 7'sinde (% 5) > 5 cm imiş. Hastaların 39'unda (% 26) rezidüel canlı kanser (n= 5) ya da teratom (n= 34) tespit edilmiştir. Ortanca 35,8 aylık takipte nüks olmaksızın 5 yıllık sağkalım oranı % 97 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak bu hastalara RPLND yapılmasının gerekli olduğu kanaatine varılmıştır.

No. 831 (Steiner H et. al. Innsbruck, Avusturya). 830 no.lu çalışmaya benzer bu çalışmada klinik olarak IIb (n=66) ve IIc (n=15) olan 81 NSGHT' lü hastaya (kemoterapiden sonra retroperitoneal bölgesi radyografik olarak normal) RPLND yapılmıştır (1984-2006) ve bunlardan 24' ünde (%30) teratom tespit edilmiş hiçbir hastada canlı kanser bulunamamıştır.

Bu 24 hastadan 13'ünde (% 54) primer tümörde teratom yokmuş. Öte yandan tüm grupta (n=81) 27 hastada primer tümörde teratom varmış ve bunlardan 11'inde (41%) retroperitoneal bölgede post kemoterapi teratom bulunmuş; dolayısı ile primer tümörde teratom olmayan 54 hastanın 13'ünde (% 24) retroperitoneal teratom bulunmuş. Hastalar ortalama 7 yıl takip edilmiş ve sadece 2 nüks gözlenmiş. Tümör ilerlemesinden dolayı hiçbir hasta kaybedilmemiş. Bu çalışma sonucunda da kemoterapi sonrası rezidüel kitle kalmayan hastalarda RPLND önerilmiştir.

No. 998 (Spiess PE, et. al. MD Anderson, Houston, TX, ABD). 1980-2003 yılları arasında NSGHT'ü olan 236 hastaya postkemoterapi RPLND yapılmış ve bunlardan 195'inin pNO olduğu tespit edilmiş. Ortanca 45 ay takipte pNO olan hastalardan 35'i (% 18) nüks etmiş ve 18'i (% 9) kaybedilmiş. Yapılan çok değişkenli analizde RPLND öncesi beta-HCG'nin yüksek (> 1,2 ng/ml) olması, retroperitoneal kitlenin 2,5 cm. den büyük olması ve IGCCCG sınıflandırmasına göre hastanın kötü riskli grupta olmasının risk faktörü olduğu bulunmuş (Bu çalışmada, pNO olan hastaların içine fibrosise ek olarak teratomların da dahil edilmiş olması nedeniyle diğer çalışmalara göre nüks oranı yüksek çıkmış olabilir). No. 999 (Carver BS, et. al. MSKCC, N. York, ABD) 1989-2003 yılları arasında postkemoterapi RPLND sonucu fibrosis tespit edilmiş olan 263 hasta 1989-1997 (Grup: n=150) ile 1998-2003 (Grup 2: n=113) yılları arasında opere edilenler olmak üzere 2 gruba ayrılmış. Gruplar arasında klinik evre, IGCCCG sınıflandırması sekonder kemoterapi gereksinimi veya lenf nodu boyutu açısından fark yokmuş. Bu hastalar ortalama 49 ay takip edilmiş ve toplam 29 nüks tespit edilmiş. 5 yıllık nüks olmadan yaşam grup 1 ve 2' de sırası ile % 83 ve % 95 olarak hesaplanmış. Tam şablon postkemoterapi RPLND 1. grupta % 89, 2. grupta % 97 hastaya yapılmış. 2. grupta kitle eksizyonu yapılan % 3 hastanın hepsi nüks etmiş. Sonuç olarak çalışmacılar patoloji sonucu fibrosis gelen hastalarda bile postkemoterapi RPLND'nin tam şablon yapılması gerektiğini, söylüyorlar (Bu çalışmanın sunumu sırasındaki tartışmada BT bulguları ne olursa olsun tüm hastalara postkemoterapi RPLND uyguladıklarını, çünkü % 30 olguda BT'nin yalancı negatif olabildiğini belirttiler).

