2003
KONTİNANS DERNEĞİ



9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ





8-12 Ekim 2025

Cornelia Diamond – Antalya

BİLDİRİ KİTABI

www.isleuseluroloji2025.org

2003
KONTİNANS DERNEĞİ

9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya



Değerli Meslektaşlarım,

Sizleri **8-12 Ekim 2025** tarihleri arasında Antalya' da gerçekleştireceğimiz **9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi**'ne davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz. Kadın ürolojisi, İşlevsel Üroloji ve Rekonstrüktif Üroloji alanındaki tüm konuları, alanlarında yetkin uzmanlarla tartışmak, bilgilerimizi güncellemek ve yeni gelişmelerden haberdar olmak için, ülkemizin en iyi platformu olan kongremizi sizlerin de katılımıyla en etkili şekilde gerçekleştirmek için, çalışmalarımızı titizlikle ve yoğun bir şekilde sürdürmekteyiz.

Her kongremizde olduğu gibi bu yıl da İşlevsel Üroloji alanında faaliyet göstermekte olan ulusal ve uluslararası konuşmacıları yine kongremizde göreceğiz. Özellikle Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) ile olan köklü bağlarımızın bir sonucu olarak ICS uzmanlarını kongremizde dinleme imkanı bulacağız ve yine kongrelerimizin ilk günü geleneksel olarak düzenlediğimiz ICS onaylı "ICS Add-On Kurs" umuzu bu yıl da kongrenin bilimsel programının içinde göreceksiniz. Buna ek olarak yakın işbirliği içinde çalıştığımız İtalyan Ürodinami Derneği (SIUD) ile İbero-Amerikan Nöroüroloji ve Ürojinekoloji (SINUG) Derneği' nden temsilcileri de kongremizde ağırlayarak bilimsel programımızı daha da zenginleştireceğiz.

Kongremizi bu alana gönül vermiş meslektaşlarımızla hasret gidermek için de iyi bir fırsat olarak görüyor ve bilimsel programın yanında ilgi çekici sosyal programlar ile de kongremizi hepimiz için daha kapsayıcı ve unutulmaz hale getirmeyi umuyoruz. Sizleri şimdiden 8- 12 Ekim 2025 tarihleri arasında yapılacak olan 9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi'ne davet ediyor, katılımınızla daha da zenginleşecek olan kongremizde sizleri aramızda görmekten onur duyacağımızı belirterek hepinize saygılarımı ve sevgilerimi sunuyorum.

Prof. Dr. İlker Şen
Kontinans Derneği ve Kongre Başkanı

KONTİNANS DERNEĞİ 2003

9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

8-12 Ekim 2025

Cornelia Diamond – Antalya



Kongre Başkanı

Prof. Dr. İlker Şen

Kongre Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Oktay Demirkesen

Prof. Dr. Gökhan Temeltaş

Prof. Dr. Tarık Yonguç

Doç. Dr.Lokman İrkılata

Doç. Dr. Mutlu Değer

Doç. Dr. Alkan Çubuk

Kongre Bilimsel Sekreteri

Doç. Dr. Naşide Mangır Bolat

Doç. Dr. Ali Furkan Batur

Doç. Dr. Ersin Köseoğlu

SÖZEL BİLDİRİLER



KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-0001

Kadınlarda FUIS, MESA Ve QUID Sorgulama Formlarının Türkçe Versiyonlarının Geçerlilik Ve Güvenilirliği İle Karışık Tip İdrar Kaçırmadaki Tanısal Değeri

Ahmet Özgür Güçtaş[1], Fatih Tarhan[2], Mohammad Yasir Sahak[3], Abdurrahman İnkaya[4], Ahmet Tahra[5], Tufan Tarcan[6]

Ahmet Özgür Güçtaş / Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging (MESA) ve Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID) sorgulama formlarının Türkçe'ye çevrilmesi, bu formların ve Female Urinary Incontinence Score (FUIS) formunun geçerlilik ve güvenilirliklerinin değerlendirilmesi ve karışık tip idrar kaçırma (KTİK) tanısındaki değerlerinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve metot: İdrar kaçırması olan 345 kadın hasta çalışmaya dahil edildi, ayrıca test-tekrar test analizi için ek olarak 48 katılımcı eklendi. Tüm hastalara klinik, laboratuvar ve invaziv ürodinamik inceleme uygulandı. Çeviri ve kültürel adaptasyon ISPOR kılavuzuna uygun olarak gerçekleştirildi. İç tutarlılık (Cronbach's α), test-tekrar test güvenilirliği (sınıf içi korelasyon katsayısı, ICC), yakınsak geçerlilik (ICIQ-UI SF ve OAB-V8 ile korelasyon), ayrımsal geçerlilik (ürodinamik SÜİ, detrusor aşırı aktivitesi ve KTİK grupları arasında karşılaştırma) ve ölçüt geçerliliği (ürodinamik KTİK ile korelasyon) değerlendirildi. Tanısal performans ROC analizi ile incelendi.

Bulgular: MESA, QUID ve FUIS'in Türkçe versiyonları iyi düzeyde iç tutarlılık (α=0,764-0,879) ve yeterli test-tekrar test güvenilirliği (ICC=0,687-0,850) gösterdi. Tüm sorgulamalar anlamlı yakınsak ve ayrımsal geçerlilik ortaya koymuştur. Ancak hiçbir sorgulama ile ürodinamik KTİK tanısı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (FUIS phi=-0,099; MESA phi=0,046; QUID phi=0,081). KTİK tanısında tanısal doğruluk düşük bulunmuş (AUC: 0,45-0,52); duyarlılık yüksek, özgüllük ise düşük saptanmıştır.

Tablo 1.

	Cronbach's α	Test	Re-test	p*	ICC	%95 CI	p**
FUIS	0,764	26,02±0,17	26,06±0,18	0,586	0,687	0,556-0,797	<0.0001
MESA	0,879	31,65± 1,02	31,40±0,10	0,332	0,850	0,824-0,923	<0.0001
QUID	0,856	22,10±0,79	22,17±0,77	0,490	0,846	0,788-0,910	<0.0001

Sorgulamaların güvenilirlik ve geçerlilik analizlerinin sonuçları

Tablo 2.

	Pearson r	r^2	p
FUIS vs ICIQ-SF	0,304	0,092	< 0.0001
MESA vs ICIQ-SF	0,578	0,334	< 0.0001
QUID vs ICIQ-SF	0,584	0,341	< 0.0001
FUIS- Urge vs OAB-V8	0,557	0,310	< 0.0001
MESA-Urge vs OAB-V8	0,439	0,192	< 0.0001
QUID-Urge vs OAB-V8	0,465	0,216	< 0.0001

FUIS, MESA ve QUID sorgulamaları ile ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgulamalarının korelasyonu

Tablo 3.

	Cystometry			
Variables	SUI (n=135)	DAA (n=75)	MUI (n=133)	p*
FUIS-Stres score	10,18±0,45	7,63±0,54	8,26±0,51	0,0006
FUIS-Urge score	15,67±0,47	18,13±0,59	17,88±0,55	0,0009
MESA- Stres score	19,66±0,65	16,29±1,02	20,08±0,70	0,002
MESA- Urge score	9,71±0,39	11,29±0,54	11,64±0,43	0,006
QUID- Stres score	10,31±0,39	7,88±0,54	10,66±0,45	< 0.0001
QUID- Urge score	9,63±0,37	10,94±0,49	11,48±0,39	0,003

Ürodinamik üriner inkontinans tiplerine göre değişkenler

Tablo 4.

	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	AUC	%95 CI	p
ICIQ-SF	96,10	9,15	31,49	83,33	0,52±0,04	0,45-0,59	0,558
FUIS	54,50	65,00	27,22	64,58	0,45±0,04	0,37-0,53	0,187
MESA	98,70	9,72	30,65	83,33	0,51±0,04	0,43-0,59	0,847
QUID	98,70	9,55	31,15	88,89	0,52±0,04	0,44-0,59	0,681

Ürodinamik miks üriner inkontinans tanısı alan hastalarda FUIS, MESA ve QUID sorgulamalarının tanısal değerleri

Sonuç: MESA, QUID ve FUIS'in Türkçe versiyonları güvenilir ve geçerli bulunmuş, ancak KTİK tanısında ölçüt geçerliliği yetersiz kalmıştır. Bu nedenle KTİK'li kadınlarda tanı aracı olarak kullanılmaları önerilmemektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-002

Kadınlarda Sıkışıklık Seviyesi ile Üroflovmetri Sonuçları Arasındaki İlişki

Türker Altuntaş[1], Ahmet Özgür Güçtaş[2], Mirgasım Seyidov[1], Abdülvahap Bakır[1], Kamil Çam[1], Tufan Tarcan[3]

Türker Altuntaş / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Bu çalışma ile aşırı aktif mesane (AAM) ve stres tipte idrar kaçırma (STİK) tanısı almış hastalarda üroflovmetri işlemi öncesi hastaların sıkışıklık seviyesi ile elde edilen üroflovmetri parametreleri, semptom skorları ve diğer alt üriner sistem (AÜS) değerleri arasındaki ilişkinin ortaya konulması araştırılması amaçlandı.

Materyal ve metot: Hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Rutin olarak tarafımızca kaydedilen hastaların demografik verileri, üroflovmetri işlemine başlamadan hemen önceki sıkışıklık hissi düzeyi, üroflovmetri ve AÜS parametreleri, OABV-8 ve ICIQ-SF semptom skorları değerlendirildi. Üroflovmetri esnasındaki sıkışıklık düzeyini belirlemek için hastalara idrara sıkışıklık seviyelerini 1 ile 10 arasında puanlaması istendi. Sıkışıklık düzeyi 1 ile 4 arası olanlar Grup 1'i, 5 ile 7 arası olanlar Grup 2'yi, 8 ile 10 arası olanlar Grup 3'ü oluşturdu. Grup 1'deki hastaların sıkışıklık düzeyi idrarını en fazla yarım saate kadar tutabilecek hastalardan, Grup 2'deki hastaların sıkışıklık seviyesi idrarını 10 dakika tutabilecek ve Grup 3'teki hastaların sıkışıklık düzeyi ise idrarını en fazla 5 dakika tutabilecek hastalardan oluşmaktaydı. Ardından gruplar üroflovmetri parametreleri, semptom skorları ve diğer AÜS değerleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 36'ü (%60) AAM 24'si (%40) STİK tanılı 60 kadın hasta dahil edildi. AAM hasta grubu sıkışıklık düzeyine göre karşılaştırıldığında alt gruplar arasında Qmax ve işeme hacmi miktarı açısından anlamlı fark saptandı (sırasıyla p:0,008, p:0,02). Gruplar arasında yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi demografik veriler, işeme sonrası kalan idrar miktarı, mesane günlüklerinden elde edilen parametreler ve semptom skorları açısından anlamlı fark görülmedi. Stres tipte idrar kaçıran hastalar incelendiğinde ise sıkışıklık grupları arasında Qmax ortanca değerleri için anlamlı fark saptandı (sırasıyla p:0,001). Alt gruplar karşılaştırıldığında demografik veriler, üroflovmetriden elde edilen diğer sonuçlar, AÜS parametreleri

ve semptom skorları açısından fark izlenmedi.

Tablo 1

	Grup 1 (n:11)	Grup 2 (n:20)	Grup 3 (n:5)	P değeri
Yaş (yıl) medyan (IQR)	57,5 (45,75-63)	54 (45,25-64)	46,5 (28,75-51,5)	0,315
Qmax (ml/sn) medyan (IQR)	11 (8,5-14)	19,99 (14,75-30,75)	46,5 (28,75-51,5)	**0,008**
İşeme Hacmi (ml) medyan (IQR)	150 (120-160)	223,5 (157,25-339)	431,5 (121,25-597)	**0,02**
İşeme Sonrası Kalan İdrar (ml) medyan (IQR)	34,5 (0-81,75)	0 (0-27,5)	0 (0-20)	0,754
OABV-8 medyan (IQR)	19 (11,75-30,5)	22 (17-26)	19 (17-27)	0,863
ICIQ-SF medyan (IQR)	11 (6-18)	13 (9,5-14)	13 (0-14)	0,781

Aşırı Aktif Mesane Grubunun Karşılaştırılması

Tablo 2

	Grup 1 (n:8)	Grup 2 (n:9)	Grup 3 (n:7)	P değeri
Yaş (yıl) medyan (IQR)	56,5 (46,5-63)	53 (45-64)	47 (43-53)	0,418
Qmax (ml/sn) medyan (IQR)	11,5 (9,5-12,75)	19,99 (14,25-29,75)	29 (18-34)	**0,001**
İşeme Hacmi (ml) medyan (IQR)	160 (137,5-211)	249 (167,5-342,5)	393 (239-565,5)	0,077
İşeme Sonrası Kalan İdrar (ml) medyan (IQR)	60 (0-68)	9 (0-38,5)	0 (0-23,75)	0,177
OABV-8 medyan (IQR)	19 (11,25-29,25)	19,5 (12,75-25)	19 (15-26)	0,298
ICIQ-SF medyan (IQR)	11 (6-15,5)	13 (8-14)	13 (6-14,5)	0,525

Stres Tipte İdrar Kaçırma Grubunun Karşılaştırılması



Sonuç: AÜS ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde birinci basamak tetkiklerden biri olan üroflovmetri sonuçlarının iki farklı hasta grubunda da sıkışıklık düzeyine göre değiştiği görülmüştür. Bu veriler göz önüne alındığında AÜS mevcut olan kadın hasta gruplarında ürodinamik çalışmaların dolum aşamasında olduğu gibi üroflovmetri aşamasında da sıkışıklık düzeyinin belirli bir seviyede olması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalarla sıkışıklık düzeyi ile hem semptom skorları hem de diğer AÜS parametrelerinin de ilişkisinin ortaya konulması gerekmektedir.

9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
KONTİNANS DERNEĞİ 2003
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-003

Transobturator Orta Üretra Sentetik Askı Operasyonu Sonrası Nüks İle İlişkili Translabial Ultrasonografi Bulguları

Kadir Şerefhan Erten[1], Murat Yavuz Koparal[1], Alparslan Özdemir[2], Nurşah Sarıduman[1], Atiye Cenay Karabörk Kılıç[2], İlker Şen[1]

Kadir Şerefhan Erten / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

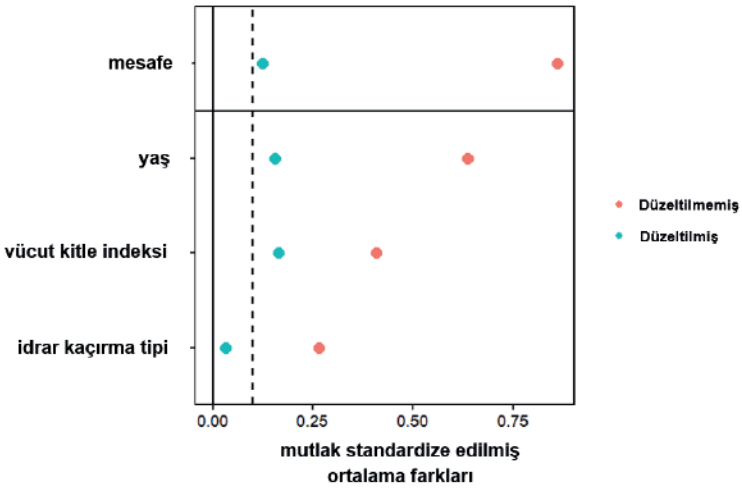
Giriş: Transobturator orta üretra askı (TO OÜA) operasyonu sonrası cerrahi başarı ve komplikasyonların öngörülmesini sağlayan görüntüleme yöntemleri oldukça sınırlıdır. Translabial ultrasonografi (TLUSG) özellikle askı ile ilişkili sonuçların değerlendirilmesinde hem kolay uygulanabilir ve pratik olması, hem de maliyet açısından ekonomik bulunması nedeniyle giderek daha fazla kullanılmaya aday bir görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada hastalar cerrahi sonrası 6. ayda stres tipi idrar kaçırma açısından TLUSG bulgularıyla değerlendirilmiştir.

Materyal ve metot: Kliniğimizde Ocak 2022 – Ocak 2025 tarihleri arasında saf stres tipi veya stres baskın karışık tip idrar kaçırma nedeniyle antiinkontinans cerrahisi uygulanan 110 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Postoperatif takiplerinde TLUSG yapılmayan hastalar , TO OÜA dışında yapılan cerrahiler ve eş zamanlı pelvik organ prolapsusu onarımı yapılan hastalar çalışma dışı bırakılıktan sonra analizlere 86 hasta dahil edilmiştir. Hastaların klinik, cerrahi ve radyolojik verileri kaydedilmiştir. Translabial ultrasonografide meş asimetrisi, meş konumu parametreleri, mesane boynu hunileşmesi, meş-üretra uyumluluğu değerlendirilmiştir. Cerrahi sonrası nüks , ICS öksürük stres testinin pozitifliği olarak tanımlanmıştır. Hastalar stres tipi idrar kaçırma açısından nüks gelişenler ve gelişmeyenler olarak iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasındaki yanlılığı önlemek adına yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) ve idrar kaçırma tipi açısından propensity skoru eşleştirme yöntemi uygulanmıştır. Sonrasında her iki grup arasında TLUSG bulguları açısından istatistiksel karşılaştırma yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların 40'ında (%46,5) saf stres tipi idrar kaçırma, 46'sında (%53,5) stres baskın karışık tip idrar kaçırma mevcuttu. Postoperatif 6.ay takiplerinde 10

(%11,6) hastada nüks geliştiği gözlendi. Yaş, VKİ ve idrar kaçırma tipi açısından eşleştirme öncesi ve sonrası standardize edilmiş ortalama farklar Resim 1'de şematize edilmiştir. 1:3 eşleştirme sonrası 30 nüks gelişmeyen ve 10 nüks gelişen toplamda 40 hasta karşılaştırmalı analizlere dahil edilmiştir. Hastalara ait klinik veriler eşletirme öncesi ve sonrası için Tablo 1'de özetlenmiştir. Eşleştirme sonrası yapılan analizde nüks grubunda valsalva ile mesane boynu–simfizis pubis uzaklığı istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur(20,9 mm vs. 25,1 mm; p=0,017). Ayrıca nüks grubunda meş–üretra hareket uyumu (%50,0 vs. %13,3; p=0,016) anlamlı olarak daha düşük oranda, mesane boynu hunileşmesi anlamlı olarak daha yüksek oranda izlenmiştir (%60,0 vs. %10,0; p=0,001).Diğer parametreler açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(Tablo 2).

Resim 1. Eşleştirme öncesi ve sonrası standardize edilmiş ortalama farklar



Tablo 1. Eşleştirme öncesi ve sonrası klinik değişkenler

	Nüks Yok (N=76)	Nüks Var (N=10)	p değeri	Nüks Yok (N=30)	Nüks Var (N=10)	p değeri
Yaş (yıl) [ortanca(aralık)]	52 (40-81)	48 (43-58)	0.523	48.5 (40-76)	48 (43-58)	0.677
Vücut kitle indeksi [n(%)]	29.4 (20.3-44.1)	33.1 (21.2-40.2)	0.191	30.8 (21.2-40.2)	33.1 (21.2-40.2)	0.765
İdrar kaçırma tipi [n(%)]						
Saf stres tipi	33 (43.4)	7 (70.0)	0.113	22 (73.3)	7 (70.0%)	0.838
Stres baskın karışık tip	43 (56.6)	3 (30.0)		8 (26.7)	3 (30.0%)	

Tablo 2. Eşleştirme sonrası nüks durumu ile translabial ultrasonografi parametrelerinin karşılaştırılması

	Nüks Yok (N=30)	Nüks Var (N=10)	p değeri
Dinlenimde mesane boynu - simfizis pubis uzaklığı (milimetre) [ortanca(aralık)]	30.3 (22.0-39.9)	28.3 (15.9-33.2)	0.086
Valsalva ile mesane boynu - simfizis pubis uzaklığı (milimetre) [ortanca(aralık)]	25.1 (16.2-37.2)	20.9 (12.3-27.5)	0.017

	Nüks Yok (N=30)	Nüks Var (N=10)	p değeri
Askı - mesane boynu uzaklığı (milimetre) [ortanca(aralık)]	21.3 (14.0-29.5)	19.4 (14.6-26.6)	0.551
Askı - meatus uzaklığı (milimetre) [ortanca(aralık)]	14.6 (7.0-23.7)	10.9 (7.3-22.1)	0.292
Meş konumu oran [% (aralık)]	41.5 (20.0-60.0)	38.0 (23.0-52.0)	0.540
Meş konumu [n(%)]			0.855
Orta üretra	16 (53.3)	5 (50)	
Diğer	14 (46.7)	5 (50)	
Meş asimetrisi var mı? [n (%)]			
Yok	26 (86.7)	9 (90.0)	0.783
Var	4 (13.3)	1 (10.0)	
Meş - üretra hareket uyumu var mı? [n (%)]			
Yok	4 (13.3)	5 (50.0)	0.016
Var	26 (86.7)	5 (50.0)	
Mesane boynu hunileşme var mı? [n (%)]			
Yok	27 (90.0)	4 (40.0)	0.001
Var	3 (10.0)	6 (60.0)	

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, TLUSG parametrelerinde mesane boynu–simfizis pubis valsalva uzaklığı, meş–üretra hareket uyumu ve mesane boynu hunileşmesinin stres tipi idrar kaçırma nüksü ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu sonuç TLUSG'nin seçilmiş parametreler üzerinden nüks riskinin değerlendirilmesinde önemli bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-004

Tavşanlarda Deneysel Vezikovajinal Fistül Modeli Oluşturulması Ve Modelin Yararlılığının Gösterilmesi

Karim Shirinli[2], Naşide Mangır Bolat[1], Naciye Dilara Zeybek[1], Yağmur Esentur[1], Şükrü Öztürk[1]

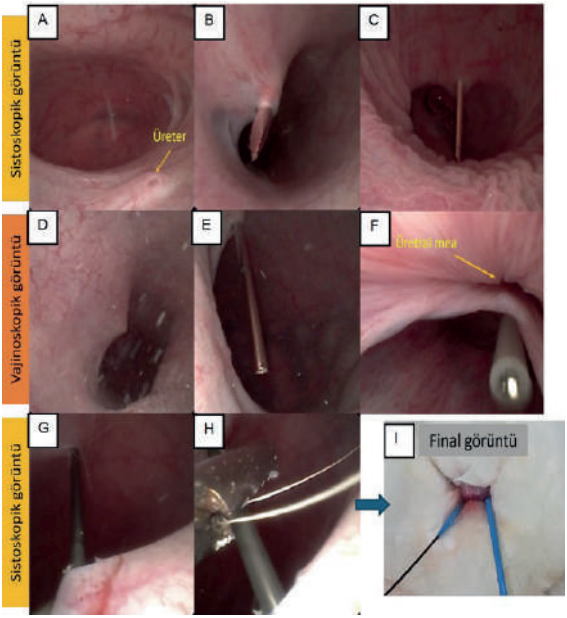
Karim Shirinli / Etimesgut Devlet Hastanesi

Giriş: Vezikovajinal fistül (VVF), mesane ile vajina arasında oluşan anormal bir bağlantı olup, idrar kaçağına yol açarak hastaların yaşam kalitesini bozar. VVF gelişmiş ülkelerde daha çok jinekolojik cerrahi komplikasyonu olarak ortaya çıkar ve özellikle bu bağlamda patofizyolojisinin çalışılması ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için gerçekçi hayvan modellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada dişi tavşanlarda VVF modeli geliştirmeyi ve laboratuvarda geliştirdiğimiz sentetik doku interpozisyon flebi ile bu fistülü tamir ederek ilk pre-klinik değerlendirmesini yapmayı amaçladık.

Materyal ve metot: VVF oluşturmak için açık cerrahi ile iki farklı endoskopik minimal invaziv yöntemi karşılaştırdık. Toplam 18 adet erişkin dişi Yeni Zelanda tavşanı üç gruba ayrıldı. Grup A'da açık abdominal cerrahiyle (laparotomi, histerektomi ve kontrollü mesane yaralanması) fistül oluşturuldu. Grup B'de tamamen endoskopik yöntemle mesane-vajen arası bir trakt perkütan iğne ile açılıp 14 Fr buji ile dilate edildi. Grup C'de ise aynı endoskopik işlem sonrası oluşan trakta 12 Fr nelaton kateter yerleştirilerek 4 hafta süreyle bırakıldı. Tavşanlara VVF oluşturma cerrahisi sonrası 4 hafta beklenildi. Tüm hayvanlara 4.haftada fleksible sistoskopi işlemi uygulandı. Kateter yerleştirilen grupta 4.haftada kateterler çekildi ve 0.saat, 24.saat, ve 72.saatte kontrol sistoskopiler yapıldı. Açık Abdomen Grubunda karın alt bölgesinde vertikal insizyonu takiben histerektomi ve bilateral ooferektomi uygulandıktan sonra mesane ile vajen arasına koterizasyon yapıldıktan sonra vajen kapatıldı. Endoskopik fistül oluşturma grubunda ise single use fleksible sistoskop ile mesaneye girildi ve karın ön duvarından perkütan akses iğnesi ile mesaneye girilerek kılavuz tel mesaneden vajene ilerletildi. Kılavuz tel üzerinden S-dilatatörler ile trakt dilate edildikten sonra bir grupta işleme son verilirken diğer grupta trakta bir kateter bırakılarak VVF oluşumu beklendi. Kateter yöntemiyle VVF

oluşturulan grupta, model oluşturulduktan sonra laboratuvarımızda TÜBİTAK 1071 destekli bilimsel araştırma projesi kapsamında geliştirilmiş olan sentetik hidrojel kullanılarak VVF onarımı uygulanmış ve geliştirilen sentetik hidrojelin ilk pre-klinik değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

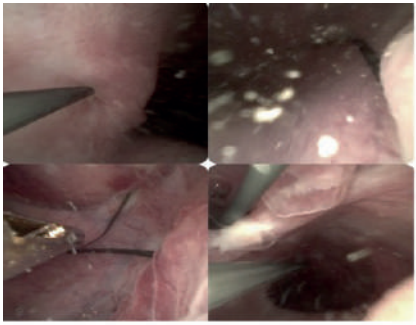
Endoskopik Dilatasyon Grubu



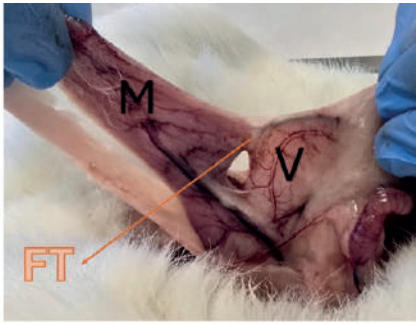
A. Sistoskopide Mesanenin görünümü. B. Mesane Ön Duvarının Delinmesi. C. Mesane Arka Duvarının Delinmesi. D. İğnenin Kılıfı ile Vajen Duvarına Bastırılması. E. Vajen Duvarının Delinmesi. F. Kılavuz telin Vajenden Dışarı Alınması. G. Kılavuz telin Proksimal Ucunun Mesaneye Dahil Olana Kadar Distal Uçtan Çekilmesi. H. Grasper Forseps Vasıtasıyla Kılavuz tel Proksimal Ucunun Mesaneden Dışarı Alınması. I. S Şekilli Buji Dilatörle Dilatasyon İşlemi. Vajene İlerletilen S Dilatörün Üretradan Dışarı Çıkması.

Bulgular: Açık Abdomen grubunda işlem sonrası 4.haftada 4 tavşanda VVF gelişti ancak bu grupta ciddi yapışıklık ve apse komplikasyonları izlendi. Endoskopik Dilatasyon gurubunda hiçbir tavşanda fistül oluşmadı. Endoskopik Kateter grubunda işlem sonrası yaşayan 5 hayvandan 3'ünde kalıcı fistül oluştu; 2 tavşanda kateterlerin erken dönemde çıkması nedeniyle fistül gözlenmedi. Histopatolojik incelemede Grup A ve C'de belirgin fistül traktı görülürken, Grup B'de sadece skar dokusu izlendi. Grup C'nin fistül dokuları tam kat epitel ile (immatür) kaplanmış ve belirgin yeni damar oluşumu göstermiştir;

Endoskopik Kateter Grubunda izlenen fistül traktı



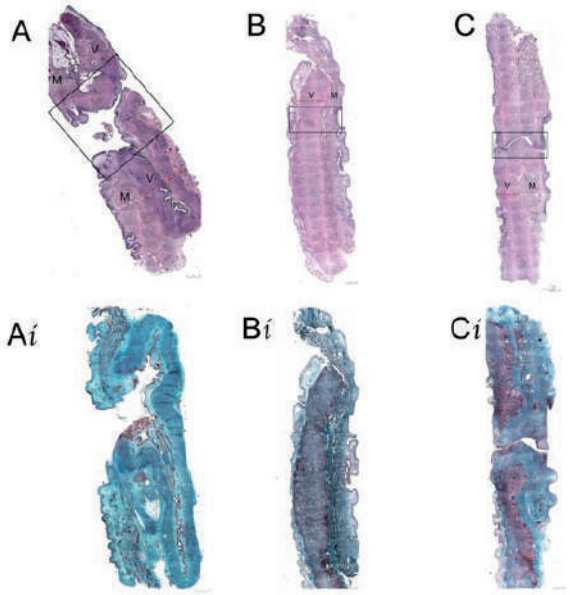
Fistül Traktının Endoskopik Görüntüsü



M: Mesane, V: Vajen, FT: Fistül Traktı

Oluşturulan VVF Traktları kateterize edildi. Kateterlerin vajenden çıktığı izlendi. Deneyler sakrifiye edildi. Sakrifikasyon sırasında da fistül makroskobik olarak gözlemlendi.

Dokuların Histopatolojik Değerlendirilmesi



Deney gruplarının ışık mikroskobunda izlenen fistül traktı. A ve C gruplarında kesitlerde fistül yolu izlenirken B grubunda fistül yolu izlenmedi. M: Mesane, V: Vajina, A: Histerektomi ve ooferektomi sonrası fistül traktı oluşturulan grup, B: B grubu, C: C grubu. A, B, C: Hematoksilen-eozin, Ai, Bi, Ci: Masson Trikrom.

Deney Grupları Tablosu

Grup	Başlangıç Tavşan Sayısı (n [%])	Çalışmayı Sonlandıran Tavşan Sayısı (n [%])	Apse, Yapışıklık Oluşumu İzlenen (n [%])	Fistül Oluşan Tavşan Sayısı (n [%])

Grup A- Açık Abdomen Grubu	6 (%100)	5 (%83,3)	5 (%83,3)	4 (%66,7)
Grup B-Endoskopik Dilatasyon Grubu	6 (%100)	6 (%100)	0 (%0)	0 (%0)
Grup C- Endoskopik Kateter Grubu	6 (%100)	5 (%83,3)	0 (%0)	3 (%50)

18 deney tavşanına 3 grupta farklı-farklı işlemler uygulanmıştır. Grup A yani Açık olarak Abdomenden Fistül oluşturma grubunda 28.gün sonunda 5 deney tavşanı yaşamaktaydı. Grup B yani Endoskopik olarak Dilatasyon ile Fistül oluşturma Grubunda 28.gün sonunda tüm deney hayvanları yaşamaktaydı. Grup C yani Endoskopik olarak Kateter yerleştirilerek Fistül oluşturma Grubunda 28.gün sonunda 5 deney tavşanı yaşamaktaydı.

Endoskopik Kateter yerleştirilen grup detayları

	Grup C-Endoskopik Kateter Grubu (n [%])	Deneyi Sonlandıran (n [%])	Endoskopik olarak Fistül izlenen (n [%])	24.saatte Endoskopik Olarak Fistül İzlenen (n [%])	72. saatte Endoskopik ve Makroskobik olarak Fistül izlenen (n [%])
Deney Sayı (n)	6 (%100)	5 (%83,3)	3 (%50)	0 (%0)	3 (%50)

Grup C'de endoskopik dilatasyon uygulandıktan sonra 12 Fr Nelaton kateter yerleştirilen altı deney hayvanından beşi, dördüncü hafta sonunda hayatta kalmıştır. Deney hayvanlarına 28. günde sistoskopi uygulanmış ve hayatta olan beş hayvandan üçünün kateterinin hala yerinde olduğu gözlemlenmiştir. Kateter yerleştirilen iki deney hayvanında ise kateterlerin sırasıyla birinci ve ikinci haftalarda kendiliğinden çıktığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, dört hafta boyunca kateterin yerinde kaldığı üç deney hayvanı ile kateteri erken dönemde çıkan iki deney hayvanı mevcuttu. Yapılan sistoskopide, kateteri erken dönemde

çıkmış olan iki deney hayvanında fistül oluşumuyla uyumlu herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Kateterleri 28. günde çıkarılan üç deney hayvanına yapılan 24. saat endoskopisinde, mesane ve vajen dokularında belirgin büllöz değişiklikler ve ödem saptanmıştır. Bu nedenle oluşturulan fistüller 0.saat endoskopide vizüalize edilmesine rağmen 24.saatte vizüalize edilememiş ve kateterize edilememiştir. 72.saatteyse ödem bariz gerilemiş ve oluşturulan fistüller vizüalize edilmiş ve kateterize edilmiştir.

Sonuç: Tavşanlarda endoskopik kateter yerleştirme yöntemi, açık cerrahiye kıyasla daha az morbidite ile başarılı bir VVF modeli oluşturmayı mümkün kılmıştır. Bu yeni minimal invaziv model, vezikovajinal fistülün preklinik araştırmalarında güvenle kullanılabilir ve yenilikçi tedavi yaklaşımlarının etkinliğini değerlendirmede değerli bir model olabilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-005

Kadınlarda Stres Tipi İdrar Kaçırmada Hasta Yaşının Cerrahi Sonuçlara Etkisi: Sistematik Derleme ve Meta-Analiz

Türker Altuntaş[1], Onur Can Özkan[1], Ahmet Özgür Güçtaş[2], Çağrı Akın Şekerci[1], Tufan Turcan[3]

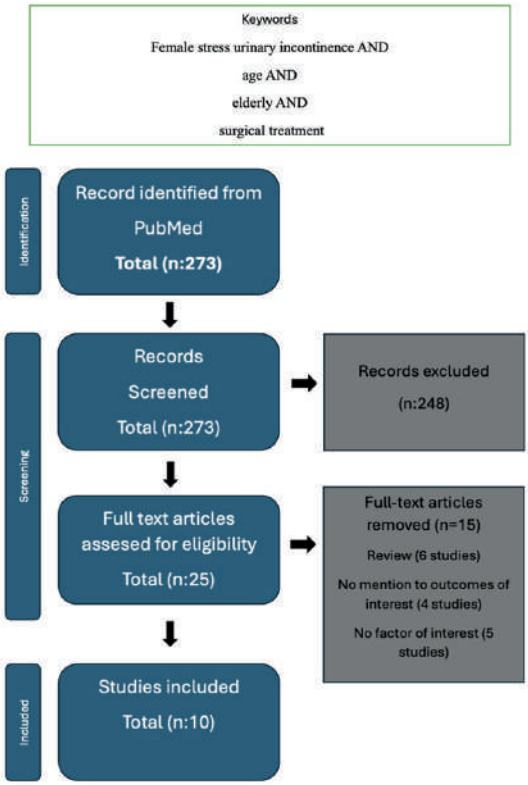
Türker Altuntaş / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Stres tip idrar kaçırma (SUI) kadınların yaklaşık %35'ini etkileyen, 45–59 yaş arasında daha sık görülen bir durumdur. Yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve ekonomik yük oluşturur. Tedavi seçenekleri arasında konservatif, farmakolojik ve cerrahi yöntemler bulunmakla birlikte, orta üretra sling (OÜS) cerrahileri en sık uygulanan yöntemdir. Literatürde, ileri yaştaki hastalarda komorbiditeler, fiziksel durum, urgency semptomları ve intrinsik sfinkter yetmezliği gibi nedenlerle cerrahi başarının azalabileceği bildirilmiştir. Ancak bazı çalışmalarda yaşın cerrahi sonuçlar üzerine hem olumsuz hem de olumlu etkileri rapor edilmiştir. Bu sistematik derleme ve meta-analiz, yaşlı kadınlarda SUI cerrahisinin kür oranlarına etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve metot: Sistematik derleme, PRISMA kılavuzuna göre yürütülmüştür. PubMed veritabanında, 2005 ile Aralık 2024 arasında İngilizce yayımlanmış, yaşlı kadınlarda SUI'nin cerrahi tedavisine ilişkin orijinal makaleler taranmıştır. Yaş ile cerrahi başarı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar dahil edilmiş, konservatif tedavileri inceleyen veya derleme türündeki çalışmalar hariç tutulmuştur. Başlık ve özetler bağımsız olarak taranmış, çalışma tasarımı, katılımcı özellikleri, örneklem büyüklüğü, yaş ve sonuçlar gibi veriler toplanmıştır. Yaş ile cerrahi başarı arasındaki ilişki, çalışmaların cerrahi sonuçları üzerinden değerlendirilmiş ve Jamovi yazılımı ile analiz edilmiştir.

FIGÜR 1 Çalışma stratejisi, anahtar kelimeler, literatür arama stratejisini özetleyen akış şeması (Sistematik Derlemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri [PRISMA] kılavuzuna göre)

FIGÜR 1 Çalışma stratejisi, anahtar kelimeler, literatür arama stratejisini özetleye akış şeması (Sistematik Derlemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlam Öğeleri [PRISMA] kılavuzuna göre)



Bulgular: Toplam 273 çalışma taranmış ve seçim kriterlerini karşılayan 10 çalışma meta-analize dahil edilmiştir (Şekil 1). Bu çalışmaların ilki 2005 yılında yayımlanmıştır. Meta-analize dahil edilen 10 çalışmada toplam 6.254 hasta yer almıştır. Bunların %30'u (n=3) prospektif, %70'i (n=7) retrospektif tasarlanmıştır. Cerrahi teknik açısından; 3 çalışma tension-free vajinal tape (TVT), 2 çalışma transobturator tape (TOT), 1 çalışma pubovajinal sling (PVS), 2 çalışma hem TOT hem TVT, 1 çalışma TOT, TVT ve PVS, 1 çalışma ise TOT, TVT ve tek insizyon sling (SIS) yöntemlerini içermektedir. Çalışmaların beşinde postoperatif başarı objektif olarak ürodinamik incelemelerle değerlendirilmiş, birinde hem objektif ürodinamik değerlendirme hem de Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7) ve Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6) gibi semptom skorlarıyla subjektif değerlendirme yapılmıştır. Kalan dört çalışmada ise UDI-6, Pelvic Floor Distress Inventory, Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, iyileşme memnuniyet ölçeği, Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), öksürük testi, 24 saatlik ped testi ve Hasta Memnuniyet Anketi (PSQ) gibi araçlarla subjektif değerlendirme yapılmıştır. Yaşlı kadınlarda cerrahi başarı oranı, genç kadınlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Genel Etki Büyüklüğü ln(RR): -0,560; %95 GA: [-0,842, -0,278]) (Tablo 1, Şekil 2).

Tablo 1 Çalışmalar ve Meta-analitik etki

Tablo 1 **Çalışmalar ve Meta-analitik etki**

Meta-Analysis: Difference in Proportions

Table of Studies

Study label	ln(*RR*)	95% CI LL	95% CI UL	$P_{reference}$	$P_{comparison}$
Gordon D (2005)	−0.370	−1.212	0.4727	0.0573	0.03960
Groutz A (2011)	−1.015	−1.551	−0.4792	0.2371	0.08594
Stav K (2010)	−0.162	−2.217	1.8933	0.0104	0.00886
Ku JH (2006)	−0.540	−1.287	0.2063	0.1500	0.08738
Pugsley H (2005)	−1.072	−2.121	−0.0236	0.2273	0.07778
Ahn SY (2020)	0.635	−0.892	2.1629	0.0238	0.04494
Alas A (2017)	−0.258	−0.394	−0.1219	0.4283	0.33094
Anger JT (2007)	−0.383	−0.737	−0.0293	0.1050	0.07159
Lu TS (2019)	−1.147	−1.660	−0.6343	0.3333	0.10583
Serati M (2013)	−0.450	−1.388	0.4879	0.1167	0.07438

Note. P_{diff} is calculated as $P_{comparison} - P_{reference}$

Meta-Analytic Effect Sizes

Effect	ln(*RR*)	95% CI LL	95% CI UL	*k*
My effect	−0.560	−0.842	−0.278	10

Note. Estimate is based on a random effects (RE) model.

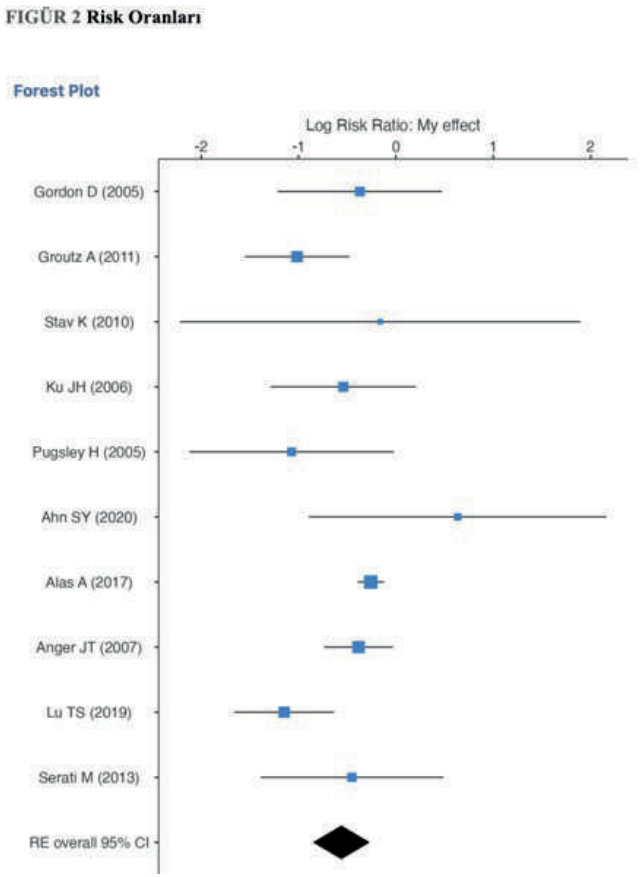
[4]

Effect Size Heterogeneity

Measure	Level	Estimate	95% CI LL	95% CI UL
Diamond Ratio	Overall	2.4516	1.16411	4.744
H^2		2.2956	1.03840	9.747
I^2(%)		56.4382	3.69806	89.741
T		0.2941	0.05063	0.764
T^2		0.0865	0.00256	0.584

Note. As of version 1.0.2 esci has implemented an improved method for calculating the CI for the diamond ratio; these will no longer match those presented in the 2nd edition of *Introduction to the New Statistics*

FIGÜR 2 Risk Oranları



Sonuç: Bu bulgular, yaşın SUI cerrahisinde başarıyı olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu sonuç, gelecekte yapılacak çok merkezli, prospektif çalışmalarla daha ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-006

Pelvik Organ Prolapsusu Onarımı Sonrası Mevcut ve Yeni Gelişen İdrar Kaçırmanın Değerlendirilmesi

Damla Nur Tatlı Şahin[1], İrem Aleyna Teke[1], Muratcan Toptaş[1], Murat Yavuz Koparal[1], Metin Onaran[1], İlker Şen[1]

Damla Nur Tatlı Şahin / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Bu çalışmanın amacı, pelvik organ prolapsusu (POP) onarımı yapılan hastalarda cerrahi öncesinde mevcut olan idrar kaçırmanın cerrahi sonrası seyrini ve cerrahi öncesinde idrar kaçırması olmayan hastalarda yeni gelişen idrar kaçırmayı değerlendirmektir.

Materyal ve metot: 2022-2024 tarihleri arasında anterior veya apikal prolapsus nedeniyle cerrahi onarım yapılan ve en az 6 ay postoperatif takibi bulunan 65 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Preoperatif muayenesinde aşikar veya redüksiyonla stres tipi idrar kaçırması olan 8 hasta eş zamanlı antiinkontinans cerrahisi uygulandığı için çalışma dışı bırakıldı. Analizlere dahil edilen 57 hastanın klinik ve cerrahi verileri kaydedildi. Hastalar anterior onarım yapılanlar ve apikal onarım yapılanlar olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Anterior onarım grubunda vajinal yolla anterior kolporafi yapılanlar yer aldı. Sakrospinöz ligaman fiksasyonu (SSLF), robotik/açık sakrokolpopeksi/histeropeksi ve kolpoklezis cerrahileri apikal onarım içerisinde yer aldı. Her iki grup mevcut sıkışma tipi idrar kaçırma, yeni gelişen sıkışma tipi idrar kaçırma ve yeni gelişen stres tipi idrar kaçırma açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların klinik ve cerrahi verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların ortanca yaşı 57 (48-80) idi. Hastaların 40 tanesi (%81.6) menopoza girmiş olup 29 (%50.8) hasta cinsel aktifti. Hastaların 29'una (%51) anterior onarım yapıldı. 17 hastaya (%29.8) SSLF, 7 (%12.3) hastaya robotik sakrokolpopeksi/histeropeksi, 2 (%3.5) hastaya açık sakrokolpopeksi ve 2 (%3.5) hastaya total kolpoklezis uygulandı. Tüm gruba bakıldığında 57 hastadan 7'sinde (%12.3) postoperatif takiplerinde yeni gelişen stres tipi idrar kaçırma olduğu tespit edildi. Preoperatif sıkışma tipi idrar kaçırma mevcut olan 25 hastanın 3(%12) tanesinde mevcut durumun devam ettiği

, 22 (%88) tanesinde ise gerilediği görüldü. Preoperatif dönemde herhangi bir idrar kaçırma tariflemeyen 32 hastadan 1 (%3.1) tanesinde yeni gelişen sıkışma tipi idrar kaçırma olduğu görüldü. Her 3 parametre açısından da anterior ve apikal onarımlar arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

Tablo 1. Hastaların klinik ve cerrahi verileri

Başvuru yaşı (yıl) [ortanca(aralık)]	65 (48-80)
Vücut kitle indeksi [ortanca(aralık)]	27 (21-36)
Cinsel Aktivite [n (%)]	29 (54.7)
Menapoz durumu [n (%)]	40 (81.6)
Gebelik sayısı [ortanca(aralık)]	3 (1-12)
Vajinal doğum sayısı [ortanca(aralık)]	3 (1-7)
Yapılan Operasyon [n (%)]	
Anterior onarım	29 (50.9)
SSLF	17 (29.8)
Açık Sakrokolpopeksi/histeropeksi	2 (3.5)
Robotik Sakrokolpopeksi/histeropeksi	7 (12.3)
Total kolpoklezis	2 (3.5)

Tablo 2. İdrar kaçırma parametreleri açısından apikal ve anterior onarım karşılaştırılması

	Anterior Onarım N(%)	Apikal Onarım N(%)	p value
Yeni Gelişen Stres Tipi İdrar Kaçırma (n=57)			
Var	3 (10.3)	4 (14.3)	0.650
Yok	26 (89.7)	24 (85.7)	
Yeni Gelişen Sıkışma Tipi İdrar Kaçırma (n = 32)			
Var	0 (0.0)	1 (6.7)	0.279
Yok	17 (100.0)	14 (93.3)	
Mevcut Sıkışma Tipi İdrar Kaçırma (n=25)			
Devam ediyor	2 (16.7)	1 (7.7)	0.490
Geriledi	10 (83.3)	12 (92.3)	

Sonuç: Çalışmamızda anterior ve apikal onarımlar arasında idrar kaçırma ilişkili sonuçlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bulgularımız, POP onarımı sonrası hastaların idrar kaçırma açısından dikkatle izlenmesi gerektiğini ve farklı kompartıman onarımlarının idrar kaçırma açısından benzer sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-007

Minimal İnvaziv Pelvik Organ Prolapsusu Cerrahisi Sonrası Hastane İçi Opioid Kullanımı

Murat Yavuz Koparal[1], Stephen Rhodes[1], David Sheyn[1], Adonis Hijaz[1]

Murat Yavuz Koparal / Urology Institute, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio, USA

Giriş: Amerika Birleşik Devletleri'nde cerrahi girişimler sonrası opioidlerin yüksek oranlarda kullanımı, kısa dönem analjezi ihtiyacını aşarak gereksiz opioid maruziyetine ve opioid bağımlılığı riskinin artmasına yol açmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız , pelvik organ prolapsusu (POP) onarımı sonrası hastanedeki analjezik kullanım paternlerini değerlendirmek ve yüksek opioid reçetelenmesinin öngördürücülerini büyük bir ulusal veritabanı kullanarak belirlemektir.

Materyal ve metot: Bu çalışma, Amerika Birleşik Devletleri genelinde 750'den fazla hastanenin verisini içeren Premier Sağlık Sistemi Veritabanı kullanılarak yürütülen retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Çalışmaya, POP nedeniyle vajinal non-apikal (NAR), vajinal apikal (VAR), laparoskopik apikal (LAR) veya robotik apikal (RAR) onarım yapılmış 18 yaş ve üzeri kadın hastalar dahil edilmiştir. Opioid dozları morfin eşdeğeri miligram (MME) cinsine dönüştürülmüştür. Yüksek riskli opioid maruziyeti, ameliyat sonrası ilk gün (POD-0) > 90 MME olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın birincil sonucu, toplam opioid, asetaminofen ve non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAID) kullanımıdır. İkincil sonuçlar ise; cerrahi yaklaşıma göre analjezik doz farklılıkları, yüksek POD-0 opioid kullanımının öngördürücüleri, 30 günlük yeniden yatış/acil servis başvuru oranı ve bunun opioid kullanımı ile arasındaki ilişkiyi içermektedir.

Bulgular: Analizlere 102.329 hasta (NAR: 58.849; VAR: 24.930; LAR: 14.603; RAR: 3.947) dahil edilmiştir. POD-0'da opioid kullanımı neredeyse evrenseldi. Medyan POD-0 opioid dozu NAR grubunda en düşüktü (77.5 MME)($p < 0.001$). NSAID ve asetaminofen kullanımı, minimal invaziv yaklaşımlarda daha yaygındı. POD-1'de opioid kullanımı belirgin şekilde azaldı ve en düşük oran RAR grubundaydı (%23) ($p < 0.001$). Eş zamanlı histerektomi, yüksek POD-0 opioid kullanımının en güçlü

öngördürücüsüydü (exp(β)=1.41, p < 0.001); bunu adezyolizis (exp(β)=1.26, %95 GA: 1.16–1.38, p < 0.001), mesane yaralanması onarımı (exp(β)=1.24, %95 GA: 1.10–1.40, p < 0.001), anti-inkontinans cerrahileri (exp(β)=1.05, %95 GA: 1.04–1.06, p < 0.001), özel olmayan sigorta (exp(β)=1.04, %95 GA: 1.01–1.06, p=0.002) ve büyük hastane ölçeği (exp(β)=1.09, %95 GA: 1.00–1.18, p=0.037) izledi. İleri yaş (exp(β)=0.87 on yıllık artış başına, %95 GA: 0.87–0.88, p < 0.001), yüksek Elixhauser komorbidite indeksi (ECI) (exp(β)=0.98, %95 GA: 0.97–0.99, p < 0.001) ve NAR yaklaşımı (exp(β)=0.93, %95 GA: 0.92–0.94, p < 0.001) daha düşük opioid kullanımı ile ilişkiliydi. POD-0'da > 90 MME alan hastalarda 30 günlük yeniden yatış/acil servis başvuru oranı daha yüksekti (%8.3 vs %5.6, p < 0.001).

Tablo 1

	LAR (N=14246)	RAR (N=3881)	VAR (N=24256)	NAR (N=57278)	p değeri
Opioid POD-0					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	14110 (99)	3840 (99)	23806 (98)	56294 (98)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (MME) [median (IQR)]	90.0 (57.5, 140)	85.0 (55, 131.6)	85.0 (48.8, 142.5)	77.5 (42.5, 130)	<0.001
Opioid POD-1					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	4552 (32)	898 (23)	8292 (34)	18349 (32)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (MME) [median (IQR)]	15 (9, 30)	15 (8, 31.8)	15 (8.8, 32.5)	17.5 (10, 35)	<0.001
NSAID POD-0					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	9191 (65)	2500 (64)	14624 (60)	34135 (60)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (mg) [median (IQR)]	800 (800, 1600)	1200 (800, 1600)	800 (800, 1600)	800 (800, 1600)	<0.001
NSAID POD-1					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	4058 (28)	830 (21)	7603 (31)	15866 (27)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (mg) [median (IQR)]	800 (800, 1600)	800 (800, 1600)	800 (800, 1600)	800 (800, 1600)	<0.001
Asetaminofen POD-0					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	10975 (77)	3054 (79)	17166 (71)	38139 (67)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (mg) [median (IQR)]	1000 (975, 1950)	1000 (975, 1950)	1000 (650, 1950)	1000 (650, 1650)	<0.001
Asetaminofen POD-1					
Herhangi bir uygulama [n (%)]	5134 (36)	974 (25)	8837 (36)	18489 (32)	<0.001
Kullanıcılar arası doz (mg) [median (IQR)]	975 (650, 1300)	1000 (650, 1593.8)	975 (650, 1300)	975 (650, 1300)	<0.001

Tablo 2

	exp(β)	95% CI	**p değeri**
Yaş	0.87	0.87 - 0.88	<0.001
Obezite			
Hayır	Ref.		
Evet	1.00	0.99 - 1.02	0.8
Tütün kullanımı			
Hayır	Ref.		
Evet	1.01	1.00 - 1.02	0.10
Elixhauser komorbidite indeksi	0.98	0.97 – 0.99	<0.001
Sağlık sigortası			
Özel	Ref.		
Medicaid	1.05	1.03 - 1.07	<0.001
Medicare	1.05	1.03 - 1.06	<0.001
Diğerleri	1.04	1.01 - 1.06	0.002
Yatak sayısı			
<500	Ref.		
500+	1.09	1.00 - 1.18	0.037
Eğitim hastanesi			
Hayır	Ref.		
Evet	0.95	0.89 - 1.00	0.071
Kentsel kırsal			
Kentsel	Ref.		
Kırsal	1.07	1.00 - 1.14	0.062
Eşlik eden histerektomi			
Hayır	Ref.		
Evet	1.41	1.40 - 1.43	<0.001
Eşlik eden adezyolizis			
Hayır	Ref.		
Evet	1.26	1.16 - 1.38	<0.001
Eşlik eden mesane onarımı			
Hayır	Ref.		

Evet	1.24	1.10 - 1.40	<0.001
Eşlik eden perineoplasti			
Hayır	Ref.		
Evet	1.01	0.97 - 1.06	0.5
Eşlik eden antiinkontinans prosedürü			
Hayır	Ref.		
Evet	1.05	1.04 - 1.06	<0.001
Eşlik eden kan transfüzyonu			
Hayır	Ref.		
Evet	1.07	0.96 - 1.19	0.2
Cerrahi yaklaşım			
LAR	Ref.		
RAR	0.99	0.96 - 1.02	0.6
VAR	0.99	0.98 - 1.01	0.4
NAR	0.93	0.92 - 0.94	<0.001

Sonuç: İleri yaş, yüksek ECI skoru ve NAR yaklaşımı daha düşük opioid kullanımı ile ilişkiliydi. Eş zamanlı histerektomi, yüksek opioid kullanımı için en güçlü öngördürücüydü; bunu adezyoliz, mesane onarımı, anti-inkontinans cerrahileri, özel olmayan sigorta ve büyük hastane ölçeği izledi. POP cerrahilerinde opioid kullanımını etkileyen klinik ve cerrahi faktörlerin dikkate alınması, hasta yönetiminde kişiselleştirilmiş analjezi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayarak gereksiz opioid kullanımının önüne geçebilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-008

Orta Üretra Askı Cerrahilerinde Son 10 Yıllık Tecrübemiz

SÜLEYMAN ÖNER[1], KAĞAN TOPKALE[1], ATA ÖZEN[1], İYİMSER ÜRE[1], AYDIN YENİLMEZ[1]

KAĞAN TOPKALE / ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş: Orta üretral askı cerrahileri, stres tipi üriner inkontinans (SÜİ) tedavisinde uzun süredir kullanılan etkin ve güvenilir yöntemlerdir. Transobturator Tape (TOT) ve Tension-Free Vaginal Tape (TVT) cerrahileri, yüksek başarı oranı ve düşük komplikasyon oranları ile öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizin son 10 yılda uyguladığı TOT ve TVT cerrahi tecrübemizi sunmayı amaçladık

Materyal ve metot: 2015-2025 yılları arasında SÜİ tanısıyla TOT veya TVT cerrahisi uygulanan 235 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), menopoz durumu, komorbiditeler (hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı vb.), inkontinans tipi, pelvik organ prolapsusu (POP) varlığı, operasyon süresi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, eş zamanlı yapılan POP onarım cerrahileri ve takip süreleri kaydedildi. Başarı, postoperatif semptom gerilemesi ve objektif muayene bulgularına göre değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 235 hasta değerlendirildi: Hastaların ortalama yaşı 57,6±10,3 ortalama VKİ değeri 26,8±3,6 kg/m^2. Ortalama paritesi 2,67±1,2 olarak hesaplandı. Bu doğumların 501'i(%80,3) vajinal, 74'ü(%19,7) sezaryendi. 147(%62,6) hastada stres 88(%37,4) hasta miks tip inkontinansı vardı. 56(%23,8) hastanın daha önce geçirilmiş pelvik cerrahisi mevcuttu. 7(%2,9) hastanın geçirilmiş orta üretra askı cerrahisi öyküsü bulunuyordu. 109(%44,6) hastanın muayenede pelvik organ prolapsusu bulunuyordu.213(%90,6) hastaya TOT, 22(%9,4) hastaya TVT cerrahisi uygulandı. TOT yapılan 105(%49,2) TVT yapılan 4(%18) hastaya eş zamanlı POP onarım cerrahisi yapıldı. Ortalama operasyon süresi TOT grubunda 59±8,6 dakika, TVT grubunda 57±7,5 dakikaydı. Her iki grupta da intraoperatif komplikasyon izlenmedi. TOT grubunda erken komplikasyon oranı %1,9, geç komplikasyon oranı %1,4; TVT grubunda erken komplikasyon oranı %4,5 , geç komplikasyon

oranı %9,1 olarak kaydedildi. TOT grubunda erken komplikasyon olarak 2(%0,9) hastada hematüri, 1(%0,45) hastada üriner sistem enfeksiyonu, 1(%0,45) hastada da inguinal hematom gözlendi. Geç komplikasyon olarak 2(%0,9) hastada obstrüksiyon, 1(%0,45) hastada mesanede meshe bağlı taş oluşumu görüldü. TVT grubunda erken dönemde 1(%4,5) hastada cerrahi alan enfeksiyonu, geç dönemde 2(%9,1) hastada meshe bağlı mesane taşı oluşumu gözlendi. Ortalama takip süresi TOT grubunda 33,2±22,8 ay, TVT grubunda 53,7±30,1 ay olarak hesaplandı. Başarı oranları TOT grubunda %97,6 TVT grubunda %95,4 olarak saptandı.

Tablo 1

Özellik	TOT (n=213)	TVT (n=22)
Ortalama yaş (yıl)	58.0 ± 10.2	56.0 ± 8.85
Ortalama VKİ (kg/m^2)	27.0 ± 3.58	25.6 ± 2.37
Menopozda (%)	68.0	64.0
POP varlığı (%)	50.2	18.2

Demografik Özellikler

Tablo 2

Cerrahi Özellik	TOT (n=213)	TVT (n=22)
Yalnız orta üretra askı cerrahisi	108	18
+ Sistosel onarımı	85	2
+ Rektosel onarımı	6	2
+ Sistorektosel onarımı	8	0
+ Le Forte kolpokleizis	6	0

Cerrahi Özellikler

Tablo 3

Özellik	TOT	TVT
Ortalama takip (ay)	33.2 ± 22.8	53.7 ± 30.1
Başarı oranı (%)	97.6	95.4
İntraop komplikasyon (%)	0.0	0.0
Erken komplikasyon (%)	1.9	4.5
Geç komplikasyon (%)	1.4	9.1

Sonuçlar

Sonuç: On yıllık klinik deneyimimiz hem TOT hem de TVT cerrahilerinin SÜİ tedavisinde yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranlarıyla güvenle uygulanabileceğini göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-009

Kadınlarda İdrar Kaçırmaya Yönelik Mitlerin Yapay Zekâ Destekli Bilgilendirici Video ile Değerlendirilmesi

Okan Yiğit[1], Afgan Mammadli[1], Nasım Mamedovi[1], Oğuzcan Erbatu[1], Ali Can Albaz[1], Oktay Üçer[1], Talha Müezzinoğlu[1], Gökhan Temeltaş[1]

Okan Yiğit / Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

Giriş: Kadınlarda üriner inkontinans (İK), yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur. Ancak bu duruma yönelik toplumda birçok yanlış inanış (mit) bulunmaktadır. "Yaşlılıkla kaçınılmazdır", "sadece doğum yapanlarda olur" veya "tedavisi sadece ameliyattır" gibi yanlış inançlar, bireylerin tanı ve tedaviye başvurusunu geciktirebilir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde bile etkili olabilecek, sade, görsel ve kolay erişilebilir bilgilendirici içeriklerin bu mitleri azaltmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, yapay zekâ desteğiyle hazırlanmış kısa bir video içeriğinin, üriner inkontinansa dair mitlere olan inanç üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Materyal ve metot: Çalışmaya üriner inkontinans tanısı almış 50 kadın hasta dâhil edilmiştir. ChatGPT 4o ile oluşturulan metin, Canva platformu kullanılarak 3 dakikalık animasyonlu bilgilendirici videoya dönüştürülmüştür. İçerikte, idrar kaçırmanın yaşlanmanın doğal sonucu olmadığı, tedavi edilebileceği ve utanılmaması gereken bir durum olduğu vurgulanmıştır. Mit ifadeleri, literatür taraması ve Google Trends verileriyle halk arasında sık karşılaşılan inanışlara dayanarak hazırlanmıştır. Video öncesinde ve sonrasında uygulanan 10 maddelik anketle her ifadeye "doğru" yanıt veren hasta sayıları karşılaştırılmıştır. Sonuçlar tablo halinde sunulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 54 idi. Eğitim düzeyi olarak %72'si ilkokul veya ortaokul mezunuydu. Video sonrasında tüm mit ifadelerinde "doğru" yanıt oranlarında belirgin artış saptandı. En dikkat çekici değişim, "idrar kaçırma kaderdir", "sadece doğum yapanlarda olur" ve "sadece ameliyatla tedavi edilir" gibi yaygın inanışlarda izlendi. Öncesinde 37 katılımcı "idrar kaçırmak yaşlandıkça herkeste olur" ifadesine katılırken, video sonrasında bu sayı 14'e düştü. "İdrar

kaçırma kaderdir" diyenlerin sayısı 34'ten 7'ye, "sadece ameliyatla tedavi edilebilir" diyenlerin sayısı ise 23'ten 5'e geriledi. Tüm sonuçlar tabloda özetlenmiştir

Tablo

No	Mit İfadesi	Öncesi n(%)	Sonrası n(%)
1)	İdrar kaçırmak yaşlandıkça herkeste olur, bu nedenle normaldir.	37 (%74)	14 (%28)
2)	Yalnızca doğum yapmış kadınlar idrar kaçırır.	27 (%54)	6 (%12)
3)	İdrar kaçırma kaderdir, yapacak bir şey yoktur.	34 (%68)	7 (%14)
4)	Sıvı alımını azaltmak idrar kaçırmayı önler.	21 (%42)	9 (%18)
5)	Pelvik kas egzersizlerinin hiçbir etkisi yoktur.	18 (%36)	5 (%10)
6)	İdrar kaçırma tedavisi sadece ameliyatla mümkündür.	23 (%46)	5 (%10)
7)	Gülünce ya da hapşırınca idrar kaçırmak hastalık değil, normal bir şeydir.	26 (%52)	4 (%8)
8)	İdrar kaçırma utanılacak bir durumdur, kimseyle paylaşılmamalıdır.	19 (%38)	3 (%6)
9)	Sadece ileri yaşlı kadınlar bu problemi yaşar.	20 (%40)	5 (%10)
10)	İdrar kaçıran kadınlar asla tamamen iyileşemez.	22 (%44)	6 (%12)

Sonuç: Yapay zekâ ile geliştirilen kısa video içeriği, kadınlarda üriner inkontinansa ilişkin yaygın yanlış inanışların azaltılmasında etkili bulunmuştur. Bilginin sade, görsel destekli ve anlaşılır biçimde sunulması, eğitim ve sağlık okuryazarlığı düzeyi görece düşük bireylerde dahi olumlu sonuçlar vermiştir. Bu yaklaşım; ekonomik, uygulanabilir ve farklı sosyokültürel profillere uyarlanabilir nitelikte, geliştirilebilir bir hasta eğitimi aracı olarak değerlendirilmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-010

TOT Cerrahisi Sonrası Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Makine Öğrenimi İle Değerlendirilmesi

Sedat Çakmak[1], Ufuk Çağlar[1], Feyzi Sinan Erdal[1]

Sedat Çakmak / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Stres üriner inkontinans (SUI), kadınlarda sık görülen bir sağlık sorunudur ve genellikle orta üretral sling prosedürleri ile tedavi edilir. Transobturator bant (TOT) tekniği, minimal invaziv olması nedeniyle yaygın olarak tercih edilmektedir. Ancak, cerrahi başarı oranları hasta özelliklerine ve perioperatif faktörlere bağlı olarak değişebilir. Son yıllarda, cerrahi sonuçların tahminini iyileştirmek için istatistiksel ve makine öğrenimi yöntemleri giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Materyal ve metot: Kliniğimizde kadın SUI nedeniyle TOT ameliyatı geçiren toplam 180 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar başarılı (n=152) ve başarısız (n=28) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik ve klinik parametreler gruplar arasında karşılaştırıldı. Başarı, negatif stres testi, negatif 1 saatlik ped testi ve yeniden tedavi gerekmemesi şeklinde tanımlanmıştır. Makine öğrenme (ML) modelleme ve performans değerlendirmesi Python 3.9 kullanılarak gerçekleştirildi. Üç denetimli ML algoritması kullanıldı: Random forests (RF), Logistic regressions (LR), Neural networks (NN). Veri kümesi rastgele bir eğitim kümesi (%80) ve bir test kümesi olarak ikiye ayrılmıştır. Model karşılaştırmaları için ROC eğrileri oluşturulmuştur.

Bulgular: Daha yüksek yaş (56,1'e karşı 49,3 yıl, p=0,021), artmış BMI (31,4'e karşı 27,1 kg/m^2, p=0,001), menopoz durumu (68% vs. 38%, p=0.015) ve önceki pelvik cerrahi (35.7% vs. 13.1%, p=0.001) cerrahi başarısızlıkla anlamlı bir şekilde ilişkiliydi. ROC analizi, RF'nin en iyi tahmin performansını (AUC=0,92) elde ettiğini, bunu NN (AUC=0,88) ve LR (AUC=0,82) izlediğini gösterdi.

TOT operasyonu sonrası cerrahi başarıya etki eden faktörlerin karşılaştırılması

	Başarılı (n = 152)	Başarısız (n = 28)	P değeri
Yaş *	49.3 ± 8.7	56.1 ± 7.9	**0.021**
Vücut kitle indeksi *	27.1 ± 3.8	31.4 ± 4.1	**0.001**
Parite, n (%) < 2 > 2	 63 (41%) 89 (59%)	 8 (28.6%) 20 (71.4%)	 0.200
Menopoz durumu, n (%)	58 (38%)	19 (68%)	**0.015**
Sigara kullanımı, n (%)	35 (23%)	10 (36%)	0.192
Geçirilmiş pelvik cerrahi, n (%)	20 (13.1%)	10 (35.7%)	**0.001**
Eş zamanlı POP onarımı, n (%)	19 (12%)	7 (25%)	0.110

*: ortalama ± standart sapma, POP: pelvik organ prolapsusu

Sonuç: TOT ameliyatı, kadınlarda SUI için etkili bir tedavi yöntemidir, ancak yaş, BMI, menopoz durumu ve önceki pelvik ameliyatlar gibi hasta ile ilgili faktörler ameliyat sonuçlarını önemli ölçüde etkiler. Makine öğrenimi modelleri, özellikle RF modeli, geleneksel lojistik regresyona kıyasla üstün bir tahmin doğruluğu sağlar ve hasta seçimi ve danışmanlığını optimize etmek için ameliyat öncesi değerlendirmeye entegre edilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-011

Menopozal Dönemde Görülen Üriner İnkontinaslı Hastalarda Pelvik Taban Kas Eğitimi İle Pelvik Taban Kas Eğitimi Ve Gövde Stabilizayon Eğitiminin Karşılaştırılması

Nour Jhar[1], Yalda Rezafar[1], Sedat Çakmak[2], Nilay Arman[3]

Sedat Çakmak / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmanın amacı, menopozal dönemde üriner inkontinansı olan kadınlarda pelvik taban kas eğitimine karşın pelvik taban kas eğitimi ile birlikte uygulanan gövde stabilizasyon egzersiz programının idrar kaçırma sıklığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmekti.

Materyal ve metot: Çalışmaya menopozal dönemde üriner inkontinansı olan 34 kadın dahil edildi. Katılımcılar randomize yöntemle iki gruba ayrıldı: Grup I (pelvik taban kas eğitimi ve gövde stabilizasyon egzersiz programı) ve Grup II (yalnızca pelvik taban kas eğitimi). Her iki gruba da sekiz hafta boyunca, haftada iki gün ve seans başına 40–50 dakika süren egzersiz eğitimi uygulandı. Egzersizlerin bir günü fizyoterapist eşliğinde grup şeklinde hastanede, diğer günü ise fizyoterapistin görüntülü görüşme ile yönlendirmesiyle yapıldı. Egzersiz protokolü; birinci grup için ısınma (5–10 dakika), pelvik taban kas egzersizleri (15–30 dakika) ve soğuma-germe (5–10 dakika), ikinci grup içinse ısınma (5–10 dakika), pelvik taban kas egzersizleri ve core stabilizasyon egzersizleri (15–30 dakika) ve soğuma-germe (5–10 dakika) olmak üzere üç aşamada planlandı. Üriner inkontinansın şiddeti ve sıklığı, Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması – Kısa Form (ICIQ-SF) ile; yaşam kalitesi ise Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ile değerlendirildi. Tüm ölçümler, egzersiz müdahalesi öncesinde ve sekiz haftalık uygulama süreci sonrasında gerçekleştirildi.

Bulgular: Egzersiz uygulaması sonrasında her iki grupta da üriner inkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme saptandı ($p < 0,05$). Ancak Grup I ile Grup II arasında bu parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p > 0,05$).



Sonuç: Menopozal dönemde üriner inkontinans görülen kadınlarda uygulanan pelvik taban kas egzersizleri, gövde stabilizasyon egzersizleriyle kombine edildiğinde, yalnızca pelvik taban kas egzersizlerine kıyasla idrar kaçırma ve yaşam kalitesi üzerinde benzer iyileşmeler sağladı. Gövde stabilizasyon egzersizlerinin pelvik taban kas fonksiyonları üzerindeki etkilerini daha net ortaya koyabilmek için daha uzun süreli ve kapsamlı müdahalelere ihtiyaç vardır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-012

Mesane Çıkım Tıkanıklığı Cerrahisi Öncesi İnvaziv Ürodinamik Çalışmaların Postoperatif Yansımaları

Ersin Köseoğlu[1], Mustafa Müdüroğlu[1], Alper Hatipoğlu[2], Serdar Madendere[3], Ömer Acar[1], Tufan Tarcan[4]

Mustafa Müdüroğlu / Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Amacımız, kılavuz endikasyonları doğrultusunda ameliyat öncesi invaziv ürodinamik çalışma (ÜDS) yapılan, sonrasında mesane çıkım tıkanıklığı (MÇT) cerrahisi uygulanan hastaların, ameliyat sonrası güncel takip sonuçlarını bildirmektir.

Materyal ve metot: 2014–2025 yılları arasında, kılavuzlarda belirtilen endikasyonlarla cerrahi öncesi ICS standartlarına uygun ÜDS yapılan ve sonrasında MÇT'ye yönelik ameliyat edilen erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce MÇT cerrahisi geçirmiş olanlar, pelvik radyoterapi veya cerrahi öyküsü bulunanlar, ICS standartlarına uymayan ÜDS kayıtları ve MÇT ameliyatı sonrası hematüri ya da üretral darlık nedeniyle üretral girişim öyküsü bulunanlar çalışma dışı bırakıldı. Ameliyat öncesinde tüm hastaların prostat hacimleri suprapubik ultrasonografi ile ölçüldü. ÜDS, Aymed marka cihaz kullanılarak ICS standartlarına göre gerçekleştirildi. Dolum sistometrisinde kapasite, duyu, kompliyans, maksimum sistometrik kapasite, bu kapasitedeki detrusor basınçları, detrusor aktivite durumu ve idrar kaçırma olup olmadığı kaydedildi. Basınç-akım çalışması yapılabilen hastalarda maksimum idrar akım hızı, işenen hacim, maksimum akımdaki detrusor basınçları, mesane çıkım obstrüksiyon indeksi (BOOI) ve mesane kontraktilite indeksi (BCI) hesaplandı. Basınç-akım çalışması yapılamayan hastalarda ise işeme denemesinde detrusor kontraksiyonu olup olmadığı kaydedildi. MÇT ameliyatı sonrası kontrollerinde ölçülen işeme sonrası artık idrar hacmi (PMR) kaydedildi. Takip sürecinde hastaların güncel durumları aynı klinisyen tarafından telefon görüşmesi ile değerlendirildi. Bu görüşmede hastalara ICIQ M-LUTS formundaki işeme fazı soruları iletildi. Bu soruların karşılığı olan şikayetlerle ilgili ek bir tedavi ihtiyaçlarının olup olmadığı soruldu. Tedavi başarısı, güncel takibinde boşaltım

fazı şikayetleri nedeniyle ek tedavi (pelvik taban kas egzersizleri, temiz aralıklı kateterizasyon vb) almamış olmak ve PMR'nin 150 ml'den az olması olarak belirlendi.

Bulgular: Toplam 79 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 71 yıl (IQR: 16; 35–92), medyan prostat hacmi 50 ml (IQR: 40; 15–200) ve medyan takip süresi 29 ay (IQR: 27; 1–131) idi. Ondokuz hastada (%24) diyabetes mellitus, 12 hastada (%15,1) takipli nörolojik hastalık mevcuttu. Ameliyat öncesi dönemde 37 hasta (%46,8) üretral sondalı idi. Güncel değerlendirme sonucunda tedavi başarısı %93,6 (n=74) olarak saptandı. Takipte üç hasta temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uygulamakta, iki hasta mesane eğitimi ve pelvik taban kas egzersizleri ile izlenmekte, bir hasta ise daimî sonda ile takip edilmekteydi.Hastaların tedavi başarısının, preoperatif ürodinami bulguları ve ameliyat öncesi üretral sonda varlığı durumlarına göre kıyaslanması Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur.

Tablo 1

Parametre	n	Obstrüktif (%)	MÇT Başarısı	Klinik Notlar
BAÇ yapılabilen	44	%81,8 (36/44)	%95,4 (42/44)	2 hasta TAK kullanıyor
BAÇ yapılamayan	35		%91,4 (32/35)	
• İşeme komutuyla detrusor kontraksiyon izlenen	22		%90,9 (20/22)	2 hasta PTKE
• İşeme komutuyla detrusor kontraksiyonu izlenmeyen	13		%92,3 (12/13)	1 hasta daimî sondalı

Tablo 1. Hastaların preoperatif ürodinami bulguları ve mesane çıkım tıkanıklığı cerrahi tedavi başarıları BAÇ. Basınç-akım çalışması, MÇT. Mesane çıkım tıkanıklığı, TAK. Temiz aralıklı kateterizasyon, PTKE. Pelvik taban kas egzersizleri.

Tablo 2

Parametre	Ameliyat öncesi sondalı (n=37)	Ameliyat öncesi sondasız (n=42)
BAÇ yapılan	14	30
• Obstrüktif (BOOI> 40)	%78,5 (11/14)	%83,3 (25/30)
• Tedavi başarısı	%92,8 (13/14)	%96,6 (29/30)
BAÇ yapılamayan	23	12
• İşeme komutuyla kontraksiyon izlenen	15	7
• Tedavi başarısı	%100	%71,4 (5/7)
• İşeme komutuyla kontraksiyon izlenmeyen	8	5
• Tedavi başarısı	%87,5 (7/8)	%100
Tedavi başarısı (n, %)	%94,5 (35/37)	%92,8 (39/42)

Tablo 2. Hastaların ameliyat öncesi üretral sonda varlığı durumlarına göre güncel takiplerindeki semptom düzeylerinin kıyaslanması BAÇ. Basınç-akım çalışması, BOOI. Uluslararası Kontinans Derneği mesane çıkım tıkanıklığı indeksi

Sonuç: Bulgularımıza göre, basınç-akım çalışması yapılabilen ve obstrüksiyon saptanan hastalarda tedavi etkinliği daha yüksektir. Buna karşılık, basınç-akım çalışması yapılamayanda cerrahi başarısını öngörmek için yeterli ürodinamik değerlendirme ölçeği bulunmamaktadır. Bu hastalarda, hastaların cerrahi öncesi iyi bilgilendirilmesinin önemi ön plana çıkmaktadır. Çalışmamız, bu hasta grubuna ait nispeten uzun dönem fonksiyonel sonuçları yansıtması açısından değerli bir katkı sunmaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-013

Pelvik Organ Prolapsusu Tedavisinde Uygulanan Sakrokolpo(histero)peksi (Açık/Robotik/Laparoskopik) ve Sakrospinöz Fiksasyon Tekniklerinin Karşılaştırılması: Kontinans Derneği Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu Çok Merkezli Çalışması

Murat Can Karaburun[1], Alkan Çubuk[2], Murat Yavuz Koparal[3], İlker Şen[3], Eyüp Burak Sancak[4], Murat Uçar[5], Aykut Başer[6], Ömer Gülpınar[7]

Murat Can Karaburun / Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Pelvik organ prolapsusu(POP) tedavisi semptomlara, etkilenen kompartmana ve derecesine, eşlik eden semptomlara ve hasta genel sağlık durumuna göre belirlenir. Günümüzde POP cerrahi tedavisinde açık, robot yardımlı ya da laparoskopik teknikle uygulanan sakrokolpo(histero)peksi(SK) operasyonları ile sakrospinöz fiksasyon(SSF) operasyonu yüksek başarı oranları ile uygulanmaktadır. Bu çalışmada, bahsedilen yöntemlerin başarı ve perioperatif sonuçlar açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Bu çalışma "Kontinans Derneği Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu" bünyesinde planlanmış ve yürütülmüştür. Etik kurul onayınının alınmasının ardından, 2014-2025 yılları arasında 6 farklı merkezde POP nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Açık, robotik, laparoskopik SK ve SSF uygulanan 303 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu 4 grup başarı, komplikasyonlar ve perioperatif sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki nominal değişkenleri karşılaştırmak için Ki-Kare ve Kruskall-Wallis testleri kullanıldı. Yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ)'ye göre subgrup analizleri Fisher-exact test kullanılarak yapıldı. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Tüm analizler SPSS-26.0 kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Toplamda 96 hastaya açık, 81 hastaya robotik, 51 hastaya laparoskopik SK ve 75 hastaya SSF uygulandı. Yaş, VKİ, ASA-skoru, parite, semptom süresi, geçirilmiş histerektomi ve geçirilmiş orta üretra askı cerrahisi öyküsü açısından gruplar arasında fark saptandı(Tablo-1,$p < 0.05$). Ek hastalıklar, sigara kullanımı ve geçirilmiş POP

cerrahisi öyküsü açısından gruplar arasında fark saptanmadı(Tablo-1,p > 0.05). Eşlik eden stres tipte idrar kaçırma açık SK grubunda daha fazla saptanırken, eşzamanlı orta üretra askı cerrahisi oranları benzerdi(Tablo-1). Operasyon süresi ve hastanede kalış süresi laparoskopik SK ve SSF gruplarında daha kısa bulundu(Tablo-1). Açık, robotik, laparoskopik SK ve SSF gruplarında başarı oranları sırasıyla 91.7%, 92.6%, 88.2% ve 93.3% olarak saptandı(Tablo-1,p=0.763). Median takip süresi gruplar için sırasıyla 12, 9, 6 ve 6 ay idi(Tablo-1). SSF grubunda daha yüksek oranda de-novo sıkışma tipi inkontinans saptandı(Tablo-1). Tahmini kan kaybı miktarı laparoskopik-SK ve SSF gruplarında daha az saptandı(Tablo-2). Clavien-Dindo Grade-1,2,3 advers olaylar açısından fark saptanmadı(Tablo-2). Hiçbir grupta Clavien-Dindo grade 4-5 olay görülmedi. Uterus varlığı ve meş fiksasyon yerine göre yapılan subgrup analizlerinde; başarı açısından hem sakrohisteropeksi grubunda hem de sakrokolpopeksi grubunda açık, robotik ya da laparoskopik yöntemler arasında fark saptanmadı. Yaşa göre(< 65 vs ≥65) ve VKİ'ye göre (< 30 vs ≥30) yapılan subgrup analizlerinde de gruplar arasında başarı açısından fark saptanmadı(Tablo-3).

