

2001-2008 Döneminde FEBU Olan
Meslektaşlarımızı Kutluyoruz

1-Alkan İlter F2001
2-Delibaş Mustafa F2002
3-Günhan Mustafa F2002
4-Mungan Aydın F2002
5-Özveren Bora F2002
6-Ülker Volkan F2002
7-Sözen Tevfik Sinan F2002
8-Turna Burna F2003
9-Akbal Cem F2003
10-Altay Ahmet Barış F2003
11-Eskişehirli Saadettin Yilm F2003
12-Girgin Cengiz F2003
13-Horasanlı Kaya F2003
14-Öbek Can F2003
15-Sevinç Cunejd F2003
16-Koçak İzzet F2004
17-Verit Ayhan F2004
18-Özer Mehmet Gökhan F2004
19-Tan Mustafa Özgür F2004
20-Ayhan Semih F2005
21-Bolat Mustafa Suat F2005
22-Eren Murat Tuğrul F2005
23-Levend Özkan F2005
24-Öge Ömer F2005
25-Özdedeli Kaan F2005
26-Özden Ender F2005
27-Özkürkçübi Cunejd F2005
28-Ünal Doğan F2005
29-Köseoğlu Hikmet F2006
30-Önel Fikret Fatih F2006
31-YaycıoğluÖzgür F2006
32-Çimen Sertaç F2007
33-Fazloğlu Adem F2007
34-Huri Emre F2007
35-Kurtuluş Fatih Osman F2007
36-Sofikerim Mustafa F2007
37-Akand Murat F2008
38-İzol Volkan F2008
39-Tanıdır Yilören F2008
40-Türker Polat F2008
41-Bayraktar Necmi F2008
42-Şanlı Mehmet Öner F2008
43-Arslan Murat F2008
44-Karataş Ömer Faruk F2008

Kendine Güven. Xatral XL 10mg

ÜROSELEKTİFTİR

Hızlı ve uzun süreli semptom kontrolü. ^{1,2,3}

Olumlu cinsel fonksiyon profili. ^{3,4}

BPH'ya bağlı akut üriner retansiyonda kanıtlanmış etkinlik. ^{5,6}

Xatral XL 10mg

sanofi-aventis

ÜROTÜRK

BİR TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ YAYINIDIR.

SAYI 4 / TEMMUZ 2008

gazete / newspaper / zeitung / journal /giornale /periodico



TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ 75. YAŞINI KUTLUYOR



ÜROTÜRK



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

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

YAZI İŞLERİ MÜD. YARDIMCISI:
DR. AHMET Y. MÜSLÜMANOĞLU
Prof. Nurettin Öktem Sokak Lale Palas Apt. 18/2
34382 Şişli/ İstanbul

ÜYELER
DR. ÖMER LEVENT TUNCAY
DR. MURAT BOZLU
DR. EYÜP CÜMÜŞ
DR. İSA ÖZBEY
DR. ÇAĞATAY GÖĞÜŞ
DR. CAVİT CAN

TASARIM
GREAT IDEAS / 212 227 48 42 BPX

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 OLMASIZIN ÇOĞALTILMASI
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

BAŞKANIN NOTLARI



Değerli Meslektaşlarım,

Gazete Ürotürk ün 2008 yılı 2. sayısında hepinizi saygı ve sevgi ile selamlarım. Bu sayıda Yönetim Kurulumuzun geçen 4 aydaki bazı faaliyetlerini sizlerle paylaşmak isterim.

14 Mayıs 2008 günü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumunda yapılan bir toplantı ile tüm Üroloji Anabilim Dalı Başkanları, Eğitim hastanesi Şefleri, TÜYK üyeleri ile bir araya geldik.

Gündemde:

1. Üroloji' nin lisans eğitiminden itibaren tıp öğrencileri için daha cazip hale getirilmesi
2. Üroloji asistanlarının bilimsel motivasyonlarının artırılması
3. Türk Ürolojisinin uluslararası bilimsel platformlardaki varlığının geliştirilmesi
4. Eğitim kurumlarındaki diğer sorunlar gibi bu çerçevede ve böyle bir katılımıla belki de ilk kez tartışılan konu başlıkları vardı.

Görüş alışverişinin çok yararlı olduğunu vurgulamalıyım. Öneriler kısa ve uzun vadeli olmak üzere gruplandı ve uygulamaya geçilmesi için görüş birliğine varıldı.

Aynı toplantıda bir diğer gündem maddesi ise **TÜYK ve TÜD ün çok önemsedığımız ortak Atama ve Yükseltme Kriterleri idi.** Gazete Ürotürk'ün Şubat sayısında yayımlanan ve Türk Ürolojisinde bilimsel kalitenin yükseltilmesi ve standardizasyonunu amaçlayan bu kriterler eğitimciler ile tekrar gözden geçirildi ve minör bir revizyon ile onaylandı.

Bu sayıda ve web sayfamızda bulacağınız yeni versiyonu ile kriterler derhal uygulamaya konmuş olmakla birlikte sadece doçentliğe yükseltme ile ilgili hükümlerin, kriterlerin ilk yayımlandığı tarihte bazı adayların dosya teslim etmiş olması da dikkate alınarak kimsenin mağduriyetine yol açmayacak şekilde ele alınması yönetim kurulumuzca uygun görüldü. **Hatırlatmalıyım ki, kriterler tüm taraflar için asgari gerekliliği tarif etmekte olup , yol gösterici mahiyettedir, nihai değerlendirmede esas olan jüri üyelerinin kanaatidir.**

Türk Ürolojisinin EAU içinde layık olduğu konuma gelebilmesi, EAU kurum ve organizasyonlarında daha fazla söz sahibi olunabilmesinin başka ülkelerle ilgili örnekler de incelendiğinde, **EAU daki üye sayımızın artması ile direkt ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.** Bu bağlamda EAU ile uzun süredir yapmak olduğumuz görüşmeler sonucu % 50 indirimli 60 Euro'luk bir üyelik aidatı karşılığı 1.1.2009 dan itibaren tüm üyelerimizi blok halinde EAU üyesi yapmaya karar verdik. **Üyelerimiz bu yeni durumda 100 YTL'ye yükseltmeyi düşündüğümüz yeni aidatlarını eskiden olduğu gibi TÜD'e ödeyeceklerdir.** İlk yıl için TÜD 30 YTL lik kısmı kendi aidatı olarak kullanacak, geri kalan 70 YTL lik kısma (yaklaşık 35 Euro) her üye için 50 YTL (yaklaşık 25 Euro) ekleyerek toplam 60 Euro'yu EAU ya ödeyecektir.

Üyelerimizin dergi, eğitim araçları, indirimli kongre kaydı gibi bilimsel pek çok avantajın yanında bu durumun stratejik önemini anlayarak hareket edeceklerinden hiç şüphemiz yoktur. **Aidatın arttırılması Kasım ayındaki seçimli genel kurulumuzun gündem maddesi olacaktır.**

Daha önce de değişik vesilelerle sizlerle paylaştığım şubeleşme çabaları 28 Mayıs 2008 de dernek merkezimizde tüm bölgesel dernek temsilcileri ile yapılan bir toplantı ile somut bir sürece girmiş bulunmaktadır.

Toplantıya Ankara Ürologlar Derneğini temsilen Dr. T.Alkibay ve Dr S. Tekgül, Ege Üroloji Derneğini temsilen Dr. M.Lekili, Bursa Üroloji Derneğini temsilen Dr. İ.Yavaşcaoğlu, Karadeniz Üroloji Derneğini temsilen Dr. R. Aşçı, Akdeniz Üroloji Derneğini temsilen Dr. İ .T.Köksal, Çukurova Üroloji Derneğini temsilen Dr. N. Satar, Güneydoğu Üroloji Derneğini temsilen Dr. F.Yağcı katılmışlardır.

Karadeniz Ürologlar Derneği ise daha önce katılımını teyid ettiği halde son anda elde olmayan nedenlerle toplantıda bulunamamıştır. Türk Üroloji Derneği 2. Başkanı Dr. B.Çetinel'in başkanlık ettiği ve hukuk müşavirimiz Av. Meriç Eyüboğlu nun da hazır bulunduğu toplantıda şartlar gözden geçirilmiş, **prensip olarak mevcut derneklerin şubeler haline gelmesi ve bunlara Doğu Anadolu ve İstanbul şubelerinin eklenmesi kararı alınmıştır.**

Toplantı tüm bölgesel derneklerin yönetim kurullarında konunun değerlendirilerek, metodoloji ile ilgili önerilerin oluşturulması kararı ile sonlanmıştır. Çok kısa sürede sonuçlanmasa da projenin Türk Ürolojisinin geleceği için

çok önemli olduğunu ve bu nedenle sürecin tüm taraflarca şu ana kadar gösterilen özveri ve sorumlulukla sürdürüleceğinden şüphe duymadığımı belirtmek isterim.

Yaklaşan kongremiz ile ilgili olarak tüm hazırlıkların tamamlanmakta olduğunu ve doyurucu bir bilimsel ve sosyal programın sizleri beklediğini duyurmaktan mutluluk duymaktayım. Kongre bilimsel programının detayını gazetede bulacaksınız. Program oluşturulurken fikir ve önerileri ile katkıda bulunan branş derneklerine teşekkürü borç bilirim. Bu yıl kahvaltı toplantılarının kaldırıldığı, ilk kez ana oturuma paralel alt oturumlar oluşturulduğu ve çok değerli yabancı konuşmacıların yanısıra 100'ün üzerinde Türk fikir önderi arkadaşımızın bu oturumlarda konuşmacı olarak yeralma fırsatı buldukları gözünüzden kaçmayacaktır.

Avrupa Üroloji Okulu (ESU) da kongremiz bünyesinde Ürogenital Travma ve Üretral rekonstrüksiyon başlıklı bir kurs düzenleyecektir. Kongre için özet gönderme süresinin 1 Temmuz da dolmakta olduğuna dikkatinizi çekmek isterim. Asistanlarımız için kongre katılımının ücretsiz olduğunu ve uygun konaklama koşullarının yaratılmaya çalışıldığını da ayrıca hatırlatmalıyım.

Bu yıl 17-18 Ekim tarihlerinde Tiran da yapılacak olan EAU'nun 4. Güneydoğu Avrupa Bölgesel Üroloji Toplantısını birkez daha dikkatlerinize sunarım. EAU Bölgesel toplantıları içinde Doğu Akdeniz (Eastern Mediterranean) ve Güneydoğu Avrupa (Southeast European) toplantıları Türk Üroloji Derneği nin ağırlığı ile düzenlenen ve bu ağırlıkla orantılı bir bilimsel katılım ve varlığın Türk Ürolojisinden beklendiği organizasyonlardır. Toplantı duyurusu sizlere postalanacağı gibi gazetede detayı ile de bulacaksınız.

Özellikle kendilerini uluslararası bir platformda sınamak isteyen genç bilim insanlarımızın bu toplantıya ilgi göstermelerini rica ederim.

İyi bir yaz tatili sonrası, dinlenmiş bir şekilde ve 75. yıl coşkusu ile yeni akademik yıl organizasyonlarında ve özellikle 20. Ulusal Kongre'de buluşmak dileği ile esenlikler dilerim.

Dr. Tarık Esen
Türk Üroloji Derneği Başkanı



20. Ulusal Kongre'de buluşmak dileğiyle

YAŞLILARDAKİ İDRAR YOLLARI ENFEKSİYONLARINI NASIL TEDAVİ ETMELİYİZ?

Yaşlı nüfusta en sık görülen bakteriyel ve nozokomyal enfeksiyon, bakteriüri olup aynı zamanda septiseminin de başlıca nedenidir.

Öte yandan özellikle gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisinin önemli ölçüde artmasıyla 65 yaş üzerindeki bireylerin toplam nüfusa oranı da gitgide yükselmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzerindeki nüfus, toplam nüfusun %13'ünü oluşturmakta olup 2050 yılında bu rakamın %20'ye çıkacağı hesaplanmaktadır. Türkiye için ise günümüzde %6 olan 65 yaş üzeri nüfusun 2050 yılında %17'ye yükseleceği beklenmektedir. Bu artışlara paralel olarak, idrar yolları enfeksiyonlarının (İYE) topluma olan maliyetinin de artacağı beklenmelidir. Amerika Birleşik Devletlerinde 65 yaş üzerindeki nüfus için yapılan sağlık harcamalarının tüm sağlık harcamalarının üçte birini oluşturduğu hesaplanmaktadır.

Öte yandan, hekimlerin tedavi tercihleri, hastalıkların toplumlara maliyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Dolayısıyla bakteriüri gibi sık görülen bir durumun tanısı, fizyopatolojisi, tedavisi ve önlenmesi konusundaki bilgimiz, uygun ve ekonomik tedavi seçeneklerini seçmemize yardımcı olacaktır.

İdrar, özellikle konsantre olduğunda ya da şeker içerdiğinde, bakteriler için mükemmel bir besiyeri görevi yapar. Teknik olarak idrarda herhangi bir miktarda bakteri olması, bakteriüri anlamına gelir. İdrar yolları enfeksiyonunu doğrulamak için de idrarda bakterilerin bulunduğunu göstermek gereklidir. Doğru tanı için gerekli olan, idrar örneğini uygun biçimde toplamaktır; bunun için de genellikle orta akım idrarı uygundur. Çoğunlukla çok yaşlı erkeklerde orta akım idrarını toplamak sorum yaratmaz. Ancak yaşlı kadınlarda introitus ve perineden bulaşmalar sıktır. Yine skuamöz hücrelerin fazlaca görülmesi, vaginal kontaminasyonu düşündürür. Eğer örneğin kalitesi kuşkulu ise kateter ile örnek alınması gerekir. Erkeklerde ise yalnızca enfeksiyon tanısı amaçlanıyorsa bu yola hiçbir zaman başvurulmamalıdır. Kalıcı sondalı hastalarda idrar örneği, sondanın lumeninden alınmalıdır.

İdrar yolları enfeksiyonu tanısı için anlamlı bakteriüri tanımı, uzun zaman önce yapılmıştır, ve genellikle 105 koloni/ml olarak kabul edilir. Oysa daha sonra yapılan incelemeler, semptomatik kadınlarda üropatojen bakterilerin 103 koloni/ml değerinde üremesinin de anlamlı olduğunu göstermiştir. İdrar yolları enfeksiyonu tanısı için nitrit ve lökosit esteraz "dipstick" testlerinin birlikte kullanılması halinde duyarlılığın %94, özgüllüğün ise %93 olduğu düşünülürse, bu iki testin birlikte kullanılmasının yeterli olacağı kabul edilebilir. Enkontinan yaşlılarda sıklıkla kullanılan "pad"lerin de sıklığıyla elde edilen idrardan kültür-antibiyoqram yapılarak yararlı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir.

Asemptomatik Bakteriüri mi İdrar Yolları Enfeksiyonu mu?

Asemptomatik bakteriüri (ASB) ve idrar yolları enfeksiyonu, benzer özellikler taşıdığı için ayırdedilmeleri hem zor hem de önemlidir. Ayırdedilmeleri için spesifik üriner semptomların olup olmadığının belirlenmesi önemlidir. Her iki durumda da idrar kültürü pozitifdir. ASB olan diyabetik hastaların %78'inde, bakımevinde kalan yaşlı kimselerin ise %90'ında pyüri saptanmaktadır. "Diptick" testlerin her ikisi de (nitrit ve lökosit esteraz) negatif ise bakteriüri ekarte edilebilir, ancak her iki test de pozitif ise bu durumun doğrulanması gerekir. Bir başka deyişle her iki testin de pozitif olması, tedaviye başlamamızı gerektirmez.

Yaşlılarda ASB'nin zararlı olup olmadığı konusundaki araştırmalar, genellikle zararlı olmadığı sonucunu vermiştir. ASB'nin tedavisinin İYE yinelemelerini azaltmadığı, tedavi ile kronik genitoüriner semptomların gerilemediği, ASB'nin kendisinin böbrek işlevini bozmadığı, mortaliteyi arttırmadığı değişik çalışmalarla gösterilmiştir. ASB'nin, yalnızca diyabetik yaşlılarda İYE'na yol açabileceği gösterilmiştir. 65 yaş üzerindeki nüfusta evinde yaşayan erkeklerin %10, kadınların ise %20'sinde bakteriüri vardır. Bu oranlar bakımevinde yaşayan aynı yaş grubundaki erkekler ve kadınlar için %25'e, hastaneye yatırılan erkekler için %34'e, kadınlar için ise %50'dir.

Semptomlar

İYE semptomları olarak bilinen sık idrar yapma, sıkışma, dizüri, ya da ateş, titreme, suprapubik ağrı, yan ağrısı gibi

belirtiler, yaşlılarda yerini mental durumun bozulması, bulantı ve kusma, karın ağrısı ya da solunum sıkıntısı gibi belirtilere bırakmaktadır. Ciddi İYE'nda bile ateş olmayabilir. Bu durum, çoğunlukla tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Özellikle risk faktörlerinin olduğu yaşlılarda, aksi kanıtlanmadıkça idrar yolları enfeksiyonundan kuşkulanmak, bu yönde incelemelere başlamak, en güvenilir yoldur.

Fizyopatoloji

Yaşlılardaki ASB'nin birçok nedeni vardır, ancak mesanenin tümüyle boşalmaması, başlıca nedendir. Perineden mesaneye "tırmanan" bakteriler, idrar akımıyla ortamdan uzaklaştırılır. Bu mekanizmanın bozulması, yaşlılarda İYE gelişmesini kolaylaştıran başlıca etmendir. Menopozda vaginal florada oluşan değişiklik de introitusun bakteriler tarafından kolonize edilmesini kolaylaştıran önemli bir etkindir. Ancak diyabetli ya da enkontinan kadınlarda yapılan araştırmalar, yaşla ilgili düzeltmeler yapıldıktan sonra menopozun bir risk faktörü olmaktan çıktığını göstermektedir. Nitekim, çalışmaların çoğunluğu, östrojen replasman tedavisinin bakteriüriyi azaltmakta yararının olmadığını göstermiştir.