No. 1001 (Witthuhn R, et. al., Kassel, Almanya). Bu çalışmada 1999-2006 yılları arasında toplam 70 hastaya kemoterapi sonrası ameliyat yapılmış. Ortalama tümör boyutu 5 cm (0,5-30) imiş. Bunlardan 54'üne (% 77) tek taraflı ya da iki taraflı sinir koruyucu retroperitoneal rezidüel tümör rezeksiyonu (RRTR), 16' sına da bilateral tam şablon radikal RPLND yapılmış. Hastalardan 32' si IGCCCG sınıflandırmasına göre iyi riskli, 11' i orta riskli ve 19' u (%27) kötü riskli grupta imiş. Ortalama takip 26 ay (0-94 ay) imiş. Takipte 3 hasta ölmüş, 3 hasta (% 4) nüks etmiş, (hepsi ameliyat sahası dışında). Sinir koruyucu ameliyat olanların % 85'inde ejekülasyon korunmuş. Çalışmacılar sonuç olarak optimal onkolojik sonucu elde etmek için her zaman tam şablon bilateral RPLND yapmak gerektiğini, tek taraflı sinir koruyucu teknik uygulamak için tümör boyutunun önemli olmadığını, ejekülasyon korumanın hayat kalitesini yükselttiğini belirtmişler.

No. 1003 (Castillo O et. al., Santiago, Şili / Buenos Aires, Arjantin). Bu çalışmada 1993-2006 yılları arasında klinik Evre I NSGHT' ü 164 hastaya yapılan laparoskopik RPLND sonuçları rapor edilmiş. Disseksiyon uygun şablonda yapılmış. 132 (% 77) hastada patoloji negatif gelmiş. Bu 132 hastadan takibi olan 7 tanesinde nüks görülmüş (5' i retroperitoneal alanda) ve 3 yıllık nüks olmadan yaşam % 82 hesaplanmış. 32 hastada patolojide metastatik kanser bulunmuş. Bunlardan takibi olan 15' inden 14' ü adjuvan kemoterapi almış ve 2' si nüks etmiş (her ikisi de retroperitoneal alanda; birinde ek olarak trokar deliğinde). 164 hastadan 14' ünde intra/perioperatif komplikasyon (bazıları çok ciddi; vena cava, iliak arter laserasyonu vs.) olmuş, 4' ünde açık cerrahiye geçilmiş. Perioperatif ölüm olmamış. Sonuç olarak bu cerrahinin seçilmiş merkezlerde yapılması gerektiği ve onkolojik etkinliğinin prospektif çalışmalar ile gösterilmesi gerektiği söylenmiş.

**Dr. Özdemir DİLLİOĞLUĞİL**  
**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Üroloji Anabilim Dalı**

## "PROJE HAZIRLAMAYA İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER" YAZISININ KAYNAKÇASI

1. Feray Salman, Proje Döngüsü Yönetimi ve Mantıksal Çerçeve Yaklaşımı, Çevrimiçi: <http://www.stgm.org.tr>; (erişim: 20.09.2007)
2. Burcu Yeşiladali, Proje Hazırlama Kılavuzu, Çevrimiçi: <http://www.stgm.org.tr>; (erişim: 20.09.2007)
3. European Commission, Project Cycle Management: A Handbook, 2002
4. Commission of the European Communities, Manual-Project Cycle Management-Integrated Approach and Logical Framework

# PROJE HAZIRLAMAYA İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

## Proje Kavramı ve Projelerin Özellikleri

Sağlığın beden ve ruh sağlığı boyutu yanında sosyal boyutunun önemi anlaşıldığından bu yana sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle ilişkisi daha fazla üstünde durulan bir konu haline gelmiştir. 1950'lerden sonra kalkınma çabaları, toplumların yaşam kalitesine katkıyı amaçlayan proje ya da programlarla öne çıkmış durumdadır.

Bir yenilik getirmek üzere ve belli bir amacı gerçekleştirmek için, belirli bir sürede ve bir arada yapılması gereken, birbirine bağlı veya birbiriyle ilişkili faaliyetler grubuna proje denir. Proje;

- \_ beşeri ve beşeri olmayan kaynakların geçici bir organizasyonudur,
- \_ tanımlanabilen spesifik bir sorunun çözümüne yöneliktir,
- \_ çözüme ulaştırılması gereken, özgül, dinamik, süreli bir değişim sürecidir.

Projeler, belirli bir zaman ve bütçe çerçevesinde, belirli bir amaca ulaşmayı sağlayacak sonuçları üretmek üzere beşeri ve fiziksel kaynakların bir araya getirildiği planlanmış faaliyetlerin bütünüdür. Projeler tek başına ya da bir programın altındaki diğer projelerle birlikte aynı hedefe hizmet edebilirler. Sözgelisi, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan ve "The Global Fund" (Global Fon) tarafından finanse edilen Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı kapsamında "Seks Çalışanlarının HIV/AIDS Konusunda Bilinç Düzeylerini Artırma ve Korunmalarını Destekleme Projesi", "Sokakta Çalışan Seks İşçilerine Yönelik Gezici Eğitim ve Danışmanlık Birimi Projesi", "Önce Kendini Sonra Toplumunu Koru Projesi", "Ergen ve Yetişkin Madde Kullanıcılarına Yönelik Kültüre Uyumlu HIV/AIDS Koruyucu Eğitim Programı Geliştirme Projesi" gibi projeler yürütülmektedir.