Tablo-1

Tablo-1: Demografik ve perioperatif özellikler

	Açık Sakrokolpo (histero)peksi N:96 (31.7%)	Robotik sakrokolpo (histero)peksi N:81 (26.7%)	Laporoskopik Sakrokolpo (histero)peksi N:51 (16.8%)	Sakrospinöz Fiksasyon N:75 (24.7%)	P value
Yaş median IQR	66 (61-73)	68 (62.5-74)	60 (50-68)	61 (54-66)	<0.001*
VKİ median IQR,	28 (26-31)	28 (26-30.5)	25 (24-30)	29 (26-31)	0.012*
ASA skoru, n (%)					
• ASA-1	45 (46.9%)	35 (43.2%)	11 (21.6%)	19 (25.3%)	<0.001**
• ASA-2	42 (43.8%)	40 (49.4%)	29 (56.8%)	31 (41.4%)	
• ASA-3	9 (9.9%)	6 (7.4%)	11 (21.6%)	21 (28%)	
• ASA-4	0	0	0	4 (5.3%)	
Diyabetes Mellitus, n (%)	27 (28.1%)	22 (27.2%)	8 (15.7%)	14 (18.7%)	0.419**
Obstrüktif AC Hastalığı, n (%)	19 (19.8%)	9 (11.1%)	5 (9.8%)	13 (17.3)	0.367**
Kardiyovasküler Hastalık, n (%)	14 (14.6%)	16 (19.8%)	7 (13.7%)	13 (17.3%)	0.769**
Hipertansiyon, n (%)	41 (42.7%)	44 (54.3%)	21 (41.2%)	35 (46.7%)	0.776**
Sigara kullanımı, n (%)					
• Hiç içmemiş	77 (80.2%)	65 (80.2%)	43 (84.3%)	62 (82.7%)	0.241**
• Bırakmış	5 (5.2%)	7 (8.6%)	4 (7.8%)	11 (14.7%)	
• Aktif içiyor	6 (6.3%)	5 (6.2%)	2 (3.9%)	1 (1.3%)	
• NA	8 (8.3%)	4 (4.9%)	2 (3.9%)	1 (1.3%)	
Parite, median IQR	3 (2-4)	2 (2-3)	3 (2-3)	3 (2-3)	0.034*
Semptom süresi; ay, median IQR	24 (10.5-45)	35 (12-65)	24 (15-36)	24 (12-36)	0.024*
Geçirilmiş Histerektomi, n (%)	31 (32.3%)	25 (30.9%)	9 (17.6%)	42 (56%)	0.001**
Geçirilmiş MUS, n (%)	12 (12.5%)	3 (3.7%)	4 (7.8%)	18 (24%)	0.001**
Geçirilmiş POP cerrahisi, n (%)	17 (17.7%)	17 (21%)	9 (17.6%)	22 (29.3%)	0.260**
Baden-Walker Anterior Grade≥ 2, n (%)	88 (91.7%)	70 (86.4%)	47 (92.6%)	68 (90.7%)	<0.001**
Baden-Walker Apical Grade≥ 2, n (%)	66 (68.7%)	59 (72.8%)	51 (100%)	74 (98.7%)	<0.001**
Baden-Walker Posterior Grade≥ 2, n (%)	21 (21.9%)	11 (13.6%)	38 (74.5%)	48 (64%)	<0.001**
Eşlik Eden STİK, n (%)	47 (49%)	23 (28.7%)	17 (33.3%)	15 (20%)	0.001**
Eşzamanlı MUS, n (%)	7 (7.3%)	13 (16%)	11 (21.6%)	11 (14.7%)	0.095**
Eş zamanlı Histerektomi, n (%)	6 (6.3%)	3 (3.7%)	32 (62.7%)	22 (29.3%)	<0.001**
Operasyon süresi (dakika), median IQR	150 (120-177)	120 (100-130)	90 (60-120)	90 (60-100)	<0.001*
Hastanede kalış süresi (gün), median IQR	4 (2-5)	3 (2-5)	2 (2-2)	2 (1-2)	<0.001*
Başarı, n (%)	88 (91.7%)	75 (92.6%)	45 (88.2%)	70 (93.3%)	0.763**
De Novo İnkontinans, n(%)					
• Yok	92 (95.8%)	77 (95.1%)	49 (96.2%)	65 (86.7%)	0.006**
• Stres	4 (4.2%)	3 (3.7%)	1 (1.9%)	1 (1.3%)	
• Sıkışma	0	1 (1.2%)	1 (1.9%)	9 (12%)	
Takip süresi (ay) median IQR	12 (9-15)	9 (6-12)	6 (3-8)	6 (6-6)	<0.001*

Tablo-2

Tablo-2. Komplikasyonlar

	Açık Sakrokolpo (histero)peksi N:96 (31.7%)	Robotik sakrokolpo (histero)peksi N:81 (26.7%)	Laporoskopik Sakrokolpo (histero)peksi N:51 (16.8%)	Sakrospinöz Fiksasyon N:75(24.7%)	P value
Tahmini kan kaybı (ml), median IQR	130 (100-160)	120 (100-130)	50 (50-100)	50 (50-100)	<0.001*
Clavien Dindo Grade-1, n (%)					
• **Morfin gerektiren ağrı**	3 (3.1%)	3 (3.7%)	1 (1.9%)	6 (8%)	0.350**
• **Ateş**	2 (2.1%)	0	1 (1.9%)	0	
Clavien Dindo Grade-2, n (%)					
• **İntraop kan transfüzyonu**	0	1 (1.2%)	0	1 (1.3%)	0.887**
• **Postop kan transfüzyonu**	1 (1.1%)	1 (1.2%)	1 (1.9%)	2 (2.6%)	
• **Üriner sistem enfeksiyonu**	0	1 (1.2%)	1 (1.9%)	1 (1.3%)	
Clavien Dindo Grade-3, n (%)					
• **Mesane yaralanması**	2 (2.1%)	0	1 (1.9%)	1 (1.3%)	0.169**
• **Barsak/rektal yaralanma**	0	0	1 (1.9%)	2 (2.6%)	
• **Meş komplikasyonları**	0	2 (2.5%)	0	0	
• **Üreteral yaralanma**	0	0	1 (1.9%)	0	

*kruskal wallis **chi-square

Tablo-3

Tablo-3. Subgrup analizleri

Sakrohisteropeksi	Açık Sakrohisteropeksi N:59	Robotik sakrohisteropeksi N:53	Laporoskopik Sakrohisteropeksi N:22	P value
Op süresi (dakika), median IQR	150 (130-180)	120 (100-130)	120 (120-225)	<0.001*
Yatış süresi (gün), median IQR	4 (3-5)	3 (2-4)	2 (2-6)	0.054*
Başarı, n (%)	55 (93.2%)	49 (92.4%)	21 (95.4%)	0.894**
Takip süresi (ay) median IQR	12 (8.5-15)	9 (6-12)	6 (3-18)	0.029*
Sacrocolpopexy	Açık Sakrokolpopeksi N:37 (%)	Robotik sakrokolpopeksi N:28 (%)	Laporoskopik Sakrokolpopeksi N:29 (%)	P value
Op süresi (dakika), median IQR	140 (120-165)	120 (100-150)	60 (60-95)	<0.001*
Yatış süresi (gün), median IQR	3 (2-5)	4 (2-4.5)	2 (1-2)	0.008*
Başarı, n (%)	33 (89.2%)	26 (92.8%)	24 (82.7%)	0.484**
Takip süresi (ay) median IQR	12 (9-15)	7 (3-12)	6 (3-6)	<0.001*

Yaşa ve BMI'a göre	Açık Sakrokolpo (histero)peksi N:96 (31.7%)	Robotik sakrokolpo (histero)peksi N:81 (26.7%)	Laporoskopik Sakrokolpo (histero)peksi N:51 (16.8%)	Sakrospinöz Fiksasyon N:75(24.7%)	P value
Başarı, Toplam; n (%)	*88 (91.7%)*	*75 (92.6%)*	*45 (88.2%)*	*70 (93.3%)*	*0.763***
<65 yaş (n=150)	*34/38 (89.5%)*	*26/27 (96.3%)*	*31/36 (86.1%)*	*45/49 (91.8%)*	*0.565***
≥65 yaş (n=153)	*54/58 (93.1%)*	*49/54 (90.7%)*	*14/15 (93.3%)*	*25/26 (96.1%)*	*0.85***
VKİ <30 (n=186)	*57/61 (93.4%)*	*47/51 (92.2%)*	*30/34 (88.2%)*	*36/40 (90%)*	*0.827***
VKİ ≥30 (n=117)	*31/35 (88.6%)*	*28/30 (93.3%)*	*15/17 (88.2%)*	*34/35 (97.1)*	*0.516***

*kruskal wallis **chi-square

Yaş ilişkili başarı (grup içinde)	*≤ 65 years (n=150)*	*≥ 65 years (n=153)*	P value
Açık Sakrokolpo (histero)peksi n:96 (31.7%)	*34/38 (89.5%)*	*54/58 (93.1%)*	0.393*
Robotik sakrokolpo (histero)peksi n:81 (26.7%)	*26/27 (96.3%)*	*49/54 (90.7%)*	0.343*
Lap. Sakrokolpo (histero)peksi n:51 (16.8%)	*31/36 (86.1%)*	*14/15 (93.3%)*	0.422*
Sakrospinöz Fiksasyon n:75(24.7%)	*45/49 (91.8%)*	*25/26 (96.1%)*	0.43*
BMI ilişkili başarı (grup içinde)	*BMI <30 (n=186)*	*BMI ≥30 (n=117)*	P value
Açık Sakrokolpo (histero)peksi n:96 (31.7%)	*57/61 (93.4%)*	*31/35 (88.6%)*	0.32*
Robotik sakrokolpo (histero)peksi n:81 (26.7%)	*47/51 (92.2%)*	*28/30 (93.3%)*	0.608*
Lap. Sakrokolpo (histero)peksi n:51 (16.8%)	*30/34 (88.2%)*	*15/17 (88.2%)*	0.663*
Sakrospinöz Fiksasyon n:75(24.7%)	*36/40 (90%)*	*34/35 (97.1%)*	0.223*

*Fisher exact test



Sonuç: POP cerrahi tedavisinde uygulanan açık, robotik, laparoskopik sakrokolpo(histero)peksi ve sakrospinöz fiksasyon cerrahileri karşılaştırılabilir başarı oranlarına sahiptir. Uygulanacak yöntemin seçiminde komplikasyon oranları, operasyon ve hastanede yatış süreleri, tahmini kan kaybı miktarları, de-novo inkontinans oranları dikkate alınmalı, cerrahın tecrübesi göz önünde bulundurulmalı ve vaka özelinde karar verilmelidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-014

İnkontinans Ve Toplumsal Algı: Farkındalık, Tıbbi Yardım Arayışı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Anket Analizi

Kader Ada Doğan[1], Ceyhun Özdemiroğlu[1], Ahmet Özgür Güçtaş[1], Tufan Tarcan[1]

Kader Ada Doğan / Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Üriner inkontinans (Üİ), istemsiz idrar kaçırma ile tanımlanan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir. ICS tanımına göre herhangi bir istemsiz idrar kaçırma durumu olarak kabul edilen Üİ, özellikle yaşlılarda sık görülse de genç erişkinlerde de önemli morbidite nedenidir. Hastaların büyük kısmı şikâyetlerini dile getirmediği için gerçek prevalans olduğundan düşük bildirilmektedir. Kadınlarda üretral anatomi, gebelik, doğum, obezite, menopoz, yaş, düşük eğitim düzeyi; erkeklerde ise prostat cerrahisi sonrası sfinkter yetersizliği başlıca risk faktörleridir. Literatürde kadınlarda prevalans %10–65, erkeklerde bunun yarısı kadar bildirilmektedir. Üİ'nin yaygınlığına rağmen doktora başvuru oranı düşük kalmakta; utanma, damgalanma, yaşlanmanın doğal sonucu sanma gibi nedenler öne çıkmaktadır. Bu çalışma, kadınlarda üriner inkontinans farkındalığını, tıbbi yardım arayışını ve yaşam kalitesi etkilerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Materyal ve metot: Kesitsel tasarlanan çalışma Haziran–Temmuz 2025'te Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmaya 22–82 yaş arası, ortanca yaşı 48 olan 110 kadın katıldı. Ürologlarca hazırlanan 24 soruluk anket demografik bilgiler, inkontinans özellikleri, başvuru durumları, tedavi ve yaşam kalitesi etkilerini sorguladı. Anketler yüz yüze uygulandı, veriler anonim kaydedildi.

Bulgular: Katılımcıların %31,8'i stres tip, %31,8'i sıkışma tip, %36,4'ü karışık tip idrar kaçırma bildirdi. Katılımcıların %60,0'ı inkontinansı tedavi edilmesi gereken bir hastalık, %17,3'ü yaşlanma belirtisi, %16,4'ü doğum sonrası olağan durum olarak değerlendirdi. Eğitim düzeyi arttıkça sorunun hastalık olarak görülme eğilimi anlamlı şekilde yükseldi (p=0,008). Gelir düzeyi ile algı arasında da ilişki vardı; düşük gelir grubunda durum normal kabul edilirken (%36,4), gelir yükseldikçe hastalık olarak algılama oranı arttı (p=0,014). Şehirde yaşayanların %69,7'si inkontinansı hastalık

olarak görürken, köyde yaşayanların %60,0'ı normal bir durum olarak değerlendirdi ($p < 0,001$).İnkontinansın günlük yaşama en sık etkisi hijyen sorunlarıydı (%80,0). Bunun yanında %50,0 ibadetlerinde, %39,1 sosyal ve psikolojik yaşamında, %29,1 iş yaşamında, %26,4 cinsel yaşamında sorun bildirdi. Katılımcıların yalnızca %42,7'si doktora başvurmuş, %57,3'ü başvurmamıştır. Başvurmama nedenleri arasında normal kabul etme (%39,4) ve utanma (%31,8) öne çıktı. Tedavi alanların oranı %43,6 idi; en sık ilaç (%75,0), ardından konservatif yöntemler (%31,3) ve cerrahi (%18,8) uygulandı. Tedavi alanların %75,1'i en az kısmen fayda gördüğünü belirtti.

Sonuç: Üriner inkontinans kadınlarda yaygın, yaşam kalitesini özellikle hijyen ve ibadet alanlarında bozan önemli bir sağlık sorunudur. Ancak toplumda kısmen normalleştirilmekte, utanma ve farkındalık eksikliği nedeniyle doktora başvuru düşük kalmaktadır. Eğitim, gelir ve yaşam yeri arttıkça sorunun hastalık olarak görülme eğilimi yükselmektedir. Bulgular, inkontinansın yalnızca tıbbi değil, sosyal ve kültürel boyutlarıyla da ele alınması ve toplumda farkındalık çalışmalarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-015

Kadında Stres Tipi İdrar Kaçırma Tedavisinde Transobturator Midüretral Askı Prosedürünün Uzun Dönem Sonuçları: Aynı Cerrah, Aynı Materyal ve Standardize Cerrahi Teknik

Ersin Köseoğlu[1], Kayhan Tarım[1], Mustafa Müdüroğlu[1], Ömer Acar[1], Tufan Tarcan[2]

Mustafa Müdüroğlu / Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

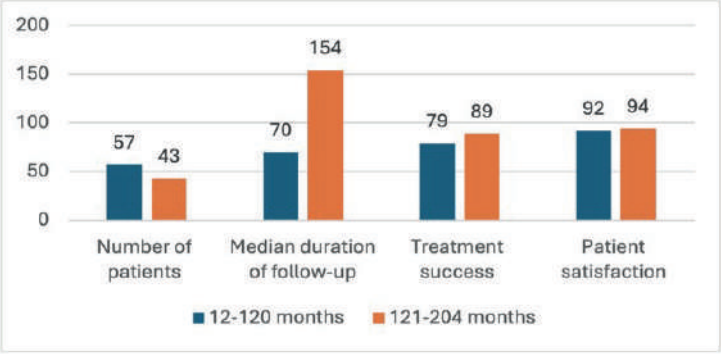
Giriş: Tek cerrah tarafından, aynı materyal ile standart cerrahi teknik kullanılarak gerçekleştirilen transobturator midüretral askı (TO-MUS) uygulamasının, kadında stres tipi idrar kaçırma (STİK) tedavisindeki uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi

Materyal ve metot: 2006–2023 arasında aynı cerrah (TT) tarafından, aynı teknik ve aynı materyal (Boston Scientific Obtryx II Transobturator Mid-urethral Sling System®) kullanılarak birincil veya ikincil tedavi amacıyla TOT operasyonu uygulanan ve en az 12 ay takip edilen kadın hastaların demografik ve klinik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara ameliyat öncesinde ICS standart öksürük stres testi (ICS-CST) ve invaziv ürodinamik çalışma (ÜDS) yapıldı. Hastaların güncel ürolojik durumları telefon görüşmesi aracılığıyla sorgulandı. Tüm görüşmeler aynı ürolog tarafından gerçekleştirildi. Telefonla ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.Tedavi başarısı; ped kullanmamak ve ICIQ-SF'nin 6. sorusunda STİK olmadığını bildirmek şeklinde tanımlandı. Hasta memnuniyeti ise mevcut idrar kaçırma durumunu "Düzeldi" olarak belirtmek ve "Benzer şikayetleri olan bir arkadaşınıza bu operasyonu önerir misiniz?" sorusuna "Evet" yanıtını vermek olarak kabul edildi. TO-MUS'a bağlı komplikasyonlar nedeniyle uygulanan girişimlere ilişkin veriler kaydedildi. Ayrıca ameliyat sonrası ortaya çıkan yeni semptomlar da kayıt altına alındı. Tedavi başarısı ve hasta memnuniyeti oranları, takip süresi on yılın altında olanlar ile on yılın üzerinde olan hastalar arasında karşılaştırılmıştır. Grup I, takip süresi 12 ila 120 ay arasında değişen hastalardan oluşurken, Grup II, takip süresi 121 ay ve üzerinde olan hastaları kapsamaktadır.

Bulgular: Medyan takip süresi 125 ay (12–204) olan toplam 42 kadın hasta

çalışmaya dahil edildi. Grup I'in (n=57) medyan takip süresi 69,5 ay iken, Grup II'nin (n=43) medyan takip süresi 154 ay olarak bulunmuştur. Hastaların %92,9'unda TO-MUS, birincil cerrahi girişim olarak uygulandı. Tedavi başarı oranı %83,3, hasta memnuniyet oranı ise %92,8 olarak saptandı. Takip süresince meş ile ilişkili herhangi bir komplikasyon (erozyon vb.) gözlenmedi. Hastaların %16,6'sında yeni başlayan ani sıkışma hissi, 1 hastada işeme güçlüğü gelişti. Üç hastada (%7,1) tekrar girişim gerekti. Bir hastaya kalça ağrısı, 1 hastaya işeme güçlüğü nedeniyle tape-cut uygulandı. Bir hastaya da TO-MUS sonrası devam eden STİK nedeniyle tekrar TO-MUS uygulandı. Bu hastaların takibinde ek bir sorun yaşanmadı. Şekil 1'de gruplara ait kıyaslanma sunulmuştur. Gruplar arasında tedavi başarı ve hasta tatmini açısından farklılık saptanmadı.

Şekil 1



Şekil 1. Hasta sayısı (%), medyan takip süresi (ay), takip süresine göre tedavi başarısı ve hasta memnuniyeti oranları. TOT: Transobturator tape

Sonuç: Çalışmamız, yayınlanmış tek cerrah, tek materyal ve standardize TO-MUS vaka serileri arasında 10 yıldan uzun süreli takip verileri içeren nadir çalışmalardan biri olarak literatüre katkı sunmaktadır. Elde edilen yüksek uzun dönemli tedavi başarısı ve hasta memnuniyeti ile düşük komplikasyon ve re-operasyon oranları, TO-MUS prosedürünün; dikkatli seçilmiş hastalarda, deneyimli cerrahlar tarafından standart teknik ve cerrahi materyaller kullanılarak uygulandığında dayanıklı ve güvenli bir yöntem olduğunu desteklemektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003

9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya



Yayın No: S-016

Dolum Sistometrisi ve Basınç Akım Çalışması Parametrelerinin Gözlemciler Arası Tutarlılığı

Yunus Emre Genç[1], Faruk Arslan[1], Onur Can Özkan[2], Osman Akyüz[3], Ahmet Özgür Güçtaş[1], Çağrı Akın Şekerci[2], Selçuk Yücel[2], Kamil Çam[1], Tufan Tarcan[4]

Onur Can Özkan / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

Giriş: Ürodinamik incelemelerin gözlemciler arası tutarlılık düzeylerinin düşük olduğu, yorumlamaların standardizasyon çalışmaları ve basınç akım çalışmalarında valide edilen çeşitli nomogramlara rağmen yüksek oranda farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle tersiyer merkezler, kendi imkanları doğrultusunda, 2016 International Continence Society (ICS) iyi ürodinami pratiği ve terminolojisini standartlarına uygun şekilde hasta bazında değerlendirme yapmaktadır. Literatürde non-nörojenik alt üriner sistem fonksiyon bozukluğunda dolum ve boşaltım fazı parametrelerinin gözlemciler arasında tutarlılığını sistematik olarak değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile bir referans merkezde görev yapan ürologların ürodinamik parametrelerinin gözlemciler arasında tutarlılığı değerlendirilerek literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 2020-2025 yılları arasında merkezimizde havalı sistem ürodinami ünitesi ile dolum sistometrisi ve basınç akım çalışması yapılan, non-nörojenik alt üriner sistem fonksiyon bozukluğu olan erişkin hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. 2016 ICS iyi ürodinami pratiği ve terminoloji rehberine uygun olmayan ve tam verilerine ulaşılamayan incelemeler çalışma dışı bırakıldı. Dolum sistometrisinde detrusor aşırı aktivitesi (DAA) varlığı ve tipi ile birlikte kompliyans durumları; basınç akım çalışmasında ise obstrüksiyon varlığı ve kontraktilite durumları, toplamda 2 merkezde görev yapan 2 pediatrik ürolog, 2 nöroüroloji konusunda tecrübeli ürolog ve 2 üroloji uzmanı tarafından bağımsız olarak değerlendirildi. Gözlemciler arası tutarlık, SPSS programı kullanılarak Fleiss'ın Kappa Testi ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmamıza ortanca yaşı 56 (21-84) olan 99 kadın (%66), 51 erkekten (%34) oluşan toplamda 150 hastanın verileri değerlendirmeye alındı. Bu hastaların 72'sinde konservatif ve medikal tedaviye dirençli dolum fazı (%48), 78'inde ise konservatif ve medikal tedaviye dirençli işeme fazı semptomları (%52) nedeniyle invaziv ürodinamik inceleme endikasyonu konulmuştu. Altı gözlemci arasında dolum sistometrisi parametrelerinden DAA için kappa değeri 0,580 (orta uyum) ve kompliyans için 0,490 (orta uyum); boşaltım fazı parametrelerinden obstrüksiyon varlığı için kappa değeri 0,624 (iyi derecede uyum) ve kontraktilite için 0,385 (hafif uyum) olarak saptandı (Şekil 1).

Dolum sistometrisi ve basınç akım çalışmaları parametrelerinin gözlemciler arası tutarlılıkları

Tüm hastalar (n=150)	Dolum fazı parametreleri					Boşaltım fazı parametreleri			
	Detrusor aşırı aktivitesi (DAA)			Kompliyans		Obstrüksiyon		Kontraktilite	
	DAA yok	Fazik DAA	Non-fazik DAA	Normokompliyan	Hipokompliyan	Obstrüksiyon yok	Obstrüksiyon var	Normal detrusor aktivitesi	Zayıf detrusor aktivitesi
Gözlemci-1 (n, %)	102 (%68)	33 (%22)	13 (%10)	128 (%85)	22 (%15)	118 (%79)	32 (%21)	90 (%60)	59 (%39)
Gözlemci-2 (n, %)	109 (%73)	23 (%15)	18 (%12)	103 (%69)	46 (%31)	81 (%55)	68 (%45)	135 (%90)	14 (%10)
Gözlemci-3 (n, %)	89 (%60)	51 (%34)	9 (%6)	107 (%72)	42 (%28)	101 (%68)	48 (%33)	132 (%88)	17 (%12)
Gözlemci-4 (n, %)	111 (%74)	35 (%24)	3 (%2)	135 (%90)	14 (%10)	117 (%78)	33 (%22)	98 (%65)	52 (%35)
Gözlemci-5 (n, %)	99 (%66)	50 (%33)	1 (%1)	105 (%70)	45 (%30)	103 (%69)	47 (%31)	104 (%69)	46 (%31)
Gözlemci-6 (n, %)	109 (%72)	32 (%22)	9 (%6)	120 (%80)	30 (%20)	101 (%67)	49 (%33)	100 (%67)	50 (%33)
Kappa skoru	0,580			0,490		0,624		0,385	
Uyumluluk düzeyi	Orta			Orta		İyi		Hafif	

Dolum sistometrisi ve basınç akım çalışmaları parametrelerinin gözlemciler arası tutarlılıkları



Sonuç: Bu çalışma, non-nörojenik erişkin hasta grubunda ürodinamik incelemelerin yorumlanması aşamasında gözlemciler arası tutarlılığın dolum fazı parametrelerinde orta, boşaltım fazı obstrüksiyon parametresinde ise hafif ve iyi seviyelerde olduğunu göstermektedir. Alanda tecrübe düzeyi yüksek gözlemciler arasında uyum oranlarının arttığı göz önünde bulundurulduğunda ürodinami değerlendirme ve yorumlamada standardizasyonu artıracak, klinik karar süreçlerini destekleyecek nomogram veya yapay zeka destekli sistemlerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada ürodinamik incelemeler işlem sırasında değerlendirilmemiş olup; ürodinamik yorumlamaların gerçek zamanlı olarak işlem sırasında yapılmasının uyum oranlarını arttırabileceği düşünülmektedir. Çok merkezli ve farklı tecrübe seviyelerindeki gözlemciler içeren prospektif çalışmalar ile bu bulguların genellenebilirliği desteklenmelidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-017

Başarısız İdrar Kaçırma Cerrahisi Sonrası Uygulanan Gerilimli ve Gerilimsiz Askı Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Kontinans Derneği Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu Çalışması

Murat Yavuz Koparal[1], Murat Can Karaburun[2], Ömer Gülpınar[2], Cüneyd Özkürkçügil[3], Murat Uçar[4], Süleyman Öner[5], Aydın Yenilmez[5], Alkan Çubuk[6], Eyüp Burak Sancak[7], İlker Şen[1]

Murat Yavuz Koparal / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Bu çalışmanın amacı, başarısız idrar kaçırma cerrahisi öyküsü bulunan ve sonrasında stres tipi idrar kaçırma (StİK) nedeniyle yeniden opere edilen hastalarda, gerilimsiz sentetik askı operasyonları ile gerilimli otolog askı operasyonlarının postoperatif sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Materyal ve metot: Bu çalışma, Kontinans Derneği Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu bünyesinde planlanmış ve yürütülmüştür. Kontinans Derneği İdrar Kaçırma Cerrahisi Veritabanında, en az iki inkontinans cerrahisi öyküsü bulunan 58 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Bu hastalardan sentetik transobturator orta üretra askı (TO- OÜA), sentetik retropubik orta üretra askı (RP-OÜA)veya otolog pubovajinal askı (PVA) operasyonu uygulanmış 44 hasta analizlere dahil edilmiştir. Cerrahiler istatistiksel karşılaştırmada gerilimli askı (PVA) ve gerilimsiz askı (TO OÜA, RP OÜA) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Fizik muayenede Q-tip testinde 30° ve üzeri değerler üretral hipermobilite olarak kabul edilmiştir. Her iki grup, kuruluk, StİK ve postoperatif Clavien ≥3 komplikasyonlar açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların son cerrahi sonrası ortanca takip süresi 28 ay (6–186 ay) olup, iki cerrahi arasındaki süre ortanca 63 ay (6–216 ay) idi. Başarısız cerrahilerin 39'u sentetik OÜA, 4'ü kolposüspansiyon ve 1'i yer kaplayıcı ajan uygulamasıydı. Hasta karakteristikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 15'inde (%34,1) saf StİK, 29'unda (%65,9) ise karışık tip idrar kaçırma mevcuttu. Sentetik OÜA öyküsü bulunan 39 hastanın 15 (%38.5)'inde meş ilişkili cerrahi öyküsü vardı. Gerilimsiz

grupta meş ile ilişkili komplikasyon cerrahisi oranı %25 iken, gerilimli grupta bu oran %60 idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$). Üretral mobiliteye göre yapılan cerrahiler karşılaştırıldığında, gerilimsiz askı grubunda hipermobilite oranı %75 iken, gerilimli askı grubunda bu oran %31,2 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,005) (Tablo 2). Postoperatif sonuçlar açısından incelendiğinde, hasta kuruluğu ve StİK bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken, postoperatif komplikasyon oranı gerilimli askı grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (%31,3 vs. %3,6; p=0,034) (Tablo 3).

Tablo 1. Hasta karakteristikleri

Yaş (yıl) [ortanca (aralık)]	54 (37-79)
Vücut kitle indeksi (kg/m^2) [ortanca (aralık)]	28.3 (21.2 – 37.4)
İnkontinans tipi [n (%)]	
Saf stres tipi inkontinans	15 (34.1)
Stres baskın karışık tip inkontinans	24 (54.5)
Sıkışma baskın karışık tip inkontinans	3 (6.8)
Eşit tip karışık tip inkontinans	2 (4.5)
Geçirilmiş ürojinekolojik cerrahi öyküsü [n (%)]	
Yok	23 (52.3)
Var	21 (47.7)
Antikolinerjik/mirabegron kullanım öyküsü [n (%)]	
Hayır	31 (70.5)
Evet	13 (29.5)
Meş ilişkili cerrahi öyküsü [n (%)]	
Yok	24 (61.5)
Meş insizyonu	6 (15.5)
Meş eksizyonu	9 (23)

Tablo 2. Üretral mobilite ve uygulanan cerrahi tipleri

Operasyon Tipi	Hipomobil Üretra n(%)	Hipermobil Üretra n(%)	P değeri
Gerilimsiz askı	7 (25)	21 (75)	0.005
Gerilimli askı	11 (68.8)	5 (31.2)	

Tablo 3. Kuruluk, stres tipi idrar kaçırma ve postoperatif komplikasyonlar açısından gerilimli ve gerilimsiz askı operasyonlarının karşılaştırılması

	Kuruluk N (%)			Stres Tipi İdrar Kaçırma N (%)			Postoperatif Komplikasyon N (%)		
	Kuru Hasta	Islak Hasta	P değeri	Var	Yok	P değeri	Yok	Var	P değeri
Gerilimsiz askı	18 (64.3)	10 (35.7)	0.09	1 (3.6)	27 (96.4)	0.99	27 (96.4)	1 (3.6)	0.034
Gerilimli askı	14 (87.5)	2 (12.5)		0 (0)	16 (100)		11 (68.8)	5 (31.3)	

Sonuç: Sonuç olarak, uygun hasta seçiminin yapıldığı olgularda her iki cerrahi yöntemin de karşılaştırılabilir düzeyde yüksek başarı sunduğu; ancak postoperatif komplikasyonların gerilimli otolog askı grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-018

Stres Tipi İdrar Kaçırma Tedavisinde Duloksetin Kullanımının Sürdürülme Oranı ve Tedaviyi Bırakma Nedenleri

kasım ertaş[2], Nedim Bedir[1], recep eryılmaz[1]

Nedim Bedir / Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş tıp Merkezi

Giriş: Stres tipi idrar kaçırma(SUI),öksürme,hapşırma ,veya fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırmadır ve kadınlarda sık rastlanan bir durumdur. SUI,postmenopozal dönemde pelvik taban kaslarının zayıflaması,doğum öyküsü ve yaşlanma gibi etkenlerle ilişkili olarak daha sık görülür.Duloksetin,serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörü(SNRI) sınıfına ait bir ilaçtır.Etkisini pudendal motor nöronlar üzerinden dış üriner sfinkterin aktivitesini artırarak gösterir. Avrupa İlaç Ajansı(EMA),duloksetini SUI tedavisinde onaylamıştır,ancak ABD Gıda ve İlaç Dairesi(FDA) yan etkiler nedeniyle onay vermemiştir.Yapılan çalışmalar duloksetinin idrar kaçırma epizodlarında azalma sağladığını göstermiş olsa da,ilaca bağlı yan etkiler tedavi süresini sınırlayabilmektedir.Bu çalışmada,merkezimizde duloksetin kullanan hastalarda tedavinin devam ettirilebilme oranı ve tedaviyi bırakma nedenleri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Materyal ve metot: Bu retrospektif çalışma,2022–2025 yılları arasında kliniğimizde SUI tanılı hastaları kapsamaktadır.Elektronik hasta kayıt sisteminden duloksetin içeren reçeteleri bulunan hastalar tespit edilmiştir.Kriterler:18 yaş üzeri kadın hastalar,Tanı kodları:N39.3(Stres inkontinans) ve R32(Üriner inkontinans),Tedaviye en az 1 kutu düzeyinde başlanmış hastalar.Toplanan veriler: yaş, cinsiyet, tanı, duloksetin dozu, tedaviye devam süresi, ilacı bırakma durumu ve bırakma nedeni. Veriler SPSS ile analiz edildi.Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ve yüzdelik olarak sunuldu.

Bulgular: Duloksetin 52 hastaya başlangıç dozu ilk iki hafta 2*20 mg,idame dozu iki hafta sonra 2*40mg uygulanmıştır.Çalışmamızda duloksetin tedavisini 34 hasta takiplerinde bıraktı.Hastaların başlıca bırakma nedenleri, en sık gastrointestinal semptomlar olup toplam 8 hastada (%23.5) tespit edilmiştir. Bu grup içerisinde bulantı (n=4),ishal(n=2),kusma(n=1) ve karın ağrısı(n=1) yer

almaktadır.Gastrointestinal nedenleri, baş ağrısı(n=3, %8.8) ile uyku hali ya da uyku bozukluğu(n=3, %8.8) izlemiştir.Diğer sık gözlenen semptomlar arasında ağız kuruluğu(n=2, %5.9), sersemlik(n=2, %5.9), yorgunluk(n=2, %5.9), halsizlik(n=2, %5.9) ve baş dönmesi(n=2, %5.9) bulunmaktaydı.Daha nadir görülen bırakma nedenleri arasında ise çarpıntı, tansiyon düşüklüğü, anksiyete, sinirlilik, dalgınlık, unutkanlık, kas ağrısı, terleme, kaşıntı ve iştahsızlık gibi çeşitli şikayetler yer almakta olup her biri yalnızca bir hastada(%2.9) gözlenmiştir.Bu veriler, duloksetin tedavisinin bazı hastalarda tolere edilemediğini ve çeşitli yan etkiler nedeniyle tedavinin kesildiğini göstermektedir.(tablo 3.1)

. Tedaviyi Bırakma Nedenleri

Bırakma Nedeni	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Gastrointestinal semptomlar (bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı)	8	23.5
Baş ağrısı	3	8.8
Uyku hali / bozukluğu	3	8.8
Ağız kuruluğu	2	5.9
Sersemlik	2	5.9
Yorgunluk	2	5.9
Halsizlik	2	5.9
Baş dönmesi	2	5.9
Çarpıntı	1	2.9
Tansiyon düşüklüğü	1	2.9
Anksiyete	1	2.9
Sinirlilik	1	2.9
Dalgınlık	1	2.9
Unutkanlık	1	2.9
Kas ağrısı	1	2.9
Terleme	1	2.9
Kaşıntı	1	2.9
İştahsızlık	1	2.9

duloksetin tedavisinin bazı hastalarda tolere edilemediğini ve çeşitli yan etkiler nedeniyle tedavinin kesildiğini göstermektedir.(Tedaviyi Bırakma Nedenleri tablo 3.1)

Sonuç: Bu çalışmada,duloksetin kullanan hastaların %65,4'ü ilacı tolere edemeyerek tedaviyi bırakmıştır.Bu oran, literatürde bildirilen %25–68 aralığının üst sınırına yakındır.Duloksetin tedavisinin bırakılma nedenleri arasında en sık bildirilen yan etkiler bulantı,baş dönmesi,uyuklama hali ve ağız kuruluğudur.Bizim çalışmamızda ise bulantı,baş ağrısı ve uyku hali öne çıkan nedenler olmuştur.Bulgular,literatürle büyük ölçüde örtüşmekle birlikte,baş ağrısının göreli sıklığı dikkat çekicidir.Bu durum,hasta profili ya da doz başlangıç stratejileriyle ilişkili olabilir.Duloksetin,stres tipi idrar kaçırmanın farmakolojik tedavisinde etkili olabilir;ancak yan etkiler nedeniyle tedaviyi sürdürme oranı düşüktür.Baş dönmesi,bulantı ve uyku hali gibi yan etkiler tedaviye devamı zorlaştırmaktadır.Bu nedenle:Hastalar tedaviye başlamadan önce olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidir.İlk 2–4 hafta yakın klinik takip önerilmelidir.Alternatif tedavi stratejileri ve egzersiz,fizyoterapi değerlendirilmelidir.Bu veriler,duloksetin kullanımında hasta bilgilendirmesinin ve yakın takibinin önemini ortaya koymaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-019

İşeme Etkinliği, Mesane Çıkım Obstrüksiyonunu veya Mesane Kontraktilitesini Öngörebilir mi?

Ersin Köseoğlu[1], Türker Altuntaş[2], Ahmet Özgür Güçtaş[2], Serdar Madendere[3], Mustafa Müdüroğlu[1], Haydar Kamil Çam[2], Tufan Tarcan[4]

Mustafa Müdüroğlu / Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Bu çalışmanın amacı, alt üriner sistem yakınmaları ile başvuran erkeklerde, basınç-akım çalışmaları (BAÇ) ile hesaplanan Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) Mesane Çıkım Obstrüksiyonu İndeksi (BOOI) ve ICS Mesane Kontraktilite İndeksi (BCI) ile işeme etkinliği (İE) arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Ocak 2018- Şubat 2025 tarihleri arasında işeme semptomları ile başvuran erkek hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Nörolojik değerlendirmesi normal olan 45 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, prostat hacmi (ultrasonografi ile ölçülen) ve diyabetes mellitus (DM) varlığı kaydedildi. İşeme sonrası artık idrar hacimleri (PMR), üroflovmetri sonrası suprapubik ultrason ile ölçüldü. İE, İE = (Üroflovmetride İşenen Hacim / (İH + PMR)) × 100 formülü kullanılarak hesaplandı. Hastalar, BOOI değerlerine göre obstrüktif (BOOI > 40) ve non-obstrüktif (BOOI ≤ 40) olarak gruplandırıldı. Benzer şekilde, BCI değerlerine göre yeterli kontraktilitesi olan (BCI ≥ 100) ve yeterli kontraktilitesi olmayan (BCI < 100) olarak sınıflandırıldı. Hastalar, mesane kontraktilitesi (MK) ve obstrüksiyon durumlarına göre demografik ve klinik özellikleri açısından ayrı ayrı kıyaslandı. İstatistiksel analizler, IBM SPSS Statistics yazılımının en son sürümü (SPSS 28.0) kullanılarak yapıldı. Gruplar arasındaki farkları belirlemek için bağımsız örneklem t-testleri kullanıldı ve ROC analizi yapıldı. Optimal cut-off değerleri belirlemek için Youden İndeksi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya, medyan yaşı 68 (aralık: 45–95, IQR: 18) ve medyan prostat hacmi 41 mL (aralık: 15–140, IQR: 32) olan 143 erkek hasta dahil edildi. Hastaların 32'sinde (%22,3) DM mevcuttu. Medyan PMR 140 mL (aralık: 10–700, IQR: 245) ve medyan İE değeri %65 (aralık: 10–99, IQR: 32) idi. BOOI ve BCI sonuçlarına dayalı

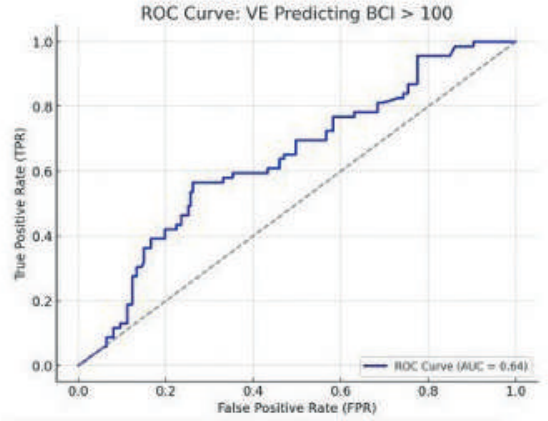
karşılaştırmalı değerlendirme Tablo 1'de özetlenmiştir. PMR ve/veya İE ile BOOI değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. BAÇ sonuçlarına göre yeterli mesane kontraktilitesine sahip hastaların PMR ve İE değerleri, kontraktilitesi yetersiz olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulundu. Ancak PVR ile BCI arasındaki negatif korelasyon ROC analizi ile doğrulanamadı (p = 0.2). İE-BCI ilişkisinde gözlenen istatistiksel olarak anlamlı fark için, optimal İE kesim değeri %74,4 olarak belirlendi (AUC = 0.64, p < 0.001, duyarlılık %55.3, özgüllük %70.2) (Şekil 1).

Tablo 1

Parametre	BOOI ≤ 40 (n=81)	BOOI> 40 (n=62)	p	BCI <100 (n=94)	BCI ≥ 100 (n=49)	p
Medyan yaş, yıl	67	70	0.3	69	67	0.4
Medyan PH, ml	40	44	0.1	40	50	0.1
DM varlığı, n (%)	20 (%25)	12 (%19)	0.1	22 (%23)	10 (%20)	0.2
Medyan PVR, ml (aralık; IQR)	137 (10-654; 200)	150 (10-700; 256)	0.4	173 (10-700; 289)	80 (10-435; 87)	**0.001**
Medyan İE, %	67 (10-99; 30)	62 (10-99; 37)	0.3	61 (10-99; 28)	79 (20-99; 32)	**0.003**

Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Mesane Çıkım Obstrüksiyonu ve Kontraktilite İndekslerine Göre Karşılaştırılması. (BOOI: Uluslararası Kontinans Derneği Mesane Çıkım Obstrüksiyonu İndeksi. BCI: Uluslararası Kontinans Derneği Mesane Kontraktilite İndeksi. PH: Prostat Hacmi. DM: Diyabetes Mellitus. PVR: İşeme Sonrası Rezidüel İdrar Hacmi. İE: İşeme Etkinliği Oranı (İşenen Hacim / (İşenen Hacim + PVR)) × 100.))

Şekil 1



İşeme etkinliği (İE) ve Uluslararası Kontinans Derneği Mesane Kontraktilite İndeksi (BCI) arasındaki ilişkiyi gösteren ROC eğrisi (AUC %64, p <0.001).

Sonuç: 45 yaş üzeri, belirgin nörolojik bulgusu olmayan ve alt üriner sistem yakınmaları ile başvuran erkek hastalarda PMR ve İE'nin, obstrüksiyonu öngörmede yeterli olmadığı saptanmıştır. Ancak bulgularımız, İE'nin mesane kontraktilitesinin bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle, İE değeri %74 ve üzerinde olan hastaların yeterli mesane kontraktilitesine (BCI ≥ 100) sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguları doğrulamak ve İE'nin mesane kontraktilitesini değerlendirmedeki klinik faydasını netleştirmek için daha geniş hasta popülasyonları ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-020

Ürodinami Sırasında Uygulanan Sanal Gerçeklik Gözlüğünün Prosedürel Ağrı, Anksiyete ve Hemodinamik Değişkenler Üzerindeki Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Elife KETTAŞ DÖLEK[1], Gamze BOZKUL[2], Gülay ALTUN UĞRAŞ[3], Murat BOZLU[4]

Elife KETTAŞ DÖLEK / Mersin Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Polikliniği

Giriş: Ürodinami işlemi hastalarda prosedürel ağrı ve anksiyeteye neden olarak, hemodinamide değişim gibi olumsuz hasta sonuçlarına yol açabilir. Sanal gerçeklik uygulaması ise hastaların ağrı ve anksiyetesini azaltarak olumlu hasta sonuçları elde edilmesinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir. Bu araştırmada, ürodinami sırasında uygulanan sanal gerçeklik gözlüğünün anksiyete, prosedürel ağrı ve hemodinamik değişkenler üzerindeki etkisini belirlemek amaçlandı.

Materyal ve metot: Prospektif, iki kollu (1:1), randomize kontrollü araştırma, ürodinami işlemi uygulanan 84 hasta ile gerçekleştirildi. Hastalar rastgele olarak çalışma grubuna (n=42) ve kontrol grubuna (n=42) atandı. Çalışma grubuna işlem sırasında sanal gerçeklik gözlüğü ile doğa manzaraları içeren üç boyutlu video izletildi. Kontrol grubuna ise kliniğin rutin tedavi ve bakımı uygulandı. Araştırma verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", işlem sırası prosedürel ağrı için "Visual Analog Skala-VAS", işlem öncesi, işlemden hemen sonra ve 15 dk sonra ise anksiyete için "Durumluk Anksiyete Ölçeği-DAÖ" ve hemodinamik değişkenler (sistolik kan basıncı-SKB, diyastolik kan basıncı-DKB, kalp atım hızı-KAH, solunum hızı-SH ve periferik oksijen saturasyonu-Sp02) için ise "Hemodinamik Değişkenler İzlem Fomu" ile toplandı. Etik kurul ve kurum izni ile birlikte hastalardan yazılı izin alındı.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ürodinami sırasında ağrı düzeyleri ve işlem öncesi, hemen sonrası ve 15 dk sonrası SKB, KAH değerleri arasında fark yoktu ($p > 0,05$). İki grup arasında anksiyete düzeyleri açısından işlem öncesinde fark olmazken işlemden hemen sonra ve 15 dk sonra çalışma grubundaki hastaların anksiyeteleri (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,001$) kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü. Çalışma grubunda işlem öncesinde DKB ve SH değeri kontrol grubundan anlamlı olarak düşük (sırasıyla, $p=0,025$; $p=0,019$) iken Sp02 anlamlı

olarak yüksekti (p=0,004). Çalışma grubunda işlemden hemen sonra sadece SH değeri kontrol grubundan daha düşükken (p=0,000), işlem bitiminden 15 dk sonra DKB (p=0,028) ve SH (P=0,015) değerleri de azaldı.

Sonuç: Araştırma, ürodinami işlemi sırasında uygulanan sanal gerçeklik gözlüğünün hastaların prosedürel ağrısını etkilemezken anksiyetesi ile DKB, SH ve Sp02 değerlerini olumlu yönde etkilediğini gösterdi.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-021

Ağız Sağlığı Durumu ve Bukkal Mukozal Greft Histolojisinin Augmentasyon Üretroplastide Klinik Sonuçlar ile İlişkisi: Ön Sonuçlarımız

Kasım Emre Ergün[1], Alp Akyol[1], Ayşe Dilşad Çağlayan[2], İpek Akyol[3], Nurcan Buduneli[3], Ali Veral[2], Mustafa Serdar Kalemci[1], Adnan Şimşir[1]

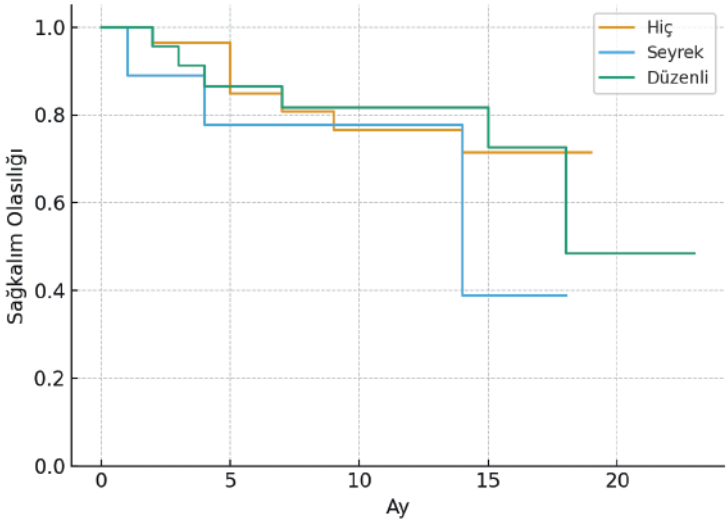
Kasım Emre Ergün / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Bukkal mukoza greft(BMG)i ile yapılan augmentasyon üretroplasti, üretral darlık tedavisinde sık uygulanan cerrahi yöntemlerden biridir. Greftin histolojik özellikleri ile hastaların periodontal sağlığı arasındaki ilişkinin, cerrahi başarının belirleyicisi olup olmadığı konusunda literatürde multidisipliner bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, BMG histolojisi ile periodontolojik parametreler arasındaki ilişkiler ve bunların ameliyat sonuçlarına yansıması araştırılmıştır.

Materyal ve metot: 2023–2025 yılları arasında kliniğimizde BMG ile augmentasyon üretroplasti uygulanan 60 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Hastalara EÜTF Diş hekimliği fakültesi periodontoloji anabilimdalı tarafından ayrıntılı preoperatif periodontolojik muayene yapılarak sigara paket yılı, diş fırçalama alışkanlığı ve DMFT (Decay, Missing, Filled Teeth) skorları kaydedildi. Greftlerden elde edilen biyopsilerde submukozal kalınlık, kronik inflamasyon ve kapiller yoğunluk histopatolojik olarak ölçüldü. Cerrahi sonuçlar ameliyat süresi, kan kaybı, preoperatif ve postoperatif Qmax, IPSS, IIEF-5, MSHQ-EJD skorları ile striktürsüz sağkalım (SFS) üzerinden değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama sigara yükü 18 paket-yıl, DMFT skoru 15, submukozal kalınlık 1843±563 µm, inflamasyon 252±654 ve kapiller yoğunluk 74±37 idi. Sigara paket yılı ile kronik inflamasyon arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu ($r=0.26$, $p < 0.05$). DMFT skorları ile submukozal kalınlık arasında pozitif eğilim izlendi ($r=0.22$, $p=0.09$). Düzenli diş fırçalama alışkanlığı ile 3. ay Qmax değerleri arasında pozitif ($r=0.25$, $p=0.058$), IPSS skorları ile negatif eğilim ($r=-0.24$, $p=0.065$) saptandı. Submukozal kalınlığın SFS ile pozitif ilişkili olduğu görüldü ($r=0.23$, $p=0.08$). Kapiller yoğunluk ve kronik inflamasyon ile cerrahi sonuçlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı.

Kaplan–Meier eğrisi: Diş fırçalama sıklığına göre striktürsüz sağkalım



Düzenli fırçalama yapan hastalarda (günde 1–2) striktürsüz sağkalım olasılığı daha yüksek, hiç fırçalamayan ve seyrek fırçalayanlarda daha düşük saptandı.

Sonuç: Bildirimiz, periodontal sağlık ile greft histolojisi arasında klinik açıdan anlamlı bağlantılar olabileceğini gösteren literatürdeki ilk multidisipliner çalışmanın ön sonuçlarını içermektedir. Sigara kullanımı histolojik inflamasyonu artırırken, yüksek DMFT skorları submukozal kalınlık artışı ile ilişkilidir.Yüksek DMFT skorlarının kötü periodontal sağlığı yansıttığı ve bu durumun submukozada kronik inflamasyon ve fibrozise bağlı kompansatuar kalınlaşmaya yol açtığı düşünüldü. Ancak bu histolojik kalınlaşma her zaman fonksiyonel bir avantaj sağlamayabilir. Düzenli diş fırçalama ise daha iyi akım hızları ve daha düşük semptom skorları ile uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte, bu bulgular ön sonuçlar olup, çalışmamızda daha fazla periodontolojik ve histolojik parametre ayrıca incelenmektedir. Sonraki geniş ölçekli analizlerin, periodontal sağlığın üretroplasti cerrahisinin uzun dönem başarısındaki rolünü daha net ortaya koyması beklenmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-022

Rezum İşlemi Sonrası Mesane Drenajında Sistofiksin Üretral Sondayla Karşılaştırılması: Benzer Sonuçlar, Daha Az Üriner Retansiyon

Mert Kılıç[1], Serdar Madendere[2], Gizem Nur Özgümüş[3], Mevlana Derya Balbay[1]

Mert Kılıç / Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Bölümü

Giriş: Benign prostat hiperplazisi nedeniyle Rezum uygulanan hastalarda işlem sonrası mesane drenajı için sistofiks veya üretral sonda kullanımının etkinliği ve güvenilirliğini karşılaştırmak amaçlandı.

Materyal ve metot: Tek merkezde Rezum uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak analiz edildi. Sistofiks takılan (n=24) ve üretral sonda uygulanan (n=86) hastalar karşılaştırıldı. Üretral sonda takılan hastaların sondaları her 10 gr prostat hacmi için 1 gün fazla olacak şekilde en erken 4. Gün (40 gr prostat için), en geç 10.gün (100 gr ve üstü için) alındı. Sistofiks takılan hastalara ise 2. Günden itibaren sistofiksleri klempletilerek, postmiksiyonel rezidüleri ölçüldü ve eğer 100 ml altında ise sistofiksleri alındı. Grupların demografik verileri, preop ve postop değerlendirmeleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, BMI, prostat hacmi ve PSA açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Operasyon süreleri benzerdi (23.5 dk vs 22.2 dk, $p=0.314$). Sistofiks çekilme süresi 6 gün (5–10), sonda çekilme süresi 7 gün (6–7) olup fark anlamlı değildi ($p=0.129$). Kateter çekildikten sonra üriner retansiyon sistofiks grubunda %8.3, sondalı grupta %21 oranında izlendi ($p=0.123$). Postoperatif 1. ve 3. ay IPSS skorları her iki grupta da iyileşme gösterdi ve gruplar arasında fark yoktu.

Tablo1. Sistofiksli ve sondalı hastaların preoperatif ve postoperatif bulgularının karşılaştırılması

	Sistofiks	Sonda	P değeri
Hasta Sayısı	24	86	–
Yaş (yıl)	62 (53,5–72)	65 (56–76)	0.234
Vücut kitle indeksi (BMI)	27 (23–29)	28,2 (24–31)	0.191
Prostat hacmi (mL)	55 (40,5–64)	58 (45–75)	0.138
Preop PSA (ng/mL)	2,7 (1,4–3,7)	2.4 (1,29–4,25)	0.512
Medyan loblu hasta sayısı	13 (%54,2)	42 (%48,8)	0.255
Preop sonda varlığı	3 (%12,5)	6 (%7)	0.406
Preop PMR (mL)	77 (40–120)	89 (42.5–185)	0.262
Preop IPSS	19 (13–23.5)	20 (16–26)	0.139
Operasyon süresi (dk)	23.5 (18-28)	22.2 (17-26)	0.314
Sistofiks/sonda çekilme süresi (gün)	6 (5–10)	7 (6–7)	0.129
Kateter çekildikten sonra üriner retansiyon	2 (%8,3)	18 (%21)	0.123
İkinci gün PMR (mL)	50 (30–100)	–	
Postop 1. Ay IPSS	9 (7–11)	10 (6–14)	0.621
Postop 3. Ay IPSS	7 (4-8)	7 (5-10)	



Sonuç: Rezum sonrası sistofiks ve üretral sonda uygulamaları istatistiksel olarak benzer sonuç vermiştir. Bu sistofiksin üretral katetere alternatif olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. İstatistiksel anlamlı fark olmasa da, retansiyon sistofiks grubunda daha az gözlemlendi. Büyük gruplarda anlamlı istatistiksel fark daha doğru değerlendirilebilir.Daha geniş hasta gruplarında yapılacak çalışmalarla, sistofiksin postoperatif konfor, tenezm ve ağrı üzerine etkileri değerlendirilebilir; ayrıca rekateterizasyon sonrası görülebilecek epididimit gibi komplikasyonlar açısından da sistofiksin avantaj sağlayabileceği öngörülebilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-023

Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner İnkontinans ve Erektil Disfonksiyonda Aerobik Egzersiz ve Gevşeme Eğitimlerinin Pelvik Taban Kas Eğitimine İlave Etkileri: Pilot Randomize Kontrollü Çalışma

Ege Nur ATABEY GERLEGİZ[1], Türkan Akbayrak[1], Naşide Mangır[2], Mustafa Sertaç Yazıcı[2], Serap ÖZGÜL[1]

Ege Nur ATABEY GERLEGİZ / Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Pelvik Sağlıkta ve Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi

Giriş: Prostat kanseri, erkeklerde akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türüdür. Radikal prostatektomi (RP), lokalize prostat kanserinde standart cerrahi yöntem olarak uygulanmaktadır. RP ve diğer prostat kanseri tedavilerinin ardından gelişen üriner, cinsel, bilişsel ve psikolojik semptomlar bireylerin yaşam kalitesini önemli düzeyde azaltmakta ve bireyleri tedavi arayışına yöneltmektedir (1). Bu semptomların çok boyutlu doğası göz önüne alındığında yönetiminde bütüncül tedavi yaklaşımlarının benimsenmesi kritik bir öneme sahiptir. Literatürde, RP sonrası gelişen üriner inkontinans (Üİ) ve erektil disfonksiyon (ED)'un yönetiminde pelvik taban kas eğitimi (PTKE)'nin etkinliği gösterilmiştir (2, 3). Bununla birlikte, PTKE'ye ek olarak aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimini içeren multimodal ve bütüncül programların etkilerini araştıran bilgimiz dahilinde bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmanın amacı, RP sonrası aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimlerinin PTKE'ye ilave etkilerini randomize kontrollü tasarımda ortaya koymaktı.

Materyal ve metot: Çalışmaya robot yardımlı RP sonrası Üİ ve ED şikayeti bulunan 9 birey (yaş: 63,1±5,12 yıl, VKİ: 26,55 ±2,34 kg/m^2) dahil edildi. Katılımcılar blok randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrıldı (Grup 1, n=5; Grup 2, n=4). Grup 1'de biyofeedback ile kombine PTKE, aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimi (rehberli imgeleme)'ni içeren program uygulanırken; Grup 2 (kontrol grubu)'de hasta eğitimine ek olarak biyofeedback ile kombine PTKE uygulandı.Sonuç ölçümü araçları olarak Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi, Genişletilmiş Prostat Kanseri İndeksi, Uluslararası Erkek Alt Üriner Sistem Semptomları Konsültasyon Anketi,

Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form, 1 saatlik ped testi, Uluslararası Erektil İşlev İndeksi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve 6 Dakika Yürüme Testi kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon testi kullanılırken, gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Her iki grupta, başlangıç değerleri ile kıyaslandığında 12. hafta sonunda objektif ve subjektif inkontinans şiddeti/etkisi, alt üriner sistem semptom düzeyi ve üriner işlev skorlarında grup-içi anlamlı iyileşmeler tespit edildi($p < 0.05$). Multimodal fizyoterapi grubunda ek olarak aerobik kapasite, cinsel işlev ve depresif belirti skorlarında anlamlı grup-içi iyileşmeler saptandı($p < 0,05$). Sonuç ölçümlerindeki değişim gruplar arası karşılaştırıldığında, araştırma grubunda aerobik kapasite, objektif inkontinans şiddeti, cinsel işlev ve depresif belirti düzeylerinin daha fazla iyileştiği tespit edildi($p < 0,05$). Diğer ölçümler açısından gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Sonuç: RP sonrası PTKE'ye ek olarak verilen aerobik egzersiz ve gevşeme eğitimlerini içeren multimodal program tek başına PTKE'ye kıyasla aerobik kapasite, objektif Üİ şiddeti, cinsel işlev ve depresyon düzeyleri üzerinde daha fazla iyileşme sağlıyor gibi görünmektedir. Multimodal ve bütüncül rehabilitasyon programlarının RP sonrası üriner ve cinsel işlevler üzerine etkilerini ortaya koyan yeterli örneklemm büyüklüğüne sahip ileri çalışmalar planlanmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-024

Bukkal Greft Histolojisi Üretroplasti Cerrahi Başarısını Etkiler mi? Histopatolojik Parametrelerin Fonksiyonel Sonuçlarla İlişkisi

Engin Telli[1], Hakkıcan Yuvak[1], Ali Ordu[1], Büşra Yaprak Bayrak[2], Kerem Teke[1]

Hakkıcan Yuvak / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Bu çalışmanın amacı, bukkal mukoza grefti ile yapılan üretroplastilerde greftin histopatolojik özellikleri ile erken fonksiyonel sonuçlar ve revizyon cerrahisi gereksinimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Değerlendirilen histopatolojik parametreler arasında subepitelyal vaskülarizasyon, kollejanizasyon, inflamasyon ve yüzey epiteli tipi yer almakta olup; fonksiyonel sonlanımlar maksimum idrar akım hızındaki (ΔQmax) değişim, Uluslararası Prostat Semptom Skoru'ndaki (ΔIPSS) azalma ve "ikinci girişim" ihtiyacıdır.

Materyal ve metot: 2024–2025 yılları arasında tek merkezde anterior üretroplasti uygulanan olgular prospektif olarak kaydedilmiş, veriler retrospektif olarak analiz edilmiştir. Cerrahi sonrası artan greft örnekleri histopatolojik olarak değerlendirilmiştir. Yüzey epiteli iki gruba ayrılmıştır: (1) Hiperplazi, (2) Hiperplazi + Parakeratoz. Subepitelyal vaskülarizasyon, kollejanizasyon ve inflamasyon; yok, hafif, orta, ağır düzeylerde (0–3) skorlanmıştır. Fonksiyonel sonlanımlar ΔQmax ve ΔIPSS olarak tanımlanmış, "ikinci girişim" ikili değişken olarak kaydedilmiştir. Spearman korelasyonu, Mann–Whitney U ve Fisher exact testi kullanılarak analiz yapılmıştır ($p < 0.05$ anlamlı kabul edildi).

Bulgular: Toplam 14 erkek hasta (medyan yaş: 60.5 yıl) çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama takip süresi 11.4±6.7 aydır. Yüzey epiteli hiperplazi olan grup %43, hiperplazi+parakeratoz olan grup %57 oranındadır. ΔQmax medyanı 19.5 mL/sn, ΔIPSS medyanı 9.5'tir. Kollejanizasyon düzeyi ΔQmax ile pozitif korelasyon göstermiştir ($\rho=0.76$; $p=0.010$), vaskülarizasyon ise negatif korelasyon göstermiştir ($\rho=-0.71$; $p=0.021$). İnflamasyon ile ΔQmax arasında ilişki izlenmemiştir ($p=0.978$). Epitel grupları arasında ΔQmax açısından sınırda anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.087$). ΔIPSS ve "ikinci girişim" açısından histopatolojik değişkenlerle anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sigara kullanım yükü (paket-yıl), ne histopatolojik özellikler ne

de fonksiyonel sonuçlarla anlamlı ilişki göstermemiştir (tümü p≥0.30); bu durum, hastaların %57'sinin sigara içmemesi nedeniyle istatistiksel analiz gücünün kısıtlı olmasına bağlanabilir.

Sonuç: Bu öncü çalışma, bukkal greftlerde yüksek kollejanizasyonun artmış Qmax kazanımıyla, yüksek vaskülarizasyonun ise düşük kazanımla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Vaskülarizasyonun greft entegrasyonu için önemli olduğu bilinmekle birlikte, çalışmamızda daha yüksek vaskülarizasyon düzeyine sahip greftlerde Qmax artışının daha düşük olması bu beklentiyle çelişmiştir. Bu durum, artmış vaskülarizasyonun her zaman iyileşmeyi yansıtmadığı; bazen inflamatuvar yanıt veya greft stresine işaret edebileceği şeklinde yorumlanabilir. Yüzey epiteli morfolojisinin, inflamasyon düzeyinin ve sigara kullanım yükünün erken sonuçlar veya revizyon gereksinimi üzerinde henüz belirgin etkisi saptanmamıştır. Küçük örneklem hacmi ve eksik veriler nedeniyle bulgular hipotez üretici nitelikte olup, ileriye dönük geniş serilerle doğrulanması gerekmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-025

Kadın Bukkal Mukozal Greft Üretroplasti Cerrahisinde Tekniklerin Karşılaştırılması ve Re-do Vakaların Detaylı Analizi

Murat Can Karaburun[2], Çağrı Akpınar[1], Muhammed Arif İbiş[1], Araz Musaev[1], Atakan Ataklı[1], Mehmet Erol Maraş[1], Emre Erdem[1], Ömer Gülpınar[1]

Atakan Ataklı / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Kadın üretra darlığı, çok çeşitli alt üriner sistem semptomlarına neden olabilen ancak nispeten nadir görülen bir durumdur. Kadın üretra darlığının tedavisinde, umut verici uzun vadeli sonuçlar gösteren flep ve greft içeren tekniklerle yapılan kadın üretral rekonstrüksiyonlarına artan bir ilgi vardır. Bu kesin tedavi seçenekleri küçük örneklem serilerinde başarılı sonuçlar göstermiş olsa da şu anda bir tekniği diğerinden üstün kılan yeterli kanıt yoktur ve cerrahi yaklaşım çoğunlukla cerrahların takdirine bırakılmıştır. Bu çalışmada kliniğimizde bukkal mukozal greft kullanılarak farklı tekniklerle yapılan kadın üretroplasti operasyonlarının sonuçlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 2018-2025 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde bukkal mukozal greft ile üretroplasti uygulanan kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar uygulanan tekniğe göre 4 gruba ayrıldı (dorsal onlay (DO), ventral onlay (VO), vajen koruyucu ventral inlay(Vİ) ve Aybek-Zumrutbas (AZ) tekniği. Gruplar preoperatif hasta karakteristikleri, darlık lokasyonu, darlık uzunluğu, üroflovmetre özellikleri ve ameliyat başarısı açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 45 hastadan, 13 hastaya dorsal onlay teknik ile, 11 hastaya ventral onlay teknik ile, 14 hastaya ventral inlay teknik ile ve 7 hastaya da AZ teknik ile bukkal mukozal greft üretroplastisi uygulandı. Gruplar arasında hasta yaşı, VKİ, ASA skoru, sigara öyküsü, etyoloji, internal üretrotomi öyküsü, dilatasyon öyküsü ve sayısı, darlık lokasyonu, darlık uzunluğu, preoperatif Qmax ve PVR açısındnan fark saptanmadı. Dorsal onlay BMG üretroplasti yapılan 9 hastada daha önce geçirilmiş üretroplasti öyküsü vardı. Bu grupta re-do vaka sayısı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksekti. Operasyon başarı oranları DO, VO, Vi, AZ grupları

için sırasıyla %84.6, %72.7, %85.7 ve %28.6 olarak saptandı (p=0.028). DO, VO, Vi, AZ gruplarında sırasıyla 2, 3, 2 ve 5 hastada nüks gözlendi. Median takip süresi sırasıyla 20, 18, 19 ve 24 ay olarak saptandı. Hiçbir hastada müdahale gerektiren kanama ya da idrar kaçırma gözlenmedi.

Hastaların Preoperatif ve Peroperatif Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Dorsal onlay n=13 (%28.9)	Ventral onlay n=11 (24.4%)	Vaginal sparing ventral inlay n=14 (31.1%)	AZ teknik n=7 (15.6%)	P value*
Yaş, median (IQR)	56 (44-63)	49 (41-54)	49.5 (44-56)	56 (49-62	0.336
BMI	26 (22-30)	24 (21-26)	26.5 (22-27)	30 (28-33)	0.067
ASA skoru	1 (1-2)	1 (1-2)	1.5 (1-2)	2 (1-2)	0.306
Smoking status, n (%)					
• Ex smoker	3 (23.1)	1 (9.1)	2 (14.3)	2 (28.6)	0.909
• Active smoker	3 (23.1)	4 (36.4)	4 (28.6)	1 (14.3)	
• NA	7 (53.8)	6 (54.5)	8 (57.1)	4 (57.1)	
Etyoloji, n (%)					
• İyatrojenik	6 (46.2)	5 (45.5)	6 (42.9)	4 (57.1)	0.799
• İdiopatik	7 (53.8)	5 (45.5)	6 (42.9)	3 (42.9)	
• Enfeksiyon/inflamasyon	-	1 (9.1)	2 (14.3)	-	
Üretrotomi öyküsü, n (%)	3/13 (23.1)	3/11 (27.3)	1/14 (7.1)	1/6 (14.3)	0.558
Dilatasyon öyküsü, n (%)	12/13 (92.3)	10/11 (90.9)	14/14 (100)	7/7 (100)	0.602
Dilatasyon sayısı, median (IQR)	2 (1.5-3)	1 (1-3)	2.5 (1.5-6)	2 (2-5)	0.203
Üretroplasti öyküsü, n (%)	9/13 (69.2)	0/11	1/14 (7.1)	-/7	<0.001*
Darlık yeri, n (%)					
• Distal	9 (69.2)	8 (72.7)	5 (35.7)	4 (57.1)	
• Midüretral	3 (23.1)	1 (9.1)	8 (57.1)	2 (28.6)	0.281
• Proksimal	1 (7.7)	1 (9.1)	1 (7.1)	-	
• Panüretral	-	1 (9.1)	-	1 (14.3)	
Darlık yeri (cm), median (IQR)	2 (1.75-2.75)	2 (1.5-3)	2 (1.5-2)	2 (2-3)	0.708
Preoperatif UFM, Qmax ml/sn, median (IQR)	6 (6-9)	6 (5-8)	8 (4-10)	5 (3-6)	0.26
Preoperatif PVR, ml. Median (IQR)	67 (42-200)	45 (27-135)	60 (50-100)	100 (80-240)	0.242

*Kruskall Wallis test and Chi square test

Peroperatif ve postoperatif faktörlerin karşılaştırılması

	Dorsal onlay n=13 (%28.9)	Ventral onlay n=11 (24.4%)	Vaginal sparing ventral inlay n=14 (31.1%)	AZ teknik n=7 (15.6%)	P value*
BMG uzunluğu (cm), median (IQR)	2 (2-3)	2 (2-3)	2 (2-3)	3 (2-3)	0.233
Hastane kalış süresi (gün)	2 (2-3.5)	3 (2-4)	3 (2-3.5)	2 (2-4)	0.614
Sonda çekilmesi için geçen süre, median (IQR)	19 (15-20)	15 (15-18)	16 (14-18)	20 (17-20)	0.216
Başarı n, (yüzde)	11/13 (84.6%)	8/11 (72.7%)	12/14 (85.7%)	2/7 (28.6%)	0.028*
Takip süresi (ay)	20 (15.5-24)	18 (12-24)	19 (15-29.5)	24 (18-36)	0.241

*Kruskall Wallis test and Chi square test

Preoperatif ve postoperatif Qmax ve PVR'nin karşılaştırılması

	Preoperatif Qmax	Postoperatif Qmax	P value *
Dorsal onlay	6 (6-9)	21 (16-30)	0.005*
Ventral onlay	6 (5-8)	19 (7-29)	0.017*
Vaginal sparing VI	8 (4-10)	18.5 (17-22)	0.004*
AZ technique	5 (3-6)	10 (4-20)	0.491

	Preoperatif PVR	Postoperatif PVR	P value *
Dorsal onlay	67 (42-200)	30 (20-42)	0.015*
Ventral onlay	45 (27-135)	35 (30-55)	0.122
Vaginal sparing VI	60 (50-100)	40 (24-52)	0.074
AZ technique	100 (80-240)	80 (50-100)	0.128

*Wilcoxon test



Sonuç: Kadın üretra darlığı tedavisinde dorsal onlay, ventral onlay ve ventral inlay gibi farklı teknikler ile uygulanan BMG üretroplastisi ile yüksek başarı oranları sağlanabilmektedir. Dorsal onlay teknik üretroplasti sonrası nüks etmiş vakalarda da yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile uygulanabilir. AZ tekniğin başarı oranının düşük olması bu grupta hasta sayısının az olması ile ilişkili olabileceği gibi etkinliğini kanıtlamak için çok merkezli, yüksek hasta sayılarına ulaşan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu aşamada herhangi bir tekniğin diğerine üstün olduğunu söylemek mümkün olmadığından uygulanacak yöntemin seçimi üretroplasti yapacak cerrahların vaka özelinde değerlendirmesi ve takdirine göre yapılmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-026

Tekrarlayan üretra darlıklarında endoskopik olarak uyguladığımız ilaç kaplı üretral balon kateter (Optilume®), ilk klinik tecrübemiz ve sonuçlarımız.

Eralp Kubilay[1], Murat Can Karaburun[4], Abdurrahman Jafarov[2], Ferhat Eren[3], Osman Yangın[4], Ömer Gülpınar[2]

Eralp Kubilay / Yakın Doğu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD.

Giriş: Üretra darlığı rekürrens oranları ile yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan bir durumdur. Tekrarlayan üretra darlıklarında açık cerrahi altın standart yöntem olsa da daha çok endoskopik yöntemler kullanılmaktadır. Aralık 2021'de FDA tarafından resmi olarak onaylanan Optilume® ilaç kaplı balon kateter (İKBK) (Urotronic, Plymouth, MN), tekrarlayan ön üretra darlıklarında alternatif endoskopik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu çalışmada FDA onayına uygun olarak uyguladığımız İKBK hastalarımızın ilk sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Şubat 2024 ve Mayıs 2025 arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD. ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde Optilume® İKBK uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak, tekrarlayan endoskopik prosedürlerin (2 < endoskopik girişim) varlığı, 3cm'den kısa darlık segmenti, darlığın anatomik olarak bulböz üretrada yer alması, hastanın herhangi bir üretral rekonstrüktif cerrahi geçirmemiş olması olarak kabul edildi. İşlem öncesi üretral darlığın anatomik lokalizasyonu, uzunluğu, üroflovmetri parametreleri, IPSS skorları, geçirilmiş endoskopik girişim sayıları ve darlığa neden olan etiyolojiler not edildi. Girişim sonrası üretral kateter çekilme süresi, takip süreleri, nüks gelişmiş ise nükse kadar olan süreleri, işlem sonrası 3. ve 6. ay Qmax, Qmean ve IPSS skorları kayıt altına alındı. Darlıksız sağkalımı göstermek için Kaplan-Meier sağkalım analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve minimum 3 aylık takibi olan 35 hastanın pre-operatif verileri ve post-operatif dönemdeki takip süreci değerlendirildi. Hastaların 24/35 (%68,5)'inde transüretral girişimlerden sonra iatrojenik olarak darlığın oluştuğu not edildi. Ortalama darlık segment uzunluğu

1,4±0,7cm olarak görüldü. Pre-operatif dönemde değerledirilen üroflovmetri parametrelerinde ortalama Qmax değeri 6,1±3,1 ml/sn, ortalama Qmean değeri 3,9±2.9 ml/sn olarak kayıt edildi. Pre-operatif Qmax değeri ile Post-operatif 3. ay Qmax değerleri karşılaştırıldığında ortalama 8,31±4,12 ml/sn fark izlendi. Preoperatif IPSS skorları 3. Ve 6. ay değerleri ile karşılaştırıldığında her iki skor değerlendirmesinde belirgin iyileşme gözlemlendi fakat uygun takip süresi olan hastalarda 3. ve 6. ay değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark görülmedi. İşlem sonrası ilk 95 günde nükse bağlı herhangi bir başvuru gerçekleşmedi. 6/35 (%17,1) hastada semptomatik üretral darlık geliştiği görüldü ve yapılan üroflowmetrik incelemede darlık patterni izlenerek tanı konuldu. Bu hastalara ek girişim gerekmesi nüks olarak kabul edildi. Takip süresince 29/35 (%82,9) hastada nüks gerçekleşmemesi primer başarı olarak kabul edildi. 6 hastanın ortalama nüks darlık görülme süresi 132 gün olarak hesaplandı. Tüm hastaların ortalama takip süresi 227±57 gün idi.

Tablo1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	TOTAL	REKÜRRENS	
		VAR	YOK
	N:35	N:6	N:29
YAŞ	57,4±9,8	61,6±5,2	53,2±4,9
ETİYOLOJİ			
İatrojenik	24 (%68,5)	5 (%83,3)	19 (%65,5)
Travmatik	5 (%14,2)	1 (%16,7)	4 (%13,7)
Diğer	6 (%17,3)	0 (%0)	6 (%20,8)
GİRİŞİM SAYISI	2,8±1,4	2,9±1,5	2,7±1,5
DARLIK UZUNLUĞU (cm)	1,4±0,7	1,6±0,8	1,3±0,6
Qmax (ml/sn)			
Pre-operatif	6,09±1,4	5,56±1,1	6,02±3,1

Postoperatif 3. Ay	14,46±1,4	9,42±1,2,2	17,3±2,8
IPSS			
Pre-operatif	21,2±4,6	20,4±5,4	22,6±4,1
Postoperatif 3. Ay	8,4±3,1	14,4±2,1	9,6±3,7

Tablo1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Sonuç: Optilume® İKBK tekrarlayan girişim gerektiren üretra darlıklarında açık cerrahiye alternatif olarak, konvansiyonel endoskopik girişimlere göre daha yüksek başarı oranları ile umut vadetmektedir. Uzun dönem sonuçları ve maliyet hesaplamaları standardizasyon için önem arz edecektir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-027

Erkeklerde Artifisyel Üriner Sfinkter Komplikasyonları ve Yönetimi

Nurşah Sarıduman[1], Murat Yavuz Koparal[1], Nihat Karabacak[1], Mustafa Özgür Tan[1], İlker Şen[1]

Nurşah Sarıduman / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Artifisyel üriner sfinkter (AÜS) erkeklerde StİK tedavisinde altın standart olarak kabul edilen bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada kliniğimizde AÜS yerleştirilen erkek hastalardaki postoperatif komplikasyonları ve yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metot: 2022-2024 tarihleri arasında kliniğimizde AÜS operasyonu uygulanan 23 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Postoperatif en az 6 ay takibi bulunan 21 hastaya ait 23 vaka analizlere dahil edildi. Hastaların klinik, cerrahi ve takip verileri kaydedildi. Uzamış akut üriner retansiyon(AÜR), postoperatif sonda çekimi sonrası 24 saatten uzun süren AÜR olarak tanımlandı. Tam kuru olmayan vakalarda günde 0–1 ped kullanımıyla birlikte işlem öncesine kıyasla subjektif olarak hastanın anlamlı fayda bildirmesi sosyal kontinans olarak tanımlandı. Analizler hem hasta bazlı hem de vaka bazlı olarak yapıldı.

Bulgular: Ortanca takip süresi 18(6-36) aydı. Tablo 1'de hasta bazlı ve vaka bazlı klinik veriler özetlenmitir. Vaka bazlı analizlerde cerrahi anındaki ortanca yaş 70(45-80) ve ortanca VKİ 27.7(19.4-33.2) olarak saptandı. Tablo 2'de vaka bazlı cerrahi veriler özetlenmiştir. Postoperatif cihaz aktivasyonuna kadar olan sürede 23 vakanın 4'ünde (%17.3) uzamış AÜR gelişti. Bu vakaların ikisinde 12f üretral kateterizasyon, ikisinde perkütan sistostomi uygulandı. Üretral kateterizasyon uygulanan 2 (%8.7) hastada takiplerinde gelişen üriner sistem enfeksiyonu ve takiben cihaz enfeksiyonu nedeniyle aktivasyon yapılamadan cihazlar çıkartıldı. Perkütan sistostomi uygulanan vakaların birinde AÜR yedinci günde geriledi, diğerinde ise bir ay sonunda AÜR gerilemediği için 4 cm'lik kaf 4.5 cm'lik bir kafla değiştirildi. Postoperatif ilk 24 saatte 1 (%4.3) hastada gelişen skrotal hematom takiple geriledi.1 (%4.3) hastada aktivasyon öncesi ikinci haftada yara yeri enfeksiyonu gelişti, parenteral antibiyotik

ile tedavi edildi. Aktivasyonu gerçekleştirilen 21 vakanın 18'i (%85.7) kontinan olarak takip edildi. Bu 18 vakanın izlem sürecinde 2 (%9.5) vakada rezervuar sıvısında azalma nedeniyle rezervuar revizyonu yapıldı, 1 (%4.7) vakada ise üretral atrofi nedeniyle mevcut kaf transkorporal yerleştirilerek değiştirildi. Bu vakalar revizyon sonrasında yeniden kontinan hale geldi. Bir vakada (%4.7) aktivasyon sonrası takiplerde AÜR gelişmiş ve dış merkezde gerçekleştirilen suprapubik aspirasyon sırasında rezervuar perforasyonu meydana gelmiş; tarafımızca yapılan değerlendirmede AÜR nedeni olarak kaf erozyonu saptanarak cihaz çıkarılmıştır. Aktivasyon sonrası 3 vakada persistan idrar kaçırma (%14.3) gözlendi. Bu üç vakanın birinde rezervuar sıvı kaybı (%4.7), birinde (%4.7) ise rezervuarın cilt altına migrasyonu izlendi. Yapılan rezervuar revizyonlarının ardından iki vaka kontinan olarak takip edilmektedir. 1 hasta ise tekrar değerlendirme ve müdahale istemedi. Aktivasyonu yapılan 21 vakanın 19'u (%90.5) kontinan olarak (15 vaka sosyal kontinan, 4 vaka tamamen kuru) takiplerine devam etmektedir.

Tablo 1. Hasta ve vaka bazlı klinik veriler

Hasta Bazlı (n=21)	
Etyoloji [n (%)]	
Açık RP	14 (66.7)
RALP	2 (9.5)
TUR-P	3 (14.3)
Diğer	2 (9.5)
Radyoterapi [n (%)]	6 (28.6)
Darlık Cerrahisi [n (%)]	12 (57.1)
Mekanik dilatasyon	1 (4.8)
İnternal üretrotomi	5 (24)
Üretroplasti	1 (4.8)
TUİP	2 (9.6)
İnternal Üretrotomi + TUİP	1 (4.8)
Vaka Bazlı (n=23)	

Cerrahi yaşı [ortanca (aralık)]	70 (45-80)
Vücut kitle indeksi [ortanca (aralık)]	27.7 (19.4 -33.2)
Anti-inkontinans cerrahisi öyküsü [n (%)]	
Yok	18 (85.7)
Male Sling	1 (4.8)
Expander Mesh	1 (4.8)
Bulking Ajan	1 (4.8)
AÜS	2 (9.6)

Tablo 2. Vaka bazlı cerrahi veriler

Cerrahi yaklaşım [n (%)]	
Transperineal	21 (91.3)
Transskrotal	2 (8.7)
Kaf Yerleşimi [n (%)]	
Periüretral	21 (91.3)
Transkorporal	2 (8.7)
Kaf Yerleşimi [n (%)]	
Standart	21 (91.3)
Distal bulber	2 (8.7)
Kaf Çapı [n (%)]	
3.5cm	7 (30.4)
4cm	7 (30.4)
4.5cm	9 (39.2)
Rezaervuar [n (%)]	
Retzius	13 (56.5)
Ektopik	10 (43.5)
Rezervuar Hacmi [ortanca (aralık)]	25 (24-27)

Sonda Boyutu [n (%)]	
10f	3 (13.0)
12f	17 (73.9)
14f	3 (13.0)

Tablo 3. Vaka bazlı komplikasyon verileri

Aktivasyon Öncesi [n (%)]	
Uzamış AÜR	4 (17.3)
Skrotal hematom	1 (4.3)
Yara yeri enfeksiyonu	1 (4.3)
İdrar Yolu Enfeksiyonu	2 (8.7)
Cihaz enfeksiyonu	2 (8.7)
Cihaz çıkarılması	2 (8.7)
Aktivasyon Zamanı [n (%)]	
Rezervuar sıvı kaybı	1 (4.7)
Rezervuar migrasyonu	1 (4.7)
Aktivasyon Sonrası [n (%)]	
Üretral atrofi	1 (4.7)
Kaf erozyonu	1 (4.7)
Rezervuar sıvı kaybı	2 (9.5)

Sonuç: AÜS cerrahisi uygulayan hekimler olası komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu komplikasyonların erken dönemde tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi tedavi başarısında kritik role sahiptir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-028

Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner İnkontinans ve Erektil Disfonksiyonu Olan Bireylerde Pelvik Taban Kas Eğitimi İle Birlikte Aerobik ve Dirençli Egzersiz Eğitimlerinin Etkileri: Randomize Kontrollü Çalışma

Mustafa Enis Dilekmen[1], Türkan Akbayrak[2], Ege Nur Atabey Gerlegiz[2], Naşide Mangır Bolat[3], Mustafa Sertaç Yazıcı[3], Serap Özgül[2]

Mustafa Enis Dilekmen / Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pelvik Sağlık ve Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı, Ankara

Giriş: Radikal prostatektomi (RP), lokalize prostat kanseri teşhisi alan ve 10 yıl ve üzerinde yaşam beklentisi olan bireylerde altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Üriner inkontinans (Üİ) ve erektil disfonksiyon (ED) RP'nin önemli ve yaygın komplikasyonlarındandır. Çalışmanın amacı RP sonrası Üİ ve ED semptomu olan bireylerde aerobik egzersiz ve dirençli egzersiz eğitimlerinin pelvik taban kas eğitimi (PTKE)'ne ilave etkilerini randomize kontrollü dizaynda ortaya koymaktı.