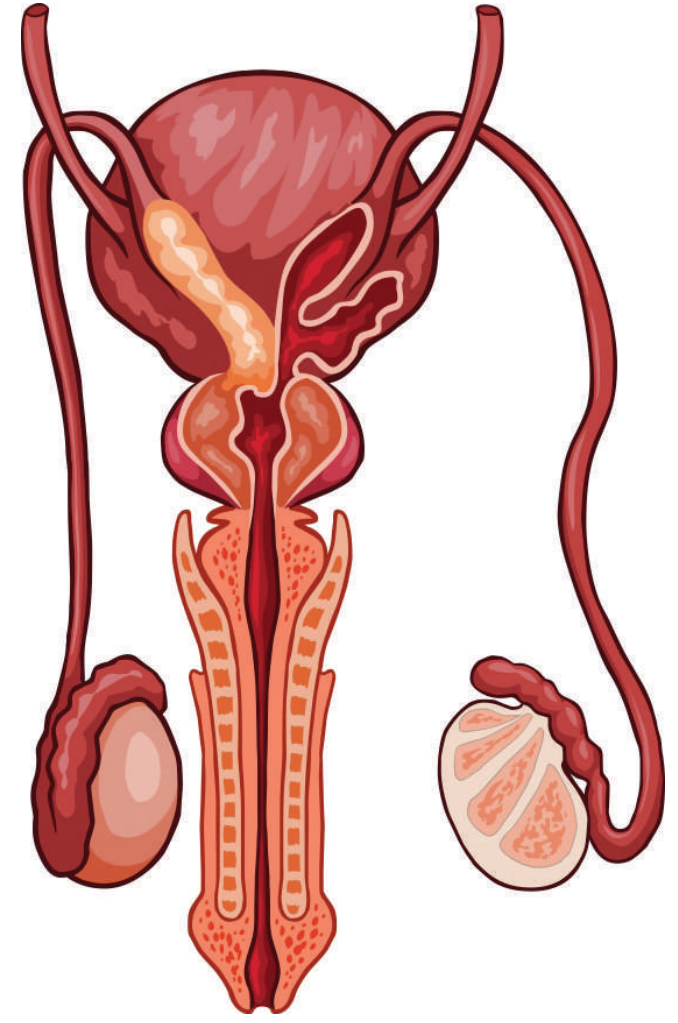
Öte yandan mesanenin boşalmasını ya da miksiyonla ilgili davranışları dolaylı olarak etkileyen felç, parkinsonizm, demans gibi durumlar, risk faktörü olabilmektedir. Ayrıca yaşlılıkta ortaya çıkan fekal enkontinans ve perinenin kirlenmesi, böbrek işlevinin azalması (idrar konsantrasyonunun ve asidifikasyonunun azalması), bağışıklık sisteminin zayıflaması da İYE gelişiminde rol oynayabilir. Prostatın BPH nedeniyle idrar akımını bozmasının yanı sıra, prostat sekresyonunun azalması da yaşlı erkeklerde bakteriüriye karşı savunma mekanizmasını bozmaktadır.

Diyabetik hastalardan Tip 1 diyabeti olanlarda hastalığın süresi, Tip 2 diyabeti olanlarda ise geçirilmiş İYE öyküsü, önemli risk faktörleri olarak görülmektedir. Diyabetin kontrolü, İYE gelişiminde etkili olmamaktadır.

Tedavi

Bakımevindeki ASB'li yaşlıların tedavi edilmesi halinde sonuç, bu kişilerin %50'sinde erken relaps ya da reenfeksiyonun ortaya çıkması olmaktadır. Bu bilanço, bakterilerin kullanılan antimikrobik ajana karşı direnç kazanması da eklenmelidir. O halde ne zaman tedaviye karar verilmelidir? Bunu yanıtı "bakteriüri ve semptomların birlikte bulunması" olacaktır. Ancak semptomların tipik İYE semptomları olmayabileceği de akılda tutulmalı, tedavinin yararı ile birlikte getirebileceği riskler de değerlendirilmelidir. Böbrek işlevinin azalması nedeniyle ilaçların böbreklerden eliminasyonunun da yavaşladığı yaşlılarda, eşlik eden diğer hastalıklar nedeniyle birçok başka ilacın da eşzamanlı kullanımı sözkonusu olabilir. İlaç etkileşimleri, ilaç yan etkileri, belki de herkesten çok bu grup hastada gözönüne alınmalıdır.

Örneğin yaşlılarda florokinolon kullanımında kardiyak aritmiler ve inmeler, daha sık görülebilmektedir. Aminoglikozidlerde de tedavi dozu ile toksik doz arasındaki aralık, yaşlılarda azalmıştır. Yine yaşlılarda, İYE ya da başka nedenlerle önceki antibiyotik kullanımına bağlı olarak mikroorganizmaların %45 kadarında çoklu direnç saptanabilmektedir.



Ülkeler arasında, özellikle de Avrupa ve ABD arasında yaşlılardaki İYE'nun tedavisinde yeğlenen ilaçlar konusunda yerel direnç oranlarının farklılığı, ekonomik kaygılar nedeniyle farklılıklar olması doğaldır. Ancak önemli olan tedavi endikasyonlarında yukarıda özetlenen bilgilerin gözönüne alınması ve tedavinin genellikle daha genç yaş gruplarındakinden daha uzun sürdürülmesinin gerekliliğidir. Bu nedenle yaşlı kadınlarda tedavi 3-7 gün, aynı yaş grubundaki erkeklerde ise iki hafta boyunca sürdürülmelidir. Semptomatik relapslarda prostat enfeksiyonları gözönüne alınak tedavinin 6-12 haftaya uzatılması uygundur.

Yeğlenecek antibiyotikler -riskleri hatırd tutulmak kaydıyla-florokinolonlar, beta-laktamlar, nalidiksik asit, Gram negatiflerle oluşan ciddi enfeksiyonlarda ise aminoglikozidler olabilir. Hafif enfeksiyonlarda oral tedavi yeterli olabilirken ciddi enfeksiyonlarda hospitalizasyon ve parenteral antibiyotikler, septik hastalarda ikili antibiyotik, parenteral antibiyotik kullanılan durumlarda tedavinin ilk fırsatta oral antibiyotiklerle sürdürülmesi, genel ilkelerdir.

Okunması önerilenler:

- 1) Nicolle LE: Prevention "Urinary Tract Infection in the Female", Martin Dunitz Ltd, UK, 2000.
- 2) Knight E, Avorn J: Management of the Elderly, "Urinary Tract Infection in the Female", Martin Dunitz Ltd, UK, 2000.
- 3) Mody L. Et al: Indwelling Device Use and Antibiotic Resistance in Nursing Homes: Identifying a High-Risk Group, JAGS 55:1921-1926, 2007.
- 4) Benton TJ, Nixon-Lewis B: The Aging Urinary Tract and Asymptomatic Bacteriuria, Clinical Geriatrics, Vol 15:2, 17-22, 2007.
- 5) Neal, DE: Complicated Urinary Tract Infections. Urol Clin N Am 35 (2008) 13-22.
- 6) Nicolle, LE: Uncomplicated Urinary Tract Infection in Adults Including Uncomplicated Pyelonephritis. Urol Clin N Am 35 (2008) 1-12.

Dr. Mete ÇEK
S. B Taksim İlk Yardım Hastanesi
Üroloji Klinik Şefi



TÜRK ÜROLOJİSİNİN TEMEL TAŞLARI VE GELİŞMESİ - III

2. Dünya savaşının getirdiği olumsuzluklar yavaş, yavaş silinirken ürolojide de bazı gelişmeler yaşanmaya başlamıştır. Ankara' da Gülhane ve Tıp Fakültesi ilişkisi sonlanmış ve böylece her iki klinikte görev yapan hekimler Tıp Fakültesinde kalmışlardır.

Prof. Dr. Kemal Serav fakültede ki görevini sürdürürken, Gülhane de Üroloji kliniği direktörlüğüne Prof. Dr. Mehmet Yardımcı getirilmiştir. 1952 yılında Doçent olan Dr. İhsan Günalp askerden ayrılmış ve Tıp Fakültesi kadrosuna geçmiştir. Aynı zamanda üroloji kliniğinin ilk asistanı olan Dr. Rahmi Gerçel klinikte başasistan olarak devam etmiştir. Cebeci hastanesi Tıp Fakültesine devredilmiştir. İbni Sina binası yapılcaya kadar da bu bina da hizmet görmüştür. Dr. Rahmi Gerçel Doçent olduktan sonra, Dr. Mahmut Kafkas, Dr. Sezai L. Yaman, Dr. Orhan Göğüş, Dr.Yusuf Ziya Müftüoğlu, Dr. Sadettin Küpeli, Dr. Kadri Anafarta kadroya geçerek öğretim üyesi olmuşlardır.

1970 yılında Prof. Dr. Kemal Serav' ın geçirdiği bir trafik kazası sonucu vefat etmesi üzerine klinik başkanlığına Prof. Dr. İhsan Günalp seçilmiştir.

Yurdumuzda kurulan üroloji kliniklerinin en eskilerinden biri de Ankara Numune hastanesi Üroloji kliniğidir. Halen yıkılmış bulunan taş pavyonda 4 yatak ile kurulmuş ve ilk şefi de Gülhane' den yetişen Dr. Orhan Lütfi Somer'dir . Somer 1933 yılına kadar bu görev de kalmıştır. Daha sonra İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji kliniği doçentliğine tayin edildiğinden yerine Dr. Fevzi Taner getirilmiştir. Taner 1933-1948 yılları arasında klinik şefi olarak çalışmıştır. Bu müddet içinde üroloji servisi 1 no' lu pavyonda, hariciye servisi içinde 3 oda erkek, iki oda da kadınlar için olmak üzere çalışmalarına devam etmiştir. Dr. Fevzi Taner 1948 yılında Ankara' dan ayrılarak İstanbul Şişli Çocuk hastanesi üroloji şefliğine tayin edilmiştir. 1948 yılında Dr. Fevzi Taner' in yerine Numune hastanesi üroloji şefliğine Dr. Şemsi Özdilek tayin edilmiştir. Dr. Özdilek bir müddet Hacettepe çocuk kliniği üroloji servisi şefliği görevini de sürdürmüştür.

Hacettepe Tıp Fakültesinin kurulmasından sonra, aynı yıl kurulan Yüksek İhtisas hastanesi üroloji kliniği şefliğine ve aynı zamanda başhekimliğine tayin olmuştur. Emekli oluncaya kadar da bu görevde kalmıştır. Ankara Numune hastanesinde Dr. Özdilek' ten sonra üroloji servisi 1. ve 2. üroloji servisi diye bölünmüş, 1. servis şefliğine Dr. Suat Diker, 2. servis şefliğine ise Dr. İsmet Gürpınar atanmışlardır. Üçüncü Tıp fakültesi İzmir de 1955 yılında kurulmuştur. Üroloji kliniği 1958 yılında başkanlığına Ankara Tıp fakültesi Üroloji kliniğinden yetişen Doç. Dr. Hasan Nahit Toktay' in atanması ile çalışmaya başlamıştır. 1968 yılında Dr. Nejat Kaplanoğlu, 1970 yılında Dr. Özcan Erhan, 1971 yılında da Nurullah Mülazımoğlu doçent olarak klinik öğretim kadrosuna katılmışlardır. Başlangıçta devlet hastanesi bünyesinde yer alan üroloji kliniği daha sonra (1972) Bornova' da yapılan yeni binasına geçmiştir.

Üroloji kliniklerinin en eskilerinden biri olan Gülhane' de Prof. Dr. Kemal Serav' ın 1952 yılında Ankara Tıp fakültesine geçmesinden sonra klinik direktörlüğüne Prof. Dr. Mehmet Yardımcı seçilmiştir. 1960 yılına kadar bu görevini sürdüren Yardımcı' nın emekli olmasından sonra Prof. Dr. Necdet Bozkaya klinik direktörü olmuştur. 1973 yılında Prof. Dr. Necdet Bozkaya kendi isteği ile emekli olunca klinik başkanlığına 1973- 1974 yılları arasında cerrahi klinik başkanı Prof. Dr. Yusuf Yazıcı vekalet etmiştir. Ancak 1974 yılında Doçent olan Dr. Çetin Ülgen klinik direktörü olmuştur. Ankara' da Hacettepe deki Çocuk hastanesinden bir Tıp fakültesi doğmuştur.

Bu fakültenin kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı' dır. Başlangıçta Üroloji kliniğinin şefliğini öğretim görevlisi olarak Dr. Şemsi Özdilek bire süre yapmıştır. 1962 yılında faaliyete geçen fakültenin üroloji kliniğine Amerika' da üroloji Uzmanı olan Dr. Doğan Remzi klinik başkanı olmuştur. Klinik çalışmalarına cerrahi asistanları ile devam edilirken, cerrahi uzmanlığını tamamlayan Dr. Yılmaz Bayraktar klinik kadrosuna katılmıştır. Bir süre sonra da 1963 te Doç. Dr. Nevzat Duruman ve gene aynı yıl Dr. Ruhi Türkyılmaz klinikte görev almışlardır. Bu kliniğin ilk asistanı ise Dr. Sezer Kendi' dir. Daha sonraları kliniğe asistan alımları artmış ve kadrolar genişlemiştir. Böylece modern ürolojiye katkılar sağlayan bir tıp kuruluşu doğmuştur.

Ankara' da Üroloji açısından 1950 ile 1975 arasında bu gelişmeler olurken, yurdumuzun bir çok yerinde gerek devlet hastanelerinde, gerek sosyal sigorta hastanelerinde üroloji kadroları dolmağa başlamış ve yeni üroloji klinikleri kurulmuştur. Ankara' da ki gelişmeler yaşanırken İstanbul' da yerleşik kuruluşlarda da önemli gelişmeler meydana gelmiştir. İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi üroloji kliniğinde askeriyeden izinli olarak 1948 yılında Doçent olarak gelen Dr. Gıyas Korkud eğitim kadrosuna girmiştir. 1952 yılında yapılan bir düzenleme ile üniversite kadrolarında eğitim veren askeri hekimlerin, kadrolarının üniversitelere verilmesi ile bu hekimlerin askeri bağlantıları kesilmiştir. Ankara Tıp fakültesinde Prof. Dr. Kemal Serav, Dr. İhsan Günalp bu şekilde üniversite kadrolarına dönmüşlerdir. İstanbul 'da da Doçent Dr. Gıyas Korkud yarbay rütbesi ile ayrılarak üroloji kliniği kadrosuna geçmiştir.

1943 yılında Şişli Etfal hastanesi' nden Cerrahpaşa' ya Cerrahi kliniğinden boşalan yere taşınan üroloji kliniğinde ilk asistan olarak Dr. Necati Güvenç görülmektedir. 1949 yılında Doç. Dr. Saim Erkun' un Fransa' da aniden kalp krizi sonucun da vefat etmesi üzerine klinikte tek profesör ve tek doçent kalmıştır. 1955 yılında Prof. Behçet Sabit Erduran 'ın emekli olması üzerine, henüz profesör bulunmadığından, klinik başkanlığına Prof. Dr. Kazım Gürkan vekalet etmiştir. 1956 yılında profesör olan Dr. Gıyas Korkud klinik direktörlüğüne seçilmiştir. Aynı yıl Dr. Necati Güvenç Doçent olmuştur. Bir yıl sonra da 1957 yılında Dr. Muzaffer Akkılıç doçentlik sınavını kazanarak Doçent ünvanını almış ve klinik kadrolarına eğitimci olarak girmiştir. Böylece üroloji kliniğinde bir profesör ve iki doçent bulunuyordu.

1960 yılında yapılan askeri darbeden sonra, üniversitede büyük bir kaos yaşanmış ve Türkiye üniversitelerinden 147 öğretim üyesi ve yardımcısı kadrolardan çıkarılmıştır. Bu hocaların büyük bir kısmı ün yapmış kişilerden oluşuyordu. Daha sonra çıkarılan bir kanunla bu kişiler kadrolarına dönmüşlerdir. Ancak bu ünlü hocalar ne yazık ki kürsü direktörlüklerine geri dönememiştir. İşte bu karmaşa da İstanbul üniversitesi Tıp fakültesi iki kampüsün de bulunan kliniklerin eksik olan branşların tamamlaması kararı alınmış ve böylece tıp fakültesi iki ayrı fakülte hazırlığı içine itilmiştir. 1963 yılında Doçent Dr. Necati Güvenç Çapa' da yeni bir üroloji kliniği kurmak üzere görevlendirilmiştir. Böylece Çapa üroloji kliniği resmen kurulmuştur.

Daha sonra Cerrahpaşa üroloji kliniğinde Doçent olan Dr. Melih Özen 1966 yılında Çapa üroloji kliniği kadrosuna geçmiştir. 1967 yılında da gene Cerrahpaşa da uzman olan Dr. Sedat Tellaloğlu Çapa' da kadroya geçmiştir. Cerrahpaşa' da ise 1970 yılında Dr. Rüştü Karakaş ve 1971 yılında ise Dr. Kenan Karabay doçent olmuşlardır. Ancak Doç. Dr. Rüştü Karakaş kısa bir süre sonra hastalanarak 1970 yılında vefat etmiştir.

Cerrahpaşa üroloji kliniğinde 1965 yılında Doç. Dr. Muzaffer Akkılıç profesör olmuş ve böylece kadro iki profesör bir doçent olarak devam etmiştir. 1967 yılında İstanbul tıp fakültesi mevcut iki kampüsün ayrılarak iki ayrı tıp fakültesi olarak devam etmesine karar verilmiştir. Böylece Cerrahpaşa üroloji kliniği Cerrahpaşa tıp fakültesi içinde devam etmeğe, Çapa üroloji kliniği de Çapa tıp fakültesi içinde kalarak gelişmelerine devam etmiştir.