### Projelerin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- \_ Projeler değişimi zorunlu kılar ve her projenin bir değişim amacı vardır.
- \_ Projeler sıradan olmayan, rutin dışı işlerdir ve geçici organizasyonlardır.
- \_ Her proje orijinal ve kendine özgüdür.
- \_ Projeler mutlaka büyük ölçekli olur.
- \_ Projelerde örgütlenme biçimi klasik yapıdan farklıdır.
- \_ Projeler dinamik süreçlerdir.

Genel anlamda düşünülürse sağlıkla ilgili projeler araştırma-geliştirme; farkındalık yaratma/ tutum ve davranış oluşturma veya tutum ve davranış değişikliği, toplumsal kalkınmanın sağlık ve sağlık hizmeti kısmına katkıda bulunma gibi amaçlar gütmektedir. Yaygın ve yanlış kanının aksine; verilmesi gereken rutin hizmetlerin aksayan kısımlarının proje fonlarıyla yamanması girişimleri proje ruhuyla bağdaşmamaktadır. Yapılacak her sağlık harcamasının etkililiği ve verimliliği tartışılır olmuş ve tıbbi uygulamaların toplumun sağlık düzeyine katkısı olmayanlarından vazgeçilmesi yönünde sağlık görevlileri üzerine ciddi baskılar oluşturulmuştur.

Projelerin getirmesi amaçlanan yenilikler; genellikle büyük ölçekli, çok yaygın etkisi olan kapsamlı, karmaşık düzenlemelerdir. Günlük olağan değişiklikler sonucu yapılan küçük düzenlemeler bu tarz bir yenilik değil kurumun doğal gelişmesi sonucu oluşan küçük ilerlemelerdir. Amacına göre düşünüldüğünde; bir ürün geliştirme projesi, süreç iyileştirme projesi veya yeni kalite standartlarının belirlenmesi gibi sınıflar altında projeleri ele almak mümkündür.

Proje ve programların maliyetleri ülkelerin sağlığa ve toplumsal kalkınmaya ayırdığı toplam bütçelerden bile kat kat büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Yine de öngörülen çıktılar elde edilememekte ve öngörülme ve istenmeyen çıktılar üretilebilmektedir. Proje başarısızlıklarında genellikle sonuçların ilgililer tarafından kalıcı ve benimsenmiş hale getirilmesi, hedef gruplara istenilen yararların sağlanması, öngörülen maliyet ve zaman sınırlarında kalınması ile ilgili nedenler sayılmaktadır. Dünyada uygulanan bütün projelerin yaklaşık % 70'inin başarısız olduğu tahmin edilmektedir.

Başarısız projeler arasında başarısızlık nedenlerinin % 80'ini de projenin yönetimindeki kusurlar oluşturmaktadır. Bu başarısızlıkların nedenleri arasında projeden yararlanacak olanların projenin tasarım sürecine katılımının sağlanmaması, projeyi yönetenlerin yönetim beceriksizlikleri, proje uygulaması sırasında izleme işlevinin yerine getirilmemesi, projenin tasarımı sırasında projenin dış koşullarının gözlemlenmiş olması sayılabilir.

Proje yönetimi projelerin yazılmasından sonlandırılmasına kadar her aşamada en önemli rolü oynayacağına göre proje yöneticilerinin faaliyetleri anahtar noktası olmaktadır. Projelerin başarısızlıklarında proje yönetiminin büyük rolünden hareketle kimlerin projeleri yönettiği gibi bir soru akla gelmektedir. Kişiler şu seçeneklerden birisi nedeniyle proje yöneticisi olur:

- \* sahada çalışma yaparken koşulların kişiyi projelere zorlaması ve motive etmesiyle
- \* görev icabı (proje yürütülecektir ve o birimdeki en üst düzey yetkili doğal olarak)
- \* kariyerin uzantısı olarak (kişi hasbelkader projelerde görev almaya başlar yaş ve tecrübe ilerledikçe projelerin yöneticisi haline gelir)
- \* doğuştan getirdiği bazı yetenekleriyle ve eğildiği soruna odaklanmış bir kişi olduğu için.