Materyal ve metot: Çalışmada robotik RP sonrası Üİ ve ED'si olan 40 birey araştırma (n=20) veya kontrol (n=20) gruplarından birine rastgele olarak atandı. Kontrol grubuna hasta eğitimi ve 12 hafta boyunca PTKE verilirken araştırma grubuna ilave olarak 12 hafta süre ile haftada en az 3 gün aerobik egzersiz ve en az 2 gün dirençli egzersiz eğitimleri verildi. Bireyler çalışmanın başlangıcında ve 12. haftanın sonunda değerlendirildi. Primer sonuç ölçümü olarak inkontinansın subjektif şiddeti /etkisi (Uluslararası İnkontinans Konsultasyon Anketi Kısa Formu ile) ve cinsel işlev düzeyi (Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi ile) kullanıldı. Sekonder sonuç ölçümleri ise fonksiyonel egzersiz kapasitesi (6 dakika yürüme testi ile), periferik kas kuvveti (dijital dinamometre ile), objektif inkontinans şiddeti (1 saatlik ped testi ile), penil uzunluk (cetvel aracılığı ile), alt üriner sistem semptom ciddiyeti (Uluslararası İnkontinans Konsultasyon Anketi- Erkek Alt Üriner Sistem Semptomları Sorgulama Formu ile) ve genel yaşam kalitesi düzeyi (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ile) olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışma sonucunda her iki grupta objektif ve subjektif inkontinans şiddeti/

etkisi ve alt üriner sistem semptom skoru azalırken cinsel işlev skorları arttı ($p < 0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda fonksiyonel egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti, cinsel işlev skoru (cinsel istek dışında) ve yaşam kalitesi düzeyi araştırma grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti ($p < 0,05$). Subjektif inkontinans şiddeti ve etkisinin, objektif inkontinans şiddetinin, alt üriner semptom şiddetinin ve penil uzunluğun gruplar arasında farklı olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Sonuç: RP sonrası Üİ ve ED semptomları ortaya çıkan bireylerde hasta eğitimi ve PTKE'ye ilave olarak verilen aerobik ve dirençli egzersiz eğitimleri cinsel işlevi, fonksiyonel egzersiz kapasitesini, kassal kapasiteyi ve yaşam kalitesini daha fazla iyileştirirken; objektif inkontinans şiddeti, inkontinansın subjektif şiddeti/etkisi, penil uzunluk ve alt üriner semptom şiddeti açısından olumlu ya da olumsuz bir fark yaratmamaktadır. Bu açıdan RP cerrahisi geçiren bireylerde fizyoterapi programı bütüncül bir bakış açısı ile oluşturulmalı ve bu program pelvik taban eğitiminin yanısıra kassal ve kardiyovasküler eğitimi içermelidir. İleri çalışmalarda bu müdahaleler devam ettirildiğinde veya sonlandırıldığında uzun dönem takip sonuçları ortaya konulmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-029

Mrg'nin Ön Üretra Tıkayıcı Darlıklarında Cerrahi Planlamaya Katkısı: Dört Olgu Sunumu

İlker Gökçedağ[1], Melike Güzeller[1], Kürşat Küçüker[1], Zafer Aybek[1]

Melike Güzeller / Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Giriş: Amaç:Bu çalışmada, anterior oblitere üretral darlıklarda MRG'nin sağladığı detaylı anatomik bilginin cerrahi stratejiye olan katkısını vurgulamayı amaçladık.

Materyal ve metot: Gereç ve Yöntem:Dört erkek hastaya (26-63 yaş) modifiye Joshi protokolü ile 1.5 Tesla MRG uygulandı. T2 ağırlıklı sekanslarda; Darlık uzunluğu, Obstrüksiyon seviyesi, Periüretral fibrozis derecesi, Proksimal üretra durumu değerlendirildi.

Bulgular: Bulgular:Vaka 1: Proksimal bulber 2 cm obstrüksiyon (T2'de hipointens fibrotik doku)Vaka 2: Distal bulber 2.5 cm inflamatuar darlık (T1 kontrastlıda belirgin tutulum)Vaka 3: Penil üretrada 4 cm ve 7 cm'de iki fokal obstrüksiyonVaka 4: 9 cm distal penil oblitere segment (proksimal üretra korunmuş)MRG bulguları intraoperatif bulgularla tam uyumluydu.

Sonuç: Sonuç:Üretral darlıklarda kullanılan dinamik üretral MRG;Obstrüksiyon uzunluğunu milimetrik doğrulukla gösterir. Fibrozis/inflamasyon ayrımı yapar. Multipl darlıkları tanımlayarakCerrahi tekniğin belirlenmesinde altın standart görüntüleme yöntemidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-030

Görsel mi Sözel mi? IPSS ve VPSS Arasındaki Güçlü Korelasyonun Klinik Yansımaları

Meryem Han Gökdemir[1], Yekta Bıçak[1], Çağdaş Dikmen[2], Abdullah Gedik[2]

Meryem Han Gökdemir / Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Alt üriner sistem semptomları (AÜSS), özellikle yaşlı erkeklerde yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen yaygın bir durumdur. IPSS (International Prostate Symptom Score), bu semptomların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan subjektif bir ölçüm aracıdır. Ancak IPSS'in bazı hastalar için karmaşık bulunması nedeniyle, VPSS (Visual Prostate Symptom Score) gibi daha görsel ve anlaşılır formların kullanımı önerilmiştir. Bu çalışmanın amacı, IPSS ve VPSS skorları arasındaki korelasyonu araştırarak VPSS'in klinik geçerliliğini ortaya koymaktır.

Materyal ve metot: Bu prospektif gözlemsel çalışmaya Ocak 2024 - Ocak 2025 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Üroloji Polikliniğine başvuran, AÜSS semptomları bulunan 100 erkek hasta dahil edilmiştir. Hastaların tamamı hem IPSS hem de VPSS anketlerini yanıtlamıştır. Yaş, eğitim düzeyi ve diğer demografik veriler kayıt altına alınmıştır.İstatistiksel analizler için SPSS v25.0 programı kullanılmış, iki ölçek arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 63.4 ± 8.7 yıl olup, %72'si ilkokul ve altı eğitim düzeyindedir. IPSS ve VPSS skorlarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. IPSS ile VPSS arasında güçlü ve anlamlı pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r=0.81$, $p < 0.001$). Eğitim düzeyi düşük hastalarda da benzer bir korelasyon gözlenmiştir (alt grup analizi: $r=0.77$, $p < 0.001$).Elde edilen bulgular, VPSS'in IPSS ile yüksek düzeyde korele olduğunu ve AÜSS değerlendirmesinde geçerli bir alternatif oluşturabileceğini göstermektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip hastalarda, VPSS'in anlaşılabilirliği daha yüksek bulunmuş ve uygulama süresi daha kısa olmuştur. VPSS, klinik pratiğe kolaylıkla entegre edilebilecek pratik bir araç olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 1

Değişken	Ortalama+SS	Minimum	Maksimum
IPSS	18.2 ± 6.5	5	33
VPSS	14.6 ± 5.9	4	30

Sonuç: Bu çalışma, VPSS'in IPSS'e benzer doğrulukta semptom ölçümü sağladığını ve özellikle sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde tercih edilebilir olduğunu ortaya koymuştur. Geniş örneklemli, çok merkezli çalışmalarla bu bulgular desteklenmelidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-031

Artifisyel Üretral Sfinkter İmplantasyonunda Uzun Dönem Sonuçlar ve Komplikasyonlarla İlişkili Faktörler

Enes Abdullah Baynal[1], İbrahim Erkut Avcı[1], Furkan Palaz[1], Kerem Teke[1], Cüneyd Özkürkçügil[1]

Furkan Palaz / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Artifisyel üriner sfinkter (AÜS) implantasyonu, özellikle radikal prostatektomi sonrası gelişen intrinsik sfinkter yetmezliği ile ilişkili stres tip idrar kaçırma tedavisinde altın standart yöntemdir. Uzun dönem kontinans ve hasta memnuniyeti oranları yüksek olmakla birlikte, enfeksiyon, erozyon ve mekanik arıza gibi perioperatif ve geç dönem komplikasyonlar tedavi başarısını sınırlayabilmektedir.1 Bu çalışmada kliniğimizde AÜS implantasyonu gerçekleştirilen olguların sonuçları sunulmuş, komplikasyon oranları ve bu komplikasyonlarla ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Materyal ve metot: 2010–2025 yılları arasında AÜS implantasyonu gerçekleştirilen erkek hastalar retrospektif olarak tarandı. Demografik veriler, komorbiditeler, geçirilmiş cerrahiler, radyoterapi öyküsü ve operasyon detayları (cihaz tipi, cuff çapı ve lokalizasyonu) kaydedildi. Komplikasyonlar erken (< 6 hafta) ve geç (> 6 hafta, reaktivasyon sonrası) dönem olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Uzun dönem takip verileri mevcut olan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaş 64,5 yıl, ortalama Vücut kitle indeksi 29,0 kg/m^2 idi. Olguların %70,8'inde hipertansiyon, %29,2'sinde diyabetes mellitus (DM) mevcuttu; %25'inde ise radyoterapi öyküsü vardı. En sık önceki cerrahi radikal prostatektomi idi (%75). İmplantların %87,5'inde AMS800™ tercih edilmiş olup, tüm vakalarda cuff bulbar üretraya yerleştirilmişti. Ortanca operasyon süresi 120 dakika, hastanede kalış süresi 2 gündü. İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Erken dönem komplikasyon oranı %8,3 olup, bir olguda enfeksiyon ve bir olguda hematom görüldü. Geç dönem komplikasyon oranı ise %50 idi; bunlar arasında enfeksiyon (%20), erozyon (%20,8), ekstrüzyon (%4,2), atrofi (%8,3) ve mekanik arıza (%12,5) yer aldı. Revizyon cerrahisi %16,7 oranında, implantın çıkartılması (eksplantasyon) ise %50 vakada gerekli oldu. Komplikasyonsuz takip süresi ortanca 30 ay (3,25–

91,5) idi. Eksplantasyon yapılan hastalarda takip süresi ortanca 8,5 ay (3–71,5), eksplantasyon yapılmayan hastalarda ise 73 ay (9,75–104,25) olarak saptandı. Üç yıllık komplikasyonsuz takip açısından yapılan değerlendirmede, radyoterapi öyküsü (p=0.015) ve DM (p=0.042) komplikasyon gelişmesi ile ilişkili bulundu.

Olguların demografik ve klinik özellikleri

Yaş (yıl); ortanca, [ÇAA]	64,5 [61–70]
VKİ (kg/m2); ortalama ±SS	29,0 ± 4,43
CCI; ortanca, [ÇAA]	4 [3-4]
DM; n, (%)	7 (29,2)
HT; n, (%)	17 (70,8)
Sigara kullanımı; n, (%)	13 (54,2)
KOAH; n (%)	3 (12,5)
Koroner Arter Hastalığı; n, (%)	4 (16,7)
Radyoterapi Öyküsü; n, (%)	6 (25)
Preoperatif eGFR; ortanca, [ÇAA]	85 [77-96]
Önceki Ürolojik Cerrahiler; n, (%)	
Retropubik radikal prostatektomi	18 (75)
TURP	2 (8,3)
İnternal Üretrotomi	2 (8,3)
Askı	1 (4,1)
Açık prostatektomi	1 (4,1)

ÇAA: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart sapma, TURP: Prostatın transüretral rezeksiyonu

Intraoperatif bulgular ve postoperatif sonuçlar

AUS modeli; n, (%)	
AMS800™	21 (87,5)
ContiClassic®	3 (12,5)
Cuff çapı (cm); ortanca, [ÇAA]	4 [3,6-4,0]
Bulbar cuff lokalizasyonu; n, (%)	24 (100)
Operasyon süresi (dk); ortanca, [ÇAA]	120 [78-120]
İntraoperatif komplikasyon; n, (%)	0 (0)
Hastanede kalış süresi (gün); ortanca, [ÇAA]	2 [2-3]
Aktivasyona kadar geçen süre (hafta); ortanca, [ÇAA]	6 [6-6]
Reaktivasyon sorunu; n, (%)	1 (4,2)
Erken dönem komplikasyon; n, (%)	2 (8,3)
Enfeksiyon	1 (4,2)
Hematom	1 (4,2)
Geç dönem komplikasyon; n, (%)	12 (50)
Enfeksiyon	6 (25)
Erozyon	5 (20,8)
Ekstrüzyon	1 (4,2)
Atrofi	2 (8,3)
Mekanik Arıza	3 (12,5)
Revizyon; n, (%)	4 (16,7)
Eksplantasyon; n, (%)	12 (50)
ÇAA: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart sapma	

Sonuç: AÜS implantasyonu, ciddi stres üriner idrar kaçırma tedavisinde etkinliğini korumaktadır. Ancak uzun dönem komplikasyon ve eksplantasyon oranları dikkate değerdir. Enfeksiyon, erozyon ve mekanik arıza en sık cihaz kaybı nedenleridir. Radyoterapi öyküsü ve DM varlığında komplikasyon riski belirgin olarak artmaktadır. Bu nedenle hasta seçiminin dikkatle yapılması, risk faktörleri olan olgularda beklentilerin doğru yönetilmesi ve düzenli takip, hasta memnuniyeti ve cihaz ömrü açısından kritik öneme sahiptir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-032

Erkek Üretra Darlıklarında Bukkal Mukozal Greft Üretroplastisi: Klinik Deneyimlerimiz ve Rekürrense Etkili Faktörlerin Belirlenmesi

Murat Can Karaburun[2], Muhammed Arif İbiş[1], Çağrı Akpınar[1], Ahmet Furkan Özsoy[1], Ahmet Doruk Güler[1], Yusuf Hüzeyfe Şahin[1], Berat Daşkıran[1], Ömer Gülpınar[1]

Ahmet Furkan Özsoy / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Üretroplasti; üretra darlıklarının kesin tedavisinde en etkin yöntemdir ve altın standart tedavi olarak değerlendirilebilir. Bu tedavi yönteminde darlık uç-uca anostomoz ya da greft/flap kullanılarak uygulanan rekonstrüksyon yöntemleri ile tedavi edilmektedir. Bu çalışmada da kliniğimizde gerçekleştirilen bukkal mukozal greft (BMG) üretroplastisi cerrahilerinin detaylı analizini ve operasyon sonrası başarısızlık/rekürrens'e etkili darlık ilişkili ve demografik faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Materyal ve metot: 2016 ve 2024 yılları arasında kliniğimizde BMG üretroplastisi gerçekleştirilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Verilerin dağılım özellikleri Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ± standart sapma (mean ± SD), normal dağılım göstermeyenler ise medyan (IQR) değerler ile sunuldu. Operasyon yöntemi ve darlık lokasyonundan bağımsız olarak cerrahi sonrası nüks ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya takip verileri yeterli olan 154 erkek hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 57.9 yıl idi. Preoperatif demografik veriler ve darlık özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Ortalama takip süresi 18 ± 10 olup peroperatif karakteristik özellikler Tablo 2'de sunulmuştur. Ortalama takip süresinde BMG üretroplastisi başarı oranı %78.6 olarak belirlendi. Nüks/başarısızlık için etkili faktörlerin incelendiği regresyon modelinde tek değişkenli analizde üretral darlık uzunluğu nüks ile anlamlı olarak ilişkili bulundu ($p=0.012$). Yaş, BMI, ASA skoru, sigara içme durumu, obstrüktif akciğer hastalığı, geçirilmiş TUR-P ve

internal üretrotominin tek ve çok değişkenli analizlerde rekürrens için istatistiksel anlamlı fark oluşturmadığı görüldü.

Rekürrens prediksiyonu için Çok değişkenli lojistik regresyon analizi

	Univariate	Multivariate		
Variable	P value	HR	95% CI	P value
Yaş	0.137	1.00	0.96-1.03	0.936
BMI	0.474	1.04	0.90-1.20	0.539
ASA Skoru	0.49	1.32	0.49-3.48	0.904
Sigara	0.150	0.46	0.12-2.81	0.412
Obstrüktif Akciğer Hastalığı	0.181	4.65	0.48-8.20	0.784
TUR-P öyküsü	0.151	1.21	0.30-4.91	0.340
İnternal üretrotomi öyküsü	0.799	0.61	0.19-1.95	0.654
Darlık segment uzunluğu	0.012*	1.10	0.99-1.23	0.069

Demografik özellikler ve preoperatif darlık ilişkili faktörler

Yaş, mean ± SD	57.92±18.13
BMI, mean ± SD	25.46±2.97
ASA skoru, n (%)	
ASA1	71(46.1)
ASA2	57(37.0)
ASA3	15(9.7)
ASA4	11(7.1)
Obstrüktif akciğer hastalığı	14(9.10)

Sigara durumu, n (%)	
Tüketmemiş	92(59.7)
Ex smoker	45(29.2)
Aktif smoker	17(11.0)
TUR-P öyküsü, n (%)	63(40.9)
TURM öyküsü, n (%)	7(5.2)
Taş cerrahisi öyküsü, n (%)	6(5.4)
Darlık etyolojisi, n (%)	
Iyatrojenik	111(72.1)
Idiopatik	20(13.0)
Hipospadias	6(3.9)
Travmatic	17(11.0)
Retrograd üretrografide darlık yeri, n (%)	
Penil	34(22.1)
Bulbar	89(57.8)
Bulbomembranöz	18(11.7)
Prostatik	8(5.2)
Panüretral	5(3.2)
İnternal üretrotomi öyküsü, n (%)	
Yok	26(16.9)
1	47(30.5)
2	38(24.7)
>3	43(27.9)

Üretroplasti öyküsü, n (%)	20(13.0)

Peroperatif Özellikler

İntraoperatif darlık yeri, n (%) Penil Bulbar Penobulbar Bulbomembranöz Panüretral	28(18.2) 93(60.4) 13(8.4) 9(5.8) 13(8.4)
İntraoperatif darlık uzunluğu, (cm) mean ± SD	4.87±3.39
Cerrahi teknik, n (%) Dorsal inlay (ASOPA) Dorsolateral (Kulkarni) Ventral onlay Dorsal onlay (Barbagli)	14(9.1) 118(76.6) 20(13.0) 2(1.3)
Kateter boyutu 14 Fr 16 Fr 18 Fr	 8(5.2) 122(79.2) 24(15.6)
Sonda çekilme süresi (gün), mean ± SD	21.02±3.08
Hastane yatış süresi (gün), mean ± SD (preop dahil)	4.35±2.66
Başarı n, (%)	121 (78.6%)
Rekürrense kadar geçen süre (ay), mean ± SD	16 ± 10
Takip süresi (ay), mean ± SD	18 ± 10

Sonuç: BMG kullanılarak yapılan üretroplasti teknikleri üretra darlığı tedavisinde yüksek başarı oranlarına sahiptir ve uygun hastalarda düşük komplikasyon ve



yüksek başarı oranları ile güvenle uygulanabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-034

Panüretral Darlıkların Tedavisinde Dorsal Onlay Oral Mukozal Greft Üretroplasti: Tek Merkez Deneyimi

Berk Batuk[1], Murat Yavuz Koparal[1], Ender Cem Bulut[1], İlker Şen[1]

Berk Batuk / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Bu çalışmadaki amacımız panüretral darlık nedeniyle dorsal onlay oral mukozal greft üretroplasti uyguladığımız vakalardaki sonuçlarımızı raporlamaktır.

Materyal ve metot: Çalışma için 01.2022 - 12.2024 tarihleri arasında kliniğimizde üretroplasti yapılan vakaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya panüretral darlık tanısı ile dorsal onlay oral mukozal greft üretroplasti uygulanan ve en az 6 ay postoperatif takibi olan 15 hasta dahil edildi. Hastalara ait preoperatif klinik, radyolojik ve cerrahi veriler ile postoperatif takip verileri kaydedildi. Operasyon öncesi ve sonrası sonrası üroflowmetrik veriler karşılaştırıldı. Nüks durumu semptomatik ve üroflowmetrik olarak değerlendirildi. Üroflowmetrik nüks , maksimum akım hızının (Qmax) 10ml/sn altında olması olarak tanımlandı. Hastaların operasyon sonrası nüks ve komplikasyon sonuçları raporlandı.

Bulgular: Hastaların takip süresi ortanca 12 (6-43) aydı. Preoperatif klinik veriler Tablo 1'de ve preoperatif sorgu formları Tablo 2'de özetlenmiştir. Hastaların 12'sinde (%80) daha önce üretral darlık nedeniyle farklı tedavi yöntemleri uygulanmış olup, 3(%20) hasta ise herhangi bir tedavi almamıştır. En sık uygulanan önceki tedavi 11(%73,3) hastada internal üretrotomi olup, bunu sırasıyla temiz aralıklı kateterizasyon (%26,7), üretra dilatasyonu (%13,3) ve üretroplasti (%13,3) izlemiştir. Geçirilmiş endoskopik üretral girişim sayısının ortancası 2(0–5) olarak bulunmuştur. Ortanca darlık segment uzunluğu 12(8–15) cm, kullanılan greft uzunluğu ise ortanca 14(9–22) cm idi. Ameliyat süresi ortanca 240 (150–360) dakika olarak bulunmuştur. Cerrahi ekip dağılımı değerlendirildiğinde, 10(%66,7) hastada tek cerrahi ekip, 5 (%33,3) hastada ise çift cerrahi ekip görev almıştır. Erken postoperatif dönemde , tamamı Clavien-Dindo grade 2 ve altında olmak üzere, 6 (%40) hastada komplikasyon gelişmiştir. Hastaların preoperatif ve postoperatif sonda çekimi sonrası 1. aydaki üroflowmetrik parametreleri karşılaştırılmıştır

(Tablo 3) Buna göre postoperatif Qmax ve Qort değerlerinin istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (p=0.006 ve p=0.008) Postoperatif takiplerde 4 hastada (%26.7) üroflowmetrik nüks saptanmıştır. Nüks süresi ortanca 8 (2-18) aydı. Bu hastaların 3'ü (%20) semptomatik, 1'i (%6.7) asemptomatik olarak izlenmiştir. Semptomatik olguların yönetiminde 1 hastaya tek seans üretral dilatasyon, 1 hastaya tek seans internal üretrotomi uygulanmış; uzun segment nüks gelişen 1 hastaya ise iki aşamalı üretroplasti yapılmıştır. Bu hastalar ek girişimler sonrası semptomsuz takip edilmektedir. Takiplerdeki komplikasyonlar incelendiğinde, 5 hastada (%33.3) terminal damlama, 2 hastada (%13.3) erektil fonksiyonlarda kötüleşme, 2 hastada (%13.3) penil eğrilik ,2 hastada (%13.3) ağızda hissizlik, 1 hastada (%6.7) ağızda işlevsel bozukluk ve 1 hastada (%6.7) salya kaçırma gözlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların preoperatif klinik verileri

Yaş (yıl) [ortanca (aralık)]	64 (48-76)
Vücut kitle indeksi (kg/m^2) [ortanca (aralık)]	27 (23-35)
Ek Hastalıklar [n (%)]	
Yok	5 (33.3)
Diabetes mellitus	3 (20.0)
Koroner arter hastalığı	4 (26.7)
Hipertansiyon	5 (33.3)
Guatr/Tiroid hastalıkları	1 (6.7)
Depresyon	1 (6.7)
Diğer	2 (13.3)
Tütün kullanımı [n (%)]	
Hiç kullanmamış	6 (40.0)
Bırakmış	8 (53.3)
Aktif içici	1 (6.7)
Cinsel aktivite [n (%)]	
Hayır	7(46.7)
Evet	8(52.3)
Etyoloji [n (%)]	

Kateterizasyon	7 (46.7)
Ensturmentasyon	6 (40.0)
Konjenital	4 (26.7)
Travma	1 (6.7)
Bilinmiyor	2 (13.3)
Prostat cerrahisi öyküsü [n (%)]	
Yok	9 (60.0)
TUR-P	6 (40.0)
Sistostomi kateteri durumu [n (%)]	
Hayır	13 (86.7)
Evet	2 (13.3)

Tablo 3. Preoperatif ve postoperatif üroflowmetrik parametrelerin karşılaştırılması

	Preoperatif	Postoperatif	P değeri
Qmax (ml/sn) [ortanca(aralık)]	5 (2-12)	17 (7-29)	0.006
Qort (ml/sn) [ortanca(aralık)]	3.5 (2-6)	9 (3-17)	0.008
Hacim (ml) [ortanca(aralık)]	225 (100-540)	250 (112 -275)	0.824
Rezidü (ml) [ortanca(aralık)]	80 (30-150)	50 (20-100)	0.105

Tablo 2. Preoperatif IIEF ve USS-PROM skorları

IIEF-5 [ortanca(aralık)]	21 (5-25)
USS-PROM Q1 [ortanca(aralık)]	3 (0-4)
USS-PROM Q2 [ortanca(aralık)]	4 (1-4)
USS-PROM Q3 [ortanca(aralık)]	3 (0-4)

USS-PROM Q4 [ortanca(aralık)]	3 (0-4)
USS-PROM Q5 [ortanca(aralık)]	3 (1-4)
USS-PROM Q6 [ortanca(aralık)]	2 (0-4)
USS-PROM LUTS Toplam [ortanca(aralık)]	18 (5-21)
USS-PROM Q7 [n(%)]	
Hiç	1 (9.1%)
Çok az	2 (18.2%)
Bir miktar	5 (45.5%)
Oldukça fazla	3 (27.3%)
USS-PROM Q8 [ortanca(aralık)]	4 (2-4)
USS-PROM TTO [ortanca(aralık)]	6 (5-12)
USS-PROM EQ-VAS [ortanca(aralık)]	60 (30-90)

Sonuç: Panüretral darlıklarda uygulanan dorsal onlay oral mukozal greft üretroplasti tekniği sonrası üroflowmetrik parametrelerde anlamlı iyileşme sağlanmış olup, yöntem kabul edilebilir bir başarı ve komplikasyon oranına sahiptir. Kısa segment nükslerde tek seans endoskopik müdahale ile etkin tedavi sağlanabilirken, uzun segment nükslerde yeniden üretroplasti gerekebilmektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-035

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH): 2015–2025 Yılları Arasında Yapılmış Bilimsel Yayınların Bibliyometrik Analizi

Emre Yoldaş[1], Yasin Ceylan[1]

Emre Yoldaş / İzmir Şehir Hastanesi

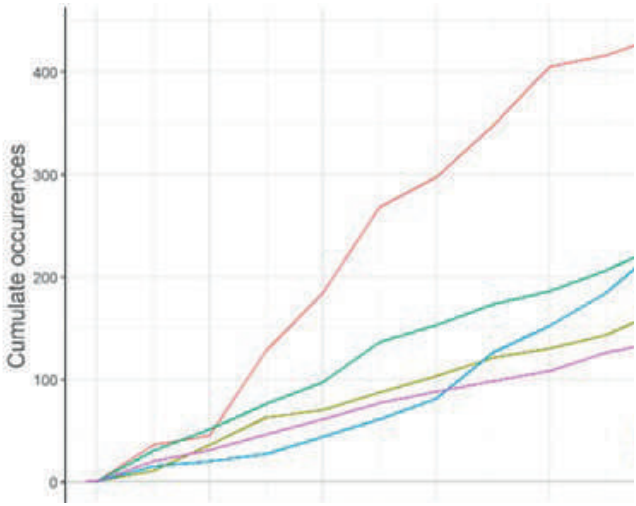
Giriş: Bu çalışmada 2015–2025 yılları arasında benign prostat hiperplazisi (BPH) konusunda yapılan bilimsel araştırmaların bibliyometrik analizi yapılmış, yayın eğilimleri, ülkeler arası katkılar, işbirliği oranları ve araştırma odakları değerlendirilmiştir.

Materyal ve metot: Çalışmada PUBMED veri tabanı kullanılmış, "benign prostatic hyperplasia" veya "BPH" anahtar kelimeleri ile 26.602 yayın saptanmıştır. 01.01.2015–31.12.2024 tarihleri arasındaki 11.065 yayın seçilmiş ve Bibliometrix paket programı ile analiz edilmiştir. Yıllara göre bilimsel üretim, dergi dağılımı, ülke katkıları, yazar işbirlikleri ve anahtar kelime trendleri incelenmiştir.

Bulgular: Yayın sayısında yıllık %21,38 oranında bir artış izlenmiş olup, en fazla yayın 2021 yılında (1096 yayın) ve 2024 yılında (1146 yayın) yapılmıştır. 2015 yılında 887 olan yayın sayısının son on yılda istikrarlı bir şekilde arttığı görülmektedir. En çok yayın yapan ülke Çin'dir (1968 yayın, %19,7) ve onu Amerika Birleşik Devletleri (1150 yayın, %11,5) takip etmektedir. Çin'de yayınların büyük çoğunluğunun tek merkezli çalışmalardan oluştuğu, ABD'de ise çok merkezli ve çok yazarlı yayın oranının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Türkiye toplamda 1174 yayın ile dikkat çekmiş ve özellikle 2020 sonrası dönemde belirgin bir artış göstermiştir. Ancak Türkiye'deki çalışmaların büyük kısmı retrospektif gözlemsel nitelikte olup randomize kontrollü çalışma sayısı sınırlıdır. Yazar işbirliği oranı %17,35 olarak bulunmuş, tek merkezli yayınların ağırlıkta olması BPH alanında uluslararası işbirliğinin görece sınırlı kaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, Kanada (%44,19) ve Almanya (%30,97) çok merkezli yayın oranı en yüksek ülkeler olarak öne çıkmaktadır. En çok yayın yapılan dergi British Journal of Pharmacology (441 yayın) olurken, en çok yayın yapan araştırmacı Wang Y. ve en üretken kurum Zhejiang Üniversitesi (729 yayın) olarak belirlenmiştir. Anahtar kelime analizinde en sık kullanılan terimlerin

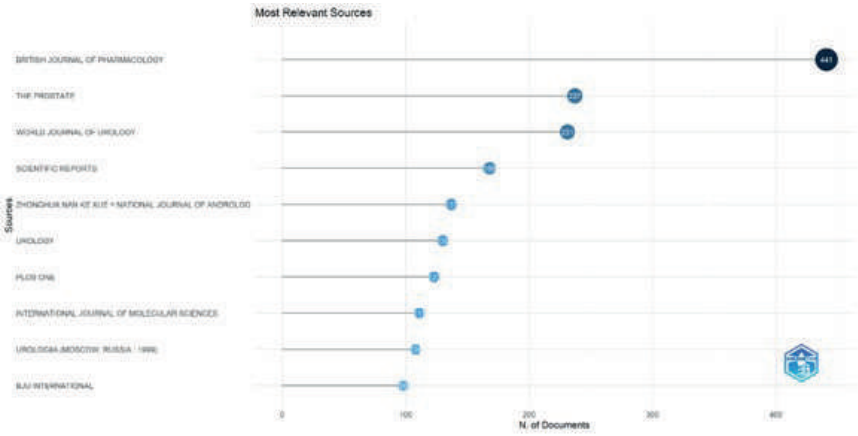
"humans" (6575) ve "male" (6285) olduğu, 2018 sonrası dönemde "quality of life" ve "treatment outcome" kavramlarının ön plana çıktığı, 2022–2024 yılları arasında ise cerrahi yöntemler ve komplikasyonlarla ilgili terimlerin artış gösterdiği görülmüştür. Ayrıca multidisipliner yaklaşımların giderek önem kazandığı ve BPH'nin yalnızca ürolojik bir hastalık değil, sistemik sağlık ile ilişkili bir durum olarak değerlendirilmeye başlandığı anlaşılmaktadır

Yıllara göre yayın sayıları



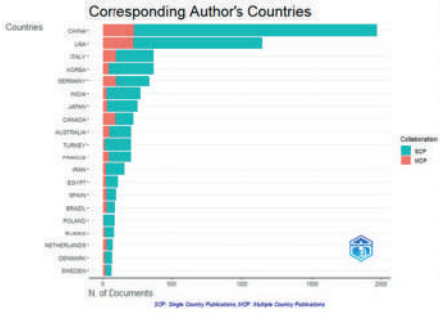
Yıllara göre yayınlanan makale sayısı incelendiğinde, en fazla yayın 'British Journal of Pharmacology' dergisinde yapılmıştır.

En Alakalı Kaynaklar



En fazla yayın, 441 yayınla "British Journal of Pharmacology" dergisinde yayınlanmıştır

İlgili yazarların ülkeleri



Country	Articles	Articles %	SCP	MCP
CHINA	1968	19,68	1737	231
USA	1150	11,5	925	225
ITALY	370	3,7	269	101
KOREA	369	3,69	323	46
GERMANY	339	3,39	234	105
INDIA	275	2,75	249	26
JAPAN	256	2,56	226	30
CANADA	224	2,24	125	99
AUSTRALIA	210	2,1	162	48
TURKEY	210	2,1	197	13
FRANCE	209	2,09	165	44
IRAN	161	1,61	138	23
EGYPT	117	1,17	93	24
SPAIN	103	1,03	77	26
BRAZIL	96	0,96	70	26
POLAND	89	0,89	83	6
RUSSIA	84	0,84	71	13
NETHERLANDS	71	0,71	44	27
DENMARK	66	0,66	51	15



Yıllara göre yayın sayısı

Yıl	Yayın sayısı
2015	887
2016	857
2017	929
2018	892
2019	1019
2020	992
2021	1096
2022	1066
2023	985
2024	1146

En ilgili kelimeler

Kelimeler	Sıklık
humans	6575
male	6285
aged	2634
middle aged	2361
animals	1482
treatment outcome	1204
retrospective studies	1055
aged 80 and over	891

quality of life	619
prospective studies	542
adult	539
prostatic hyperplasia/surgery	495
female	458
prostate/pathology	424
neoplasm grading	409
cell line tumor	394
prostate-specific antigen/blood	381
risk factors	323
prognosis	320

Sonuç: Son 10 yılda BPH araştırmalarında belirgin bir artış söz konusudur. Minimal invaziv tedavi yöntemleri, farmakolojik gelişmeler ve yaşam kalitesi üzerine odaklanan çalışmalar öne çıkarken, küratif tedaviye yönelik yenilikçi yaklaşımlar sınırlı kalmaktadır. Gelişmiş ülkelerden gelen yayın yoğunluğu dikkat çekici olup, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki veri eksiklikleri gelecekte doldurulması gereken önemli bir boşluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-036

Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi Sonrası Üriner Kontinans Üzerine MR Görüntüleme Temelli ve İntraoperatif Üretra Ölçümlerinin Öngörücü Rolü

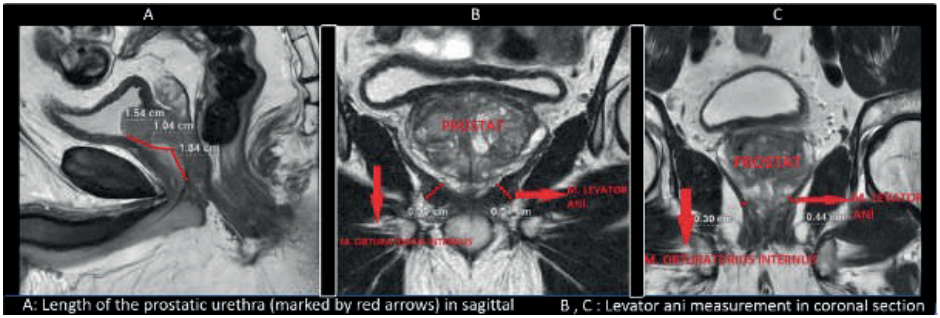
Perviz Shahsuvarlı[1], İhsan Batuhan Demir[1], Ege Nur Atabey Gerlegiz[3], Sevtap Arslan Sarıkaya[2], Türkan Akbayrak[3], Serap Özgül[3], Naşide Mangır[1], Mustafa Sertaç Yazıcı[1]

Perviz Shahsuvarlı / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrası gelişen üriner inkontinans (Üİ), lokalize prostat kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir morbidite nedenidir. Cerrahi tekniklerdeki gelişmelere ve fonksiyonel sonuçlara artan öneme rağmen kontinansın kazanılması hastalar arasında oldukça değişkenlik göstermektedir. Bu durum, postoperatif kontinansın öngörülmesinde kullanılabilecek güvenilir anatomik ve klinik belirteçlerin araştırılmasına neden olmuştur.

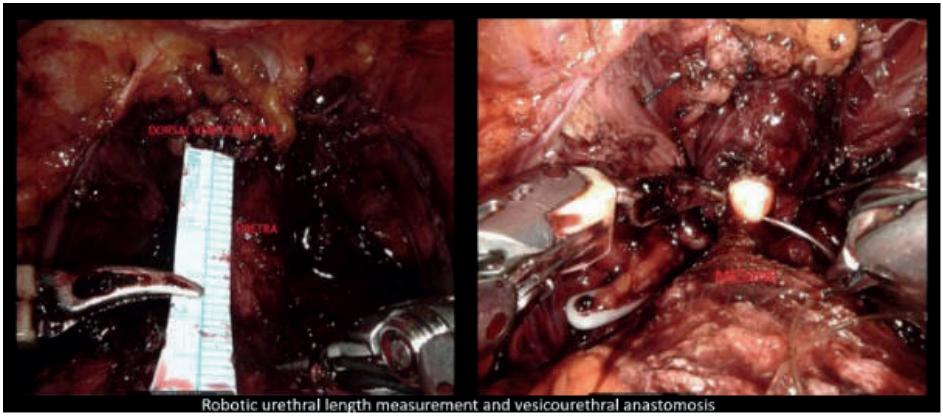
Materyal ve metot: Bu retrospektif kohort analizde, Ocak 2018 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde RALRP uygulanan 89 hasta değerlendirildi. Preoperatif üriner inkontinansı olanlar, anastomoz darlığı gelişenler ve takibi eksik olan hastalar dışlandı. İntraoperatif olarak, MUL apikal diseksiyon sırasında steril bir cetvel yardımıyla ölçüldü. Preoperatif mpMRI verisi mevcut olan 72 hastada, standart T2-ağırlıklı sagital ve koronal sekanslar kullanılarak PUL, MUL ve LAMT ölçümleri yapıldı. Tüm hastalara yapılandırılmış postoperatif pelvik taban fizyoterapisi uygulandı. Kontinans değerlendirmesi için Uluslararası İdrar Kaçırma Danışma Kurulu İdrar Kaçırma Kısa Form Anketi , 1 saatlik ped testi ve hasta bildirimleri kullanıldı. Kontinans; hiç ped kullanmamak ya da sadece kuru koruyucu ped kullanmak olarak tanımlandı. Erken kontinans, operasyon sonrası 90 gün içinde kontinansın yeniden kazanılması olarak tanımlandı.

Prostatik Üretra Uzunluğu ve M. Levator Ani Kalınlığının MRG Üzerinden Ölçümü



A: Length of the prostatic urethra (marked by red arrows) in sagittal B , C : Levator ani measurement in coronal section

Robotik Üretra Uzunluğu Ölçümü



Robotic urethral length measurement and vesicourethral anastomosis

Bulgular: Bir yıllık takipte, hastaların %80,9'u (n=72) kontinansa ulaştı; bunların %70,8'i (n=51) ilk 90 gün içinde erken kontinans sağladı. Tek değişkenli analizde, kontinans kazanımı ile PUL (p=0,037), prostat örneği ağırlığı (p=0,038), bilateral sinir koruyucu cerrahi (p=0,005), radyoterapi (p=0,001), D'Amico risk sınıflaması (p=0,010) ve patolojik T evresi (p=0,002) arasında anlamlı ilişkiler bulundu. Ancak çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca bilateral sinir koruyucu cerrahi bağımsız bir kontinans belirleyicisi olarak saptandı (p=0,037; OR=4,738; %95 GA: 1,100–20,405).ROC analizinde, PUL'ün erken kontinansı öngörme konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir doğruluğa sahip olduğu görüldü (AUC: 0,697; p=0,012). Buna karşın, MUL (AUC: 0,615), RUL (AUC: 0,631) ve LAMT (AUC: 0,619) anlamlı bir öngörü değeri göstermedi (tümü için $p > 0,05$). Alt grup analizinde, PUL ≥ 44 mm olan hastaların erken kontinansa ulaşma olasılığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Bu çalışma, RALRP sonrası uzun dönem kontinans kazanımı ile güçlü ilişkili, modifiye edilebilir bir faktör olarak bilateral sinir koruyucu tekniğin önemini vurgulamaktadır. Preoperatif ve intraoperatif anatomik ölçümler arasında yalnızca mpMRI ile ölçülen prostatik üretra uzunluğu, erken kontinansın güvenilir bir öngörücüsü olarak öne çıkmıştır. Buna karşılık, membranöz üretra uzunluğu, robotik üretra uzunluğu ve levator ani kas kalınlığı sınırlı prognostik değere sahipti. Bulgular, PUL ölçümünün preoperatif mpMRI değerlendirmelerine entegre edilerek hasta bilgilendirme ve cerrahi planlamaya katkı sağlamasını desteklemektedir. Bu sonuçların doğrulanması ve bireyselleştirilmiş kontinans risk sınıflamasının optimize edilmesi için daha büyük örneklemlerle yapılacak ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-037

Semptomatik BPH Tedavisinde Cerrahiye Etkili Bir Alternatif: Tek Merkez Bipolar RF Deneyimi

Fahri Yavuz İlki[1], Nuriye Gül Bulut[1], Turgay Ebiloğlu[1], Adem Emrah Coğuplugil[1], Yusuf Kadir Topçu[1], Selahattin Bedir[1]

Nuriye Gül Bulut / Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH), yaşlı erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının en sık nedenlerinden biridir. Medikal tedavi çoğu hastada ilk basamak olsa da, yetersiz yanıt veya yan etki gelişmesi durumunda cerrahi seçenekler gündeme gelir. Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) uzun süredir altın standarttır; ancak ileri yaş ve komorbiditeler nedeniyle bazı hastalarda yüksek cerrahi risk taşır. Bu nedenle, güvenli ve etkili minimal invaziv alternatifler önem kazanmaktadır. Bipolar radyofrekans (RF) ablasyon, prostat dokusunu kontrollü termal enerji ile küçülterek semptom ve idrar akış parametrelerinde anlamlı iyileşmeler sağlayabilen, düşük komplikasyon oranına sahip bir yöntemdir. Bu çalışmada, medikal tedaviye yanıt vermeyen BPH hastalarında bipolar RF ablasyonun klinik ve fonksiyonel sonuçları değerlendirilmiştir.

Materyal ve metot: Kasım 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında medikal tedaviye yanıt alınamayan 40 BPH hastasına uygulanan bipolar RF ablasyon işlemleri retrospektif olarak incelendi. Tedavi öncesinde ve tedaviden sonraki 1. ay, 3. ay ve 1. yıl takiplerinde prostat hacmi, Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), maksimum idrar akış hızı (Q-max), ortalama idrar akış hızı (Q-ave) ve işeme sonrası rezidüel idrar hacmi (PVR) değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 72,8 yıl idi. Prostat hacmi, 1. yılda %12,6 azalarak 53,06 ± 19,53 mL'den 46,34 ± 21,15 mL'ye düştü; ancak bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p = 0,105). İşeme sonrası rezidüel idrar hacmi (PVR), 148,83 ± 103,18 mL'den 106,37 ± 100,26 mL'ye düşerek anlamlı bir azalma gösterdi (p = 0,0018). Maksimum idrar akış hızı (Qmax), 3. ayda %48,3 artış ile 11,03 ± 6,62 mL/sn'den 16,36 ± 6,70 mL/sn'ye yükseldi ve 1. yılda 16,10 ± 6,12 mL/sn ile stabil seyretti. Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), 3. ayda 21,86 ± 7,61'den 13,30 ± 7,14'e,

1. yılda ise 10,40 ± 3,64'e düşerek anlamlı bir iyileşme gösterdi ($p < 0,001$). Takip süresince majör komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Bipolar RF ablasyon, özellikle yüksek cerrahi risk taşıyan benign prostat hiperplazisi (BPH) hastalarında güvenli ve etkili bir minimal invaziv tedavi seçeneğidir. Bu yöntem, idrar akış hızları ve işeme sonrası rezidüel idrar hacmi gibi üriner parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağlamakta, aynı zamanda semptom skorlarını belirgin şekilde azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır. Elde edilen bulgular, bipolar RF ablasyonun cerrahiye alternatif olarak değerlendirilebilecek, komplikasyon oranı düşük ve hasta konforunu yüksek düzeyde koruyan bir tedavi yaklaşımı olduğunu göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-038

Aşırı Aktif Mesane Tanısı Alan Kadınlarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sıklığının Değerlendirilmesi

FATİH EKREN[1], PERVİN KORKMAZ[2], MUSTAFA OZAN HORSANALI[3]

FATİH EKREN / SBÜ İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Aşırı aktif mesane (AAM) ve obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) hayat kalitesini ciddi oranda bozan iki sağlık sorunudur. Literatürde birçok çalışma AAM varlığında kişide uyku kalitesinde bozulma olduğunu ortaya koymuştur. Biz bu çalışmamızda AAM semptomları ile başvuran kadınlarda bir uyku bozukluğu nedeni olan OUAS sıklığını ortaya koymak istedik.

Materyal ve metot: Üroloji polikliniğine başvuruları sonucu AAM tanısı alan kadın hastalar bu prospektif çalışmaya alındı. Olguların demografik özellikleri kayıt edildi. AAM semptomları değerlendirilmesi için Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu v8 (OABv8) kullanıldı. Epworth Uykululuk Ölçeği ile gündüz uykululuk düzeyleri ve Berlin Uyku Anketi ile OUAS riski değerlendirildi. Berlin uyku anketi OUAS tanısında %86 duyarlılık ve %77 özgüllük gösterdiği belirlenmiş olan bir ölçektir. Hastalar OUAS için yüksek riskli ve düşük riskli olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 51,21±13,082 yıl olan 91 kadın dahil edildi. Hastaların ortalama OABv8 skoru 25,38±9,366 puan olarak bulundu. Berlin Uyku Anketi sonuçlarına göre 60 hasta (%65,9) OUAS için yüksek riskli olarak bulundu. Epworth Uykululuk Ölçeği ile yapılan değerlendirmede gündüz uykululuğu saptanan 58 hasta (%73,7) bulundu. OUAS açısından yüksek riskli grubu düşük riskli grup ile karşılaştırıldığında yaş (p=0,12), OABv8 skoru (p=0,83), doğum sayısı (p=0,16), sezaryen doğum sayısı (p=0,13), Epworth Uykululuk Ölçeği skoru (p=0,13), menapoz varlığı (p=0,33), sigara kullanımı (p=0,93) ve diyabet varlığı (p=0,058) açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Vücut kitle indeksi , hipertansiyon varlığı, koroner arter hastalık varlığı yüksek riskli grupta düşük riskli gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.{Sırasıyla (30,67±6,061 kg/m2'e karşılık 27,17±4,130 kg/m2; p=0,005), (%61'e karşılık %16; p < 0,001), (%23'e karşılık %0 ;P=0,002)}. Alkol

kullanım oranı düşük riskli grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%39'a karşılık %9; p=0,003). Yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile OUAS için yüksek risk grubunu tanımlamada vücut kitle indeksi yüksekliği (OR= 1,14; %95 GA: 1,03-1,26; p=0,009), hipertansiyon varlığı (OR=8,36; %95 GA: 2,81-24,86; p < 0,001), alkol kullanmamış olmak (OR=7,50; %95 GA: 2,12-26,48; p=0,002) etkili değişkenler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda AAM tanısı alan kadın hastalarda OUAS riski %65,9 olarak saptanmış ve Berlin Uyku Anketi kullanılarak yapılan genel toplum bazlı çalışmalarda OUAS riski için belirtilen %32,6 oranına göre daha yüksek bulunmuştur. Günlük pratikte AAM hastalarının OUAS yönünden ilgili branşlar ile birlikte değerlendirilmesi ve tedavisi hayat kalitelerinin yükseltilmesi için önemlidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-039

Hunner Lezyonu Olmayan Mesane Ağrısı Sendromu / İnterstisyel Sistitli Hastalarda Glomerülasyon, Mesane Kapasitesi Ve Semptomlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Türker Altuntaş[1], Mohammad Yasir Sahak[1], Ömer Faruk Asker[2], Ahmet Özgür Güçtaş[3], Kamil Çam[1], Tufan Tarcan[4]

Türker Altuntaş / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

Giriş: Bu çalışma ile mesane ağrısı sendromu (MAS) tanısı almış hastalarda hidrodistansiyon işlemi sırasında ölçülen mesane kapasitesi ile semptom skorları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve metot: Ocak 2024 ile Aralık 2024 tarihleri arasında MAS şüphesiyle genel anestezi altında tanısal sistoskopi ve hidrodistansiyon uygulanan toplam 40 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Aktif üriner sistem enfeksiyonu olanlar ve kayıtları eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri, perioperatif bulguları ve semptom skorları retrospektif olarak incelendi. Cerrahi sırasında kaydedilen mesane kapasitesi ile demografik veriler, üroflowmetri parametreleri ve İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi (İSSİ), İnterstisyel Sistit Problem İndeksi (İSPİ), Aşırı Aktif Mesane Valide Semptom Skoru (OAB-V8) ve Görsel Analog Skala (VAS) semptom skorları arasındaki korelasyon analiz edildi. Ayrıca endoskopik bulgular (glomerülasyon ve Hunner lezyonu) ile patolojik bulgular değerlendirildi ve alt grup analizleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 48,51 ± 10,63 yıl olup, 7'si (%17,5) erkek, 33'ü (%82,5) kadındı. Ortalama mesane kapasitesi 618,87 ± 215,4 ml olarak ölçüldü. Korelasyon analizinde mesane kapasitesi ile İSSİ skoru arasında anlamlı negatif bir ilişki saptandı ($p = 0,027$). Ayrıca mesane kapasitesi ile maksimum idrar akım hızı (Qmax) ve işeme hacmi arasında pozitif korelasyon bulundu. Korelasyon analizinin bir diğer bulgusu da dört farklı semptom skorunun birbiriyle pozitif korelasyon göstermesiydi. Glomerülasyon varlığına göre yapılan alt grup analizinde, semptom skorları açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmezken, glomerülasyonu olan hastalarda Qmax değeri anlamlı şekilde daha düşük bulundu ($p = 0,019$).

Tablo 1

Tablo 1. Demografik Analizler

Yaş (ortalama +/- std) (yıl)	48,51 +/- 10,63
Cinsiyet (M / F)	7 (%17,5) / 33 (%82,5)
VKİ (ortalama +/- std) (kg/m²)	27,08 +/- 3,78
DM (n (%))	3 (%7,5)
HT (n (%))	4 (%10)
Mesane Kapasitesi (ortalama +/- std) (ml)	618,87 +/- 215,4
Glomerulasyon (n (%))	8 (%20)
Hunner Lezyon (n (%))	0
Qmax (ortalama +/- std) (ml/sn)	21,9 +/- 10,48
İşeme Hacmi (ortalama +/- std) (ml)	335,02 +/- 232,95
PVR (medyan (min-max)) (ml)	49 (0-350)
VAS (ortalama +/- std)	4,02 +/- 2,76
ISSI (ortalama +/- std)	10,55 +/- 4,79
ISPI (ortalama +/- std)	9,07 +/- 4,67
OAB-V8 (ortalama +/- std)	18,25 +/- 10,8

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **DM**: Diabetes Mellitus, **HT**: Hipertansiyon, **ISSI**: İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi, **ISPI**: İnterstisyel Sistit Problem İndeksi, **OAB-V8**: Aşırı Aktif Mesane Anketi, **PVR**: İşeme Sonrası Rezidüel Hacim, **Qmax**: Üroflowmetride Maksimum İdrar Akım Hızı, **Std**: Standart Sapma, **VAS**: Görsel Analog Skala

Tablo 2

Tablo 2. Korelasyon Analizi

	Mesane Kapasitesi	Yaş	VKİ	Qmax	İşeme Hacmi	PVR	VAS	ISSI	ISPI	OAB-V8
Mesane Kapasitesi	1	-0,186	-0,054	**,540****	**,476****	0,098	0,127	**-,351***	-0,106	-0,108
Yaş	-0,186	1	**,327***	-0,011	-0,285	-0,142	0,099	0,166	0,063	0,054
VKİ	-0,054	**,327***	1	-0,029	-0,188	-0,184	-0,181	0,081	-0,068	0,145
Qmax	**,540****	-0,011	-0,029	1	**,786****	-0,107	0,151	-0,157	-0,044	-0,067
İşeme Hacmi	**,476****	-0,285	-0,188	**,786****	1	0,014	0,285	-0,177	0,028	0,021
PVR	0,098	-0,142	-0,184	-0,107	0,014	**1**	0,061	-0,308	-0,267	-0,161
VAS	0,127	0,099	-0,181	0,151	0,285	0,061	1	**,530****	**,505****	**,576****
ISSI	**-,351***	0,166	0,081	-0,157	-0,177	-0,308	**,530****	1	**,790****	**,768****
ISPI	-0,106	0,063	-0,068	-0,044	0,028	-0,267	**,505****	**,790****	1	**,738****
OAB-V8	-0,108	0,054	0,145	-0,067	0,021	-0,161	**,576****	**,768****	**,738****	1

(Pearson Korelasyon Analizi *p<0.05, **p<0,01)

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **ISSI**: İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi, **ISPI**: İnterstisyel Sistit Problem İndeksi, **OAB-V8**: Aşırı Aktif Mesane Anketi, **PVR**: İşeme Sonrası Rezidüel Hacim, **Qmax**: Üroflowmetride Maksimum İdrar Akım Hızı, **Std**: Standart Sapma, **VAS**: Görsel Analog Skala

Tablo 3

Tablo 3. Glomerulasyon Analizi

	Var (n:8)	Yok (n:32)	P değeri
Yaş (ortalama +/- std) (yıl)	53,25 +/- 9,79	47,29 +/- 10,64	0,159
Mesane Kapasitesi (ortalama +/- std) (ml)	611,25 +/- 185,5	620,78 +/- 224,91	0,913
VKİ (ortalama +/- std) (kg/m²)	29,9 +/- 2,76	26,38 +/- 3,7	**0,016**
Qmax (ortalama +/- std) (ml/sn)	13,7 +/- 6,89	23,88 +/- 10,3	**0,019**
İşeme Hacmi (ortalama +/- std) (ml)	189,28 +/- 91,77	369,03 +/- 243,51	0,065
PVR (medyan (min-max)) (ml)	50 (24-100)	42,5 (0-350)	0,361
VAS (ortalama +/- std)	3,25 +/- 2,76	4,21 +/- 2,77	0,383
ISSI (ortalama +/- std)	10,25 +/- 7,14	10,62 +/- 4,17	0,89
ISPI (ortalama +/- std)	7,5 +/- 6,88	9,46 +/- 3,99	0,459
OABV8 (ortalama +/- std)	17 +/- 14,74	18,56 +/- 9,86	0,783

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **ISSI**: İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi, **ISPI**: İnterstisyel Sistit Problem İndeksi, **OAB-V8**: Aşırı Aktif Mesane Anketi, **PVR**: İşeme Sonrası Rezidüel Hacim, **Qmax**: Üroflowmetride Maksimum İdrar Akım Hızı, **Std**: Standart Sapma, **VAS**: Görsel Analog Skala

Sonuç: Bu çalışma ile mesane kapasitesi ile İSSİ skoru arasında negatif korelasyon saptandı. Daha geniş ve prospektif çalışmalar, bu ilişkileri ve alt grup farklılıklarını daha net ortaya koyabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-040

İdiyopatik Az Çalışan Mesanesi Olan Kadınlarda Perkütan Tibial Sinir Uyarımının Etkinliği

Mahmut Uğurlu[1], Murat Yavuz Koparal[1], Mustafa Kaba[1], Serhat Çetin[1], Metin Onaran[1], İlker Şen[1]

Mahmut Uğurlu / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakütesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Çalışmamızda idiyopatik az çalışan mesanesi olan kadın hastalarda perkütan tibial sinir uyarımı(PTNS) tedavisinin etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2022 ve Ocak 2025 tarihleri arasında PTNS tedavisi uygulanan 120 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Az çalışan mesane tanısı olan 18-80 yaş aralığındaki kadın hastalardan, klinik muayene ve sistoskopik incelemede anatomik veya fonksiyonel olarak mesane çıkım tıkanıklığı bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrolsüz diabetes mellitus, nörolojik hastalık tanısı, grade 3 ve üzeri pelvik organ prolapsusu, geçirilmiş pelvik radyoterapi veya pelvik onkolojik ve rekonstrüktif cerrahi öyküsü olan ve takip verisi olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Az çalışan mesane tanısı ICS tanımlamasına uygun olarak " düşük idrar akımı, idrara başlamada zorluk, işeme esnasında ıkınma ile karakterize bazen de depolama semptomları ve mesanenin tam boşaltılamama hissini içeren " klinik bir tanı olarak konuldu. PTNS protokolü 12 hafta boyunca haftada 1 kez , her seans 30 dk sürecek şekilde uygulandı. Analizlere 38 hasta dahil edildi. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası semptomları ve üroflovmetrik parametreleri karşılaştırıldı. Komplikasyon verileri raporlandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 58,3 ± 2,1 yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların tedavi öncesi ürodinamik parametreleri Tablo 1'de özetlenmiştir. PTNS tedavisinin ardından, hastaların işeme sonrası rezidü idrar hissi (%65 - %50, p=0.03) ve boşaltım semptomlarında (%100 - %47.4, p < 0.001) anlamlı azalma tespit edilmiştir (Tablo 2). PTNS tedavisi öncesi ve sonrası üroflovmetrik parametreler karşılaştırıldığında, maksimum işeme hızı tedavi öncesi 13,9±5,2 mL/sn iken tedavi

sonrası 17,5±8,7 mL/sn olarak ve ortalama işeme hızı ise tedavi öncesi 5,7±2,6 mL/sn, tedavi sonrası 7,1±3,9 mL/sn olarak ölçüldü ve bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,01 ve p=0.02). İşenen hacim parametresi tedavi öncesi 288±160,5 mL iken, tedavi sonrası 305,9±174,4 mL olarak ölçüldü; ancak bu değişim anlamlı bulunmadı (p=0,5). İşeme sonrası rezidü idrar miktarı (PVR) ise 150,4±173,2 mL'den 103,1±115,8 mL'ye düşerek anlamlı azalma gösterdi (p < 0,001) (Tablo 3.) Komplikasyon olarak sadece 3 (%7.8) hastada iğne ponksiyon yerinde ekimoz gelişti.

Tablo 1. Tedavi Öncesi Ürodinamik Parametreler

Yaş(m,sd)	58,3±2,1
İlk His (Median, Min/max)	173(40/532)
Normal His (Median, Min/max)	295(123/637)
Güçlü His (Median, Min/max)	387(171/798)
Maksimum Mesane Kapasitesi (Median, Min/max)	449(184/801)
Qmax (Median, Min/max)	8,5(0/24)
Qort (Median, Min/max)	3(0/12)
İşenen Volüm (Median, Min/max)	211(0/600)
PVR (Median, Min/max)	205(30/800)
PDetQmax (Median, Min/max)	17,5(0/63)
MaxPDet (Median, Min/max)	27,5(3/73)
BCI (Median, Min/max)	24(0/73)
BVE % (Median, Min/max)	53 % (0/89)

Tablo 2. Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomatik Bulguların Karşılaştırılması

	PTNS Öncesi n(%)	PTNS Sonrası n(%)	p değeri
Boşaltım Semp.	38(100)	18(47,4)	<0.001
Depolama Semp.	15(39,5)	13(34,2)	0.65
Rezidü Hissi	25(65)	19(50)	0.03

Tablo 3. Tedavi Öncesi ve Sonrası Üroflowmetrik Parametrelerin Karşılaştırılması

	PTNS Öncesi	PTNS Sonrası	p
Qmax(Ort ± SD)	13.9±5.2	17.5±8.7	0,01
Qort(Ort ± SD)	5.7±2.6	7.1±3.9	0,02
İşenen Hacim(Ort ± SD)	288±160.5	305.9±174.4	0,5
PVR(Ort ± SD)	150.4±173.2	103.1±115.8	<0,01

Sonuç: PTNS idiyopatik az çalışan mesane hastalarında etkin, güvenli ve minimal invaziv bir nöromodulasyon yöntemidir. Gelecekte, periferik nöromodulasyon yöntemlerinin az çalışan mesane hastalarında tedavi seçeneklerinden biri olabileceği öngörülmektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-041

Sakral Nöromodülasyon Uygulanan Multiple Sklerozlu Hastalarda Cihaz İlişkili Sonuçların Değerlendirilmesi

Murat Yavuz Koparal[1], Stephen Rhodes[1], David Sheyn[1], Adonis Hijaz[1]

Murat Yavuz Koparal / Urology Institute, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio, USA

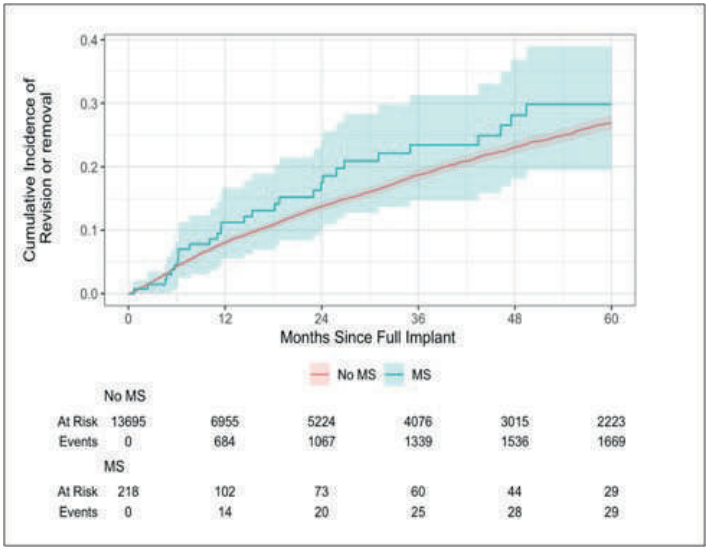
Giriş: Multipl skleroz (MS), alt üriner sistem işlev bozukluklarının (AÜSİB) sık görüldüğü, kronik ve ilerleyici bir nörolojik hastalıktır. Sakral nöromodülasyon (SNM), nörojenik ve nörojenik olmayan refrakter AÜSİB tedavisinde etkinliği gösterilmiş bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, SNM sonrası gelişebilecek cihaz ilişkili sonuçlar MS tanılı hasta grubunda yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, geniş kapsamlı bir ulusal veri tabanı kullanarak MS tanılı hastalarda SNM sonrası cihaz ilişkili sonuçları değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Bu çalışma, Amerika Birleşik Devletleri genelinde 750'den fazla hastanenin verisini içeren Premier Sağlık Sistemi Veritabanı kullanılarak yürütülen retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Çalışma 2006 ile 2022 yılları arasında fekal inkontinans, idrar retansiyonu, aşırı aktif mesane sendromu ya da sıkışma tipi idrar kaçırma tanısıyla kalıcı implant uygulanan 218 tanesi MS tanılı toplam 13.913 hastanın analizini içermektedir. Hastalar, MS tanısı olanlar ve hiçbir nörolojik bozukluğu olmayanlar (kontroller) olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmanın birincil sonucu, MS tanılı hasta grubundaki 1 ve 5 yıllık cihaz revizyon/çıkarılma oranları olarak belirlenmiştir. İkincil sonuçlar ise 1 yıl içinde ve sonrasında görülen komplikasyon oranları, uygulanan antibiyotik profilaksisi türü ile enfeksiyöz komplikasyonlar arasındaki ilişki ve MS tanısının cihaz revizyon/ çıkarılması açısından öngördürücü rolünün değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Multiple skleroz tanılı hastalar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha genç (ortalama yaş: 56,4 ± 13,2 vs. 62,4 ± 15,1 yıl; $p < 0,001$), daha sık kadın (%93 vs. %87; p=0,015) ve daha sık akademik (%57 vs. %49; p=0,018) ya da yüksek hacimli merkezlerde (cerrahın yıllık vaka sayısı > 12: %58 vs. %51; p=0,018) tedavi almıştı. MS hastalarında enfeksiyöz komplikasyon

oranları düşük olup, antibiyotik türüne göre ne 30 gün içinde ne de 30 günden sonra anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla p=0,21 ve p=0,61)(Tablo 1) Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, MS tanılı hastalarda mekanik komplikasyon oranları (1 yıl içinde %1,8 vs. %2,1; p=0,98 ve 1 yıldan sonra %2,8 vs. %4,5; p=0,28), enfeksiyöz komplikasyon oranları (1 yıl içinde %1,4 vs. %0,84; p=0,62 ve 1 yıldan sonra %0 vs. %0,29; p=0,88) ve diğer komplikasyon oranları (1 yıl içinde %0,46 vs. %0,73; p=0,95 ve 1 yıldan sonra %0,46 vs. %0,93; p=0,71) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 2). Revizyon/çıkarılma oranları MS grubunda 1 ve 5 yılda sırasıyla %11,2 ve %29,9, kontrol grubunda ise %8,1 ve %26,9 olup, her iki zaman diliminde de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Şekil 1). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde, MS tanısı revizyon/çıkarılma ile ilişkili bulunmadı (Tablo 3).

Şekil 1. Sakral nöromodülasyon sonrası cihaz revizyonu/çıkarılmasına ilişkin kümülatif insidans; multiple skleroz tanılı hastalar ile kontrol grubu karşılaştırması.



Tablo 1. MS ve kontrol grubu hastalarda antibiyotik profilaksilerine göre enfeksiyöz komplikasyonlar

	AUA Kılavuzu	Sadece sefalosporin	Diğerleri	Yok	**p değeri**
MS [n(%)]					
İlk 30 gün içerisindeki enfeksiyöz kompliksayonlar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.5)	0.21
30 gün sonrasındaki enfeksiyöz komplikasyonlar	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (2.5)	0.61
Kontrol grubu [n(%)]					
İlk 30 gün içerisindeki enfeksiyöz kompliksayonlar	3 (0.13)	16 (0.24)	5 (0.21)	4 (0.17)	0.74
30 gün sonrasındaki enfeksiyöz komplikasyonlar	15 (0.65)	49 (0.74)	34 (1.4)	26 (1.1)	0.0097

Tablo 2. MS ve kontrol grubu hastalarda erken ve orta/geç dönem komplikasyonların karşılaştırılması

	MS	Kontrol grubu	**p** değeri
İlk 1 yıl içerisindeki komplikasyonlar [n (%)]			
Mekanik komplikasyonlar	4 (1.8)	282 (2.1)	0.98
Enfeksiyöz komplikasyonlar	3 (1.4)	113 (0.84)	0.62
Diğer komplikasyonlar	1 (0.46)	98 (0.73)	0.95
1 yıl sonrasındaki komplikasyonlar [n (%)]			
Mekanik komplikasyonlar	6 (2.8)	612 (4.5)	0.28
Enfeksiyöz komplikasyonlar	0 (0)	39 (0.29)	0.88

Diğer komplikasyonlar	1 (0.46)	126 (0.93)	0.71

Tablo 3. Cihaz çıkarılma/revizyonu öngörmede Cox regresyon analizi

	HR	95% CI	**p** değeri
Yaş	0.90	0.87 - 0.92	<0.001
Cinsiyet			
Kadın	Ref.		
Erkek	0.93	0.79 - 1.09	0.4
Obezite			
Hayır	Ref.		
Evet	0.96	0.85 - 1.09	0.5
Tütün kullanımı			
Hayır	Ref.		
Evet	0.97	0.86 - 1.09	0.6
Multiple skleroz tanısı			
Hayır	Ref.		
Evet	1.16	0.80 - 1.69	0.4
SNM endikasyonu			
AAM/SITİK	Ref.		
Uriner retansiyon	1.17	0.99 - 1.38	0.061
Fekal inkontinans	0.94	0.79 - 1.13	0.5
Elixhauser komorbidite indeksi	1.0	0.99 - 1.00	0.2
Antibiyotik profilaksisi			
AUA kılavuzu	Ref.		
1. veya 2. kuşak sefalosporin	1.01	0.88 - 1.16	0.9
Diğerleri	1.02	0.86 - 1.20	0.9
Yok	1.08	0.92 - 1.27	0.4
Cerrah vaka hacmi (yıllık)			
<12	Ref.		

12-50	1.20	1.09 - 1.33	<0.001
>50	2.08	1.65 - 2.62	<0.001

Sonuç: Elde edilen veriler, MS tanısının SNM uygulanan hastalarda revizyon/çıkarılma gereksinimini artırmadığını ve komplikasyon oranlarının nörolojik hastalığı bulunmayan hastalarla karşılaştırıldığında benzer şekilde düşük olduğunu göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-042

Türkiye'de Fonksiyonel Üroloji ile İlgilenen Hekimlerin Mesane Ağrısı Sendromu/ İnterstisyel Sistit (MAS/IS) Yaklaşımları: Kontinans Derneği MAS-IS çalışma grubu Anket Çalışması

Ahmet Özgür Güçtaş[1], Türker Altuntaş[2], Eda Tokat Şahin[3], Yılören Tanıdır[4], Taner Koçak[5], Tufan Tarcan[6], MAS-IS çalışma grubu[7]

Türker Altuntaş / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Mesane Ağrısı Sendromu/İnterstisyel Sistit (MAS/İS), etiyolojisi net olarak açıklanamamış, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Tedavisi multimodal ve multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu çalışma ile, Türkiye'de fonksiyonel üroloji ile ilgilenen üroloji hekimlerinin MAS/İS tanı ve tedavi tercihlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2025-Mayıs 2025 arasında 126 üroloji hekimi, 36 soruluk çevrimiçi bir anketi tamamladı. Katılımcıların demografik bilgileri, çalıştıkları kurum türü, tanı ve tedavi yaklaşımları kaydedildi

Bulgular: Olası etiyolojide en sık otoimmünite (%45,2) düşünülmekteydi. Hekimlerin yarısından fazlası (%51,6) tanı ve tedaviyi kendisi planlamakta, diğer branşlara en çok fizik tedavi ve rehabilitasyon için yönlendirme yapılmaktaydı (%14,5). Tanıda en sık sistoskopi ve hidrodistansiyon (%77,8) tercih edilmekteydi. Fizik muayenede en sık abdominal mesane doluluk ve hassasiyet değerlendirilmekteydi (%81,7). Kılavuz tercihi olarak en çok Kontinans Derneği (%54,8) ve EAU (%38,9) kılavuzları kullanılmaktaydı. Sistoskopide hekimlerin %58,5'i anestezi altında mesane kapasitesini ölçmektedir. Hidrodistansiyon esnasında düşük basınç ve kısa süreli uygulama tercih edilmekteydi (%29,4). Biyopsi (%30,2) ve sitoloji (%19) daha az sıklıkla uygulanmaktaydı. Tedavide en sık oral pentosan polisülfat (%88,9) ve konservatif yöntemler (%81) tercih edilmekteydi. İntravezikal tedavide monoterapi olarak hyaluronik asit (%57,1) ve kokteyl olarak Lidokain-$NaHCO_3$-heparin (%27) öne çıkmaktaydı. Cerrahide en sık lazer veya TUR ablasyon uygulanmakta (%67,5), nöromodülasyon yöntemleri ise sınırlı kullanılmaktaydı. Yalnızca %31,4 hekim kendini MAS/İS yönetiminde tamamen yeterli hissetmekteydi.

Tablo 2

Tablo 2. Yaklaşım ve Hasta Profili

Etiyolojide en önemli faktör n (%)	
Psikojenik	7 (5,6)
Enfeksiyon	7 (5,6)
Nörolojik	4 (3,2)
Otoimmun	57 (45,2)
Genetik	3 (2,4)
Bilinmeyen	48 (38,1)
Etiyolojide en önemli 2. Faktör n (%)	
Psikojenik	17 (13,5)
Enfeksiyon	29 (23)
Nörolojik	13 (10,3)
Otoimmun	37 (29,4)
Genetik	13 (10,3)
Bilinmeyen	17 (13,5)
Tedavi / Refere etme Yaklaşımı n (%)	
Kendim tanı koyuyorum ve tedavi planlıyorum	65 (51,6)
Tanı koyup üst merkeze refere ediyorum	46 (36,5)
Direk üst merkeze refere ediyorum	15 (11,9)
Refere etme durumunda edilen branş n (%)	
Ürojinekoloji	4 (6,5)
Kadın Ürolojisi	43 (69,4)
Algoloji	6 (9,7)
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	9 (14,5)
Son 1 yılda görülen MAS Hasta sayısı median(min-max)	15 (2-250)
Erkek hastaları hangi yaş aralığında görmektesiniz n (%)	
<20	3 (2,6)
20-40	59 (50,4)
40-60	51 (43,6)
>60	4 (3,4)
Kadın hastaları hangi yaş aralığında görmektesiniz n (%)	
<20	0
20-40	56 (47,5)
40-60	61 (51,7)
>60	1 (0,8)
Son 5 yıl içinde 20 yaş altı tanı n (%)	
1	6 (4,8)
2-3	28 (22,6)
4-5	6 (4,8)
>5	4 (3,2)
Hiç olmadı	80 (64,5)

Tablo 3

Tablo 3. Tanı Yaklaşımı

Tanı n (%)	
Sistoskopi ve hidrodistansiyon	98 (77.8)
Potasyum duyarlılık testi	3 (2.4)
Fizik muayene	86 (68.3)
Sorgu formları	79 (62.7)
Biyobelirteçler	0
Sistoskopi ve biyopsi	76 (60.3)
Ekartasyon teshisi	69 (54.8)
Ürodinami	20 (15.9)
Fizik Muayene n (%)	
Mesane doluluğu ve hassasiyeti için abdomen muayenesi	103 (81.7)
Vulva ve vajinanın palpasyonu ile mesane, üretra ve pelvik tabanın levator ve adduktör kaslarının hassasiyetinin değerlendirilmesi	81 (64.3)
Bimanual muayene	43 (34.1)
Erkeklerde rektal muayene	56 (44.4)
Nörolojik muayene	39 (31)
Kılavuz Kullanımı n (%)	
AUA	10 (7.9)
EAU	49 (38.9)
ICS	33 (26.2)
ESSIC	16 (12.7)
EAG	0
CUA	0
BSUG	0
Kontinans Derneği Kılavuzu	68 (54.8)
Sistoskopi Tekniği n (%)	
Anestezi altında mesane kapasitesinin ölçümü	72 (58.5)
80-100cmH2O basınçta 1-2 dakika 2 döngü şeklinde hidrodistansiyon	36 (28.6)
80 cmH2O basınçta 800-1000ml'ye kadar dolum ile hidrodistansiyon	6 (4.8)
80 cmH2O basınçta infüzyon durana kadar mesaneyi doldurup 3 dakika beklerim	32 (25.4)
Düşük basınçlı (60-80 cmH2O) ve kısa süreli (<10 dakika) hidrodistansiyon uygularım	37 (29.4)
2.dolumda maksimum kapasiteye ulaşmayı beklemem	11 (8.8)
Lokal anestezi ile sistoskopi yaparım hunner lezyonu görürsem genel anestezi uygularım	26 (20.6)
Epidural anestezi kullanırım ve ertesi gün tekrar hidrodistansiyon yaparım	1 (0.8)
Sitoloji alırım	24 (19)
Her hastadan biyopsi alırım	38 (30.2)
Tanı araçlarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz n (%)	22 (17.5)

Tablo 4

Tablo 4. Tedavi Yaklaşımı

Nasıl tedavi ediyorsunuz n (%)	
Konservatif tedaviler	102 (81)
Oral tedaviler	116 (92.1)
İntravezikal tedaviler	93 (73.8)
Mesane hidrodistansiyonu	93 (73.8)
Cerrahi/ablatif tedaviler	49 (38.9)
Pelvik taban rehabilitasyonu	43 (34.1)
Nöromodulasyon	24 (19)
Konservatif tedavi yaklaşımınız nedir n (%)	
Hasta eğitimi (normal mesane fonksiyonlarını ve hastalığın kronik süreci)	113 (89.7)
Stres yönetimini	74 (58.7)
Ağrı eğitimi	65 (51.6)
Sıvı alımının düzenlenmesi	86 (68.3)
Diyet eğitimi	106 (84.1)
Mesane eğitimi	75 (59.5)
Psikoterapi	35 (27.8)
Fizik tedavi	27 (21.4)
Çalıştığınız kurumda ya da ortak alıştığınız pelvik taban fizik tedavi ekibi/birimi var mı? n (%)	26 (20.6)
Pelvik rehabilitasyon tekniklerinden hangisini kullanıyorsunuz n (%)	
Ürodinami ile eğitim	3 (2.4)
Fizik tedavici ile eğitim	24 (19)
Tetik nokta tedavisi	10 (7.9)
Elektriksel uyarı	9 (7.1)
Biofeedback	27 (21.4)
Oral tedavi tercihi n (%)	
Pentosan polisülfat	112 (88.9)
Amitriptilin	53 (42.1)
Anti epileptikler	4 (3.2)
Siklosporin A	0
Antihistaminikler	50 (39.7)
Narkotikler	2 (1.6)
Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar	68 (54)
Antidepresanlar	52 (41.3)
Antikolinerjikler	66 (52.4)
Mesane analjezikleri (Piridyum gibi)	6 (4.8)
Kullanmıyorum	11 (8.7)
Pentosan polisülfat tedavisine başlamadan önce oftalmoloji konsültasyonu istiyor musunuz? n (%)	41 (32.8)
Pentosan polisülfat tedavisi sonrası belli aralıklarla oftalmoloji konsültasyonu istiyor musunuz? n (%)	
İstemiyorum	48 (38.1)
3 ayda bir istiyorum	8 (6.3)
6 ayda bir istiyorum	27 (21.4)
Yılda bir istiyorum	15 (11.9)
Hastanın şikayeti olursa istiyorum	28 (22.2)
Pentosan polisülfat tedavisini ne kadar süre kullanmaktasınız?	
3 ay	23 (18.4)
6 ay	36 (28.8)
1 yıl	53 (42.4)
3 yıl	8 (6.4)
3 yıldan fazla	5 (4)
Pentosan polisülfat başarısına tedavini kaçıncı ayında karar veriyorsunuz?	
3. ay	82 (65.1)
6. ay	37 (29.4)
1.yıl	7 (5.6)
1 yıldan fazla	0

Tablo 1

Yaş median(min-max)	42 (27-69)
Cinsiyet (E/K) n (%)	120/6 (95,2/4,8)
Kaç yıllık uzman hekim median(min-max)	11 (1-41)
Akademik Unvan n (%)	
Uzman Dr.	51 (40,5)
Dr. Öğretim Görevlisi	14 (11,1)
Doç.	33 (26,2)
Prof.	28 (22,2)
Çalıştığı Kurum n (%)	
Devlet Hastanesi	43 (34,1)
Üniversite Hastanesi	53 (42,1)
Özel Hastane	24 (19)
Muayenehane	6 (4,8)

Demografik Veriler

Sonuç: MAS/İS yönetiminde fonksiyonel üroloji ile ilgilenen hekimler arasında dahi belirgin farklılıklar mevcuttur. Bu durum, ileri araştırmalarla standartların belirlenmesi gerekliliğini göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-043

Klinik Olarak Bulbokavernoz Refleksi Saptanamayan Kadın Hastalarda Nörofizyolojik Bulgular

Burcu Hancı Sevinç[1], Rahşan Adviye İnan[2], Ahmet Halil Sevinç[1], Fatih Tarhan[1]

Burcu Hancı Sevinç / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Bulbokavernoz refleks (BCR), S2–S4 refleks arkının bütünlüğünü değerlendirmede kullanılan önemli bir klinik bulgudur. Ancak muayenede perineal kas kasılmasının görsel ya da manuel değerlendirilmesi subjektiftir ve özellikle kadınlarda, sağlıklı bireylerde dahi refleksin saptanamayabileceği bilinmektedir. Nörofizyolojik testler, BCR elektromiyografi (EMG) ve pudendal somatosensoriyel uyarılmış potansiyel (SSEP) ile objektif değerlendirme imkânı sunar. Pudendal SSEP, pudendal sinirin afferent lifleri aracılığıyla iletilen duyusal uyarının kortikal cevabını ölçerek S2–S4 segmentleri üzerinden santral somatosensoriyel yol bütünlüğünü değerlendirir. BCR ise, aynı segment düzeyinde afferent ve efferent pudendal yolları içeren sakral refleks arkının bütünlüğünü test eden bir elektrofizyolojik testtir. Bu çalışmada, ürodinami öncesinde klinik olarak BCR saptanmayan kadın hastalarda nörofizyolojik test sonuçlarını retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2018 – Ocak 2025 arasında idrar kaçırma nedeniyle ürodinami yapılan, klinik muayenede BCR saptanmayan, 18 yaş üstü kadın hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Nörofizyolojik değerlendirme BCR EMG (klitoroanal refleks) ve pudendal SSEP ile yapıldı. Ürodinamik çalışma ICS (Uluslararası Kontinans Derneği) standartlarına uygun olarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Toplam 55 kadın hasta (ortalama yaş 51,25 ± 10,27 yıl) çalışmaya dahil edildi. Nörofizyolojik test sonuçlarına göre, olguların %23,6'sında hem BCR hem de pudendal SSEP yanıtları normaldi. Hastaların %76,4'ünde ise uzamış latans yanıtı veya yanıt alınamaması şeklinde idi. Anormal sonuç saptanan olgular incelendiğinde, %47,6'sında (20/42) her iki test de negatifti. Olguların %21,4'ünde (9/42) yalnızca BCR'de anormallik saptanırken, %31'inde (13/42) ise yalnızca pudendal SSEP anormal bulundu. Sonuç olarak, anormal test grubunun %52,4'ünde nörofizyolojik testlerden sadece birinde patoloji saptandı.Tablo 1 ve tablo 2'de

ürodinamik inceleme depolama ve boşaltım fazı bulguları ile BCR ve SSEP yanıt sonuçları özetlenmiştir.Depolama ve boşaltım fazı ürodinami bulgularının BCR ve pudendal SSEP sonuçlarıyla karşılaştırılmasında, Fisher testi ile yapılan analizlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 1: Ürodinami depolama fazı bulgularının BCR ve Pudental SSEP ile karşılaştırılması

	Normal n = 4 (%7,3)	Stres İdrar Kaçırma n = 30 (%54,5)	Detrüsör Aşırı Aktivitesi n = 10 (%18,2)	Karışık İdrar Kaçırma n = 11 (%20)
BCR				
Normal	1	12	6	6
Uzamış latans	1	1	0	0
Yanıt yok	2	17	4	5
(p = 0,52)				
SSEP				
Normal	1	13	3	5
Uzamış latans	1	5	3	1
Yanıt yok	2	12	4	5
(p = 0,90)				

Tablo 2: Ürodinami boşaltım fazı bulgularının BCR ve Pudental SSEP ile karşılaştırılması

	Normal n = 39 (%70,9)	Az Kasılan Detrüsör n = 4 (%7,3)	Çıkım Tıkanıklığı n = 7 (%12,7)	Disfonksiyonel İşeme n = 5 (%9,1)
BCR				
Normal	15	1	5	4
Uzamış latans	1	1	0	0
Yanıt yok	23	2	2	1
(p = 0,12)				
SSEP				
Normal	14	2	3	3
Uzamış latans	8	0	2	0
Yanıt yok	17	2	2	2
(p = 0,73)				

Sonuç: Klinik olarak BCR saptanamayan kadın hastalarda nörofizyolojik testlerde sıklıkla anormallikler tespit edilmektedir. BCR EMG ve pudendal SSEP'nin değerlendirilmesi, alt üriner sistem yakınmalarının tanısında ek katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Konunun daha net ortaya konulabilmesi için geniş örneklemli, çok merkezli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-044

İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrı Sendromu Hasta Sorularına Yapay Zeka Yanıtlarının Okunabilirlik ve Güvenilirlik Analizi

İbrahim Halil Şükür[1], Fesih Ok[1], Tunahan Ateş[2], Mutlu Değer[3]

İbrahim Halil Şükür / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: İnterstisyel sistit/mesane ağrı sendromu (İS/MAS), mesane ağrısı ve idrar yolu ile ilgili çeşitli semptomlarla karakterize edilen bir kronik pelvik ağrı sendromudur. Bu durumun yönetiminde, hastalara bilgi sağlamak kritik bir öneme sahiptir. Ancak bu bilgilerin anlaşılabilirliği, hastaların durumu anlamaları ve etkili bir şekilde yönetmeleri için hayati bir faktördür. Son yıllarda yapay zeka destekli sohbet botları, sağlık bilgileri sunma konusunda önemli bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle, bu botların okunabilirlikleri ve sundukları bilgilerin kalitesi, hasta eğitiminde ve bilgilendirilmesinde büyük bir rol oynayabilir. Bu çalışmanın amacı, farklı yapay zeka sohbet botlarının interstisyel sistit hakkında sağladıkları yanıtların okunabilirlik ve kalite metrikleri açısından karşılaştırmalı bir analizini gerçekleştirmektir.