Hızlı, Direkt, Kolay¹



Referanslar

1. Flannery MT, et al. Current Medical Research and Opinion, Vol. 22, No. 4, 2006, 721-730.

FORMÜLÜ: Flomax® MR 0.4 mg kapsül

Her bir kapsül etken madde olarak 0.367 mg Tamsulosin'e eşdeğer 0.4 mg Tamsulosin hidroklorür ve boyar maddeler olarak İndigotin E-132, Titanyumdioksit E-171, Sarı demiroksit E-172, Kırmızı demiroksit E-172 içerir. Tamsulosin, bir alfa 1 adrenoseptör antagonist ajanıdır. **ENDİKASYONLARI:** Benign prostat hiperplazisinin (BPH) fonksiyonel semptomlarının tedavisinde endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Tamsulosin hidroklorür ya da ürünün diğer bileşenlerine karşı aşırı duyarlılığı olanlarda, hipotansiyon öyküsü ve ciddi karaciğer yetmezliği olanlarda kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNLEMLER:** Diğer alfa 1- blokerlerde olduğu gibi, FLOMAX® tedavisi sırasında bazı olgularda kan basıncında bir düşüş oluşabilir, bunun sonucu olarak nadiren senkop ortaya çıkabilmektedir. Ortostatik hipotansiyonun ilk bulguları (sersemlik, halsizlik) ortaya çıktığında, hasta semptomlar yok olana kadar oturmalı ya da uzanmalıdır. FLOMAX® ile tedaviye başlamadan önce, benign prostat hiperplazisi semptomlarına benzer semptom veren diğer durumların varlığını dışlamak üzere hasta muayene edilmelidir. Dijital rektal muayene ve gerektiğinde prostat spesifik antijen (PSA) tayini tedavi öncesinde ve daha sonrasında düzenli aralıklarla gerçekleştirilmelidir. Ciddi olarak böbrek yetmezliği (kreatinin klerensi 10 ml/dak.) olan hastaların tedavisi, bu hastalar araştırılmadığından, dikkatle ele alınmalıdır. **GEBELİK VE EMZİRME:** FLOMAX®, sadece erkek hastalara yönelik olduğu için uygun değildir. **TAŞIT VE ARAÇ KULLANMA YETENEĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:** FLOMAX®'in makine kullanma ve işletme yeteneğini olumsuz olarak etkileyip etkilemediği hakkında veriler bulunmamaktadır. Ancak, bu bakımdan hastalar sersemlik halinin oluşabileceği gerçeğini akılda tutmalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** FLOMAX® kullanımı esnasında şu istenmeyen reaksiyonlar bildirilmiştir: sersemlik, anormal ejakülasyon ve daha az sıklıkla (1%-2) baş ağrısı, asteni, postural hipotansiyon, çarpıntı, bulantı, kusma ve kabızlık gibi gastrointestinal reaksiyonlar zaman zaman ortaya çıkabilmektedir. Kızarıklık, kaşıntı ve örtiker gibi alerjik reaksiyonlar ortaya çıkabilir, anjiyödem bildirilmiştir. BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. **İLAC ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER:** Atenolol, enalapril veya nifedipin'in herhangi birisi ile birlikte FLOMAX® verildiğinde etkileşim görülmemiştir. Birlikte simetidin uygulanması FLOMAX®'daki Tamsulosin'in plazma düzeylerindeki bir artış, furosemid ise bir düşüş oluşturmıştır, fakat düzeyler normal pozoloji değişim aralığı arasında kaldığından dozu değiştirmek gerekmez. İn vitro olarak, ne diazepam ne de propranolol, triklormetiazid, klormadinon, amitriptilin, diklofenak, glibenklamid, simvastatin ve warfarin Tamsulosin'in insan plazmasındaki serbest fraksiyonlarını değiştirir. Tamsulosin; diazepam, propranolol, triklormetiazid ve klormadinon'un serbest fraksiyonlarını değiştirmez. Amitriptilin, salbutamol, glibenklamid ve finasterid'in de dahil olduğu karaciğer mikrozomal fraksiyonları ile yapılan in vitro araştırmalar sırasında hepatik metabolizma düzeyinde etkileşim gözlenmemiştir. Diklofenak ve warfarin Tamsulosin'in eliminasyon hızını artırabilir. Diğer alfa-1 agonistlerinin birlikte uygulanması hipotansiyona neden olabilir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Doktor tarafından başka bir şekilde tavsiye edilmediği takdirde: kahvaltadan sonra alınması şartıyla, günde bir kapsül. Kapsül bütün halinde ayakta ya da oturur pozisyonda bir bardak suyla (yaklaşık 150 ml) yutulmalıdır. Kapsül ezilmemeli ve çiğnenmemelidir, çünkü bu, etkin maddenin modifiye salınımına müdahale edebilir. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 30°'nin altında oda sıcaklığında saklayınız. Rutubetten koruyunuz. Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajlarda saklayınız. **TICARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** Her bir kutuda 30 adet kapsül içeren 10'luk stripli halinde karton kutularda arz edilmiştir. **RUHSAT SAHİBİNİN İSİM VE ADRESİ:** Boehringer Ingelheim İlaç Tic. A.Ş. Eski Büyükdere Cd. Uso Center No:61 Kat: 13614 34398 Maslak/İstanbul **RUHSAT TARİHİ VE NUMARASI:** 01/12/2000 109/32 **ÜRETİM YERİ VE ADRESİ:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Almanya, lisansıylı Yamanouchi Europe BV, Leiderdorp, Hollanda Reçete ile satılır. ©: Tescilli edilmmiş marka. **FİYAT:** 18/12/2007 tarihi itibarıyla KDV dahil perakende satış fiyatı Flomax® MR 0.4 mg /30 kapsül: 26.76 YTL. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. www.boehringer-ingelheim.com.tr

FLOMAX® MR
TAMSULOSIN

Boehringer
Ingelheim

1974 yılında Çapa' da Dr. Sedat Tellaloğlu doçent olmuştur. Çapa Üroloji kliniğinde de yetmişli yılların ortasında iki profesör ve bir doçent'le eğitime devam etmiştir. Üniversite klinikleri Cerrahpaşa' ya gelmeden önce, 1925 yıllarında kurulan bir üroloji servisi belediye' ye ait olarak devam ediyordu ve 1967 yılında Cerrahpaşa hastanesi üniversiteye geçince bu serviste kapatılmıştır. Servisi ilk kuran kişi Dr. Necmettin Arif' tir. Uzmanlık eğitimini Paris Necker hastanesinde almıştır. 1926 yılında vefat eden Dr. Necmettin Arif' in yerine Dr. İhsan Arif Derman gelmiştir. İlk asistanı ise Dr. Muammer Nuri Günver olmuştur. Dr. Günver uzmanlık eğitiminden sonra Haydarpaşa Numune Hastanesi üroloji kliniği şefliği 1938 yıllarında gelmiştir. Uzun yıllar Türk Üroloji Derneği başkanlığı da yapmış bir kişidir. Şef İhsan Arif' ten sonra Dr. Sadettin Tosun, Dr. Cafer Yıldırım, Dr. Regaip Şen ve Dr. Fethi Cebeci şef olarak çalışmışlardır.

Gene en eski üroloji kliniklerinden olan Vakıf Guraba hastanesi üroloji servisi 1911 yılında gayri resmi olarak Dr. Necmettin Arif tarafından kurulmuştur. Necmettin Arif in ayrılmasından sonra bir süre Dr. Behçet Sabit Erduran çalışmıştır. 1926 yılında da Paris Necker hastanesinde uzman eğitimi alan Dr. Ali Eşref Gürsel tayin edilmiştir. Ali Eşref 1961 yılında emekli olmuştur. Yerine Dr. Faruk Nurlu tayin edilmiş. 1972 yılında Dr. Nurlu' nun emekli olması ile yerine Dr. Metin Süer servis şefliğine getirilmiştir.

1933 öncesinde Dr. İhsan Arif Derman' ın yalnız poliklinik yaptığı Haseki hastanesinde daha sonra Dr. Hakkı Rüştü Kuyucaklı 1954 yılında 20 yataklı bir servis yapmıştır. 1959 yılında ise Dr. Cafer Yıldırım servis şefi olmuştur. Yıldırım aynı zamanda uzun yıllar Türk Üroloji Derneği başkanlığı da yapmıştır.

Haydarpaşa Numune hastanesi Üroloji servisi ilk şefi Dr. Fuat Hamit Bayer tayin edilmiş ve daha sonra 1938 de Dr. Muammer Nuri Günver şef olarak atanmıştır. 1966 yılında Dr. Muammer Nuri Günver' n yerine Dr. Nurettin Çek servis şefliğine tayin olmuştur.

Yukarda da yazdığım gibi 1950- 1975 arasında yeni tıp fakülteleri kurulurken, sağlık bakanlığına bağlı hastaneler de üroloji servisleri açılmış ve şef tayinleri yapılmış ve asistan kadroları verilerek üroloji uzmanı yetiştirmeleri şartları genişletilmiştir.

Dr. Vural Solok



İhsan Günalp



Saim Erkun



Necati Güvenç



Üroloji Derneği



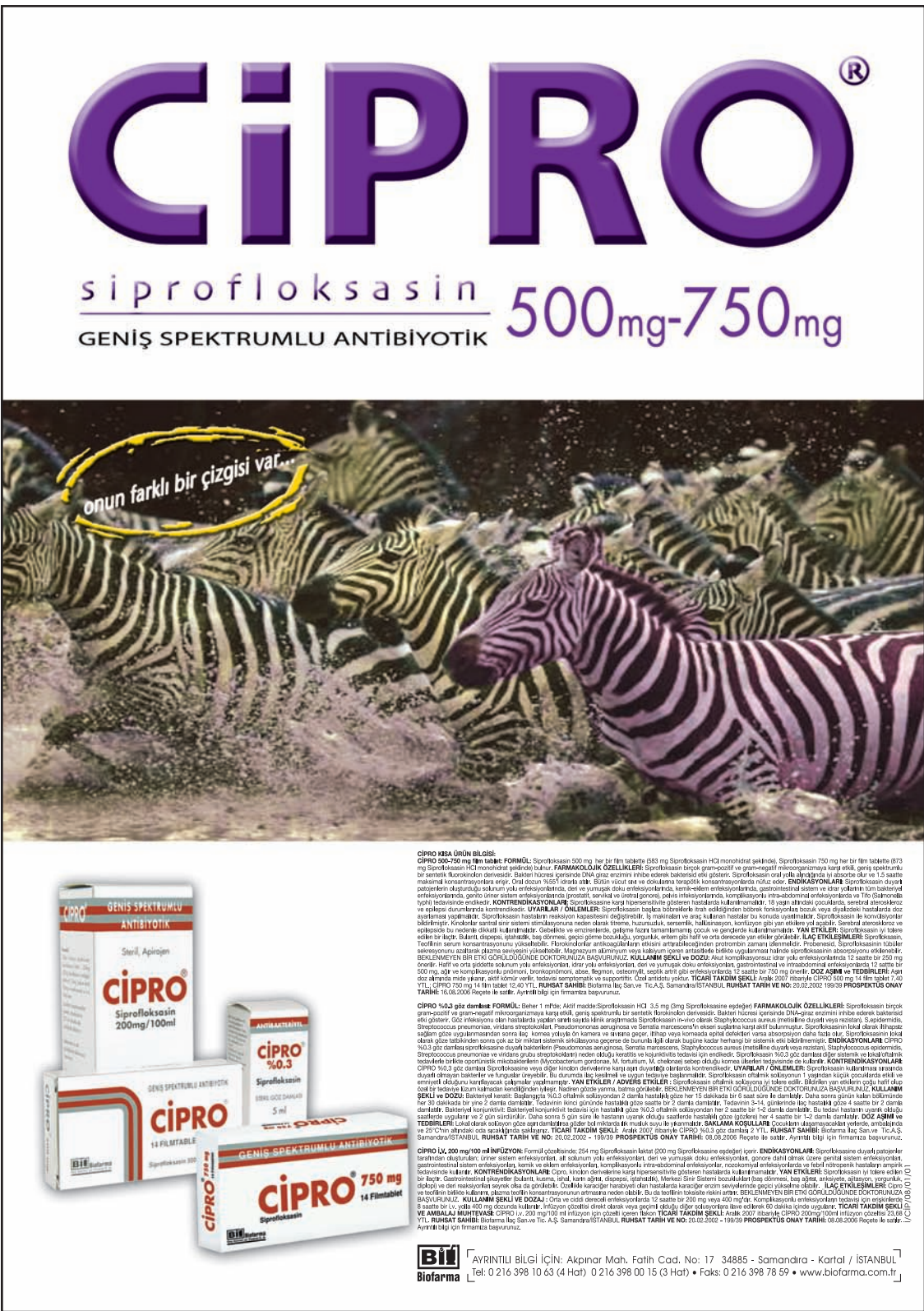
Ankara Tıp Üroloji



Şemsi Özdilek



Giyas Korkut



20. ULUSAL ÜROLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

SCIENTIFIC PROGRAM OF THE 20. NATIONAL CONGRESS OF THE TURKISH UROLOGICAL ASSOCIATION

01 Kasım 2008, Cumartesi (01 November 2008, Saturday)

14.00-17.30	Alt Branş Dernekleri Toplantısı Society Meetings Türkiye ESRU Toplantısı Turkey ESRU Meeting Üroloji Hemşireleri Toplantısı Society of Urologic Nurses Meeting
18.00-19.00	Uydu Sempozyumu / Astra Zeneca Satellite Symposium
19.00-20:00	Açılış Töreni Opening Ceremony
20.00-22.00	Açılış Kokteyli Welcome Cocktail

02 Kasım 2008, Pazar (02 November 2008, Sunday)

ANA OTURUM / PLENARY SESSION

08.00-08.15	Ana Salon / Main Hall
08.15-08.35	AÇILIŞ / OPENING 2008'de Üreter Taşına Yaklaşım Management of Ureteral Stone in 2008 P.Alken (D)
08.35-09.20	Panel: Zorlu Taş Olguları Challenging Cases of Urolithiasis Moderatör /Moderator: P.Alken (D) Panel: A.Y.Müslümanoğlu (TR) O.Nazlı (TR) Y.İlker (TR) A.U.Önder (TR)
09:20-10:00	Organ Koruyucu RCC Cerrahisi: Nasıl Yapılmalı? Organ-Sparing RCC Surgery: How to perform? Moderatör/Moderator: Z.Kırkalı (TR) Açık/Open: P.Alken (D) Robot/Lap./Robotic--Laparoscopic : M.Menon(USA)
10.00-10.30	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
10.30-10.50	PSA- Prostat hacmi ilişkisi Clinical implications of the interrelation between PSA and Prostate Volume C.Roehrborn (USA)
10.50-11.10	Kas invaziv olmayan mesane kanserinde intravezikal profilaksi Intravesical Prophylaxis for non Muscle-Invasive Bladder Cancer A.Böhle (D)
11.10-11.30	Türkiye'de Renal Transplantasyon Renal Transplantation in Turkey İ.Nane (TR)
11:30 - 12:00	Ürolojik tümörlü hastaya psikolojik yaklaşım Psychological Management of Patients with Urological Cancer Moderatör/Moderator : Y.Bedük (TR) D.Yamaç (TR)

ALT OTURUMLAR / SUB-PLENARY SESSIONS

10.30-11.10	Salon 1 / Hall 1 Pediatrik Androloji Pediatric Andrology Moderatör/Moderator:F. Şimşek (TR) Panel: İ. Karaman (TR) C. Germiyanoğlu (TR) M. Dayanç (TR) Ş. Sarıkaya (TR) Salon 2 / Hall 2 Erkte idrar kaçırma: Cerrahi tedavi Urinary Incontinence in men: Surgical Management Moderatör/Moderator: N. Arıkan (TR) Erkek sling'i/Male sling: C. Özkürkcügil (TR) Artifisyonel Sfinkter/Artificial Urinary Sphincter : C. Özyurt (TR) Salon 3 / Hall 3 URS ve PNL'de komplikasyonlar ve çözümü Trouble-Shooting in URS and PNL Moderatör/Moderator: M. Akıncı (TR) Panel: Ç. Göğüş (TR) A. Tefekli (TR) L. Tuncay (TR) C. Miroğlu (TR)
11.10-11.20	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
11.20-12.00	Salon 1 / Hall 1 Nörojen Mesane: İzlemden Augmentasyona Neurogenic Bladder: From Conservative management to Augmentation Moderatör/Moderator: T. Koçak (TR) Panel: O. Demirkesen (TR) Z. Aybek (TR) İ. Koçak (TR) İ. Şen (TR) Salon 2 / Hall 2 Nonseminomatöz germ hücreli tümörde RPLND nasıl yapılmalı? How to perform RPLND in Non-Seminomatous Germ Cell Tumors? Moderatör/Moderator : M. Tunç (TR) Tartışmacılar/Debators : Sınırlı/Limited: S. Albayrak (TR) Standart/Standart : Ö. Dillioğlul (TR) Salon 3 / Hall 3 UPJ Darlığına Yaklaşım Management of UPJ Obstruction Moderatör/Moderator : A. R. Kural (TR) Panel: T. Çaşkurulu (TR) H. Vuruşkan (TR) M. Kilciler (TR) S. Yücel (TR)
12:00 - 13:15	Öğle Yemeği Arası / Lunch Uydu Sempozyumu / GSK Satellite Symposium

13:15 - 15:15	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
15:15 - 15:45	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
15:45 - 17:45	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
18:00 - 19:00	Uydu Sempozyum / Pfizer Satellite Symposium

03 Kasım 2008, Pazartesi (03 November 2008, Monday)

ANA OTURUM / PLENARY SESSION

07.45-08.25	Ana Salon / Main Hall Dünden İzlenimler Highlights
08.30-08.50	2008'de PSA ve derivelerinin kullanımı (EAU lecture) PSA and Its Derivatives in 2008 P.A.Abrahamsson (S)
08.50-09.40	Radikal Prostatektomi: Nasıl? Radical Prostatectomy: How? Moderatör/Moderator: T.Esen (TR) Açık/Open: P.Walsh (USA) Robotik/Robotic: M.Menon (USA)
09.40-10.0	Lokalize Prostat Kanserinde Karşıtlıklar Controversies in Localised Prostate Cancer AUA lecture: P.Walsh (USA)
10.00-10.30	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
10.30-10.50	Hipospadyas 2008 Hypospadias 2008 B.Kogan (USA)
10.50-11.40	Vezikoüreteral Reflü: Olgu Tartışması Vesicoureteral Reflux: Case Discussion Moderatör/Moderator:O.Ziylan (TR) Panel: S.Tekgül (TR) B.Kogan (USA) R.Nijman (NL) T.Soygür (TR)
11.40-12.00	Pediatrik Aşırı Aktif Mesaneye Yaklaşım Management of Overactive Bladder in Children R.Nijman (NL)

ALT OTURUMLAR / SUB-PLENARY SESSIONS

10.00-10.30	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
10.30-12.00	Salon 1 / Hall 1 ESU KURSU ESU COURSE Ürogenital Travma ve Üretral Rekonstrüksiyon Urogenital Trauma and Urethral Reconstruction PRELIMINARY PROGRAMME European School of Urology: Unique education opportunity for urologists Z. Kırkalı, İzmir (TR)
10.30-10.35	How best to manage genitourinary trauma in 2008? N. Watkin, London (GB)
10.35-11.05	Tips & tricks in urethral reconstruction W. Oosterlinck, Ghent (BE)
11.05-11.35	Case discussion
11.35-12.00	Closure
12.00	Öğle Yemeği Arası / Lunch
12:00 - 13:15	Uydu Sempozyumu / Sanofi Aventis Satellite Symposium
13:15 - 15:15	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
15:15 - 15:45	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
15:45 - 17:45	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
18:00 - 19:00	Uydu Sempozyum / Ferring İlaç Satellite Symposium