Projelerin dinamik ve iletişime duyarlı faaliyetler bütünü olduğu özellikle vurgulanmakta ve bir projenin başarısında proje yönetiminin sahip olduğu beşeri özelliklerinin payına % 80, teknik kapasite ve beceri payına % 20 önem atfedilmektedir. Bir proje yöneticisinde aranan genel özellikler arasında finansman ve muhasebe konusunda bilgi, stratejik, taktik ve operasyonel planlama yeteneği, örgütsel davranış becerileri ve insan kaynağı yönetmede ustalık sayılmaktadır. Çünkü proje yöneticisi liderliğe soyunmaktadır. İletişim ve müzakere onun en önemli yönetim araçları olacaktır ve sık sık sorun çözme tekniklerini kullanarak, örgütteki diğer elemanları etkileyerek işini görecektir.

## Proje Döngüsü Yönetimi

Geçmiş deneyimlerin başarısızlıklarından hareketle projelerin daha fazla yapılandırılmış ve standartlaştırılmış hale getirildikleri görülmektedir. Bu amaçla geliştirilen ve ülkemizde sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili fon kaynaklarının önemle üzerinde durdukları bir proje yönetimi aracı (management tool) olan Proje Döngüsü Yönetimi'ne değinmek yararlı olacaktır. Proje Döngüsü Yönetimi, sektörel yaklaşım sergiler ve talebe yönelik çözüm ister. Sorun ve çözüm önerilerinin ayrıntılı analizine dayanan hedeflerin konulmasını şart koşar ve buna yönelik planlama gözetir. Bu mantık çerçevesinde saman alevi gibi parlayıp geçen işlere değil, kalıcı etki yaratacak ve her açıdan sürdürülebilirliği olan işlere odaklanır. Bir süreç ifade eden "proje döngüsü yönetimi" altı temel aşamayı içinde barındırır.

### Bu aşamalar:

1. Tanımlama: Projeye ilişkin ilk fikirlerin ortaya konduğu ön tasarım aşaması.
2. Tasarım: Projenin teknik ve operasyonel açıdan detaylı olarak tasarlandığı aşama.
3. Formülasyon/Değerlendirme: Tasarımı tamamlanmış olan projenin teknik, mali, ekonomik, kadın-erkek eşitliği, sosyal, kurumsal ve çevresel perspektifler açısından tutarlılığının, bütünselliğinin ve işlevselliğinin değerlendirildiği aşama.
4. Önerinin Hazırlanması, Onaylanma ve Finansman: Proje önerisinin yazılması ve finansmanının sağlanması aşaması.
5. Uygulama ve İzleme: Projede öngörülen faaliyetlerin hayata geçirilmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi aşaması.
6. Değerlendirme: Proje çalışmalarının ve elde edilen sonuçların gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi aşaması. Bu değerlendirmeler sonraki proje hazırlıklarına esas teşkil edebilecektir.

"Döngü, her aşamanın bir diğerine zemin oluşturduğu süreklilik gösteren bir süreçtir. Örneğin, proje tanımlama sürecinde (Aşama 1) elde edilen bilgiler, proje tasarımı sürecinde (Aşama 2) temel oluşturur. Aşama 3 ise daha önce birbirini izleyen iki aşama sırasında üretilen bilgilerin projenin hayata geçirilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini farklı perspektifler doğrultusunda sağlayıp sağlamadığını gözden geçirir. Birinci, ikinci ve üçüncü aşamalar, bir projenin kurgusunun yapıldığı aşamalardır. Bu aşamalarda yapılan tasarım doğru ve tutarlı ise daha sonraki aşamalar başarılı bir biçimde tamamlanabilir." (F. Salman)

Projelerin bu ilkeler doğrultusunda planlanması ve değerlendirilmesi amacıyla 1970'lerde mantıksal çerçeve yaklaşımı adıyla bir süreç geliştirilmiştir. Aslında bu yaklaşım, projelerde aranan niteliklerin derli toplu düşünülmesi ve ifade edilmesinden başka bir şey değildir. Bu yaklaşım mantıksal çerçeve matrisi denilen bir tabloda özetlenmektedir.

Proje tasarımına ve mantıksal çerçeve matrisine başlamadan önce ayrıntılı bir mevcut durum analizini yapmak çok önemlidir. Mantıksal çerçeve dört temel analitik öğeyi bu sürece katar.

- Sorun analizi;
- Paydaş analizi;
- Hedefler analizi;
- Risklerin tanımlanması ve uygulama stratejisinin seçilmesi