Materyal ve metot: Üç yapay zeka sohbet botu (ChatGPT-5, Google Gemini ve Claude 3 Opus), İS/MAS hastalarının doktorlarına sorması önerilen ve klinik olarak ilgili 11 soru ile sorgulandı. Bu sorular, Urology Care Foundation'ın hasta rehberinden (Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome Patient Guide) alınmıştır. Okunabilirlik, Ortalama Okuma Düzeyi Konsensüsü (ARLC), Otomatik Okunabilirlik İndeksi (ARI) ve Flesch-Kincaid Derece Seviyesi (FKGL) kullanılarak değerlendirildi. Yanıtların kalitesi ve güvenilirliği EQIP aracı ve Modifiye DISCERN puanları ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler, tek yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis testleri ve çift yönlü karşılaştırmalar kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Ortalama Okuma Düzeyi Konsensüsü (ARLC) sonuçları, ChatGPT'nin 19.6±3.3 ile en yüksek puanı aldığı, Gemini'nin 18.9±3.2 ve Claude'un 16.8±3.1 ile bunu takip ettiği görülmüştür; ancak, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.129$). Otomatik Okunabilirlik İndeksi (ARI) açısından, ChatGPT 21.2±3.7 ile Gemini'ye benzer olup, yalnızca Claude'ye göre anlamlı bir üstünlük

göstererek daha karmaşık bir metin sunduğunu ortaya koymaktadır (p=0.024). Flesch-Kincaid Derece Seviyesi (FKGL) değerlendirmelerinde, ChatGPT 19.7±3.1 ile en yüksek skoru almış, Gemini 18.6±3.2 ve Claude ise 16.8±3.0 ile onu takip etmiştir; fakat istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.092). EQIP skoru açısından ChatGPT 37.4±5.5, Gemini 40.3±5.9 ve Claude 36.5±5.1 değerlerine sahip olup, her üç grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.256). Modifiye DISCERN skoru, ChatGPT [3.00 (0.0)] ve Gemini'nin [3.00 (0.0)] benzer olup Claude'den 2.00 (1.0) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (p < 0.001). Tüm bulgular, Tablo 1 ve Resim 1'de yer alan görsellerle birlikte gösterilmiştir

Resim 1. Değerlendirilen çevrimiçi hasta eğitim materyalleri için okunabilirlik ve kalite puanlarının çift yönlü karşılaştırması

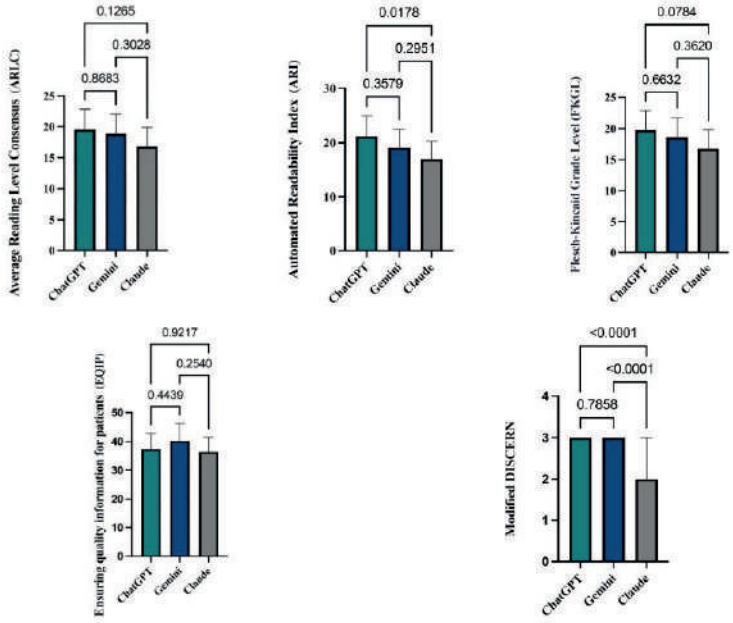


Table 1. Okunabilirlik ve Kalite Metrikleri Açısından Modellerin Karşılaştırması

Değişken	ChatGPT	Gemini	Claude	p-değeri
ARLC, ortalama ±SD	19.6±3.3	18.9±3.2	16.8±3.1	0.129
ARI, ortalama ±SD	21.2±3.7[c]	19.1±3.4	16.9±3.4[a]	0.024
FKGL, ortalama ±SD	19.7±3.1	18.6±3.2	16.8±3.0	0.092
EQIP, ortalama ±SD	37.4±5.5	40.3±5.9	36.5±5.1	0.256
Modified DISCERN, medyan (IQR)	3.00 (0.0)[c]	3.00 (0.0) [c]	2.00 (1.0)[a,b]	<0.001

IQR Çeyrekler arası genişlik, ARLC Ortalama Okuma Düzeyi Konsensüsü, ARI Otomatik Okunabilirlik İndeksi, FKGL Flesch-Kincaid Derece Seviyesi EQIP Hastalar için kaliteli bilgi sağlama a, b, c: Sırasıyla ChatGPT, Gemini ve Claude için $p<0.05$ anlamlıdır.

Sonuç: ChatGPT'nin ARI'sinde sağladığı yükseklik, diğer modellere kıyasla daha karmaşık bir dil kullandığını göstermektedir. Bununla birlikte, Modifiye DISCERN skorundaki anlamlı fark, ChatGPT ve Gemini'nin daha yüksek standartlarda bilgi sunduğunu gösterirken, Claude'un ise daha düşük bir kalite sergilediğini ortaya koymaktadır. Diğer metriklerde ise okunabilirlik açısından anlamlı farklılıklar gözlemlenmemektedir. Bu bulgular, yapay zeka destekli bilgi kaynaklarının İS/MAS hastalığı ile ilgili okunabilirlik ve güvenilirlik açısından dikkate değer bir değerlendirme sunduğunu göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-045

Celal Bayar Üniversitesi Snm Tecrübemiz: 21 Olgunun Değerlendirilmesi

ANIL GENÇOĞLU[1], ALİ CAN ALBAZ[1], OĞUZCAN ERBATU[1], GÖKHAN TEMELTAŞ[1]

ANIL GENÇOĞLU / CELAL BAYAR ÜNİVERİSTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Sakral nöromodülasyon (SNM), refrakter alt üriner sistem disfonksiyonlarının tedavisinde son yıllarda giderek daha fazla kullanılmaya başlanmış minimal invaziv bir tedavi yöntemidir. Özellikle konservatif tedavilere ve farmakolojik ajanlara yanıt vermeyen idiyopatik nonobstrüktif üriner retansiyon, aşırı aktif mesane ve interstisyel sistit gibi hastalık gruplarında SNM etkinliğini kanıtlamıştır. SNM'nin temel mekanizması, sakral sinir kökleri üzerinden mesane ve pelvik taban fonksiyonlarını modüle ederek işeme fizyolojisini yeniden düzenlemektir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda SNM'nin başarı oranları %50-70 arasında bildirilmiş olup, özellikle uygun hasta seçimi ile bu oranın daha da yükseldiği görülmektedir. Bununla birlikte, etiyolojiye göre yanıt oranlarında farklılıklar bulunmakta, interstisyel sistit olgularında başarı oranı nispeten daha düşük bildirilmektedir. Bu çalışmada, Celal Bayar Üniversitesi'nde SNM uygulanmış olan 21 hastanın klinik özellikleri, tedavi yanıtları ve literatür ile karşılaştırmalı değerlendirmesi sunulmaktadır.

Materyal ve metot: 2015-2022 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde SNM uygulanan toplam 21 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, etiyoloji, ürodinamik parametreler (Qmax, PVR, mesane kapasitesi, İİH, İSH) ve tedavi yanıtları dosya kayıtlarından elde edildi. Tedaviye yanıt, semptomlarda en az %50 oranında iyileşme olarak kabul edildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 21 hastanın yaş ortalaması 44.0 yıl olup, yaş aralığı 30 ile 62 arasında değişmekteydi. Hastaların etiyolojik dağılımı incelendiğinde en sık nedenin idiyopatik nonobstrüktif üriner retansiyon olduğu görüldü (%43, 9 hasta). Bunu aşırı aktif mesane (%29, 6 hasta) ve interstisyel sistit (%19, 4 hasta) takip etti. SNM tedavisinden fayda gören hasta sayısı 12 (%60) iken, fayda görmeyen 8 (%40) hasta mevcuttu. Hastaların bir kısmında ürodinamik parametreler eksik

olsa da, Qmax ve PVR değerlerinde iyileşme eğilimi izlendi. Özellikle idiyopatik nonobstrüktif üriner retansiyon grubunda başarı oranı diğer etiyolojilere göre daha yüksekti. Mesane kapasitesi kayıtlı olan hastalarda kapasite artışı gözlendi.Hasta grubunun büyük çoğunluğu kadın hastalardan oluşmaktaydı. SNM uygulaması geçici test aşamasından sonra kalıcı implanta geçilen hastalarda daha yüksek oranda fayda sağlandığı görüldü. Tedavi başarısı interstisyel sistit grubunda nispeten daha düşük bulundu. Genel başarı oranı (%60) literatürde bildirilen %50–70 aralığı ile uyumludur.

Özet Tablo

PARAMETRE	DEĞER	ORAN
Yaş Ortalaması	44.0	-
Etiyoloji: Nonobstriktif Üriner Retansiyon	9	%42.9
Etiyoloji: Aşırı Aktif Mesane	6	%28.6
Etiyoloji: Kronik İnterstisyel Sistit	4	%19.0
Fayda Görmüş	12	%60
Fayda Görmemiş	8	%40

Sonuç: SNM, refrakter alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde etkili ve güvenli bir yöntemdir. Bizim çalışmamızda elde edilen %60 başarı oranı, güncel serilerde bildirilen sonuçlarla uyumludur. Özellikle idiyopatik nonobstrüktif üriner retansiyon grubunda tedavi yanıtının daha belirgin olması, uygun hasta seçiminin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Literatürde de interstisyel sistit olgularında yanıt oranlarının daha düşük olduğu rapor edilmiştir; çalışmamızda da benzer bir eğilim gözlenmiştir. SNM'nin uzun dönem etkinliği ve komplikasyonları konusunda daha geniş hasta serilerine ve uzun süreli takiplere ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-046

Mesane Ağrı Sendromu/İnterstisyel Sistit Tedavisinde Sodyum Hyaluronat Ve Sodyum Kondroidin Sülfat Tedavilerinin Karşılaştırılması; Semptom Skorları Ve Seksüel Fonksiyonlar Açısından Fark Var Mı?

Ahmet Furkan Özsoy[1], Murat Can Karaburun[2], Muhammed Arif İbiş[1], Çağrı Akpınar[1], Abdurrahman Jafarov[1], Bahri Efe Turgut[1], Atakhan Musayev[1], Serhat Erkmen[1], Ömer Gülpınar[1]

Serhat Erkmen / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Mesane ağrı sendromu tedavisinde konservatif yaklaşımlardan cerrahi girişimlere kadar uzanan basamaklı yöntemler kullanılmaktadır. İntravezikal hyaluronik asit ve kondroitin sülfat tedavileri, mesanedeki glikozaminoglikan tabakasını yenileyerek etki eden bir tedavi seçeneği olup bu çalışmada, söz konusu iki tedavi yönteminin fonksiyonel ve cinsel yaşam üzerine etkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 2019 ile 2024 yılları arasında, 23'üne sodyum hyaluronat (Grup-1) ve 27'sine sodyum kondroitin sülfat (Grup-2) uygulanan toplam 50 hasta (Hunner neg) prospektif olarak kaydedilmiş ve verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara ilk 4 hafta haftada bir sonrasında 5 ay boyunca ayda bir kez instilasyon uygulandı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar preoperatif, postoperatif 1. ay ve postoperatif 6. ay olmak üzere ICSI (Interstitial Cystitis Symptom Index), ICPI(Interstitial Cystitis Problem Index), VAS (Vısual Analog Scale) ve FSFI (Female Sexual Function Index), üroflovmetry, işeme günlüğü ile değerlendirildi. Preoperatif, postoperatif 1. ay ve 6. ayda elde edilen ölçümler, her iki grup için normal dağılım gösteren değerlerde ANOVA testi ile analiz edilerek post-hoc karşılaştırmaları yapıldı. p değeri < 0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Grup-1 ve grup-2'de yaş ortalamaları sırasıyla 60.9 ve 57.1 idi. Sırasıyla Grup-1 ve Grup-2'de tanıdan intravezikal tedaviye kadar geçen süre 4.9 ve 5.2 ay idi. Tedavi öncesi ICSI skorları sırasıyla 11.1 ± 2.1 ve 10.9 ± 2.5, ICPI skorları 10.9 ± 1.8 ve 9.4 ± 2, VAS skorları 5.6 ± 1.2 ve 6.3 ± 1.7, FSFI skorları 16.8 ± 3.7 ve 17.0 ± 3.7 olarak saptandı. Her iki grup arasında tedavi öncesi yaş, tedaviye kadar geçen süre ile ICSI,

VAS ve FSFI skorlarında fark saptanmadı, ICPI ise 10.9 ± 1.8 ve 9.4 ± 2.0 anlamlı fark izlendi. (p = 0.012) (Tablo 2). Her iki grupta da tedavi ile ICSI ve ICPI skorları ile VAS ve FSFI skorlarında tedavi ile anlamlı düzelme gözlenmiştir (p < 0.05) (Tablo 1). FSFI subgrup skorlarında da (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı) istatistiksel anlamlı iyileşme gözlenmiştir(p < 0.05). İki grup tedavi yanıtı açısından karşılaştırıldığında her iki gruptaki ICSI, ICPI, VAS ve FSFI skorlarındaki iyileşme düzeylerinin benzer olduğu saptandı. (sırasıyla p=0.35, p=0.28, p=0.21 ve p=0.44)

Tedavi sonrası FSFI, VAS, ICSI, ICPI skorlarındaki değişimler (Tüm hastalar)

	Baseline	PI 1st month	PI 6th month	p value	*p value (posthoc comparisons)*		
ICSI, (mean±SD)	11.0 ± 2.3	8.4 ± 2.5	9.34 ± 2.1	0.001*	0.001	0.001	0.188
ICPI, (mean±SD)	10.1 ± 2.0	6.1 ± 1.8	6.0 ± 1.6	0.001*	0.001	0.001	0.547
VAS, (mean±SD)	6.0 ± 1.5	2.4 ± 1.1	3.1 ± 1.0	0.001*	0.001	0.001	0.011
FSFI, (mean±SD)	16.9 ± 3.7	23.2 ± 5.3	22.6 ± 4.2	0.001*	0.001	0.001	1.0
İstek, (mean±SD)	*2.8 ± 0.8*	*4.0 ± 0.9*	*4.0 ± 0.7*	*0.001**	*0.001*	*0.001*	*1.0*
Uyarılma, (mean±SD)	*2.4 ± 0.7*	*3.5 ± 1.0*	*3.5 ± 0.8*	*0.001**	*0.001*	*0.001*	*1.0*
Lubrikasyon, (mean±SD)	*3.2 ± 0.7*	*3.9 ± 0.8*	*3.8 ± 0.7*	*0.001**	*0.001*	*0.001*	*0.480*
Orgazm, (mean±SD)	*2.9 ± 0.7*	*3.9 ± 1.0*	*3.6 ± 0.9*	*0.001**	*0.001*	*0.001*	*0.767*
Tatmin, (mean±SD)	*3.1 ± 1.0*	*3.8 ± 1.1*	*3.4 ± 0.8*	*0.002**	*0.004*	*0.223*	*0.089*
Ağrı, (mean±SD)	*2.3 ± 1.1*	*3.8 ± 1.3*	*4.1 ± 1.1*	*0.001**	*0.001*	*0.001*	*0.755*

*Repeated Measures ANOVA

p values in cells refer to *baseline-PO 30th day, **baseline-PI 90th day and ***PI 30th day- PI 90th day comparisons of each parameters;

PI; Post-instilation, VAS: Visuel Analog Scale, ICSI: Intersititial Cystitis Symptom Index, ICPI: Intersititial Cystitis Problem Index, FSFI: Female Sexual Function Index, SD: Standart Deviation

Her iki grubun preoperatif demografik verilerinin karşılaştırılması

	Group 1 (n= 23) Sodyum hyaluronat	Group 2 (n= 27) Sodyum kondroidin sülfat	p value
Yaş, (mean±SD)	60.9 ± 10.1	57.0 ± 10.5	0.199*
Tanıdan intravezikal tedaviye geçen süre (ay), (mean±SD)	4.9 ± 4.5	5.2 ± 5.3	0.789*
Parite, median (IQR)	2 (2-3)	2 (2-3)	0.944**
ICSI, (mean±SD)	11.1 ± 2.1	10.9 ± 2.5	0.753*
ICPI, (mean±SD)	10.9 ± 1.8	9.4 ± 2.0	0.012*
VAS, (mean±SD)	5.6 ± 1.2	6.3 ± 1.7	0.146*
FSFI, (mean±SD)	16.8 ± 3.7	17.0 ± 3.7	0.822*

*Independent samples t test
** Mann Whitney U test

Cells represent mean± standard deviation (SD)
VAS: Visuel Analog Scale, ICSI: Interstitial Cystitis Symptom Index, ICPI: Interstitial Cystitis Problem Index, FSFI: Female Sexual Function Index,

Tedavi sonrası VAS, ICSI, ICPI and FSFI skorlarının her iki grup için karşılaştırılması

	Group-1			Group-2			
	Baseline	Postoperative 1st month	Postoperative 6th month	Baseline	Postoperative 1st month	Postoperative 6th month	p value (difference between the change trends of the groups)
ICSI, (mean ± SD)	11.1 ± 2.1	8.8 ± 2.9	10.1 ± 1.7	10.9 ± 2.5	8.1 ± 2.1	8.6 ± 2.3	0.351*
ICPI, (mean ± SD)	10.9 ± 1.8	6.52 ± 1.47	6.4 ± 1.4	9.4 ± 2.0	5.7 ± 2.0	5.6 ± 1.7	0.283*
VAS, (mean ± SD)	5.6 ± 1.2	2.5 ± 1.1	52.9 ± 0.6	6.3 ± 1.7	2.3 ± 1.2	3.2 ± 1.3	0.217*
FSFI, (mean ± SD)	16.8 ± 3.7	23.5 ± 5.5	23.7 ± 3.8	17.0 ± 3.7	23.0 ± 5.2	21.8 ± 4.4	0.444*
İstek, (mean±SD)	2.8 ± 0.8	4.0 ± 0.9	4.1 ± 0.7	2.8 ± 0.8	4.0 ± 1.0	4.0 ± 0.8	0.901*
Uyarılma, (mean±SD)	2.4 ± 0.7	3.6 ± 0.9	3.8 ± 0.7	2.4 ± 0.8	3.5 ± 1.1	3.3 ± 0.8	0.270*
Lubrikasyon, (mean±SD)	3.3 ± 0.7	3.9 ± 0.7	3.9 ± 0.7	3.1 ± 0.6	3.9 ± 0.9	3.8 ± 0.6	0.884*
Orgazm, (mean±SD)	2.8 ± 0.8	3.9 ± 1.0	3.9 ± 0.8	2.9 ± 0.7	3.8 ± 1.0	3.4 ± 0.9	0.229*
Tatmin, (mean±SD)	3.0 ± 1.1	4.0 ± 1.2	3.5 ± 0.7	3.2 ± 0.9	3.8 ± 1.1	3.2 ± 0.9	0.436*
Ağrı, (mean±SD)	2.4 ± 1.1	4.0 ± 1.3	4.3 ± 0.9	2.3 ± 1.1	3.7 ± 1.4	3.9 ± 1.3	0.745*

*Repeated Measures ANOVA

Cells represent mean± standard deviation (SD)
VAS: Visuel Analog Scale, VD: Voiding Diary, ICSI: Intersititial Cystitis Symptom Index, ICPI: Intersititial Cystitis Problem Index, FSFI: Female Sexual Function Index

Sonuç: İntravezikal sodyum hyaluronat ve sodyum kondroidin sülfat tedavileri, mesane ağrı sendromu tanılı hastalarda uluslararası kılavuzlarca önerilen etkin bir tedavidir. İntravezikal olarak uygulanan hem sodyum hyaluronat hem de sodyum kondroitin sülfat tedavileri fonksiyonel ve cinsel açıdan etkili tedaviler olup her iki tedavi seçeneği benzer başarı oranlarıyla uygulanabilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-047

Nörojenik Alt Üriner Sistem Bozukluğu Olan Hastalarda Temiz Aralıklı Kateterizasyon Sonrası Gelişen İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Retrospektif Analizi Ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Kader Ada Doğan[1], Ceyhun Özdemiroğlu[1], Ahmet Özgür Güçtaş[1], Tufan Tarcan[1]

Kader Ada Doğan / Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nörojenik alt üriner sistem bozukluğu bulunan hastalarda temiz aralıklı kateterizasyon (TAK), mesanenin düzenli boşaltılmasını ve üst üriner sistemin korunmasını sağlayan altın standart yöntemdir. Ancak en sık ve ciddi komplikasyonu idrar yolu enfeksiyonudur (İYE). İYE, yalnızca yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda sepsis ve böbrek yetmezliği gibi hayatı tehdit eden tablolara yol açabilir. Bu nedenle risk faktörlerinin belirlenmesi, hem enfeksiyonların önlenmesi hem de hasta yönetiminin bireyselleştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Çalışmanın amacı, TAK uygulayan nörojenik mesane hastalarında İYE gelişimiyle ilişkili faktörleri retrospektif olarak analiz etmektir.

Materyal ve metot: 2023–2025 yılları arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğinde takip edilen 63 hasta değerlendirildi. Dahil edilme kriterleri; ürodinami ile nörojenik mesane tanısı almış olmak, TAK başlanmış olması ve en az 6 aylık izlem kaydına sahip olmaktı. Hastaların demografik özellikleri, etiyoloji, kateterizasyon sıklığı ve düzenliliği, uygulamanın kim tarafından yapıldığı, eğitim ve uyum durumları kaydedildi. Ayrıca profilaktik antibiyotik kullanımı, antimuskarinik tedavi öyküsü ve ürodinamik parametreler incelendi. İYE, semptomlarla birlikte idrar kültüründe bakteri üremesi ile tanımlandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortancası 54 idi ve %71,4'ü erkekti. En sık etiyoloji spinal kord hasarı (%47,6) olarak bulundu. İzlemde 25 hastada (%39,7) semptomatik İYE gelişti. Düzenli TAK yapmayanlarda enfeksiyon oranı %88,9 iken, düzenli uygulayanlarda %31,5 idi (p=0,001). Günde 4 kez TAK yapanlarda enfeksiyon riski %81,8'e kadar yükselirken, 6 kez yapanlarda %32,7 olarak saptandı (p=0,004). Antimuskarinik tedavi alanlarda enfeksiyon oranı daha yüksek bulundu (p=0,035). Ancak bu, genellikle yüksek detrüsör basıncı ve aşırı aktivite nedeniyle bu tedaviyi

alan hastalarla ilişkili olabilir. Ürodinamik olarak düşük mesane kapasitesi (p=0,014), yüksek detrüsör basıncı (p=0,020), düşük mesane kompliyansı (p < 0,001) ve detrüsör aşırı aktivitesi (p=0,002) anlamlı risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: TAK uygulayan nörojenik mesane hastalarında enfeksiyon riskini belirleyen birçok faktör vardır. Özellikle düzenli ve önerilen sıklıkta kateterizasyon yapılmaması, düşük mesane kapasitesi, yüksek detrüsör basıncı, azalmış kompliyans ve detrüsör aşırı aktivitesi İYE gelişiminde öne çıkmaktadır. Bulgular, bu hasta grubunda düzenli eğitim, yakın takip ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının enfeksiyon riskini azaltmada kritik olduğunu göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-048

Multipl Skleroz Hastalarında Nörojenik Mesane Semptom Skoru ile Mesane Günlüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Büşra Aydın Erkılıç[1], Semra Oğuz[2], Elif Ünal[3], Canan Emir[3]

Büşra Aydın Erkılıç / Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Pelvik Taban Sağlığı Merkezi

Giriş: Nörojenik Mesane Semptom Skoru (NMSS), Multipl Skleroz (MS) ve diğer nörolojik hastalıklarda alt üriner sistem semptomlarının şiddetini ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini tek bir ölçekle ölçmek için kısa ve kolay uygulanabilir bir araç olarak geliştirilmiş ve son yıllarda kliniklerde giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır (Welk ve ark., 2014). Bu çalışmanın amacı, NMSS' nun mesane günlüğünden elde edilen objektif veriler ve King's Sağlık Anketi (KSA) ile sağlanan yaşam kalitesi ölçümlerinin yerine tek başına yeterli ve pratik bir değerlendirme aracı olarak kullanılıp kullanılamayacağını incelemektir.

Materyal ve metot: Kesitsel prospektif tasarımla yürütülen çalışmaya, kriterleri karşılayan 40 kadın MS hastası dahil edilmiştir. Katılımcılar üç gün süreyle mesane günlüğü (üriner inkontinans,aciliyet, işeme sıklığı,nokturi) doldurmuş, NMSS ve KSA'ni yanıtlamıştır. NMSS'nun alt alanları (inkontinans, depolama/boşaltma, sonuçlar, yaşam kalitesi ve toplam skor), mesane günlüğü verileri ve KSA alt ölçekleriyle Pearson korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: NMSS inkontinans alt boyutu ile mesane günlüğünde kaydedilen üriner inkontinans arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,43; p=0,005). Aynı alt boyutun KSA'nin genel sağlık algılması, rol limitasyonu, fiziksel ve sosyal limitasyonlar, uyku/enerji ve semptom ciddiyet skalasıve ciddiyet ölçümleri alt ölçekleriyle de pozitif orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (r=0,36–0,57; p < 0,05). NMSS-depolama ve boşaltma alt skoru ile KSA'nin semptom ciddiyet skalası puanı arasında pozitif orta derecede bir korelasyon gözlemlenmiştir (r=0,362, p=0,022). NMSS-sonuçlar alanı ile KSA' nin sosyal limitsyonlar alt skoru

arasında da pozitif orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (r=0,342, p=0,030). NMSS yaşam kalitesi alt boyutu, mesane günlüğünde aciliyet ve üriner inkontinans skorları ile (r≈0,33; p < 0,05) ve KSA'nin genel sağlık algılaması, rol limitasyonları, sosyal limitasyonlar ve emosyon alt ölçekleriyle pozitif orta düzeyde ilişkili bulunmuştur (r=0,40–0,49; p < 0,01). NMSS toplam skoru ise mesane günlüğü üriner inkontinans verileri ile (r=0,35; p=0,029) ve KSA'nin genel sağlık algılaması, rol, fiziksel, sosyal limitasyonlar, uyku/enerji ve semptom ciddiyet skalası alt ölçekleriyle pozitif anlamlı korelasyon göstermiştir (r=0,38–0,58; p < 0,01).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

Normal Değişkenler		Hasta Grubu	
n		%	
MS Tipi	Relapsing Remitting	26	65,0
	Primer Progresif	9	22,5
	Sekonder Progresif	5	12,5
Eğitim Durumu	İlkokul	22	55,0
	Lise	7	17,5
	Lisans	9	22,5
	Lisansüstü	2	5,0
Ped Kullanımı	Var	25	62,5
	Yok	15	37,5
Bağırsak Semptomları	Var	21	52,5
	Yok	19	475
	Hasta Grubu		
Sürekli Değişkenler	n	Ort.	SS.
Yaş (yıl)	40	44,98	11,77
VKİ (kg/m^2)	40	25,55	5,18
EDSS	40	3,07	1,54
Hastalık Durasyonu (yıl)	40	11,43	7,00
AÜSS Durasyonu (yıl)	40	6,20	4,58

n: sayı; %: yüzde; MS: Multipl Skleroz; Ort.: Ortalama; SS.: Standart Sapma; EDSS: Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği; AÜSS: Alt Üriner Sistem Semptomları.

Tablo 2. NMSS ve Alt Boyutları ile Diğer Ölçeklerin Toplam Puanı ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Özellikler	NMSS-İnkontinans		NMSS-Depolama ve İşeme		NMSS-Sonuçlar		NMSS-Yaşam Kalitesi		NMSS-Toplam	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
Mesane Günlüğü										
İşeme Sıklığı	0,129	0,426	0,117	0,470	-0,167	0,302	0,140	0,388	0,079	0,628
Noktüri	0,158	0,330	0,043	0,792	0,099	0,543	0,187	0,248	0,181	0,264
Sıkışma	0,179	0,268	0,223	0,166	-0,249	0,121	0,331	0,037	0,139	0,392
Üriner İnkontinans	0,432	0,005	0,194	0,230	-0,143	0,379	0,332	0,043	0,345	0,029
King's Yaşam Kalitesi Ölçeği										
Genel Sağlık Algılaması	0,469	0,002	0,318	0,046	-0,183	0,258	0,406	0,009	0,419	0,007
İnkontinans Etkisi	0,062	0,706	0,291	0,068	0,184	0,255	0,123	0,448	0,252	0,117
Rol Limitasyon	0,548	<0,001	0,235	0,144	0,148	0,363	0,494	0,001	0,583	<0,001
Fiziksel Limitasyon	0,432	0,005	0,276	0,084	0,252	0,117	0,255	0,112	0,530	<0,001
Sosyal Limitasyon	0,397	0,011	0,275	0,086	0,343	0,030	0,419	0,007	0,578	<0,001
Kişisel İlişki	0,250	0,120	-0,267	0,096	0,144	0,375	0,234	0,147	0,123	0,448
Duygu Durum	0,193	0,234	0,043	0,791	0,110	0,501	0,446	0,004	0,216	0,181
Uyku Enerji	0,360	0,023	0,248	0,123	0,027	0,869	0,258	0,108	0,381	0,015
Ciddiyet Ölçümü	0,566	<0,001	0,200	0,216	-0,096	0,554	0,310	0,051	0,466	0,002
Semptom Ciddiyet Skalası	0,492	0,001	0,362	0,022	0,077	0,638	0,290	0,070	0,569	<0,001

NMSS: Nörojenik Mesane Semptom Skoru. Pearson Korelasyon Analizi, anlamlılık düzeyi p<0,05.

Sonuç: Bu çalışma, NMSS'nin MS hastalarında hem mesane günlüğü verilerinin bir kısmını hem de yaşam kalitesi boyutlarını yansıtabilme kapasitesine



sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, elde edilen orta düzeyde korelasyonlar, NMSS'nin tek başına mesane günlüğü ve kapsamlı yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yerini tam olarak alamayacağını düşündürmektedir. NMSS, klinik uygulamalarda hızlı ve pratik bir tarama aracı olarak faydalı görünse de, ayrıntılı değerlendirme için mesane günlüğü ve KSA gibi kapsamlı yöntemlerle birlikte kullanılmalıdır. Farklı cinsiyetler ve daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak ileriye dönük çalışmalar, NMSS'nin geçerliliğini ve klinik kullanım alanlarını daha net ortaya koyacaktır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-049

Mesane Ağrısı / İnterstisyel Sistit Belirti Skorunun ve Genitoüriner Ağrı İndeksinin Türkçe Versiyonlarının Geliştirilmesi ve Validasyonu

Fatih Tarhan[1], Ömer Gülpınar[2], Ersin Köseoğlu[3], Naşide Mangır Bolat[4], Tarık Yonguç[5], Abdullah Gedik[6], Tufan Tarcan[7]

Fatih Tarhan / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Hamidiye Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmanın amacı Mesane ağrısı sendromu/İnterstisyel sistit'i (MAS/İS) olan kadın hastalar için Mesane Ağrısı/İnterstisyel Sistit Semptom Skoru (BPIC-SS) ve Genitoüriner Ağrı İndeksi (GUPI) sorgulamalarının Türkçe versiyonlarını geliştirmek ve validasyonunu yapmaktır.

Materyal ve metot: Orijinal BPIC-SS ve GUPI sorgulamalarının Türkçe versiyonları ISPOR yönergeleri doğrultusunda oluşturulduktan sonra, sorgulamaların Türkçe versiyonları katılımcıların kendilerince doldurduldu. 166'sı MAS/İS, 153'sı aşırıaktif mesane ve 102'si kontrol grubunda olmak üzere toplam 421 kadın denek çalışmaya alındı. Test-tekrar test güvenilirliği MAS/İS'li 30 hastada 2 haftalık aralıklarla değerlendirildi. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amacıyla MAS/İS'li tedavi uygulanan 37 hastaya sorgulamalar tedavi öncesinde ve tedavi sonrası 6. ayda tekrar dolduruldu. Sorgulamaların güvenilirliği (iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği), yakınsak ve ayrımsak geçerlilikler ve duyarlıklık (longitudinal geçerlilik) ile değerlendirildi.

Bulgular: Her iki sorgulamada yüksek iç tutarlılık gösterdi (BPIC ve GUPI için Cronbach α değeri sırasıyla 0,915 ve 0,936 idi). BPIC ve GUPI'nin test-tekrar test güvenilirliği yüksekti (sınıf içi korelasyon katsayısı -ICC- sırasıyla 0,965 ve 0,973 idi). BPIC ve GUPI skorları ile İnterstisyel Sistit Semptom ve Problem İndeksi (ICSI-ICPI), Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS), Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L), Hasta Genel Ciddiyet Derecesi Değerlendirmesi Ölçeği (PGI-S), Aşırıaktif Mesane Tarama formu (OAB-V8) ve mesane günlüğü parametreleri arasında orta ile çok güçlü korelasyon bulundu.Çalışma grupları arasında BPIC ve GUPI ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,0001$). BPIC ve GUPI mükemmel eğri

altı alanı (AUC) gösterdi (sırasıyla 0,982 ve 0,977). Tanısal eşik değeri, BPIC için > 17 puan (duyarlılık %89,19, özgüllük 96,86), GUPI için > 23 puan (duyarlılık %87,16, özgüllük 95,69) olarak bulundu. Tedaviye yanıt veren hastalarda tedavi öncesi ve sonrası BPIC ve GUPI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,0001$). Tedavi öncesi ve sonrası toplam BPIC ve GUPI puanları arasında ICC ile düşük bir korelasyon katsayısı elde edildi (sırasıyla 0,287 ve 0,206). BPIC ve GUPI ile PGI-S değişiklikleri arasında pozitif güçlü bir korelasyon bulundu (sırasıyla $r=0,648$; $p < 0.0001$ ve $r=0,723$; $p < 0.0001$). ROC eğrileri, BPIC için 4 puanlık (duyarlılık %96,43, özgüllük %100,00) , GUPI için ise 7 puanlık (duyarlılık %96,67, özgüllük %100,00) azalmayı tedavi yanıtını tahmin etmek için optimum eşik olarak öngördü.

Sonuç: BPIC-SS ve GUPI'nin Türkçe versiyonları, MAS/İS'li kadın hastaların semptomlarını değerlendirmek için güvenilir, tutarlı ve geçerli araçlardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-050

Akut Sistit Tanısında Yeni Yaklaşım: Multiplex PCR ile Standart İdrar Kültürünün Karşılaştırılması

Hope H. Bauer[1], Melissa Jarvis[1], Emily Hoffberg[1], Ali Furkan Batur[3], Leila S. Hojat[4], Adonis K. Hijaz[1], David Sheyn[1]

Ali Furkan Batur / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş: Akut sistit, kadınlarda en sık görülen enfeksiyonlardan biridir. Günümüzde altın standart olarak kabul edilen standart idrar kültürü (SUC), sonuçların çıkması için 24–72 saat gerektirmesi, özellikle non-Escherichia coli türlerini yakalamadaki yetersizliği ve polimikrobiyal enfeksiyonları dışlaması nedeniyle sınırlı kalmaktadır. Multiplex polimeraz zincir reaksiyonu (mPCR) ise aynı anda birçok patojeni ve direnç genini saptayabilmesi ile daha hızlı ve duyarlı bir yöntemdir. Bu çalışmada, akut sistit semptomlarıyla başvuran kadınlarda mPCR ile SUC yöntemleri karşılaştırılmıştır.

Materyal ve metot: Haziran 2023 – Haziran 2024 arasında, 60 yaş ve üzeri akut sistit semptomları ile başvuran kadınlar prospektif, eşleştirilmiş bir çalışmaya dahil edildi. Dahil etme kriterleri arasında tipik sistit semptomlarının (dizüri, pollaküri, suprapubik ağrı) varlığı ve klinik olarak komplike olmayan olgular yer aldı. Daha önce antibiyotik kullanımı, üriner kateter varlığı, anatomik anomaliler veya immünsupresif tedavi öyküsü olanlar dışlama kriterleri olarak belirlendi.Her hastadan eş zamanlı olarak orta akım idrar örneği alındı ve hem standart idrar kültürü hem de mPCR testi uygulandı. SUC için örnekler klasik yöntemlerle agar besiyerine ekildi, 24–48 saat inkübe edildi ve $\geq 10^5$ CFU/mL eşik değeri pozitif kabul edildi. mPCR testi ise Vikor Urine-ID™ platformu kullanılarak gerçekleştirildi; bu yöntem 20'den fazla bakteri türünü ve yaygın antibiyotik direnç genlerini aynı anda saptayabilmektedir.Klinik yönetim açısından, ilk tedavi sonuçları daha önce elde edilen testin raporuna göre başlatıldı. SUC sonuçları çıkana kadar ampirik tedavi uygulanırken, mPCR sonuçları erken dönemde elde edilen hastalarda tedavi yönlendirmede kullanıldı.

Bulgular: Toplam 87 hasta analiz edildi. SUC ile %41,4, mPCR ile %81,6 oranında

pozitif sonuç elde edildi. Testler arasında %43,7 oranında uyumsuzluk görüldü ve bu durum %33,3 hastada tedavi değişikliğine yol açtı. Doğru antibiyotik tedavisine ulaşma süresi genel olarak benzerdi (mPCR 67,0 saat, SUC 78,2 saat; p=0,16). Ancak SUC pozitif olgularda mPCR ile tedaviye ulaşma süresi anlamlı olarak daha kısaydı (64,8 saat vs 79,5 saat; p=0,02). Özellikle Enterococcus faecalis gibi non-E. coli türleri, mPCR ile daha sık saptandı (%43,7 vs %8,3; p < 0,001). Ayrıca mPCR, direnç genlerini SUC'a göre daha yüksek oranda belirledi (%63,2 vs %25,3).

Sonuç: Multiplex PCR, akut sistit tanısında standart kültüre kıyasla daha duyarlı ve hızlı bir yöntem olup özellikle non-E. coli türlerinin ve direnç genlerinin tanımlanmasında belirgin avantaj sağlar. Klinik pratiğe entegrasyonu halinde doğru antibiyotik tedavisine daha erken ulaşılabilir. Gelecekte daha uygun maliyetli hale gelmesi durumunda mPCR'ın, akut sistit tanısında SUC'un yerini alması ve tanısal paradigma değişimine öncülük etmesi beklenmektedir. Bu nedenle geniş ölçekli randomize çalışmalara ve canlı–ölü bakteri ayrımını netleştiren teknolojik gelişmelere ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-051

Nörojenik Olmayan Alt Üriner Sistem Semptomlarında Sakral Nöromodülasyon: Klinik Etkinlik Ve Güvenilirlik

Mutlu DEĞER[1], Sümeyye SEDAY KOLKIRAN[2], Naşide MANGIR[3], Ömer GÜLPINAR[4], Gökhan TEMELTAŞ[5], Ahmet Özgür GÜÇTAŞ[6], Ersin KÖSEOĞLU[7], Batuhan DEMİR[3], Araz MUSAEV[4], Tufan TARCAN[8]

Sümeyye SEDAY KOLKIRAN / Kahramanmaraş Devlet Hastanesi

Giriş: Amaç: Nörojenik olmayan alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olan hastalarda sakral nöromodülasyonun (SNM) etkinliğini, güvenilirliğini ve tedavi başarısını etkileyen faktörleri değerlendirmek.

Materyal ve metot: Çok merkezli çalışmaya Aşırı Aktif Mesane (AAM) (n=63) ve Kronik Üriner Retansiyon (KÜR) (n=97) tanılı olmak üzere toplam 160 hasta dahil edildi. Demografik veriler, ürolojik ilaç öyküsü, fonksiyonel işeme durumu ve mesane günlüğü parametreleri kaydedildi. Üroflovmetri sonuçları (Qmax, miksiyon hacmi, rezidü idrar), mesane günlüğü bulguları, nöromodülasyonun birinci aşama başarı oranları, SNM öncesi ve sonrası karşılaştırıldı. Pil revizyonu, çıkarılması ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 41,1±13,3 yıl olup, hastaların %70,6'sı kadındı. TAK kullanımı, KÜR grubunda %80, AAM grubunda %26,3 oranındaydı. Birinci aşamada sonucunda hastalarda %31,9 tam başarı, %41,9 kısmi başarı, %26,2 başarısızlık izlendi. AAM grubunda başarı oranı %79.3 ve KÜR grubunda %70.1 olup toplam başarı oranı %73.8 olarak bulundu. İkinci aşamaya geçen 118 hastada perioperatif komplikasyon görülmezken, postoperatif komplikasyon oranı %5,9 olarak görüldü. Pil revizyonu hastaların %7,6'sında (sadece KÜR grubunda) gerekirken, cihaz çıkarılması %14,4 (en sık enfeksiyon nedeniyle) oranında uygulandı.SNM sonrası, KÜR grubunda Qmax 8,0 mL/sn'den 20,0 mL/sn'ye ($p < 0.001$), miksiyon hacmi 200 mL'den 250 mL'ye ($p=0.015$) yükselirken ortalama rezidüel idrar 310 mL'den 90 mL'ye geriledi ($p < 0.001$). AAM grubunda miksiyon hacmi 280 mL'den 290 mL'ye artarken ($p=0.026$), Qmax ve rezidü idrar hacmi değişmedi.İdrar kaçırma tüm kohortta %61,9 oranında tamamen düzeldi. AAM grubunda tam kontinans

%52, KÜR grubunda %69,1 idi. Hastaların %27,1'sinde TAK tamamen bırakılırken, %14,4'ünde TAK kullanımı yarıya düştüğü görüldü. Mesane günlüğünde gündüz işeme miktarında artış ($p < 0.001$), gece idrar hacminde azalma ($p=0.001$) ve hem gündüz hem gece işeme sıklığında azalma ($p < 0.001$) kaydedildi. Başarıyı etkileyen tek faktör, birinci aşamada uyarı alınan kontak sayısıydı ($p < 0.001$).). Başarısız grupta 1–2 kontakta yanıt alınırken, başarılı grupta 2–4 kontakta uyarı yanıtı daha yüksek oranda gözlendi.

Tablo 1. Demografik Veriler

Tablo 1. Demografik Veriler			
		SNM Endikasyonu	
	Total (n=160)	AAM (n=63)	KÜR (n=97)
Yaş	41.1±13.3 41.0(18.0-82.0)	40.4±13.2 39.7(18.0-75.0)	41.6±13.4 41.0(18.0-82.0)
Cinsiyet, n(%) Erkek Kadın	 47(29.4) 113(70.6)	 17(27.0) 46(73.0)	 30(30.9) 67(69.1)
VKİ	25.2±4.8 24.6(16.0-49.0)	25.1±4.3 24.5(16.0-37.0)	25.3±5.1 24.9(16.0-49.0)
Sigara, n(%)	112(70.0)	45(71.4)	67(69.1)
Operasyon öyküsü, n(%)	100(62.5)	39(61.9)	61(62.9)
Alkol, n(%)	20(14.3)	10(20.0)	10(11.1)
Ürolojik ilaç kullanımı, n(%)	70(43.8)	33(52.4)	37(38.1)

Ürolojik kullandığı ilaçlar, n(%)			
Alfa bloker	14(18.9)	6(12.0)	8(33.0)
Antikolinerik	47(63.5)	36(72.0)	11(45.8)
Beta agonist	2(2.7)	2(4.0)	-
Kombinasyon	11(14.9)	6(12.0)	5(20.8)
Başvuru Semptomları, n(%)			
Depolama fazı semptomları	45(28.1)	39(61.9)	6(6.2)
Boşaltım fazı semptomları	72(45.0)	8(12.7)	64(66.0)
İşeme sonrası semptomlar	11(6.9)	4(6.3)	7(7.2)
Karışık	32(20.0)	12(19.0)	20(20.6)
Tak kullanımı, n(%)	64(40)		64(66.0)
Bez kullanımı, n(%)	8(5.0)	8(12.7)	

Aksi belirtilmediği takdirde veriler ortalama±standart sapma, medyan(min-maks) olarak ifade edildi.

VKİ= Vücut Kitle İndeksi, AAM= Aşırı Aktif Mesane, kronik üriner retansiyon=KÜR

Tablo 2. SNM Endikasyonları-1. Ve 2. Aşama Özellikleri

Tablo 2. SNM Endikasyonları-1. Ve 2. Aşama Özellikleri			
	Total (n=160)	AAM (n=63)	KÜR (n=97)
1.Aşama Başarı, n(%)			
Tam Başarılı	51(31.9)	20(31.7)	31(32.0)
%50'den fazla başarı	67(41.9)	30(47.6)	37(38.1)
Başarısız	42(26.2)	13(20.6)	29(29.9)
Tedavi Sonuçları			
Perioperatif Komplikasyon, n(%)	-	-	-
Postoperatif Komplikasyon, n(%)	7(5.9)	3(6.0)	4(5.9)
Pil revizyonu, n(%)	9(7.6)	-	9(13.2)
Çıkarılma, n(%)	8(14.4)	4(8.0)	4(5.9)
Çıkarılma nedeni, n(%)			
Yara yeri enfeksiyonu	4(50.0)	3(75.0)	1(25.0)
Başarısız	2(25.0)	1(25.0)	1(25.0)
Diğer	2(25.0)	-	2(50.0)4

SNM Başarısını Etkileyen Faktörler

Table 3. SNM Başarısını Etkileyen Faktörler									
	TOTAL			AAM			KÜR		
	Başarısız (n=42)	Başarılı (n=118)	p	Başarısız (n=13)	Başarılı (n=50)	p	Başarısız (n=29)	Başarılı (n=68)	p
Yaş	39.5(21.0-82.0)	41.5(18.0-79.0)	0.517	39.7(21.0-53.0)	40.7(18.0-75.0)	0.980	39.2(21.0-82.0)	41.5(18.0-79.0)	0.401

Cinsiyet, n(%)									
Erkek	12(28.6)	35(29.7)	>0.999	6(46.2)	11(22.0)	0.157	6(20.7)	24(35.3)	0.236
Kadın	30(71.4)	83(70.3)		7(53.8)	39(78.0)		23(79.3)	44(64.7)	
Komorbidite, n(%)	9(21.4)	23(19.5)	0.964	2(15.4)	10(20.0)	>0.999	7(24.1)	13(19.1)	0.775
Sigara, n(%)	11(26.2)	37(31.4)	0.666	2(15.4)	16(32.0)	0.316	9(31.0)	21(30.9)	>0.999
Operasyon öyküsü, n(%)	28(68.3)	71(69.6)	>0.999	9(69.2)	30(60.0)	0.750	19(65.5)	42(61.8)	0.904
Alkol, n(%)	6(15.8)	14(13.7)	0.969	3(27.3)	7(17.9)	0.671	3(11.1)	7(11.1)	>0.999
Ürolojik ilaç kullanımı, n(%)	18(42.9)	52(44.1)	>0.999	5(38.5)	28(56.0)	0.414	13(44.8)	24(35.3)	0.511
SNM Endikasyonu, n(%)									
AAM	13(31.0)	50(42.4)	0.264	-	-	-	-	-	-
KÜR	29(69.0)	68(57.6)							
Taraf, n(%)									
Sağ	19(51.4)	40(39.6)	0.298	4(36.4)	14(35.9)	>0.999	15(57.7)	26(41.9)	0.242
Sol	18(48.6)	61(60.4)		25(64.1)	25(64.1)		11(42.3)	36(58.1)	
SNM1-Uyarı alınan kontak sayısı, n(%)									
1	5(20.8)	-	<0.001	-	-	-	5(31.2)	-	<0.001
2	7(29.2)	17(19.1)		2(25.0)	8(22.2)		5(31.2)	9(17.0)	
3	7(29.2)	42(47.2)		3(37.5)	17(47.2)		4(25.0)	25(47.2)	
4	5(20.8)	30(33.7)		3(37.5)	11(30.6)		2(12.5)	19(35.8)	

SNM= Sakral Nöromodulasyon, AAM= Aşırı Aktif Mesane, kronik üriner retansiyon=KÜR

Sonuç: SNM, AAM hastalarında idrar kaçırma kontrolünde, KÜR hastalarında ise işeme fonksiyonlarının iyileşmesi ve TAK ihtiyacının azalmasında etkin ve güvenilir bir tedavidir. Doğru seçilmiş hastalarda güvenle uygulanabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-053

Erkekler İçin Genitoüriner Ağrı İndeksinin (Gupı) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği

Uğur YIlmaz[1], Fatih Tarhan[2], Tarık Yonguç[3], Abdullah Gedik[4], Mahmut Selman Mert[2], Mehmet Burak Doğrusever[2]

Fatih Tarhan / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi , Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Amaç: Erkekler için Genitoüriner Ağrı Endeksi'nin (GUPİ) Türkçe versiyonunu geliştirmek ve psikometrik geçerliliğini test etmek.

Materyal ve metot: Çalışmaya üroloji polikliniğine başvuran kronik prostatit/ kronik pelvik ağrı sendromu (KP/KPAS), iyi huylu prostat büyümesi (BPE) ve sağlıklı kontrol grupları olarak toplam 226 kişi dahil edildi. Kişiler tıbbi öykü, alt üriner sistem semptomları, pelvik ağrı, cinsel aktivite ve yaşam kalitesi ile ilgili anketler, fizik muayene, idrar tahlili, idrar kültürü, iki kadeh testi, prostat spesifik antijen (PSA), üroflovmetri , işeme sonrası kalan idrar hacmi ve ultrason muayenesi ile değerlendirildi.

Bulgular: KP/KPAS grubunun yaş ortalaması 45,84±1,03, BPE grubunun yaş ortalaması 53,37±1,82 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 45,31±1,75 olarak bulundu (p=0,0001). Cronbach alfa değeri toplam GUPI puanı için 0,903 olarak bulundu. GUPI için test-tekrar test güvenirliği tüm maddelerin iyi tekrarlanabilirliğini gösterdi. Test-tekrar test puanları arasında istatistiksel bir fark yoktu ($p > 0,05$). GUPI puanları ile Uluslararası Prostat Semptom Puanı, Ulusal Sağlık Enstitüleri Kronik Prostatit Semptom İndeksi ve EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği alt alanları arasında yüksek derecede korelasyon (p=0,0001) bulundu. Kontrol, BPE ve KP/KPAS grupları arasında ortalama GUPI alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0,0001$) gözlendi. Toplam GUPI skorunda 10 puanlık bir azalma eşik olarak belirlendi.

Sorgulamaların hasta gruplarına göre dağılımı *Kruskal-Wallis

Değişkenler	KPAS	BPE	Kontrol	P*
NIH-KPSI Ağrı	11,09±0,38	5,68±0,66	2,45±0,28	0,0001
NIH-KPSI İşeme	4,99±0,28	4,74±0,39	1,29±0,26	0,0001
NIH-KPSI QoL	8,12±0,26	4,95±0,44	1,29±0,25	0,0001
IPSS Toplam	14,70±0,74	12,82±0,98	2,14±0,32	0,0001
OAB-V8 Toplam	15,71±0,90	16,82±1,23	3,14±0,32	0,0001
SHIM	15,60±0,56	14,14±0,84	19,35±0,84	0,0001
EuroQol-5D-3L	7,43±0,14	6,40±0,20	5,41±0,15	0,0001

Test-Retest verilerinin analiz sonuçları *Wilcoxon Signed Ranks Test, **İntraclass Corelation

GUPI	Test Skoru	Retest Skoru	P*	ICC**	%95 CI**	F Test
Soru 1	1,86±0,13	1,87±0,13	0,879	0,782	0,650-0,864	0,0001
Soru 2	2,35±0,15	2,25±0,16	0,179	0,798	0,673-0,875	0,0001
Soru 3	3,15±0,15	3,07±0,16	0,292	0,612	0,379-0,758	0,0001
Soru 4	5,79±0,28	5,73±0,29	0,586	0,766	0,624-0,854	0,0001
Soru 5	2,38±0,23	2,17±0,21	0,313	0,781	0,649-0,864	0,0001
Soru 6	2,76±0,20	2,47±0,20	0,201	0,767	0,626-0,855	0,0001
Soru 7	1,89±0,11	1,78±0,13	0,157	0,596	0,355-0,748	0,0001
Soru 8	2,28±0,09	2,25±0,10	0,715	0,656	0,448-0,786	0,0001
Soru 9	3,86±0,12	3,83±0,14	0,683	0,709	0,448-0,837	0,0001
GUPI Ağrı	12,92±0,52	12,86±0,62	0,734	0,774	0,625-0,862	0,0001
GUPI İşeme	5,14±0,39	4,58±0,38	0,137	0,790	0,664-0,869	0,0001
GUPI QoL	7,76±0,25	7,85±0,33	0,550	0,691	0,461-0,817	0,0001
GUPI Toplam	25,77±0,96	22,79±1,14	0,001	0,790	0,629-0,876	0,0001

Diğer sorgulama formlarının ilgili alt alanlarıyla korelasyonu. *Sperman korelasyonu

	r	p*
GUPI Ağrı vs NIH-KPSI Ağrı	0,907	0,0001
GUPI İşeme vs NIH-KPSI İşeme	0,867	0,0001
GUPI Qol vs NIH-KPSI QoL	0,905	0,0001
GUPI Toplam vs NIH-KPSI Toplam	0,868	0,0001
GUPI Toplam vs EQ-5D-3L (6.soru)	-0,430	0,0001
GUPI İşeme vs IPSS boşaltım	0,694	0,0001
GUPI QoL vs EQ-5D-3L Toplam	0,527	0,0001

Sonuç: GUPI'nin Türkçe versiyonu, kronik pelvik ağrı şikayeti olan erkeklerde semptom şiddetini ve etkisini değerlendirmek için kullanılabilen bir araçtır.



Genitoüriner Ağrı İndeksi Türkçe Versiyonu

Erkek Genitoüriner Ağrı İndeksi

1.Son hafta içinde aşağıdaki bölgelerde herhangi bir ağrı veya rahatsızlık yaşadınız mı?

a. Perine (Makat ve hayalar arasındaki bölge)	1 Evet	0 Hayır
b. Testisler (Hayalar)	1 Evet	0 Hayır
c. Erkeklik organının ucu (idrar yapma ile ilişkisiz)	1 Evet	0 Hayır
d. Belinizin aşağısında, kasık veya idrar torbası bölgesi	1 Evet	0 Hayır

2. Son hafta içinde, (aşağıdakileri) yaşadınız mı ?

a. İdrar yaparken ağrı veya yanma?	1 Evet	0 Hayır
b. Cinsel tatmin (meni boşalması) sırasında veya sonrasında ağrı veya rahatsızlık?	1 Evet	0 Hayır
c. İdrar torbanız dolarken ağrı veya rahatsızlık?	1 Evet	0 Hayır
d. İşemeyle rahatlayan ağrı veya rahatsızlık	1 Evet	0 Hayır

3. Geçen hafta boyunca bu bölgelerin herhangi birinde ne sıklıkla ağrı veya rahatsızlık oldu?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Sıklıkla 4 Genellikle 5 Her zaman

4. Hangi sayı, geçen hafta boyunca olan ORTALAMA ağrı veya rahatsızlığınızı en iyi tanımlar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı Yok — Hayal edebileceğiniz kadar kötü ağrı

5.Geçen hafta boyunca, hangi sıklıkla idrar yapmayı bitirdikten sonra idrar torbanızı tamamen boşaltmamama hissi oldu?

0 Hiçbir zaman
1 Zamanın beşte birinden daha az
2 Zamanın yarısından az
3 Zamanın yaklaşık yarısında
4 Zamanın yarısından fazla
5 Neredeyse her zaman

6. Geçen hafta boyunca, hangi sıklıkla idrar yapmayı bitirdikten sonra iki saatten az süre içinde tekrar idrar yapmak zorunda kaldınız?

0 Hiçbir zaman
1 Zamanın beşte birinden daha az
2 Zamanın yarısından az
3 Zamanın yaklaşık yarısında
4 Zamanın yarısından fazla
5 Neredeyse her zaman

7. Geçen hafta boyunca, belirtileriniz genellikle yaptığınız türden şeyleri yapmaktan sizi ne kadar alıkoydu?

0Hiç 1 Az bir şey 2 Biraz 3 Çok

8.Geçen hafta boyunca, belirtileriniz hakkında ne kadar düşündünüz?

0Hiç 1 Az bir şey 2 Biraz 3 Çok

9. Eğer hayatınızın kalan kısmını, geçen haftada olduğu gibi belirtilerinizle geçirecek olsaydınız, bunun hakkında ne hissederdiniz?

1 Memnun 2 Çoğunlukla memnun 3 Karışık (eşit derecede memnun ve memnuniyetsiz)
4 Çoğunlukla memnuniyetsiz 5 Berbat

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-054

Kronik Sistitli Hastalarda İntravezikal İnstilasyonTedavisi Sonrası Üst Basamak Tedaviye Geçiş Prediktörlerinin Araştırılması

MEHMET GÜRKAN ARIKAN[1], İSMAİL ÖNDER YILMAZ[1], NEBİL AKDOĞAN[1], CEVDET ANIL ELDEMİR[1], İBRAHİM ALKAN ÇELEN[1], MUTLU DEĞER[1]

İBRAHİM ALKAN ÇELEN / Çukurova üniversitesi üroloji anabilim dalı

Giriş: Bu çalışmada, kronik sistit tanısı ile tedavi alan hastalarda üst basamak tedavilere geçiş oranlarının belirlenmesi ve bu geçişi öngörebilecek klinik prediktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde 2021-2025 yılları arasında kronik sistit tanısı almış hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Medikal tedaviden fayda görmeyen, intravezikal instilasyon tedavisi, intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu uygulanan hastalar ve sakral nöromodülasyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Mesane kanseri ve omurilik deformitelerine bağlı nörojen mesane olan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastalar, aldıkları tedavilere göre üç gruba ayrıldı. Sadece intravezikal instilasyon tedavisi alan grup 1; instilasyon tedavisi sonrası botoks yapılan hastalar grup 2; botoks tedavisinden yeterli fayda görmeyen ve sakral nöromodülasyon yapılan hastalar grup 3 olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, başvurularındaki klinik bulguları ve ICS skorları ve tedavi sonrası yanıtları karşılaştırıldı.

Bulgular: • Dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra toplam 69 hastanın verileri analiz edildi.Yaş, Q max, mesane kapasitesi, eğitim durumu, tanı öncesi İYE sıklığı ve inkontinans varlığı gibi parametrelerde gruplar arası istatistiksel anlamlı fark yoktu. Sadece intravezikal instilasyon tedavisi alan ve üst basamak tedaviye geçmeyen hastalarda , tanı süresi anlamlı olarak daha kısaydı ($p=0,004$). Üst basamak tedaviye ilerleyen gruplarda başlangıç ICSI skorları daha yüksekti ($p < 0,001$). Sistoskopide patolojik bulgu olan hastalarda üst basamak tedaviye geçiş daha sık gözlendi ($p=0,048$). Tedavi sırasında semptom azalması en çok intravezikal instilasyon grubunda iken, en az 6 aylık sürede belirgin ya da tam semptom azalması üst basamak tedavi alanlarda daha yüksekti ($p < 0,001$). TAK ihtiyacı olan hastalar

üst basamak tedaviye daha sık ilerledi (p=0,050).

Demografik ve klinik özelliklerin çalışma grupları arasında karşılaştırılması

	Grup 1 (n=45)	Grup 2 (n=10)	Grup 3 (n=14)	p
Yaş(yıl)	57.0(39.5-67.0)	61.5(42.0-76.5)	45.5(39.3-52.0)	0.144
Cinsiyet, n(%)				
Erkek	-	-	3(21.4)	
Kadın	45(100)	10(100.0)	11(78.6)	
Qmax	27.0(21.0-33.5)	23.0(14.0-36.3)	19.5(14.8-27.5)	0.081
Mesane kapasitesi	408.6±148.6	291.0±146.0	377.9±211.9	0.124
Eğitim durumu, n(%)				
İlköğretim	9(20.0)	6(60.0)	4(28.6)	0.139
Lise	24(53.3)	2(20.0)	6(42.9)	
Üniversite	12(26.7)	2(20.0)	4(28.6)	
Tanı konulmadan önce ne sıklıkla İYE	30.0(15.0-30.0)	15.0(13.8-30.0)	22.5(10.0-30.0)	0.113
Tanı alma süresi(ay)	24.0(12.0-36.0)[a]	42.0(12.0-75.0)	48.0(24.0-84.0)	0.004
İnkontinans, n(%)	11(24.4)	2(20.0)	3(21.4)	0.941

Sistoskopik bulgu, n(%) Normal Hiperemş Hunners lesion	 9(20.0) 21(46.7) 15(33.3)	 1(10.0) 9(90.0) -	 1(7.1) 11(78.6) 2(14.3)	0.050
ICSI puan	7.0(4.5-10.0) β, α	13.0(11.3-19.0)	14.0(12.0-17.3)	<0.001
TAK kullanımı, n(%)	1(2.2)	1(10.0)	3(21.4)	0.050

Tedavi sonuçlarının karşılaştırılma

İntravezikal istilasyon tedavisi sırasında semptomlarınız azaldı mı? , n(%) Evet Hayır	18(40.0) 27(60.0)	- 10(100.0)	- 14(100.0)	
Tedavi sonrası semptomlarınız ne kadar azaldı? , n(%) Azalmadı Azaldı	39(86.7) 6(13.3)	2(20.0) 8(80.0)	- 14(100.0)	<0.001
Botoks-Tedavi sonrası semptomla-rınız ne kadar azaldı? Azaldı Azalmadı		7(70.0) 3(30.0)	- 14(100.0)	<0.001
SNM sürecinden ne kadar fayda gördünüz? (%)			80.0(10.0-100.0)	
SNM sonrası şikayetlerde düzelme oldu mu? Hayır Evet			4(28.6) 10(71.4)	
Tedavilerden total fayda, n(%) Kısmen Belirgin	14(31.1) 31(68.9)	3(30.0) 7(70.0)	4(28.6) 10(71.4)	0.983

Veriler ortalama±standart sapma veya medyan (IQR) ile özetlendi.

[β]Gepan+botoks ile karşılaştırıldığında $p<0.05$, [α]Gepan+botoks+snm grubu ile karşılaştırıldığında $p<0.05$.



Sonuç: Medikal tedaviden fayda görmeyen, invaziv tedavi ihtiyacı olan kronik sistitli hastalarda tanı alma süresinin uzunluğu, yüksek ICSI skoru ve sistoskopide patolojik bulgu varlığı üst basamak tedavi ihtiyacını öngören önemli faktörlerdir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-055

Ağrılı Mesane Sendromu ve Üriner Mikrobiyata İlişkisinin İncelenmesi.

Alperen Balaban[1], Aydın Yenilmez[1]

Alperen Balaban / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Giriş: Ağrılı mesane sendromu /interstisyel sistit; idrar yaparken yanma, zorlanma, pelvik bölgede basınç artışı hissi ve kronik pelvik ağrı gibi sıkça karşılaşılan semptomlarla birlikte hastanın yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkilere sahip, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, kronik bir hastalıktır. Son yıllarda etyolojiyi aydınlatmaya yönelik çalışmalarda üriner sistem mikrobiyomunun, ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit de dahil olmak üzere birçok genitoüriner sistem hastalığın tanısını koymaktan tedavi sürecine kadar birçok basamakta potansiyel rolü olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit olan hastalarda tanı anında idrar mikrobiyota analizinin değerlendirilmesi planlandı.

Materyal ve metot: Çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'nda ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit tanısını almış, henüz tedavi başlanmamış 21 hasta ve hasta grubu ile benzer özelliklere sahip 21 sağlıklı erişkin dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri net olarak belirlendi ve bu kriterlere göre gruplar oluşturuldu. Hasta ve kontrol grubundan idrar örnekleri toplanarak -80 C de saklandı, DNA izolasyonu ve amplikon dizilemesi sonrası 16s rRNA ve mikrobiyota analizi yapıldıktan sonra her iki grup için idrar mikrobiyota analizleri filum, cins ve tür düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit ve kontrol grubu arasında alfa ve beta çeşitlilik parametreleri arasında fark saptanmadı ($p > 0.05$). Tür düzeyinde, hasta grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda en sık Lactobacillus iners saptanmıştır. Çalışmada gruplar arasında anlamlı bakteri kompozisyonlarını belirlemek için LEfSe analizinde, ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit olguları grubunda tür düzeyinde Veillonella montpelliérensis kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek saptandı (LDA skoru 4.2, $p < 0.05$). Sağlıklı kontrol grubunda cins düzeyinde Prevotella (LDA 5.08; $p < 0.05$), Coprococcus ($p < 0.05$), tür düzeyinde ise Prevotella



corporis, Prevotella colorans, Megaspherea microuniformis, Parabacteroides johnsonii ve Capnocytopaga sputigena (tümü için $p < 0.05$) baskın olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda idrar mikrobiyota analizleri, ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit olgularında mikrobiyota kompozisyonunda bir değişim olduğunu göstermektedir. Ağrılı mesane sendromu/ interstisyel sistit olgularında artmış Veillonella montpellierensis ve azalmış Prevotella suşları, mikrobiyota analizlerinin etiyolojisi aydınlatılmamış bu hastalığın tanı ve tedavisinin daha iyi anlaşılmasına yönelik güçlü bir araç olduğunu göstermektedir

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-056

İntravezikal Botulinum Toksin Uygulanan Medikal Tedaviye Refrakter Non-Nörojenik Aşırı Aktif Mesane Olgularında Tedavi Yanıtı ile İlişkili Klinik ve Ürodinamik Özellikler

İbrahim Erkut Avcı[1], Engin Telli[1], Anıl Dağıdır[1], Kerem Teke[1], Cüneyd Özkürkçügil[1]

Anıl Dağıdır / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Aşırı aktif mesane (AAM), erişkinlerde yaşam kalitesini belirgin ölçüde etkileyen ve bazen konservatif ve medikal tedaviye yanıtsız seyreden bir sendromdur. İntravezikal botulinum toksin tip A (BoNT-A) uygulaması bu olgularda etkinliği kanıtlanmış bir tedavi seçeneği olsa da tedaviye yanıt düzeyi hastalar arasında değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada BoNT-A sonrası semptom skorunda ≥%50 düzelme (iyi yanıt) ile < %50 düzelme (kısmi yanıt) gösteren hastaların klinik ve ürodinamik özellikleri karşılaştırıldı.

Materyal ve metot: Çalışmaya 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde intravezikal BoNT-A (100 IU onabotulinum toksin A) uygulanan erişkin olgular geriye dönük tarandı. Konservatif ve medikal tedaviye yanıtsız ve basınç akım çalışması normal olan AAM olguları çalışmaya dahil edildi. Nörolojik bir hastalık ile ilişkili AAM ve pediatrik yaş grubu çalışma dışı bırakıldı. Tedavi yanıtı OAB-V8 (Aşırı aktif mesane sorgulama formu) semptom skorundaki yüzdesel değişim üzerinden değerlendirildi. OAB-V8 skorunda ≥%50 azalma olanlar iyi yanıt (n=78), < %50 azalma olanlar kısmi yanıt (n=56) grubu olarak sınıflandırıldı. Klinik özellikler (yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar) ve ürodinamik parametreler (serbest üroflovmetri, sistometrik kapasite, detrusor aşırı aktivitesi [DAA], işeme sonrası rezidü [PVR], basınç-akım verileri, mesane kontraktilite indeksi [MKI], mesane çıkım tıkanıklık indeksi [MÇTI]) gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 134 hasta değerlendirildi (kadın %77,6; erkek %22,4). Tedavi öncesi OAB-V8 skorları iki grupta benzerdi (28,7±7,8 ve 29,7±7,3; p=0,473). Üçüncü ayda skorlar iyi yanıt grubunda 7,4±4,7'ye, kısmi yanıt grubunda ise 24,1±7,3'e geriledi (p < 0,001). Ortalama yüzdesel azalma sırasıyla %74,2±14,6 ve %18,5±18,9 bulundu (p < 0,001). Klinik özellikler açısından, iyi yanıt grubunun yaşı daha düşük

eğilimindeydi (52,8±15,9 ve 57,9±16,3; p=0,072). Cinsiyet dağılımı farklı değildi (p=0,206). Diyabetes mellitus (DM) (%17,9 ve %37,5; p=0,011) ve kronik böbrek hastalığı (KBH) (%6,4 ve %17,9; p=0,038) kısmi yanıt grubunda daha sık görüldü. Hipertansiyon oranları benzerdi (p=0,206). Ürodinamik bulgular incelendiğinde, serbest üroflovmetri maksimum akım hızı (Qmax) iyi yanıt grubunda daha yüksek bulundu (19,8±5,2 ve 17,3±3,4 ml/sn; p=0,001). Basınç-akım çalışmasında da Qmax (17,3±5,1 ve 15,3±3,2 ml/sn; p=0,005) ve MKI (116,0±25,9 ve 107,4±16,2; p=0,020) iyi yanıt grubunda daha yüksekti. PVR, sistometrik kapasite, DAA varlığı ve komplians açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 1. Tedavi yanıtına göre hastaların klinik özellikleri ve ürodinamik parametreleri

	İyi yanıt ≥%50 (n=78)	Kısmi yanıt <%50 (n=56)	**P** Değeri
Tedavi öncesi OAB-V8 skoru, ortalama ± ss	28,7 ± 7,83	29,7 ± 7,30	0,473
Tedavi sonrası (3 ay) OAB-V8 skoru, ortalama ± ss	7,4 ± 4,69	24,1 ± 7,26	<0,001
OAB-V8 skor değişme yüzdesi, ortalama ± ss	74,2 ± 14,57	18,5 ± 18,90	<0,001
Yaş (yıl), ortalama ± ss	52,8 ± 15,92	57,9 ± 16,32	0,072
Cinsiyet, n, (%)			0,206
Kadın	63 (80,8)	40 (71,4)	
Erkek	15 (19,2)	16 (28,6)	
Ek hastalık, n, (%)			
DM	14 (17,9)	21 (37,5)	0,011
HT	15 (19,2)	16 (28,6)	0,206
KBH	5 (6,4)	10 (17,9)	0,038
Semptom, n, (%)			0,638
AAM - kuru	11 (14,1)	12 (21,4)	
AAM/Sıkışma tip idrar kaçırma	38 (48,7)	25 (44,6)	
Sıkışma baskın karışık tip idrar kaçırma	17 (21,8)	13 (23,2)	
Dengeli/stres baskın karışık tip idrar kaçırma	12 (15,4)	6 (10,7)	

Serbest Üroflovmetri			
Qmax (ml/s), ortalama ± ss	19,8 ± 5,19	17,3 ± 3,42	0,001
İşeme hacmi (ml), ortalama ± ss	240,9 ± 105,0	228,0 ± 87,9	0,456
PVR hacim (ml), ortanca, [ÇAA]	10 [0-22,5]	10 [0-30]	0,327
DAA varlığı, n (%)	73 (93,6)	49 (87,5)	0,223
DAA basıncı (cmH_2O), ortanca, [ÇAA]	32 [23-50]	32 [26-63]	0,188
DAA mesane hacmi (ml), ortanca, [ÇAA]	162 [78-256]	152 [88-227]	0,888
DAA ilişkili idrar kaçırma, n, (%)	54 (69,2)	42 (75,0)	0,465
ÜSTİK varlığı, n, (%)	14 (17,9)	4 (7,1)	0,070
Sistometrik kapasite (ml), ortanca, [ÇAA]	232 [105-332]	199 [106-253]	0,282
Normal (≥200), n, (%)	42 (53,8)	28 (50,0)	0,660
Düşük (<200), n, (%)	36 (46,2)	28 (50,0)	
Komplians (ml/cmH_2O)			
Normal, n (%)	58 (74,4)	39 (69,6)	0,300
Düşük (<30), n, (%)	14 (17,9)	8 (14,3)	
Anlamlı düşük (<10) n, (%)	6 (7,7)	9 (16,1)	
Basınç akım çalışması			
Qmax (ml/s), ortalama ± ss	17,3 ± 5,10	15,3 ± 3,15	0,005
Pdet @ Qmax (cmH_2O), ortalama ± ss	29,5 ± 9,34	31,1 ± 10,59	0,369
Mesane boşaltım etkinliği (%), ortanca, [ÇAA]	96 [91-100]	94 [88,5-100]	0,261
Mesane kontraktilite indeksi, ortalama ± ss	116,0 ± 25,88	107,4 ± 16,23	0,020
Mesane çıkım tıkanıklık indeksi, ortanca, [ÇAA]	-4,5 [-15 – 6]	-1 [-10,5 – 10]	0,044

DAA: Detrusor aşırı aktivitesi, ÜSTİK: Ürodinamik stres tip idrar kaçırma ÇAA: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart Sapma



Sonuç: İntravezikal BoNT-A tedavisi, medikal tedaviye yanıtsız non-nörojenik AAM olgularında semptomlarda belirgin iyileşme sağlamaktadır. Daha genç yaş, DM ve KBH'nin olmaması, yüksek Qmax ve güçlü mesane kontraktilitesi iyi yanıt ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçlarımız, ürodinaminin klinik uygulamalarda tedavi yanıtını öngörmede ve uygun hasta seçiminde hekim için değerli bir rehber olabileceğine işaret etmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

S-057

Multiple Sklerozda Fonksiyonel Engellilik Düzeyi ve Ürodinamik Bulguların İlişkisi

Mustafa Kaba[1], Remzi Sonay[2], Damla Nur Tatlı Şahin[1], Nihat Karacabak[1], Merve Bahar Ercan[2], Murat Yavuz Koparal[1], Emine Belgin Koçer[2], İlker Şen[1]

Mustafa Kaba / Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Multipl skleroz (MS) hastalarında alt üriner sistem işlev bozukluğu sık görülmekte olup, hastalığın fonksiyonel engellilik düzeyini gösteren EDSS (Genişletilmiş Engellilik Durum Ölçeği) skoru ile ürodinamik parametreler arasındaki ilişki klinik açıdan önem taşımaktadır. Biz de bu çalışmada, MS hastalarında EDSS skoru ile ürodinamik parametreler arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Çalışma için kliniğimiz MS polikliniğinde takipli hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan ürodinamik ve nörolojik takip verilerine ulaşılan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik, radyolojik ve ürodinamik verileri kaydedildi. Hastaların EDSS skorlarını da içeren nörolojik takip verileri nöroloji kliniğindeki takip dosyalarından elde edildi. Hastaların EDSS skorları ile detrüsör aşırı aktivitesi (DAA), DAA'ya eşlik eden idrar kaçırma, ürodinamik stres tipi idrar kaçırma (ÜSİ), mesane kompliyansı ve anormal basınç akım çalışması arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Hastaların kilnik ve radyolojik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. En sık görülen MS tipi nükseden-düzelen form (%75.5) ve en sık görülen lezyonlar supratentorial lezyonlar (%87.8) olarak saptanmıştır. Hastaların MS tanısından bu yana geçen süreleri ortanca 70 (6-348) aydır. EDSS skorları ortanca 3.5 (0-8.5) olarak bulunmuştur. En sık görülen ürodinamik bulgu anormal basınç akım çalışması bulgusu (%75.5) olup onu DAA (%38.8) takip etmektedir (Tablo 2). Ürodinamik bulgular ile EDSS araındaki ilişki incelendiğinde DAA'ya eşlik eden idrar kaçırması olan hastalarda EDSS skorunun istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla EDSS: 5.5 - 3.5; p=0.019) Mesane kompliyansı, DAA, ÜSİ ve anormal basınç akım çalışması ile EDSS arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 1. Hastaların klinik, radyolojik ve üroflowmetrik verileri

Yaş (yıl) [ortanca(aralık)]	
Cinsiyet [n (%)]	
Kadın	37 (75.5)
Erkek	12 (24.5)
Multiple skleroz tipi [n (%)]	
Nükseden - düzelen	37 (75.5)
Sekonder İlerleyici	7 (14.4)
Primer İlerleyici	3 (6.1)
Lezyon yeri [n(%)]	
Supratentorial lezyon	43 (87.8)
Beyin sapı lezyonu	23 (46.9)
Servikal lezyon	35 (71.4)
Torakal lezyon	26 (53.1)
Üroflowmetri [ortanca(aralık)]	
Qmax (ml/sn)	15 (0-37)
Qort (ml/sn)	7 (0-21)
Hacim (ml)	170 (0-805)
PVR (ml)	50 (0-400)

Tablo 2. Ürodinamik parametreler

Kompliyans [n (%)]	13 (0-403)
Hipokompliyan	21 (42.9)
Normokompliyan	28 (57.1)
Detrüsor aşırı aktivitesi [n (%)]	
Yok	30 (61.2)
Var	19 (38.8)
DAA'ya eşlik eden idrar kaçırma [n (%)]	

Yok	38 (77.6)
Var	11 (22.4)
Ürodinamik stres tipi idrar kaçırma	
Yok	36 (73.5)
Var	13 (26.5)
Anormal basınç-akım çalışması [n(%)]	
Yok	12 (24.5%)
Var	37 (75.5%)

Tablo 3. EDSS ile ürodinamik parametrelerin ilişkisi

	EDSS	P değeri
Kompliyans		
Hipokompliyan	3.5 (0-8)	0.774
Normokompliyan	3.5 (0-8.5)	
DAA		
Yok	3.5 (0-8.5)	0.408
Var	3.75 (0-8)	
DAA'ya eşlik eden idrar kaçırma		
Yok	3.5 (0-8.5)	0.019
Var	5.5 (1.5-8)	
Ürodinamik stres tipi idrar kaçırma		
Yok	3.5 (0-8.5)	0.957
Var	4 (0-6)	
Anormal basınç-akım çalışması		
Yok	3.5 (0-6)	0.169
Var	4 (0-8.5)	

Sonuç: Yüksek EDSS skoru, DAA'ya eşlik eden idrar kaçırma ile ilişkili bulunmuştur. Multiple skleroz hastalarında EDSS skoru, idrar kaçırma riskini öngörmede faydalı bir klinik belirteç olarak kullanılabilir.

VİDEO BİLDİRİLER



2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-001

Transvajinal Üretral Divertikül Eksizyonu: Cerrahi Video Sunumu

SÜLEYMAN ÖNER[1], MAHMUT YOL[1], ATA ÖZEN[1], İYİMSER ÜRE[1], AYDIN YENİLMEZ[1]

MAHMUT YOL / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Üretral divertikül, kadınlarda nadir görülen ancak tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, dizüri, disparoni ve postmiksiyon damlama gibi semptomlara yol açabilen periüretral kistik oluşumlardır. Bu çalışmada kliniğimizde gerçekleştirilen transvajinal üretral divertikül eksizyon cerrahisini sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 39 yaş kadın hasta; 6 ay önce başlayan idrar yaparken ele gelen kitle hissi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, dizüri ve postmiksiyon damlama şikâyetleri ile başvurdu.Pelvik muayenede üretral meaya göre saat 4 hizasında üretra duvarında hassas, fluktuasyon veren kitle palpe edildi.

Bulgular: Hasta litotomi pozisyonunda genel anestezi altında ameliyata alındı. Sistoskopi ile divertikülün konumu, mesane boynu ve mesane değerlendirildi. Divertikül üzerine hidrodistansiyon yapıldı ve transvers insizyon yapıldı. Periüretral diseksiyon ile divertikül kesesi üretradan dikkatlice ayrıldı. Divertikül boynu bulunarak üretra ile bağlantısı kesildi ve divertikül tamamen çıkarıldı. Periüretral alan 4/0 vikril sütur ile kapatıldı. Vajen ön duvarı 3/0 biyosin ile kapatıldı. Postoperatif dönemde foley sonda 5 gün süreyle tutuldu. Postoperatif takiplerinde hasta şikâyeti olmadı, kontinans durumu korundu ve nüks saptanmadı.Hastanın patoloji sonucu üretral divertikül ile uyumlu geldi.

Sonuç: Üretral divertikül eksizyonu deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-002

Kadın Stres Tipte İdrar Kaçırma Cerrahisinde Laparoskopik ve Robotik Burch Kolposüspansiyon Sonuçlarımız

Tayyip Kılıçsokan[1], İhsan Batuhan Demir[1], Naşide Mangır[1]

Tayyip Kılıçsokan / Hacettepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Stres tipte idrar kaçırma (STİK), kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitesini belirgin şekilde bozan bir sağlık sorunudur. Günümüzde STİK cerrahisinde meş kullanımı ile ilgili endişeler nedeniyle "meşsiz" cerrahi yöntemler yeniden gündeme gelmiştir. Laparoskopik ve robotik Burch kolposüspansiyon ile ilgili güncel seriler kısıtlıdır. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan laparoskopik ve robotik Burch kolposüspansiyon sonuçları sunulmaktadır.