04 Kasım 2008, Salı (04 November 2008, Tuesday)

ANA OTURUM / PLENARY SESSION

07.45-08.25	Ana Salon / Main Hall Dünden İzlenimler Highlights
08.30-08.50	BPH ile ilişkili AÜSS medikal tedavisinde kombinasyon tedavisi mi monoterapi mi? Medical Management of LUTS Associated with BPH: Combination Therapy or Monotherapy C.Roehrborn (USA)
08.50-09.10	PDE5 inhibitörlerine cevapsız olgularda yeni stratejiler New Strategies in PDE5 Inhibitors-Non Responders D.Hatzichristou (GR)
09:10 - 10:00	Androlojide Zorlu Olgular Difficult Cases in Andrology Moderatör/Moderator: A.Kadioğlu (TR) Panel: D.Hatzichristou (GR) K.Aydos (TR) B.Alıcı (TR) M.Başar (TR)
10.00-10.30	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
10.30-10.50	Stres Tip İdrar Kaçırma Cerrahisinde 10 yılda ne değişti? What has changed in 10 Years in Stress Incontinence Surgery? W.Artibani (I)
10.50-11.10	Kadında pelvik rekonstruktif cerrahi Female Pelvic Reconstructive Surgery S.Herschorn (CDN)
11:10 -12:00	Stres tip idrar kaçırma cerrahi sonrası komplikasyonlar Complicatons after Stress Incontinence Surgery Moderatör/Moderator : A.Ergen (TR) Panel : W.Artibani (I) S.Herschorn (CDN) B.Çetinel (TR) T.Tarcan (TR)

ALT OTURUMLAR / SUB-PLenary SESSIONS

08.30-09.10	Salon 1 / Hall 1 Mesane kanseri: Klinik İnciler Bladder Cancer: Clinical Pearls Moderatör/Moderator : S. Baltacı (TR) Panel: S. Ataus (TR) R. Büyükalpelli (TR) C. Can (TR) İ.T. Köksal (TR) Salon 2 / Hall 2 Perinatoloji / Intrauterin Tanı Perinatology / Intrauterine Diagnosis Moderatör/Moderator :H. Ander (TR) Panel : O. Zıylan (TR) S. Tekgül (TR) Y. Aksoy (TR) E. Güntekin (TR) Salon 3 / Hall 3 Laparoskopik üroloji Laparoscopic Urology Moderatör/Moderator: B. Oktay (TR) Panel : Y. Bayazıt (TR) E. Apaydın (TR) Y. Özgök (TR) S. Sözen (TR) Çay - Kahve Molası / Coffee Break Salon 1 / Hall 1 Alt kaliks taşına yaklaşım Management of Lower Caliceal Stone Moderatör/Moderator: M. Baykara (TR) Panel: B. Küpeli (TR) K. Sarıca (TR) A. Arıdoğan(TR) C. Bilen (TR) Salon 2 / Hall 2 RRP sonrası cerrahi sınır ve vezikoseminalis pozitifliğine yaklaşım Management of Positive Surgical Margins and Seminal Vesicle Invasion After RRP Adjuvan yada kurtarıcı radyoterapi? Adjuvant or Salvage Radiotherapy Moderatör/Moderator : A. Akdaş (TR) Konuşmacılar/Debaters : Adjuvan/Adjuvant RT : M. Kınay (TR) Kurtarıcı/Salvage RT : G. Günaydın (TR) Salon 3 / Hall 3 Erektile Disfonksiyonlu hastaya yaklaşım How to manage the Patient with ED? Moderatör/Moderator : B. Semerci (TR) Konuşmacılar/Panelists : A. Atan (TR) S. Çayan (TR) İ. Orhan (TR) T. Yurdakul (TR)
-------------	---

12:00 - 13:15	Öğle Yemeği Arası / Lunch Uydu Sempozyumu / Erkim İlaç Satellite Symposium
13:15 - 15:15	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
15:15 - 15:45	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
15:45 - 17:45	Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions
18:00 - 19:00	Uydu Sempozyum / Bayer-Schering Satellite Symposium

05 Kasım 2008, Çarşamba (05 November 2008, Wednesday)

ANA OTURUM / PLENARY SESSION
Ana Salon / Main Hall

07.45-08.25	Dünden İzlenimler Highlights
08.30-08.50	Metastatik RCC de tedavinin kişiselleştirilmesi Individualization of the treatment in metastatic RCC patients J.Bellmunt (E)
08.50-09.40	Yüksek Riskli Prostat Kanserine Yaklaşım Management of High-Risk Prostate Cancer Moderatör/Moderator : H.Özen (TR) Panel : P.Walsh (USA) J.Bellmunt (E) L.Türkeri (TR) M. Kınay (TR) P.A.Abrahamsson (S)
09.40-10.0	Prostat Kanserinde "Chemoprevention" Chemoprevention in Prostate Cancer C.Roehrborn (USA)
10.00-10.30	Çay - Kahve Molası / Coffee Break
10.30-12.00	Türki Cumhuriyetler Üroloji Oturumu Urological Meeting of Turcic Republics Moderatör/Moderator: T. Esen (TR) Panel :S. İmamverdiyev (AZ) A. Usubbaev (KS) D. Arustamov (UZ) M. Alcinbayev (KZ)

ALT OTURUMLAR / SUB-PLenary SESSIONS

10.30-11.10	Salon 1 / Hall 1 İnfertilite 2008 Infertility 2008 Moderatör/Moderator : R. Aşçı (TR) Panel : İ. Özbey (TR) B. Altay (TR) H. Biri (TR) H. Özkara (TR) Salon 2 / Hall 2 Üriner Diversiyonlar Urinary Diversions Moderatör/Moderator : F. Özcan (TR) Panel : T. Karadeniz (TR) H. Özkardeş (TR) İ. Yavaşçaoğlu (TR) H. Şahin (TR)
-------------	--

Salon 3 / Hall 3 Ürogenital Enfeksiyonlar:Yeni Ne Var? Urogenital Infections: What's New? Moderatör/Moderator : M. Çek (TR) Panel : O. İnci (TR) E. Ergenekon (TR) R. Tokuç (TR) H. Ersoy (TR) Salon 1 / Hall 1 Peyronie hastalığı:tanı ve tedavisi Peyronie's Disease: Diagnosis and Management Moderatör/Moderator : A. Esen (TR) Panel : A. Metin (TR) Ö. Yaman (TR) M. Usta (TR) E. Akkuş (TR) Salon 2 / Hall 2 Ürolojik görüntüleme: PET, Multislice BT/MR Urological Imaging: PET, Multislice BT/MR Moderatör/Moderator : K. Baykal (TR) Panel : U. Mungan (TR) A. Tunacı (TR) L. Kabasakal (TR) Salon 3 / Hall 3 BPH da minimal invaziv tedavi: Türkiye Gerçeği Minimal Invasive Treatment of BPH: What is happening in Turkey? Moderatör/Moderator : V. Yalçın (TR) Panel : A. Erol (TR) D. Balbay (TR) G. Okyar (TR) F. Şengör (TR) Öğle Yemeği Arası / Lunch Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions Çay - Kahve Molası / Coffee Break Sözlü Sunu ve Poster Oturumları Oral Presentation and Poster Sessions	11.20-12.00
12:00 - 13:15 13:15 - 15:15 15:15 - 15:45 15:45 - 17:45	

06 Kasım 2008, Perşembe (06 November 2008, Thursday)

EVE DÖNÜŞ MESAJLARI TAKE HOME MESSAGES Prostat Kanseri B.Soyupak (TR) Prostate Cancer	08.30-10.30
---	-------------

Ürotelyal Kanserler
A.Mungan (TR)
Urothelial Cancer

Testis/Böbrek TM
Ç.Çal (TR)
Testicular/Renal Cancer

Endoüroloji/Taş Hastalığı
T.Alkibay (TR)
Endourology/Stone Disease

BPH
F.Zorlu (TR)

Laparoskopik Üroloji
C.Öbek (TR)
Laparoscopic Urology

Rekonstrüktif Üroloji
A.R.Ersay (TR)
Reconstructive Urology

Nöroüroloji / Kadın Ürolojisi
B.Seçkin (TR)
Neurourology / Female Urology

İnfertilite
T.Turan (TR)
Infertility

Erektile Disfonksiyon
H.Erol (TR)
Erectile Dysfunction

Çocuk Ürolojisi
N.Satar (TR)
Pediatric Urology

Enfeksiyon ve Renal Transplantasyon
A.Yazıcıoğlu (TR)
Infection and Renal Transplantation



2008 YURT İÇİ & YURT DIŞI ÜROLOJİ TOPLANTI VE KONGRELERİ

Uluslararası Kongreler

- *05-08 Temmuz 2008, 4.Uluslararası İnkontinans Konsultasyon Toplantısı, Paris/ Fransa
*20-26 Temmuz 2008, ESU Masterclass ve Cornell Üniversitesi Weill Koleji Toplantısı, Salzburg/Avusturya
*29-30 Ağustos 2008, ICS Educational Course, İstanbul
* 2-5 Eylül 2008 11.Uluslararası Ürolitiazis Sempozyumu, Nice/Fransa
*4-6 Eylül 2008, İsviçre Ulusal Üroloji Kongresi, Davos/İsviçre
*5-10 Eylül 2008, 6.Avrupa Üroloji Asistan Eğitim Programı, Prag/Çek Cumhuriyeti
*12-13 Eylül 2008, EAU 2.Kuzeydoğu Avrupa Toplantısı, Vilnius/Litvanya
*15-17 Eylül 2008, 33. Uluslararası Ürojinekolojik Birlik Toplantısı, Taipei/Tayvan
*18-21 Eylül 2008, CUA Toplantısı Kunming, Yunnan ili/Çin
*22-28 Eylül 2008,Centenario Üroloji Derneği Kongresi, Roma/İtalya
*24-27 Eylül 2008, Alman Üroloji Derneği Toplantısı, Stuttgart/Almanya
*1-4 Ekim 2008, 19.Panhellenic Üroloji Kongresi, Chalkidiki/Yunanistan
*1-5 Ekim 2008, 15. Ulusal AURO Toplantısı, Giardini Naxos/İtalya
*2-5 Ekim 2008, 9.Asya Üroloji Kongresi, Yeni Delhi/Hindistan
*8-10 Ekim 2008, Çek Üroloji Derneği Toplantısı, Hradec Králové/Çek Cumhuriyeti
*9-11 Ekim 2008, Hands on LIVE / İstanbul
*9-12 Ekim 2008, EORTC Grubu Sonbahar Toplantısı, Palermo/İtalya
*16-18 Ekim 2008 18.Avrupa Ürolojik Araştırma Derneği Toplantısı, Barcelona/İspanya
*17-18 Ekim 2008, 4. EAU Güneydoğu Avrupa Toplantısı, Tiran/Arnavutluk
*20-24 Ekim 2008, 38. Uluslararası Kontinans Derneği Toplantısı,Nasr City, Kahire/Mısır
*20-25 Ekim 2008, ICS Toplantısı, Kahire/Mısır
*24-25 Ekim 2008, EAU Orta Avrupa Toplantısı, Varşova/Polonya
*8-12 Kasım 2008, Amerikan Reprodüktif Tıp Derneği Toplantısı, San Francisco, California/USA
*10 Kasım 2008, Ulusal Mısır Üroloji Kongresi, Hurgada/Mısır
*20-22 Kasım 2008, Dünya Üroonkoloji Kongresi, Santiago/Şili
*30 Kasım-4 Aralık 2008, 26. Dünya Endüroloji Kongresi, Şangay/Çin

Ulusal Kongreler

- *Eylül 2008, Türk Üroloji Derneği Bahar Toplantısı, (Ege Üroloji Derneği işbirliği ile)
* 1-6 Kasım 2008 20. ULUSAL ÜROLOJİ KONGRESİ-ANTALYA / Asistanlara katılım ücretsizdir

EAU 4th South Eastern European Meeting

17-18 October 2008
Tirana, Albania

Call for Abstracts
deadline 1 July 2008

EAU European
Association
of Urology

Saturday, 18 October 2008

08.00 – 08.30	The concise refresher course: Evaluating the incontinent female I. Ignjatovic, Nis	10.10 – 10.30 10.30 – 12.10	Poster sessions Mounting, viewing of posters Presentation and discussion
08.30 – 10.00	Urethral trauma Immediate care and diagnosis V. Politis, Athens Surgical management of traumatic strictures M.L. Djordjevic, Belgrade Managing incontinence and ED after trauma A. Ergen, Ankara Urethral trauma in the female T. Tarcan, Istanbul	12.10 – 13.30	Panel discussion: High risk prostate cancer: The difficult treatment decision Chair: M. Marberger, Vienna Panel: P-A. Abrahamsson, Malmö T. Esen, Istanbul A. Grigorakis, Athens S. Micic, Belgrade M. Tzvetkov, Sofia M. Khani, Tirana
10.00 – 10.20	Coffee break	13.30	Awards and closing remarks F. Tartari, Tirana M. Marberger, Vienna



17-18 October 2008 5

Preliminary Programme

Thursday, 16 October 2008

16.00 – 19.00 Registration

Friday, 17 October 2008

07.00 – 09.00	Registration	13.40 – 14.10	State-of-the-art lecture Translational research in prostate cancer: From the lab to the patient P-A. Abrahamsson, Malmö
09.00 – 09.10	Welcome and introduction P-A. Abrahamsson, Malmö S. Capeli, Tirana	14.10 – 14.30	Coffee break
09.10 – 10.40	Renal cell cancer Can we improve pretherapeutic diagnosis G. Moutzouris, Larissa Is watchful waiting an option? N. Bojanic, Belgrade Limits of nephron-sparing surgery F. Özcan, Istanbul When is open nephrectomy still needed? D. Miladenov, Sofia	14.30 – 16.10	Poster sessions Mounting, viewing of posters Presentation and discussion
10.40 – 11.00	Coffee break	16.10 – 17.40	Urolithiasis Ureteric stones: Primary SWL or ureteroscopy I. Varkarakis, Athens Lower pole calyceal stones T. Esen, Istanbul The stone situation in Albania F. Tartari, Tirana The complex stone: Is open surgery still needed L. Lekovski, Skopje Why do we have larger stones in South Eastern Europe and what is to be done about it? M. Hiro, Sarajevo
10.40 – 12.40	Poster sessions Mounting, viewing of posters Presentation and discussion		
12.40 – 13.40	Lunch		

4 EAU 4th South Eastern European Meeting

TÜRK ÜROLOJİ YETERLİLİK KURULU’NUN ÜNİVERSİTELER (YARDIMCI DOÇENT, DOÇENT VE PROFESÖR) VE EĞİTİM HASTANELERİ (BAŞASİSTAN, ŞEF YARDIMCISI VE ŞEF) İÇİN YÜKSELME VE ATAMA İLKELERİ

Toplantı Tarihi:
14.5.2008

GAZETE ÜROTÜRK’TE YAYINLANDIĞI TARİHTEN İTİBAREN GEÇERLİDİR.

AMAÇ:

2547 sayılı Yükseköğretim Yasası'nın 65. maddesine dayanarak Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından hazırlanmış olan "Öğretim Üyeliğine Yükseltme ve Atama Yönetmeliği"nin ve Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'nin ilgili maddelerinde öngörülen koşulları yerine getiren adayların kendilerini hazırlamalarının ve durumlarını değerlendirmelerinin kolaylaştırılması; komisyon, kurum ve yetkililerin yapacakları değerlendirmelerde ölçüt, saydamlık ve standart oluşturularak, daha sağlıklı karar verebilmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

KAPSAM:

TÜYK tarafından hazırlanan bu yönerge yardımcı doçent, doçent ve profesör ile baş asistan, şef yardımcısı ve şef kadrolarına yükseltilecek veya atanacak adayların değerlendirilmelerinde uygulanacak ilke, ölçüt ve standartları kapsamaktadır.

ADAYLIK BAŞVURU KOŞULLARI

Temel İlkeler:

Yükseltme ve atama ölçütlerinin kullanımında dikkate alınması gerekli ilkeler aşağıda belirtilmiştir;

1. Başvuruların değerlendirilmesinde adayın bilimsel özellikleri kapsamlı ve ayrıntılı bir şekilde incelenir. Değerlendirmede adayın bilimsel performansı, eğitime katkısı, yayınları, mesleki deneyimi ve diğer bilimsel etkinlikleri dikkate alınır.

2. Yükseltme ve atama ölçütleri sadece başvuranların ön inceleme sürecinde kullanılır. Bu ölçütler tek başına değerlendirme unsuru değildir. Bu ölçütlerin sağlanmış olması yükseltme ve atamalarda adaylar için bağlayıcı bir hak oluşturmaz. Bilimsel değerlendirme jüri üyelerince yapılır. Yükseltme ve atamalarda da jüri üyelerinin yapacağı bilimsel değerlendirmeler esas alınacaktır.

3. Adaylarda bulunması gereken ortak ön koşullar şunlardır;

3.1. Tüm adaylar uzmanlık sonrasında TÜYK ve/veya Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Yeterlilik Sınavını kazanmış olmalıdır.

3.2. Tüm adaylar eğitici eğitimi sertifikasına sahip olmalıdır.

3.3. Tüm ünvanlar için başvurularda, bilimsel çalışma konuları ve özellikle yayımlanan yılları açısından dengeli bir dağılım olması göz önüne alınır.

Bilimsel Kriterler

4. Başasistanlık:

4.1. Başasistanlık için uzman olduğunu belgeleyen herkes (süresine bakılmaksızın) başvurabilir.

3 yıl sonunda ikinci kez Başasistan olarak atanmak için en az Yardımcı Doçentlik için öngörülen ilk atama koşullarının sağlanması gerekir.

4.2. Bildiri:

4.2.1. Aday en az 1 (bir) yurtdışı (Amerikan Üroloji Derneği (AUA) ve Avrupa Üroloji Derneği (EAU) ile bunların akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

4.2.2. Aday en az 1 (bir) tanesinde birinci isim olmak üzere, 3 (üç) yurtiçi (Türk Üroloji Derneği (TÜD) ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

4.3. Basılı yayın:

4.3.1. Aday "Science Citation Index (SCI) expanded" kapsamındaki dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 1 (bir) çalışmada (bilimsel araştırma, derleme, olgu sunumu) çalışmada yer almalıdır.

4.3.2. Aday en az 1 (bir) tanesinde birinci isim olmak üzere, TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 3 (üç) çalışmada yer almalıdır.

4.4. Yabancı dil: Adayın Kamu Personeli Dil Sınavı (KPDS) veya Üniversite Dil Sınavı (ÜDS)' ndan B ve üzeri not almış olması gereklidir.

5. Şef yardımcılığı:

5.1. Şef yardımcılığı için uzmanlık sonrası en az 5 (beş) yıl çalışmış olmak gereklidir. Uzmanlık sonrası askerlik ve mecburi hizmette geçen zaman bu süreler içinde kabul edilir.

5.2. Bildiri:

5.2.1. Aday uzmanlık sonrası, en az 2 (iki) tanesinde birinci isim olmak koşuluyla en az 3 (üç) yurtdışı (AUA ve EAU ile bunların akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

5.2.2. Aday uzmanlık sonrası en az 3 (üç) tanesinde birinci isim olmak koşulu ile 6 (altı) yurtiçi (TÜD ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

5.3. Basılı yayın:

5.3.1. Aday uzmanlık sonrası en az 2 (iki) tanesinde birinci isim olmak üzere "SCI expanded" kapsamındaki dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 3 (üç) çalışmada yer almalıdır.

5.3.2. Yukarıda belirtilen yayınlardan en az 1 (bir) tanesi deneysel çalışma olmalıdır.

5.3.3. Yukarıda belirtilen yayınlar içerisinde olgu sunumu 1 (bir) den fazla olmamalıdır.

5.3.4. Aday uzmanlık sonrası en az 3 (üç) tanesinde birinci isim olmak üzere, TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 6 (altı) çalışmada yer almalıdır.

6. Şeflik:

6.1. Şeflik için uzmanlık sonrası en az 10 (on) yıl çalışmış olmak gereklidir.

Uzmanlık sonrası askerlik ve mecburi hizmette geçen süreler bu süreler içinde kabul edilir.

Bu sürenin en az 3 (üç) yıllık bölümünün bir eğitim hastanesinde geçirilmiş olması gerekir.

6.2. Bildiri:

6.2.1. Aday şef yardımcılığı/doçentlik sonrası sonrası, en az 2 (iki) tanesinde birinci isim olmak üzere, en az 5 (beş) yurtdışı (AUA ve EAU ile bunların akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum, ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir

6.2.2. Aday şef yardımcılığı/doçentlik sonrası en az 3 (üç) tanesinde birinci isim olmak koşuluyla en az 10 (on) yurtiçi (TÜD ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum, ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

6.3. Basılı yayın:

6.3.1. Aday şef yardımcılığı/doçentlik sonrası, "SCI expanded" kapsamındaki dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 5 (beş) çalışmada (bilimsel araştırma, derleme, olgu sunumu) yer almalı ve olgu sunumları dışında en az 2 (iki) tanesinde birinci isim olmalıdır.

6.3.2. Adayın birinci isim olarak yer aldığı yukarıda belirtilen yayınlarının en az 1 (bir) tanesi deneysel çalışma olmalıdır.

6.3.3. Yukarıda belirtilen 5 yayın içerisinde olgu sunumlarının sayısı 1 (bir) den fazla olmamalıdır.

6.3.4. Aday şef yardımcılığı/doçentlik sonrası en az 3 (üç) tanesinde birinci isim olmak üzere, TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 10 (on) çalışmada yer almalıdır.

7. Yardımcı doçentlik:

7.1. Yardımcı doçentlik için uzmanlık sonrası en az 2 (iki) yıl çalışmış olmak gereklidir. Uzmanlık sonrası askerlik ve mecburi hizmette geçen zaman bu süreler içinde kabul edilir.

7.2. Bildiri:

7.2.1. Aday uzmanlık sonrası en az 1 (bir) yurtdışı (AUA ve EAU ile bunların akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

7.2.2. Aday uzmanlık sonrası en az 3 (üç) yurtiçi (TÜD ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

7.3. Basılı yayın:

7.3.1. Aday uzmanlık sonrası "SCI expanded" kapsamındaki dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 2 (iki) çalışmada (bilimsel araştırma, derleme, olgu sunumu) yer almalı ve bu çalışmaların en az 1 (bir) tanesinde birinci isim olmalıdır.

7.3.2. Aday uzmanlık sonrası en az 1 (bir) tanesinde birinci isim olmak üzere TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 3 (üç) çalışmada yer almalıdır.

7.4. Yabancı dil: Adayın Kamu Personeli Dil Sınavı (KPDS) veya Üniversite Dil Sınavı (ÜDS)' ndan B ve üzeri not almış olması gereklidir.

8. Doçentlik:

8.1. Doçentlik için uzmanlık sonrası 5 (beş) yıl çalışmış olmak gereklidir. Uzmanlık sonrası askerlik ve mecburi hizmette geçen zaman bu süreler içinde kabul edilir. Ancak aday bu sürenin en az 4 (dört) yılını Üroloji uzmanlık eğitimi veren bir eğitim kurumunda fiilen çalışarak geçirmiş olmalıdır.

8.2. Bildiri:

8.2.1. Aday uzmanlık sonrası en az 1 (bir) tanesinde birinci isim olmak üzere 5 (beş) yurtdışı (AUA ve EAU ile bunların

akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

8.2.2. Aday uzmanlık sonrası 10 (on) yurtiçi (TÜD ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum ya da panele bildiri ile ve/veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

8.3. Basılı yayın:

8.3.1. Aday uzmanlık sonrası "SCI expanded" kapsamındaki dergilerde yayınlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 8 (sekiz) çalışmada (bilimsel araştırma, derleme, olgu sunumu) yer almalı ve bu çalışmaların olgu sunumları hariç olmak üzere, en az 4 (dört) tanesinde birinci isim olmalıdır.

8.3.2. Adayın yukarıda belirtilen yayınlarından en az 1 (bir) tanesi deneysel çalışma olmalıdır.

8.3.3. Yukarıda belirtilen 8 yayın içerisinde olgu sunumlarının sayısı 2 (iki) den fazla olmamalıdır.

8.3.4. Aday uzmanlık sonrası en az 5 (beş) tanesinde birinci isim olmak üzere TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 10 (on) çalışmada yer almalıdır.

9. Profesörlük:

9.1. Profesörlük için adayın doçentlik sonrası en az 5 (beş) yıl süre ile üroloji uzmanlık eğitimi veren bir kurumda fiilen çalışmış olması gereklidir.

9.2. Adayın profesörlük kadrosuna atanmasından sonra söz konusu üniversite Üroloji Anabilim Dalı' nda en az 2 (iki) yıl süre ile fiilen çalışması zorunlu olup, aksi durumlar TÜD-TÜYK atama yükselme kriterlerinin açık bir ihlali olarak değerlendirilir.

9.3. Bildiri:

9.3.1.Aday doçentlik sonrası en az 5 (beş) yurtdışı (AUA ve EAU ile bunların akredite ettiği ya da ilgili uzmanlık derneklerine ait) kongre, sempozyum yada panele bildiri ile ve/ veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

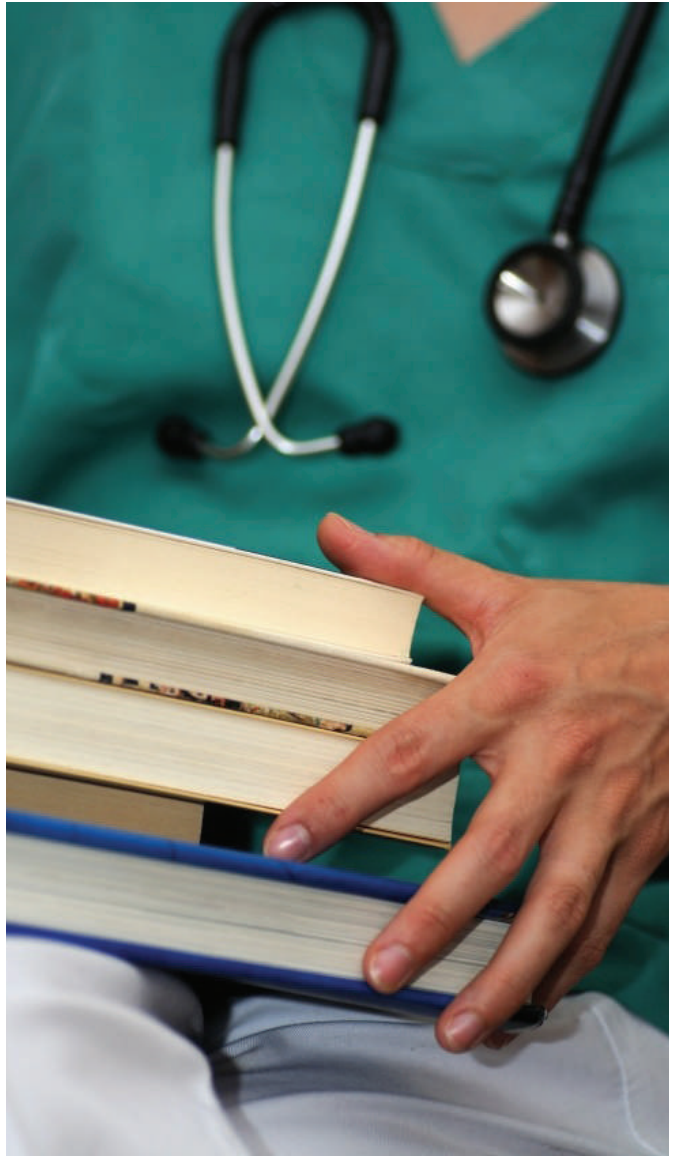
9.3.2. Aday doçentlik sonrası 10 (on) yurtiçi (TÜD ve yan dal dernekleri tarafından düzenlenen ve/veya TÜD tarafından akredite edilen) kongre, sempozyum yada panele bildiri ile ve/ veya davetli konuşmacı olarak katıldığını belgelemelidir.

9.4. Basılı yayın:

9.4.1. Aday doçentlik sonrası "SCI expanded" kapsamındaki dergilerde yayınlanmış en az 8 (sekiz) çalışmada (bilimsel araştırma, derleme, olgu sunumu) yer almalı ve bulardan en az 2 (iki) tanesinde birinci isim olmalıdır.

9.4.2. Aday doçentlik sonrası en az 3 (üç) tanesinde birinci isim olmak üzere, TÜBİTAK dizininde yer alan yurt içi hakemli dergilerde yayımlanmış ve/veya yayıma kabul edilmiş en az 10 (on) çalışmada yer almalıdır.

Not: Tüm bu kriterler her 2 (iki) yılda bir güncelleştirilir.



Predictive Modeling In Prostate Cancer Venedik 2008 İzlenimleri



Dr. Saadettin Eskiçorapçı

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD 200 civarında katılımın olduğu "Predictive Modeling in prostate cancer" toplantısı 17-19 Nisan 2008 tarihleri arasında İtalya'nın Venedik kentinde gerçekleşti.

Prostat kanserinde öngörü yöntemlerinin ayrıntıları ile incelendiği toplantının konuşmacıları konularında dünyada çok iyi yerlere sahip bilim adamları idi. Amerika Birleşik Devletleri'nden Dr. Michael Kattan (Cleveland Clinic), Dr. Mack Roach (UCSF), Dr. Ash Tewari (New York Cornell University), Dr. George Febbo (Duke University), İspanya'dan Dr. J. Bellmunt Mollins, Belçika'dan Dr. Louis Denis ve İtalya'dan Dr. Ricardo Valdagni gibi çok değerli bilim adamları prostat kanserindeki öngörü modelleri hakkında çok faydalı konuşmalar yaptılar.

Prostat kanserindeki öngörü modelleri alt başlıklar halinde incelendi. Radyoterapide, brakiterapide, medikal onkolojik açıdan, palyatif amaçlı, cerrahide, toksisite ölçümünde, survi değerlendirmede, patolojik açıdan, klinik önemsiz kanseri saptamada öngörü modellerinin yeri tartışıldı. Ayrıca prostat kanserinde kullanılan modellerinin ve nonogramların çokluğu ve bu karmaşadan nasıl kurtulunabileceği araştırıldı. Bu konuda Avrupa'da yapılan ilk toplantı olması açısından çok faydalı ve verimli bir toplantı idi.



23. Avrupa Üroloji Kongresi Milano 2008 Prostat Kanseri İle İlgili İzlenimler



Dr. Saadettin Eskiçorapçı

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD 100'ün üstünde ülkeden, 10000'in üstünde katılımı ile gerçekleşen 23'üncü Yıllık Avrupa Üroloji Kongresi 26-29 Mart 2008 tarihleri arasında İtalya'nın Milano kentinde gerçekleşti.

Prostat kanseri konusunda birçok ciddi çalışma göze çarpmaktaydı. Üroonkoloji alanında yapılan sunumların yarısından fazlası prostat kanseri ile ilgili idi.

Dr. L. Boccon-Gibod ve arkadaşlarının sunduğu 537 nolu bildirde, prostat kanseri hormonal tedavisinde sentetik GnRH antagonisti olan Degarelix ile ilgili faz 3 çalışmada ilginç sonuçlar göze çarpmaktaydı. Randomize 12 aylık sonuçları içeren çalışmada, toplam 610 hastada aylık 7,5 mg leuprorelin ve degarelix tedavileri karşılaştırılmıştı. Degarelix serum testosteron ve PSA seviyelerini daha hızlı düşürmüştü ve 12 aylık takipte de öyle kalmasını sağlamıştı. Ayrıca degarelix hiçbir hastada testosteron artışına (flare) neden olmamıştı. Bu sonuçlar umut verici olmakla beraber, kanımca degarelixin aylık formu yerine ileride oluşturulabilecek olası bir 3-4 aylık formunun GnRH agonistlerine ciddi bir alternatif olacağı ortadadır.

Dr. Michel Bolla ve arkadaşları 186 nolu bildirde EORTC 22961 nolu faz 3 çalışmasının sonuçlarını açıkladılar. Sonuçlara göre lokal ileri prostat kanserinde eksternal radyoterapiye eklenen kısa süreli (6 aylık) hormonal tedavi, uzun süreli (3 yıl) hormonal tedaviden daha başarısız olarak saptanmış.

Dr. Robert Leung ve arkadaşları 23811 adet prostat kanserinin survi sonuçlarını 389 nolu bildirde incelemişlerdir. Sonuçlar konservatif izleme göre, hem radyoterapinin hem de radikal prostatektominin surviyi artırdığını ortaya koymuştur.

Dr. Ruhayel ve arkadaşlarının sunduğu Malmö Diyet ve kanser çalışmasında infertil erkeklerin daha az prostat kanserine yakalandığı ortaya konmuştur. Bu da prostat kanseri gelişiminde normal testiküler fonksiyonun önemini tekrar ispattır. (Bildiri 508) 279 ve 1018 nolu bildirlerde ise TMPRSS2-ERG ve PCA3 prostat kanseri tanısında umut vadeden yeni moleküler tanı araçları olarak saptanmıştır.

928 nolu bildirde ise Dr. Patel tarafından yapılan 1800 robot yardımcı radikal prostatektominin sonuçları açıklandı. İlk 300 vaka sonrası komplikasyon oranının %4,6ya düştüğü bildirildi.

Klinik T3 prostat kanserlerinde radikal prostatektomi (RP) ile ilgili 2 güzel çalışma sunuldu. (Bildiri 127) ESOU çatısı altında yapılan çok merkezli bir çalışmada, Heidenreich ve arkadaşları 288 hastalık seride cerrahi sınır oranını %56 ve lenf nodu pozitifliğini %39,2 gibi yüksek oranlarda saptamalarına rağmen PSA relapsız survi oranını %79,2, kansere özgü yaşam oranını %94 saptamışlardı. Yazarlar uzun yaşam beklentisi olan klinik T3 hastalarda RP'nin başarı ile yapılabileceğini saptamışlar. Benzer sonuçlar klinik T3b hastalarda başarılı RP sonuçlarını bildiren Belçika çalışmasında da doğrulanmıştır. (Bildiri 126)



Djavan ve arkadaşlarının sunduğu çalışmada ise 695 T3 hastada RP ve radyoterapi (78Gy+hormonoterapi) karşılaştırılmış. Gleason >7, PSA < 4 veya PSA >10 ve 60 yaş altındaki hastalarda 5-10 yıllık survi oranları RP ile daha iyi bulunmuş.

Lokal ileri prostat kanseri ile ilgili EORTC 22961 nolu çalışması 186 nolu bildirde Bolla ve arkadaşları tarafından sunuldu. Çalışmada 70Gy radyoterapiye ek olarak 6 aylık kombine androjen deprivasyon tedavisi (SADT) ile bu tedaviye ek olarak 2,5 yıl LHRH agonist tedavisi uygulanan hasta grupları (LADT) karşılaştırılmıştır. SADT grubunda hem progresyon daha fazla görülmüş hem de 5 yıllık survi oranları daha az (%81,1 vs %85,1) olarak saptanmıştır.

Hormona dirençli prostat kanserli hastalarda Satroplatin kullanımının irdeleyen dikkat çekici bir çalışma (SPARC) da 638 nolu bildirde sunuldu ve bu ilacın özellikle daha önce Docetaxel almış grupta ağrı ve progresyonu plaseboya göre azalttığı ve ciddi bir yan etkisinin bulunmadığı belirtildi.

Yine hormona dirençli prostat kanserli hastalarda, Hacettepe Üniversitesi'nden Akdoğan ve arkadaşları 643 nolu bildirde PSA, ağrı ve yaşam kalitesi skorları değerlendirilerek yapılan aralıklı Dositaksel tedavisinin devamlı tedaviye çok iyi bir alternatif olabileceğini bildirmişlerdir.

Toronto'dan Michael Jewett verdiği "SIU lecture" dersinde ürolojik tümörlerde lenf nod tutulumunu saptamada cerrahinin halen altın standart olduğunu, BT ve MRG'nin yetersiz olduğunu, sentinel lenf nodu saptamaya yönelik moleküler problemlerin da cerrahinin başarısına henüz yaklaşmadığını belirtmiştir.

23. Avrupa Üroloji Kongresi Milano 2008 Üriner Sistem Taş Hastalığı İle İlgili İzlenimler

Dr. Kemal SARICA
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul

Kongrenin ilk günü yapılan Avrupa Taş Hastalıkları Derneği'nin (EULIS) bölüm toplantısında yapılan konuşmalar aşağıda özetlenmektedir.



Toplantının ilk bölümü üriner sistem taş hastalığının medikal tedavisi ve önleyici tedavide son gelişmeleri içerirken, ikinci bölümünde ise minimal invaziv cerrahi alanındaki tartışılabilir konular ele alınmıştır.

Medikal tedavi bölümünde ilk olarak İtalya'dan Dr. A. TRINCHIERI üreteral taşların ve ESWL sonrası rezidüel taşların atılımını kolaylaştırmak amacıyla uygulanmakta olan " Medical expulsive therapy" konusunu ele almış ve literatür verilerini detaylı olarak yaptığı incelemede özellikle Tamsulosin uygulamasının , diğer alternatif medikal ajanlar karşısında (nifedipin, kortikosteroidler) daha etkili sonuçlar ortaya koyduğunu ve düşmesi muhtemel üreter taşlarının takip bekleme süreci içerisinde uygulanabilecek bir yaklaşım olduğunu vurgulamıştır. Ancak tedavi ajanlarının tek olarak veya kombine uygulamaları, tedavi zamanlaması, uygulama dozu ile süresi konusunda mevcut belirsizliklerin ortadan kaldırılabilmesi amacıyla bu alanda prospektif, randomize ve geniş serileri içeren çalışmalara gereklilik olduğunu da belirtmiştir.