Materyal ve metot: •Çalışmaya 2024-2025 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde laparoskopik/robotik Burch operasyonu geçiren 8 kadın hasta dahil edildi.•Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, preoperatif değerlendirme parametreleri, perioperatif bulguları ve postoperatif sonuçları retrospektif olarak incelendi.•Ameliyat başarısı kontinansın yeniden kazanılması olarak tanımlandı. Subjektif kontinans, sorgulamada stres üriner inkontinans şikayetinin olmaması ve objektif kontinans fizik muayenede stres testin negatif olması olarak tanımlandı. Bunlara ek olarak ameliyat süreleri, kateterizasyon süreleri, postoperatif komplikasyonlar ve PGI skorları kaydedildi.

Bulgular: •Tüm hastalarda laparoskopik/robotik Burch başarıyla uygulandı.•Hastaların 5'i mikst tipte üriner inkontinans , 3 hasta izole stres tipte üriner kontinans tanısı ile opere edildi.•Ortalama yatış süresi: 2.3 gün•Clavien-Dindo komplikasyonları: yalnızca Grade 1 (n=8, %100), majör komplikasyon izlenmedi.•Hastların kontrollerinde subjektif kür oranı %100 olarak görüldü. .Kateterizasyon süresi ortalama: 2.62 gün, Takip süresi: 5.6 ay Hastalardan > %90 üzerinde PGI geri dönütleri alındı.•Re-operasyon ihtiyacı: Bir hastada Burch sütürlerinden biri mesane içerisinden geçmesi üzerine post operatif dönemde holmium lazerle kesilmişti.



Sonuç: •Laparoskopik ve robotik Burch kolposüspansiyon, mesh kullanılmadan SÜİ tedavisinde etkin ve güvenli bir yöntemdir.•Çalışmamızda tüm hastalarda kontinans sağlanmış ve majör komplikasyon görülmemiştir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-004

Laparoskopik Sakrokolpopeksi: Cerrahi Teknik ve Klinik Sonuçlara Genel Bir Bakış – Video Sunum

Onur Serin[1], Özgür Ekici[1]

Onur Serin / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Laparoskopik sakrokolpopeksi (LSCP), pelvik organ prolapsusu (POP) tedavisinde giderek artanoranda tercih edilen minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu video sunumda, LSCP tekniğinincerrahi aşamaları, kullanılan materyaller ve dikkat edilmesi gereken anatomik noktalar görsel olarakaktarılmış; aynı zamanda kısa dönem klinik sonuçlar paylaşılmıştır.

Materyal ve metot: Sunumda, evre 3 apikal prolapsusu bulunan, postmenopozal ve seksüel aktif bir hastaya uygulananLSCP operasyonu adım adım gösterilmiştir. Operasyon sırasında insidental olarak fark edilenuterusa yerleşik 3cm kitle de kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi gözetiminde eksizeedilmiştir. Vakada prolene mesh kullanılarak vajen apeksi sakral promontoryuma fikse edilmiştir. İşlem boyunca periton diseksiyonu, mezosigmoid kolon mobilizasyonu, sakral promontoryumdiseksiyonu, ve mesh fiksasyonu detaylı biçimde sunulmuştur.

Bulgular: Cerrahi süre 140 dakika, hastanede kalış süresi 1 gündür. Postoperatif dönemde komplikasyonizlenmemiştir. Eş zamanlı olarak eksize edilen kitlenin patolojisi leiyomyom gelmiştir. Hastanın 2.ay kontrolünde anatomik düzeltme tam, semptomatik iyileşme anlamlı olarak değerlendirilmiştir.Seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesinde belirgin artış gözlenmiştir.

Sonuç: LSCP, apikal prolapsus cerrahisinde güvenli ve etkili bir yöntem olup, uzun dönem başarısı vedüşük rekürrens oranları ile ön plana çıkmaktadır. Evre 3-4 pelvik organ prolapsusta laparoskopiksakrokolpopeksi; minimal invaziv olması, yüksek başarı oranlarına sahip olması ve eş zamanlıintraabdominal ek cerrahi girişimlere izin vermesi nedeniyle günümüzde altın standart teknikolmaya devam etmektedir. Video sunum, hem yeni başlayan cerrahlar için öğretici olması hem dedeneyimli cerrahlar için teknik detayların pekiştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-005

Skene Bezi Kisti Rezeksiyonu Operasyonu Video Bildirisi

İbrahim Can SARIYILDIZ[1]

İbrahim Can SARIYILDIZ / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video sunumun amacı, üretral kistlerin nadir fakat klinik açıdan önemli bir tipi olan Skene bezi kistlerinde eksizyon cerrahisinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini göstermektir. Ameliyatın basitliği, kısa süresi ve komplikasyon oranının düşüklüğü nedeniyle hem uzmanlara hem de asistanlara öğretici bir katkı sunmayı hedeflemektedir.

Materyal ve metot: Skene bezi, paraüretral bezlerin en büyüğü olup, kanal tıkanıklığı sonucunda kistleşebilir. Klinik olarak dizüri, disparoni ve ele gelen kitle ile ortaya çıkabilir. Tanıda pelvik muayene ve sistoskopi temel yöntemler olup, MR görüntüleme lezyonun karakterizasyonunda önemli rol oynar. Ayırıcı tanıda üretral divertikül düşünülmeli, ancak Skene kistinde üretral lümenle bağlantı bulunmaz. Literatürde aspirasyon, marsupializasyon, insizyon, drenaj ve eksizyon cerrahisi gibi çeşitli tedavi seçenekleri tanımlanmıştır. Ayrıca adenokarsinom gelişimi olguları bildirilmiş olup, bu durum cerrahi eksizyonu daha da önemli kılmaktadır.Vaka: Elli yaşında kadın hasta, 6 yıldır üretrada ele gelen kitle yakınmasıyla başvurdu. Muayenede üretra sağ lateralde yaklaşık 2,5 cm çapında kistik lezyon saptandı. MR'da düzgün sınırlı, kontrast tutmayan kist izlendi. Spinal anestezi altında, litotomi pozisyonunda 16F foley sonda ile operasyon başlatıldı. Kist çevresinden insizyon yapılarak lezyon eksize edildi ve insizyon uygun şekilde kapatıldı.

Bulgular: Operasyon 15 dakikada sorunsuz tamamlandı. Perioperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Postop 1. günde spançlar çıkarılarak hasta taburcu edildi. Erken dönem kontrollerinde yara iyileşmesi düzgündü, 1.yıl kontrollerinde nüks gözlenmedi.

Sonuç: Skene bezi kistlerinde eksizyon cerrahisi kısa süreli, güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Bu video sunumla, cerrahi adımların öğretici şekilde gösterilmesiyle, özellikle eğitim sürecindeki asistanlar için değerli bir kaynak olma amaçlanmıştır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-006

Transvajinal Sistosel Onarımı Video Sunum

Süleyman ÖNER[1], Kağan TOPKALE[1], Ata ÖZEN[1], İyimser ÜRE[1], Aydın YENİLMEZ[1]

Kağan TOPKALE / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Sistosel, pelvik organ prolapsusunun en sık görülen formudur ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Tedavide cerrahi onarım halen en etkin yöntemdir. Bu olgu sunumunda, kliniğimizde sistosel onarımı yapılan bir hastanın cerrahi süreci ve erken dönem sonuçları paylaşılmaktadır.

Materyal ve metot: 55 yaşında multipar kadın hasta, 3 spotan vajinal doğum öyküsü mevcut. Uzun süredir mevcut olan vajinal dolgunluk şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede evre 3 sistosel ve evre 1 pelvik organ prolapsusu saptandı. İnkontinans gözlenmedi. Hastanın ek olarak hipotiroidisi mevcuttu. Preoperatif değerlendirme sonrası cerrahi onarım planlandı.

Bulgular: Hasta yüksek litotomi pozisyonuna alındıktan sonra vajen ve perine bölgesi antiseptik solüsyon ile temizlendi ve Foley sonda yerleştirilerek mesane boşaltıldı. Hidrodiseksiyon ile birlikte anterior vajen duvarına orta hat boyunca longitudinal insizyon yapıldı ve mukozal flepler lateralize edildi. Disseksiyon inferiorda serviks, laterallerde puboservikal ligamanlara kadar yapıldı. Puboservikal fasya ortaya kondu. Fasya üzerindeki defekt ve gevşek alanlar belirlendikten sonra puboservikal fasya orta hatta pilikasyon sütürları ile yaklaştırılarak onarıldı. Fazla vajinal mukoza eksize edilerek vajinal kanalın anatomisi yeniden sağlandı. Vajen açıklığı kontrol edildi. Mukoza 2/0 vikril sütürlerle kapatıldı. Ameliyat sonunda vajene tampon mesh yerleştirildi. Foley sonda ve tampon postoperatif 1. günde çekildi. Komplikasyon gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Hasta postoperatif dönemde sorunsuz iyileşti. Takiplerinde vajinal prolapsusun tamamen düzeldiği gözlendi.

Sonuç: Sistosel onarımı, uygun seçilmiş olgularda düşük morbidite ile başarılı sonuçlar sağlamaktadır. Bu olgu, cerrahi tedavinin güvenilirliğini ve etkinliğini göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-007

Transobturator Tape (TOT) ve Anterior Vajinal Onarım ile Sistosel Tedavisi Video Sunumu

SÜLEYMAN ÖNER[1], MAHMUT YOL[1], ATA ÖZEN[1], İYİMSER ÜRE[1], AYDIN YENİLMEZ[1]

MAHMUT YOL / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Stres tip idrar kaçırma ve sistosel, pelvik taban desteğinin zayıflaması sonucu sık görülen, yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyen iki önemli ürojinekolojik problemdir. Transobturator Tape (TOT) yöntemi, stres inkontinans tedavisinde etkin bir çözüm sunarken; anterior vajinal onarım, sistoselin anatomik olarak düzeltilmesini sağlar. Bu videoda, aynı seansta TOT+ anterior vajinal sistosel onarım cerrahi tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 61 yaşında, 3 spontan doğum öyküsü olan, postmenopozal kadın hasta, son 2 yıldır mevcut olan idrar kaçırma ve vajinada ele gelen şişlik şikâyeti ile başvurdu. Medikal tedaviden fayda görmeyen hastanın 4 yıl önce geçirilmiş TAH+BSO öyküsü mevcuttu. Pelvik muayenede orta derecede sistosel ve stres testi pozitif gözlendi. Pelvik organ prolapsusu derecelendirmesinde sistosel POP-Q evre II olarak saptandı.

Bulgular: Hasta genel anestezi altında yüksek litotomi pozisyonuna alındı. Mesaneye foley sonda yerleştirildi ve mesane boşaltıldı. Vajen anterior duvar hidrodiseksiyon ardından orta hat insizyonu insizyonu yapıldı ve submukozal doku diseke edildi. Lateral vajinal fasyalar ortaya konularak 2/0 vicril ile plikasyon süturları atıldı ve anterior vajinal onarım yapıldı. Ardından TOT uygulanmasına geçildi. Her iki obturator foramen girişine klitoris hizasından yaklaşık 3-5 cm lateralinden 0,5 cm'lik cilt insizyonları yapıldı. TOT kancaları dıştan içe doğru ilerletildi.Kancalara takılan sentetik mesh kancaların geri çekilmesi ile orta üretra altına yerleştirildi. Meshin gerginliği üretrada obstrüksiyon olmayacak şekilde ayarlandı ve vajen duvarına 4/0 biyosin ile tespit edildi. Fazla mesh uçları kesildi ve cilt insizyonları 3/0 biyosin sütur ile kapatıldı. Vajen anterior duvar 2/0 vicril ile kapatıldı.İntraoperatif ve Postoperatif takiplerinde komplikasyon izlenmedi. Sonda



1 gün tutuldu. Sonda çekilmesinin ardından hastanın idrar yapmasında problem gözlenmedi. Postoperatif 1. ay ve 3.ay kontrolünde stres tip inkontinans izlenmedi. Urge inkontinans şikayetinin devam ettiği gözlendi.Pelvik muayenede sistosel saptanmadı.

Sonuç: TOT ve anterior vajinal onarımın aynı seansta uygulanması, hem stres inkontinans hem de sistosel varlığında kombine bir çözüm sunar. Doğru cerrahi teknik ile başarı oranı yüksektir, iyileşme süresi kısadır ve komplikasyon oranları düşüktür.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-008

Başarısız Askı Cerrahileri Sonrası Alternatif Yaklaşım: Rektus Fasyası ile Pubovajinal Sling ve Mesh Eksizyonu

Timur Kürşad Ülgen[1], Ahmet Furkan Özsoy[1], Mehmet Fatih Özkaya[2], Serhat Erkmen[1], Ömer Gülpınar[1]

Serhat Erkmen / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video bildiride, stres üriner inkontinans nedeniyle birden fazla başarısız askı cerrahisi geçirmiş kadın hastada, önceki cerrahiden kaynaklanan meshin kısmi eksizyonu ve rektus fasyasından hazırlanan otolog pubovajinal sling cerrahisinin ayrıntıları sunulmaktadır.

Materyal ve metot: lki 22 yıl önce olmak üzere, stres üriner inkontinans nedeniyle toplam üç kez askı cerrahisi geçirmiş, iki vajinal doğum öyküsü bulunan 50 yaşındaki kadın hasta; stres inkontinans ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu şikâyetleri ile tarafımıza başvurdu. Yapılan laboratuvar, üroflowmetri ve ürodinamik tetkikler sonrasında hastaya mesh eksizyonu ve pubovajinal sling işlemi planlandı. Cerrahi Yöntem: Vajen ön duvarında ters U insizyonu yapılarak mesh eksizyonu gerçekleştirildi. Bunu takiben, laterallerde keskin ve künt diseksiyon uygulandı. Ardından ischium'un inferior ramusu parmakla palpe edilerek, pubis üzerinden retropubik yaklaşımla otolog fasyanın geçirilmesine olanak sağlamak amacıyla yaklaşık 3 cm'lik insizyon yapıldı. Otolog fasya, Tension-free Vaginal Tape (TVT) iğnesi yardımıyla retropubik alandan geçirilerek mukozaya quilting sütürlerle tespit edildi. Daha sonra vajen duvarı kapatılarak işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Toplam cerrahi süresi 85 dakika idi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif 1.günde sonda çekilerek hasta taburcu edildi.

Sonuç: Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde farklı askı yöntemleri mevcuttur. Bu seçeneklerden biri de otolog fasyadan hazırlanan pubovajinal sling cerrahisidir. Greft farklı dokulardan elde edilebilmekle birlikte, rektus fasyası en sık tercih edilen ve uygun seçeneklerden biridir. Stres inkontinans nedeniyle askı cerrahisi planlanan hastalarda güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-009

Dirençli Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Tibial Sinir Uyarım Cihazı İmplantasyonu

Gabrielle Rustia[1], Kevin Parr[1], Murat Yavuz Koparal[1], Adonis Hijaz[1]

Murat Yavuz Koparal / Urology Institue, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio, United States

Giriş: Dirençli aşırı aktif mesanede (AAM), tibial sinir uyarım cihazı implantasyonu minimal invaziv ve yenilikçi bir tedavi seçeneğidir. Bu yöntem, ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda semptom kontrolünü artırmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu video sunumun amacı, AAM nedeniyle çok sayıda başarısız tedavi girişimi olan bir kadın hastada gerçekleştirilen Revi™ cihazı implantasyonuna ilişkin cerrahi basamakları ve teknik ayrıntıları paylaşmaktır.

Materyal ve metot: Hasta supin pozisyonda yatırılır ve ayak bileği hafif dış rotasyona getirilir. İşleme başlamadan önce, medial malleolün 2 cm ve 7 cm kranialinde iki nokta işaretlenir ve bu noktalar üzerinde 2 adet vertikal hatlar çizilir. Ardından tibia sınırı palpe edilir ve bu sınırın yaklaşık 2 cm inferiorundan, daha önce çizilmiş olan vertikal hattı dik kesecek şekilde insizyon hattı belirlenir. Lokal anestezi uygulamasını takiben cilt ve cilt altı dokular geçilerek krural fasyaya ulaşılır. Fasya, kraniokaudal yönde yaklaşık 3 cm uzunluğunda insize edilir ve altındaki dokular makas yardımıyla kibarca serbestlenir. Bu aşamada implant, krural fasyanın altına yerleştirilir. Daha sonra, steril olarak hazırlanmış giyilebilir eksternal stimülasyon cihazı ayak bileğine yaklaştırılara duyusal ve motor yanıt kontrol edilir. Optimal sonuç; düşük veya orta düzeyde stimülasyon (< 5 mA) ile elde edilen parestezi ya da motor yanıttır. İmplant üzerinde bulunan dört adet fiksasyon deliği aracılığıyla implant krural fasyaya tespit edilir. Fiksasyonun ardından intraoperatif test tekrarlanarak yanıt doğrulanır. Fasyal insizyon açık bırakılırken, cilt ve cilt altı tabakaları primer olarak kapatılır ve işlem sonlandırılır.



Bulgular: 74 yaş kadın hasta dirençli AAM nedeniyle başvuruyor. Daha önce AAM nedeniyle başarısız oral oksibutinin, 200 ünite Botilinum toksin ve sakral nöromodülasyon öncesi PNE öyküsü mevcut. Sıkışma tipi idrar kaçırması mevcut. Gündüz idrar sıklığı 4-6, gece ise 1 kez kalkıyor ancak her sabah ıslak uyanıyor. İşeme ile ilgili şikayeti yok ve rezidü idrarı 34ml. Tam idrar tetkikinde anormal bulgu yok. İdrar kültüründe üreme yok. Hastaya dirençli AAM nedeniyle tibial sinir uyarım cihazı (Revi™ cihazı) yerleştirildi. Cihazın postoperatif 2. hafta sonrasında aktifleştirilmesi planlandı.

Sonuç: Tibial sinir uyarım cihazı implantasyonu, dirençli aşırı aktif mesane tedavisinde umut verici ve minimal invaziv bir seçenektir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-010

Sakrokolpopeksi Sonrası Nüks Uterin Prolapsusa Yaklaşım : Robot Yardımlı Histerektomi + Sakrokolpopeksi

Ahmet Furkan Özsoy[1], Muratcan Karaburun[2], Muhammed Arif İbiş[1], Çağrı Akpınar[1], Atakan Ataklı[1], Altay Ak[1], Salih Taşkın[3], Ömer Gülpınar[1]

Atakan Ataklı / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video bildiride; yüksek dereceli uterin prolapsus nedeniyle robotik sakrokolpopeksi öyküsü olan 59 yaşında kadın hastada tekrarlayan uterin prolapsus nedeniyle uygulanan robot yardımlı histerektomi + sakrokolpopeksi cerrahisinin detaylarını aktarmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 59 yaşında, BMI 33 olan kadın hasta 2023 senesinde ele gelen kitle ile başvuru sonrası grade 4 apikal prolapsus nedeniyle tarafımızca robotik sakrokolpopeksi uygulanmış olup 1. yılda yeniden şikayetleri üzerine tarafımıza yeniden başvurması sonucu fizik muayenede grade 2 apikal prolapsus rekürrensi görülmesi üzerine hastaya robotik histerektomi + sakrokolpopeksi planlandı. Cerrahi Yöntem: Geçirilmiş cerrahiye bağlı olarak vezikouterin hatta kısmi yapışıklıklar izlenmiş olup önce vezikouterin ardından rektouterin hatta apekse doğru kısmi disseksiyon sağlandıktan sonra histerektomi uygulandı. Histerektomiyi takiben disseksiyon hattı genişletilerek iki ayrı mesh ön ve arka hatta tek tek süturize edildi ve promontoriuma asıldı. Sistoskopi ile kontrol edilerek herhangi mesane içi komplikasyon izlenmedikten sonra periton kapatıldı ve işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı.

Bulgular: Konsol süresi 100 dakika idi ve perioperatif kanama 100cc olarak izlendi. Postoperatif 1. gün sondası alınan hastanın 3.günde dreni alındı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta postoperatif 3. Gün taburcu edildi.

Sonuç: Robot yardımlı sakrokolpopeksi, hem primer prolapsus hastalarında hem nükse bağlı sekonder uterin prolapsuslu hastalarda yüksek merkezli kliniklerde başarı ile uygulanabilmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-011

Kısa segment proksimal bulber üretra darlığında non-transecting anastomotik üretroplasti

Burak Elmas[1], Nihat Karabacak[2], Furkan Abdullah Vural[2], Damla Nur Tatlı Şahin[2], Murat Yavuz Koparal[2]

Burak Elmas / Üroloji Kliniği, Kızılcahamam Devlet Hastanesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Spongioz dokunun bütünlüğünün korunduğu non-transecting anastomotik üretroplasti tekniği, yüksek başarı oranları ve düşük komplikasyon riski ile kısa segment bulber üretral darlıkların tedavisinde öne çıkan yöntemlerden biridir. Bu sunumda, kısa segment proksimal bulber üretral darlık nedeniyle uyguladığımız non-transecting üretroplasti operasyonunun cerrahi basamaklarını ve teknik ayrıntılarını paylaşmayı amaçladık.

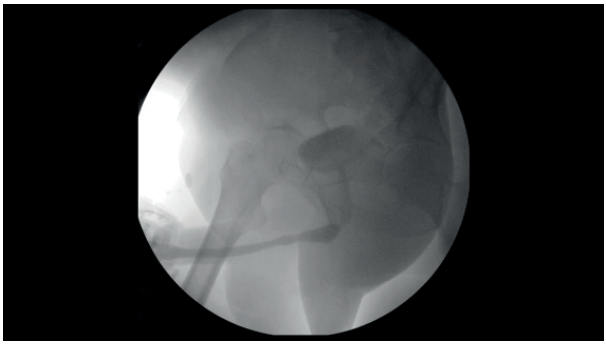
Materyal ve metot: Öncelikle endoskopik olarak 7f renoskopla üretradan girilerek proksimal bulber üretradaki tama yakın obliteratif olan darlık segmenti teyit edildi. Sonrasında üretroplasti operasyonuna geçildi. Perineal vertikal insizyon yapılarak cilt ve cilt altı dokuların diseksiyonu sonrası bulbospongiyöz kasa ulaşıldı. Turner - Warwick ekartör yerleştirildi, bulbospongiyöz kas orta hattan insize edildi ve üretradan lifleri ayrıldı. Serebellar ekartör ile kas her iki laterale retrakte edilerek bulber üretra ortaya kondu. Bulber üretra posteriordan keskin diseksiyonla serbestlendi, traksiyon amacıyla feeding kateter ile serbestlendiği pencereden asıldı. Posterior diseksiyon keskin olarak proksimalde membranöz üretraya, distalde penobulber hatta kadar ilerletilerek bulber üretra tamamen mobilize edildi. Takiben eksternal meatustan metilen mavisi instile edildi. 20f üretral kateter darlık hattına kadar kibarca ilerletildi, kateter üzerinden darlık distalinden posteriordan yaklaşık 1cm üretrotomi yapıldı. Darlık segmenti görüldü, kılavuz telin ancak ilerlediği izlendi, segment makas yardımıyla posteriordan sağlam mukoza görene kadar proksimale doğru uzatıldı. Hem proksimal hem de distalden 26f bujinin rahat ilerlediği görüldü. Darlık hattındaki defektif mukozanın distal ve proksimalindeki sağlam mukozalar 5.0 vicryl ile yaklaştırıldı. Takiben 5 adet 4.0 vicryl ile anastomoz sütürü sırasıyla proksimal ve distal üretradan geçirildi. 16f üretral kateter yerleştirildi ve kateter üzerinden anastomoz sütürleri oturtularak

anastomoz tamamlandı. Bulbospongiyöz kas ortta hattan primer onarıldı. Cilt ve cilt altı kapatılarak işleme son verildi.

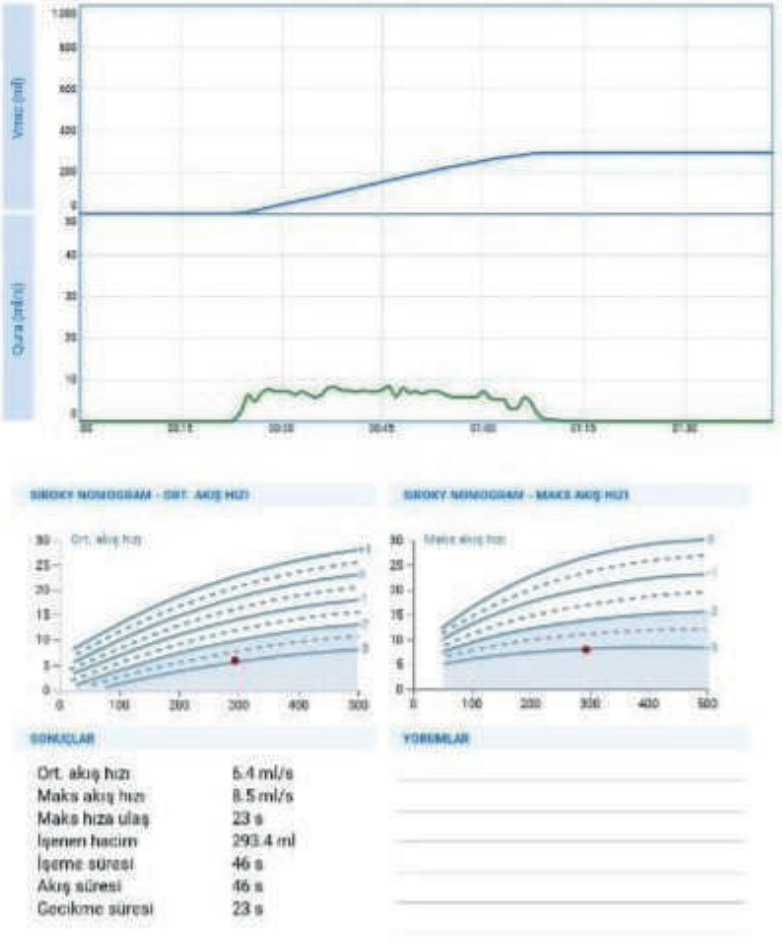
Bulgular: 63 yaşında erkek hasta, 2017 yılından beri yüksek dereceli T1 evre mesane tümörü nedeniyle takipli. İntravezikal BCG tedavisi alan hasta nükssüz olarak sistoskopik takiplerine devam ederken şubat 2024'de idrar yapmada güçlük nedeniyle başvuruyor ve internal üretrotomi yapılıyor. Sonrasında şikayetleri gerileyen hastanın , temmuz 2024'de tekrar idrar yapmada güçlük belirtmesi üzerine yapılan retrograd üretrgrafisinde proksimal bulber üretrada yaklaşık 1cm lik darlık saptanıyor. Hastaya tarafımızca non-transecting anastomotik üretroplasti planı yapılıyor. Operasyon öncesi yapılan işeme testinde Qmax=8.5ml/sn Hacim = 294 ml saptanan hasta, 6.ay kontrollerinde şikayeti olmayıp işeme testinde Qmax=30.5 Hacim=235ml saptanmıştır.

Sonuç: Non-transecting anastomotik üretroplasti , kısa segment bulber üretral darlıklarda güvenle tercih edilebilecek bir operasyon yöntemidir.

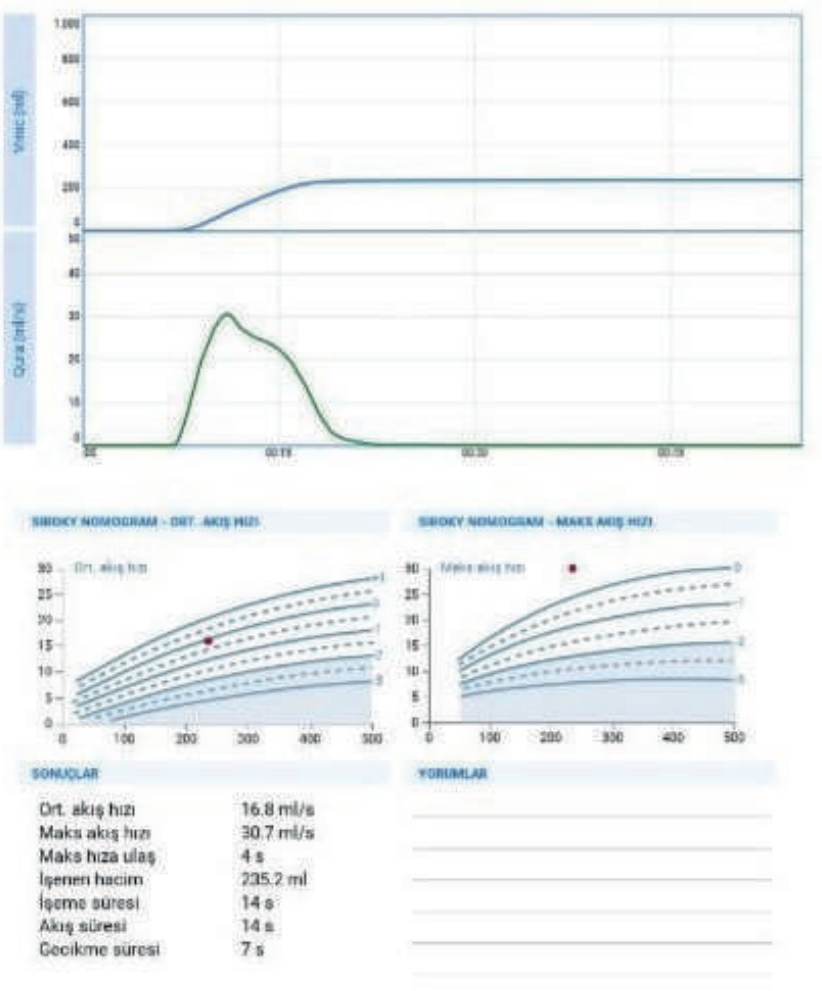
Resim 1. Preoperatif retrograd üretrografi



Resim 2. Preoperatif işeme testi



Resim 3. Postoperatif 6.ay işeme testi



KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-012

"Uzun Süreli Üretral Stent Sonrası Kompleks Darlıkta Stent Çıkarılması ve Double Face Bukkal Mukozal Greft ile Üretroplasti Yaklaşımı"

AYKUT BAŞER[2], NART GÖRGÜ[2], ALPER ŞİMŞEK[2], MEHMET KIRDAR[1]

MEHMET KIRDAR / Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji

Giriş: Kalibrasyonu ileri derecede azalmış üretral darlıklarda, tek mukoza ile augmentasyon yeterli genişlikte bir üretral lümen elde etmede yetersiz kalabilmektedir. Sağlıklı üretra mukozası yetersiz posterior üretra darlığında fibrotik üretra dokusunun eksize edilerek double face bukkal mukoza greft üretroplasti tekniği kullanılabilmektedir. Bu videoda bu teknikle üretral stent takılmasına rağmen darlık gelişen olguda üretral stent çıkarılması ve double face bukkal mukozal greft üretroplasti anlatılmaktadır.

Materyal ve metot: Üretra stentleri kalıcı veya geçici (altı ila on iki ay sonra çıkarılabilir) olarak sınıflandırılır. Genellikle darlığın tekrarlaması ve tekrar müdahale ihtiyacı sık görülür. Stent başarısızlığı durumunda üretroplasti mümkündür, ancak üretroplastinin karmaşık olması muhtemeldir. Üretra stentleri üretra darlıkları için birinci basamak tedavi yöntemi değildir ancak DVIU/dilatasyon sonrasında tekrarlayan darlıklarda ve üretroplasti uygulanamayan veya üretroplastiyi reddeden hastalarda düşünülebilir. Günümüzde uzun segment darlıkların tedavisinde kabul gören cerrahi yöntem greft üretroplastisidir. Greft üretroplastileri içerisinde en sık kullanılan greft ise bukkal mukozal greftidir(BMG).

Bulgular: 52 yaşındaki erkek hasta idrar yapma güçlüğü, idrar akış hızında azalma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesi doğal olan hastanın özgeçmişinde 2015 yılında geçirilen üreterorenoskopi(URS) sonrasında idrar yapmada zorluk geliştiği ,üretral darlık nedeniyle 2015 ve 2016 yıllarında internal üretrotomi(İÜ), 2017 yılında üretral stent takımı operasyonları geçirdiği görüldü. 2024 Kasım'da yapılan üroflow(UFM) testinde Qmax:6 ml/s, Qort: 3 ml/s, Vol: 282 ml olması üzerine yapılan retrograd üretrografisinde(RGÜ) Bulber üretrada yaklaşık 2,5 cm darlık alanı saptandı. 8Fr üreteroskop ile yapılan üretroskopi de stent bütünlüğü ve yapısı bozulmuş(dış merkezde üretral stent çıkartılmaya çalışılmış), üretra oldukça

destrükte izlendi. Skopi altında üreteroskop içerisinden hidrofilik guide ilerletilerek 24 F'e kadar amplantz dilatatör ile üretral dilatasyon yapıldı. Aralık 2024 de hastaya üretral stent çıkarılması ve Double-Face üretroplasti yapıldı. Operasyon süresi 120 dakika idi. Kanama miktarı 50 cc olarak hesaplandı. Post-op 3.günde taburcu edildi. Postoperatif 21. günde sondası çekildi. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Postop 3. Ayda yapılan Üroflow: Qmax: 21ml/s, Qort:14 ml/s, vol: 332 ml olduğu görüldü. Yapılan tanısal amaçlı üretroskopide üretral darlık izlenmedi, donör bukkal greftin salim olduğu izlendi. Üretroplasti yapılan üretral alanda yer yer milimetrik mukozal katlantılar olduğu görüldü.

Sonuç: Neredeyse tamamen kapanmış ve sağlıklı üretra mukozası kalmamış üretra darlıklarında fibrotik üretra mukozası eksize edilerek double face bukkal mukoza greft üretroplasti seçeneği deneyimli merkezlerde tecrübeli ellerde yapılabilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-013

Tekrarlayan Mesane Boynu Darlığında Robot Yardımlı İnlay Bukkal Mukoza Greft Rekonstrüksiyonu

Araz Musayev[1], Atakan Ataklı[1], Emre Erdem[1], Ahmet Doruk Güler[1], Ömer Gülpınar[1]

Atakan Ataklı / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Mesane boynu darlıkları; endoskopik benign prostat hiperplazisi (BPH) cerrahileri, açık prostatektomi ve radikal prostatektomi sonrası gelişebilmektedir. Literatürde, transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) sonrasında yaklaşık %10 oranında mesane boynu darlığı bildirilmiş olup, ilk tedavi seçeneği endoskopik yöntemlerdir. Ancak bu durum sık tekrarlamakta ve literatürde %75'e varan nüks oranları belirtilmektedir. Endoskopik tedaviye yanıtsız olgularda ise farklı rekonstrüksiyon teknikleri tanımlanmıştır. Bu video bildiride, bukkal mukoza kullanılarak robot yardımlı subtrigonal inlay greft mesane boynu rekonstrüksiyonu cerrahisinin detayları sunulmuştur.

Materyal ve metot: 7 sene önce BPH nedeniyle TURP öyküsü olan 70 yaşında erkek hastanın şikayetlerinin devam etmesini takiben dış merkezde 4 kere endoskopik mesane boynu insizyonu uygulanmış. Bu cerrahilerden fayda görmeyen ve kliniğimize başvuran hastaya, kliniğimizde bilateral deep lateral mesane boynu insizyonu gerçekleştirildi. Üç ay sonra yeniden nüks gelişen hastaya, robot yardımlı laparoskopik subtrigonal inlay bukkal mukoza greft ile mesane boynu rekonstrüksiyonu planlandı.Cerrahi yöntem:Litotomi pozisyonunda sistoskop yardımlı bilateral üreter kateterlerinin yerleştirilmesini takiben, Trendelenburg pozisyonunda uygun port girişleri ile robotik kollar yerleştirildi. Transperitoneal yaklaşımla mesane longitudinal olarak açıldıktan sonra, her iki duvar uygun açıklık sağlanacak şekilde bilateral abdominal duvara sabitlendi. Subtrigonal hatta mesane boynundan başlanarak 5 ve 7 hizasında monopolar makas yardımıyla mukozal insizyon sağlandıktan sonra, mesane boynundaki fibrotik doku eksize edildi. Bukkal mukozadan elde edilen 5×5×6 santimetre (cm) greft bu hatta fikse edildi. Greft anastomozunu takiben Foley kateter yerleştirilip mesane sütur ile devamlı olarak kapatıldı. Mesane doldurularak kaçak olmadığı tespit edildikten sonra işlem sonlandırıldı.



Bulgular: İntraoperatif komplikasyon saptanmadı. Postoperatif erken dönemde komplikasyon saptanmayan hasta postoperatif 3. gün sondalı taburcu edildi. Postoperatif 21. Gün sondası alınan hastanın üroflowmetri testinde 22 mL/sn akım hızıyla idrarını yaptığı izlendi.

Sonuç: Bukkal mukoza grefti kullanılarak robot yardımlı laparoskopik mesane boynu rekonstrüksiyon cerrahisi, tekrarlayan komplike mesane boynu darlıklarında etkili ve güvenilir bir cerrahi seçenektir.

9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
KONTİNANS DERNEĞİ 2003
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-014

Argus Male Sling Eksizyonu ve Posterior Üretroplasti

İhsan Batuhan Demir[1], Naşide Mangır[1]

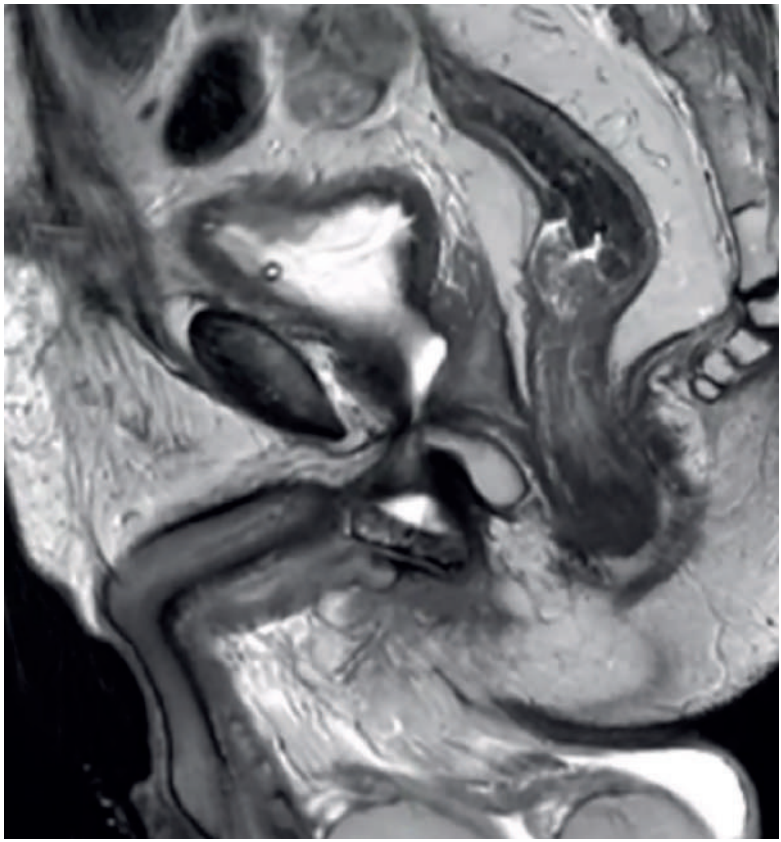
İhsan Batuhan Demir / Hacettepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Male sling sistemleri geçmiş yıllarda stres tipi erkek inkontinansında yaygın olarak kullanılan cerrahi tedavi seçeneklerinden biriydi. Ancak uzun dönem izlemlerde slingin çalışmaması, tekrarlayan üretral darlıklar, slinge bağlı üretral erozyon gelişmesi ve aralıklı olarak sling ayarının bozulması gibi komplikasyonlar nedeniyle günümüzde artık rutin olarak tercih edilmemektedir. Bu videoda Argus sling sonrası posterior üretrada tekrarlayan darlık ve inkontinans gelişen bir olguda sling eksizyonu ve posterior üretroplasti ile uygulanan cerrahi tedavi sunulmaktadır.

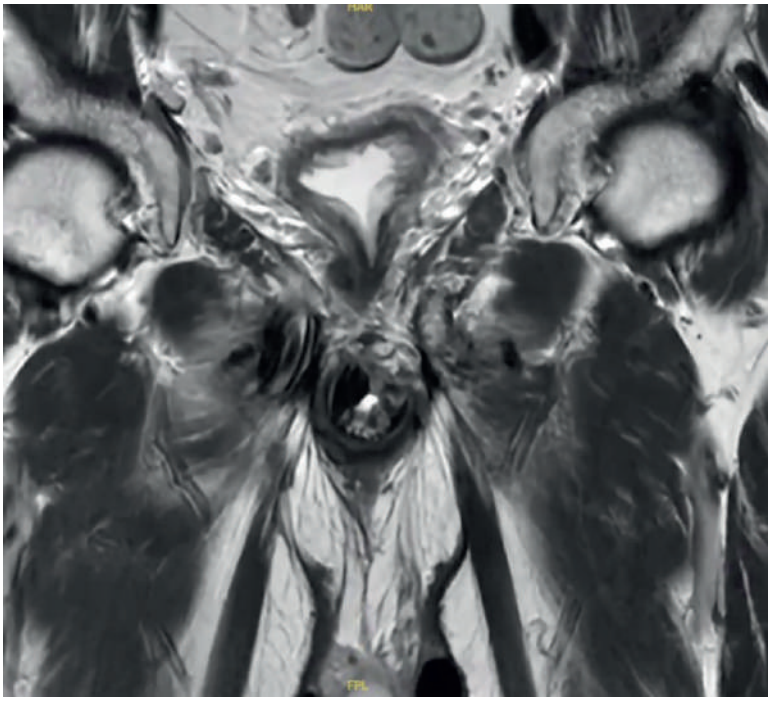
Materyal ve metot: 77 yaşındaki erkek hasta, 2009 yılında BPH nedeniyle transvezikal açık prostatektomi geçirmiştir. Operasyonun ardından stres tipi üriner inkontinans gelişmiş ve bu dönemde aralıklı olarak ortaya çıkan üretral darlıklara tekrarlayan internal üretrotomi işlemleri uygulanmıştır. Buna rağmen hastanın inkontinans şikayeti devam etmiş ve 11/2010 tarihinde Argus T male sling implantasyonu yapılmıştır. İlk iki ay belirgin bir fayda sağlanmış olsa da, ilerleyen süreçte yapılan bir internal üretrotomi sırasında sling sisteminin ayarı bozulmuş ve stres inkontinans tekrar ortaya çıkmıştır.04/2011'de slinge yönelik adjustment (revizyon) işlemi uygulanmış fakat klinik fayda elde edilememiştir. Takip eden yıllarda hasta aralıklı kateterizasyon (TAK) ile takip edilmiş ancak posterior üretra düzeyinde yinelenen darlıklar ve art arda gelişen idrar yolu enfeksiyonları ortaya çıkmıştır. Bu süreçte özellikle bulböz üretrada progresif fibrozis bulguları klinik olarak belirgin hale gelmiş, kateterizasyon girişimleri giderek zorlaşmıştır. Tarafımızca planlanan operasyon öncesi iki ay içerisinde akut üriner retansiyon gelişmesi üzerine acil olarak sistostomi kateteri takılmıştır.03/02/2025 tarihli alt abdomen MRI değerlendirmesinde, bulböz üretranın posteriora doğru belirgin şekilde boğumlaştığı ve sling materyalinin bilateral obturator ramuslara uzanan parçalarının halen yerinde olduğu gözlenmiştir. Bu boğumlanmanın darlığa bağlı fibrotik deformasyonla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.Kültürlerde Pseudomonas ve Enterococcus faecalis üremesi tespit edilmiş olup uygun

antibiyoterapi başlanmıştır.Hastada posterior üretrada tekrarlayan darlık, sling sisteminin fonksiyon kaybı ve sık idrar yolu enfeksiyonları nedeniyle Argus sling eksizyonu + posterior üretroplasti yapılmasına karar verilmiş ve bu amaçla üroloji servisimize yatırılmıştır.

Argus T Sling MRG Görünütüleme



Argus T Sling MRG Görünütüleme



Bulgular: Sling materyali tamamen eksize edilmiş, posterior üretradaki fibrotik segment çıkarılarak anastomatik posterior üretroplasti uygulanmıştır. Postoperatif dönemde hastanın idrar akımı rahatlamış ve inkontinans devam etmiştir. Erken dönemde herhangi bir enfektif veya mekanik komplikasyon izlenmemiştir. Hastanın takiplerine göre AÜS implantasyonu planlanmıştır.

Sonuç: Argus sling sonrası gelişen ve devam eden posterior üretral darlık ve slingin işlev kaybı durumlarında sling eksizyonu ile anastomotik posterior üretroplasti güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu vaka, özellikle tekrarlayan darlık ve enfeksiyonlarla komplike olmuş olgularda üretroplasti seçeneğini erken dönemde değerlendirmenin altını çizmektedir.

9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya
KONTİNANS DERNEĞİ 2003

V-015

Üretral Darlığı Olan Erkek Hastada Non-Transection Tekniği ile Üretroplasti Video Sunumu

Mutlu Değer[1], Mert Evirgen[1], Nebil Akdoğan[1], Mehmet Gürkan Arıkan[1], İsmail Önder Yılmaz[1]

Mert Evirgen / Çukurova Üniversitesi

Giriş: Üretroplasti, üretral darlığı olan hastalarda yapılan pek çok cerrahi tekniği olan bir operasyondur. Non-transection üretroplasti tekniği üretranın darlığının bulunduğu segmentinin eksize edilmeden anastomoz yapılmasıdır. Bu videomuzda üretral darlığı bulunan erkek hastada non-transection üretroplasti görüntüleri sunulmaktadır.

Materyal ve metot: 19 yaş erkek hasta, 2 yıldır idrar yaparken güçlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Daha önce üretral dilatasyon hikayesi bulunan hasta yapılan sistoskopik inceleme ve görüntülemeler sonucu üretral darlık tanısı koyularak üretroplasti kararı alındı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonda prostatik üretra da darlığı olan hastaya perineal orta hattan insizyon yapılarak ince disseksiyonlarla üretra serbestlendi. 2 cm lik dar segment görüldü. Dar segmentin bulunduğu üretra bölgesine longitudinal insizyon yapılıp 20 F üretral kateter yerleştirildi. Üretral kateterin üzerinden 4/0 vicryl ile insizyon yapılan üretral uçlar anastomoz edildi. Kanama kontrolü sonrası işleme son verildi. Operasyon 100 dakika sürdü. Major komplikasyon yaşanmadı.

Bulgular: Post-op 2. gün taburcu edilen hasta post-op 3 hafta sonra foley sondası çekildi. Takiplerinde ve yapılan uroflowmetri sonuçlarında idrar yapma güçlüğü yaşamadı.

Sonuç: Non-transection üretroplasti üretral darlığı bulunan erkek hastalarda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranıyla deneyimli cerrahlar tarafından uygulanabilmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-016

Ventral Onlay Bukkal Mukozal Greft Üretroplasti

Özgür Ekici[1], İlyas Yılmaz[1], Uğur Akgün[1], Oktay Şener[1], Enes Şahin[1], Ümit Soylu[1], Sedat Öner[1]

İlyas Yılmaz / Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Anterior üretral darlıkların en yaygın olarak görüldüğü lokalizasyon bulbar üretradır. Bulbar üretra darlıklarının yaklaşık %40'ı idiopatik, %35'i iatrojenik, %10'u inflamatuar ve %15'i travmatik sebeplerden kaynaklanır. Bulbar üretra darlıklarında, eğer darlık 1 cm'den küçük ise endoskopik yöntemler ilk planda olması gereken cerrahi yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ancak endoskopik yöntemlerin başarısız olduğu tekrarlayan darlıklarda veya ilk aşamada 2 cm'den uzun darlığı olan hastalarda ise açık üretroplasti ilk cerrahi yaklaşım olarak düşünülebilmektedir. Biz de bu vakada tekrarlayan darlığı olan ve 2 cm'den uzun bulbar üretrada darlığı olan hastada ventral onlay bukkal mukozal greft (BMG) üretroplasti ameliyat tekniğini sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 32 yaşında erkek hasta polikliniğe şiddetli alt üriner sistem semptomları ile başvurdu. Bilinen üretral travma öyküsü olmayan hastanın 1 yıl önce dış merkezde internal üretrotomi öyküsü mevcut idi. Yapılan retrograd üretrografi görüntüleme yöntemi ile bulber üretrada 2 cm'den uzun darlık saptanan hastaya bukkal mukoza grefti alınması + ventral onlay bmg üretroplasti operasyonu planlandı.

Bulgular: GAA supin pozisyonunda skrotumun tabanından anüsün hemen üstüne uzanan orta hatta vertikal perineal cilt insizyonu yapıldı. Bulbospongiosus kası ortaya konarak alttaki korpus spongiozumdan dikkatlice diseke edildi. Ring ekartör uygun şekilde yerleştirildi. 16 fr silikon sonda uretral meatus başından darlığa kadar ilerletildi. Üretra, sondanın distal ucu üzerinden ventral yüzeyinden kesildi. Orta hat kesisi, tüm darlık alanını ortaya çıkaracak şekilde, sağlıklı dokuya kadar proksimal olarak uzatıldı. Traksiyon için kesilen üretranın lateral kenarına 4-0 sütürler yerleştirildi. Üretral defekt 3,5 cm uzunluk ve 1,5 cm genişlikte ölçüldü. Daha sonra bukkal mukoza grefti alınmasına geçildi. Bir cetvel ve işaretleme

kalemi kullanılarak, vermilion sınırının 1 cm proksimalinde, sol yanak içinde 3.5 cm genişliğinde ve 1.5 cm uzunluğunda bir bukkal mukoza alanı çizildi. Bukkal greft, ince makas kullanılarak alttaki büksinatör kasından dikkatlice diseke edildi. Daha sonra greft incelendi. Greftin iç yüzeyi ince makasla yağ dokularından arındırıldı. Hazırlanan bukkal mukozal greft, ventral üretral defekte göre uyarlandı ve apekslerde uretral mukoza kenarlarına tek tek sütüre edildi. Greftin lateral kenarları üretral mukozanın lateral yüzüne her iki tarafta continue sütür kullanılarak sabitlendi. İşlem tamamlanmadan önce 18 fr sonda mesaneye kolayca yerleştirildi. Gerilimsiz onarım tamamlandıktan ve yeterli hemostaz sağlandıktan sonra cilt ve cilt altı dokular usule uygun kapatıldı. Pansuman yapılarak işlem sonlandırıldı. Hasta postop 2. günde genel durum iyi, yara yeri iyi olması üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Tekrarlayıcı bulbar üretra darlıklarında ventral onlay bmg üretroplasti güvenle uygulanabilen bir cerrahi prosedürdür.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-017

Geçirilmiş İnternal Üretrotomi ve Açık Prostatektomi Öyküsü Olan Peyronie Tanılı Olguda Bukkal Mukoza Greftli Üretroplasti ve Penil Plikasyon Operasyonu

ÖZGÜR EKİCİ[1], SERHAT NİYAZİ YOLAY[1], RIDVAN ÖZCAN[1], ERGİN KALKAN[1], İLYAS YILMAZ[1], MAHSUN TURGUT[1], SEDAT ÖNER[1]

SERHAT NİYAZİ YOLAY / BURSA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Üretra darlığı, akut yaralanma, enflamatuar durumlar, üretral enstrümantasyon veya iyatrojenik müdahaleler sonucunda epitel dokusu ve korpus spongiozumun kronik fibrozisi ile seyreden süreç içinde üretral lümenin daralmasıdır. Güncel kılavuzlar üretroplastiyi bir endoskopik girişimden sonra ve darlık nüksü için yüksek riskli hastalar için altın standart yöntem olarak önermektedir. Peyronie hastalığı peniste ağrı, penil kurvatür ve erektil disfonksiyona neden olan, tunika albugineanın fibroblast proliferasyonunun neden olduğu fibröz plak oluşumuyla karakterize inflamatuar bir süreçtir. Cerrahi tedaviler arasında penil plikasyon da tercih edilen yöntemlerden bir tanesidir. Biz bu video sunumda geçirilmiş açık prostatektomi ve internal üretratomi öyküleri olan Peyronie tanılı hastada, bukkal mukoza grefti ile yapılan üretroplasti ve penil plikasyon uygulamasını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: GAA litotomi pozisyonunda bulber üretrayı ortaya çıkarmak için orta hat perineal cilt insizyonu ile katlar geçildikten sonra 16 fr silikon sonda üretral darlığa kadar ilerletildi. Üretra, kataterin distal ucu üzerinden ventral yüzeyinden kesildi. Orta hat kesisi, sağlıklı dokuya kadar uzatıldı. Bukkal mukoza grefti alınmasına geçilerek, vermillion sınırının 1,5 cm proksimalinde; sol yanak içinde 3,5x1,5 cm bukkal mukoza alanı çizildi. Mukoza , epinefrin içeren lidokain ile hidrodisseksiyon sonrası ince makas kullanılarak disseke edildi. Üretral defekt 3,5 cm ölçüldü. Bukkal mukozal greft, ventral üretral defekte göre uyarlandı, süture edildi. 16 fr sonda mesaneye yerleştirildi. Hemostaz sonrası cilt ve cilt altı katlar usüle uygun kapatıldı. Plikasyon işlemine geçildi. Penil deglovingi takiben kelebek set ile serum fizyolojik verilerek penil artifisyel ereksiyonsağlandı. 30-40 derecelik dorsal kurvatur izlendi. Nörovaskuler bundle her iki lateralden disekeedilerek, penis

ventralindeki tunikaya ulaşıldı. Her iki kavernozu çeviren tunikal yapıların ventral kısımlarına 2 şer adet plikasyon sütürü kondu. Yeniden suni ereksiyon oluşturularak eğriliğin düzeldiği gözlendi. Kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun olarak kapatıldı.

Bulgular: 63 yaş erkek hasta, polikliniğimize miksiyon güçlüğü ve penil eğrilik nedeniyle cinsel ilişkide başarısızlık şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 5 yıl önce açık prostatektomi ve yakın zamanda üretral darlık nedenli internal üretratomi ve üretral dilatasyon yapıldığı öğrenildi. Yapılan muayenede peniste dorsal kurvatürde 30 derece eğrilik olduğu görüldü. Üroflowmetre testinde qmax4, ortalama akış hızı 2.7 olduğu izlendi. Penil Ultrasonda ise solda orta kısımda penis dorsalinde tunica albugineada yaklaşık 3.8 cm uzunlukta, 1.7 cm genişlikte , 4.1 mm kalınlıkta; sağda dorsalde kısa segmentte yaklaşık 1.3 cm uzunlukta 2.2 mm kalınlıkta fokal peyronie plağı raporlandı. Hastaya oral mukoza grefti ile üretroplasti ve penil pilikasyon operasyonu planlandı.

Sonuç: Tekrarlayan üretral darlık nedenli endoürolojik girişimler yapılan hastada; bukkal mukoza greftli üretroplasti ve peyronie plakları nedeniyle penil kurvatur olan hastalarda penil pilikasyon cerrahileri başarılı bir şekilde birlikte uygulanabilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-018

Radikal Prostatektomi Sonrası Vezikoüretral Anostomoz Darlığı : Bulber Arter Korunarak Yapılan Anostomotik Üretroplasti Olgusu

Melike Güzeller[1], İlker Gökçedağ[1], Oğuz Çelik[1], Zafer Aybek[1]

Oğuz Çelik / Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Giriş: Radikal prostatektomi (RP), lokalize prostat kanseri için önemli küratif tedavi seçeneğidir. Bu majör cerrahi işlemin fonksiyonel morbidite ile ilişkili olabilen bir dizi komplikasyonu bulunmaktadır. Bu komplikasyonlardan biri olan üreterovezikal anastomoz darlığı (UVAS), hastanın postoperatif yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ciddi bir durumdur. Literatürde RP sonrası anastomoz darlığı insidansı %0.5 ile %32 arasında geniş bir varyasyon göstermekte olup, bu büyük oranda cerrahi tekniğe, deneyime ve takip süresine bağlıdır (1,2). Anastomoz darlığının patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, lokal iskemi, fibrozis, cerrahi teknik hatalar ve bireysel yara iyileşme yanıtları gibi çok faktörlü bir mekanizma üzerinden geliştiği düşünülmektedir. Bu darlıklar, idrar akımında azalma, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, ürosepsis ve hatta böbrek yetmezliği gibi ciddi semptomlara yol açabilir, bu da etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Geleneksel olarak, endoskopik kesi (transüretral rezeksiyon) ve dilatasyon gibi minimal invaziv yöntemler ilk basamak tedavi seçenekleri olarak kabul edilmekle birlikte, nüks oldukça yüksektir. Son yıllarda, robotik cerrahinin gelişimi, rekonstrüktif ürolojideki ilerlemeler ve doku mühendisliği uygulamaları, bu zorlu komplikasyonun yönetimine yönelik yeni umutlar vaat etmektedir. Bu giriş, radikal prostatektomi sonrası gelişen anastomoz darlıklarının epidemiyolojisi, etiyopatogenezi ve güncel tedavi paradigmalarına genel bakış sunmayı amaçlamaktadır.

Materyal ve metot: Üretroplasti, özellikle uzun segmentli, nüks eden veya endoskopik tedavilere dirençli anastomoz darlıklarının definitif tedavisinde altın standart cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir.

Bulgular: Altmış beş yaşında erkek hasta, Nisan 2023'te dış merkezde prostat adenokarsinomu nedeniyle açık radikal prostatektomi operasyonu geçirmiş. Postoperatif dönemde vezikoüretral anastomoz darlığı gelişen hastaya, takip eden süreçte tekrarlayan idrar retansiyonu epizotları nedeniyle toplam 7-8 kez kapalı üretral dilatasyon işlemi uygulanmış ve Ağustos 2023'te anastomoz bölgesine üretral stent yerleştirilmiş. Hastanın PSA düzeyleri tedavi sonrası eser düzeyde seyretmiş ve ek adjuvan tedavi gerekmemiştir. Nisan 2024'te stent revizyonu ve Eylül 2024'te yer değiştiren stentin çıkarılmasını takiben, Kasım 2024'te tekrarlayan retansiyon nedeniyle sistostomi takılmışt. Başvuru anında son bir aydır sürekli üretral sonda ile takip edilen hasta, nihai definitif tedavi amacıyla kliniğimize sevk edilmiştir.Defalarca dilatasyon ve stent uygulamasına rağmen nüks eden, yaklaşık 2 cm'lik vezikoüretral anastomoz darlığı tespit edilen hastada, perineal insizyonla bulbus spongiozus kasına ulaşılmış ve üretra mobilize edilmiştir. Dorsal kesi ile bulber arter korunarak dar segment eksize edilmiş ve 16F Foley sonda üzerinden sağlam uç-uca anastomoz yapılmıştır. İşlem sonrası hemovak dreni konulmuş, USG eşliğinde sistostomi açılmıştır. Bulber arterin dorsal kesi ile korunduğu perineal üretroplasti tekniği, nüks eden vezikoüretral anastomoz darlığının başarılı bir şekilde tedavi edilmesini sağlamıştır.

Sonuç: Bulber arterin korunarak uygulandığı perineal anastomotik üretroplasti, radikal prostatektomi sonrası tekrarlayan ve kompleks vezikoüretral darlıkların nihai tedavisinde etkili güvenilir cerrahi seçenek olarak öne çıkmaktadır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-019

Metastatik Rektum Kanseri ve Tekrarlayan Üretral Cerrahi Öyküsü Olan Hastada Kalıcı Perineal Üretrostomi: Cerrahi Teknik ve Vaka Sunumu

Elif İpek Aksoy[1], Ahmet Furkan Özsoy[1], Mustafa Mert Tatar[1], Murat Can Karaburun[2], Ömer Gülpınar[1]

Ahmet Furkan Özsoy / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video bildiride, tekrarlayan üretral darlık öyküsü ve eşlik eden metastatik rektum kanseri nedeniyle cerrahi seçenekleri kısıtlı olan bir hastada uygulanan kalıcı perineal üretrostomi işleminin cerrahi detaylarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Olgu- Yöntem: 68 yaşındaki erkek hastanın özgeçmişinde 1968 yılında perineden ateşli silah yaralanması sonrası üretroplasti, 2019 yılında metastatik rektum kanseri nedeniyle kolektomi ve karaciğer metastazektomi yer almaktadır. Aynı dönemde takılan üretral katetere bağlı olarak alt üriner sistem semptomları gelişmiş, bunu takiben tekrarlayan üretrotomi interna cerrahisi uygulanmıştır. Bu girişimlere rağmen hastanın işeme kalitesi giderek bozulmuş ve yaşam kalitesi belirgin düzeyde etkilenmiştir. Bunun üzerine hastaya kalıcı suprapubik sistostomi yerine, spontan işemeyi sağlayacak kalıcı perineostomi açılması planlanmıştır.Cerrahi Yöntem: Perinede tuberositos ischii ve bulböz üretra sınırı belirlenerek ters U şeklinde insizyon sağlanmasının ardından bulbospongioz kas disseke edilerek üretra izole edildi. Belirlenen hattan bistüri yardımıyla insize edildi ve üretra, proksimal ve distale doğru makas yardımıyla kısmen açılarak anastomoza uygun hale getirildi. 2-0 vicryl ile ters U şeklindeki cildin kaudal parçasının tepe noktası üretranın 6 hizasına; kraniyal kısmın tepe noktası 12 hizasına süture edilmesi, lateral cilt kısımlarının 2-0 vicryl ile matris; 3-0 caprosyn ile kontinü şekilde süture edilmesi sonucunda işlem sonlandırıldı.

Bulgular: İntraoperatif komplikasyon görülmedi. Postoperatif dönemde ağrısız ve katetersiz spontan miksiyon aynı zamanda hastanın günlük sosyal yaşantısına dönüşü sağlandı. Postoperatif dönemde cerrahi veya medikal komplikasyon gelişmemiştir.



Sonuç: Perineal üretrostomi, klasik cerrahi yöntemlerin başarısız olduğu, komplike ve onkolojik yükü olan hastalarda yaşam kalitesini artırabilecek etkili ve fonksiyonel bir seçenektir.

9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-020

Liken Sklerozlu Hastada Asopa Tekniği İle Üretroplasti

EMRE ÖZTÜRK[1], ONUR ORBEĞİ[1], ÇAĞRI DOĞAN[1], ONUR AKYILDIZ[1], MEHMET FATİH ŞAHİN[1], CENK MURAT YAZICI[1]

EMRE ÖZTÜRK / TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ANA BİLİM DALI

Giriş: Üretra darlıkları genellikle üretranın belli bir lokalizasyonunda (en sık bulbar üretra) görülmekle birlikte bazı hastalarda panüretral darlık görülmektedir. Etyolojisinde sıklıkla cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üretral travmalar yer alırken nadir bir cilt hastalığı olan liken skleroza bağlı olarak da nedenler arasındadır. Cerrahisinde endoskopik girişimler ve üretra dilatasyonları sıklıkla liken sklerozlu olgularda başarısız olmaktadır. Bu çalışmada liken sklerozise bağlı olarak gelişen panüretral darlığında ASOPA üretroplasti tekniği sunulmuştur. İşeme güçlüğü bulunan 49 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde üretral meada balanitis kserotika obliterans ile uyumlu fizik muayene bulgularına rastlanıldı. Hastanın yapılan klinik değerlendirmesinde üroflowmetrisinde maksimum akış 6.5 ml/s ortalama akış 4.4 ml/s PVR (post voiding rezidü) 30 cc, çekilen üretrografisinde panüretral darlık izlenmesi üzerine hastaya ASOPA tekniğiyle üretroplasti cerrahisi planlandı.

Materyal ve metot: Litotomi pozisyonunda üreteral meadan metilen mavisi uygulanmasının ardından 8f pediatrik sistoskop yardımıyla üretral meadan başlayıp 9 cm proksimale uzanan darlık bölgesi görüldü. Sonrasında penis ventral yüzden insizyon uygulandı. Wilson retraktör yerleştirildi. Cilt ve cilt altı geçildi. Ardından üretra görüldü, serbestlendi ve üretra orta hattan darlık bölgesi boyunca insize edildi. Ardından kesi fibrotik alanı ve ventralde meadaki darlık bölgesini de içerecek şekilde uzatıldı. 24 f buji ile proksimal üretrada harici darlık olmadığı ve mesaneye bujinin rahat ilerlediği gözlemlendi. Ardından distal penil üretrada ve meada ön planda liken skleroz olduğu düşünülen alanlar 11 numara bistüri ile korpora kavernozaya kadar fibrotik doku kalmayana kadar eksize edildi. Ardından bukkal mukoza ile üretral mukoza oluşturuldu ve eksize edilen dokular patolojik incelemeye gönderildi. Kesilen doku bölgelerinin oldukça sert ve fibrotik bir yapıda olduğu gözlemlendi. Darlık bölgesi iyice açıldıktan sonra bukkal mukozadan alınan

tek parça 10 x 2 cm'lik greft darlık bölgesi üzerine dorsal inlay olarak 5.0 vicryl ile sütüre edildi. Ardından meadan 18 fr silikon sonda ilerletilip balonu şişirildikten üretra 5/0 vicryl ile kontinü olarak kapatıldı. Ardından cilt altı ve cilt kapatıldıktan sonra baskılı pansuman yapılıp vaka sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 140 dakika olarak ölçüldü. Perop komplikasyon yaşanmadı. Post op 1.ayda sonda çekildi, postop erken dönemde işeme şikâyeti izlenmedi. Yapılan üroflowmetrisinde maksimum akış 14.3 ml/s ortalama akış 10.9 ml/s PVR 20 cc ölçüldü. Patolojik inceleme sonucu liken skleroz ile uyumlu olarak raporlandı.

Sonuç: Özellikle liken skleroz varlığında geniş debridman ile beraber ASOPA tekniğiyle üretroplasti düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranlarıyla uygun hastalarda uygulanabilmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-021

Mesane Boynu Darlığında Robot Yardımlı Y-V Plasti

Durmuş Alptuğ COŞAR[1], Ahmet GÜDELOĞLU[1], Rabia HİZARCİ BAL[1], Naşide MANGIR[1]

Durmuş Alptuğ COŞAR / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri

Giriş: Üriner sisteme yönelik yapılan transüretral endoskopik girişimlerden sonra mesane boynu darlığı görülme yüzdesi %2 olarak bildirilmiştir. Mesane boynu darlığına yönelik uygulanabilecek tedavi metotları içerisinde genellikle endoksopik mesane boynu insizyonu veya transüretral dilatasyon uygulanmakta olup, bu girişimler sonrası nüks ve yeniden girişim ihtiyaç oranı %40'a kadar çıkabilmektedir. Olgumuzda uyguladığımız mesane boynuna Y-V plasti metoduyla başarı oranları çok daha yüksek olarak bildirilmiş olup hastalar için daha kalıcı bir tedavi yöntemi olarak ön plana çıkmaktadır

Materyal ve metot: Olgu: 61 yaşında erkek hasta, 10 sene önce geçirilmiş TUR-P operasyonu sonrası alt üriner sistem sepmtomlarında artış nedenli değerlendirildi. Projeksiyon, kalibrasyon kaybı ve işeme sonrası rezidü idrar hissi şikayetleriyle yaptığı başvuruda yapılan üroflovmetride qmax: 8mL/sn ve PVR: 110 mL olarak ölçüldü. TUR-P sonrası bu şikayetlerine yönelik yapılan üretroskopisinde mesane boynu darlığı görülmesi üzerine toplam 5 kez endoskopik mesane boynu insizyonu ve rezeksiyonu geçirme öyküsü mevcut olan hasta için mükerrer endoksopik girişimlere sekonder gelişen mesane boynu darlığı tanısıyla robot yardımlı mesane boynuna Y-V plasti uygulanması planlandı.

Bulgular: Teknik: Düşük litotomi ve Trendelenburg pozisyonunda yapılan sistoüretroskopide mesane boynunda 1.5cm'lik darlık alanı görüldü ve mesane içerisinde glidewire yerleştirilerek robot yardımlı vakaya geçildi. Batına paraumblikal hatta olacak şekilde 4 adet 8mm'lik robotik trokar ve 1 adet 12'lik asistans trokarıyla girildi. Retzius boşulğuna girilerek mesane boynuna ulaşıldı ve firefly moduyla eş zamanlı retrograd endoskopinin yardımıyla darlık segmenti belirlenerek mesane boynuna y insizyon uygulandı. Darlık segmentinin eksizyonu sonrasında v plasti sütürleriyle vakaya son verildi.



Sonuç: Mesane boynu darlığı tedavisinde uygulanabilen cerrahi seçeneklerden endoskopik insizyonlar rekürrens riskinin yüksek olması nedeniyle kalıcı çözüm sağlamada yetersiz kalmaktadır. Mesane boynu rekonstrüksiyonu, başarı yüzdelerinin yüksekliği ve rekürrens riskinin düşüklüğü sayesinde ön plana çıkan tedavi yöntemidir.

9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
KONTİNANS DERNEĞİ 2003
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-022

Perineal Üretrostomi: Kompleks Anterior Üretral Darlıkta Definitif Bir Yaklaşım

İhsan Batuhan Demir[1], Naşide Mangır[1]

İhsan Batuhan Demir / Hacettepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Hipospadias öyküsü olan ve tekrarlayan cerrahiler geçiren hastalarda ortaya çıkan kompleks anterior üretra darlıkları rekonstrüktif girişimlere rağmen tekrarlama eğilimindedir. Darlığın birden fazla segmenti etkilemesi, önceki cerrahilerde kullanılan greft veya stentlerin oluşturduğu fibrotik doku ile birleştiğinde hastayı rekonstrüksiyona dirençli zor bir klinik tabloya sürükler. Yeniden rekonstrüksiyonun her seferinde daha karmaşık hale gelmesi ve başarı oranlarının düşmesi nedeniyle bu hasta grubunda fonksiyonel ve kalıcı alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu video bildiride ileri derecede kompleks anterior darlığı olan, çok sayıda rekonstrüktif girişim geçirmiş ve yeniden rekonstrüksiyon istemeyen bir hastada uygulanan perineal üretrostomi sunulmuştur.

Materyal ve metot: 49 yaşında erkek hasta, doğuştan hipospadias nedeniyle çocukluk döneminde birden fazla cerrahi girişim geçirmiştir. 1994 yılında anterior üretra darlığı nedeniyle üretrotomi uygulanmış, ancak darlık devam ettiği için 1995 yılında üretral stent yerleştirilmiştir. Bu girişim sonrası bir süre rahat seyretmiş, ancak Mart 2022'de akut üriner retansiyon gelişmesi nedeniyle hastanemize başvurmuş ve sistostomi açılmıştır. Bu döneme kadar sık İYE veya retansiyon öyküsü bulunmamaktadır.Yapılan üretrogramda penil üretra düzeyinde stent proksimalinde ve distalinde iki ayrı seviyede darlık izlenmiş; bunun üzerine 11 Nisan 2022'de Byars penil deri flep ile üretroplasti uygulanmıştır. Postoperatif erken dönemde hastanın idrar akımı rahat olup herhangi bir şikayeti bulunmamıştır. Takip sürecinde idrar akımının yeniden azalması ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gelişmesi üzerine Mayıs 2024'te sistoskopi ve üretral dilatasyon uygulanmış, ancak yaklaşık 1–2 aylık geçici bir rahatlama sağlanmıştır.Ardışık kontrolünde tekrar akım zayıflığı ve akut orşit tablosu ile başvuran hastaya retrograd üretrogram çekilmiş ve anterior üretra segmentinde stentin önünde belirgin darlık saptanmıştır. Hastaya yeniden rekonstrüktif cerrahi önerilmiş fakat hasta ek rekonstrüksiyon istemediğini

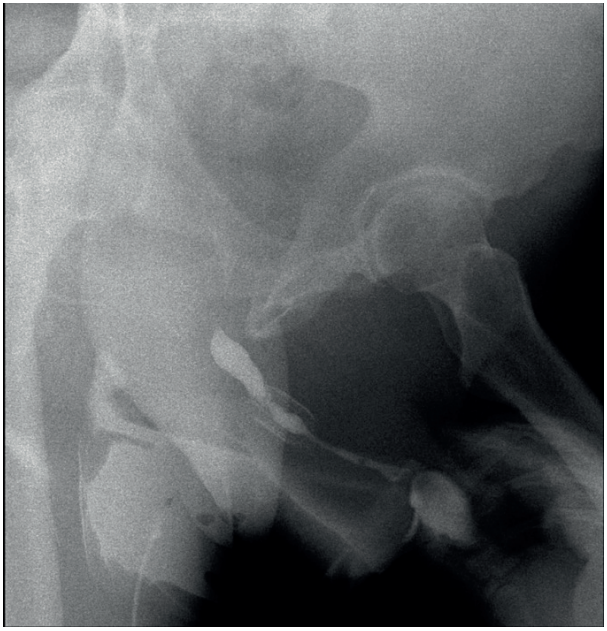
bildirmiştir. Önceki cerrahilere bağlı segmental fibrozis ve çok seviyeli darlık yapısı göz önünde bulundurularak definitif tedavi olarak perineal üretrostomi planlanmış ve uygulanmıştır.

2022 Üretroplasti Öncesi Retrograd Üretrogram



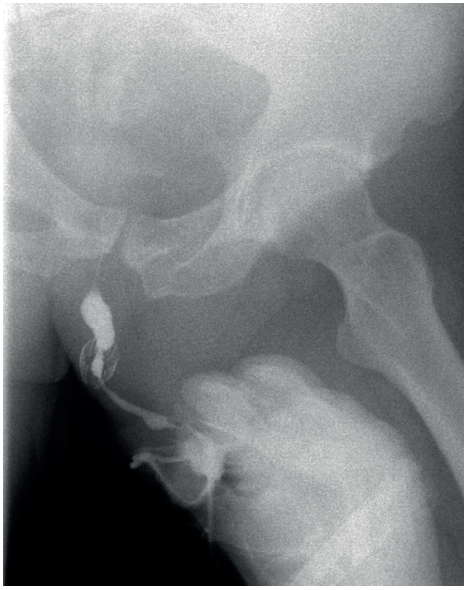
Mesane hacmi 350 cc olup, Penil üretrada stent mevcuttur. Hasta spontan işemiş olup stent düzeyinde ve distal kesiminde penil üretrada darlık mevcuttur, hastaya üretrogram ile değerlendirildikten sonra tarafımızca penil cilt flebi ile üretroplasti planlanıyor

2024 Üretroplasti sonrası Retrograd Üretrogram



Penil üretrada stent proksimalinde ve distalinde iki ayrı seviyede darlık izlenmektedir.Hasta rekonstrüksiyon istemediği için tarafımızca perineal üretrostomi planlandı.

2024 Üretroplasti sonrası Retrograd Üretrogram



Penil üretrada stent proksimalinde ve distalinde iki ayrı seviyede darlık izlenmektedir.Hasta rekonstrüksiyon istemediği için tarafımızca perineal üretrostomi planlandı.

Bulgular: Cerrahi sorunsuz tamamlanmış ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Hasta erken dönemde spontan ve rahat şekilde idrar yapmaya başlamış, idrar yolu enfeksiyonu gözlenmemiştir. Kontrollerde idrar akımının belirgin şekilde düzeldiği saptanmıştır.

Sonuç: Çoklu girişimlere bağlı kompleks anterior üretra darlıklarında tekrar rekonstrüksiyon her zaman uygun olmayabilir. Rekonstrüksiyonu reddeden veya anatomik şartları rekonstrüktif cerrahiye elverişsiz olan olgularda perineal üretrostomi düşük morbidite ile uygulanabilen, fonksiyonel sonuçları tatmin edici ve kalıcı bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-023

Pan Üretral Darlığı Olan Komplike Hastalarda Perineal Ürostomi İle Mesane Tümörü Rezeksiyonu

ONUR AKYILDIZ[1], ÇAĞRI DOĞAN[1], FURKAN BATUHAN TUNCER[1], MEHMET FATİH ŞAHİN[1], CENK MURAT YAZICI[1]

ONUR AKYILDIZ / TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ANA BİLİM DALI

Giriş: Mesane tümörlerinde endoskopik girişimler tanı ve tedavi amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır. Bu girişimler sıklıkla üretral yoldan başarı ile gerçekleştirilebilir. Ancak kompleks üretra darlığının eşlik ettiği olgularda ise farklı girişim yolları gerekebilmektedir. Bu olguda liken skleroz ön tanısıyla 2 kez başarısız üretroplasti öyküsü olan hastanın sonrasında panüretral darlık gelişmesi nedeniyle mesaneye eksternal meatustan erişim sağlanamaması üzerine perineal ürostomi açılarak uygulanan TUR-M cerrahisinin sunumu amaçlanmıştır. 75 yaşında erkek hasta makroskobik hematüri şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan pediatrik 8f sistoüretroskopisinde panüretral darlık, mesane içerisinde karşı duvarda yaklaşık 1cm papiller oluşum izlenmesi üzerine hastaya TUR-M planlandı. Yapılan üretrografide üretrada komplet darlık ile uyumlu görünüm izlendi. TUR-M operasyonu planlanan hastanın üretral pasajından 26Fr rezektoskop ilerletilemeyeceğinin düşünülmesi üzerine perineal girişim planlandı.

Materyal ve metot: Litotomi pozisyonunda 8fr pediatrik sistoskopi yardımıyla meadan başlayıp 10 cm proksimale uzanan darlık bölgesi görüldü. Ardından darlık bölgesinden sensör guidewire mesaneye ilerletildi. Ters Y şeklinde yapılan perineal insizyon sonrasında cilt ve cilt altı geçildi. Katlar anatomiye uygun açıldı. Sonrasında bulbospongioz kas orta hattan açıldı ve bulbar üretraya ulaşıldı. Bulbar üretra bistüri yardımıyla insize edildi. Bulbar üretradan mesaneye doğru ilerletilen 26f bujinin rahatlıkla ilerletildiği görüldü. Tümör ekimini engellemek amacıyla steril drape'ler üretra etrafına sütüre edildi. 26Fr rezektoskop bu pasajdan mesaneye angaje edildi. Mesane karşı duvar kitlesine komplet bipolar rezeksiyon yapıldı. Ardından usulüne uygun olarak perineal ürostomi açıldı. Cerrahi sonrası olası re-TUR veya BCG uygulamasını kolaylaştırmak için üretra perineal ürostomi tekniğine uygun olarak gerçekleştirilerek 16FR silikon sonda takıldı. Vaka cilt cilt altı dokular

kapatılarak sonlandırıldı.

Bulgular: Vaka süresi 90 dakika olarak ölçüldü. Peroperatif komplikasyon olmadı. İlk tümör patolojisi Ta HG ürotelyal karsinom olarak raporlanması üzerine 4. Haftada re-TUR planlandı. Postoperatif 4. haftada yine perineal yoldan mesaneye girişim yapılarak eski rezeksiyon alanından bipolar rezeksiyon ile örnekleme yapıldı. re-TUR patolojisi ise Ta LG ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hastaya intrakaviter BCG indüksiyonu planlandı. Hasta perineal açıklıktan 6 kür BCG indüksiyon tedavisi aldı. Kontrol sistoskopilerinde patoloji saptanmaması halinde hastanın şikayetleri göz önüne alınarak gereklilik halinde üretroplasti planlanacaktır.

Sonuç: Üretral erişimin mümkün olmadığı ya da üretral rekonstrüksiyon başarısının düşük olacağı düşünülen vakalarda, perineal ürostomi ile TUR-M ve sistoskopi yapılması ve mesane tümörü tedavisi, hayat kalitesi açısından seçilmiş vakalarda kullanılabilinir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-024

Meatus ve Fossa Navikülaris Darlığında Glans Cap Koruyucu Üretroplasti

Nahit Öğüt[1], Efekan Koyuncu[1], Kasım Emre Ergün[1], Mustafa Serdar Kalemci[1], Adnan Şimşir[1]

Nahit Öğüt / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Meatal stenoz ve fossa navikülaris darlığı (FND) en sık olarak liken sklerozis ve üretral enstrümantasyon ile ilişkilidir. Başlangıç tedavisinde dilatasyon uygulanabilse de, dirençli olgularda cerrahi rekonstrüksiyon gereklidir. Rekonstrüksiyon, serbest greft veya vaskülarize fleplerle gerçekleştirilmektedir. Tedavideki temel amaç, yeterli üretral lümen elde edilerek semptomların giderilmesi ve glansın kozmetik bütünlüğünün korunmasıdır. Çeşitli tekniklerin uygulanabildiği meatus ve FND'de, bir olguda uyguladığımız glans cap koruyucu dorsal inlay serbest greft augmentasyonu tekniğini ve cerrahi basamaklarını video eşliğinde sunmaktayız.

Materyal ve metot: Bu videoda 2024 yılında transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) uygulanmış ve sonrasında meatus ve FND gelişmiş 61 yaşındaki erkek hastaya uygulanan operasyon paylaşılmaktadır. Preoperatif değerlendirmede eksternal meatusun tama yakın daraldığı saptanmıştır. Üroflovmetri sonucu 5/190/30 olarak sonuçlanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda glans cap koruyucu dorsal inlay serbest greft augmentasyonu uygulanmasına karar verilmiştir. Cerrahi yaklaşım; ventral subkoronal insizyon ile glans cap korunarak mobilizasyonu, darlık üzerinden ventral üretrotomi yapılmasını, fossa navikülariste proksimal normal mukozaya kadar uzanan dorsal meatotomi açılmasını ve ardından dorsal inlay greft augmentasyonunun gerçekleştirilmesini içermekteydi.

Bulgular: Cerrahi işlem 45 dk'da komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Postoperatif erken dönemde hastada yara yeri sorununa veya glans konturunda bozulmaya rastlanmadı. Üretral kateter 10. günde alındı. Takiplerinde hasta dizüriden tamamen kurtuldu ve idrar akımında belirgin iyileşme bildirdi. Post operatif 3.ay kontrol üroflovmetrisi 18/220/0 olarak saptandı. Fizik muayenede eksternal meatus ve glans ise olağan görünümde izlendi.



Sonuç: Meatus ve fossa navikülaris gibi distal üretral darlıklarda uygulanan üretroplastilerde glans ayrılması, üretral fistül ya da kötü kozmetik sonuçlar gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Glans cap koruyucu dorsal inlay serbest greft augmentasyonu, uygun hasta seçimi yapıldığında meatal stenoz ve fossa navikülaris darlığının cerrahi tedavisinde güvenilir, kolay uygulanabilir ve tatmin edici kozmetik sonuçlar sağlayan bir rekonstrüktif yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-025

Vezikovajinal Fistül Onarımı Video Sunumu

SÜLEYMAN ÖNER[1], MAHMUT YOL[1], ATA ÖZEN[1], İYİMSER ÜRE[1], AYDIN YENİLMEZ[1]

MAHMUT YOL / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Vezikovajinal fistül (VVF), jinekolojik cerrahiler sonrası gelişebilen, sosyal ve psikolojik açıdan hastayı olumsuz etkileyen ciddi bir komplikasyondur. Bu videoda mesane trigonal yerleşimli VVF'nin transvajinal U flep yöntemi ile onarımını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 61 yaşında kadın hasta, 5 ay önce total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO) öyküsü olan hasta tarafımıza sürekli idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden TAH+BSO operasyonundan sonra 1. aydan itibaren idrar kaçırma şikayetinin başladığı ve iki hafta sondalı takip edildiği öğrenildi. Dış merkezde sonda çekildikten sonra idrar kaçırması devam eden hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın tarafımızca yapılan pelvik muayenesinde vajinal fistül ağzı gözlendi. Mesaneye metilen mavisi verildi ve fistül traktından metilen mavisinin geldiği gözlendi. Hastaya tarafımızca VVF operasyonu planlandı.