İsviçre'den Nefroloji uzmanı Dr. B. HESS, üriner sistem taş hastalığı ile artan obezite insidansı arasındaki birlikteliğe dikkati çekerek, obezite durumunun iki değişik mekanizma ile er veya geç taş insidansında anlamlı risk artışına sebep olacağını vurguladı.



Prof. Hess'e göre, obeSITE durumunun sıklıkla içinde bulunduğu " metabolik sendrom" eşlik eden diabet, insülin rezistansı, hiperkolesterolemi gibi faktörlerin de eşliğinde idrar pH'sında ortaya çıkacak azalma sonucunda (azalmış amonyum atılımı ile birlikte) ürik asit taşlarının insidansında artışa yol açabilecektir. Diğer taraftan bir ikinci faktör ise, artan sıklıkta uygulanan bariatrik cerrahi uygulamaları ile, morbid obez hastalarda bir yandan hızlı kilo verebilmek mümkün iken, diğer taraftan bu modern tedavi yöntemleri sonucunda (Roux-en-Y by pass) kontrol vakalarına göre daha anlamlı olmak üzere hiperokzalüri ve CaOx taş oluşumu ortaya çıkabilecektir. Dr. Hess, ABD yapılan bir çalışmada, bu şekilde tedavi gören olguların 1 yıllık takip sürecinde % 50'den fazlasında enterik hiperokzalüri ve CaOx taş oluşumunun arttığını vurgulamıştır.

Yaşam tarzı ile taş oluşumu arasındaki muhtemel ilişkiyi inceleyen Dr. R. Siener (Almanya), diet ile birlikte yaşam şeklinin ilerlemiş ülkelerde artan taş hastalığı sıklığında rol oynayabilecek ve üzerinde ciddiylet durulması gereken iki önemli faktör olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu yaşam tarzı faktörleri arasında ise; aşırı kilolu olma, batı tarzı beslenme, fiziksel aktivite, sigara içimi ve mental stress sayılabilecek önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Dr. Siener yakın zamanda yapılan çalışmaların aşırı kilolu olma durumunun taş oluşumunda önemli bir etken olduğunu ortaya koyduğunu hatırlatarak, kendi yaptıkları bir çalışmada 527 idiopatik kalsiyum okzalât taşı olgulardan erkeklerin % 59 ve kadınların da % 44 kadarının aşırı kilolu olduklarını belirlemişlerdir. Hastalarda mevcut toplam median taş atağı sayısı da obez hastalarda normal olanlara göre daha fazla olarak bulunmuştur. Azalmış fiziksel aktivite ve alınan enerjinin yetersiz olarak harcanması da artan obeSITE sıklığının en mantıklı açıklaması olarak değerlendirilmektedir. Batı tipi beslenme tarzı aşırı kilolu olma durumunu ilerlemiş ülkelerde ortaya çıkarırken; bu dietin içeriğinde fazla enerji içeren, doymuş yağ, kolesterol ve şeker içeriği yüksek, gazlı içecekler, meyve ve sebzedden düşük içerikli diet, yüksek tuz içerikli ve karbonhidrat içeriği yüksek içerikli diet sorumlu tutulmaktadır.

Artan BMI değerleri ile idrar ürik asit, sodyum, amonyum ve fosfat atılımı arasında pozitif bir ilişki mevcut iken , idrar pH değerleri arasında negatif bir ilişki mevcuttur. Aşırı kilolu şahıslarda mevcut artmış hiperinsülinemi ve/veya insülin rezistansı sıklığının taş oluşumunda rol oynayabileceğini ortaya koyan yayınların sayısı giderek artmaktadır. Dr. Siener düşük okzalât içeren meyve ve sebzeden ağırlıklı diet ile dengeli hazırlanmış diet tüketen olgularda idrarda sitrat, magnezyum düzeyleri ile idrar hacmi ve Ph değerlerinde artış olurken, taş oluşturan risk faktörlerinin seviyesinde azalma olduğunu gösteren çalışmalara işaret ederek, bu yaklaşımın olgulardaki taş oluşum potansiyelini azaltabileceğini belirtmiştir. Diğer taraftan stessli hayat tarzı ile taş oluşumu arasındaki muhtemel ilişki açısından mevcut verilerin net olmadığını belirten Dr. Siener yine de taş hastalarında stresli hayat olaylarındaki sıklığın kontrol olgularına göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara değinmiş olup, sigara içimi ile de taş oluşumu arasındaki muhtemel ilişkiye değinerek bu alanda sınırlı sayıda çalışmanın varlığını ifade edip, yakın zamanda yapılmış bir çalışmada kalsiyum okzalât taşı olgular ile kontrol vakalar arasında sigara içimi bakımından anlamlı birlikteliğe işaret etmiştir. Bütün bu bulgular ışığında, yaşam şekli ile bu duruma bağlı bazı faktörlerin taş oluşumunda anlamlı rol oyanayabileceğini söylemenin mümkün olduğunu belirten Dr. Siener, yaşam şekli ile ilgili düzenlemelerin taş oluşum riskini uzun süreli takipte ne derecede etkileyebileceğini araştıran çalışmalara ihtiyaç olduğunu da vurgulamıştır.

Aynı oturumun başkanlığını yapan ve taş hastalığının metaflaksisinde uygulanan medikal tedavi ajanlarının başarı oranlarının kanıta dayalı tıp çerçevesinde ele alan Prof. Dr. Kemal SARICA cerrahi girişimler kadar gelecekte medikal tedavinin de tamamlayıcı bir yaklaşım olarak giderek artan bir ağırlığa sahip olacağını belirtmiştir. Selektif olarak yapılan uygulamaların başarı oranları konusunda günümüze kadar yapılan yayınların thiazid'ler, allopürinol ve alkali sitrat'ın başarılı olarak taş hastalığının profilaksisinde uygulanabilecek ajanlar olduğunu belirterek, bu alanda kriterleri çok daha iyi belirlenmiş geniş hasta serilerini içeren çalışmaların gerektiğini vurgulamıştır.

İsveç, Karolinska Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji bölümünden Prof. Dr. H.G. Tiselius, üreter taşlarının tedavisinde non-invaziv bir yöntem olarak avantajlarını savunduğu ESWL tedavisi konusunda sözlerine, "non-invaziv olmak mümkün iken, neden invaziv olmayı tercih edelim" diyerek başladı ve AUA/EAU tarafından oluşturulan uzmanlar panelinin sonuçlandırarak yayınlamış olduğu "üreter taşlarının tedavisinde uygulama kılavuzları" esas alındığında, sonuçta hem ESWL hem de URS uygulamaları üreter taşlarının tedavisinde kabul edilebilir tedavi alternatifleri olduğunu belirtti.

Spontan olarak düşme ihtimali olamayan taşların tedavisinde her iki alternatifte değişik avantaj ve dezavantajlara sahip olarak uygulanabileceğini vurgulayarak, literatürde URS uygulaması için daha yüksek oranlarda taştan arınma oranları bildirilmekte olup, taşlar lokalizasyonlarına göre stratifiye edildiğinde distal üreter taşlarının tedavisinde URS en yüksek taştan yoksunluk oranlarını ortaya koyduğunu belirtmiştir. Non-invaziv bir yaklaşım olarak ESWL uygulaması ile ilgili en önemli çekincenin sık tekrarlanan tedavi seansları olduğunu vurgulayan Prof. Tiselius'a göre (ortalama işlem sayısı ESWL 1.29, Fleksible URS 1.00, Semi-rigid URS 1.01) esasta taştan yoksunluğa giden sekonder ve yardımcı girişimler dahil olmak üzere tüm işlemlerin sayı ortalamasına bakıldığında (ESWL 1.45, Fleksible URS 1.97, Semi-rigid 2.02) ESWL uygulamasının daha avantajlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendi tedavi grubunda etkili bir litotriptör ile % 95-98 oranlarında taştan yoksunluk oranları elde edilebileceğini de ifade eden otöre göre, tüm bu uygulamalarda ortalama 1.31 tedavi seansı ile olguların % 76 kadarında tek seans uygulama taştan yoksunluk için yeterli olabilirken, ortaya çıkan komplikasyonların hem oranı hem de ciddiyeti çok düşük kalmaktadır. Sonuç bölümünde ise Prof.Tiselius, her ne kadar yüksek tekrar tedavi oranları bir dezavantaj gibi gözükse de, ESWL uygulamasının üreter taşlarının tedavisinde sadece analjezi ile, çoğunlukla ayakta tedavi şeklinde, maksimal düşük invaziv bir alternatif olarak, yüksek başarı oranlarını ortaya koyabileceğini vurgulamıştır. Buna karşılık, üreter taşlarının tedavisinde URS uygulamasının avantajlarını gündeme getiren Danimarka'dan Prof. Dr. P. Osther ise, her iki tekniğin aslında birbiri ile yarışan değilde birbirini tamamlayan teknikler olduğu gerçeğinden yola çıkarak, tedavi planlamasında yüksek başarı ve düşük komplikasyon amaçlandığı zaman, tedavinin bireysel baza indirgenmesinin önemini vurguladı. Prof. Osther'e göre her ne kadar URS uygulamaları yüksek komplikasyonlar ile birlikte seyretse de, son yıllarda artan teknolojik destek ve deneyim ile komplikasyon oranlarında anlamlı sayılabilecek azalmalar bildirilmektedir. Medikal ekspulsif tedavinin her iki alternatifin de başarı oranlarını arttırılabileceğine işaret eden otör, kendi URS uygulamalarında irrigasyon sıvısı içerisine eklenecek isoproterenol (bir beta agonist ajan) ile, intra-üreterik basıncın belirgin olarak azalabileceğini ve bu duruma bağlı komplikasyonların da sınırlanacağını ifade etmiştir. Kısmen yüksek komplikasyon oranlarına rağmen, daha yüksek başarı oranları ile, URS uygulamasının özellikle alt üreter taşlarının tedavisinde neredeyse standart tedavisi durumuna geldiğini belirten Prof. Osther, yine de ilk tedavi seçeneği konusunda her hastanın ayrı ayrı ele alınması gerektiğini vurguladı.

Minimal invaziv tedavide fleksible üreteroskopik incelemenin yerini değerlendiren Almanya'dan Prof. Dr. T. Knoll, son 2 yıllık süreç içerisinde üretero-renoskopik yaklaşımın (URS), üreter taşlarının tedavisini dramatik bir şekilde değiştirdiğini ifade ederek, günümüzde üreter üst ucu taşlarının ve böbrekte yer alan seçilmiş bazı taşların tedavisinde uygulama alanı bulacak bir tedavi alternatifi olabileceğini vurgulamıştır. Dr. Knoll, EAU/AUA tarafından hazırlanmış olan kılavuzların üreter taşlarında fleksibl üreteroskopik yaklaşımın yeri ve endikasyonları belirlenmiş iken, böbrek taşlarının tedavisindeki uygulama endikasyonları tam olarak belirlenmiş değildir. Her ne kadar söz konusu girişim ESWL girişimi yanında daha invaziv bir karaktere sahip ise de, perkütan yaklaşım gerektiren bazı seçilmiş taşların tedavisinde yer alabilecek bir girişim olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde daha ince çapa sahip (5 - 7.5F) ve uç kısmında daha fazla deviasyon gösterip daha dayanıklı özelliğe sahip fleksibl üreteroskoplar ile birlikte Holmium-YAG laserin kullanımı üst üreter ve böbrekte yer alan 1 cm.nin altındaki taşlarda bu yöntemin etkili bir şekilde kullanımını mümkün kılmaktadır .Özellikle laser litoripsi ile taşların kimyasal içeriği ne olursa olsun tüm taşların başarılı bir şekilde kırılabilmesi mümkün olmaktadır. Yine, özel yapıları sayesinde değişik basketlerin kullanımı da kırılan taşların başarılı olarak uzaklaştırılabilmesini mukozal hasar oluşmadan sağlayabilmektedir. İşlem sırasında "Ureteral Access Sheath" kullanımı ile işlem sürecinin kısaldığı, üreteral mukozaya olabilecek hasarların minimal düzeye indiği ve girişim sırasında üreter içi basıncın devamlı olarak düşük kaldığı gösterilmiştir. Tedavi sonuçları incelendiği zaman, üst üreter taşlarının tedavisinde fleksibl üretersokopi ile ESWL arasında taştan yoksunluk oranları açısından bir fark olmadığı EAU/AUA tarafından hazırlanıp yayımlanmış olan kılavuzlar ile ilgili yayında bildirilmektedir. Taş çapı esas alındığı zaman <1 cm taşların tedavisinde ESWL ve >1 cm taşlarda ise URS daha yüksek taştan yoksunluk oranları ortaya koymaktadır. ESWL (< 2 cm.) ve PCNL (> 2cm) girişimlerinin tedavideki yeri tam olarak belirlenmiş iken, böbrekte yer alan ESWL dirençli taşların tedavisinde fleksible üreteroskopinin yerini araştıran yayınlar yetersiz olup < 1.5 cm. çaplı taşların tedavisinde başarı oranları % 50-80 arasında değişmektedir.

Daha büyük taşların tedavisi mümkün olsa da hem tedavi süresi daha uzayacak hem de evreli tedavi yaklaşımı gerekli olabilecektir.

Sonuç olarak, her ne kadar böbrekte yer alan taşların tedavisinde ESWL ve PCNL girişimlerinin yeri ve başarı oranları belli iken, son yıllardaki gelişmeler ışığında feleksibl üreteroskopinin artan teknolojik katkı, artan deneyim ve ürologların artan becerileri sayesinde bu girişim de bir 3. alternatif olarak bu taşların tedavisinde yer alabilecek gibi gözükmektedir. Mevcut durumda fkelsible üreteroskopinin böbrek taşları için bir etkili tedavi alternatifi olduğunu söylemek zor olup bunu ortaya koyan yayınlarda henüz mevcut değildir. Ancak, ESWL yaklaşımının < 1.5 cm. çaplı taşlardaki düşük başarı oranları göz önüne alındığı zaman, yukarıda sayılan şartlar ışığında fleksibl üreteroskopi umut verici bir alternatif olarak gelişmektedir.

Söz konusu EULIS bölüm toplantısı haricinde kongre geneline baktığımızda üriner sistem taş hastalığı ile ilgili olarak toplam 5 oturum yapıldı ve bu oturumlarda ülkemizden taş hastalığı alanında toplam 7 adet bildiri takdim edildi. Özetlenecek olur ise bu bidiriler arasında İzmir'den B. TURNA ve ark. hayvan modelinde üriner obstrüksiyon durumlarında üreterik basıncı düşürebilmek ve böbrekte ortaya çıkabilecek hasarı minimal düzeylere indirebilmek amacıyla Atorvastatine, Lisinopril ve Rho-kinase uygulamasının ortaya koyduları pozitif etkileri ile ilgili 2 bildiri , İstanbul'dan E. YÜRÜK ve arkadaşları geçirilmiş ESWL tedavilerinin sonradan uygulanacak perkütan taş cerrahisi sonuçları üzerine olabilecek etkilerini inceleyen geniş kapsamlı bir klinik çalışma, yine İzmir'den K. AKBAY ve ark., Perkütan taş cerrahisi uygulamalarında anatomik başvuru noktaları ve giriş açılarını ve bu bigilerin uygulamaya getirebileceği kolaylıklar konusunu inceleyen 1 bildiri, Ankara'dan Ö.F.KARATAŞ ve ark. üreter alt ucu taşlarını tedavisinde ESWL uygulamaları sırasında gelişebilecek ovarian dokudaki apoptotik değişiklikleri inceleyen 1 bildiri ile, İstanbul'dan N.KALFAZADE ve ark. taş hastalığının profilaksisinde sitrat düzeylerini arttırabilmek amacıyla alkali sitrat uygulaması kadar limonata tüketimi ile de aynı etkinin gösterilebileceğini ortaya koyan klinik bir çalışma ve son olarak ta Ankara'dan E. TÜREL ve ark. ESWL sırasında gelişebilecek üriner obstrüksiyon ve böbrek hasarı derecesini değerlendirebilmek amacıyla Heat Shock Protein (HSP) seviyelerinin incelenmesini esas alan 1 bildiri ile katılmışlardır. Diğer ülkelerden sunulan yapılan takdimler arasında ise ilgi çekici olan bildiriler arasında, Fransa'da yapılan ve Tamsulosin uygulamasının üreter alt ucu taşlarının düşmesini kolaylaştırma üzerine olan etkilerini araştıran çok merkezli bir çalışmada K. BENSALAH ve ark., söz konusu ilacın uygulamada beklenildiği kadar etkili olmadığını ortaya koyarken, bu alanda başarılı sonuçları ifade eden bir kaç çalışma yanısıra, İtalya'dan F. Porpiglia ve ark. ilk uygulamayı takiben başarı elde edilemeyen olgularda ikinci bir alfa blokör ajan uygulama seansının başarı oranlarını arttırılabileceğini savunmuşlardır.

Fransa'dan P. CONORT ve ekibi ise takdim ettikleri orijinal çalışmada perkütan cerrahi başlangıcında renal boşluklara girişi daha pratik duruma getirebilmek amacıyla ultrasonik ponksiyon traktüsünün iz düşümünü floroskopik görüntüler üzerine aktararak daha kolay bir giriş sağlanabileceğini ifade etmişlerdir.

Üzerinde tartışılan bir diğer dikkat çekilen bir konu ise " Tubless PCNL" olup, Hindistan'dan H. SHAH, İtalya'dan G. GIUSTI ve Mısır'dan M. SHOMA perkütan taş cerrahi girişimleri sonrasında herhangi bir tüp koymaksızın, antegrad yoldan konulacak bir double J kateter ile hastaların post-operatif dönemde önemli bir komplikasyon olmaksızın iyileşme dönemi geçirebileceklerini gösteren geniş hasta gruplarını içeren çalışma sonuçlarını takdim etmişlerdir.

Son olarak taş hastalığı ile ilgili düzenlene bir panelde, Hindistan'dan M. R. Deshai, staghorn taşlarda perkütan cerrahi uygulamalarında birden fazla sayıda böbrek girişi gerektirebileceği ve bu kapsamda komplikasyonlar ile kan transfüzyonu oranları artmasına karşılık, tek giriş ile taşların tamamen temizlendiği olgular ile başarı oranlarının eşit olduğunu vurgulamıştır. Yine aynı panelde Romanya'dan P. A. Gearlete ise, üst üriner sistem taşlarının tedavisinde ESWL ile üreteroskopik girişimlerini karşılaştırmalı olarak değerlendiren konuşmasında, böbrek içinde yer alan belirli büyüklüğe sahip taşların hemen tamamının deneyimli ellerde fleksible üretero-renoskopi yöntemi ile tedavi edilebileceğini vurgulamış, fleksibl üreteroskopi yönteminin giderek artan başarı ve azalan morbidite oranları ve böbrek içindeki taşların da tedavi edilebilmesi nedeniyle endikasyon alanının giderek daha da artacağına işaret etmiştir. Buna karşılık ESWL ile elde edilen başarı oranlarının 27 yıl sonra artış göstermediğini ve sabit kaldığını ifade eden otör, komplikasyonlarda ise giderek artan oranlarda bir azalmanın olduğunu belirtmiştir.

Özet

Female Ve Nöroüroloji Açısından AUA İzlenimleri



Dr. Adnan Şimşir

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD 17-22 Mayıs tarihlerinde Orlando'da yapılan AUA kongresinde diğer tüm birimlerde olduğu gibi Female ve Nöroüroloji alanında da pek çok yeni ve yüksek kalite düzeyli oturumlar izlendi. Bu oturumlar içerisinde, ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada tedavide halen değişik alternatiflerin arandığı iki temel oturumun özetleri aşağıda anlatılmaya çalışıldı.

Stres Tipi İdrar Kaçırma(SUI) ve Prolapsus Cerrahisinde Kullanılan Graft Materyallerinin Komplikasyonları SUI ve prolapsus cerrahisinde yaygın olarak kullanılan graft materyallerinin rekürren inkontinans, obstrüksiyon, vajinal ekstrezyon ve üriner sistem erozyonu gibi komplikasyonları E. Ann Gormley'in moderatörlüğündeki panelde tartışıldı.

SUI ve prolapsus cerrahisi uygulayan ancak bu tip materyalleri kullanmayan ürologların ortak savı materyallerin neden olduğu komplikasyonlar nedeniyle bundan kaçındıklarıydı.

Panele katılan Dr. Scarpero graft materyali kullanılarak yapılan antiinkontinans cerrahi sonrası rekürren inkontinans komplikasyonundan bahsetti. Dr. Scarpero bu komplikasyonun nedenlerini cerrahi işlem ve hasta kökenli olarak ikiye ayırdı. Cerrahi teknik olarak materyalin üretranın distaline yakın yerleştirilmesi ve gereğinden fazla gevşek bırakılması temel nedenler olarak gösterilirken, hasta kaynaklı nedenleri de komorbid hastalıkların olması, miks tip inkontinans olması, nöromusküler disfonksiyon ve üretral atrofi olması olarak sınıflandırdı. Dr.Ghoneim sling sonrası obstrüksiyon konusunda görüşlerini bildirdi. Risk faktörleri olarak önceden geçirilmiş antiinkontinans cerrahinin riski 3 kat artırdığı ayrıca preoperatif yüksek rezidü idrar miktarı, düşük akım hızı ve kötü detrüsör kasılabilirliği, sıkı uygulanan slingin yine riski atırdığından bahsetti.

Bununla birlikte kıvrılmaya neden olan sistosel dışında eşzamanlı prolapsusun bir risk faktörü olmadığını açıkladı. Tanı aşamasında videoürodinamik tetkiklerin altın standart olduğu vurgulandı. Dr. Ghoneim bir algoritm ile konuşmasını tamamladı. Buna göre: Sling sonrası gelişen retansiyonu veya yüksek rezidü volumu olan hastalar 3 aya kadar konservatif yöntemler ile(self kateterizasyon gibi) tedavi edilmeye çalışılmalı, 3-12 ay civarındaki hastalara sling insizyonu uygulanmalı, 12 aydan daha uzun süre geçmiş hastalarda ise üretrolizis uygulanmalıdır. Dr. Bales prolapsus cerrahisinde uygulanan meshlerin vajinal ekstrezyonu konusunda görüşlerini bildirdi. Bu komplikasyondan korunmak için: vaginal diseksiyonunun tam kat yapılması ve subvajinal epitelial plana girilmesi, gereğinden büyük mesh kullanımından kaçınma ve gerilimsiz yerleştirmenin önemli olduğu vurgulandı. Tedavide meshin çıkarılabilinen maksimum kısmının çıkarılarak vajinal tam kat diseksiyon uygulanarak kapatılması ve ardından topikal östrojen ile desteklenmesi önerildi.

Dr. Blaivas erezyon konusunu ele aldı ve mesaneye erozyonun % 0-3 üretraya ise % 0-1 gibi düşük oranlarda izlendiğinden bahsetti. Etiyolojide gereksiz diseksiyon uygulanması, slingin yerleşimi, doku kalitesi ve enfeksiyonun önemli bir yere sahip olduğundan bahsedildi.

Dr. Blaivas, en sık semptomların aşırı aktif mesane (% 50), rekürren üsi (% 32), pelvik ağrı sendromu (% 32), obstruktif semptomlar (% 23), SUI (% 18) ve gross hematüri (%14) olduğunu ve tedavide slingin mutlaka o bölgeden uzaklaştırılarak primer tamirin yapılması gerektiğini anlattı.

Sonuç olarak: Gerek prolapsus gerekse antiinkontinans cerrahi girişimde greft materyallerinin kullanımının gerekli olduğunun uzun ve kısa süreli izlemlerde kanıtlandığı açıklandı. Graft kullanımının komplikasyon oranlarının sanılanın aksine oldukça düşük olduğu ve komplikasyonların tedavisinin de sanılanın aksine oldukça kolay ve başarılı olduğu panel sonunda ortak kabul edilen görüştü.

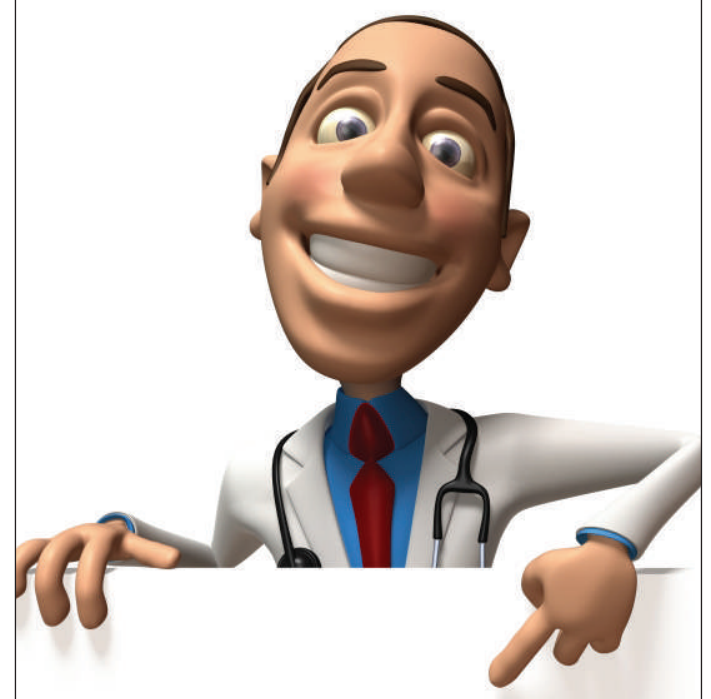
Erkek Stres Tipi İdrar Kaçırma Tedavisinde Son Gelişmeler Victor W. Nitti moderatörlüğünde yapılan erkek SUI de 4 farklı tedavi seçeneğini panelde tartışıldı. İlk olarak Dr. Kraus yapay üriner sfinkterin halen altın standart olduğu savı ile söze başladı. Wilsonun popularize ettiği penoskrotal tek insizyon ile hem daha kolay bir cerrahi hem de penil protez uygulamaya olanak sağlama üstünlüğünden bahsedildi.

Uygun hastalar: radyoterapi almış veya almamış postprostatektomik inkontinans, salvage prostatektomi sonrası inkontinans ve TUR sonrası inkontinans gelişmiş hastalar olduğu açıklandı. Ayrıca inkontinans şiddeti orta ve ileri hasta grubunun en iyi aday olduğu açıklandı. Sonraki panelist olan Dr. Singla kemiğe sabitlenen slingler konusunda bilgi verdi. Düşük derecede yakınması olan, AÜS'i kabul etmeyen ve elbecerisi olmayan hastalarda bir tedavi seçeneği olabileceğinden bahsedildi. Bununla birlikte 5 yıllık dönemde total kür oranı % 52 olarak izlenen bu yöntem için nörojen stres inkontinansı olan, şiddetli inkontinansı olan ve radyoterapi öyküsü olan hastalarda uygun olmadığı açıklandı. Dr.Rehder retroluminal transobturator slingler konusunda bilgi verdi.

Orta derecede yakınması olan, reziduel sfinkter fonksiyonu olan ve posterior üretrası mobil hastalarda tercih edilebilir olduğu açıklandı. AdVance ticari ismi ile tüm dünyada kullanım alanı bulan bu materyalin uygulamasının oldukça kolay başarı şansının yüksek komplikasyon oranlarının da düşük olduğu açıklandı.

Son panelist olan Dr. Gilling ayarlanabilir sling materyali olan ProACT ile ilgili yorumlarda bulundu. Bir öncekine benzer şekilde orta derecede inkontinansı olan ve posterior üretrası mobil olan(üretroplastisi veya radyoterapi öyküsü olmayan) hastalarda kullanılabileceğinden bahsetti. En önemli özelliği; inkontinansın tekrarladığı dönemde(tedavi yetersiz kaldığında) üretrayı komprese eden balonun bir miktar daha şişirilebilmesi ve minimal invaziv revizyonun uygulanabilmesi olduğu vurgulandı.

Dr. Nitti bahsedilen her 4 tedavi yönteminin halen tüm dünyada tedavi amacıyla kullanıldığını ve başarılı sonuçların izlendiğini, ancak tedavi seçiminde kritik noktanın günde 4 ve daha fazla ped kullanımında mutlaka AÜS seçilmesi olduğunu hatırlatarak paneli sonlandırdı.



Eczacıbaşı – ZENTIVA

ER·KİM
İ L A Ç

bilim
İLAÇ SAN. ve TİC. A.Ş.

ABBOTT

gsk
GlaxoSmithKline

EDİTÖRLER'DEN

Değerli meslektaşlarımız,

Ürolojinin iki büyük toplantısını geride bıraktık.

Bildiğiniz gibi bunlardan bir tanesi Milano/İtalya da yapılan Avrupa Üroloji Kongresi, ikincisi Orlando / ABD'de yapılan Amerikan Üroloji Kongresi.

Gazetemizde bu iki kongreden bazı özetler bulacaksınız. Yazıları yazan meslektaşlarımıza teşekkür ediyoruz.

Amerikan Üroloji Kongresinde Türk Ürolojisi için önemli bir adım vardı.

Değerli meslektaşımız Prof. Dr. Ziya Kırkalı kongrenin eve dönüş mesajlarında ileri evre prostat kanserini sundu. TUD Yönetim Kurulu adına Dr. Kırkalı'yı kutlar başarılarının devamını dileriz. Bu tarz sunumların artması Türk Ürolojisinin uluslararası arenada çitasının yükselmesine neden olacaktır.

Dr. Oktay NAZLI
Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU



AAM TEDAVİSİNDE GÜNDE TEK DOZLA...

DETRUSİTOL SR 4 mg Kapsül Formülü: Her kapsül 4 mg Tolterodin L-tartarat, tatlandırıcı olarak sükröz içeren şeker küreleri, boyarmaddede olarak indigo karmin E132, titanyum dioksit E171 ve baskı mürekkebi opacode white S-1-7085 içerir.

Endikasyonları: Detrusitol SR, acil idrara çıkma dürtüsünün eşlik ettiği sık idrara çıkma ve/veya idrar kaçırma gibi semptomlar ile kendini gösteren aşırı aktif mesane sendromunun tedavisinde endikedir.

Kontrendikasyonları: Tolterodin; üriner retansiyon, gastrik retansiyon, kontrol edilemeyen dar-açılı glokom, myastenia gravis, tolterodin veya ilacı içerdigi diğer yardımcı maddelere karşı bilinen aşırı duyarlılık, ağır ülseratif kolit, toksik megakolon durumlarında kontrendikedir.

Uyarılar/Önemler: Tolterodin üriner retansiyon riski taşıyan ciddi mesane ağzı obstrüksiyonu, gastrointestinal obstrüktif bozukluklar, pilör stenozu gibi, böbrek bozukluğu, karaciğer hastalığı, otonomik nöropati, hiatus hernisi, gastrointestinal motilitede azalma riski olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır; güçlü CYP3A4 inhibitörleriyle kombine kullanımı önerilmez. Fruktöz intoleransı, glüköz-galaktoz malabsorpsiyonu veya sükröz-izomaltaz yetersizliği gibi nadir kalıtsal bozuklukları olan hastalar bu ilacı kullanmamalıdır.

Gebelikte ve Laktasyonda Kullanım: Gebelik kategorisi C'dir. Detrusitol SR'in gebelik sırasında kullanımı önerilmez. Emzirme döneminde kullanımdan kaçınılmalıdır.

Araç ve Makine Kullanımına Etkisi: Tolterodin akomodasyon bozukluklarına neden olabileceğinden ve reaksiyon süresini etkileyebileceğinden, araba ve makine kullanma yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir.

Yan Etkiler/Advers Etkiler: Tolterodin, ağzı kuruluğu, vertigo, gözde kuruluk, görme bozukluğu, yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, dispepsi, kabızlık, karın ağrısı, mideye gaz birikmesi, kusma, bağ dönmesi, uykuya eğilim, parestezi, sinirlik, deride kuruluk; dizuri ve sinüzite neden olabilir.

İlaç Etkileşimleri ve Diğer Etkileşimler: Makrolid antibiyotikler (Eritromisin ve Klaritromisin), antifungal ajanlar (Ketokonazol ve İtrakonazol) ve anti-proteazlar gibi güçlü CYP3A4 inhibitörlerinin sistemik uygulaması sırasında kombine kullanımı, zayıf CYP2D6 metabolizatorlerinde Tolterodin serum konsantrasyonlarının artmasına ve buna bağlı doz aşımı riskine neden olabileceğinden önerilmez. Antimuskarinik özelliği bulunan diğer ilaçlarla kombine kullanımı, terapötik etkinin ve yan etkilerin daha belirgin hale gelmesiyle sonuçlanabilir. Muskarinik kolinerjik reseptör agonistleri ile birlikte uygulandığında, Tolterodin'in terapötik etkisi azalabilir. Tolterodin, Metoklopramid ve Sisaprid gibi ilaçların prokinetik etkisini azaltabilir.

Kullanım Şekli ve Dozu: Günde bir kez 4 mg. Karaciğer ve böbrek bozukluğu bulunan hastalarda ise önerilen doz günde bir kez 2 mg'dir. Ciddi yan etkilerin ortaya çıkması durumunda doz, günde bir kez 4 mg'dan 2 mg'a düşürülerek verilebilir. Detrusitol SR'in çocuklarda kullanılması tavsiye edilmemektedir.

Doz Aşımı: Tolterodin doz aşımında, hastaya gastrik lavaj yapılmalı ve aktif kömür verilmelidir.

Saklama Koşulları: 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

Ticari Takdim Şekli ve Ambalaj Muhtevası: Detrusitol SR® 4 mg Uzun Etkili Kapsül; 28 kapsül içeren blister ambalajlarda. **KDV Dahil Perakende Satış Fiyatı:** 76,46 YTL (Nisan 2008 itibarıyla) **Piyasada Mevcut Diğer Farmasötik Dozaj Şekilleri:** Detrusitol® 1 mg Film Kaplı Tablet; 56 film kaplı tablet içeren blister ambalajlarda. Detrusitol® 2 mg Film Kaplı Tablet; 56 film kaplı tablet içeren blister ambalajlarda. **Ruhsat sahibi:** Pfizer İlaçları Ltd. Şti. 34347 Ortaköy/İstanbul. **Üretim Yeri:** Catalent Pharma Solutions, LLC, ABD'de üretilmiş ve Pfizer İtalya S.r.l., İtalya'da ambalajlanmıştır. **Ruhsat Tarihi:** 4 Nisan 2006. **Ruhsat No:** 119/78. **Prospektüs Onay Tarihi:** 04/04/2006. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Pfizer İlaç Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. 34347 Ortaköy/İstanbul. Tel: 0212-310 70 00 www.pfizer.com.tr

Etkinlik, güvenilirlik, kolay kullanım ve yüksek hasta uyumu¹⁻³

Güne dünden hazır!¹



Detrusitol SR
tolterodin L-tartarat
uzun etkili kapsül

HOBİ - KÜLTÜR - SANAT - TEKNOLOJİ

Teknolojik Mucize: İphone

2008 sonu itibariyle piyasaya sürülecek olan iPhone edindiğiniz zaman öncelikle tasarımı nedeniyle yolda giderken kıskanç bakışların üzerinizde dolaşacağından emin olabilirsiniz. Tuşsuz yapısı iPhone'u LG Prada ve HTC Touch'in bile rekabet edemeyeceği bir tasarım sınıfına sokuyor.

iPhone'un ekranı telefonun en gösterişli yanı. Ekranın plastik yerine camdan olması da iPhone'u ayrıcalıklı kılan özelliklerinden. Bu noktada sadece ne gösterdiği değil nasıl kullanıldığı da çok önemli. Bonkörce sergilenen 8,99 cm'lik ekran, 480 x 320 piksel çözünürlük mükemmel renkler, keskin grafikler ve akıcı hareketler.

Apple'ın kendi tarzındaki menü arayüzü çekici, yenilikçi ve kolay kullanım sunan bir yapıya sahip. Ana menüde, renkli ikonlardan bir seri ana işlevlere ulaşmanızı sağlıyor. Telefon menüsü, mail dosyası, Safari Web tarayıcısı ve iPod için olan ikonlar ekranın alt tabanında bulunuyor. Bu arada kamera, takvim ve ayarlar ise kendilerine ekranın üst kısmında yer bulmuşlar. Menünün derinlerine gömülmedikleri için tüm özellikleri bulmak oldukça kolay oluyor. Akıcı animasyon farklı fonksiyonların arasında rahatça ve hızla dolaşmanızı sağlıyor.

iPhone dokunmatik ekran dünyasında bir ilke imza atmamış olsa da en ilgi çekeni olduğu da bir gerçek. Ne yapmak istediğinizle doğru orantılı olarak ekran; tuştakımı, klavye, Safari Web tarayıcısı, müzik ve video oynatıcı olarak görev yapıyor. Hatta tuş takımındaki dokunma hissi hariç, hiçbir işlevi parmaklarınızı kullanarak yaparken zorlanılmıyor.

iPhone'un dokunmatik olmayan tek tuşu hemen ekranın altında yer alıyor. Bu tuş hangi uygulamayı kullanıyor olursanız olun sizi hemen ana menüye döndürüyor. Telefonun tepesinde yer alan tuş ise aramaları ve telefonun gücünü kontrol etmenizi sağlayan çoklu bir göreve sahip.