Bulgular: Hastaya genel anestezi altında yüksek litotomi pozisyonunda sistoskopi yapıldı. Sistoskopide mesane trigon bölgesinde yaklaşık 5mm çapında tek fistül orifisi saptandı. Hidrofilik guide klavuzluğunda 5 fr üreter kateteri mesanedeki fistül orifisinden gönderildi ve kateterin vajinadan geldiği gözlendi .Üreter kateterinin mesane içerisinde kalan kısmı düğümlendi ve traksiyon ile vajinal bölgedeki fistül ağzı daha rahat görünür hale geldi. 18 fr foley sonda takılmasının ardından steril kalem ile vajen anterior duvarında flep alanı işaretlendi.Hidrodistansiyon yapıldıktan sonra flep alanı ve fistül çevresine insizyon yapıldı, çevre dokular diseke edildi. Vajendeki fistül ağzı eksize edildikten sonra defekt 3/0 biyosin sütur ile kapatıldı.Vajinal submukozal dokular U flep şeklinde defekt üzerine kapatıldı. Sistoskopla tekrar girilerek fistül orifisinin kapandığı gözlendi. Üreter orifislerinin güvenliği içlerinden üreter kateteri gönderilerek kontrol edildi. Mesane 150cc'ye

şişirilip vajinadan idrar kaçağı olmadığı gözlendi. Operasyon sonunda tekrardan 18 Fr Foley sonda takıldı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz seyretti. Foley sonda 14 gün sonra çekildi. Hastanın takiplerinde idrar kaçırma şikâyeti olmadı.

Sonuç: TAH+BSO sonrası gelişen özellikle küçük çaplı ve trigonal yerleşimli vezikovajinal fistüller transvajinal Latzko tekniği ile yüksek başarı oranı ve düşük morbidite ile onarılabilmektedir. Bu vaka, transvajinal U flep yönteminin minimal doku diseksiyonu gerektiren ve anatomik bütünlüğü koruyan etkin bir cerrahi seçenek olduğunu göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-026

Kadın Hastada Obliteratif Üretra Darlığına Yaklaşım: Double Face Bukkal Greft Üretroplasti

Ahmet Furkan Özsoy[1], Timur Kürşad Ülgen[1], Abdulrahman Jafarov[1], Muratcan Karaburun[2], Ömer Gülpınar[1]

Ahmet Furkan Özsoy / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Tekrarlayan üretra dilatasyonları öyküsü olan ve obliteratif üretra darlığı nedeniyle tarafımıza başvuran kadın hastada çift bukkal greft ile hem ventral hem dorsal yüze eş zamanlı üretroplasti cerrahisinin detaylarını aktarmak.

Materyal ve metot: Dış merkezde tekrarlayan üretra dilatasyonları öyküsü olan, günde 2*1 tak sonda kullanan ve son zamanlarda tak sonda kullanımı dahi zorlaşan hasta tarafımıza üretra darlığı ile başvurdu. Gerekli preoperatif tetkik ve fizik muayeneyi takiben hastaya cerrahi girişim planlandı.Cerrahi Yöntem: İnce üreterorenoskop ile üretraya guidewire yerleştirildikten sonra üretra, dorsal hattan ters U şeklinde insizyon ile serbestlendi ve dorsal yüzdeki darlık, darlığın en proksimal ucuna kadar eksize edildi. Takiben ventralde fibrotik dokular, bistüri yardımıyla insize edildikten sonra 3*2 santimetrelik iki adet bukkal mukozal greft önce ventrale ardından dorsale üretral mukozadan bukkal mukozaya tek tek süturize edildikten sonra yeterli kalibrasyon sağlandı ve 16f 2 yollu silikon sonda takılarak işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Toplam cerrahi süresi 130 dakika idi. Peroperatif komplikasyon görülmeyen hastanın postoperatif takiplerinde de hem ağız hem üretral doku açısından komplikasyon görülmeyip, henüz sondası alınmayan hastada 21. günde sonda çekilmesi planlanmaktadır.

Sonuç: Double face bukkal greft üretroplasti, ciddi obliteratif darlığı olan kadın hastalarda güvenle uygulanabilir, iyi bir cerrahi tedavi seçeneğidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-027

Taşlaşmış Üretral Stent ve Eşzamanlı Üretral Divertikül Eksizyonu: Nadir Bir Olgu Sunumu

İlker Gökçedağ[1], Melike Güzeller[1], Tahacan Uskun[1], Zafer Aybek[1]

Tahacan Uskun / Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Giriş: Üretral stentler, özellikle tekrarlayan üretra darlıklarının tedavisinde cerrahiye alternatif bir yöntem olarak geliştirilmiş olsa da, uzun dönem sonuçları tartışmalıdır. Literatürde, stent implantasyonunu takiben sık görülen komplikasyonlardan birinin yeniden darlık gelişimi olduğu bildirilmektedir. Bu durum genellikle stent içi epitelyal hiperplazi, enkrustasyon, enfeksiyon veya stent migrasyonu ile ilişkilidir.

Materyal ve metot: Çalışmalar, özellikle uzun segment darlıklarda ve yoğun spongiofibrozis varlığında başarı oranlarının düşük olduğunu, bu hastalarda stent sonrası obstrüksiyon semptomlarının tekrar ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Günümüzde bu nedenle üretral stentlerin kullanımı oldukça sınırlı hale gelmiş ve stent sonrası gelişen darlıklarda kesin tedavi yöntemi olarak üretroplasti ön plana çıkmıştır.

Bulgular: Bizim olgumuz 62 yaşında erkek hastaydı, idrar yaparken zorlanma şikâyeti ile başvurmuştu. Hastanın öyküsünde, 2009 yılında üretral darlık nedeniyle üretral stent yerleştirildiği, stent implantasyonu öncesinde iki kez üretral dilatasyon, sonrasında ise toplam beş kez dilatasyon uygulandığı öğrenilmişti. Ek hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede bulber üretrada stent palpe edilmekte, 12 F sonda geçememekte olup daha önce dış merkezde takılan suprapubik sistostomi kateteri mevcuttu. Retrograd ve antegrad üretrografide mesaneye minimal opak geçişi ve kalsifiye üretral stent bulber üretrada görülmekteydi. Üretral Mrg de Görüntülemede, bulber üretrada kalsifiye görünümle birlikte penil üretranın proksimal yarısında, yaklaşık 44x18 mm boyutlarında, tüm sekanslarda hipointens, olasılıkla taşlaşmış stente ait elipsoid lezyon görülmüştü. Hasta vakaya alındı. Üretrogramda bulber üretrada yaklaşık 6 cm'lik opasite izlendi ve bu alanın divertikül içerisinde taş içerdiği belirlendi. Üretroskopide, taş ile birlikte Ürolume stentinin taşlaştığı saptandı. Guide tel ile mesaneye erişim sağlandı. Ardından

pnömatik ve lazer litotripsi uygulanarak taşlar temizlenmeye çalışıldı, ancak yoğun taş yükü nedeniyle açık cerrahiye geçildi. Perineal vertikal kesi ile bulber üretradaki stentin olduğu bölgeye ulaşıldı, posterolateral insizyonla üretra açılarak taş ve içindeki stent bütünlüğü korunarak çıkarıldı. Üretral divertikülün fazla dokuları eksize edildi. Üretroskopi ile mesane değerlendirildi ve kalan milimetrik taşlar temizlendi. Prostatik lojun açık olduğu, distal ve proksimal üretranın normal açıklıkta bulunduğu gözlendi. Ardından 16 F Foley sonda eşliğinde üretral kesi kapatıldı, sistostomi çıkarıldı ve katlar usulüne uygun şekilde kapatıldı.

Sonuç: Üretral stentler kısa dönemde semptomatik rahatlama sağlayabilse de, uzun dönemde taşlaşma, enkrustasyon ve divertikül oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle yeniden cerrahi girişim gerektirebilir; bu nedenle hasta seçimi dikkatle yapılmalı ve uzun dönem sonuçlar göz önünde bulundurulmalıdır

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-028

Kadın Hasta Üretra Taşı; Üretrolitotomi Video Sunumu

SÜLEYMAN ÖNER[1], MAHMUT YOL[1], ATA ÖZEN[1], İYİMSER ÜRE[1], AYDIN YENİLMEZ[1]

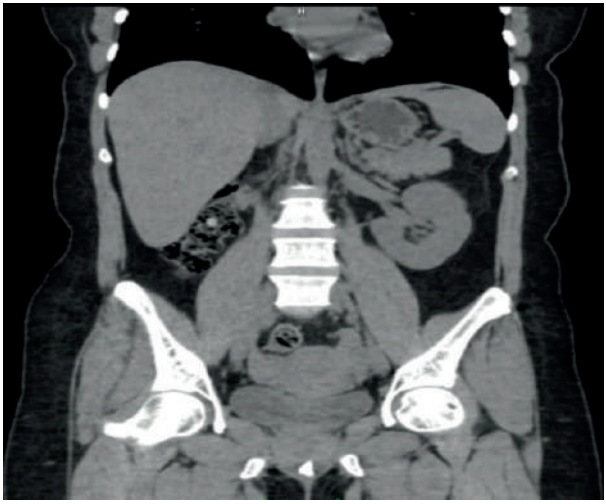
MAHMUT YOL / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Üretra taşı, kadınlarda nadir görülür genellikle enfeksiyon, yabancı cisim veya önceki cerrahi girişimlere bağlı gelişir. Semptomlar genellikle dizüri, idrar yapmada zorlanma, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve bazen taşın üretral meatusdan görülmesi şeklinde ortaya çıkar. Tedavi; taşın büyüklüğü, lokalizasyonu ve eşlik eden patolojilere göre endoskopik veya açık yöntemlerle yapılır. Bu videoda kadın hasta da gerçekleştirdiğimiz üretrolitotomi vakasını sunmayı amaçladık.

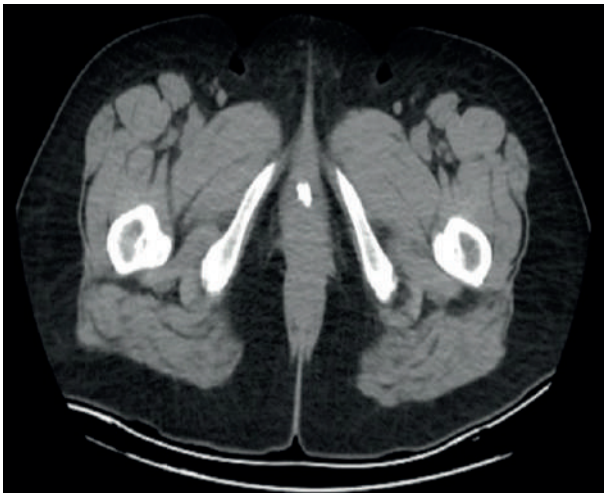
Materyal ve metot: 49 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 hafta önce başlayan idrar yaparken yanma, zorlanma ve üretrada batma hissi ile başvurdu. Pelvik muayenede üretra meatusunu neredeyse tamamen kapatan taş gözlendi. Hastada işeme sonrası kalan rezidüel idrar miktarı 35cc olarak ölçüldü. Vaka öncesi çekilen bilgisayarlı tomografide sağ böbrek atrofik sol böbrek doğal izlendi (Resim 1). Üretra içerisinde uzun aksı 15mm olan taş gözlendi (Resim 2).

Bulgular: Hasta litotomi pozisyonunda, genel anestezi altında ameliyata alındı. Labium majuslar 1/0 ipek sütur ile tespit edilerek üretra vizüelize edildi. Vajen açıklığı tekrar batikon ile temizlendi. Ardından forseps ve stile ile yaklaşık 1,5 cm taş üretradan çıkarıldı (Resim 3). Üretral meadan sistoskopla girildi üretra mukozası doğal gözlendi.Üretra ve mesane içerisinde taş izlenmedi. 18fr foley sonda takılarak işleme son verildi. Postoperatif dönemde hastada komplikasyon izlenmedi. Hastanın foleyi post operatif 3. günde çekildi. İdrar yapması doğal izlendi. Birinci ay kontrolünde hastanın aktif şikayeti olmadı.

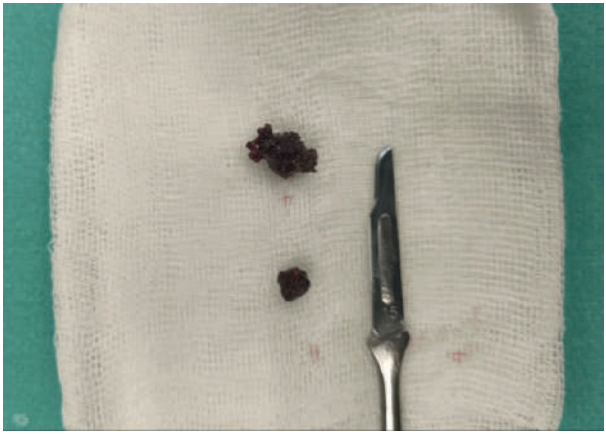
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Sonuç: Kadın hastalarda üretra taşı nadir görülür, özellikle önceki cerrahi girişimler veya yabancı cisim öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.Minimal invaziv yaklaşım, uygun olgularda güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği sunar.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-029

Kadın Hastada Üretroplasti

Emre Öztürk[1], Furkan Batuhan Tuncer[1], Çağrı Doğan[1], Onur Akyıldız[1], MEHMET FATİH ŞAHİN[1], CENK MURAT YAZICI[1]

Emre Öztürk / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Kadınlarda üretra darlığı erkeklere göre nadir görülmektedir. Etiyolojisi en sık idiyopatik olmakla beraber cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve iyatrojenik nedenler de yer almaktadır. Bu olguda kadın üretra darlığı olan hastada dorsal greft yardımlı üretroplasti sunulmuştur.İşeme güçlüğü bulunan 52 yaşında kadın hasta daha önce dört kez üretral dilatasyon öyküsü mevcut. Yapılan klinik değerlendirmesinde üroflowmetrisinde maksimum akış 8.4 ml/s ortalama akış 5.5 ml/s PVR (post voiding rezidü) 60 cc, sistoskopisinde mesane boynuna yakın lokalizasyonda kuş gözü darlık izlenmesi üzerine hastaya üretroplasti cerrahisi planlandı.

Materyal ve metot: Litotomi pozisyonunda üretral meadan metilen mavisi instilasyonunun ardından sistoskopi yardımıyla mesane boynu girişinde darlık bölgesi izlendi ve sensor kılavuz tel mesaneye ilerletildi ve tespit edildi. 24f metal buji dilatatörün darlık bölgesinden geçmediği görüldü. Ardından üretra eksternal meadan 2 cm anteriora doğru vertikal olarak 15 no bisturi ile 1 cm'lik bir insizyonla mukoza ve submukoza geçildi. Periüretral alan keskin ve künt diseksiyonla pubis kemiğine kadar disseke edildi. Ardından üretra saat 12 yönünde pubik kemiğe kadar bistüri yardımıyla insize edildi. Ardından 24f buji dilatatörün rahatlıkla geçtiği gözlemlendi. Bukkal mukozadan eksize edilen 2 x 4 cm'lik greft doku 4/0 vicryl ile üretraya mukoza-mukoza anastomoz yapıldı. Üzerine korspus spongioza kapatıldı. Sistoskopide preop izlenen darlık alanının tamamıyla genişlemiş olduğu görüldü. Meadan 18f lateks sonda mesaneye ilerletildi ve balonu şişirildi. Kanama kontrolünün ardından ciltaltı ve cilt 3/0 vicryl kapatıldı.



Bulgular: Operasyon süresi 45 dakika olarak ölçüldü. Perop komplikasyon yaşanmadı. Postop 3.hafta sonda çekildi. Sonda çekimi sonrası erken dönemde işeme güçlüğü yaşanmadı. Post op 1.ayda yapılan üroflowmetrisinde maksimum akış 15.2 ml/s ortalama akış 11.5 ml/s, PVR 50 cc ölçüldü.

Sonuç: Kadın hastalarda üretroplasti düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranlarıyla uygun hastalarda uygulanabilmektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-030

Laparoskopik Üreteroneosistostomi

Abdullah Erdoğan[1], Miraç Güven[1], Sinan Avcı[1], Güngör Arıç[1], Oğuzcan Taha Demirgöz[1], Mehmet Akif Er[1], Sedat Öner[1]

Miraç Güven / Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Bu videoda laparaskopik yöntemle üreterovajinal fistülü olan hastaya yaptığımız üreteroneosistostomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 45 yaş kadın hasta TAH-BSO operasyonu sonrası vajenden idrar gelme şikayeti ile başvurdu. Yapılan görüntülemede sol üreter distal uçta ekstravazasyon saptandı. Operasyon öncesi hastaya sol nefrostomi takıldı.Hastaya laparoskopik üreteroneosistostomi yapıldı.Hastanın sondası 2. dj stenti 6. haftada çekildi.Hastanın vajenden idrar gelme şikayeti tedavi edilmiştir.

Bulgular: GAA altında uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben supin pozisyonunda göbek üstü median bölgeden veres iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu .Biri kamera portu olmak üzere 5 adet port batına kondu. İnternal iliak bulunarak medialinde çevre dokulara yapışık üreter tespit edildi.Üreter yapışık dokulardan ayrılarak distale kadar takip edildi.Distalde üreterin açık olduğu fistülize alan görüldü .Üreter distal uç kesilip kesilen ucun proksimaline spatulasyon yapıldı. Mesaneyi üretere yaklaştırmak için psoas hitch yapıldı.Üretere guide gönderilerek guide üzerinden 6f djs ilerletildikten sonra mesanede anastomoz yapılacak alan kesildi.Üreter mesaneye uygun şekilde dikildi.Foley sonda ile mesane 250 cc sf ile şişirilerek kaçak olmadığı görüldü .Loja bir adet dren koyularak katlar usulüne uygun kapatıldı.

Sonuç: Üreterovajinal fistülü olan hastada laparoskopik üreteroneosistostomi güvenle uygulanabilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-031

Geriatrik Hastada Benign Fonksiyonel Nedenlerle Yapılan Robotik Basit Sistektomi ve Üreterokutanostomi: Endoskopik Tedaviye Dirençli Bir Olgu

Abdulrahman Jafarov[1], Serhat Erkmen[1], Çağrı Akpınar[1], Muhammed Arif İbiş[1], Evren Süer[1], Ömer Gülpınar[1]

Serhat Erkmen / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video bildiride, mesane kapasitesi düşük ve afonksiyone mesaneye sahip, bilateral hidronefroz gelişmiş geriatrik kadın hastada uygulanan organ koruyucu robotik basit sistektomi ve üreterokutanostomi cerrahisi sunulmaktadır.

Materyal ve metot: 71 yaş kadın hasta, makroskopik hematüri ve total inkontinans şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Yapılan basınç akım çalışmasında hastanın dolum aşmasında idrar hissi görülmedi ve mesane kapasitesi 100 cc ölçüldü. Üst üriner sistemin ultrasonografi ve kesitsel görüntülemelerinde yeni gelişimli bilateral grade 3 üreterohidronefroz izlendi. Kreatinin progresyonu da izlenen hastaya sistoskopi ve 100 ünite intravezikal botoks planlandı. Sistoskopide mesane kapasitesi düşük ve frajil izlendi. Örnekleme amaçlı yapılan punch biyopsi benign sonuçlandı. Aynı seansta 10 noktaya 100 Ü botoks uygulandı. Takiplerinde şikayetleri gerilemeyen, radyolojik ve labarotuvar olarak düzelme sağlanmayan hastaya robotik basit sistektomi ve üreterokutanostomi planlandı.Cerrahi yöntem: Rutin port yerleşimini takiben iliak çapraz seviyesinden önce sağ ardından sol üreter bulundu ve en distal seviyeden kliplenerek mesaneden ayrıldı. Her iki tarafta broad ligaman ve ligamentum suspansorum ovarii korunacak şekilde mesane lateralinde periton insizyonu gerçekleştirildi. Askı ligamanları intakt bırakılarak, lateralde mesane pediküllerinin hemostazı sağlandı ve disseksiyon tamamlandı. Mesane posterior ve anterior disseksiyonlarını takiben patoloji vajen ön duvarı açılarak çıkarıldı. Takiben önceden işaretlenmiş ürostomi planlanan alandan 10 mm lik port girildi. Üreterlerden geçirilen sütürler porttan dışarıya alındı ve üreterler dışarı alındı ve 3/0 vycrl yardımı ile cilt-üreter distali-üreter kenarı olacak şekilde üreterokutanostomi tamamlandı.



Bulgular: Konsol süresi 90 dakika ve perioperatif kanama miktarı 50 cc izlendi. Postoperatif 2.gün gaz ,3. Gün gaita çıkışı izlendi. Üretral dren postoperatif 2.günde abdominal dren ise 3.günde alındı. Amelyat sonrası dönemde komplikasyon izlenmeyen hasta postoperatif 4.günde taburcu edildi. Cerrahi sonrası 15.günde tarafımıza başvuran hastanın üreter feedingleri alındı. 1.ayda ise üst üriner sistem değerlendirilmesinde hidronefroz regresyonu izlendi.

Sonuç: Robotik basit sistektomi ve kutanostomi, afonksiyone mesaneli ve üst üriner sistemin etkilendiği yaşlı hastalarda güvenli ve etkili bir cerrahi seçenektir. Genital organların korunması, postoperatif yaşam kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-032

TAH+BSO Sonrası Vezikovajinal Fistül Gelişen Hastada Transabdominal Laparoskopik Fistül Onarımı

Erhan Sarı[1], Ahmet Enes Başkıran[1], Volkan Çağlayan[1], Miraç Güven[1], Efe Önen[1], Abdullah Erdoğan[1], Sedat Öner[1]

Erhan Sarı / Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Bu videoda laparoskopik yöntemle mesane posteriorunda yerleşik vezikovajinal fistülün transabdominal onarımını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 49 yaşında kadın hasta, Eylül 2023'te myom nedeniyle gerçekleştirilen TAH+BSO operasyonu sonrasında başlayan inkontinans şikayetiyle başvuruyor. 2024 Mart ayında dış merkezde Trans-obturator tape operasyonu planlanan hastada operasyon sırasında vezikovajinal fistül saptanmış ve tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımızca yapılan sistoskopide mesane orta hat, postero-inferiorunda yerleşik yaklaşık 5 mm açıklıkta fistül olduğu görüldü.

Bulgular: İlk olarak GAA litotomi pozisyonunda urs ile girilip sağ ve sol üreterler bulunarak guide üzerinden her iki tarafa da 6f DJ stent takıldı. Sonra trigon arkasında vajene uzanan fistül ağzı bulundu ve fistül ağzından guide eşliğinde üreter katateri yollandı. Kateterin diğer ucu vajenden tutularak dışarı alındı ve klemple sabitlendi. Ardından veres iğnesi ile göbek üstünden batın şişirildi ve batına 5 adet port koyularak batına girildi. Künt diseksiyon ve makas ile kesilerek vajenle mesane arasına ulaşıldı ve fistül hattı bulundu. Fistül hattı kesilerek alt ve üst ağzına 3.0 vicryl ile sütur atıldı mesane sonda yardımıyla 180cc şişirilerek sızdırmazlık kontrolü yapıldı. Sonrasında periton yaprağı, fistül traktının arasına 3.0 vicryl ile dikilerek sabitlendi. 20f yumuşak dren koyuldu. Port delikleri cilt altı ve cilt dikildi katlar kapatıldı. İşlem sonrası sistoskop ile üretradan girildi, her iki djs bulunarak çekildi. Mesanede fistül traktının kapandığı görüldü. 20f 2 yollu sonda takılarak işlem sonlandırıldı. Hasta operasyon sonrası 1. ay kontrolünde inkontinans şikayetinin gerilediğini ve tam şifaya kavuştuğunu belirtti.

Sonuç: Obstetrik cerrahi sonrası gelişen vezikovajinal fistülde transabdominal laparoskopik fistül onarımı uygulanabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-033

Kolpokleizis Cerrahisi: Basamakları ve Klinik Uygulama Deneyimi

İbrahim Can SARIYILDIZ[1], Ayham Alovaıed[1], Ali Furkan Batur[1]

İbrahim Can SARIYILDIZ / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu video sunumun amacı, ileri evre pelvik organ prolapsusunun tedavisinde uygulanan kolpokleizis cerrahisinin basamaklarını detaylı biçimde göstermek ve yöntemin güvenilirliğini vurgulamaktır.

Materyal ve metot: Kolpokleizis, cinsel aktivite beklentisi olmayan, ileri yaşlı ve ek sistemik hastalıkları nedeniyle daha kısa ve güvenli cerrahiye ihtiyaç duyan hastalarda tercih edilen obliteratif bir cerrahidir. POP-Q evre III–IV prolapsus olgularında etkin ve kalıcı bir tedavi sağlar.Vaka: Yetmiş beş yaşında kadın hasta, 6 aydır giderek artan pelvik organ sarkması nedeniyle başvurdu. Muayenede evre 4 anterior ve apikal prolapsus ile 7 cm genişliğinde genital hiatus saptandı. MR'da mesanenin tama yakınının vajenden prolabe olduğu izlendi.Teknik: Spinal anestezi altında, alçak litotomi pozisyonunda operasyon başlatıldı. Üretraya 16F foley sonda yerleştirildi. Labiumlar bacak iç yüzüne tespit edilerek cerrahi saha açıldı.1. Vajinanın ön ve arka duvarlarından eliptik alanlar dikkatlice işaretlendi.2. Mukozal yüzeyler bistüri yardımıyla eksize edildi.3. Eksize edilen bölgelerden submukozal dokular kısmen serbestleştirilerek vajen duvarlarının karşılıklı yaklaştırılması kolaylaştırıldı.4. Ön ve arka vajinal duvar, absorbabl sütürlerle katmanlı şekilde karşılıklı kapatıldı.5. Vajen lümeni tamamen obliteratif olarak kapatıldı.6. Hemostaz kontrolü sonrası vajen içerisine antibiyotikli spanç yerleştirildi ve baskılı pansuman yapılarak işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon 60 dakikada komplikasyonsuz tamamlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir sorun izlenmedi. İlk günde baskılı pansuman çıkarıldı ve hasta miksiyon sonrası taburcu edildi. Erken dönemde yara iyileşmesi düzgündü. Takipte, 2. yılda yapılan kontrol muayenesinde nüks izlenmedi. Ayrıca işlem sonrasında hastada inkontinans veya işeme disfonksiyonu gelişmedi.



Sonuç: Kolpokleizis, ileri evre pelvik organ prolapsusunda yaşlı ve koitus beklentisi olmayan hastalar için güvenli, etkin ve pratik bir yöntemdir. Bu video sunum, yöntemin cerrahi basamaklarını ayrıntılı biçimde aktarmasıyla özellikle eğitim sürecindeki asistanlara katkı sağlamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-034

Robot Yardımlı Laparoskopik Ekstravezikal Veziko-Vajinal Fistül Onarımı

Araz Musayev[1], Elif İpek Aksoy[1], Murat Can Karaburun[2], Abdurrahman Jafarov[1], Ömer Gülpınar[1]

Elif İpek Aksoy / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Robot Yardımlı Laparoskopik Ekstravezikal yolla yapılan veziko-vajinal füstül onarımı ameliyatımızı sunmak.

Materyal ve metot: 1 yıl önce açık TAH -BSO ameliyatı geçiren ve sonrasında VVF tanısı ile vajinal onarım ameliyatı geçiren 57 yaş kadın hasta nüks şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan FM'de vajen anterior duvarında fistül traktı izlendi. POP izlenmedi.Hastaya tarafımızca sistoskopi yapıldı. Mesane tabanında fistül traktı izlendi. Bilateral üreter orifisleri intakt izlendi. Kılavuz tel üzerinden fistül traktına üreter kateteri gönderilerek vajenden dışarı alındı. Bilateral üreterlere üreter kateteri konuldu. Sistoskop çıkılarak hastaya 20 fr 3 yollu sonda konuldu. Üreter kateterlerinin serbest uçları sondaya sabitlendi. Takiben hastaya pozisyon verilerek robotik portalr sırasıyla girildi. Batın içindeki yapışıklıklar künt ve keskin disseke edilerek vajen cuff'ı ve mesane ortaya koknuldu. Vajene bükülebilir ekartör yerleştirildi. Mesane steril SF ile doldurularak vajen ve mesane sınırı belirlendi. Künt ve keskin dissekiyon yardımıyla mesane ve vajen duvarı arasına girildi. Fistül traktı vizualize edildi. Fistül traktı etraf dokulardan çepe-çevre serbestlendi. Mesane ve vajen duvarı bir-birinden ayrıldıkatan sonra fistül traktındaki üreter kateteri kılavuzluğunda mesane duvarı su sızdırmaz şekilde onarıldı. Mesaneye 100 ml steril SF verilerek kaçak olmadığı görüldü. Vajen duvarı onarıldı. Omentum interpose edilerek fistül traktının üzerine gelecek şekilde diklidi.

Bulgular: Postoperatif 2.gün üreter kateterleri çekilerek hasta sondalı taburcu edildi. Postoperatif 30.gün hastanın sondası çekildi. Takipte nüks gelişmedi.

Sonuç: Robot Yardımlı Laporoskopik Ekstravezikal Veziko-vajinal fistül onarımı uygun hastalarda uygulanabilecek etkili cerrahi alternatif yöntemlerden biridir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-035

Robotik Mesane Augmentasyonu (İleosistoplasti): Refrakter Düşük Kompliyanslı Mesanede Olgu Sunumu ve Cerrahi Teknik

Elif İpek Aksoy[1], Ahmet Furkan Özsoy[1], Altay Ak[1], Timur Kürşad Ülgen[1], Ömer Gülpınar[1]

Elif İpek Aksoy / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Refrakter düşük kompliyanslı mesane, üst üriner sistem hasarı ve yaşam kalitesinde ciddi kayıplara yol açabilen bir klinik tablodur. Medikal tedavilere dirençli olgularda mesane augmentasyonu altın standart cerrahi seçenek olarak kabul edilmektedir. Bu bildiride, robot yardımlı ileosistoplasti uygulanan olgu ve cerrahi tekniğin video sunumu amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 32 yaşında erkek hasta, 2016'da aplastik anemi nedeniyle allojenik kök hücre nakli sonrası BK virüs pozitifliği ve hemorajik sistit öyküsüne sahiptir. İzleminde urge, urge inkontinans ve pollaküri şikayetleri başlamış, 2018'de yapılan sistoskopi ve biyopsi benign olarak raporlanmıştır. Temmuz 2024 BT ürografide sol böbrekte grade 3–4, sağ böbrekte grade 1–2 hidronefroz ve bilateral üreter dilatasyonu izlenmiştir. Ağustos 2024 ürodinami çalışmasında maksimum mesane kapasitesi 260 cc, maksimum detrüsör basıncı 93 cmH_2O ve sol tarafta grade 4–5 vezikoüreteral reflü saptanmıştır. Antikolinerjik, beta-3 agonist ve intravezikal botox tedavilerine yanıtsız kalan hastada renal fonksiyonların korunması amacıyla robot yardımlı laparoskopik ileosistoplasti planlanmıştır.Cerrahi Yöntem:Terminal ileum distalinden 20 cm belirlendikten sonra yaklaşık 50 cm uzunluğunda ileum, Endo-GIA stapler yardımıyla izole edilerek ileoileal anastomoz sağlandı. Takiben, augmentasyon için kullanılacak ileum antimezenterik hattan detübülerize edildi ve medial hattan birbirine anastomoz edildi. Mesane V şeklinde insizyonla açıldıktan sonra, ileum U formu oluşturulacak biçimde apeksinden mesaneye sütüre edildi. Mesane arka duvarı orta hattından başlanarak ileum anastomozuna geçildi ve posterior duvarın anastomozunu takiben lateral hatlar, ardından da su sızdırmaz biçimde ön duvara anastomoz sağlandı. Kaçak testi sonrası herhangi bir anastomoz kaçağı görülmemesi üzerine işlem komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı.



Bulgular: Ameliyat süresi yaklaşık 210 dakika olup, intraoperatif komplikasyon gelişmemiştir. Postoperatif takiplerde mesane kapasitesinde artış ve semptomlarda belirgin düzelme sağlanmıştır.

Sonuç: Robotik mesane augmentasyonu, refrakter düşük kompliyanslı mesanelerde güvenli ve etkili bir seçenektir. Minimal invaziv yaklaşımın sağladığı avantajlar ile üst üriner sistemin korunması ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkı sağlamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

V-036

Robot Yardımlı İleosistoplasti: Vaka ve olgu sunumu

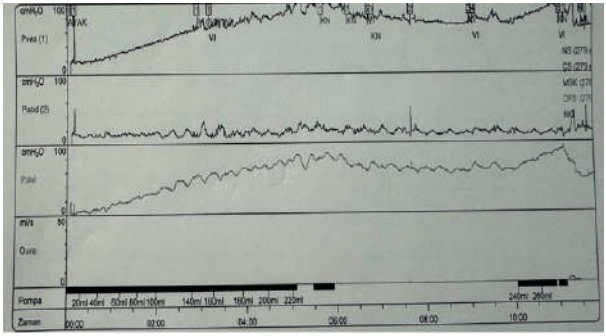
Durmuş Alptuğ COŞAR[1], Mustafa Sertaç YAZICI[1], Rabia HİZARCİ BAL[1], Naşide MANGIR[1]

Durmuş Alptuğ COŞAR / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri

Giriş: İleosistoplasti, düşük mesane kapasitesi olan nörojen mesane hastaları için mesane kompliyansını artırmaya yönelik uzun dönem başarı yüzdesi yüksek bir cerrahi seçeneğidir. Operasyonun minimal invaziv yöntemlerden robot yardımlı olarak yapılması, hastaların postoperatif erken dönemde geçirebileceği komplikasyonların azalması yönünden etkilidir.

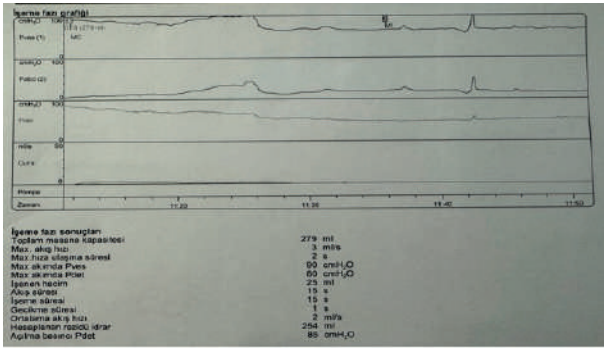
Materyal ve metot: Metot: 24 yaşında erkek hastanın 10 sene önce geçirilen omurilik cerrahisi sonrası idrarı tam boşaltamama, üriner inkontinans ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme şikayetleri mevcut. Yüksek PVR'li izleminde günde 5 kez TAK uygulaması yapan hastaya bu şikayetler sonrası yapılan ürodinamik incelemede artmış mesane baıncına eşlik eden düşük mesane kapasitesi ve düşük kompliyans tespit ediliyor. 6'şar ay aralıklarla uygulanan toplam 4 intravezikal BOTOX enjeksiyonlarının sonuncusundan belirgin fayda görmediğini ifade eden hastaya, uzun dönem başarı ve kalıcılık oranarının daha yüksek olduğu bildirilen ileosistoplasti operasyonu robot yardımıyla uygulandı.

Ürodinami 1



Hastaya ait ürodinami görüntüleri

Ürodinami 2



Hastaya ait ürodinami görüntüleri



Bulgular: Teknik: Düşük litotomi pozisyonunda batına paraumblikal hatta olacak şekilde 3 adet 8 mm'lik, 1 adet 12 mm'lik robot trokarı ve 1 adet 12 mm'lik asistans trokarı ile girildi. İleal segment eksizyonu, ileoileal anastomoz ve mesane-ileal segment anastomozlarının tamamı intrakorporeal olarak gerçekleştirildi. Vakada üriner diversiyonlar 20f foley sistostomi ve 18f üretral foley sonda olarak yerleştirildi.

Sonuç: Sonuç: İleosistoplasti, uzun dönem başarı oranı yüksek ve rekürrens oranı diğer cerrahi seçeneklere kıyasla belirgin ölçüde düşük bir cerrahi tedavi seçeneğidir. Uygun olgularda gerçekleştirilmesi cerrahinin başarı yüzdesini artıran faktörlerdendir.

POSTER BİLDİRİLER



KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-001 (SUNUSUZ POSTER)

Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Olan Kadın Hastalarda İnflamatuvar Parametrelerin Analizi

Emre Bülbül[1], Göktuğ Kalender[2]

Göktuğ Kalender / İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi

Giriş: Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS), interstisyel sistit (İS)/mesane ağrısı sendromunu (MAS) da içerebilen klinik bir tablodur. Mesanede oluşan kronik inflamasyon duyusal aferent sinirlerde sensitizasyon ve aktivasyona neden olduğu belirtilmektedir. Kronik inflamasyonda temel rolü oynayan lenfosit ve makrofajlardır. Dokuda makrofaj olarak yer alan hücreler, kan dolaşımında monosit formunda bulunmaktadır. Kadınlarda KPA sendromunun mesanede sebep olduğu, kronik inflamatuvar reaksiyonun kandaki parametrelere yansımasını araştırdık.

Materyal ve metot: Nisan 2021 ile Nisan 2024 tarihleri arasındaki hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Bu vaka kontrol çalışmasına toplam 42 KPAS'lı kadın hasta ve 50 sağlıklı gönüllü kadın dahil edildi. Bütün katılımcıların tam kan sayımı ve biyokimya tetkikleri incelendi. Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP (C-reactive protein), WBC (white blood count), nötrofil sayısı, nötrofil yüzdesi, lenfosit sayısı, lenfosit yüzdesi, monosit sayısı, monosit yüzdesi, platelet sayısı, RDW (red cell distrubition with), MPV (mean platelet volüm), PDW (platelet distrubition with), NLR (nötrofil lenfosit oranı), PNR (platelet nötrofil oranı), PMR (platelet monosit oranı), PLR (platelet lenfosit oranı) ve SSI (sistemik inflamatuar index= NLR*platelet sayısı) not edildi.

Bulgular: CRP (ortanca değer: 1.9 vs 1.2, p=0.004), PDW (20.1 vs 16.4, p < 0.001), lenfosit yüzdesi (32.2 vs 31.2, p=0.031), monosit sayısı (0.45 vs 0.3, p < 0.001) ve monosit yüzdesi (7.7 vs 6.3, p < 0.001) KPA grubunda istatistiksel anlamlı olarak yüksekti. RDW (12.2 vs 12.7, p=0.022), MPV (8.1 vs 9.6, p=0.013), NLR (1.7 vs 1.9, p=0.001), SII (371 vs 448, p=0.001), nötrofil yüzdesi (56.1 vs 61.1, p < 0.001), NMR (7.1 vs 10.3, p < 0.001) ve PMR (474 vs 680, p < 0.001) istatistiksel anlamlı olarak düşüktü. Çok değişkenli (multivariable) analizde ise monosit (p=0.048), monosit yüzdesi (p=0.041), PMR (p=0.037) ve PDW (p=0.043) açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı.

Sonuç: KPAS tanısı alan kadın hastalarda monosit sayısı, monosit yüzdesi ve PDW sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek iken, platelet monosit oranı daha düşüktü. KPAS sendromunda meydana gelen kronik inflamatuvar süreçte, monositler

önemli bir rol almaktadır.

Tablo 1. Kronik pelvik ağrı sendromu hastalarının ve kontrol grubunun özellikleri

			Univariable	Multivariable
	Kronik Pelvik Ağrı Grubu	Kontrol Grubu	p değeri	p değeri
Yaş (yıl), median (IQR)	55 (37-62)	53 (39-61)	0.129	
CRP, median (IQR)	1.95 (0.1-4.2)	1.2 (0.1-3.4)	0.004	0.074
Sedimentasyon, median (IQR)	6 (2-25)	8.5 (2-10.5)	0.853	
WBC, median (IQR)	6.3 (3.5-8.5)	6.2 (4.7-9.9)	0.816	
NLR, median (IQR)	1.73 (1.18-2.13)	1.93 (1.71-2.07)	0.001	0.089
SII, median (IQR)	371.8 (208.2-533.6)	448.5 (339.7-626.6)	0.001	0.374
Nötrofil sayısı, median (IQR)	3.7 (1.9-5.3)	3.6 (2.8-5.1)	0.198	
Nötrofil yüzdesi, median (IQR)	56.1 (48.7-61.3)	61.1 (57.7-64.3)	<0.001	0.507
Monosit sayısı, median (IQR)	0.45 (0.3-0.65)	0.3 (0.2-0.5)	<0.001	0.048
Monosit yüzdesi, median (IQR)	7.7 (4.1-11.7)	6.3 (4.1-7.7)	<0.001	0.041
Lenfosit sayısı, median (IQR)	2.1 (1.1-2.9)	2.1 (1.5-2.9)	0.851	
Lenfosit yüzdesi, median (IQR)	32.15 (16.6-36.65)	31.2 (25.5-35)	0.031	0.179
RDW, median (IQR)	12.15 (11.2-13.25)	12.7 (11.7-14.4)	0.022	0.148
PDW, median (IQR)	20.15 (18.7-21.45)	16.4 (16-19.5)	<0.001	0.154

MPV, median (IQR)	8.05 (6-9.65)	9.6 (7-12.9)	0.013	0.975
NMR, median (IQR)	7.1 (4.3-12.4)	10.3 (8.1-13.1)	<0.001	0.078
PMR, median (IQR)	474.3 (204.3-612.5)	680 (258.6-961.3)	<0.001	0.037
PNR, median (IQR)	66.7 (35.1-105.7)	63.3 (31.7-82.4)	0.559	
Platelet sayısı, median (IQR)	226.000 (143.000-312.000)	229 (181.000-288.000)	0.275	

IQR: interquartile range, NLR: nötrofil lenfosit oranı SII: sistemik inflamatuar index= NLR*platelet sayısı, RDW: red cell distrubition with, MPV: mean platelet volüm, PDW: platelet distrubition with, PNR: platelet nötrofil oranı, PMR: platelet monosit oranı

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-002 (SUNUSUZ POSTER)

Mesanede Endometriozis Olgusu: Bir Ürotelyal Karsinom Yanılgısı

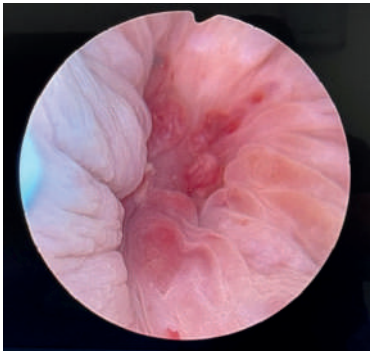
Zihni Can Dağdeviren[1], Eren Can Aydın[1], Harun Bal[2], Engin Dereköylü[1], Hasan Deliktaş[1]

Zihni Can Dağdeviren / Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Makroskopik hematüri, mesane patolojilerinde sık karşılaşılan bir semptomdur. Endometriozis ise kadınlarda pelvik ağrı ve üriner semptomlara yol açabilen önemli bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda, mesane duvarında kalınlık artışı ve hematüri şikayeti ile başvuran, patolojik olarak endometriozis tanısı alan bir kadın hasta sunulmaktadır.

Materyal ve metot: 42 yaşında, ek hastalığı olmayan, ara ara makroskopik hematüri şikayetiyle dış merkeze başvuran kadın hastanın kontrastsız pelvis tomografisinde, mesane sağ posterolateral duvarda 13 mm kalınlık artışı ve düzensizlik saptandı. İlk olarak dış merkezde yapılan transüretral rezeksiyon biyopsisi (TUR-M) sonucunda low grade non-invaziv ürotelyal karsinom (pT1) tanısı konuldu. Re-TUR-M materyali granülasyon dokusu olarak raporlandı. Hastanın patoloji preparatları hastanemiz patoloji laboratuvarında yeniden incelendi ve endometriozis ile uyumlu bulundu. Hastaya menstrüasyon döneminde belirtilen şüpheli alandan yeniden rezeksiyon yapıldı.

Sistoskopik Bakı



Mesane sağ posterolateral duvarda rezeke edilen şüpheli alan



Bulgular: Yeniden yapılan patolojik değerlendirmede, mesane lezyonunun endometriozis olduğu tespit edildi. Hastanın hematüri semptomları ile ilişkili olan lezyonun malignite yerine benign endometriozis olduğu doğrulandı.

Sonuç: Mesane endometriozisi, makroskopik hematüri ve mesane kalınlık artışı ile seyredebilen nadir ancak önemli bir tanıdır. Özellikle genç kadınlarda, mesane lezyonlarında malignite tanısı öncesinde endometriozis ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir. Patoloji değerlendirmesinde multidisipliner yaklaşım ve dikkatli inceleme tedavi planlaması için kritik öneme sahiptir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-003 (SUNUSUZ POSTER)

Benign Prostat Hiperplazisinin Tedavisinde Standart Transüretral Rezeksiyon İle Holmium Lazer Enükleasyonunun Karşılaştırılması

İbrahim Karaca[1], Aydemir ASDEMİR[1], İsmail Emre Ergin[2], Arslan Fatih Velibeyoğlu[3], Hüseyin Saygın[1], Esat Korgalı[1]

İbrahim Karaca / Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Bu çalışmanın amacı, Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) nedeniyle tek merkezde cerrahi tedavi uygulanan hastalarda Holmiyum Lazer Enükleasyonu (HoLEP) ile transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) yöntemlerini perioperatif bulgular, komplikasyonlar ve postoperatif fonksiyonel sonuçlar açısından karşılaştırmaktır.

Materyal ve metot: 2023 ile 2024 tarihleri arasında BPH tanısı konulmuş ve cerrahi endikasyonu olan toplam 110 hasta, HoLEP veya TURP yöntemlerinden biri uygulanmak üzere prospektif olarak randomize edildi. Hastaların dijital rektal muayene (DRE), idrar tahlili ve kültürü, serum PSA düzeyi, IPSS, Qmax, yaşam kalitesi (QoL), IIEF skorları, prostat hacmi ve işeme sonrası rezidüel idrar miktarı (PVR) ölçümleri yapıldı. TURP işlemleri deneyimli cerrahlar tarafından, HoLEP işlemleri ise aynı cerrahlar tarafından gerçekleştirildi. Cerrahi sonrası kateterizasyon süresi, çıkarılan prostat dokusu miktarı, operasyon süresi, hemoglobin düşüşü, kan transfüzyonu ihtiyacı, reoperasyon oranları ve hastanede yatış süresi kaydedildi. Hastalar 1., 3. ve 6. aylarda IPSS, Qmax, QoL ve IIEF skorları ile yeniden değerlendirildi.

Bulgular: İki grup arasında yaş, prostat hacmi, preoperatif IPSS, Qmax, QoL ve IIEF açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Operasyon süresi HoLEP'te daha uzundu ($p=0.00$). Kateterizasyon süresi HoLEP grubunda daha kısa saptandı ($p=0.01$). Hemoglobin düşüşü açısından fark anlamlı değildi ($p=0.06$), ancak sadece bir HoLEP hastasında eritrosit süspansiyonu ihtiyacı doğdu. Her iki grupta da iki hastada reoperasyon gereksinimi oldu. Hastanede kalış süresi açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.33$). Postoperatif 1., 3. ve 6. aylarda IPSS, Qmax ve QoL skorlarında her iki grupta da anlamlı düzelmeler gözlendi. Qmax artışı 3. ayda HoLEP lehine anlamlıydı ($p=0.00$), ancak 6. ayda fark ortadan kalktı. QoL skorlarında 6. ayda HoLEP grubunda belirgin iyileşme gözlendi ($p=0.04$). IIEF değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).Holep grubunda 2 hastada kontinans gelişmiş olup 4-6 ayda biri düzelmiş olup birinin 11. ayda kontinansı devam etmektedir.

Şekil 1

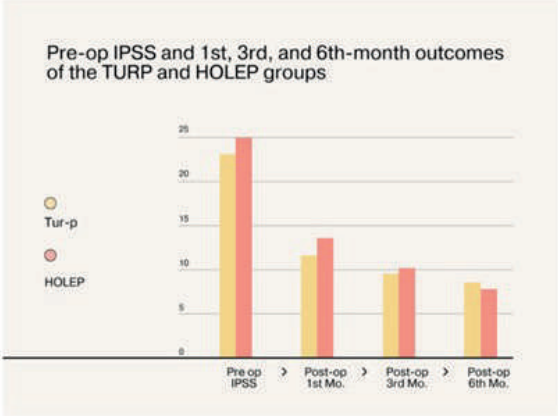


Figure1: Pre operative IPSS and 1st, 3rd and 6th month outcomes of the TURP and HOLEP groups

Şekil 2

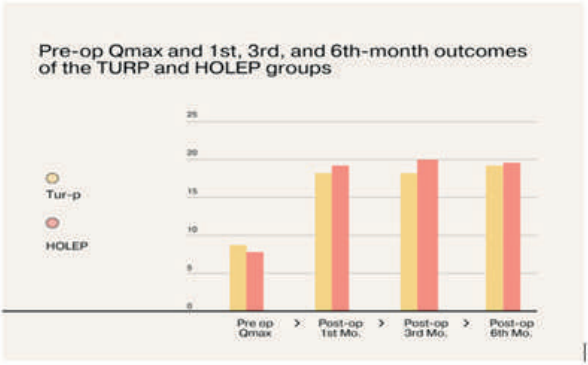


Figure 2: Pre operative Qmax and 1st, 3rd and 6th month outcomes of the TURP and HOLEP groups

Tablo 1

	TURP	HoLEP	P
N	55	55	-
Prostate volume	74.8 ± 20.6	81.0 ± 27.1	0.09
Catheter (n)	13	15	0.11
Pre op IPSS	23.6 ± 6.6	25.0 ± 6.7	0.66
Pre op Qmax	8.6 ± 4.3	7.4 ± 2.5	0.21
Pre op Qol	5.0 ± 1.3	4.3 ± 1.4	0.72
Pre oP IIEF	14.0 ± 7.5	16.1 ± 9.4	0.27
Age	66.7 ± 7.7	67.9 ± 8.0	0.37

Grupların demografik verileri ve ameliyat öncesi verileri

Tablo 2

	TURp	HoLEP	P
Prostate Volume (cc)	73.8 ± 20.6	82.0 ± 28.4	0.08
Resected tissue (gr)	23.7 ± 14.2	48.8 ± 27.1X	0.00

Post op Hgb decrease	1.3 ± 0.7	1.0 ± 0.6	0.06
Post op ES replacement (n)	-	1	0.48
Re-op need (n)	2	2	0.67
Op Duration (min)	53.8 ± 16.5	84.5 ± 27.2	0.00
Catheter duration (day)	3.09 ± 0.5	2.7 ± 0.7	0.01
Hospital stay (day)	3.4 ± 1.1	3.4 ±1.4	0.33

Perioperatif veriler

TURP ve HoLEP grupları arasında 1., 3. ve 6. aylarda Qmax, QoL, IPSS ve IIEF parametrelerinin karşılaştırılması

	Preop	1. ay	3.Ay	3.Ay
IPSS	0.28	0.07	0.27	0.42
Qmax	0.19	0.10	0.00*	0.10
Qol	0.09	0.21	0.22	0.04*
IIEF	0.27	0.07	0.06	0.14

Tablo3

Sonuç: Çalışma sonuçları, HoLEP'in TURP ile benzer semptomatik iyileşme sağladığını göstermektedir. HoLEP'in daha uzun operasyon süresine rağmen daha fazla doku çıkarabilmesi, özellikle büyük hacimli prostatlarda uzun vadeli semptomatik fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Kan kaybının daha az olması ve kateter süresinin daha kısa olması, HoLEP'in perioperatif dönemde daha avantajlı olduğunu ortaya koymaktadır. IPSS ve IIEF skorları benzer sonuçlar sunarken, Qmax ve QoL skorlarında zamanla HoLEP'in avantajlı hale gelmesi dikkat çekicidir. HoLEP, TURP'a kıyasla benzer etkinliğe sahip olmakla birlikte, daha az kan kaybı, kısa kateterizasyon süresi ve daha fazla doku rezeksiyonu gibi avantajlar sunan güvenilir bir cerrahi alternatiftir. Özellikle büyük prostat hacmine sahip hastalarda HoLEP, etkinlikten ödün vermeksizin düşük morbidite ile tercih edilebilecek etkili bir yöntemdir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ

9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-004 (SUNUSUZ POSTER)

Erkek Üretra Darlıklarında Üretroplasti Cerrahisi: Üç Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Fahri Yavuz İlki[1], İpek Şen[1], Adem Emrah Coğuplugil[1], Selahattin Bedir[1]

İpek Şen / Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Erkek üretra darlıkları, etyolojisi ve anatomik yerleşimi çeşitlilik gösteren, tekrarlayıcı yapısıyla zorlu bir klinik tablo sunar. Endoskopik tedaviler sık uygulanmakla birlikte, özellikle uzun segmentli ya da komplike darlıklarda başarı oranı düşüktür. Bu nedenle üretroplasti, kalıcı anatomik düzeltme sağlayan etkin bir cerrahi yöntem olarak öne çıkmaktadır. Doğru hasta seçimi ve uygun cerrahi teknik ile yüksek başarı oranlarına ulaşılabilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde son üç yıl içinde üretroplasti uygulanan erkek hastaların klinik özellikleri ve cerrahi sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Materyal ve metot: Ocak 2021 - Aralık 2023 tarihleri arasında üretra darlığı nedeniyle üretroplasti uygulanan 22 erkek hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, darlık lokalizasyonu, etyolojik neden, darlık uzunluğu, uygulanan cerrahi teknik, takip süresi ve rekürrens durumu değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın yaş ortalaması 54.0 yıl olup, yaş aralığı 25 ila 74 yıl arasında değişmekteydi. Darlıkların ortalama uzunluğu 5.2 cm olarak ölçüldü. Darlık lokalizasyonu en sık bulber bölgede (%59) izlendi; bunu panüretral (%27) ve posterior darlıklar (%9) takip etti. Penil lokalizasyon saptanan hasta bulunmadı. Etyolojik olarak olguların %68'i travmatik nedenlere, %23'ü ise iyatrojenik girişimlere bağlıydı. Enfeksiyöz veya idiopatik nedenli olguya rastlanmadı. Hastaların %86'sına greftli üretroplasti (genellikle BMG [buccal mucosa greft] kullanılarak), %14'üne ise anastomotik üretroplasti uygulandı. Greftli üretroplasti, özellikle 4 cm üzerindeki darlıklarda tercih edildi. Hastaların cerrahi öncesinde %72'sinde en az bir endoskopik girişim öyküsü mevcuttu. Takip süresi ortalama 24 ay (12–36 ay) idi. Bu süre içinde yalnızca bir hastada (%4.5) rekürrens gelişti ve sekonder müdahale ile tedavi edildi. Başarı, rekürrens gelişmemesi ve semptomların tamamen gerilemesi ile tanımlandığında, toplam başarı oranı %95.5 olarak belirlendi. Cerrahi sonrası anlamlı komplikasyon izlenmedi; erektil disfonksiyon, fistül ya da kontinans kaybı gibi majör advers olaylara rastlanmadı.

Sonuç: Üretroplasti, erkek üretra darlıklarının kalıcı tedavisinde yüksek başarı oranları sunan etkili bir cerrahi yaklaşımdır. Özellikle greftli teknikler, uzun



segmentli ve kompleks darlıklarda dahi %95'i aşan başarı oranları ile dikkat çekmektedir. Bu seride, düşük rekürrens oranı ve cerrahi başarının sürekliliği; uygun teknik seçimi, detaylı preoperatif değerlendirme ve deneyimli bir ekip ile doğrudan ilişkilidir. Bulgularımız, gerçek yaşam pratiğinde üretroplastinin güvenilirliğini ve etkinliğini güçlü biçimde desteklemektedir.

9. ULUSAL
KONTİNANS DERNEĞİ 2003 İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-005 (SUNUSUZ POSTER)

İnterstisyel Sistit Tedavisinde HBB Etkinliği

Murat Demïr[1]

Murat Demïr / Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ad/Van

Giriş: Amaç: İntravezikal karışım tedavisi uygulanan hastalarda semptomatik düzelmenin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Yöntem: Transüretral yolla mesane içine HBB (1 cc Heparin ve 9 cc, 10 cc Bupivakain, 9 cc sodyum Bikarbonattan) oluşan toplam 20 cc'lik karışım instilasyonu yapıldı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası, Türkçeye uyarlanmış interstisyel sistit semptom skoru (4 soru, toplam 20 puan; ani sıkışma hissi, sık idrara çıkma, noktüri, ağrı/yanma değerlendirmesi) ve problem skoru (4 soru, toplam 25 puan) incelendi.

Bulgular: Bulgular: Mayıs 2017 - Ağustos 2025 tarihleri arasında, 24'ü kadın (%92.3), 2'si erkek (%7.6) olmak üzere toplam 26 hasta çalışmaya dâhil edildi. Ortalama takip süresi 18 ay olarak belirlendi. Başvuru yakınmaları arasında en sık şikâyet %69.2 (n=18) oranıyla ağrı idi; bunu %26,9 (n=7) ile ani sıkışma hissi ve %3.8 (n=1) ile noktüri izledi. Hastaların %61.5'inde ek hastalık mevcutken, %23 ünde antidepresan kullanım öyküsü vardı. Olguların %69.2'sine (n=16) sistoskopi uygulanmış, bunların %7.6'sında ülser saptanmıştırHastaların %30.7'si daha önce bu karışım dışında intravezikal tedavi almıştı. Ortalama instilasyon sayısı 12,4 ± 7,4 olarak bulundu. Tedavi öncesi ortalama semptom skoru 15±3,2, problem skoru ise 13,6±2,4 iken; tedavi bitiminden bir ay sonraki değerler sırasıyla 7,3±2.8 ve 6,3±2,6 idi. Hastaların %92.3'ünde subjektif semptomatik iyileşme sağlandığı ve bu etkinin genellikle ortalama 4. instilasyondan sonra ortaya çıktığı belirlendi.

Sonuç: Sonuç: İntravezikal karışım tedavisi, interstisyel sistit semptomlarını azaltmada etkili bir yöntemdir. Ancak tedavinin uzun vadeli etkinliğini ve güvenilirliğini göstermek için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-006 (SUNUSUZ POSTER)

Transvajinal Vezikovajinal Fistül Onarımı: Tek Merkez 31 Olguluk Seri

Süleyman Öner[1], Kağan Topkale[1], Ata Özen[1], İyimser Üre[1], Aydın Yenilmez[1]

Kağan Topkale / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji A.B.D.

Giriş: Vezikovajinal fistül (VVF), gelişmiş ülkelerde çoğunlukla jinekolojik cerrahiler sonrası ortaya çıkan, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen nadir bir durumdur. Tedavide cerrahi onarım altın standart olup, transvajinal yaklaşımlar düşük morbidite, kısa iyileşme süresi ve yüksek başarı oranları ile tercih edilir. Bu çalışmada, kliniğimizde son 10 yılda gerçekleştirilen transvajinal VVF onarım tecrübemizi sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 2014–2025 yılları arasında kliniğimizde VVF onarımı yapılan 31 hasta retrospektif incelendi. Demografik veriler, fistül özellikleri, cerrahi özellikleri ve postoperatif takip sonuçları hastane kayıtlarından elde edildi. Fistüller Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre basit ve kompleks olarak ayrıldı. Tüm cerrahiler transvajinal yaklaşımla yapıldı. Bu teknikte fistül çevresine dairesel insizyon uygulanır, epitel hattı çıkarılır, mesane mukozası ve musküler tabaka ayrı ayrı emilebilir sütürlerle kapatılır. Gereken olgularda Martius yağ dokusu flebi kullanıldı. Başarı, son kontrolde vajenden idrar gelmemesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Opere edilen 31 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 54,2±6 yıl, BKİ'si 27,0±2,3 kg/m^2, ortalama parite 2,3±1'di. Sigara kullanımı %25,8'di (Tablo 1). Tüm olgularda etiyoloji jinekolojik cerrahiler sonrası gelişen fistüllerdi. Fistüllerin 20'si(%64,5) basit, 11'i(%35,5) kompleks tipti. Ortalama çap basit grupta 1,08±0,39 cm, kompleks grupta 1,05±0,53 cmdi. Çoğunluğu supratrigonal yerleşimliydi (Tablo 2). Martius flepi 2(%6,5) hastada kullanıldı. Ortalama ameliyat süresi 61,1±10,8 dakika, foley sonda kalış süresi 14,4±1,2 gün, hastanede yatış süresi 3,2±0,73 gündü . İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Ortalama takip süresi 60,8±35,5 ay idi. İlk cerrahi sonrası başarı oranı %80,6; basit fistüllerde nihai kontinans %95, kompleks fistüllerde %72,7 olarak bulundu(Tablo 3).

Tablo 1.

	Basit	Kompleks
Ortalama yaş (yıl)	55.6±5,5	51.7±18
Ortalama BMI (kg/m^2)	26.83±2.1	27.20±2.6
Menopozal (%)	100.0	90.9
Sigara kullanımı (%)	10.0	54.5

Demografik Özellikler

Tablo 2

	Basit	Kompleks
Hasta sayısı(%)	20(%64,5)	11(%35,5)
Ortalama Çap(cm)± SS	1,08±0,39	1,05±0,53
Lokalizasyon(%)	Supratrigonal(%75)	Supratrigonal(%63,6)

Fistül Özellikleri

Sonuç: Transvajinal VVF onarımı hem basit hem de kompleks VVF olgularında düşük komplikasyon oranları ile güvenilir bir seçenektir. Kompleks olgularda başarı oranı nispeten düşük olsa da, deneyimli merkezlerde uygun cerrahi planlama ve deneyimli cerrahlar ile tatmin edici sonuçlar elde edilebilir.

Tablo 3

	Basit	Kompleks
Ortalama sonda süresi (gün)	14.1±0.2	15.2±1.8
Ortalama yatış süresi (gün)	3.1±0.1	3.6±1.2
İlk cerrahi başarı oranı (%)	85.0	72.7
Nihai kontinans (%)	95.0	72.7

Sonuçlar

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-007 (SUNUSUZ POSTER)

COVID-19 Aşısı Sonrası Gelişen Akut Üriner Retansiyon: Sakral Nöromodülasyon İle Tedavi Edilen Bir Olgu

Taylan Tığlı[1], Mehmet Yoldaş[1]

Taylan TIĞLI / Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

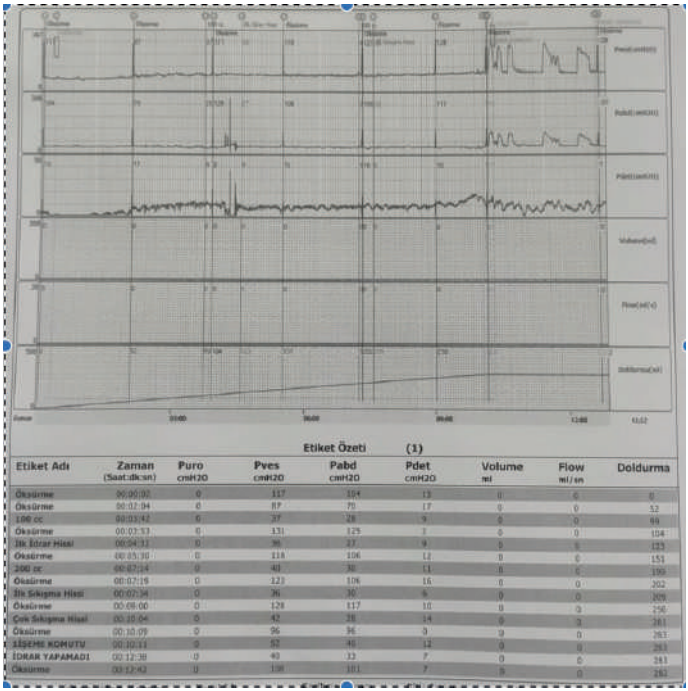
Giriş: COVID-19'dan sonra kalıcı sekeller gösteren önemli sayıda hasta bulunmaktadır.Covid-19 pandemisinde aşıların yaygın kullanımı ile birlikte nadir de olsa lokal ve sistemik çeşitli yan etkiler bildirilmiştir.Son yıllarda yapılan çalışmalarda Covid-19 aşılaması sonrası ortaya çıkan ürolojik semptomlar dikkat çekmektedir.Özellikle AAM semptomlarında alevlenme veya yeni başlangıçlı AÜSS gibi durumlar bildirilmiştir.Bu yan etkilerin altında yatan mekanizma tam olarak aydınlatılmamış olsa da aşıya karşı gelişen immun yanıtın sinir sistemini etkileyebileceği düşünülmektedir. Literatürde Covid-19 aşıları ile ilişkili gelişen akut transfer myelit ve Guillain-Barre sendromu gibi nörolojik komplikasyonlar bildirilmiş olup,bu vakaların bir kısmında üriner retansiyon önemli bir bulgudur. İşeme disfonksiyonu tedavisinde kullanılan sakral nöromodülasyon özellikle tedaviye dirençli AAM ve non-obstrüktif üriner retansiyon vakalarında etkinliği kantılanmış bir yöntemdir.Bu olgu sunumunda Covid-19 aşısı sonrası akut üriner retansiyon gelişen ve konservatif tedavilere yanıt vermeyen ancak sonucunda sakral nöromodülasyon tedavisi uygulanan hastayı literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.Bu vaka,Covid-19 aşılaması sonrası gelişebilecek nadir ürolojik komplikasyonalara ve yönetiminde sakral nöromodülasyonun potansiyel bir tedavi seçeneği olarak rolüne dikkat çekme açısından önemlidir.

Materyal ve metot: Bu olgu sunumunda, COVID-19 aşısı sonrası gelişen ve medikal tedaviye yanıtsız kalan non-obstrüktif üriner retansiyonun, SNM ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği nadir bir vaka sunulmuştur.

Bulgular: 57 yaşında erkek hasta 2022 yılında Covid-19 aşısı(Biontech) 2 gün sonrası idrar yapamama şikayeti ile dış merkez üroloji kliniğine başvurmuş.Orada yapılan tetkikleri sonrası hastaya TAK önerilmiş ve polikliniğimize başvuru tarihine kadar günde 8-9 kez TAK kullanır hale gelmiş.Polikliniğimize başvurduğunda TAK ile her seferinde 500-600 cc idrar çıkışı olduğunu ifade etti.Uzun süre kataterizasyon yapamadığı durumlarda ise taşma tipi idrar kaçırma yaşadığını tarifledi.Hastanın geçmişinde bilinen bir ek hastalığı ve operasyon öyküsü bulunmamaktaydı.Fizik muayanesinde sistemik bulgular doğaldı.Nörolojik muayenesi ve konsültasyonunda

belirgin patoloji saptanmadı.Üriner sistem USG'sinde hidronefroz saptanmadı ve mesane morfolojisi olağan olarak değerlendirildi.İşeme disfonksiyonu etiyolojisini aydınlatmak amacıyla hastaya yapılan ürodinami bulguları azalmış mesane kapasitesi,artmış mesane duyarlılığı(erken idrar hissi),detrusör hipoaktivitesi/ akontraktil mesane şeklinde idi.Ürodinami sonrası hastaya antikolinerjik tedavi(mictonorm) başlandı ancak hasta tedaviden fayda görmedi.Konservatif ve medikal tedavilere yanıt görülmemesi üzerine hastaya sakral nöromodülasyon tedavisi planlandı.Tedavi etkinliğini değerlendirmek amacıyla hastaya geçici mesane pili takıldı.Test periyodu sonunda hastanın semptomlarında%80 oranında bir iyileşme tariflemesi üzerine kalıcı mesane pili implantasyonu yapıldı.

Hasta Basınç Akım Çalışması



Etiket Özeti (1)

Etiket Adı	Zaman (Saat:dk:sn)	Puro cmH2O	Pves cmH2O	Pabd cmH2O	Pdet cmH2O	Volume ml	Flow ml/sn	Doldurma
Öksürme	00:00:00	0	117	104	13	0	0	0
Öksürme	00:02:04	0	87	70	17	0	0	52
100 cc	00:03:42	0	37	28	9	0	0	98
Öksürme	00:07:53	0	131	125	7	0	0	104
İlk İdrar Hissi	00:04:31	0	36	27	9	0	0	123
Öksürme	00:05:30	0	118	106	12	0	0	151
200 cc	00:07:14	0	40	30	11	0	0	199
Öksürme	00:07:16	0	123	106	16	0	0	202
İlk Sıkışma Hissi	00:07:34	0	36	26	9	0	0	209
Öksürme	00:08:00	0	129	117	10	0	0	256
Çok Sıkışma Hissi	00:10:04	0	42	28	14	0	0	361
Öksürme	00:10:09	0	96	96	0	0	0	363
İŞEMEYİ KOMUTU	00:10:11	0	52	40	12	0	0	363
İDRAR YAPAMADI	00:12:38	0	40	33	7	0	0	241
Öksürme	00:12:42	0	138	101	7	0	0	262

Hasta Basınç Akım Çalışması



Sonuç: Klinisyenler COVID-19 aşılaması sonrası gelişen ve başka bir nedenle açıklanamayan akut üriner retansiyon vakalarında, altta yatan potansiyel bir nörojenik etiyolojiden şüphelenmelidir. Bu hastalarda, ürodinamik inceleme tanıyı netleştirmede kritik bir rol oynar. Konservatif ve medikal tedavilere yanıt vermeyen seçilmiş vakalarda ise sakral nöromodülasyon, hastanın yaşam kalitesini artıran ve kateter bağımlılığını azaltan güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-008 (SUNUSUZ POSTER)

Aşırı Aktif Mesanede Botulinum Toksin Tedavisinin Etkinliği: Geriatrik Ve Geriatrik Olmayan Hastaların Karşılaştırılması

Şeref Coşer[1], Fatih Cesur[1], Ali Yasin Özercan[2], Okan Alkış[1], İbrahim Güven Kartal[1], Halil İbrahim İvelik[1], Bekir Aras[1]

Fatih Cesur / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı, medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane (AAM) tanısı ile intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu yapılan hastalarda, tedavi etkinliği ve komplikasyonları geriatrik (≥65 yaş) ve geriatrik olmayan (< 65 yaş) hasta grupları arasında karşılaştırmaktır.

Materyal ve metot: Ocak 2019 – Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane (AAM) tanısıyla intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu yapılan toplam 64 hasta çalışmaya dahil edildi.Direnç kriteri olarak en az 8 hafta süreyle antimuskarinik ve/veya β3 agonist tedavisi kullanmasına rağmen semptomları devam eden hastalar kabul edildi.Tüm olgularda sistoskopi eşliğinde mesane duvarına submukozal olarak 20 ayrı noktadan toplam 100 IU onabotulinum toksin A uygulandı.Hastalar işlem öncesinde ve operasyon sonrası 3. ayda değerlendirildi. Değerlendirme kriterleri arasında işeme sıklığı, idrar kaçırma durumu, hasta memnuniyet düzeyi, OAB-V8 ve ICIQ-SF anket skorları yer aldı. Ayrıca işlem sonrası gelişen komplikasyonlar da kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalar yaşa göre iki gruba ayrıldı. Geriatrik grup (≥65 yaş) 28 hastadan oluşurken (Grup 1), geriatrik olmayan grup 36 hastadan (Grup 2) oluşmaktaydı. Grup 1'in yaş ortalaması 70,64 ± 4,048 yıl, Grup 2'nin ise 49,64 ± 10,903 yıl idi.Grup 1'de 8 hasta (%28,6) erkek, 20 hasta (%71,4) kadın iken; Grup 2'de 6 hasta (%16,7) erkek, 30 hasta (%83,3) kadın olarak belirlendi. Her iki grupta da işlem sonrası işeme sıklığında anlamlı bir azalma saptandı (p=0,000). İdrar kaçırma açısından değerlendirildiğinde Grup 1'de 7 hastada (%25) tam kontinans sağlanırken, 11 hastada (%39,3) idrar kaçırma miktarında azalma görüldü.Grup 2'de ise 12 hastada (%33,3) tam kontinans sağlandı, 13 hastada (%36,1) ise kaçırma miktarında azalma kaydedildi.OAB-V8 skorları Grup 1'de işlem öncesi 27,89 ± 3,071 iken işlem sonrası 16,43 ± 7,608'e geriledi. Grup 2'de ise işlem öncesi 28,47 ± 2,091 iken işlem sonrası 15,03 ± 7,722 olarak saptandı (her iki grup için p=0,000).ICIQ-SF skorları Grup 1'de işlem öncesi 15,14 ± 3,374 iken işlem sonrası 7,43 ± 4,59'a düştü. Grup 2'de ise işlem öncesi 15,81 ± 3,883 iken işlem sonrası 7,5 ± 5,091 olarak bulundu

(p=0,000). Hasta memnuniyeti geriatrik grupta %78,6, geriatrik olmayan grupta ise %72,2 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,772).

Tablo1.

	Grup 1 (≥65 yaş, n=28)	Grup 2 (<65 yaş, n=36)	p
Yaş (ort ± SS)	70,64 ± 4,048	49,64 ± 10,903	
Erkek, n (%)	8 (%28,6)	6 (%16,7)	
Kadın, n (%)	20 (%71,4)	30 (%83,3)	
İşeme sıklığı (pre-op)	16,5 ± 2,53	17,28±1,767	0,000
İşeme sıklığı (post-op)	8,46 ± 2,96	8,25 ± 3,8	0,000
İdrar kaçırma	Sona erdi 7 (%25) Azaldı 11 (%39,3) Devam etmekte 10 (%35,7	Sona erdi 12 (%33,3) Azaldı 13 (%36,1) Devam etmekte 11 (%30,6)	0,814
OAB-V8 (pre-op)	27,89 ± 3,071	28,47 ± 2,091	0,000
OAB-V8 (post-op)	16,43 ± 7,608	15,03 ± 7,722	0,000
ICIQ-SF (pre-op)	15,14 ± 3,374	15,81 ± 3,883	0,000
ICIQ-SF (post-op)	7,43 ± 4,59	7,5 ± 5,091	0,000
Memnuniyet (%)	% 78,6	% 72,2	0,772
Komplikasyon			
İdrar yolu enfeksiyonu	3 (%10,7)	7 (%19,4)	
İdrar retansiyonu	0	2 (%5,6)	

Hastalara ait özellikler ve skorlar

Sonuç: Her iki hasta grubunda da intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu sonrası işeme sıklığında, idrar kaçırma şiddetinde ve OAB-V8 ile ICIQ-SF skorlarında anlamlı iyileşme sağlanmıştır. Geriatrik grupta tam kontinans sağlanan hasta oranı geriatrik olmayan gruba göre daha düşük olmasına rağmen, hasta memnuniyet oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, intravezikal botulinum toksin uygulamasının medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane hastalarında yaş farkı gözetmeksizin etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-009 (SUNUSUZ POSTER)

Ürodinami Öncesi Yazılı ve Görsel Hasta Bilgilendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Elife Kettaş Dölek[1], Mert Başaranoğlu[1], Erdem Akbay[1], Erim Erdem[1]

Elife Kettaş Dölek / Mersin Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Giriş: Alt üriner sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesinde altın standart tanı yöntemi olan ürodinami, invaziv doğası nedeniyle hastalarda anksiyete ve rahatsızlığa neden olabilmektedir. İşlem öncesi anksiyeteyi azaltmak ve hasta deneyimini iyileştirmek amacıyla yazılı ve görsel bilgilendirme yöntemleri önerilmekte, ancak bu yaklaşımlar arasındaki karşılaştırmalı etkinlik verileri sınırlı kalmaktadır.Amaç: Bu çalışmanın amacı, yazılı (standart bilgilendirme onam formu ve eğitim broşürü) ve görsel (gerçek işlem videosu ve yapay zekâ destekli animasyon video) hasta bilgilendirme yöntemlerinin işlem öncesi anksiyete, işlem hakkındaki bilgisi, hemodinamik parametreler ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.Yöntemler: Bu prospektif, randomize kontrollü çalışmaya Ocak–Nisan 2025 tarihleri arasında bir üçüncü basamak sağlık merkezinde ürodinami planlanan 148 hasta dâhil edilmiştir. Hastalar, yalnızca yazılıdan başlayarak giderek daha görsel hale gelen dört paralel gruba randomize edilmiştir:•Kontrol Grubu (sadece standart onam formu, n=37),•Broşür Grubu (onam formu + eğitim broşürü, n=37),•Video Grubu (onam formu + gerçek işlem videosu, n=37),•Yapay Zekâ (YZ) Grubu (onam formu + YZ destekli animasyon video, n=37). Birincil sonuç ölçütü, Spielberger Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI) ile ölçülen işlem öncesi anksiyete düzeyiydi. İkincil sonuçlar; işlem hakkında bilgi düzeyi, hemodinamik parametreler ve hasta memnuniyetiydi.Bulgular: Görsel bilgilendirme yöntemleri (Video: 44,03±4,35; YZ: 46,59±6,53), yazılı bilgilendirme yöntemlerine kıyasla (Kontrol: 50,59±6,55; Broşür: 52,41±5,52) anlamlı düzeyde daha düşük anksiyete skorları ile ilişkilendirildi ($p < 0,001$). İşlem bilgisi, tüm alt başlıklarda görsel bilgilendirme gruplarında anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Hemodinamik parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Görsel bilgilendirme yöntemleri, özellikle video grubu, daha yüksek memnuniyet (8,89±1,85) ve daha düşük utanma skorları (4,38±3,74) bildirmiştir; ancak memnuniyet düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,07$).Sonuç: Görsel bilgilendirme yöntemleri, ürodinami öncesi hasta anksiyetesini azaltma ve işlem bilgisi düzeyini artırma açısından geleneksel yazılı yöntemlerden daha etkilidir. Yazılıdan görsele geçiş, hastaların ürodinamiye hazırlanmasında önemli bir gelişmeyi temsil etmektedir. Bu bulgular, ürodinami işlemi öncesinde video tabanlı hasta bilgilendirme yöntemlerinin rutin olarak kullanılmasını desteklemektedir.

P-010 (SUNUSUZ POSTER)

Ventral-Onlay Vajinal Mukozal Greft ile Üretroplasti: İlk Klinik Deneyimlerimiz

Yusuf Kadir Topçu[1], Fahri Yavuz İlki[1], Nuriye Gül Bulut[1], İpek Şen[1], Cihat Özcan[1], Selahattin Bedir[1]

Nuriye Gül Bulut / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kadın hastalarda üretral darlığın, mesane çıkım obstrüksiyonu olgularının %4–13'ünden sorumlu olduğu bildirilmektedir. Bukkal mukoza greft tekniğine ek olarak, kadın hastalarda vajinal greftler de kullanılabilmektedir. Bu çalışmada, kadın üretral darlığı olan hastalarda ventral-onlay vajinal mukozal greft üretroplastiye ilişkin ilk deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Ventral-onlay vajinal mukozal greft üretroplasti uygulanan üç kadın hastamız retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, ayrıntılı öyküsü, Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), üroflovmetri sonuçları (Qmax, Qort, akım paterni), işeme sonrası rezidü, darlık uzunluğu, postoperatif üroflovmetri ve işeme sonrası rezidü ile IPSS değerleri kaydedildi.Cerrahi teknik:Üriner sistem enfeksiyonu olmadığının doğrulanmasının ardından, profilaksi amacıyla 1 g seftriakson ve 500 mg metronidazol uygulandı. Spinal anestezi sonrası hastalar ekstrem litotomi pozisyonuna alındı. Darlığın yeri ve uzunluğunu değerlendirmek için 7.5F pediatrik üreteroskop kullanıldı. Mesaneye hidrofilik sensor kılavuz tel ilerletildi. Anterior vajinal duvara salin ile hidrodiseksiyon uygulandı. Eksternal meatus seviyesinden başlanarak vertikal bir insizyon yapıldı. Vajinal mukoza her iki tarafta paraüretral sulkusa doğru laterale diseke edildi. Üretra, eksternal meatusdan darlığın proksimal sınırına kadar ventralden insize edildi. İnsizyonun tamamlanmasının ardından üretraya 16 Fr Foley kateter yerleştirildi. Greft diseksiyonunu kolaylaştırmak amacıyla %1 lidokain ve salin solüsyonu enjekte edilerek yaklaşık 2 cm uzunluğunda ve 2 cm genişliğinde greft posterior vajinal duvardan çıkarıldı. Anastomoz, proksimalden başlamak üzere 5-0 PDS ile aralıklı sütürler kullanılarak sağlandı. Anterior ve posterior vajinal duvar 3-0 Vicryl ile sürekli sütür tekniğiyle kapatıldı. Vajinaya povidon-iyot ve fusidik asit emdirilmiş tampon yerleştirildi.