İstenmeyen zamanda bir arama geldiği zaman bu tuşa basarak telefonu hemen sessize alabiliyorsunuz. İki kere basarsanız aramaya sesli mesaj gönderebiliyorsunuz. Bunun dışında telefonu bekleme moduna almak veya açmak için yine bu tuştan yararlanabiliyorsunuz. iPhone'u tamamen kapamak içinse bu tuşu uzun süre basılı tutmanız yeterli.

Özellikleri:

iPhone'un telefon rehberi telefonun hafızasıyla sınırlı. Her bir kontakt 8 giriş alabiliyor: e-mail, web sitesi, adres, iş ünvanı ve departmanı, lakap, doğumgünü ve notlar. Arayanları gruplandırabilirsiniz ama seçtiğiniz arkadaşlarınızı favoriler menüsünden tutarak hızlı erişim sağlayabiliyorsunuz. Kontaklarınıza istediğiniz bir resmi ve 25 polifonik melodiden birini atayabiliyorsunuz. Fakat dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de sesle arama yok ve MP3 dosyalarını zil sesi olarak kullanamıyorsunuz. Diğer temel özellikler; alarm saat, hesap makinesi, dünya saati, kronometre, zamanlayıcı ve not defterini kapsıyor. Gün veya ay olarak görünebilen takvim; aynı zamanda bir ajanda görevi de görüyor. Fakat haftalık görünüme sahip değil. Yeni randevu girmek için çok tıklamak gerekse de temiz ve basit bir kullanım sunuyor. iPhone'un ajandasıyla Outlook kolaylıkla senkronize olabiliyor. Ayrıca iPhone Yahoo! Adres defteriyle de rahatça senkronize oluyor.

Kamera:

iPhone'un 2 megapiksel kamerası oldukça şık bir arayüz sunuyor ama kamera ayarları mevcut değil. Bu da demek oluyor ki; çözünürlüğü değiştiremeyeceksiniz veya renk, kalite seçenekleri ve gece modu seçemeyeceksiniz. Gece ışığı da kameranın eksiklerinden. Fakat tüm eksikliklerine rağmen kamera, testlerimizde oldukça başarılı sonuçlar verdi. Fotoğraf kalitesi; zenginparlak renkler ve temiz çizgiler sayesinde mükemmel sonuçlar verdi. Buradaki eksisi ise kendi fotoğraflarını çekemiyor olmanız.

Bluetooth ve kablosuz iPhone, Wi-Fi ve Bluetooth bağlantısı sayesinde geniş kablosuz seçenekleri sunuyor. Çoğu akıllı telefonda bile unutulmuş Wi-Fi uyumluluğu, bizi mutlu eden özelliklerden bir tanesi oldu. Web'de gezinirken iPhone, otomatik olarak en yakın internet noktasını arıyor.

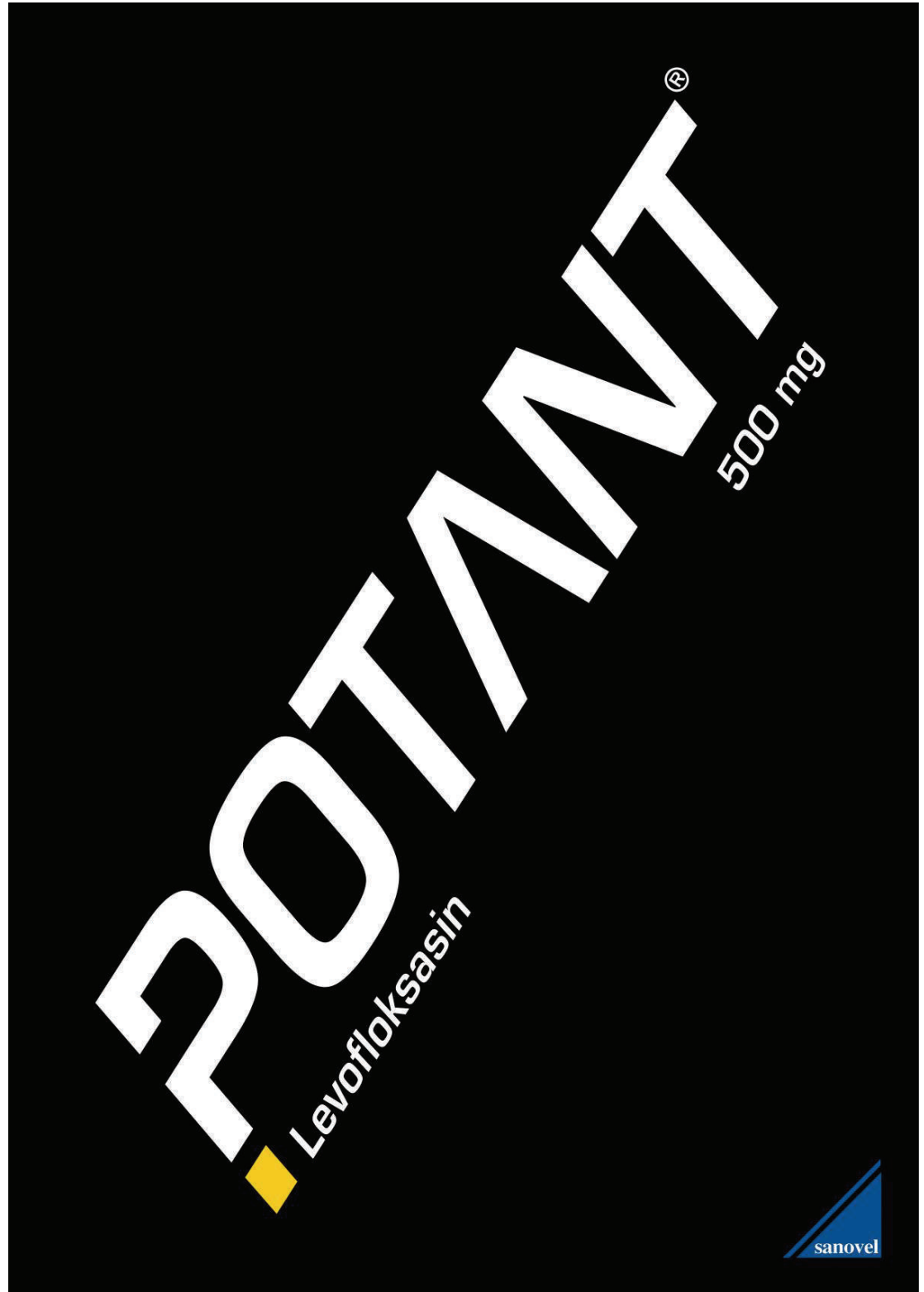
iPhone'un iPod'u Apple'ın bugüne kadarki en muhteşem iPod'u iPhone'un özellikleri arasına sıkıştırılmış. Ekran, arayüz, video kalitesi, ses kalitesi. Her biri özenle yenilenmiş ve çok güzelleşmiş. Ne yazık ki, çok pahalı bir cihazın içine sıkışıp kalmış. Kağıt üstünde bakıldığında iPhone'un iPod'u beşinci nesil iPod'lardan farklı özellikler sunmuyor: podcast'lar, videolar, müzik ve çalma listeleri. Geri kalan önemli fark, tamamen iPhone'un arayüzünde gizli. Birçok kişisel medya oynatıcıyla kıyaslandığında iPhone'un arayüzü açık ara farkla kendi kategorisini yaratıyor.

Pil ömrü:

Apple, iPhone'un 8 saatlik konuşma, 24 saatlik müzik çalma, 7 saatlik video oynatma ve 6 saatlik internet kullanımı sunduğunu söylüyor. Ayrıca bekleme süresi için de 10.4 gün süre biçilmiş. Tek bir özelliği kullandığınız zaman pil süresi daha uzun dayanıyor. Özellikler arası dolaştığınızda ise pil sürelerinden daha fazla yiyorsunuz.



Herkesin merakla beklediği iPhone yakında Türkiye'de de satışa sunulacak.



EBU'dan Haberler (EBU SINAVLARI)



European Board of Urology' nin (EBU) 2008 yılı ikinci kademe (sözlü) sınavları 7-8 Haziran tarihlerinde üç merkezde (Atina, Varşova ve Budapeşte) yapıldı.

Bu sınavlar Polonya ve Macaristan' da resmi ihtisas bitirme sınavı olarak kabul edildiği için Varşova ve Budapeşte' te sınava girenler bu ülkelerde yetişen uzmanlardı. Atina' da ise hem Avrupa' nın çeşitli ülkelerinden, hem de Avrupa dışından birçok aday sınava girerek Fellow of the EBU (FEBU) olmak için ter döktü. Sonuçta Atina' da 203 adaydan 193' ü, Varşova' da 44 adaydan 37' si, Budapeşte' de ise 9 adaydan 8' i başarılı oldu.

Türkiye' den sınava giren 8 aday başarılı olarak FEBU oldu Ülkemizden bu ünvanı kazanan ürolog sayısı ise bu son sınavla birlikte 44' ü buldu. Ülkemizden 2001 den bu yana FEBU sınavını aşan meslektaşlarımızın listesini gazetemizin arka kapağında bulabilirsiniz.

Bu yılki sınavın bir özelliği de ilk kez iki Türk eğiticinin (Dr. Serdar Tekgül ve Dr. Mete Çek) sınavda aktif görev almasıydı. Sınav dili İngilizce olan adaylardan bir bölümünün sözlü sınavları bu iki eğitici tarafından gerçekleştirildi.

2008 yılında EBU sınavlarının birinci bölümü olan yazılı sınav, 22 Kasım tarihinde yapılacaktır. Bu sınav için başvurular 31 Temmuz' da sona erecektir. (Bkz. www.ebu.com)
Aday olacak genç meslektaşlarımıza şimdiden başarılar dileriz.

Dr. Mete Çek
EBU Sekreteri



Türkçe Konuşan Ülkeler Androloji Kongresi İzlenimleri



Türkçe konuşan ülkeler Androloji işbirliği 10 Haziran 2005'te İzmir'de gerçekleştirilen 6. Ulusal Androloji kongresi sırasında kuruldu. Türk Androloji Derneği'nin girişimiyle her yıl bir Türk cumhuriyetinde gerçekleştirilen Türkçe konuşan ülkeler Androloji sempozyumunun üçüncüsü bu yıl 31 Mayıs 2008 tarihinde Kırgızistan'da gerçekleştirildi. Sempozyuma Türkiye'den 107, Kırgızistan'dan 82, Kazakistan'dan 32, Azerbaycan'dan 4, Özbekistan'dan 2 ve Tacikistan'dan 1 kişi olmak üzere toplam 229 ürolog katıldı. Kırgızistan'ın Issık Göl kentinde düzenlenen bir günlük toplantı boyunca açılış konuşmalarından sonra bilimsel program Prof. Dr. Osman İnci'nin sunduğu "Türkiye örneğinde Türkçe konuşan ülkelerin bilime katkısı" adlı konuşma ile başladı.

Daha sonra Androlojinin önemli alanları olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında Türk, Kırgız, Kazak, Özbek ve Azeri konuşmacıların sunularıyla çok yararlı görüş alış-verişi sağlandı. Bilimsel oturumun sonunda sosyal program kapsamında Prof. Dr. Atilla Semerciöz tarafından Türk Cumhuriyetleri Androloji işbirliğinin geçmişi ve bugünü ve Prof. Dr. İlhan Şahin tarafından Konar-Göçer kültürün Türk Cumhuriyetlerindeki izleri anlatılarak toplantı tamamlandı.

Dr. Selahittin Çayan
Mersin Üniversitesi Üroloji AD

Casodex® 50 mg ve LHRHa kombinasyonu ile ölüm riskinde % 20 azalma¹

Sahanın etkili ikilisi!

Casodex® 50 mg Film Tablet
Formül: Her bir tablet 50 mg bicalutamid (INN) etkin madde ve yardımcı maddeler içerir. **Endikasyonları:** LHRH analogları veya cerrahi kastrasyon ile kombine olarak ilerlemiş prostat kanserinin tedavisinde kullanılır. **Kontrendikasyonları:** Bicalutamid çocuklar ve kadınlarda kontrendikedir. Bicalutamid kullanıma karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda kullanılmamalıdır. **Uyarılar/Önemli:** Bicalutamid'in büyük kısmı karaciğerde metabolize olur. Ciddi karaciğer yetmezliği vakalarında eliminasyonun yavaşlayabileceği ve bicalutamid'in birikebileceği tahmin edilmektedir. Bundan dolayı orta şiddetli veya ciddi karaciğer yetmezliği olan hastalarda bicalutamid dikkatli kullanılmalıdır. **Yan Etkiler:** Yan etkiler nedeniyle nadir olarak ilacın kesilmesi gerektiğinde, bicalutamid genellikle iyi tolere edilir. Bicalutamid'in farmakolojik etkisi bazı beklenen sonuçlara sebep olabilir. Bunlar sıcak basması, pruritus, göğüslerde hassasiyet ve kastrasyonla azaltılabilecek inkomodestir. Ayrıca diyare, bulantı, kusma ve deride kuruluk da görülebilir. Bicalutamid ile yapılan klinik çalışmalarda hepatoik değişiklikler (transaminaz ve bilirubin seviyelerinin yükselmesi) gözlemlenmiştir. Bu değişiklikler genellikle geçicidir ve devam eden tedaviye rağmen veya tedavinin kesilmesinin takiben düzelir. **İlaç Etkileşimleri:** Bicalutamid yaygın olarak birlikte kullanılan ilaçlarla etkileşmez. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Yağlar da dahil yetişkin erkeklerde günde 1 defa 1 tablet (50 mg) verilir. Bicalutamid ile tedaviye LHRH analogları ile veya cerrahi kastrasyon ile aynı zamanda başlanmalıdır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekmez. Hafif şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekmez. **Ticari Takdim Şekli:** 50 mg tablet, 28 tabletlik blister ambalajda, 30°C'nin altında (oda sıcaklığında) saklanmalıdır. Reçete ile satılır. Hükme dargıncadan kullanılmamalıdır. **Ruhsat Sahibi:** AstraZeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul **Ruhsat Tarihi ve No:** 10.03.2000 ve 107-58 **İmal Yeri:** AstraZeneca PLC- İngiltere için AstraZeneca GmbH-Almanya da üretilmiştir. **KDV dahil perakende satış fiyatı:** 284,26 -YTL / Eşylü 2006. Daha geniş bilgi için AstraZeneca İlaç San. ve Tic.Ltd.Şti. Yapı Kredi Plaza B Blok Kat: 3-4 34330, Levent-İstanbul / Tel: 0212 317 23 00 adresine başvurunuz. www.astrazeneca.com.tr **Prospektüs Güncellenme Tarihi:** Mart 2000

Zoladex® LA 10.8 mg Depot (Subkütan Implant)
Formül: Behr Zoladex® LA Subkütan implant, enjektör içinde, uygulamaya hazır, beyaz ile krem beyazı renginde 10.8 mg Goserelin'e eşdeğer, biyolojik olarak yıkılabilen bir matris üzerine dağılmış biçimde yer alan Goserelin Asetat ile 36 mg Laktid/Glikolid kopolimeri içerir. **Endikasyonları:** Zoladex® LA hormonal müdahaleye uygun prostat kanserinde kullanılır. **Kontrendikasyonları:** Zoladex® LA'ya veya diğer LHRH analoglarına aşırı duyarlılığı olduğu bilinen hastalarda kullanılmamalıdır. **Uyarılar/Önemli:** Zoladex® LA güvenirliliği ve etkisi saptanmadığından, çocuklarda kullanılmamalıdır. Üstere alt ilenme veya omurilikle sıkışma riski taşıyan erkek hastalarda Zoladex® LA kullanımı dikkatli yapılmalı ve hastalar tedavinin ilk ayında yakından izlenmelidir. Zoladex® LA'nın kadınlarda kullanımı endike değildir. **Yan Etkiler:** Anafaksi bulguları ile birlikte seyreden aşırı duyarlılık reaksiyonları nadiren rapor edilmiştir. Artralji oluşabilir. Zoladex® uygulanan hastalarda bazen hipotansiyon ve hipertansiyon şeklinde kan basıncında değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu değişiklikler genellikle geçicidir ve tedaviye devam ederken veya Zoladex® tedavisi kesildikten sonra düzelmeye olur. Erkeklerdeki farmakolojik etkilerine, yitide kasmalar, terleme ve iktidarda azalma da dahil olup nadiren tedavinin durdurulmasını gerektirebilir. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Yetişkin erkekler (Yaşlılarda dahil): Zoladex® LA 10.8 mg implant her 12 haftada bir ön abdominal duvara ciltaltı olarak enjekte edilir. Böbrek ve karaciğer bozukluğu olanlarda herhangi bir doz ayarlaması yapılması gerekli değildir. **Ticari Takdim Şekli:** Tek dozluk Zoladex® LA 10.8 mg profil enjektör içinde uygulamaya hazır 10.8 mg gosereline eşdeğer goserelin asetat içerir. **Diğer Ticari Takdim Şekli:** Zoladex® 3.6 mg Depot Subkütan Implant, 25°C'nin altında saklanmalıdır. Reçete ile satılır. **Ruhsat Tarihi ve No:** 21.03.2000 ve 107/60 **Ruhsat Sahibi:** AstraZeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul **İmal Yeri:** ASTRAZENECA PLC-İNGİLTERE **KDV dahil perakende satış fiyatı:** 685,31 -YTL / Eşylü 2006. Daha geniş bilgi için AstraZeneca İlaç San. ve Tic.Ltd.Şti. Yapı Kredi Plaza B Blok Kat: 3-4 34330, Levent-İstanbul / Tel: 0212 317 23 00 adresine başvurunuz. www.astrazeneca.com.tr **Prospektüs Güncellenme Tarihi:** Mart 2000

Referanslar 1. Klotz L. BJU Int. (2004) 93(9):1177-82.

Zoladex® goserelin **Casodex®** 50mg bicalutamid

ONKO-2-14-491 (Aralık 2006)

EAU'dan Dr. Tarık Esen'e Yeni Görev



Dernek Başkanımız Dr. Tarık ESEN EAU Board üyesi olarak, yapılan son toplantıda asistan ofisinin başkanlığına getirildi.

Konuyla ilgili detaylı bilgiye EAU' nun web sayfalarından ulaşabilirsiniz.

Başkanımıza yeni görevinde başarılar dileriz.