Bulgular: Hastaların temel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Operasyon sonrası maksimum ve ortalama akım hızlarında artış gözlenirken, semptom skorları ve işeme sonrası rezidüel idrar hacminde azalma saptandı. Postoperatif dönemde hiçbir hastada de novo üriner inkontinans veya cinsel işlev bozukluğu gelişmedi. Preoperatif ve postoperatif bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Temel özellikler

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Yaş	29	57	29
Başvuru Şikayeti	Zayıf akış	Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları	Zayıf akış
Etiyoloji	Travma	İyatrojenik	İdiopatik
Tip 2 DM	Yok	Var	Yok
Sigara	Yok	Yok	Yok
Darlık Uzunluğu	2 cm	1,5 cm	2 cm
Dilatasyon Öyküsü	Yok	Var	Yok
Takip Süresi	6 ay	8 ay	8 ay

DM: Diyabetes Mellitus

Tablo 2: Preoperatif ve postoperatif bulgular

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Preop IPSS	19	22	17
Postop IPSS	8	11	9
Preop Qmax (ml/sn)	8,36	6,6	7,35
Postop Qmax (ml/sn)	22,1	13,5	20,4
Preop Qort (ml/sn)	6,5	5,6	6,4
Postop Qort (ml/sn)	19,2	11	18,56
Preop PVR (cc)	120	140	110
Postop PVR (cc)	30	80	30
De novo inkontinans	Yok	Yok	Yok
Cinsel İşlev Bozukluğu	Yok	Yok	Yok

IPSS: International prostate symptom score, PVR: Post Voidal Rezidü

Sonuç: Ventral-onlay vajinal greft üretroplasti, daha erken iyileşme ve iş hayatına dönüşe olanak tanıyarak bukkal mukoza greftlerine göre avantaj sağlayabilir. Ayrıca, labial greftlerle karşılaştırıldığında, özellikle genç kadın hastalarda eksternal genitalyada skar dokusu oluşumu veya asimetri riskini önleyerek daha üstün kozmetik sonuçlar verebilir. Bu hipotezi güçlendirmek için greftleme yöntemlerinin doğrudan karşılaştırıldığı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-011 (SUNUSUZ POSTER)

Tedaviye Dirençli Enürezisli Çocuklarda Psikiyatrik Profillerin Değerlendirilmesi

Muammer Babayiğit[1], Tuğba Menteşe Babayiğit[1], Serdar Geyik[1]

Serdar Geyik / Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Primer monosemptomatik nokturnal enürezis (PMNE), çocukluk çağında sık görülen işeme bozukluklarından biridir. Çoğu olgu alarm tedavisi, desmopressin ve davranışsal yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilir. Ancak bazı hastalar bu tedavilere dirençli seyretmekte ve aile/çocuk için önemli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Literatürde bu dirençli grupta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete ve depresif belirtiler gibi psikiyatrik eş tanıların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. 2023 Haziran – 2025 Haziran tarihleri arasında üroloji polikliniğine başvuran ve tedaviye dirençli PMNE tanısı alan çocuklarda çocuk psikiyatrisi konsültasyonu ile saptanan psikopatolojilerin sıklığını incelemek amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Çalışmaya üroloji polikliniğine enürezis şikayetiyle başvuran hastalardan ayrıntılı anamnez , 3 günlük işeme günlüğü , tam idrar tetkiki gibi tetkikler sonucunda primer monosemptomatik nokturnal enürezis tanılı hastalar dahil edilmiştir. Hastalara uygulanan alarm tedavisi, desmopressin ve/veya davranışsal tedavilere rağmen en az 3 aylık takipte ıslak gece sayısında %50'den az azalma görülen hastalar "tedaviye dirençli" olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla PMNE tanılı 5–18 yaş arası 36 çocuk hasta dahil edilmiştir. Tüm bu hastalara çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istenmiştir. Psikiyatrik değerlendirme klinik görüşme ve ölçekler (CBCL, Conners vb.) ile yapılmış; eşlik eden psikopatolojiler kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 36 çocuk (22 erkek, 14 kız; ort. yaş: 9,2 ± 2,1 yıl) değerlendirilmiştir. Çocuk psikiyatrisi konsültasyonu sonucunda saptanan psikopatolojiler:DEHB: 15 (%41) , Eşik altı anksiyete bozukluğu: 5 (%13.8) ,Eşik altı depresif belirtiler/depresyon: 4 (%8.3) Davranım bozukluğu: 2 (%5,5),Diğer (tik bozukluğu, öğrenme güçlüğü vb.): 1 (%2,7) şeklindeydi . Ek olarak uyku hijyenleri de sorgulanan bu hasta grubunda 5 çocuk için obstruktif uyku apne sendromu ön tanısı ile kulak-burun-boğaz kliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç: Tedaviye dirençli PMNE olgularında psikiyatrik eş tanılar oldukça sık görülmektedir. Bu çalışmada en sık saptanan psikopatolojiler DEHB, anksiyete bozukluğu ve depresif belirtiler olmuştur. Multidisipliner yaklaşım, özellikle üroloji ve çocuk psikiyatrisi işbirliği, tedaviye dirençli enürezisli çocukların yönetiminde kritik rol oynamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-012 (SUNUSUZ POSTER)

Bukkal Mukoza Grefti ile Üretroplasti Uygulanan Hastalarda Cerrahi Sonuçlarımız (2024–2025)

Kutay TOPAL[1], Recep UZUN[1]

Recep UZUN / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Üretra darlığı (ÜD), toplumda yaklaşık %0,3 oranında görülmekte olup özellikle 55 yaş üzeri erkeklerde daha sık karşılaşılmaktadır. Travma, inflamasyon, iatrojenik nedenler veya idiyopatik etkenlerle gelişebilen bu durum, yaşam kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir.Transüretral tedavi yöntemleri, kısa ve komplike olmayan bulber darlıklarda yüksek başarı oranları sunsa da, genel olarak başarı oranı %50'nin altında kalmakta ve tekrarlayan girişimlerde başarı ihtimali daha da azalmaktadır. Ayrıca çoklu endoskopik girişimler, ileride uygulanabilecek açık rekonstrüktif cerrahilerin başarısını olumsuz etkileyebilmektedir.Bu nedenle karmaşık ve tekrarlayan olgularda açık cerrahi rekonstrüktif tedavi yöntemleri önerilmektedir. Literatürde üretroplasti başarı oranları %80–90 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde üretroplasti uygulanan olguların kısa dönem sonuçları sunulmaktadır.

Materyal ve metot: Bu çalışma retrospektif ve gözlemsel olarak planlanmıştır. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde 01.01.2024 – 20.08.2025 tarihleri arasında üretra darlığı nedeniyle üretroplasti uygulanan toplam 17 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.Hastaların yaş, preop/postop Qmax değeri, sonda kalış süresi, preop ve postop endoskopik girişim gereksinimi, kullanılan greft tipi (tek/çift mukoza), darlık yeri (penil, bulber veya kombine) ve darlık uzunluğu (cm) gibi değişkenler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 17 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 60,4 yıl olup, en genç hasta 19, en yaşlı hasta ise 76 yaşındadır. Preoperatif dönemde hastaların ortalama Qmax değeri 5,1 ml/sn olarak ölçülmüş, postoperatif dönemde bu değer anlamlı artış göstererek 21,6 ml/sn'ye ulaşmıştır. Ortalama artış 16,5 ml/sn olarak hesaplanmıştır. Bireysel hasta analizinde tüm olgularda Qmax değerlerinde artış gözlenmiş olup, en düşük artış 6 ml/sn, en yüksek artış ise 38 ml/sn olarak kaydedilmiştir. Preoperatif ve postoperatif Qmax değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$).Hastaların 12'sinde (%71) daha önce endoskopik girişim uygulanmışken, 5 hastada (%29) böyle bir girişim öyküsü bulunmamaktaydı. Postoperatif takiplerde 4 hasta (%23) yeniden

endoskopik girişime ihtiyaç duymuştur. Bu hastaların tamamında operasyon öncesinde de en az bir endoskopik girişim öyküsü mevcuttur. Bu durum, daha önce çoklu girişim uygulanmış olgularda rekürrens riskinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Preoperatif endoskopik girişim öyküsü olan hastalarda postoperatif yeniden girişim oranı daha yüksek bulunmasına rağmen, bu fark örneklemin küçük olması nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.Tüm hastalarda postoperatif sonda kalış süresi 14–21 gün aralığında olmuştur.

Bulgular

Parametre	Sonuç-lar	Parametre	Sonuçlar
Hasta sayısı	17	Greft tipi – Tek mukozalı	13 (%76)
Yaş ortalaması (min–max)	60,4 yıl (19–76)	Greft tipi – Çift mukozalı	4 (%24)
Preop Qmax (ml/sn)	5,1	Darlık yeri – Penil üretra	7 (%41)
Postop Qmax (ml/sn)	21,6	Darlık yeri – Bulber üretra	6 (%35)
Ortalama artış (ml/sn)	16,5	Darlık yeri – Kombine (penil+bulber)	4 (%24)
Preop endoskopik girişim var	12 (%71)	Darlık uzunluğu – Orta-lama (min–max)	3,9 cm (1,5–7 cm)
Preop endoskopik girişim yok	5 (%29)	Kısa segment (<3 cm)	6 (%35)
Postop yeniden girişim var	4 (%23)	Orta segment (3–5 cm)	7 (%41)
Postop girişim gerekmeyen	13 (%77)	Uzun segment (>5 cm)	4 (%24)

Sonuç: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde 2024–2025 yılları arasında bukkal mukoza grefti ile üretroplasti yapılan hastaların kısa dönem sonuçları değerlendirildiğinde; üretroplasti sonrası anlamlı bir Qmax artışı sağlandığı görülmüştür. Cerrahi başarı oranı yüksek olup, komplikasyon oranı ise düşüktür. Tek ve çift mukozalı greft kullanımında erken dönemde belirgin bir farklılık saptanmamıştır. Ancak, bu sonuçların daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takiplerle desteklenmesi gerekmektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-013 (SUNUSUZ POSTER)

DİSTAL ÜRETRA DARLIKLARINDA TRANSÜRETRAL BUKKAL MUKOZA GRAFT DENEYİMLERİMİZ

Mehmet Gürkan Arıkan[1], Nebil Akdoğan[1], İsmail Önder Yılmaz[1], Türker Muratcan Dündar[1], Furkan Arı[1], Mutlu Değer[1], Volkan İzol[2]

Türker Muratcan Dündar / Çukurova Üniversite Üroloji Anabilimdalı

Giriş: Transüretral yaklaşım ile bukkal mukozal greft (BMG) kullanılarak distal üretral/mea darlıklarının rekonstrüksiyonu deneyimlerimizin ön sonuçlarını sunmaktır.

Materyal ve metot: Haziran 2024 ile Haziran 2025 tarihleri arasında transüretral ventral BMG inlay üretroplasti operasyonu uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Takip süresi en az 3 ay olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Cerrahi teknik; darlığın bulunduğu segmentin transüretral ventral wedge rezeksiyonu ardından oluşturulan üretotomiye uygun BMG transüretral olarak yerleştirilmesi aşamalarını içermekteydi. Hastaların demografik verileri ile preoperatif ve postoperatif maksimum akış hızı (Qmax), post-void rezidü miktarı (PVR), işenen hacimler (İH). Ayrıca, yaş gruplarına göre yetişkin hastalar Prostat Semptom Skoru (IPSS), pediatrik hastalar Disfonksiyonel İşeme Skoru (DVSS) ile değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama 12,6 (3–13) ay süreyle takip edilen 4 hasta bu vaka serisine dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 35,3 (6–77) yıl idi. Hiçbir hastada darlık nüksü veya fistül oluşumu gözlenmedi. Bir hasta hariç tüm hastalar damlama şeklinde idrar yapmaktaydı. Pre operatif olarak sadece bir hastaya üroflow yapılabildi bu hastada preoperatif maksimum akış hızı ve rezidü idrar miktarı yalnızca bir hastada ölçülebildi (sırasıyla 6 ml/sn, 140 ml). Postoperatif akış hızı ve rezidü idrar miktarları sırasıyla ortalama 15 (10–19) ml/sn ve 28 (20–45) ml olarak saptandı. Semptom skorlamasında, DVSS için preoperatif ve postoperatif ortalamaları sırasıyla 22 (19–25) ve IPSS için 30 ve 7 olarak hesaplandı. Ayrıca, takip süresince penil korde bulgusu saptanmadı. Erişkin hastalarda cinsel işlev ile ilgili negatif geribildirim alınmadı .

Sonuç: Transüretral ventral BMG inlay üretroplasti, distal üretra/mea darlıklarının tedavisinde uygulanabilecek etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Bu tek aşamalı teknik; cilt kesisi veya üretral mobilizasyon gereksinimi olmaksızın glans dehisansı ve fistül oluşumunu engellemektedir. Özellikle tekrarlayan hipospadias darlıkları ve Lichen Sclerosus gibi durumlarda genital deri fleplerinin kullanım gerekliliğini azaltmaktadır. Bu yeni cerrahi yaklaşım, erkeklerde distal üretral darlıkların tedavisinde etkin bir alternatif sunmaktadır.Bununla birlikte, çalışmamızın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle hasta sayısının azlığı ve takip süresinin görece kısa olması, yöntemin uzun dönem başarısı hakkında kesin sonuçlar çıkarmayı engellemektedir. Daha geniş seriler ve uzun süreli takiplerle yöntemin etkinliği ve güvenilirliği daha net ortaya konulacaktır.

Sonuçlar

Hasta No	Yaş (yıl)	Takip süresi (ay)	Qmax (ml/sn)		PVR (ml)		DVSS		IPSS	
			Preop	Postop	Preop	Postop	Preop	Postop	Preop	Postop
1	15	13	6.0	19	400	30	23	4	-	-
2	8	12	-	16	270	20	24	5	-	-
3	77	10	-	15	400	45	-	-	30	7
4	6	3	-	10	210	20	25	6	-	-

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-014 (SUNUSUZ POSTER)

Transobturator Tape İmplantasyonu Sonrası Gossipiboma Nedeniyle Oluşmuş Paravajinal Apse: Nadir Bir Vaka

Muhammed Cihan Temel[1]

Muhammed Cihan Temel / Nevşehir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Nevşehir, Türkiye

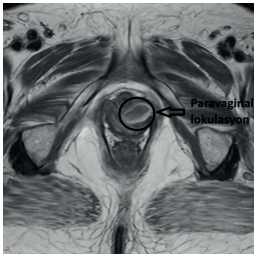
Giriş: Bu olgu sunumunda transobturator tape (TOT) implantasyonu esnasında unutulmuş bir spanç parçası nedeniyle postop uzamış vaginal akıntıya neden olan bir paravaginal apse vakasını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 64 yaşında kadın hasta polikliniğimize medikal tedaviye dirençli şiddetli stres üriner inkontinans şikayetiyle başvurdu. Hastaya uygun endikasyonla TOT implantasyonu yapıldı. Operasyon başarılı şekilde sonlandırıldı. Hasta postoperatif (postop) 1. günde oral antibiyotikle taburcu edildi. Operasyon sonrası stres üriner inkontinansı tamamen düzelen hasta postop 10. gün kontrolünde, "kremsi ve hafif kanlı bir vajinal akıntı" tarifledi. Hastanın vajinal muayenesinde subüretral kesi yerinden püylü akıntı geldiği izlendi. Bu durumun iyileşme sürecine bağlı olabileceği düşünülerek oral antibiyotik yazıldı ve kontrol önerildi.

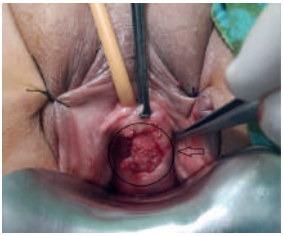
Bulgular: Hastanın kanlı ve pürülan vaginal akıntı şikayeti antibiyotiklerle gerilemedi ve postop 3,5 ay sonrasına kadar devam etti. Tekrar yapılan vaginal muayenesinde subüretral kesi yerinin serviks (posterior) ucundan özellikle basıyla artan püylü akıntının devam ettiği görüldü. Hastada bir apse veya enfeksiyon odağı olabileceği düşünülerek kontrastlı pelvik manyetik rezonans (MR) görüntüleme planlandı. Akıntılardan alınan hiçbir kültür örneğinde üreme olmayan hastanın postop kontrollerinde alınan tüm kan lökosit ve CRP değerleri de normaldi. MR görüntülemede üretra sol inferolateralinde, meş materyalinin hemen altında yaklaşık 2 cm çapında izole bir lokülasyon alanı izlendi (Resim 1). Hastada paravaginal abse olabileceği düşünülerek, postop 5. ayda spinal anestezi altında vajinal yoldan cerrahi eksplorasyon planlandı. Operasyon esnasında eski kesi yeri üzerinde muhtemel persiste akıntı ve inflamasyona bağlı oluşmuş hiperplastik fibroepitelyal polip fragmanları izlendi ve eksize edildi (Resim 2). Ardından subüretral eski kesi yeri insize edilerek periüretral doku laterallere doğru ulaşıldı. Sağ paravajinal alan normaldi. Sol paravaginal alandaki lokülasyon alanı drene edilirken içinden fındık şeklinde bir spanç parçası çıktığı görüldü. Bu alan batikon ve oksijenli su ile tamamen temizlendi. Meş yapısında herhangi bir enfeksiyon

veya erezyon bulgusu izlenmediği için meş eksizyonu yapılmadı. Vagen mukozası 3/0 vicryl ile tekrar primer onarıldı. Hastaya 16 Fr üretral kateter yerleştirilerek operasyon başarılı şekilde sonlandırıldı. Hasta postop 1. günde vaginal tampon ve üretral kateter çekilerek taburcu edildi. Kontrol vizitlerinde herhangi bir problem saptanmayan hastanın üriner kontinansı intakt olarak devam etti.

Resim 1: MR görüntülemede postop paravajinal lokülasyon/abse odağı



Resim 2: Hiperplastik fibroepitelyal vajinal polip yapıları



Sonuç: Literatürde TOT esnasında unutulmuş bir spanç parçası nedeniyle persiste vajinal akıntıya neden olan paravajinal abse olgusu henüz hiç bildirilmemiştir. TOT operasyonu sonrası uzamış vajinal akıntı durumlarında gossipiboma ihtimali mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu semptomlarla gelen vakalarda uygun kesitsel görüntüleme ve gerekli durumlarda cerrahi eksplorasyondan kaçınılmamalıdır. Meş materyalinde herhangi bir enfeksiyon veya erezyon bulgusu yoksa meş eksize edilmeyebilir. Benzer vakalar tanımlandıkça yapılacak geniş kapsamlı çalışmalarla, bu gibi olgularda uygulanabilecek güvenilir algoritmalar geliştirilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-014 (SUNUSUZ POSTER)

Geç Dönemde Kronik İnguinal Yara ile Prezente Olan ve Cerrahi Eksplorasyonda Tesadüfen Tespit Edilen Ayarlanabilir Midüretral Sling: Nadir Bir Olgu

Mücahit Gelmiş[1], Ali Ayten[1], Sina Kardaş[1]

Sina Kardaş / Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

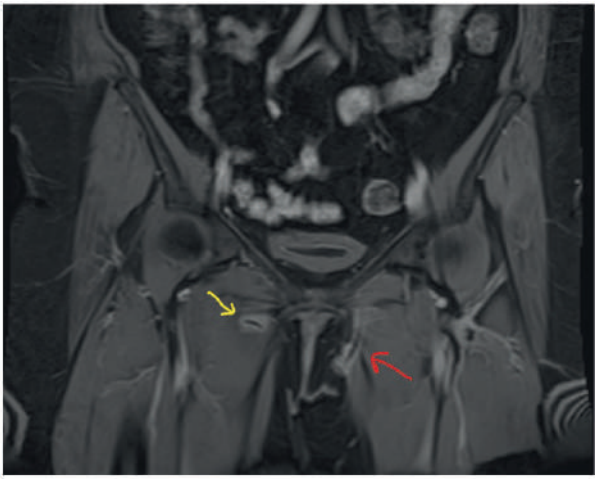
Giriş: Kadınlarda stres üriner inkontinans(SÜİ) tedavisinde midüretral sling cerrahisi yaygın olarak uygulanmaktadır. Ayarlanabilir sling sistemleri, postoperatif kontinansın optimizasyonu için intra- veya postoperatif gerilme ayarı olanağı sağlasa da, geç dönem komplikasyonlar (erozyon, enfeksiyon, kronik yara) nadirdir. Geç dönemde kronik inguinal yara ile prezente olan olgular literatürde sınırlıdır. Bu olguda, 15 yıl önce SÜİ nedeniyle cerrahi geçiren ve tekniği/materiali bilinmeyen bir hastada, kronik kapanmayan inguinal yara zemininde cerrahi eksplorasyonda tesadüfen ayarlanabilir sling saptanması sunulmaktadır.

Materyal ve metot: Altmış beş yaşında kadın hasta, sağ kasıkta beş aydır kapanmayan yara şikâyetiyle değerlendirildi. Fizik muayenede sağ inguinal bölgede 1,5 cm çapında, granülasyon dokusu ile kaplı, çevresi eritemli ve minimal akıntılı lezyon izlendi (Şekil 1). Preoperatif manyetik rezonans görüntülemede (MRG) bölgesel yumuşak doku inflamasyonu dışında spesifik bulgu saptanmadı ve sling ayırt edilemedi. Postoperatif yeni MRG çekilmedi; ancak postoperatif dönemde preoperatif MRG kesitleri retrospektif olarak yeniden değerlendirildiğinde sling materyalinin izlenebilir olduğu fark edildi (Şekil 2). Kronik yara nedeniyle cerrahi eksplorasyon planlandı.

Şekil 1



Şekil 2



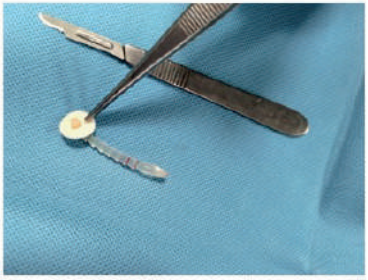
Şekil 2. MRG'de çıkarılmış sling materyalinin doku içinde net olarak izlenmesi.

Bulgular: Eksplorasyonda kronik yara dokusu eksize edilirken subkutan dokuda yabancı cisim materyali ile karşılaşıldı (Şekil 3). Diseksiyonla ayarlanabilir midüretral sling komponentleri ortaya kondu, implant komplet olarak çıkarıldı ve yara primer kapatıldı (Şekil 4). Postoperatif takipte komplikasyon gelişmedi; yara sorunsuz iyileşti.

Şekil 3-4



Şekil 3. Cerrahi eksplorasyon sırasında kronik yara eksizyonu esnasında subkutan dokuda tespit edilen ayarlanabilir midüretral sling komponentleri.



Şekil 4. Cerrahi eksplorasyon sonrası çıkarılan ayarlanabilir midüretral sling parçasının steril cerrahi saha üzerinde makroskopik görünümü.

Sonuç: Kronik, iyileşmeyen inguinal yaralarda özellikle pelvik taban cerrahisi öyküsü olan hastalarda geç dönem sling komplikasyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Cerrahi eksplorasyonda yabancı cisim saptandığında komplet çıkarım ve uygun yara yönetimi genellikle başarılı sonuç verir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-015 (SUNUSUZ POSTER)

Holmium Lazer Yardımlı Prostat Enükleasyonu (HoLEP) ile Elde Edilen İlk Deneyimlerimiz: Operatif Sonuçlar ve Kısa Dönem Fonksiyonel Sonuçların Değerlendirilmesi

Feyyaz Irmak[1], Bülent Önal[1], Sinharib Çitgez[1], Mehmet Hamza Gültekin[1], Fatih Yıldız[1], Nurettin Fatih Erdoğan[1], Hamdi Özkara[1]

Feyyaz Irmak / İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş: Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), yaşla birlikte insidansı artan ve alt üriner sistem semptomlarına (AÜSS) yol açan yaygın bir sağlık sorunudur. Geleneksel cerrahi tedavi yöntemi olan Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP) uzun yıllardır standart yaklaşım olarak uygulanmaktadır. Ancak son yıllarda minimal invaziv cerrahi tekniklerin gelişmesiyle birlikte Holmium Lazer ile Prostat Enükleasyonu (HoLEP) ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada, HoLEP tekniğinin uygulanmaya başlandığı merkezimizde gerçekleştirilen 31 olguluk hasta serisinin perioperatif parametreleri, komplikasyon oranları ve kısa dönem fonksiyonel sonuçları incelenerek, HoLEP'in öğrenme eğrisi ve klinik etkinliği hakkında veri sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Eylül 2024 – Eylül 2025 tarihleri arasında, kliniğimizde HoLEP cerrahisi uygulanmış 31 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalara operasyon öncesi IPSS, Qmax, rezidüel idrar hacmi (PMR), PSA, prostat hacmi (TRUS) ölçümleri yapıldı. Operasyon süresi, enükleasyon ve morselasyon süresi, preoperatif ve postoperatif hemoglobin ve hematokrit değerleri ile postoperatif kateterizasyon süresi kaydedildi. Postoperatif 1. ayda hastaların IPSS, Qmax ve PMR değerleri yeniden değerlendirildi

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 68.26 ± 7.68, ortalama prostat hacmi 75.77 ± 24.24 mL olarak saptandı. Ortalama operasyon süresi 145.32 ± 58.72 dakika, enükleasyon süresi 119.06 ± 53.00 dakika, morselasyon süresi 12.61 ± 5.23 dakika olarak ölçüldü. Ortalama hemoglobin düşüşü 1,04 g/dL, ortalama hematokrit düşüşü %3,13 olup, hiçbir hastada transfüzyon gereksinimi olmadı. Postoperatif ortanca kateterizasyon süresi 4 gün (1-10) olarak raporlandı. Perioparif olarak morselasyon esnasında 3 hastada mesane perforasyonu meydana geldi (%9,6), bir hastada işleme bipolar enerji yardımıyla transüretral rezeksiyon uygulanarak devam edildi (%3,2), bir hastada işlem açık prostatektomi ile tamamlandı (%3.2). Postoperatif dönemde 1 hastada (%3,2) mikst tip üriner inkontinans görüldü. Preoperatif IPSS ortalaması 23.31 ± 4.94 iken postoperatif 1. ayda 6.07 ± 4.43 düşmüş

(p < 0.001), Qmax değeri 7.89 ± 4.52 mL/s'den 17.86 ± 13.12 mL/s'ye (p=0.0012) yükselmiş, PMR ise 143.20 ± 119.67 mL'den 23.25 ± 27.74 mL'ye gerilemiştir (p < 0.001).

Perioperatif Veriler

Parametre	Değer
Yaş	68.26 ± 7.68
Prostat Volümü (mL)	75.77 ± 24.24
Operasyon Süresi (dk)	145.32 ± 58.72
Enükleasyon Süresi (dk)	119.06 ± 53.00
Morselasyon Süresi (dk)	12.61 ± 5.23

Sonuç: HoLEP cerrahisinin yeni uygulanmaya başlandığı bir klinikte 31 vakalık bu seri, tekniğin öğrenme eğrisi sürecinde dahi başarılı ve güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Minimal invaziv yapısı ve anlamlı semptomatik düzelme sağlaması, HoLEP'i özellikle büyük prostat hacimlerinde TUR-P ve açık prostatektomiye güçlü bir alternatif haline getirmektedir. Deneyim arttıkça operasyon süresinin kısalması ve komplikasyon oranlarının daha da azalması beklenmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-016 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane Ağrı Sendromu/İnterstisyel Sistit Hastalarında Oral Kuersetin Ve Pentosan Polisülfat Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Mustafa Kayalı[1], Mehmet Karabakan[1]

Mustafa Kayalı / Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş: Mesane ağrı sendromu/intersitisyel sistit hastalığı sık idrara çıkma , karın alt bölgesinde huzursuzluk ve mesanede ağrı, sıkışıklık hissi yaratan kronik bir hastalıktır. Tedavisi konusunda birçok molekül kullanılsa da tedaviden yarar noktasında halen görüş birliği sağlanamamıştır ve tedavide FDA onaylı tek oral molekül Pentosan Polisülfat Sodyumdur(PPS). Bunun yanında kuarsetin kullanımının da bu hasta grubunda olumlu etkileri olduguna dair çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada mesane ağrı sendromu/intersitisyel sistit tanılı hastaların tedavisinde kullanılan pentosan polisülfat sodyumun ve kuarsetin kombinasyonunun etkinliği değerlendirildi.

Materyal ve metot: Çalışma 2020-2025 tarihleri arasında üroloji polikliniğine mesane ağrı sendromu/intersitisyel sistit tanısı konulmuş 60 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Düzenli poliklinik kontrolleri olan, en az altı ay pentosan polisülfat sodyum (PPS) tedavisini alan 30 hasta (Grup 1) ile kuesetin ve PPS kombinasyonu kullanan 30 hasta (Grup 2) çalışmaya dahil edildi. Hasta kayıtlarında yaş, şikayetlerinin süresi, görsel ağrı skalası (VAS), noktüri sayısı, intersitisyel sisti semptom indeksi (İSSİ), intersitisyel sistit problem indeksi (İSPİ) ve ortalama işenen miktar verileri tedavi öncesi ve sonrası olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı Grup 1 için 43.1 ve Grup 2 için 45.6 idi. katılımcılar tedavi öncesi ve sonrası ortalama VAS. İSSİ, İSPİ puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptandı. Yine tedavi sonrası Grup 1 ve Grup 2 VAS , İSSİ ve İSPİ puanları karşılaştırıldığında da istatiksel olarak anlamlı fark görüldü.

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	P
YAŞ	43,1	45,6	0,18
VAS	4,1	3,6	0,03
İSSİ	8,47	7,37	0,04
İPSİ	5,7	4,73	0,006

PPS ve Kuersetin kombinasyonunun etkinliği

Sonuç: Bu sonuçla İS/AMS hastalarında PPS- kuersetin kombinasyonunun PPS den daha iyi sonuçlar alabileceği düşünülmüştür. Bu konuda geniş serili prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-017 (SUNUSUZ POSTER)

HoLEP ve TUR-P Uygulanan Hastalarda Hemoglobin ve Hematokrit Değerlerindeki Değişikliklerin Karşılaştırılması: Tek Merkezli 61 Hastalık Retrospektif Çalışma

Mehmet Hamza Gültekin[1], Nurettin Fatih Erdoğan[1], Bülent Önal[1], Sinharib Çitgez[1], Feyyaz Irmak[1], Fatih Yıldız[1], Hamdi Özkara[1]

Nurettin Fatih Erdoğan / İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş: Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), ileri yaş erkeklerde alt üriner sistem semptomlarına yol açan yaygın bir durumdur. Cerrahi tedavide uzun yıllardır kullanılan Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P), son dönemde Holmium Lazer ile Prostat Enükleasyonu (HoLEP) tekniği ile karşılaştırılmaktadır. Her iki yöntemin etkinliği benzer olmakla birlikte, intraoperatif kan kaybı açısından farklılıklar klinik açıdan önem taşımaktadır. Hemoglobin (Hgb) ve Hematokrit (Hct) düzeylerindeki değişim, cerrahiye bağlı kan kaybını objektif biçimde değerlendirmek için kullanılabilir. Bu çalışmada, HoLEP ve TUR-P hastalarında preoperatif ve postoperatif hemoglobin ve hematokrit değişimi karşılaştırılmıştır

Materyal ve metot: Eylül 2024 – Eylül 2025 tarihleri arasında kliniğimizde BPH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan toplam 61 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 31'ine HoLEP, 30'una TUR-P uygulandı. HoLEP ve TUR-P hasta gruplarında ayrı ayrı prostat hacmi, preoperatif hemoglobin değeri, preoperatif hematokrit değeri, postoperatif hemoglobin değeri ve postoperatif hematokrit değerlerinin ortalaması hesaplandı. Hastaların postoperatif 4. Saatte hemogram değerleri ölçüldü. Ortalama hemoglobin ve hematokrit düşüşü hesaplandı ve gruplar arası fark ANOVA testi ile analiz edildi ($p < 0.05$ anlamlı kabul edildi).



Bulgular: HoLEP grubunda ortalama prostat volümü 80,3 ± 24,1 mL, preoperatif hemoglobin 13,04 ± 1,93 g/dL, hematokrit 38,01 ± 5,37 iken; TUR-P grubunda prostat volümü 58,1 ± 24,3 mL, hemoglobin 13,32 ± 1,78 g/dL, hematokrit 39,10 ± 5,33 olarak hesaplandı. Postoperatif 4. saatte hemoglobin HoLEP'te 12,00 ± 1,81 g/dL, hematokrit 34,88 ± 5,37; TUR-P'de ise hemoglobin 12,64 ± 1,83 g/dL, hematokrit 36,06 ± 4,79 bulundu. Hemoglobin düşüşü HoLEP'te 1,04 ± 1,14 g/dL, TUR-P'de 0,67 ± 1,28 g/dL; hematokrit düşüşü ise sırasıyla 3,13 ± 3,53 ve 2,97 ± 3,83 olup istatistiksel olarak anlamsızdı (p=0,241 ve p=0,864). Bununla birlikte, TUR-P grubunda 2 hastada (%6,7) transfüzyon ihtiyacı gelişirken HoLEP grubunda transfüzyon gereksinimi izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda HoLEP ve TUR-P uygulanan hastalarda postoperatif 4. saatteki hemogram düşüş oranlarının benzer olduğu saptanmıştır. HoLEP grubundaki düşüşün TUR-P ile benzer olmasının; TUR-P'nin kliniğimizde standardize edilmiş bir cerrahi yöntem olması, HoLEP serimizin öğrenme eğrisinin başında bulunması ve opere edilen prostat volümünün HoLEP grubunda daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Postoperatif takiplerde yalnızca iki TUR-P hastasında transfüzyon gereksinimi izlenmiş, HoLEP grubunda ise transfüzyon ihtiyacı olmamıştır. Bu sonuçlar, HoLEP'in öğrenme eğrisi döneminde dahi perioperatif kanama açısından TUR-P ile benzer güvenlik profiline sahip olduğunu göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-018 (SUNUSUZ POSTER)

İntravezikal BCG Sonrası İnkontinans: Klinik Bulgular ve Risk Faktörleri

EMRE YOLDAŞ[1], YASİN CEYLAN[1], SERDAR ÇELİK[1], FURKAN YILDIZ[1], TANSU DEĞİRMENCİ[1], İBRAHİM ERDEM BİLDİRİCİ[1]

İBRAHİM ERDEM BİLDİRİCİ / İZMİR ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Mesane kanseri en sık görülen ürolojik malignitelerden biridir ve yaklaşık %75'i tanı anında kasa invaziv olmayan evrededir. Bu grupta intravezikal BCG tedavisi, nüks ve progresyonu önlemede uzun yıllardır standart yöntem olarak uygulanmaktadır. Ancak tedaviye bağlı alt üriner sistem semptomları ve fonksiyonel yan etkiler gelişebilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde BCG tedavisi uygulanan hastalarda inkontinans sıklığını belirlemek, komorbidite ve tümör patolojisi gibi risk faktörleri ile ilişkisini incelemek ve uygulanan tedavilere yanıt oranlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Ocak 2024 – Haziran 2025 tarihleri arasında merkezimizde intravezikal BCG tedavisi uygulanan toplam 50 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; transüretral rezeksiyon (TUR-M) ile histopatolojik olarak tanısı doğrulanmış, kasa invaziv olmayan mesane tümörü varlığı idi. Her hastanın demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), tümör patolojisi, varyant histoloji varlığı ve komorbid durumları kaydedildi. İnkontinans varlığı hem BCG öncesi hem de tedavi tamamlandıktan sonraki dönemde sorgulandı. İnkontinans gelişen olgularda semptomların başlama zamanı, klinik şiddeti, ek tedavi gereksinimi ve tedaviye yanıt oranı ayrıca kaydedildi. Tedaviye yanıt, klinik semptomlarda belirgin düzelme olarak tanımlandı. Hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle analizler tanımlayıcı düzeyde raporlandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 50 hastanın ortalama yaşı 67,3 yıl olup, hastaların %88'i erkek, %12'si kadındı. BCG tedavisi öncesinde inkontinans oranı %8 (4/50) iken, tedavi sonrasında %12 (6/50) olarak bulundu. Bu bulgu, tedavi sonrası dönemde inkontinans sıklığında bir artışa işaret etmektedir.Tümör patolojileri incelendiğinde; T1YD grubundaki 26 hastanın 3'ünde (%11,5) inkontinans görüldü. T1YD+CIS grubunda 14 hastanın 1'inde (%7,1) inkontinans saptandı. TAYD grubundaki 6 hastanın 2'sinde (%33,3) inkontinans gelişti. T1DD, TADD ve TAYD+CIS gruplarında ise inkontinans izlenmedi.Varyant histoloji varlığı da inkontinans gelişimiyle ilişkili bulundu. Varyant histolojisi olan 7 hastanın 2'sinde (%28,6) inkontinans gelişirken, varyant histolojisi olmayan 43 hastada bu oran %9,3 idi.Komorbidite açısından

değerlendirildiğinde, ek hastalığı olan 38 hastada inkontinans %13,2 oranında bulundu. Komorbiditesi olmayan 12 hastanın ise yalnızca %8,3'ünde inkontinans gelişti. Hipertansiyonu olan 15 hastanın 3'ünde (%20), diabetes mellitusu olan 10 hastanın 2'sinde (%20) ve kardiyak hastalığı bulunan 8 hastanın 1'inde (%12,5) inkontinans gözlendi. Diğer nadir komorbiditelere sahip 5 olguda inkontinans izlenmedi.İnkontinans gelişen 6 hastanın 5'ine ek tedavi başlanmış olup, yalnızca 2 hastada (%40) klinik yanıt elde edilmiştir.(Tablo 1 ve 2)

TABLO 1

Patoloji	Hasta Sayısı(n)	İnkontinas(%)
T1YD	26	11,5
T1YD+CIS	14	7,1
TAYD	6	33,3
T1DD	2	0
TADD	1	0
TAYD+CIS	1	0

Tümör patolojisine göre inkontinans oranları

TABLO 2

Komorbidite	Hasta Sayısı (n)	İnkontinans (%)
Komorbidite (+)	38	13,2
Komorbidite (-)	12	8,3
Hipertansiyon	15	20
Diabetes mellitus	10	20
Kardiyak hastalık	8	12,5
Diğer (hipertiroidi, PAH)	5	0

Komorbiditelere göre inkontinans oranları



Sonuç: İntravezikal BCG sonrası inkontinans düşük ancak klinik açıdan anlamlı bir sıklıkta görülmektedir. Bulgular yüksek dereceli tümörler, varyant histoloji varlığı ve eşlik eden komorbiditelerin inkontinans gelişiminde önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu risk faktörlerinin tanımlanması, tedavi öncesi hasta bilgilendirmesi ve uygun takip stratejilerinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ayrıca ek tedavilerin sınırlı etkinliği dikkate alındığında, daha güçlü ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç vardır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-019 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane Endoservikozu: Oldukça Nadir bir Tanının Gözden Geçirilmesi

Mert Hamza Özbilen[1], Berkay Ekinci[1], Hakan Erçil[1]

Mert Hamza Özbilen / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

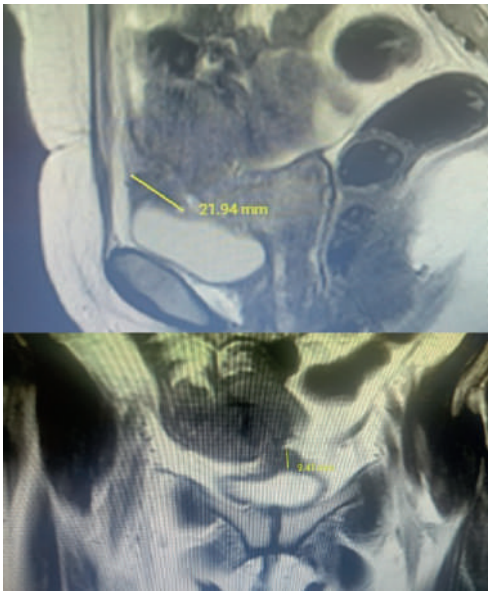
Giriş: Mesane endoservikozu, mesane duvarında ektopik endoservikal dokunun varlığı ile tanımlanan iyi huylu, oldukça nadir bir durumdur. Endoservikoz; endometriozis ve endosalpingiozis gibi Müllerian kökeni paylaşır ancak endoservikal tipte farklılaşma gösterir. Endoservikozis, kistik dilate görünümdeki endoservikal tip epitelle döşeli glandların servikal duvar boyunca yerleşmesi ile karakterizedir. Literatürde 40'a yakın mesane endoservikozu olgusu bildirilmiştir. Klinik bulgular nonspesifiktir, ancak suprapubik ağrı, hematüri, sık idrara çıkma ve sıkışma hissi bu hastalıkla ilişkili klasik semptomlardır. Bazı olgularda disparoni ve adet döneminde alevlenme de klinik bulgular arasında olabilir. Lezyonlar tipik olarak mesanenin arka duvarında veya kubbesinde yer alır ve boyutları 2- 5 cm arasında değişir. Mesane endoservikozunun tanı ve tedavisinde en iyi cerrahi seçeneğin hangisi olduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Seçim tümörlerin boyutu, yeri ve sayısı gibi farklı faktörlere bağlıdır. Lezyonun transüretral rezeksiyonu aynı anda hem tanısal hem de tedavi edicidir. Tedavi seçeneğinin parsiyel sistektomi olduğu bildirilen vakalar da mevcuttur. Bu bildiride oldukça nadir olan mesane endoservikoz vakası sunulmaktadır.

Materyal ve metot: 36 yaşında kadın hasta 3-4 yıldır var olan suprapubik ağrı şikayetiyle üroloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın daha önce 2 kez sezaryen doğum öyküsü mevcuttu. Hasta hematüri, sık idrara çıkma ve sıkışma tariflemiyordu. Fizik muayenede phannenstiel insizyon skarı dışında özellik yoktu. Tam idrar tetkiki olağan izlendi ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Çekilen üriner sistem ultrasonografisinde pelvik lokalizasyonda orta hatta uterus ve mesane arasında mesaneye bitişik görünümde 32 mm boyutunda solid nodüler lezyon izlendi. Hastaya bunun üzerine yapılan sistoskopide mesane karşı duvarda 3x3 cm'lik mukozadan kabarık lezyon saptandı ve transüretral rezeksiyon ile tanı amaçlı örneklendi. Patoloji mesane endoservikozu olarak raporlandı. Hasta 6 ay sonra yeniden üroloji polikliniğine başvurdu. Gün içerisinde ağrısının azaldığını ancak özellikle adet döneminde ağrısının arttığını belirtti. Bunun üzerine çekilen dinamik abdominal manyetik rezonans görüntülemede(MRG) mesane kubbesinde kontrast tutulumu gösteren yaklaşık 23x15 mm boyutlu kitlesel natürde odak saptandı(Figür 1). Kadın

Hastalıkları ve Doğum kliniğine de danışılarak ilgili lezyonun eksizyonuna karar verildi.Hastaya yapılan sistoskopide mesane kubbesinde yaklaşık 15 mm boyutunda nodüler lezyon görüldü(Figür 2).Cerrahi sırasında mesane açılarak yaklaşık 25x25 mm mesane ve uterus anterior duvar arasındaki endüre lezyon eksize edildi(Figür 3).Eksplorasyonda ek lezyon saptanmadı.Histolojik analiz,muskularis propria ve muskularis mukoza tabakalarında mukus bezleri bulunan mesane mukozasının varlığını ortaya koydu;bu bezlerin bazıları kistikti.Bu bezler endoservikal müsinöz epitel ile kaplıydı ve kendi stromalarıyla çevriliydi.Yüzeysel epitelde glandüler müsinöz metaplastik transformasyon vardı ve hücreler hormonal reseptörler açısından pozitifti.Bu da ''mesane endoservikozu'' kesin tanısını koydu.Hasta cerrahi sonrasında ağrısının geçtiğini belirtti ve takibinin 6.ayında olup herhangi bir semptomu bulunmamaktadır. Hastadan aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

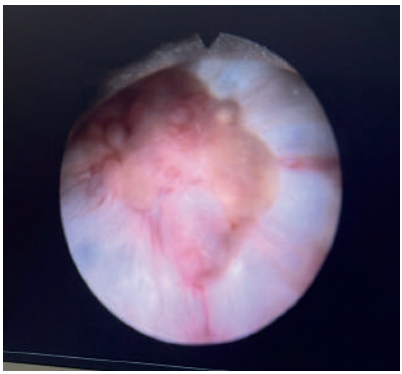
Bulgular: .

Figür 1



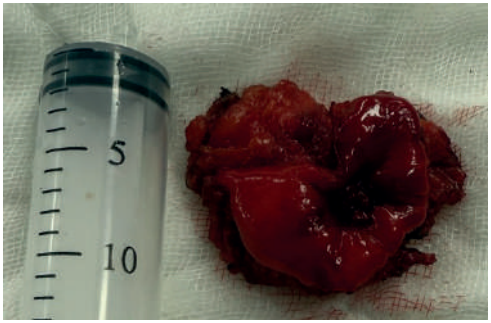
MRG'de mesane kubbesinde kontrast tutulumu gösteren yaklaşık 23x15 mm boyutlu kitlesel natürde odak(Koronal ve sagittal kesit).

Figür 2



İlgili lezyonun sistoskopik görüntüsü

Figür 3



İlgili lezyonun makroskopik görüntüsü

Sonuç: Mesane endoservikozu nadir mesane lezyonlarından biridir ve mesane lezyonlarının ayırıcı tanısında akla gelmelidir.Doğru tanı,cerrahi müdahaleyi büyük ölçüde etkiler.Transüretral rezeksiyon ve parsiyel sistektomi mesane endoservikozu tedavisinde yaygın seçeneklerdir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-020 (SUNUSUZ POSTER)

Medikal Tedaviye Dirençli İnterstisyel Sistit Olgularında İntravezikal Botulinum Toksin A Uygulamasının Klinik Etkinliği: 12 Kadın Hastalık Olgu Serisi

SÜMEYYE TERZİ[1], MUHAMMED SELÇUK ÖZER[1], VOLKAN ŞEN[1]

SÜMEYYE TERZİ / DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: İnterstisyel sistit (İS), etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, kronik pelvik ağrı, sık işeme ve urgency ile karakterize, yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilen bir klinik tablodur. Hastalığın heterojen seyri ve mevcut konservatif tedavilere dirençli olabilmesi, etkin tedavi seçeneklerinin sınırlı kalmasına yol açmaktadır. İlk basamakta kullanılan oral pentosan polisülfat, intravezikal glikozaminoglikan instilasyonları ve davranışsal yaklaşımlar çoğu zaman yetersiz kalabilmektedir. Son yıllarda intravezikal botulinum toksin A (BTX-A) uygulaması, semptom kontrolünde alternatif bir yöntem olarak gündeme gelmiştir. Bu çalışmada, medikal tedaviye dirençli İS tanılı kadın hastalarda intravezikal BTX-A uygulamasının alt üriner sistem semptomları (AÜSS) üzerindeki klinik etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 2023–2025 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'na başvuran, medikal tedaviye yanıtsız İS tanılı 12 kadın hasta retrospektif olarak incelendi. Tanı sürecinde abdominal-pelvik ultrasonografi, sistoskopi ± biyopsi, hidrodistansiyon ve üroflowmetri bulguları değerlendirildi. Tüm hastalara sistoskopi eşliğinde mesane duvarının farklı bölgelerine toplam 300 IU BTX-A enjeksiyonu uygulandı. İşlem sonrası hastalar, semptomatik yanıt ve olası yan etkiler (üriner retansiyon, enfeksiyon, geçici kateterizasyon ihtiyacı) açısından izlendi. Klinik etkinlik, semptom regresyonu ve üroflowmetri parametrelerindeki değişiklikler ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 12 kadın hastanın ortalama yaşı 41,6 yıl (26–77) olarak saptandı. Tüm hastalarda medikal tedaviye dirençli alt üriner sistem semptomları mevcuttu. Medikal tedavi süresi, mesane kapasitesi ve sistoskopi bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo-1).BTX-A uygulamasını takiben toplam işenen hacimde anlamlı bir artış gözlendi (241 ± 15 ml'den 409 ± 22 ml'ye; p=0.008). Buna karşın, hem maksimum akım hızı (Qmax: 23.0 ± 1.4 ml/sn'den 18.0 ± 1.2 ml/sn'ye; p=0.021) hem de ortalama akım hızı (14.0 ± 0.8 ml/sn'den 9.0 ± 1.1 ml/sn'ye; p=0.017) istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldı. Postvoid rezidüel (PVR) hacimlerinde ise anlamlı bir değişiklik saptanmadı

(p=0.999). Klinik olarak değerlendirildiğinde tüm hastalarda alt üriner sistem semptomlarında belirgin gerileme izlendi ve semptomatik iyileşme oranı %100 olarak kaydedildi. Yan etki profili düşük olup yalnızca bir hastada (%8,3) geçici üriner retansiyon gelişti ve bu durum tek seans temiz aralıklı kateterizasyon ile düzeldi (Tablo-2).

Tablo – 1 Hastaların Demografik ve Preop Parametreleri Karşılaştırılması

Parametre	Değerler (n=12)	Ortalama ± SD / Oran (%)	p
Yaş (yıl)	26–77	41,6 ± 13,8	0,16
Medikal tedavi süresi	3–10 yıl	6,2 ± 2,1 yıl	0,42
Mesane kapasitesi (cc)	300–750	525 ± 91 cc	0,29
Sistoskopi bulgusu İS ile uyumlu Normal	 7 5	 %58,3 %41,7	0,63

Tablo – 2 Hastaların Klinik Yanıt Parametrelerinin Karşılaştırılması

Parametre	Preop Ortalama ± SD	Postop 3. Ay Ortalama ± SD	p
Qmax (ml/sn)	23.0 ± 1.4	18.0 ± 1.2	**0.021**
Ortalama akım (ml/sn)	14.0 ± 0.8	9.0 ± 1.1	**0.017**
İşenen hacim (ml)	241 ± 15	409 ± 22	**0.008**
Postvoid rezidüel (PVR) (ml)	15 ± 2	15 ± 2	0.999
AÜSS regresyon oranı (%)	-	100	-

Sonuç: Medikal tedaviye dirençli interstisyel sistit olgularında intravezikal BTX-A uygulaması, alt üriner sistem semptomlarının kontrolünde etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Olgu serimizde tüm hastalarda klinik iyileşme sağlanmış olup, yan etki profili düşük ve geçici nitelikte bulunmuştur. İşenen hacimdeki anlamlı artış ve akım hızlarındaki düşüş, BTX-A'nın detrüsor kontraktilitesi üzerindeki etkisini desteklemektedir. Daha geniş hasta gruplarında yapılacak prospektif ve randomize kontrollü çalışmalar, bu yöntemin uzun dönem etkinliği ve güvenilirliği konusunda daha güçlü kanıt sağlayacaktır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-021 (SUNUSUZ POSTER)

Multipar Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Uyguladığımız Transobturator Tape Operasyonu Sonuçlarımız

Şevder Kırmızıtoprak[1], Mehmet Fatih Gülçer[1]

Şevder Kırmızıtoprak / Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Multipar (En az 5 doğum yapmış) hastalarda Stres üriner inkontinans (SÜİ) nedeni ile transobturator tape (TOT) yaptığımız hastalarımızın cerrahi sırasında ve sonrasında görülen komplikasyonları ve orta dönem takip sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2024-Eylül 2025 tarihleri arasında Stres üriner inkontinans nedeniyle Transobturator Tape operasyonu uygulanan en az 5 canlı doğum yapmış 42 hastanın verilerini retrospektif olarak değerlendirdik. Stres inkontinans tanısı preoperatif yaptığımız ayrıntılı fizik muayene, Q-tip test ve stres teste göre konuldu. Hastaların demografik verileri (yaş, komorbidite, medikal tedavi kullanım durumu, ASA skoru, eşlik eden urge inkontinans, sigara, obezite), postop. tam kontinan/ postop. medikal tedavi ihtiyacı ve operasyon sırasında veya sonrasında görülen komplikasyon verileri kaydedildi.

Bulgular: Hastalarımızın ortalama yaşı 37,2 (29-55) idi. Hastalarımızın ortalama BMİ: 27,5'idi. Hastaların 32'inde vajinal doğum öyküsü, 28 hastada ise en az bir zorlu vajinal doğum öyküsü mevcuttu. Tüm hastalarda cerrahiden önce başarısız medikal tedavi öyküsü mevcuttu. Hastalar daha önce inkontinans cerrahisi geçirmemişti. 40 hastamız ilk anamnezinde komşusu geçirmiş memnun olup ameliyat olmak istediğini belirtti. (Kayıt altına alıp endikasyonu olmayan en az 200 hastamız mevcuttu. Hepsi aynı yönlendirme ile başvurdu). 20 hastada stres baskın mikst tip inkontinans mevcuttu. Ortalama taburculuk süresi 1,1 gün. Postoperatif 1 hastada ateş, 12 hastada spinal anesteziye bağlı hipotansiyon, baş ağrısı izlendi. Cerrahi sonrası 3 hastada urge inkontinansın devam etmesi üzerine medikal tedavi başlandı ve hastaların hepsi fayda görürken, 3 hastada tekrarlayan sistit izlendi. Kontrol sistoskopileri temiz geldikten sonra hastalara pentosan polisülfat sodyum başlandı. Şikayetlerinde gerileme izlendi. Hiçbir hastada mesane perforasyonu ya da mesh erozyonu izlenmedi.

Sonuç: Multipar Kadınlarda Stres üriner inkontinans cerrahi tedavisinde TOT ameliyatı güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemidir. Özellikle komşu etkisi göz ardı edilemez.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-022 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane İçerisine Rahim İçi Araç Migrasyonu: Olgu Sunumu

Süleyman Öner[1], Hazım Alparslan Mazlum[1], Ata Özen[1], İyimser Üre[1], Aydın Yenilmez[1]

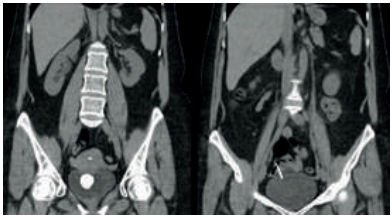
Hazım Alparslan Mazlum / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Uzun süreli rahim içi araç kullanımında uterustaki kronik erozyona bağlı olarak çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Kliniğimizde karşılaştığımız rahim içi aracın ileuma ve mesaneye migrate olduğu ve mesane içerisinde kalsifikasyona sekonder taş oluşumu olgusunun tanı ve tedavi sürecini sizinle paylaşmayı amaçladık.

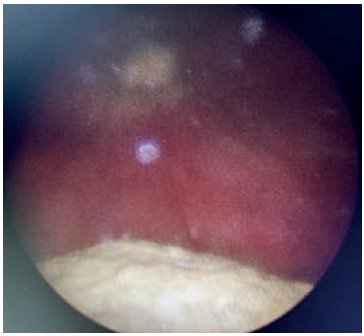
Materyal ve metot: Doğum kontrol yöntemi olarak yaklaşık 15 yıl önce rahim içi araç takılan 51 yaşındaki hasta, kadın doğum kontrollerini aksatmış ve rahim içi araç çıkarılması unutulmuş. Hastanın yaklaşık 2 yıldır aşırı aktif mesane bulguları ve mikroskobik hematürisi mevcut olduğu için kliniğimize başvurusu sonrası çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografide rahim içi aracın uterus fundusu sağ anteriordan ileum lümenine ve mesane sağ posterior duvarına migrate olduğu izlendi (Resim 1). Tarafımızca hastaya tanısal sistoskopi + açık sistolitotomi + mesaneden yabancı cisim çıkarılması operasyonu planlandı

Bulgular: Sistoskopide mesane tavanda kalsifiye alan ve mesane lümeninde yaklaşık 3 cm düzgün sınırlı taş izlendi (resim 2). Bunun üzerine mesane doldurularak gam kesi ile katlar düşürülerek mesane anterior duvarı açıldı. Mesane içerisindeki yaklaşık 3 cm taş dışarı alındı. Bir ucu ileal bağırsak ansından geçerek mesaneye migrate olan rahim içi araç klemple tutularak tek parça halinde dışarı alındı (resim 3). Uterustaki lasere alan kadın doğum doktorları tarafından onarıldı. İleumdaki perfore alan genel cerrahi tarafından onarıldı. Mesanedeki perfore alan 3/0 biyosin ile; mesane anterior duvarı 2/0 vicril ile çift kat onarılarak 20 fr foley sonda takıldı. Pelvik loja 18 fr nelaton dren yerleştirilerek işleme son verildi. Hastanın dreni postop 8. günde çekilerek hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası çekilen kontrol tomografide patoloji izlenmedi.

Resim1.



Resim2.



Resim3.



Sonuç: Rahim içi aracın uzun süreli kullanımlarında uterus erozyonuna bağlı olarak rahim içi araç çevre dokulara ve organlara migrate olabilir. Komplike migrasyonlarda açık cerrahi yöntem güvenle uygulanabilir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-023 (SUNUSUZ POSTER)

Genç Erkek Hastalarda Tekrarlayan Akut İdrar Retansiyonunun Nadir Bir Nedeni: Disfonksiyonel İşeme ve Eksternal Sfinkterik Botulinum Uygulaması

Mithat Ekşi[1], Hakan Polat[1]

Mithat Ekşi / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Giriş: Fonksiyonel işeme bozuklukları genç erkeklerde nadir görülmekle birlikte, tekrarlayan akut idrar retansiyonuna yol açabilir. Tedavide medikal ve davranışsal yöntemler çoğu zaman yetersiz kalabilir. Bu çalışmada, eksternal üretral sfinkter disfonksiyonu nedeniyle gelişen çıkım obstrüksiyonlarının botulinum toksin enjeksiyonu ile başarılı yönetimini sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Eylül 2024-Eylül 2025 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji Kliniği'nde Disfonksiyonel İşeme tanısı ile Eksternal Sfinkterik Botox uygulanan hastalar geriye dönük olarak tarandı. Disfonksiyonel işeme tanısı, Nöroloji ve Psikiyatri muayenesi sonucunda herhangi bir patoloji olmaması durumunda, sistoskopi ile herhangi bir anatomik darlık saptanmaması ve ürodinamik olarak belirgin pelvik taban EMG aktivitelerinin gösterildiği ve buna bağlı yüksek rezidül idrar saptanan olgular olarak kabul edildi. Akut üriner retansiyon şikayeti ve yüksek rezidü saptanan hastalarda ultrasonografi ve üroflowmetre testleri ile öntanı koyulması sonrasında sistoskopi uygulandı. Sistoskopide anatomik patoloji saptanmayan fakat belirgin eksternal sfinkterik aktivite izlenen hastalara EMG'li ürodinami uygulandı. Ürodinamik çalışmada miksiyon fazında hafif azalmış/normal detrusor aktivitesi ve belirgin EMG aktivitesi izlenen hastalara Disfonksiyonel İşeme tanısı koyuldu. Pelvik taban eğitimi ve medikal tedaviden fayda görmeyen hastalara genel anestezi altında Eksternal Sfinkterik Botox uygulandı. Botox uygulaması saat 7-10-12-2-5 hizası olmak üzere 5 noktadan 100 ünite olarak uygulandı. Postoperatif 14. Günde Üroflowmetre ve PMR ölçümleri tekrarlandı. Ölçümler postoperatif 3. Ve 6. Ayda tekrarlandı.



Bulgular: Çalışmaya 3 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 19,3 ± 3,2 yıl olarak belirlendi. Hastaların hiçbirinde kronik bir hastalık hikayesi veya geçirilmiş cerrahi tespit edilmedi. Ortalama semptom süresi 5,6 ± 2,3 ay olarak belirlendi. Ortalama takip süresi 4,3 ± 1,5 ay olarak belirlendi. Preoperatif olarak Üroflowmetrede saptanan ortalama Qmax değeri 5,1 ± 1,2 olarak saptandı. Eksternal Sfinkterik Botox uygulaması sonrasında 3 hastanın 2'sinde tam iyileşme, 1 hastada semptomlarda %50'den fazla azalma tespit edildi. Hastaların tamamında katater ihtiyacı ortadan kalktı. Postoperatif 14. Günde yapılan Üroflowmetre çalışmasında ortalama Qmax değeri 22,4 ± 3,2 ml/sn olarak belirlendi. Hastaların hiçbirinde inkontinans şikayeti görülmedi. Postoperatif 3. Ayda hiçbir hastada katater ihtiyacı görülmedi. Takiplerini aksatmayan 1 hastada 5. Ayda şikayetlerin tekrar etmesi üzerine Botox uygulaması tekrarlandı.

Sonuç: Genç erkeklerde tekrarlayan akut üriner retansiyon olgularında disfonksiyonel işeme ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Geri dönüşümsüz bir tedavi yöntemi olan Botulinum tedavisini uygulamadan önce mutlaka diğer olası tanıların ekarte edilmesi, davranış tedavileri, pelvik taban eğitimleri ve medikal tedavilerin denenmesi ve preoperatif olarak hastanın iyi bilgilendirilmesi gerekmektedir. Doğru tanı durumunda Eksternal Sfinkterik Botox uygulaması güvenle ve etkinlikle uygulanabilir.

P-024 (SUNUSUZ POSTER)

Tot ve Burch Operasyonları Sonrası Dirençli Stress Üriner İnkontinans Vakasında Üretra Altına Site-Spesifik Mesh Fiksasyonu: Yeni Bir Cerrahi Yaklaşım

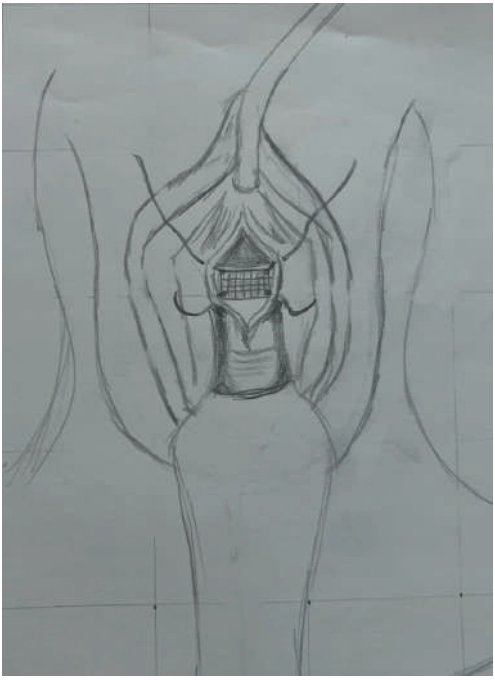
Berkay EREN[1], Mustafa Esat İNCE[1], Mustafa KARALAR[1], Osman GERÇEK[1], Haşmet SARICI[1]

Mustafa Esat İNCE / AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş: Stres Üriner İnkontinansın (SUI) cerrahi tedavisinde TOT (Transobturator Tape) ve Burch gibi yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bazı olgularda bu tekniklere rağmen idrar kaçırma devam edebilir. Biz burada, klasik yöntemlerle kontrol altına alınamayan TOT ve Burch cerrahileri geçirmiş, medikal tedaviden de fayda görmemiş bir olguda uyguladığımız yeni bir cerrahi tekniği sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: 40 yaş kadın hasta, daha önce stres tip idrar kaçırma nedenli Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde TOT ve Burch operasyonları geçirmiş. Öncesinde 2 kere C/S öyküsü olan hastanın laboratuvar bulguları doğal ve fizik muayenesinde sistoselin eşlik etmediği üretral immobiliteye bağlı SUI saptandı. Stres tip üriner inkontinans şikayeti devam eden hastada yeniden cerrahi müdahale kararı alındı. Eksternal üretranın 1 cm distalinden midüretral bölgede 2*1 cm'lik vajen ön duvarı (vajen ön duvarında transvers olarak 2 cm, vertikal olarak 1 cm boyutunda olmak üzere) tam kat olarak disseke edildi. Ardından disseke edilen 2*1 cm'lik vajen ön duvarındaki vajen mukozası koterize edilerek aynı ebatlarda TOT cerrahisine uygun mesh kesilerek dikdörtgenin köşelerinden ve orta kesiminden 6 adet sütur ile tespit yapıldı. Daha sonra vajen ön duvarındaki her iki lateral alan pubik kollara kadar serbestlendi. Sonra vajen ön-yan duvar bileşke hizasından iki taraflı olarak 2/0 absorbable vicryl süturlar ile 2*1 cm'lik midüretral bölgeye destek amaçlı olarak hazırlanan ve üzerine mesh yerleştirilen bölge köşelerinden tespit edildi (Şekil 1). Daha sonra vajen ön duvarı primer olarak sütürize edilerek işleme son verildi.

Geliştirilmiş Cerrahi Teknik için Şematik Çizim



Midüretral bölgede vajen ön duvarından 2×1 cm'lik alanın disseksiyonu ve hazırlanmış mesh materyalinin köşelerinden sütur ile tespit edilerek "site-spesifik askı cerrahisi" oluşturulması.

Bulgular: Postoperatif 1. ve 3. ay kontrollerinde hastanın inkontinans semptomlarının tamamıyla düzeldiği izlendi. İdrar kaçırma şikayeti bildirilmedi. Komplikasyon gözlenmedi. Cinsel fonksiyon ve mesane boşaltımı korunmuştu.

Sonuç: Literatürde tanımlı klasik revizyon cerrahilerine alternatif olarak, TOT ve Burch sonrası başarısızlık durumlarında uygulanabilecek bu yeni 'Askı Cerrahisi Yöntemi' düşük invazivlik ve anatomik hedefe yönelik "site-spesifik" destek avantajı sunmaktadır. Geniş hasta serileriyle etkinliği ve güvenilirliği değerlendirilmelidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-025 (SUNUSUZ POSTER)

Perineal Üretrostomi Sonrası Klinik ve Fonksiyonel Sonuçlar

Nusrat Yusifli[1], Nahit Öğüt[1], Kasım Emre Ergün[1], Serdar Kalemci[1], Adnan Şimşir[1]

Nusrat Yusifli / Ege Üniversitesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Perineal üretrostomi (PU), rekonstrüktif cerrahiye uygun olmayan, ciddi komorbiditesi olan ve tek seansta kalıcı çözüm aranan panüretral darlığı olan ve penektomi yapılan hastalarda güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Özellikle ileri yaşlı ve anestezi açısından yüksek riskli hastalarda, ikinci bir cerrahiden kaçınmak amacıyla tercih edilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde PU uygulanan hastaların uzun dönem klinik ve fonksiyonel sonuçları üroflometri ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru (İPSS) değerlendirilmiş

Materyal ve metot: Bu retrospektif çalışmada, 2017–2022 yılları arasında üçüncü basamak bir merkezde perineal üretrostomi uygulanan 10 erkek hasta incelendi. Hastaların yaşları 56 ile 73 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 63,8 yıl olarak hesaplandı. Operasyon endikasyonları arasında üretra darlığı olan 8 hasta, penil skuamoz hücreli karsinom nedeniyle penektomi yapılan 1 hasta ve iskemik penil nekroz nedeniyle penektomi yapılan 1 hasta bulunmaktaydı. Hastaların önemli bir kısmında ciddi ek hastalıklar mevcuttu; 6 hastada diyabetes mellitus, 6 hastada koroner arter hastalığı (bunlardan 3'ü bypass öykülü), 6 hastada Fournier gangreni geçmişi, 1 hastada akciğer kanseri ve 2 hastada kardiyak pil bulunuyordu. Anestezi açısından 5 hasta ASA III, 4 hasta ASA IV olarak değerlendirildi. Hastalar operasyon sonrası belli aralıklarla düzenli kontrole çağrıldı ve takip sırasında fonksiyonel değerlendirme için IPSS skorları, üroflowmetri (Qmax) ve postvoid rezidü (PVR) ölçümleri yapıldı. . Ortalama takip süresi 50 ay olarak kaydedildi.

Bulgular: Takip süresince 9 hastada üretrostomi kalıcı olarak açık kaldı ve tatmin edici miksiyon sağlandı. Sadece 1 hastada üretrostomi ağzında daralma gelişti ve ek müdahale gerektirdi. Ortalama Qmax, 4 mL/s'den 12 mL/s'ye yükseldi. PVR, 80 mL'den 20 mL'ye geriledi. IPSS skoru ise 24'ten 5'e düştü. Bu değişiklikler, literatür verilerine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).

Sonuç: Bu deneyimimiz, perineal üretrostominin özellikle ileri yaş ve ciddi komorbiditeleri olan panüretral darlığı olan ve bazı nedenlerden penektomi yapılan hastalarda güvenli ve etkili bir definitif çözüm olduğunu göstermektedir. Uzun dönem takipte düşük komplikasyon oranı, tatmin edici fonksiyonel sonuçlar ve yüksek hasta memnuniyeti elde edilmiştir. Uygun hasta seçiminde, PU tek seansta

kalıcı üriner çıkış sağlamak ve ek cerrahi ihtiyacını azaltmak açısından önemli bir cerrahi alternatiftir. Komplikasyonların erken tanısı ve yönetimi, başarıyı artırmada kritik öneme sahiptir.

Perineal Üretrostomi Sonrası Sonuçlar

Parametre	Önce (ortalama)	Sonra(ortalama)	Ortalama fark	Tahmini P-değeri	Yorum
Qmax(mL/s)	4	12	+8	<0.001	Anlamlı artış
PVR(mL)	80	20	-60	<0.001	Anlamlı azalma
IPSS	24	5	-19	<0.001	Anlamlı azalma

Perineal Üretrostomi Sonrası Sonuçlar

P-026 (SUNUSUZ POSTER)

Aşırı Aktif Mesanede Onabotulinum Toksin A: 9 Yıllık Tek Merkez Serisi

Halil İbrahim İvelik[1], Okan Alkış[1], İbrahim Güven Kartal[1], Şeref Coşer[1], Bekir Aras[1]

Halil İbrahim İvelik / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Aşırı aktif mesane (AAM), urgency ile birlikte artmış işeme sıklığı/noktüri ve/veya urge tipi kaçırma ile seyreden; davranışsal ve/veya farmakoterapiye yetersiz yanıt veya intolerans geliştiğinde "dirençli/refrakter" kabul edilen bir tablodur. Bu grupta intravezikal onabotulinum toxin A (100 IU) minimal invaziv, etkili bir seçenektir; ancak üriner retansiyon ve ÜSE gibi öngörülebilir yan etkiler ile zaman içinde yeniden enjeksiyon gereksinimi dikkate alınmalıdır. Bu çalışmada, kliniğimizde 2016–2025 yılları arasında tedavi edilen 92 hastanın onabotulinum toxin A uygulaması sonrası etkinlik ve güvenlilik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2016–Haziran 2025 arasında medikal tedaviye dirençli (en az 8 hafta antimuskarinik ve/veya β3 agonist kullanan ve şikâyetleri devam eden) AAM tanılı hastalara sistoskopi eşliğinde mesane duvarına 20 ayrı noktadan 100 IU onabotulinum toxin A submukozal olarak enjekte edildi. Hastalar işlem öncesi ve postop 3.–6. ay aralığında sorgulandı. Değerlendirilen parametreler: işeme sıklığı (günlük), idrar kaçırma, OABV8 ve ICIQSF skorları ile memnuniyet (evet/hayır). Güvenlilik için üriner retansiyon ve üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) kaydedildi. Eşleştirilmiş önce–sonra karşılaştırmaları için Wilcoxon işaretli sıralar testi (iki yönlü, $\alpha=0,05$) kullanıldı.

Bulgular: Toplam 92 hasta incelendi. Yaş ortalaması 58,1±12,9 yıl; 76/92 (%82,6) kadın, 16/92 (%17,4) erkek.İşeme sıklığı (günlük): 17,1±2,4 (medyan 17 [16–19])'ten 7,2±3,5 (medyan 7 [5–12])'ye düştü ($p < 0,001$; Wilcoxon).OABV8: 29,1±2,3 (medyan 29 [27–30])'ten 13,4±8,2 (medyan 12 [8–28])'ye düştü ($p < 0,001$; Wilcoxon).ICIQSF: 15,0±4,7 (medyan 15 [14–17])'den 5,3±4,6 (medyan 4 [3–12])'ya düştü ($p < 0,001$; Wilcoxon).Memnuniyet: 65/92 (%70,7) "memnun".Yeniden enjeksiyon: 30/92 (%32,6) hastaya 2. enjeksiyon, 12/92 (%13,0) hastaya 3. enjeksiyon yapıldı; yeniden enjeksiyon yapılan hastalar arasında ilk yeniden enjeksiyona kadar medyan süre 9 ay (IQR 6–12).Takip: medyan 4,1 yıl (IQR 3,0–6,2; aralık 1–9 yıl); takipten çıkış 17/92 (%18,5).Güvenlilik: üriner retansiyon 6/92 (%6,5) (TAK gerektiren: 3/92, %3,3), ÜSE 13/92 (%14,1); ciddi tedaviye bağlı advers olay saptanmadı.

Klinik Sonuçlar

Değişken	Önce (ort±SS; medyan [IQR])	Sonra (ort±SS; medyan [IQR])	p
İşeme sıklığı (günlük)	17,1 ± 2,4 ; 17 [16–19]	7,2 ± 3,5 ; 7 [5–12]	<0,001
OABV8	29,1 ± 2,3 ; 29 [27–30]	13,4 ± 8,2 ; 12 [8–28]	<0,001
ICIQSF	15,0 ± 4,7 ; 15 [14–17]	5,3 ± 4,6 ; 4 [3–12]	<0,001
Memnuniyet (evet)	-	65/92 (%70,7)	-

Klinik Sonuçlar

Sonuç: İntravezikal onabotulinum toxin A, dirençli AAM olgularında kısa dönemde semptomları ve yaşam kalitesi skorlarını anlamlı olarak iyileştirmekte; uzun dönemde yeniden enjeksiyon gereksinimi görülebilmekte, ancak güvenlilik profili kabul edilebilir düzeyde kalmaktadır. Tedaviye yanıtın sürdürülmesi açısından hasta bilgilendirmesi ve takip planlaması önemlidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-027 (SUNUSUZ POSTER)

Kronik Prostatitli Hastalarda Prostat Masajının Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: 12 Olguluk Vaka Serisi

Mithat Ekşi[1], Hakan Polat[1]

Mithat Ekşi / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk SUAM

Giriş: Kronik prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu (KP/KPAS), erkeklerde yaşam kalitesini ciddi düzeyde bozan, etiyolojisi multifaktöriyel ve tedavisi güç bir sendromdur. Farmakolojik yaklaşımlar çoğu zaman kısmi fayda sağlamakta, tam iyileşme sınırlı kalmaktadır. Prostat masajı geçmişte tanısal ve tedavi amaçlı uygulanmış olmasına rağmen günümüzde nadiren kullanılmaktadır. Bu çalışmada prostat masajının KP/KPAS hastalarında ağrı skorları, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerine etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve metot: Çalışmaya NIH tip III prostatit tanısı konmuş, en az 6 aydır semptomları devam eden 12 erkek hasta dahil edildi. Tüm hastalarda bakteriyel enfeksiyon dışlandı, daha önce antibiyotik, alfa-bloker veya antiinflamatuvar tedavilerden fayda görmeyenler seçildi. Hastalara haftada iki kez olmak üzere dört hafta boyunca dijital rektal yoldan prostat masajı uygulandı (her seans yaklaşık 2–3 dakika). Değerlendirmede üç parametre kullanıldı:1.Vizüel Analog Skala (VAS) ile ağrı skorları,2.NIH-CPSI yaşam kalitesi alt skoru,3.0–10 arası puanlanan genel memnuniyet anketi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 37 (28–52) yıl idi. Başlangıç ortalama VAS skoru 7,1±1,2 iken tedavi sonrası 3,3 ± 1,4'e geriledi ($p < 0,05$). NIH-CPSI yaşam kalitesi alt skoru ortalama 9,2 ± 2,1'den 5,1 ± 1,8'e düştü ($p < 0,05$). Genel memnuniyet anketinde hastalar tedavi öncesinde ortalama 2,3 ± 1,0 puan bildirirken, tedavi sonrasında 7,1 ± 1,6 puana yükseldi. Hastaların %60'ı belirgin iyileşme, %25'i orta düzeyde iyileşme ifade etti; %15 hastada anlamlı değişiklik olmadı. Ciddi komplikasyon izlenmedi.

Bulgular

Parametre	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p değeri
VAS	7,1 ± 1,2	3,8 ± 1,4	0,001
NIH-CPSI QoL Etki Skoru	9,2 ± 2,1	5,1 ± 1,8	0,002
Genel Memnuniyet	2,3 ± 1	7,1 ± 1,6	0,007

Sonuç: Dijital rektal yoldan prostat masajı, küçük hasta serimizde KP/KPAS semptomlarını anlamlı düzeyde azaltmış, yaşam kalitesi skorlarını iyileştirmiş ve hasta memnuniyetinde artış sağlamıştır. Kolay uygulanabilir, düşük maliyetli ve güvenli bir yöntem olarak özellikle farmakoterapiye dirençli olgularda alternatif bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Hastaların ciddi bir kısmında ek tedavilere ihtiyaç devam etmektedir. Bulgularımızın doğrulanması için randomize kontrollü geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-028 (SUNUSUZ POSTER)

Çocuklarda Üroflovmetri İşeme Paternlerinin Yapay Zekaya Tanıtılması Ve Makine Öğrenimi Tarafından Yorumlanması: Prospektif Çalışma

Faruk Arslan[1], Ömer Algorabi[2], Onur Can Özkan[1], Yusuf Sait Türkan[2], Ersin Namlı[2], Yunus Emre Genç[1], Çağrı Akın Şekerci[1], Selçuk Yücel[1], Haydar Kamil Çam[1], Tufan Tarcan[3]

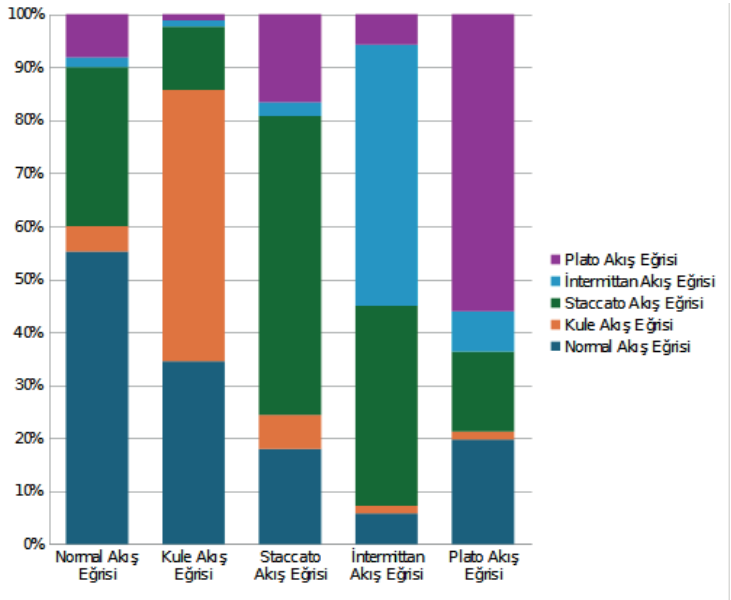
Faruk Arslan / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Bu çalışma ile tıpta giderek daha yaygın hale gelen makine öğrenimi modellerinin üroflovmetri paternlerinin yorumlanması üzerindeki etkisini değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Çalışmaya, alt üriner sistem semptomları nedeniyle kliniğimize başvuran 4–17 yaş arası çocukların üroflovmetri testleri dahil edildi. Üroflovmetri paternleri üç pediatrik üroloji uzmanı tarafından bağımsız olarak yorumlandı. Yorumlamalar arasındaki tutarsızlıklar üç gözlemci tarafından birlikte yeniden değerlendirildi ve bir uzlaşmaya varıldı. İşeme hacmi, işeme süresi ve 0,5 saniyelik aralıklarla ölçülen idrar akış hızları analiz için sayısal verilere dönüştürüldü. Veri setinin %80'i makine öğrenimi için eğitim verisi olarak kullanılırken, kalan %20 'si test için ayrıldı. Üroflovmetri paternlerini sınıflandırmak için toplamda beş farklı makine öğrenimi modeli kullanıldı: Karar Ağacı, Random Forest, CatBoost, XGBoost ve LightGBM. Her bir üroflovmetri paternini en doğru şekilde tanımlayan modeller belirlendi.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 500 üroflovmetri testi dahil edildi; bunların 221'i erkek (%44,2) ve 279'u kız (%55,8) idi. Çocukların yaşlarının ortalaması 9,17±3,41 yıl idi. İlk değerlendirmede, 311 test (%62,2) gözlemciler tarafından aynı şekilde yorumlanırken, 189 test (%37,8) en az bir gözlemci tarafından farklı şekilde değerlendirildi (Fleiss' Kappa=0,608). Makine öğrenimi eğitimi için kullanılan örneklerin 253'ü (%50,6) normal işeme paternine, 52'si (%10,4) kule işeme paternine, 103'ü (%20,6) stakkato işeme paternine, 40'ı (%8) kesikliişeme paternine ve 52'si (%10,4) plato işeme paternine sahipti. Test edilen modeller arasında en yüksek doğruluk oranı XGBoost modeliyle elde edilirken (%85,00±2,90), en düşükdoğruluk oranı ise Karar Ağacı modeliyle elde edildi (%81,80±1,47). İşeme paternleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, en yüksek doğruluk oranları kesik işeme paterninde (%95–100) görülürken, en düşük doğruluk oranları kule (%63,46–73,08) ve plato (%61,54–71,15) paternlerinde kaydedildi.

Figür 1



İlk değerlendirmede farklı yorumlanan 189 örneğin yorumlanma farklılıklarını gösteren grafik

Tablo 1

İşeme Paternleri	Eğri Sayısı	Ortalama Akış Hızı Ortalaması (sn)	Maksimum Akış Hızı Ortalaması (sn)	İşeme Hacmi Ortalaması (ml)	İşeme Süresi Ortalaması (sn)
Normal Akış Eğrisi	253	12,27±5,16	21,26±12,29	185,89±147,21	15,25±32,6
Kule Akış Eğrisi	52	17,78±5,25	37,64±12,59	226,98±147,67	13,64±33,68
Stakkato Akış Eğrisi	103	11,07±5,16	21,63±12,32	303,19±147,40	28,34±32,66
İntermittan Akış Eğrisi	40	6,54±5,09	19,83±12,12	265,19±145,56	72,33±32,9
Plato Akış Eğrisi	52	6,67±5,08	10,52±12,12	200,34±145,81	37,06±33,08

Üroflovmetri eğrilerinden elde edilen ortalama akış hızı, maksimum akış hızı, işeme hacmi ve işeme süresinin her işeme paternine özel ortalaması

Tablo 2

		Makro Ortalama			Ağırlıklı Ortalama		
Makine Öğrenimi Modelleri	Doğruluk Oranı %	Kesinlik	Anma	F1-skor	Kesinlik	Anma	F1-skor
Karar Ağacı	81,80±1,47	0,81	0,80	0,80	0,82	0,82	0,82
Random Forest	84,80±1,33	0,85	0,82	0,83	0,85	0,85	0,85
CatBoost	84,80±1,47	0,84	0,82	0,83	0,85	0,85	0,85
XGBoost	85,00±2,90	0,85	0,82	0,83	0,85	0,85	0,85
LightGBM	83,00±2,10	0,83	0,79	0,80	0,83	0,83	0,83

Makine öğrenimi modellerinin performansları



Sonuç: Çalışma ile literatürde ilk defa, makine öğrenimi modellerinin çocuklarda üroflovmetri paternleri için yüksek doğruluk oranlarına sahip olduğu gösterildi. Dolayısıyla, yapay zeka modelleri ile gelecekte üroflovmetri işeme paternlerinin yorumlanmasında bir standardizasyon elde edilebileceği öngörüldü.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-029 (SUNUSUZ POSTER)

Prostat kanseri nedeniyle RRP yapılmış, sonrasında ışın tedavisi almış olan hastada transkorporal AUS uygulaması: Olgu sunumu

Omar Alzamo[1], İsa Uluç[1], Anıl Dağıdır[1], Kerem Teke[1]

Omar Alzamo / Kocaeli Üniversitesi

Giriş: Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen malignitelerden biridir. Radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinde standart tedavi yöntemlerinden biri olmakla birlikte, ameliyat sonrası komplikasyonlar yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bu komplikasyonlardan en önemlilerinden biri idrar kaçırmadır. Ayrıca, operasyon sonrası gelişebilen üretral darlıklar tedavi sürecini daha da zorlaştırmaktadır. Artifisyel üriner sfinkter (AUS) implantasyonu, cerrahiye bağlı idrar kaçırma tedavisinde en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir.

Materyal ve metot: Prostat kanseri nedeniyle retropubik radikal prostatektomi uygulanmış 82 yaşında erkek hasta, postoperatif dönemde gelişen üretral darlık nedeniyle uretroplasti operasyonu geçirmiştir. Ameliyat sonrası idrar kaçırma şikâyeti devam eden hastaya, transkorporal yöntemle Artifisyel üriner sfinkter implantasyonu yapılmıştır. Postoperatif takiplerde hastanın idrar kontinansında belirgin düzelme gözlenmiştir.

Bulgular: Radikal prostatektomi sonrası gelişen idrar kaçırma, hastaların yaşam kalitesini ciddi biçimde bozabilmektedir. Özellikle daha önce üretral rekonstrüksiyon cerrahisi geçirmiş hastalarda AUS uygulaması teknik açıdan güçlükler içermektedir. Transkorporal AUS yerleştirilmesi, üretral dokunun zayıf olduğu veya çoklu cerrahi girişim öyküsü bulunan olgularda güvenli bir seçenek sunmaktadır. Literatürde de benzer hasta gruplarında transkorporal yaklaşımın kontinans oranlarını artırdığı ve komplikasyon oranlarını kabul edilebilir seviyede tuttuğu bildirilmektedir.

Sonuç: Radikal prostatektomi ve ardından üretral rekonstrüksiyon öyküsü olan hastalarda devam eden idrar kaçırma, tedavi açısından zorlayıcı bir durumdur. Transkorporal AUS implantasyonu, bu hasta grubunda kontinansın sağlanmasında etkili ve güvenilir bir cerrahi seçenek olarak değerlendirilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-030 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane Taşına Sahip Kadın Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Mert Hamza Özbilen[1], Mahmut Can Karabacak[2], Taylan Tığlı[2], Mehmet Yoldaş[2], Mehmet Zeynel Keskin[2]

Mert Hamza Özbilen / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Mesane taşları alt üriner sistemin en sık karşılaşılan taşlarıdır ve gelişmiş ülkelerde üriner sistem taş hastalığının %5'ini oluşturmaktadır.Mesane taşlarının yaklaşık %5'i kadınlarda görülür ve sıklıkla nonspesifik semptomlarla karşımıza çıkar.Ağrı,dizüri,hematüri,boşaltım baskın alt üriner sistem semptomları(AÜSS) ve depolama baskın AÜSS bunların bazılarıdır.Bu taşlar geleneksel olarak primer,sekonder ve migrant olarak sınıflandırılır.Her ne kadar küçük taşlar üretradan kendiliğinden atılabilse de kendiliğinden atılamayan daha büyük taşlar için cerrahi müdahale uygulanabilmektedir.Mesane taşları altta yatan bir sorunun belirtisi olduğundan, altta yatan anormalliğin araştırılması oldukça önemlidir.Bu çalışmada mesane taşına sahip kadın hastaların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Materyal ve metot: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2010 ve 2022 yılları arasında mesane taşı nedeniyle cerrahi uygulanan hastanın verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Yalnızca mesane taşına müdahale edilen, 24 aydan uzun takip süresi olan kadın hastalar çalışmaya dahil edildi.18 yaş altı,daha önce üst üriner sistemde taş öyküsü olan,yabancı cisime bağlı mesane taşı olan,verilerinde eksiklik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.Buna göre dahil etme ve dışlama kriterleri sonrası sekonder mesane taşına sahip olduğu düşünülen 14 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan aydınlatılmış onam alındı.İdrar kültüründe üreme olan hastalara uygun antibiyotik tedavisi verildi,kontrol kültüründe üreme olmayan hastalar operasyona alındı.Cerrahide taşsızlığın sağlandığı öngörülen hastalarda taşsızlığın sağlandığı operasyon sonrası mesane ultrasonografisi ile teyit edildi.Hastaların yaş,geliş şikayeti,Charlson komorbidite indeksi,American Society of Anesthesiologists skoru,mesane taşının maksimum çapı,taş sayısı,operasyon süresi,uygulanan cerrahi teknik,komplikasyon varlığı,postoperatif yatış ve kataterizasyon süresi,ürodinami uygulaması,takip süresi,cerrahi sonrası uygulanan girişimi değerlendirildi.

Bulgular: Dahil etme ve dışlama kriterleri göz önüne alındığında 2010 ve 2022 yılları arasında mesane taşı nedeniyle cerrahi uygulanan 14 kadın hasta çalışmada değerlendirilmiştir.Çalışmamızda ortalama 96.7 aylık takip süresinde hiçbir hastada mesane taşı tekrarlamamıştır.Hastaların kinik karakteristikleri tabloda gösterilmiştir.Hastaların ortalama yaşı 49.9 bulunmuştur.Bu hastaların boşaltım baskın AÜSS,dizüri,ağrı,depolama baskın AÜSS,hematüri şikayetiyle başvuru yüzdeleri sırasıyla %50,%42.9,%28.5,%21.4,%14.2 olarak bulunmuştur.Mesane taşlarının ortalama maksimum çapı 36 mm olup %64.3'ü tek taştır.Mesane taşlarına ilişkin uygulanan cerrahiyle ilgili olarak hastaların %71.4'üne endoürolojik,%28.6'sına açık cerrahi uygulanmıştır.Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın 1'inde semptomatik idrar yolları enfeksiyonu,3'ünde idrar retansiyonu,2'sinde ateş meydana gelmiştir. Postoperatif ortanca yatış süresi ve kataterizasyon süresi 1 gün bulunmuştur. Takipte hastaların %71.4'üne ürodinami uygulanmış olup mesane taşı nedeniyle cerrahi uygulanan kadın hastaların %42.9'u temiz aralıklı katater,%21.4'ü daimi katatere ihtiyaç duymuştur.

Tablo

Değişkenler	
Hasta sayısı	14
Yaş (yıl), ortalama	49.9
ASA skoru, ortanca (min-maks)	3 (1-3)
CCI, ortanca (min-maks)	2 (0-8)
Geliş şikayeti, n (%)	
Boşaltım baskın AÜSS	7 (50)
Dizüri	6 (42.9)
Ağrı	4 (28.5)
Depolama baskın AÜSS	3 (21.4)
Hematüri	2 (14.2)
Mesane taşının maksimum çapı (mm), ortalama ± SD	36 ± 15.5
Taş sayısı, n (%)	
Tek	9 (64.3)
Çoklu	5 (35.7)
Operasyon süresi (dk) , ortalama ± SD	43 ± 21
Uygulanan cerrahi teknik, n (%)	
Açık Sistolitotomi	4 (28.6)
Sistoskopi+ Pnömotik Litotripsi	4 (28.6)
Sistoskopi+Ho:YAG Lazer Litotripsi	4 (28.6)
Nefroskopi+Ultrasonik Litotripsi	2 (14.2)
Komplikasyon, n (%)	
Yok	8 (57.1)
Semptomatik İYE	1 (7.1)
İdrar Retansiyonu	3 (21.4)
Ateş	2 (14.2)
Postoperatif yatış süresi, (gün), ortanca (min-maks)	1 (1-4)
Postoperatif kateterizasyon süresi, (gün), ortanca (min-maks)	1 (1-Kalıcı sondalı)
Ürodinami uygulaması, n (%)	
Evet	10 (71.4)
Hayır	4 (28.6)
Takip süresi (ay), ortalama ± SD	96.7 ± 32.9
Cerrahi sonrası uygulanan girişim, n (%)	
Temiz aralıklı kateter	6 (42.9)
Daimi kateter	3 (21.4)

Tablo(devamı)

Takip	5 (35.7)

Tablo: Hastaların klinik karakteristikleri (ASA: American Society of Anesthesiologists, CCI: Charlson komorbidite indeksi, AÜSS: alt üriner sistem semptomları, İYE: idrar yolları enfeksiyonu, min:minimum , maks: maksimum , SD: standard deviasyon, n:sayı)

Sonuç: Kadınlarda mesane taşı erkek hastalara kıyasla nadiren karşılaşılmaktadır. Genel olarak mesane taşı için yabancı cisim gibi net bir etyoloji yoksa taş oluşumunun nedenini bulmak için detaylı ürolojik değerlendirme yapılmalıdır. Uygun değerlendirme,tedavi ve takip ile uzun dönemde mesane taşının yeniden oluşmasının önüne geçilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-031 (SUNUSUZ POSTER)

Kadın ve Erkek Hastalarda Ürodinamik Parametrelerin ve Endikasyonların Karşılaştırılması: Cinsiyet Bazlı Bir Analiz

Salim Zengin[1], Abdullah Gül[2]

Salim Zengin / Yenikent Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Kadın ve erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının farklı fizyopatolojik temellere dayanması, ürodinamik bulguların da cinsiyete göre değişebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, kadın ve erkek hastalarda ürodinami parametreleri ve endikasyonlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve metot: Çalışmaya 101 hasta dahil edildi (64 erkek, 37 kadın). Ürodinami endikasyonları, mesane kapasitesi, kompliyans, detrusor fonksiyonu, Qmax, idrar hissi, rezidüel idrar ve kreatinin düzeyleri değerlendirildi. Cinsiyetler arası farklar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Erkeklerde en sık endikasyon mesane çıkım tıkanıklığı (%53,1), kadınlarda mikst üriner inkontinans (%37,8) olarak saptandı ($p < 0,001$). Erkeklerde detrusor kontraktilitesi artmış olanların oranı %32,8 iken, kadınlarda bu oran %10,8 idi ($p=0,01$). Kadınlarda stres üriner inkontinans sıklığı erkeklere göre daha fazlaydı (%29,7 vs. %12,5; $p=0,036$). Erkek hastalarda PVR düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (100 vs. 20 ml; $p < 0,001$). Qmax değeri erkeklerde anlamlı olarak daha düşük bulundu (8 vs. 18 ml/sn; $p < 0,001$). Mesane kapasitesi, kompliyans ve detrusor overaktivitesi oranları benzerdi.

Tablo 1. Cinsiyete göre ürodinamik verilerin Ki-kare testi ile kıyaslanması

Veriler	Erkek (n:64) (n,%)	Kadın (n:37) (n,%)	p değeri
Ürodinami endikasyonu:			
MÇT	34 (%53,1)	7 (%18,9)	
AAM	6 (%9,4)	5 (%13,5)	0,000
Mikst Üİ	2 (%3,1)	14 (%37,8)	
Nörojen mesane	14 (%21,9)	10 (%27)	
Yüksek rezidü	8 (%12,5)	1 (%2,7)	
İdrar Hissi:			
Normal	25 (%39,1)	13 (%35,1)	0,039
Azalmış	24 (%37,5)	7 (%18,9)	
Artmış	15 (%23,4)	17 (%45,9)	
Mesane kapasitesi:			
Normal	23 (%35,9)	14 (%37,8)	0,938
Azalmış	27 (%42,2)	16 (%43,2)	
Artmış	14 (%21,9)	7 (%18,9)	
Kompliyans:			
Normal	38 (%59,4)	27 (%73)	0,388
Azalmış	18 (%28,1)	7 (%18,9)	
Artmış	8 (%12,5)	3 (%8,1)	
Detrusor kontraktilitesi			
Normal	23 (%35,9)	24 (%64,9)	0,01
Azalmış	20 (%31,3)	9 (%24,3)	
Artmış	21 (%32,8)	4 (%10,8)	

Detrusor overaktivitesi			
Var	22 (%34,4)	16 (%43,2)	0,377
Yok	42 (%65,6)	21 (%56,8)	
Yüksek basınçlı miksiyon			
Var	8 (%12,5)	2 (%5,4)	0,23
Yok	56 (%87,5)	35 (%94,6)	
Stres üriner inkontinans			
Var	8 (%12,5)	11 (%29,7)	0,036
Yok	56 (%87,5)	26 (%70,3)	

Tablo 2. Cinsiyete göre parametrik verilerin karşılaştırılması

Veriler	Erkek (n:64) ortanca (IQR)	Kadın (n:37) ortanca (IQR)	p değeri*
Yaş (yıl)	57 (39,25-70)	54 (38,5-61)	0,34
Üroflowmetri Qmax (ml/sn)	8 (5-14,25)	18 (13,25-21,75)	0,00
Üroflowmetri volüm (ml)	120 (83,75-180)	187,5 (117,5-307,5)	0,03
Ürodinami öncesi PVR (ml)	100 (40-495)	20 (0-110)	0,00
Kreatinin (mg/dl)	0,99 (0,73-1,28)	0,7 (0,62-0,86)	0,00
Pdet max (cmH2O)	35,5 (15-60)	30 (21-37)	0,12
*Mann-Whitney U Testi			

Sonuç: Kadın ve erkek hastalar arasında ürodinamik endikasyonlar ve bulgular anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Erkeklerde çıkım obstrüksiyonu ve kontraktilite bozuklukları öne çıkarken, kadınlarda mikst ve stress üriner inkontinans daha belirgindir. Bu bulgular, cinsiyete özgü değerlendirme ve yönetim stratejileri açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-032 (SUNUSUZ POSTER)

Aşırı Aktif Mesane Hastalarının Sorularına Yapay Zeka Sohbet Robotu Yanıtlarının Okunabilirliği ve Kalite Değerlendirmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Mutlu Değer[1], Tunahan Ateş[2], İsmail Önder Yılmaz[1], Mehmet Gürkan Arıkan[1], İbrahim Halil Şükür[3], Nebil Akdoğan[1], Volkan İzol[1]

Tunahan Ateş / Defne Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

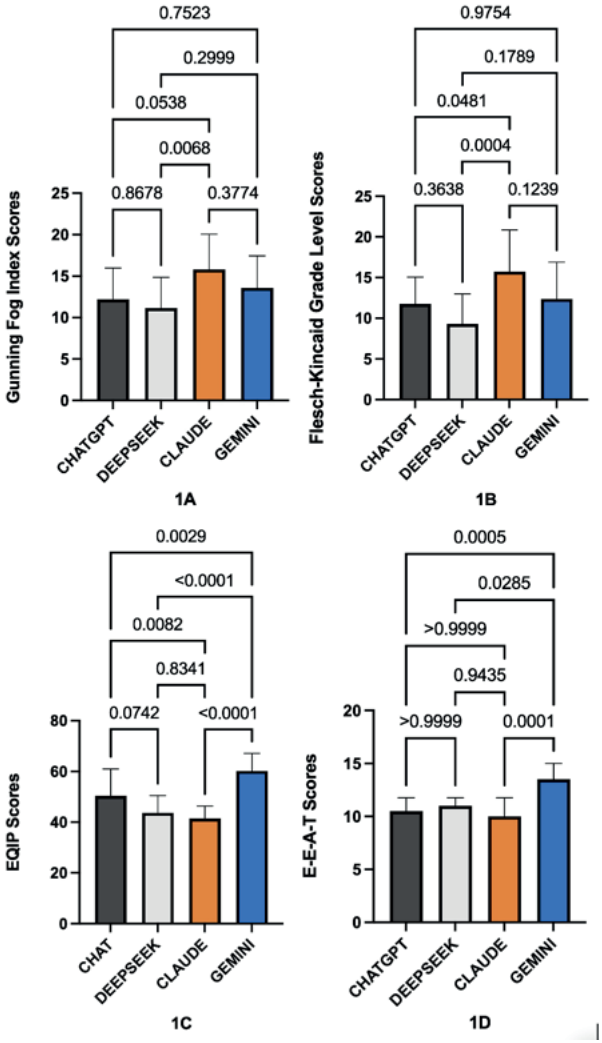
Giriş: Aşırı aktif mesane (AAM), dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde düşüren yaygın bir ürolojik rahatsızlıktır. Hasta uyumu ve hastalık yönetimine aktif katılım, başarılı sonuçlar elde etmek için kritik öneme sahiptir. Bu çalışma, AAM hastalarını eğitmede yapay zeka destekli sohbet robotlarının potansiyel rolünü ve sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerini anlamayı amaçlamaktadır.

Materyal ve metot: Bu çalışmada, Amerikan Üroloji Derneği'nin (AUA) Aşırı Aktif Mesane Hasta Rehberi'nden alınan 16 standart soru, dört farklı yapay zeka sohbet robotuna (Claude Sonnet 4, ChatGPT 5, Gemini 2.5 Flash ve DeepSeek) soruldu. Bu chatbotlar, kullanıcı tabanları, yaygın kullanımları ve teknolojik güncellikleri esas alınarak seçilmiştir. Her bir modelin ücretsiz sürümü kullanılmış, web arayüzleri üzerinden İngilizce dilinde ve varsayılan ayarlarda sorulmuştur. Her soru, olası bir yanlılığı önlemek amacıyla her bir chatbota aynı sabit sırayla, doğal dil formatında sunulmuştur. Yanıtların okunabilirliğini değerlendirmek için Gunning Fog Index (GFI) ve Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL) formülleri kullanılarak otomatik hesaplamalar yapıldı. Bilgi kalitesi ise, Hastalar İçin Kaliteli Bilgi Sağlama (EQIP) aracı ve Google E-E-A-T (Deneyim, Uzmanlık, Otorite, Güvenilirlik) ilkeleri kullanılarak değerlendirildi. Her bir yanıt, hangi robottan geldiğini bilmeyen iki kurul onaylı ürolog tarafından bağımsız olarak incelendi. Analizlerde kullanılacak tek bir fikir birliği puanı oluşturmak için, iki değerlendiricinin puanlarının ortalamaları alınmıştır. İstatistiksel analizler için GraphPad Prism 10 yazılımı kullanılmıştır.



Bulgular: Değerlendiriciler arası güvenilirlik mükemmeldi [EQIP için ICC=0,97 (95% CI: 0.96–0.98), E-E-A-T için κ=0,89 (95% CI: 0.79–0.96)]. Okunabilirlik puanları açısından sohbet robotları arasında anlamlı bir fark bulundu (GFI için p = 0.008, FKGL için p < 0.001). GFI puanları arasında, Claude Sonnet-4 en yüksek puanı (en düşük okunabilirliği gösterir) 15,8 ± 4,24 (95% CI: 13,54-18,08) alırken, DeepSeek en düşük puanı (en yüksek okunabilirliği gösterir) 11.13 ± 3.73 (95% CI: 9.15-13.11) aldı. FKGL puanları arasında Claude Sonnet-4, 15.71 ± 5.12 (95% CI: 12.98-18,55) ortalamayla en yüksek okuma notu seviyesini gerektirirken, DeepSeek 9.33 ± 3.69 (95% CI: 9.33-11.27) ortalamayla en düşük notu gerektirdi. Tüm yanıtlar önerilen 6-8. sınıfın üzerinde eğitim seviyeleri gerektiriyordu. Ayrıca bilgi kalitesinde anlamlı farklılıklar ortaya çıktı (EQIP için p < 0.001, E-E-A-T için p < 0.001). Gemini, diğer tüm sohbet robotlarına kıyasla hem EQIP [60.2±6.92 (95% CI: 56.61–63.88)] hem de E-E-A-T puanlarında [13,5 (3.75)] üstün performans gösterdi.

Şekil 1. Sohbetbotlara Ait Skorlar



Tablo 1. Skorların Karşılaştırılması

GFI	12.19±3.76 (%95 CI: 10.19-14.2)	11.13±3.73 (%95 CI: 9.15-13.11)	15.8±4.24 (%95 CI: 13.54-18.06)	13.57±3.87 (%95 CI: 11.51-15.63)	0.008[a]
FKGL	11.75±3.29 (%95 CI: 9.99-13.51)	9.33±3.69 (%95 CI: 9.33-11.27)	15.71±5.12 (%95 CI: 12.98-18.55)	12.37±4.52 (%95 CI: 9.96-14.78)	<0.001[a]
EQIP	50.35±10.5 (%95 CI: 44.7-55.99)	43.69±6.83 (%95 CI: 40.05-47.34)	41.43±4.93 (%95 CI: 38.8-44.06)	60.2±6.92 (%95 CI: 56.61-63.88)	<0.001[a]
E-E-A-T	10.5 (2.5)	11 (0.75)	10 (2.75)	13.5 (3.75)	<0.001[b]

*Değerler ortalama±standart sapma and medyan (çeyrekler arası genişlik). *GFI: Gunning Fog Index *FKGL: Flesch-Kincaid Grade Level *EQIP: Ensuring Quality Information for Patients *EEAT: Google (Experience, Expertise, Authoritativeness, Trustworthiness) Yönergeleri a: One-Way ANOVA, b: Kruskal-Wallis, CI: Güven Aralığı

Sonuç: Yapay zekâ sohbet robotları hasta eğitimi için potansiyel göstermektedir, ancak genel kitleler için çok karmaşık okunabilirlik seviyelerine sahip içerikler üretmektedir. Modeller arasında önemli kalite farklılıkları mevcuttur. Bu bulgular, daha erişilebilir ve güvenilir sağlık bilgi sistemleri oluşturmak için sağlık profesyonelleri ile yapay zeka geliştiricileri arasında iş birliğinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-033 (SUNUSUZ POSTER)

Laparoskopik Sakrokolpopeksi Uygulanan Hastaların Cerrahi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Adem Sancı[1], Efe Semetey Oğuz[2], Azmi Levent Sağnak[1]

Efe Semetey Oğuz / Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi

Giriş: Bu çalışmada, kliniğimizde laparoskopik sakrokolpopeksi (LSC) uygulanan hastaların cerrahi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Aralık 2023 – Haziran 2025 tarihleri arasında pelvik organ prolapsusu nedeniyle laparoskopik sakrokolpopeksi yapılan 23 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, preoperatif prolapsus seviyesi (POP-Q Grade 3 ve Grade 4), operasyon süresi, intraoperatif kan kaybı, hospitalizasyon süresi, postoperatif komplikasyonlar ve nüks oranları açısından değerlendirildi. Postoperatif anatomik başarı, POP-Q sistemi kullanılarak değerlendirildi; Grade 1 ve üzeri prolapsus varlığı anatomik başarısızlık kabul edildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre derecelendirildi. Preoperatif ve postoperatif POP-Q Grade'leri karşılaştırılarak istatistiksel anlamlılık test edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 60 ± 8 yıl idi. Preoperatif prolapsus evreleri POP-Q sistemi ile değerlendirildiğinde, hastaların %65'inde Grade 3 ve %35'inde Grade 4 prolapsus bulundu. Ortalama operasyon süresi 160 ± 30 dakika, intraoperatif kan kaybı 70 ± 50 mL ve hastaların ortalama hospitalizasyon süresi 3 ± 1 gün olarak saptandı. Postoperatif dönemde Clavien-Dindo sınıflamasına göre komplikasyonlar düşük düzeyde gerçekleşti; 5 hastada (%21.7) Grade 1 komplikasyon olarak analjezik gerektiren ağrı, 2 hastada (%8.6) Grade 2 komplikasyon olarak ateş nedeniyle antibiyotik tedavisi uygulandı. Daha ciddi komplikasyon (Grade 3–5) gözlenmedi. Anatomik başarı, postoperatif POP-Q değerlendirmesi ile belirlendi. Ortalama 9. ay (3–19 ay) takip süresinde 11 hastada Grade 1 prolapsus, 3 hastada Grade 2 prolapsus saptandı; Grade 3 veya Grade 4 prolapsus gözlenmedi. Preoperatif ve postoperatif POP-Q Grade karşılaştırması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Ortalama takip süresinde nüks oranı %8.6 (2/23 hasta) olarak kaydedildi.

Tablo 1. Laparoskopik sakrokolpopeksi uygulanan hastaların demografik ve cerrahi sonuçları

Değişken	Sonuç
Hasta sayısı	23
Ortalama yaş (yıl)	60 ± 8
Preoperatif prolapsus (POP-Q)	Grade 3: %65 (15 hasta) Grade 4: %35 (8 hasta)
Ortalama operasyon süresi	160 ± 30 dakika
Ortalama intraoperatif kan kaybı	70 ± 50 mL
Ortalama hospitalizasyon süresi	3 ± 1 gün
Postoperatif komplikasyonlar (Clavien-Dindo)	Grade 1: %21.7 (5 hasta, analjezik gerektiren ağrı) Grade 2: %8.6 (2 hasta, ateş ve antibiyotik tedavisi) Grade 3–5: 0
Postoperatif POP-Q (ortalama 9. ay, 3–19 ay takip)	Grade 1: 11 hasta Grade 2: 3 hasta Grade 3–4: 0
Preop vs postop POP-Q Grade istatistiksel anlamlılık	$p < 0.001$
Nüks oranı	%8.6 (2/23 hasta)

Sonuç: Laparoskopik sakrokolpopeksi, pelvik organ prolapsusunun cerrahi tedavisinde düşük komplikasyon oranları, kısa hospitalizasyon süresi ve yüksek anatomik başarı ile etkin tedavi bir yöntem olarak değerlendirilebilir. Daha geniş seriler ve uzun dönem takip sonuçları, prosedürün kalıcılığını ve başarısını ortaya koymak açısından önemlidir.

P-034 (SUNUSUZ POSTER)

Geçirilmiş Prostat Cerrahisi Sonrası Gelişen Dizüri ve Kronik Pelvik Ağrı Sendromunda İntravezikal Yüksek Molekül Ağırlıklı Hiyalüronik Asit İnstilasyonunun Etkinliği

Mehmet Gökhan Çulha[1], Kahraman Aksoy[1], Ersin Erdinç Çelebi[1], Emre Can Polat[1], Alper Ötünçtemur[1]

Kahraman Aksoy / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle yapılan transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) ve diğer cerrahi işlemler, dizüri ve kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) gibi postoperatif komplikasyonlara yol açarak yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu çalışma, bu irritatif semptomların yönetiminde intravezikal yüksek molekül ağırlıklı hiyalüronik asit (HA) instilasyonlarının etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve metot: Bu prospektif çalışma, Mart 2023 ile Haziran 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. BPH cerrahisi sonrasında yeni başlayan veya devam eden dizüri ve pelvik ağrısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastaya, standart bir protokol uyarınca toplam 10 kez intravezikal 80mg/50 mL yüksek molekül ağırlıklı HA solüsyonu (Instylan, İtalya) uygulanmıştır: ilk ay haftada bir, ikinci ay 15 günde bir ve sonraki dört ay boyunca ayda bir. Birincil sonlanım ölçütleri, İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi (ICSI) ve İnterstisyel Sistit Problem İndeksi (ICPI) skorlarındaki bazal değerlere kıyasla değişimlerdir. Hasta memnuniyet oranları ve tedaviyle ilişkili komplikasyonlar da kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 47 hasta dahil edildi (25'i TUR-P, 22'si HoLEP olgusu). Hastaların yaş ortalaması 58.65 ± 12.27 idi. Hastaların tedavi öncesi ICSI skoru (18.4 ± 3.2) ve ICPI skoru (14.6 ± 2.8) tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüş gösterdi (sırasıyla 6.1 ± 2.5 ve 4.3 ± 1.9; $p < 0.001$). Genel hasta memnuniyet oranı yüksekti (%91.5; 43/47). Toplam 6 hastada (%12.8) komplikasyon bildirilmiştir. Bu komplikasyonlardan 4'ü (%8.5) kolayca tedavi edilebilen üriner sistem enfeksiyonu, 2'si (%4.3) kateter takılması sırasında oluşan ve konservatif yöntemlerle yönetilen false passage (yanlış yol oluşumu) durumu olarak kaydedildi. Her iki cerrahi grubun demografik ve temel özellikleri benzerdi. TUR-P ve HoLEP grupları arasında tedavi öncesi ICSI ve ICPI skorları açısından anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla $p=0.521$ ve $p=0.461$). Tedavi sonrasında her iki grupta da ICSI

ve ICPI skorlarında benzer ve istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gözlemlenmiş olup, gruplar arasında skorlardaki iyileşme miktarı (değişim) ve hasta memnuniyet oranları açısından anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0.05$, Tablo 1).

TUR-P ve HoLEP hastalarının karşılaştırılması

	Tüm Grup (n=47)	TUR-P Grubu (n=25)	HoLEP Grubu (n=22)	p
Yaş (Ort. ± SS)	58.65 ± 12.27	61.20 ± 11.85	55.77 ± 12.41	0.134
Tedavi Öncesi ICSI	18.4 ± 3.2	18.7 ± 3.4	18.1 ± 2.9	0.521
Tedavi Sonrası ICSI	6.1 ± 2.5	6.3 ± 2.7	5.9 ± 2.3	0.589
ICSI'deki Değişim	-12.3 ± 2.9	12.4 ± 3.1	-12.2 ± 2.7	0.812
Tedavi Öncesi ICPI	14.6 ± 2.8	14.9 ± 3.0	14.3 ± 2.5	0.461
Tedavi Sonrası ICPI	4.3 ± 1.9	4.5 ± 2.1	4.1 ± 1.7	0.473
ICPI'deki Değişim	-10.3 ± 2.5	-10.4 ± 2.7	-10.2 ± 2.3	0.782
Memnuniyet (%)	43 (%91.5)	23 (%92.0)	20 (%90.9)	0.899

Sonuç: Yüksek molekül ağırlıklı hiyalüronik asit intravezikal instillasyonları, BPH nedeniyle prostat cerrahisi (TUR-P ve HoLEP) sonrası gelişen dizüri ve kronik pelvik ağrıyı hafifletmek için etkili ve güvenli bir terapötik seçenektir. Tedavi, semptom skorlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde iyileştirmekte ve yüksek bir hasta memnuniyetine yol açmaktadır. Bu bulgular, intravezikal HA tedavisinin etkinliğinin, geçirilen prostat cerrahisinin tipinden (TUR-P veya HoLEP) bağımsız olduğunu göstermektedir. Gözlemlenen komplikasyonların çoğunun minör ve yönetilebilir düzeyde olması, tedavinin güvenilir profilini desteklemektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-035 (SUNUSUZ POSTER)

Medikal Tedaviye Yanıtsız Non-Nörojenik Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Botulinum Toksin Tedavisi: Eşlik Eden Stres Tip İdrar Kaçırmanın Etkinlik Üzerine Etkisi

İbrahim Erkut Avcı[1], Anıl Dağıdır[1], Engin Telli[1], Kerem Teke[1], Cüneyd Özkürkçügil[1]

Engin Telli / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Literatürde, medikal tedaviye refrakter non-nörojenik AAM olgularında BoNT-A'nın etkin olduğu gösterilmiştir. Ancak, sıkışma baskın karışık tip idrar kaçırma (KTİK) fenotipinde eşlik eden stres tip idrar kaçırmanın tedavi yanıtına etkisi net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, erişkin kadın hastalarda AAM/Sıkışma tipi idrar kaçırma ile sıkışma baskın KTİK gruplarında BoNT-A'nın kısa dönem etkinliği karşılaştırılmıştır.

Materyal ve metot: 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde intravezikal BoNT-A uygulanan, non-nörojenik AAM tanılı erişkin kadın hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar semptom fenotipine göre iki gruba ayrıldı: saf AAM/sıkışma tipi idrar kaçırma ve sıkışma-baskın KTİK. Demografik ve ürodinamik parametreler kaydedildi. Tedavi öncesi ve tedaviden 3 ay sonrası OAB-V8 (Aşırı aktif mesane sorgulama formu) ile semptom skorları değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 87 kadın hasta çalışmaya dahil edildi (56 saf AAM/sıkışma tipi idrar kaçırma, 31 sıkışma-baskın KTİK). Gruplar yaş, detrusor aşırı aktivitesi, sistometrik kapasite, komplians ve işeme parametreleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (tüm $p > 0,05$). Beklendiği üzere ürodinamik stres idrar kaçırma yalnızca sıkışma-baskın KTİK grubunda gözlemlendi (%29,0; $p < 0,001$). Tedavi öncesi OAB-V8 skorları iki grup arasında farklılık göstermedi (30 ve 32; $p=0,870$). Tedavi sonrası her iki grupta da semptom skorlarında dikkate değer azalma izlendi. Skor değişimi (17 ve. 19 puan; $p=0,760$) ve yüzdesel iyileşme (60,7% ve 54,2%; $p=0,797$) açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 1. Saf aşırı aktif mesane/sıkışma tipi idrar kaçırma ile sıkışma-baskın karışık tip idrar kaçırma gruplarının demografik özellikleri ve ürodinamik bulguları

	AAM / Sıkışma tip idrar kaçırma (n=56)	Sıkışma baskın karışık tip idrar kaçırma (n=31)	**P** Değeri
Yaş (yıl), ortalama ± ss	56,7 ± 14,93	59,9 ± 11,99	0,308
DAA varlığı, n (%)	51 (91,1)	31 (100,0)	0,156
DAA basıncı (cmH_2O), ortanca, [ÇAA]	33,0 [23-54]	28,0 [20-45]	0,118
DAA mesane hacmi (ml), ortanca, [ÇAA]	173,0 [72-249]	190,0 [104-265]	0,178
DAA ilişkili idrar kaçırma, n, (%)	43 (76,8)	25 (80,6)	0,676
ÜSTİK varlığı, n, (%)	0 (0)	9 (29)	<0,001
Sistometrik kapasite (ml), ortanca, [ÇAA]	210 [84-271]	230 [150-331]	0,218
Normal (≥200), n, (%)	30 (53,6)	19 (61,3)	0,487
Düşük (<200), n, (%)	26 (46,4)	12 (38,7)	
Komplians (ml/cmH_2O)			
Normal, n (%)	41 (73,2)	28 (90,3)	0,166
Düşük (<30), n, (%)	9 (16,1)	2 (6,5)	
Anlamlı düşük (<10) n, (%)	6 (10,7)	1 (3,2)	
Qmax (ml/s), ortanca, [ÇAA]	18,5 [16-22]	18 [16-22]	0,925
İşeme hacmi (ml), ortanca, [ÇAA]	205 [153-280]	230 [170-280]	0,352
PVR hacim (ml), ortanca, [ÇAA]	10 [0-20]	0 [0-30]	0,981

DAA: Detrusor aşırı aktivitesi, İK: İdrar kaçırma, ÜSTİK: Ürodinamik stres tip idrar kaçırma ÇAA: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart Sapma

Tablo 2. Saf aşırı aktif mesane/sıkışma tipi idrar kaçırma ile sıkışma-baskın karışık tip idrar kaçırma gruplarında OAB-V8 semptom skorlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası değişimlerinin karşılaştırılması

	AAM / Sıkışma tip idrar kaçırma (n=56)	Sıkışma baskın KTİK (n=31)	**P** Değeri
Tedavi öncesi OAB-V8 skoru, ortanca, [ÇAA]	30 [24-38]	32 [26-37]	0,870
Tedavi sonrası (3 ay) OAB-V8 skoru, ortanca, [ÇAA]	12 [5-24]	10 [8-21]	0,743
OAB-V8 skor değişimi, ortanca, [ÇAA]	17 [8-24]	19 [7-27]	0,760
OAB-V8 skor değişme yüzdesi, ortanca, [ÇAA]	60,7 [31,8-79,5]	54,2 [29,4-76,3]	0,797

ÇAA: Çeyrekler arası açıklık OAB-V8: Aşırı aktif mesane sorgulama formu

Sonuç: İntravezikal BoNT-A, medikal tedaviye yanıtsız non-nörojenik AAM olgularında, saf AAM/sıkışma tipi idrar kaçırma ve sıkışma baskın KTİK fenotiplerinde benzer kısa dönem etkinlik göstermektedir. Eşlik eden baskın olmayan stres tip idrar kaçırma bileşeninin, BoNT-A'nın AAM semptomları üzerindeki iyileştirici etkisini anlamlı ölçüde değiştirmediği görülmüştür. Bu bulgular, BoNT-A'nın fenotip ayrımı gözetilmeksizin etkin bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte, çalışmamızdaki KTİK olgularında stres bileşeninin baskın semptom olmadığını ve sonuçların bu çerçevede değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

P-03 (SUNUSUZ POSTER)

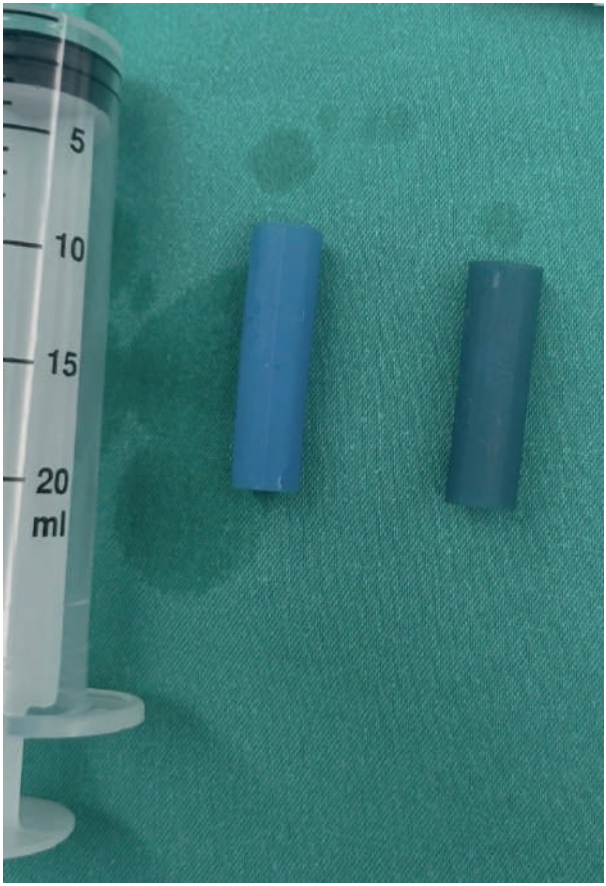
Temiz Aralıklı Katerizasyonun Nadir Bir Komplikysonu; Mesane İçi Yabancı 6Cisim

Ercan Kazan[1], Abdullah Akkurt[2], Nihat Ateş[1]

Ercan Kazan / Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

Giriş: Temiz aralıklı kateterizasyonun (TAK) alt üriner sistem disfonksiyonu (Nörojenik ve non-nörojenik) olan hastaların tedavi yönetiminde en önemli yöntemdir. Daimi kateterizasyona göre avantajları mevcut olmasına rağmen TAK'ın da bazı komplikasyonları olabilmektedir. Bu sunumuzda geç tanı almış nörojen mesane hastasında nadir gelişen TAK komplikasyonunu paylaşmak istedik.Yakın zamanda geçirmiş olduğu inkontinans cerrahisi (tot) sonrasında idrar retansiyonu ile tarafımıza başvuran 57 yaşındaki diabetik kadın hastanın fizik bakısında üretra kalibrasyonun cerrahiye bağlı düşük olduğu düşünüldü ve sonrasında transobturatuvar meshin üretra altı bölümü eksize edildi. Sonrasında yüksek rezidüel idrar olduğu için yapılan ürodinamide yüksek kapasiteli düşük başınçlı mesane saptanması üzerine hastaya TAK planlandı, eğitimi verildi. TAK başlanmasından 5 ay sonra tekrar başvuran hasta, kateterin tutma parçasını işlemden sonra birkaç kez bulamadığını ifade etmesi üzerine yapılan ultrasonogfide mesanede iki adet yapancı cisim gözlendi. Lokal anestezi altında sistoskop yardımı ile yabancı cisimler çıkartıldı. Hastaya TAK ilgili eğitim tekrar verildi.TAK'nın enfeksiyon başta olmak üzere travma, kanama, fistül, darlık, sfinkter yaralanması, taş gibi komplikasyonu olabildiği gibi olgumuzda olduğu gibi nadir olarak yabancı cisim komplikasyonu da olabilmektedir. Komplikasyonları azaltmada TAK eğitimi önemli rol oynamaktadır

yabancı cisim



2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-036 (SUNUSUZ POSTER)

Tarsus Devlet Hastanesi Transobturator Askı Cerrahisi Deneyimimiz

Mehmet Kazım Asutay[1], Mehmet Zubaroğlu[1], Osman Bozkurt[1], Hüseyin Özveren[1], Celal Kılınç[1], Kutsan Çöktü[1]

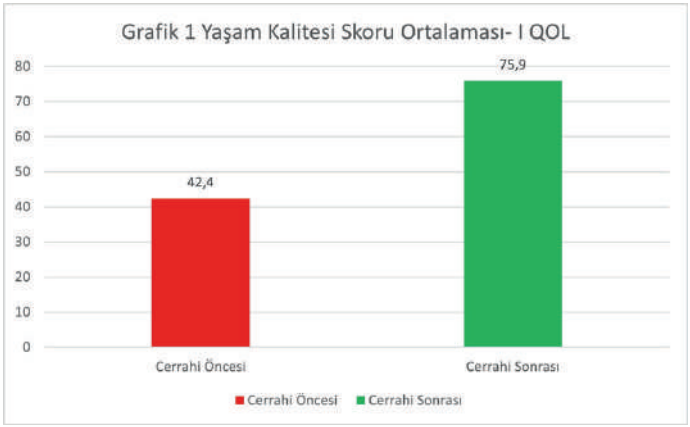
Mehmet Zubaroğlu / Mersin Tarsus Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş: Transobturator askı uygulaması, medikal tedavi yöntemleri ve davranış tedavilerine yanıt vermeyen saf stres üriner inkontinanslı hastalarda sentetik bir bant yerleştirilerek yapılan cerrahi bir yöntemdir. Bu bildiride ikinci basamak bir sağlık merkezinde yapılan transobturator askı cerrahisinin sonuçlarının geriye dönük olarak incelenmesi amaçlandı.

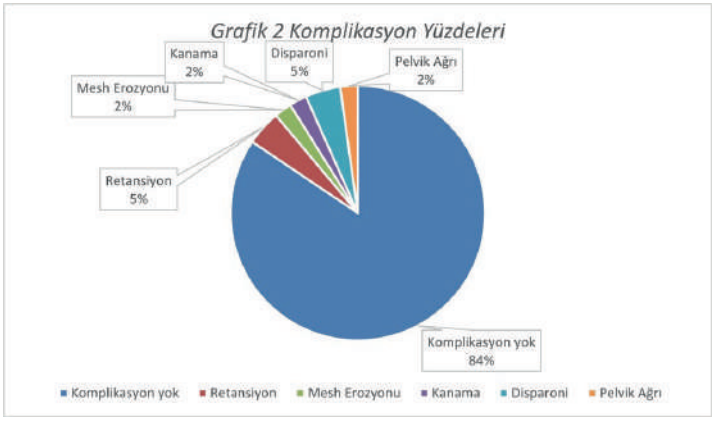
Materyal ve metot: Tarsus Devlet Hastanesi Üroloji Kliniğinde 2021-2025 yılları arasında transobturator askıuygulaması yapılan 52 hastanın verileri geriye dönük olarak tarandı. Sistemde 7 hastanın postoperatif kontrol parametreleri görülemedi ve telefon ile ulaşılamadı. Son 6 ay içinde opere edilen 5 hastaya ise telefonla ulaşıldı ve sorgulamaları telefon ile yapıldı. Kontrole çağırılan hastalara üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeği formu doldurtuldu (I-QOL).

Bulgular: Transobturator askı uygulamasının yapıldığı hastalar 41 ve 74 yaş aralığındaydı. Değerlendirilen 45 hastanın 41'inde (%91) son kontrollerinde hayat kalitesi sorgulama testinde belirgin düzelme ve inkontinans şikayetlerinde belirgin gerileme saptandı ($p < 0,05$) (Grafik 1). 1 hastada vajinal mesh erozyonu nedeniyle postoperatif 2. ayda mesh çıkarıldı, bu hasta postoperatif 2. yılda yapılan sorgulamada inkontinansın mesh çıkarılmasına rağmen tekrarlamadığını belirtti. 2 hastada idrar retansiyonu nedeniyle ikinci bir cerrahi işlem gerekti. 1 hastada postoperatif erken dönemde üretral insizyon hattındaki kanama nedeniyle postoperatif erken dönemde yeniden cerrahi işlem uygulandı. Yapılan kontrollerde 2 hasta cinsel ilişki sırasında ağrı şikayeti mevcuttu, 1 hastada ise pelvik bölgede askı geçilen noktalarda kronik ağrı şikayeti (Grafik 2).

Yaşam Kalitesi Skoru Ortalaması



Komplikasyon Yüzdeleri



Sonuç: Transobturator askıcerrahisi, majör komplikasyonların az görüldüğü ve doğru hasta seçimi ile ikinci basamak merkezlerde uygulanabilen etkili bir tedavi metodudur. Doğru hasta seçilerek uygulandığında hayat kalitesini arttıran bir cerrahi yöntemdir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-037 (SUNUSUZ POSTER)

Kadınlarda Obstrüktif İşeme Bozukluğuna Nadir Bir Neden: Skene Bezi Kisti Olgusu

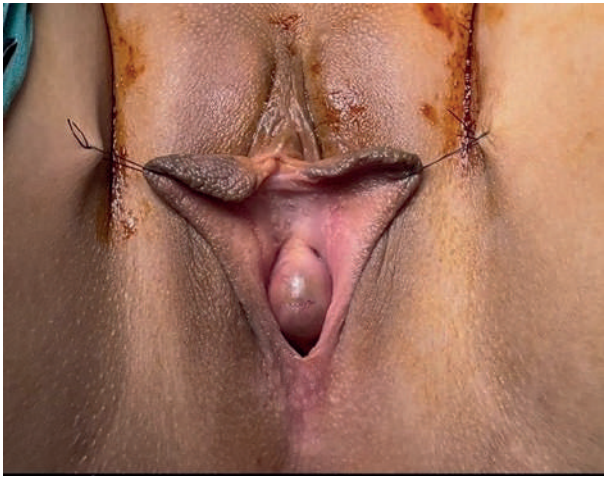
Arda Taşkın Taşkıran[1], Ekrem Başaran[1], Ahmet Yıldırım Balık[1], Yusuf Salih Küçük[1]

Yusuf Salih Küçük / Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği

Giriş: Alt üriner sistem yakınmaları(AÜSY)depolama,boşaltma ve işeme sonrası olmak üzere 3kategoride sınıflanır.1-2Kadınlarda AÜSY yaygındır.AÜSY ile polikliniğe başvuran kadın hastalarda detaylı bir anamnez ve iyi bir fizik muayene hastalara doğru tanı koymada en önemli başlangıçtır.3-4-5Kadınlarda gözlenen non-nörojenik AÜSY nedenleri arasında mesane çıkım obstrüksiyonu(MÇO), erkek popülasyonuna göre belirgin derecede düşük bir insidansa sahiptir.6Kadınlarda MÇO'nun nadir bir nedeni olarak skene bezi kisti(SBK) görülebilmektedir.Skene bezi, kadın üro-genital sisteminin bir parçasıdır ve erkek prostat bezininkarşılığıolarakkabul edilir.Skene bezi kanalı genellikle enfeksiyona sekonder obstrükte olduğunda bu yapı kistik bir hale gelir.Kistler, genellikle yaşamlarının üçüncü ile dördüncü dekadında olan kadınlarda görülür.SBK klinik olarak üretranın alt lateralinde ağrılı, ödematöz ,eritemli, bir kitle olarak ortaya çıkabilir.Bununla birlikte dizüri, disparoni, idrar yolu enfeksiyonları ve obstrüktif veya boşaltım disfonksiyonu gibi eşlik eden semptomlarla da görülebilir.7Tedavide antibiyoterapi, kısmieksizyon, marsupializasyon ve tam eksizyon gibi cerrahi yöntemler yer almaktadır. Ancak litaretür taramasında bu konu hakkında yeterli veriye ulaşılamamıştır 7Biz de bu olgumuzda nadir görülen SBK'ye uyguladığımız tam eksizyon cerrahisini sunmayı amaçladık.

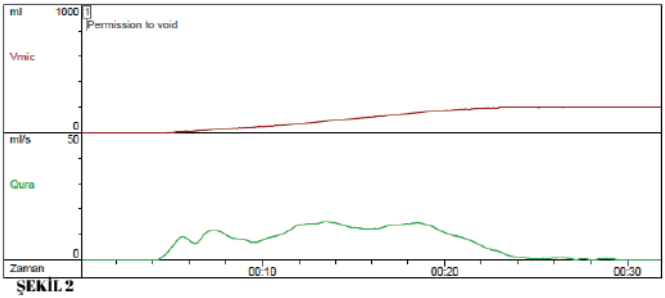
Materyal ve metot: 23 yaşında kadın hasta üretra bölgesinde ağrı,idrar yapmada güçlük nedenli başvurdu.Hastanın mevcut şikayetinin 18 aydır devam ettiği öğrenildi.Özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesinde eksternal meanın saat 3-6 hizasını kapatan yaklaşık 2 cm çaplı yumuşak kıvamlı kistik lezyon görüldü(Şekil 1).Hastanın uroflowmetrisinin obstrüktif patternde olduğu ve plato fazı çizdiği görüldü(Şekil 2). Hastadan istenilen pelvik manyetik rezonans görüntülemede (MRG) fizik muayene ile uyumlu vajen intraoitus düzeyinde anteriorunda, paraüretral yerleşimli 18x13 mm boyutunda ön planda SBK düşündüren lezyon olarak raporlandı(Şekil 3).

Şekil 1



Eksternal meatusu kapatan kistik lezyon

Şekil 2



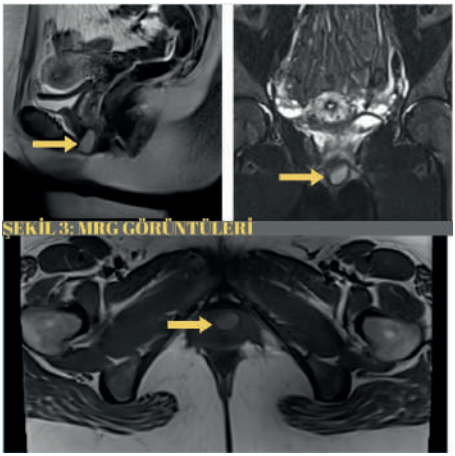
ŞEKİL 2

Üroflov Sonuçlar

VOID	11 / 200 / -
Qmax	10,9 ml/s
Time to Qmax	9 s
Isenen hacim	197 ml
Akis süresi	24 s
Iseme süresi	25 s
Hesitancy	4 s
Ortalama akis hizi	6 ml/s
Düzeltilmis Qmax	14 sqrt
Iseme endeksi	- -

Pre-operatif obstrüktif paterne sahip üroflowmetri

Şekil 3



MRI görüntülemede T2AG skene bezi

Bulgular: Hastanın üretral mukozası korunacak şekilde skene bezi kisti eksize edildi(Şekil 4).Hastaya yapılan sistoskopide mesane doğal izlendi. Hastaya 16 f üretral katater yerleştirildi. Hastanın takiplerinde postoperatif 2.günde üretral katateri alındı.Miksiyon gözlemlenerek taburcu edildi. Postoperatif 3.ay başvurusunda hastanın AÜSY'sinin gerilediği, uroflowmetrisinde ise normal pattern görüldü(Şekil 5).

Sonuç: Non-nörojenik ASÜYile başvuran kadın hastalarda, başlangıç değerlendirmesi için detaylı bir anamnez ve fizik muayene kritik öneme sahiptir. MÇOkadınlarda erkeklere kıyasla daha nadir görülür. SBK ise çok daha nadir olarak hastalarda AÜSY'ye yol açar. Fizik muayene ile saptanabilecek SBK'nin hastada şiddetli semptomlara neden olabileceği ve gerekli erken cerrahi müdahale ile hastaların semptomlarında tam bir iyileşme sağlanabileceği unutulmamalıdır. Literatürde az sayıda veri bulunan Skene Bezi Kisti'ne dikkat çekmek ve literatüre ışık tutmak amacıyla bu vakayı sunduk.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-038 (SUNUSUZ POSTER)

İntravezikal Botoks Sonrası Sakral Nöromodülasyon Etkinliği

Mehmet Yoldas[1], Ömer Koraş[1]

Mehmet Yoldas / Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Amaç: Aşırı aktif mesane ve inkontinansı olan ve intravezikal botulinum toksin tedavisini bırakan hastaların sakral nöromodülasyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilip edilemeyeceğini değerlendirdik.Materyaller ve yöntemler: 2022-2025 yılları arasında botulinum toksin-A tedavisi kesildikten sonra merkezimize sevk edilen tüm hastalar bu gözlemsel çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar sakral nöromodülasyon ile test stimülasyonuna tabi tutuldu ve boşaltım günlükleri ile değerlendirildi. Başarı, İDRAR SIKLIĞINDA %50'den fazla iyileşme olarak tanımlandı. Başarılı test stimülasyonunu daha sonra kesin bir implant izledi. Sakral nöromodülasyon tedavisi ile ilgili hasta memnuniyeti kesin implanttan 1 yıl sonra değerlendirildi.Sonuçlar: Çalışmaya toplam 20 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 17'si (%85) etkinlik eksikliği nedeniyle botulinum toksin-A tedavisini bırakmıştı ve 3'ü botulinum toksin-A ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş ancak daha kalıcı bir çözüm talep etmişti. Botulinum toksin-A ile sakral nöromodülasyon test stimülasyonu arasındaki ortalama aralık 23 aydı. 14 hastada (%70) test stimülasyonu başarılı oldu ve kesin implant aldılar. 14 hastadan 5'inde sızıntı ataklarında %90'dan fazla bir azalma görüldü. İmplantasyondan bir yıl sonra 11 hasta (%79) sakral nöromodülasyon tedavisinden memnundu.Sonuçlar: Küçük örneklem büyüklüğüne rağmen, bu çalışma botulinum toksin-A tedavisinden memnun olmayan veya tedavinin başarısız olduğu hastaların sakral nöromodülasyona başarılı bir şekilde yanıt verebileceğini göstermektedir. Test stimülasyonunun başarı oranı, daha önce botulinum toksin-A ile tedavi görmemiş hastalarınkine benzerdi. 1 yıllık memnuniyet oranı, botulinum toksin-A tedavisi geçmişi olmayan hastalarınkine benzerdi.

P-039 (SUNUSUZ POSTER)

Herni Onarımından 6 Yıl Sonra Gelişen İntravesikal Mesh Migrasyonu: Taş Formasyonu Ve Foliküler Sistit İle Komplike Nadir Bir Vaka

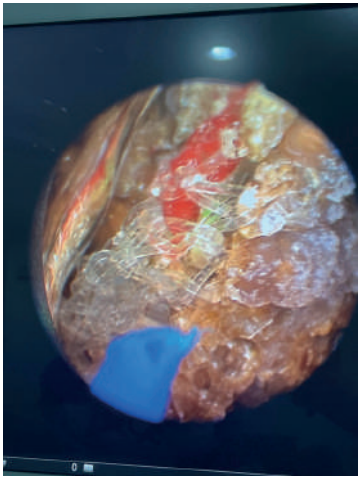
İBRAHİM CANER SÖNMEZ[1], OKTAY KUŞ[1], MERT BAŞARANOĞLU[1], ERDEM AKBAY[1]

İBRAHİM CANER SÖNMEZ / Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD

Giriş: İnguinal herni onarımından sonra gelişen intravesikal mesh migrasyonu, sekonder taş formasyonu ve foliküler sistit birlikteliğini sunan nadir bir vakayı rapor etmek.

Materyal ve metot: Hasta ve Yöntem: 72 yaşında erkek hasta, 6 yıl önce geçirilen sol inguinal herni onarımı sonrası gelişen 12 aylık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve hematüri şikayetleri ile başvurdu. Diabetes mellitus öyküsü mevcuttu. Sistoskopide mesane karşı duvar-kubbe bileşkesinde 4 cm çapında taş ve mesh fragmanı tespit edildi. Taş analizinde %68 kalsiyum fosfat, %22 struvit ve %8 organik materyal saptandı. Histopatolojik incelemede foliküler sistit tanısı konuldu.

İntraoperatif sistoskopik görünüm



İntraoperatif sistoskopik bulgu: Mesane karşı duvar-kubbe bileşkesinden intralüminal protrüde olan mesh fragmanı, etrafında organize olmuş taş materyali (kahverengi alanlar) ve eşlik eden kronik inflamatuar reaksiyon odakları (kırmızı alanlar) izlenmektedir.

Bulgular: Tartışma: Bu vaka, inguinal herni mesh migrasyonunun "üçlü komplikasyon" (intravesikal mesh erosyonu, sekonder taş formasyonu ve foliküler sistit) ile kendini gösterebileceğini göstermektedir. Diabetes mellitus, mesh komplikasyonları açısından önemli bir risk faktörüdür. Herni onarımı geçiren hastalarda gelişen kronik üriner semptomların mesh komplikasyonu açısından değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir

Sonuç: Bu olgu sunumu, inguinal herni onarımından 6 yıl sonra gelişen "mesh migrasyonu triadı"nı gösteren nadir bir vakayı sunmaktadır. Olgumuz, mesh komplikasyonlarının uzun dönemde bile ortaya çıkabileceğini ve özellikle diabetes mellitus gibi risk faktörlerine sahip hastalarda daha dikkatli takibin gerekli olduğunu göstermektedir.İntraoperatif sistoskopi sırasında gözlemlenen mesh fragmanının taş materyali ile "örümcek ağı" benzeri sarılmış görünümü, yabancı cisim kaynaklı taş formasyonunun karakteristik bir örneğini oluşturmaktadır. Foliküler sistit gelişimi, mesh migrasyonuna sekonder kronik irritasyonun doğal bir sonucu olarak karşımıza çıkmış ve malignite ayırıcı tanısı açısından özen gerektirmiştir.Parsiyel sistektomi ile mesh çıkarımı, güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olarak uygulanmıştır. Bilateral üreter stent kullanımı ve dikkatli cerrahi teknik ile komplikasyonlardan kaçınılmış, hastada altıncı ayda %90 fonksiyonel düzelme elde edilmiştir.Bu vaka, herni cerrahisinde mesh kullanımının avantajlarının yanı sıra potansiyel "domino etkisi"ni de hatırlatmaktadır. Klinik uygulamada, mesh implantasyonu yapılan hastalarda uzun dönem takibin önemi ve kronik üriner semptomların mesh komplikasyonu açısından değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmalıdır. Özellikle diabetes mellitus, önceki üriner sistem cerrahileri ve ileri yaş gibi risk faktörlerine sahip hastalarda daha yakın surveillans protokolleri uygulanması önerilmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-040 (SUNUSUZ POSTER)

Genital Kozmetik Cerrahi Yaptıran Kadınlarda Memnuniyet, Genital Benlik Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Burak YILMAZ[1], Zeliha TURAN[2], Derya TÜLÜCE[3]

Burak YILMAZ / Osmaniye Devlet Hastanesi

Giriş: Kadın genital kozmetik cerrahi, kadınların öz saygısını ve memnuniyetini artırmaya, estetik genital görünüm ve gelişmiş fonksiyonel yönlere odaklanmaktadır. Bu araştırma, genital kozmetik cerrahi yaptıran kadınların memnuniyetleri, genital benlik algıları ve cinsel yaşam kalitelerindeki değişimleri tespit etmeyi amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Tek gruplu ön test son test yarı deneysel tipte olan araştırmaya Osmaniye Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne Haziran 2024 - Aralık 2024 tarihleri arasında işlevsel bozukluk ile beraber genital kozmetik cerrahi için başvuran 47 kadın dahil edilmiştir. Kadınlara genital kozmetik cerrahi uygulamadan önce; Bilgilendirmiş Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Genital kozmetik cerrahi işleminden sonraki 1. ayda işlemden memnuniyet durumu değerlendirilmiştir. İşlemden sonraki 3. ayda ise işlemden memnuniyet durumu tekrar değerlendirilmiştir ve Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 57.87+9.92 (min-max=38-81)'dir. Katılımcıların işlemden önce CYKÖ puan ortalaması 86.59+11.39 ve KGBİÖ puan ortalaması 14.57+2.93 bulunmuştur. İşlemden sonra CYKÖ puan ortalaması 98.22+9.54 ve KGBİÖ puan ortalaması 18.70+2.59 bulunmuştur. Katılımcıların işlemden önce ve sonra CYKÖ puan ortalaması ile KGBİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların işlem öncesi ve sonrası CYKÖ ile KGBİÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Katılımcıların işlem öncesi ve sonrası CYKÖ ve KGBİÖ puan ortalaması arasındaki

ilişki

Ölçekler	KGBİÖ işlem öncesi	KGBİÖ işlem sonrası
CYKÖ işlem öncesi	r=0.622 p<0.001	r=0.548 p<0.001
CYKÖ işlem sonrası	r=0.563 p<0.001	r=0.651 p<0.001

Katılımcıların işlemden önce ve sonra CYKÖ ve KGBİÖ puan ortalamaları ve değerlendirilmesi

Ölçekler	Mean±Sd	Min-max	test
CYKÖ işlem öncesi	86.59±11.39	57-98	t=-15.110
CYKÖ işlem sonrası	98.22±9.54	65-100	p<0.001
KGBİÖ işlem öncesi	14.57±2.93	9-20	t=-12.732
KGBİÖ işlem sonrası	18.70±2.59	12-23	p<0.001

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve gerçekleştirilen işlem özellikleri, CYKÖ ve KGBİÖ puanlarının dağılımı

Özellikler	% (n)	CYKÖ işlem öncesi	CYKÖ işlem sonrası		KGBİÖ işlem öncesi	KGBİÖ işlem sonrası	

Eğitim durumu							
Okur-yazar değil[a]	14.9 (7)	77.93±11.39	87.93±13.37		13.00±3.60	17.14±4.48	
Okur-yazar[b]	10.6 (5)	77.33±7.39	92.22±9.55	F=0.861	14.00±2.54	18.00±2.91	F=0.662
İlköğre-tim[c]	29.8 (14)	89.84±8.39	101.74±5.45	p<0.001	15.14±2.47	19.50±1.91	p<0.001
Lise[d]	27.7 (13)	87.00±12.42	99.65±7.96		14.07±3.14	18.23±1.96	
Üniver-site ve üzeri[e]	17.0 (8)	93.61±10.03	102.50±6.97		16.12±2.93	19.87±1.64	
F		3.516	4.548		1.381	1.660	
p		0.015	0.004		0.257	0.177	
		e>a	c,d,e>a				
Ça-lışma duru-mu							
Çalışı-yor	38.2 (18)	91.41±12.05	101.72±7.39	t=0.876	15.38±3.05	19.16±2.12	t=0.675
Çalış-mıyor	61.7 (29)	83.60±10.03	96.05±10.19	p<0.001	14.06±2.78	18.41±2.84	p<0.001
t		2.403	2.048		1.521	0.966	
p		0.020	0.046		0.135	0.339	
Gelir duru-mu							
İyi	21.3 (10)	83.66±11.94	97.00±8.70	F=0.889	14.10±2.76	19.20±3.22	F=0.680
Orta	59.6 (28)	88.80±11.08	99.80±9.53	p<0.001	15.21±2.71	18.89±2.36	p<0.001
Kötü	19.1 (9)	82.96±11.31	94.69±10.36		13.11±3.44	17.55±2.50	



F		1.336	1.084		2.002	1.145	
p		0.273	0.347		0.147	0.327	
İşlemden sonraki 1. ay memnuniyet							
Evet	95.7 (45)	86.64±11.63	98.17±9.72	t=0.889	14.53±2.98	18.66±2.64	t=0.681
Kısmen	4.3 (2)	85.55±3.14	99.44±5.49	p<0.001	15.50±0.70	19.50±0.70	p<0.001
t		0.131	-0.182		-0.452	-0.440	
p		0.897	0.856		0.653	0.662	
İşlemden sonraki 3. ay memnuniyet							
Evet	100.0 (47)	86.59±11.39	98.22±9.54		14.57±2.93	18.70±2.59	
Labioplasti				t=0.889			t=0.682
Evet	89.4 (42)	85.95±11.04	97.96±9.47	p<0.001	14.52±2.94	18.66±2.67	p<0.001
Hayır	10.6 (5)	92.00±14.15	100.44±11.04		15.00±3.16	19.00±2.00	
t		-1.125	-0.545		-0.340	-0.269	
p		0.266	0.588		0.735	0.789	
Vajinal genç-leştirme				t=0.875			t=0.669
Evet	83.0 (39)	88.20±11.13	99.91±8.50	p<0.001	14.82±2.78	19.07±2.08	p<0.001
Hayır	17.0 (8)	78.75±9.73	90.00±10.62		13.37±3.50	16.87±4.01	
t		2.229	2.879		1.279	1.510	
p		0.031	0.006		0.207	0.171	
Vajinal daralt-ma				t=0.887			t=0.678
Evet	34.0 (16)	84.86±13.10	97.15±10.47	p<0.001	14.00±2.92	18.31±2.65	p<0.001
Hayır	66.0 (31)	87.49±10.52	98.78±9.16		14.87±2.92	18.90±2.58	
t		-0.746	-0.550		-0.964	-0.736	
p		0.459	0.585		0.340	0.466	
Paravajinal onarım							
Evet	12.8 (6)	90.55±11.03	101.29±7.28	t=0.886	15.66±3.20	19.50±2.07	t=0.678
Hayır	87.2 (41)	86.01±11.45	97.77±9.82	p<0.001	14.41±2.89	18.58±2.66	p<0.001

t		0.910	0.840		0.976	0.803	
p		0.368	0.405		0.334	0.426	
Klitoral kaput modifikasyonu							
Evet	6.4 (3)	87.40±6.11	101.48±4.49	t=0.890	15.00±1.73	19.66±1.15	t=0.683
Hayır	93.6 (44)	86.54±11.70	98.00±9.78	p<0.001	14.54±3.00	18.63±2.65	p<0.001
t		0.126	0.606		0.257	0.661	
p		0.900	0.548		0.798	0.512	

Sonuç: Genital kozmetik cerrahi prosedürleri kadınların memnuniyetini, genital benlik imajını ve cinsel yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca, kadınların genital benlik imajı arttıkça cinsel yaşam kalitesi de artmaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-041 (SUNUSUZ POSTER)

Stres Tip İdrar İnkontinansında TOT Cerrahisi: Etkinlik, Güvenilirlik Ve Komplikasyon Analizi

MEHMET KESERCİ[1], EMRE YOLDAŞ[1], YASİN CEYLAN[1], SERDAR ÇELİK[1], TANSU DEĞİRMENCİ[1], ALİCAN KÖK[1], İBRAHİM ERDEM BİLDİRİCİ[1], FURKAN YILIDZ[1]

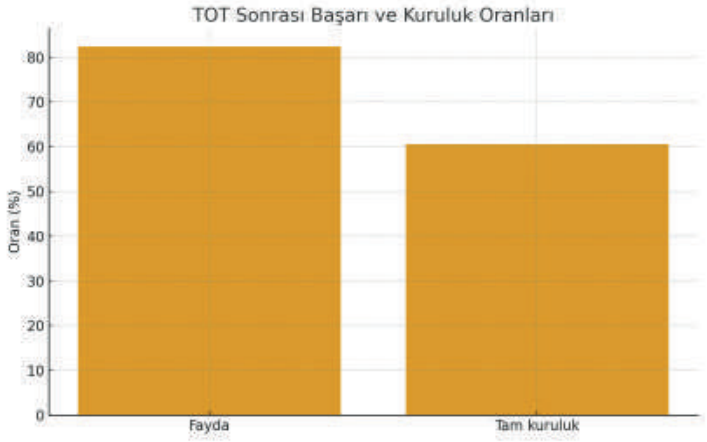
MEHMET KESERCİ / İZMİR ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Stres tip idrar inkontinans, kadınlarda günlük yaşam aktivitelerini ve psikososyal durumu olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Minimal invaziv cerrahi yöntemlerin gelişmesiyle birlikte TOT cerrahisi, yüksek başarı oranları ve düşük komplikasyon profili sayesinde tercih edilen yöntemlerden biri haline gelmiştir. Bu çalışmada, kliniğimizde TOT cerrahisi uygulanan kadın hastaların uzun dönem sonuçları değerlendirilmiş; operasyonun etkinliği, komplikasyon oranları ve ek klinik faktörlerle ilişkisi incelenmiştir.

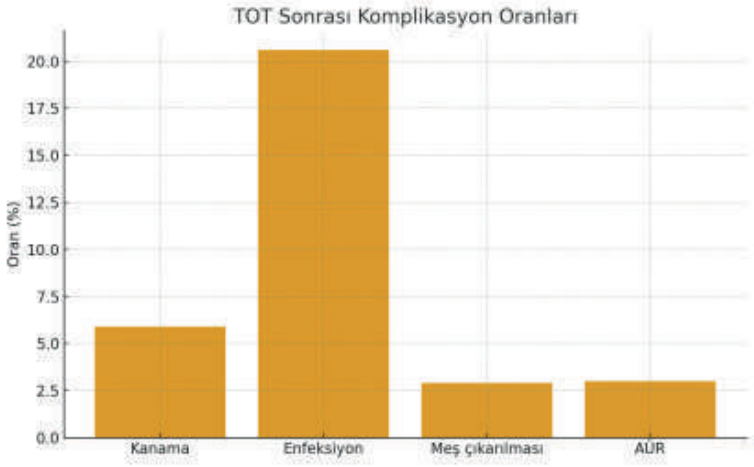
Materyal ve metot: Ocak 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde TOT operasyonu geçiren 34 kadın hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların yaş ortalamaları, menopoz durumu, önceden geçirilmiş cerrahi öyküleri, urge inkontinans birlikteliği ve eşlik eden sistosel/rektosel patolojileri kaydedildi. Operasyon sonrası 'fayda sağlama' oranı, tam kuruluk oranı ve komplikasyonlar (kanama, enfeksiyon, meş çıkarılması, akut üriner retansiyon) değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde kategorik veriler yüzdelik oranlarla sunuldu; gruplar arası fark anlamlılık için ki-kare testi ile incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 34 kadının yaş ortalaması 51,6 ± 8,1 yıl idi. Operasyon sonrasında fayda sağlama oranı %82,4, tam kuruluk oranı ise %60,6 olarak bulundu. Komplikasyonlar değerlendirildiğinde en sık enfeksiyon (%20,6) izlendi. Bunu %5,9 oranında kanama, %3 oranında akut üriner retansiyon ve %2,9 oranında meş çıkarılması gerekliliği izledi.Hastaların %41,2'si menopozda, %12,1'i daha önce cerrahi öyküsü olan ve %48,5'i urge inkontinans birlikteliği bulunan olgulardı. Özellikle önceden cerrahi öyküsü bulunan hastalarda komplikasyon oranı anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$). Ayrıca urge inkontinans birlikteliği olan grupta tam kuruluk oranı belirgin şekilde daha düşük saptandı.

TOT sonrası başarı ve tam kuruluk oranları



TOT sonrası komplikasyon oranları



TOT cerrahisi sonrası klinik sonuçların dağılımı

Değişken	Hasta sayısı (n)	Oran (%)
Fayda (başarı)	28	82.4
Tam kuruluk	20	60.6
Kanama	2	5.9
Enfeksiyon	7	20.6
Meş çıkarılması	1	2.9
AÜR	1	3
Menopoz	14	41.2
Önceden cerrahi öyküsü	4	12.1
Urge inkontinans birlikteliği	16	48.5

Sonuç: TOT cerrahisi stres tip idrar inkontinans tedavisinde yüksek başarı ve kabul edilebilir kuruluk oranları ile güvenli ve etkin bir yöntemdir. Komplikasyonların düşük seyretmesi yöntemin güvenilirliğini desteklemektedir. Bununla birlikte, özellikle önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü olan ve urge inkontinans birlikteliği bulunan hastalarda komplikasyon riskleri göz önünde bulundurulmalı ve hasta seçimi titizlikle yapılmalıdır. TOT cerrahisi, uygun hasta grubunda uzun dönemli güvenilir sonuçlar sağlayan önemli bir tedavi seçeneğidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-042 (SUNUSUZ POSTER)

Metabolik Sendrom ve Plazma Aterojenik İndeks: Üretra Darlığı Nüksüyle İlişkili mi?

Burak Köseoğlu[1], Halil Demirçakan[2], Ahmet Asfuroğlu[3]

Halil Demirçakan / Çumra Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Üretra darlığı; travma, iatrojenik girişimler ve enfeksiyonlar gibi çeşitli etiyolojik faktörlerle ortaya çıkan, tekrarlama eğilimi yüksek bir hastalıktır. Nüks gelişiminde darlığın uzunluğu, lokalizasyonu, etiyolojisi ve hastaya ait sistemik faktörler rol oynamaktadır. Plazma Aterojenik İndeks (PAİ) yüksekliği, kardiyovasküler hastalıklar için bir risk göstergesi olarak tanımlanmıştır ve metabolik sendrom (MetS) varlığında doku iyileşmesini daha da olumsuz etkileyebilir. Son yıllarda kardiyovasküler hastalıklar ile üretra darlığının gelişimi ve nüksü arasında ilişki olabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmada, üretra darlığı nedeniyle cerrahi tedavi sonrası nüks gelişen ve gelişmeyen hastalarda PAİ ve MetS'in nüks gelişimini öngörmedeki prognostik değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Mart 2022 – Ağustos 2024 tarihleri arasında iki merkezde Direkt Görüş Altında İnternal Üretrotomi (DGİÜ) uygulanan toplam 140 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar, takipleri boyunca nüks gelişimine göre iki gruba ayrıldı (Grup 1: nüks gelişmeyen hastalar, n=95; Grup 2: nüks gelişen hastalar, n=45). Hastaların yaş, beden kitle indeksi (BKİ), takip süresi, HDL ve trigliserid (TG) değerleri, metabolik sendrom (MetS) varlığı ve önceki üretral cerrahi öyküsü kaydedildi. PAİ değeri [log10 (TG/HDL)] formülüyle hesaplandı. Gruplar istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve ROC analizi ile PAİ, MetS varlığı ve önceki cerrahi öyküsünün nüksü öngörmedeki performansı değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ve takip süresi açısından anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). BKİ, HDL, TG ve PAİ değerleri açısından anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). MetS sıklığında anlamlı fark gözlenmezken (%28.4 vs. %20 p=0.391), daha önce üretra darlığı cerrahisi geçirmiş olmak gruplar arasında anlamlı farklılık göstermekteydi (%1.1 vs. %95.6 $p < 0.001$) (Tablo). ROC analizi sonucunda daha önce cerrahi öyküsü nüksü öngörmede en güçlü değişken olarak belirlendi (Eğri Altında Kalan Alan [Area Under the Curve, AUC] = 0.97). PAİ'nin öngörü gücü sınırlıydı (AUC=0.54), MetS varlığı ise anlamlı bir öngörü sağlamadı (AUC=0.46). PAİ ve MetS kombine değerlendirilmesiyle modelin AUC değeri 0.59'e yükseldi.

Grup 1 ve Grup 2 için tanımlayıcı istatistikler

	Grup 1 (nüks yok) n=95	Grup 2 (nüks var) n=45	p değeri
Yaş (yıl)	72 (IQR 14.50)	65 (IQR 18.00)	0.002
Takip süresi (ay)	24 (IQR 13.50)	29 (IQR 12.00)	0.013
BKİ (kg/m^2)	26 (IQR 3.00)	26 (IQR 2.00)	0.413
HDL (mg/dL)	44.17 ± 9.44	43.11 ± 10.71	0.555
Trigliserid (mg/dL)	141.57 ± 73.93	155.73 ± 96.27	0.340
PAİ	0.47 ± 0.21	0.51 ± 0.28	0.316
MetS varlığı (%)	27 (28.4%)	9 (20.0%)	0.391
Üretral cerrahi öyküsü (%)	1 (1.1%)	43 (95.6%)	<0.001

Koyu yazılar istatistiksel anlamlılığa işaret eder. BKİ: Beden Kitle İndeksi, HDL: High-Density Lipoprotei, IQR: Interquartile Range, Mets: Metabolik Sendrom, PAİ: Plazma Aterojenik İndeks

Sonuç: DGİÜ sonrası nüks gelişiminde PAİ ve MetS'in bağımsız öngörücü değerinin olmadığı bulundu. Buna karşılık, daha önce üretra cerrahisi öyküsü nüks için en güçlü risk faktörü olarak saptandı. Bu bulgular, üretra darlığı tedavisinde hasta seçimi ve takip stratejilerinde daha önce üretra cerrahi öyküsünün dikkate alınması gerektiğini; PAİ ve MetS'in ise klinik katkısının sınırlı kaldığını göstermektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-043 (SUNUSUZ POSTER)

Nadir Görülen Nöroendokrin Mesane Tümöründe Kadında İnkontinans Şikâyetiyle Başvuru: Literatür Eşliğinde Nadir Bir Olgu

Nedim Bedir[1], Rahmi Aslan[1]

Nedim Bedir / Van yüzüncü yıl üniversitesi

Giriş: Nöroendokrin mesane tümörleri, mesane kanserlerinin %1'inden azını oluşturur ve agresif seyirlidir.Genellikle hematüri ile başvururken, inkontinans gibi atipik semptomlarla da ortaya çıkabilir. Bu olguda, urge inkontinans ve stress inkontinas şikayetiyle başvuran ve yüksek dereceli nöroendokrin tümör tanısı alan kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Olgu Sunumu49 yaş kadın; dizüri, pollaküri, urge ve stres tipi inkontinans şikâyetleri ile başvurdu.Fizik muayenede sistosel veya pelvik organ prolapsusu yok, stres inkontinas testi negative .Mesane ultrasonografisinde 38×40 mm hiperekojen kitle tespit edildi.TUR-M ile 4cm'lik sol lateral duvardan anterior ve posteriora uzanan solid kitle tamamen çıkarıldı.

Bulgular: Lamina propria ve detrusör kas tabakasında invazyon, yaygın nekroz, hiperkromatik ve mitotik aktivitesi yüksek tümör.İmmünohistokimya: CD56 pozitif, Kromogranin A fokal pozitif. Tanı: Yüksek dereceli nöroendokrin karsinom.• Tedavi: Primer tümör olarak değerlendirildi, metastaz yok, 4 kür sistemik kemoterapi uygulandı.

Sonuç: Nöroendokrin mesane tümörleri nadir ve genellikle hematüri ile tanı alır.Bu olguda inkontinans ön plandadır; malignite ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Persistan irritatif ve stres tipi inkontinans semptomlarında malignite riski unutulmamalı. Erken tanı ve tedavi yaşam süresini uzatabilir. İnkontinans gibi alt üriner sistem semptomları, nadir de olsa mesane nöroendokrin tümörlerinin ilk belirtisi olabilir. Klinik değerlendirmede malignite olasılığı göz ardı edilmemeli, ileri tanı yöntemleri kullanılmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-044 (SUNUSUZ POSTER)

TOT Cerrahisinin Orta-Uzun Dönemde Güvenilirliği ve Etkinliği: Tek Cerrah Deneyimi

Ali Furkan Batur[1], Ayham Alovaıed[1]

Ali Furkan Batur / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Transobturator tape (TOT) cerrahisi, kadın stres tipi üriner inkontinans tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Bununla birlikte, uzun dönem sonuçları ve olası komplikasyonları nedeniyle literatürde bazı endişeler bulunmaktadır. Bu çalışmada, tek cerrah tarafından uygulanan TOT operasyonlarının orta-uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir ve özellikle uzun süreli komplikasyonlara dair gerçek yaşam verileri ortaya konmuştur.

Materyal ve metot: Kasım 2017–Aralık 2022 arasında tek cerrah tarafından TOT ameliyatı yapılan 34 kadın hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm olgularda aynı meş materyali kullanılmıştır. Ortalama yaş 53,3±9,2 yıl, ortalama BMI 30,6±6,7 kg/m^2, ortalama takip süresi 62,9±24,2 ay olarak bulunmuştur. Tedavi etkinliği ICIQ-SF skorları ile değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası skorlar Wilcoxon signed-rank testi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların ameliyat öncesi median ICIQ-SF skoru 19,6 (IQR: 16–21) iken, ameliyat sonrası 3,3 (IQR: 0–16) olarak anlamlı düzeyde azalmıştır ($p < 0,001$). Toplam 34 hastanın 30'unda (%88,2) belirgin düzelme sağlanmıştır. Fayda görmeyen yalnızca 4 hasta bulunmuştur. Bunlardan birinde meş erozyonu gelişmiş ve meş çıkarılmıştır. Fayda görmeyen bir diğer hasta bizde yapılan ameliyattan yaklaşık 1,5 sene sonra dış merkezde ikinci TOT operasyonu geçirmiş fakat yine fayda görmemiştir.Spesifik olgular açısından:• Bir hasta başlangıçta fayda görmüş olsa da sonrasında Parkinson hastalığı gelişmesi nedeniyle yeniden inkontinans yaşamaya başlamıştır. • Bir hasta fayda gördüğü halde meş materyalini hissettiğini bildirmiştir. Bunun üzerine tek kolu çıkarılmıştır. Bu işlem sonrası hafif düzeyde stres inkontinansı yeniden başlamıştır. • Bir hasta ameliyattan 15 ay sonra vajinal yolla doğum yapmış ve doğum sonrasında inkontinans nüksü olmamıştır. • Üç hasta sekonder vaka olup daha önce başarısız cerrahi geçirmiştir: birinde Kelly plikasyon, ikisinde ise farklı merkezde TOT uygulanmıştır. Bu olguların önce mevcut meşleri çıkarılmış, en az üç ay süreyle lokal östrojen tedavisi verilmiştir. Takip muayenelerinde üretral hipermobilite saptanan hastalara yeniden TOT uygulanmıştır ve üçünde de başarı sağlanmıştır.



Sonuç: TOT ameliyatının uzun dönem sonuçlarına yönelik endişelere karşın, çalışmamızda tek cerrah serisinde yüksek başarı oranı ve düşük komplikasyon oranı gösterilmiştir. Özellikle sekonder olguların yeniden TOT ile başarılı tedavi edilmesi ve doğum sonrası nüks gelişmemesi dikkat çekicidir. Meş erozyonu yalnızca bir hastada görülmüş ve ciddi komplikasyon oranı çok düşük olarak bulunmuştur. Bu veriler, TOT cerrahisinin deneyimli ellerde ve uygun hasta seçimiyle orta-uzun dönemde güvenilir ve etkin bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-045 (SUNUSUZ POSTER)

KÜLTÜR NEGATİF SİSTİT GÖRÜNÜMLÜ İNTERSTİSYEL SİSTİT: POSTMENOPOZAL KADINLARDA TANISAL TUZAKLAR VE ÜROLOJİK YAKLAŞIM

MEHMET ZUBAROGLU[1], MEHMET KAZIM ASUTAY[1], HÜSEYİN ÖZVEREN[1], Kutsan ÇÖKTÜ[1], OSMAN BOZKURT[1], CELAL KILINÇ[1]

MEHMET ZUBAROGLU / TARSUS DEVLET HASTANESI,ÜROLOJI KLİNİĞİ,TARSUS,MERSİN

Giriş: Menopoz sonrası kadınlarda kültür negatif sistit tablosuyla başvuran hastaların önemli bir kısmında interstisyel sistit (iS) tanısı gözden kaçabilmektedir. Bu klinik benzerlik, IS hastalarının AAM tanısıyla izlenmesine ve uygun olmayan tedaviye maruz kalmasına yol açabilir. Doğru tanı ve uygun ürolojik yaklaşım, gereksiz antibiyotik kullanımını ve yaşam kalitesindeki düşüşü önlemek açısından kritik öneme sahiptir.

Materyal ve metot: Ocak 2020 ile Haziran 2025 tarihleri arasında Tarsus Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği'ne başvuran, 45 yaş üzeri kadın hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Dizüri şikayeti veya sistit ön tanısıyla başvuran ve başvuru sırasında alınan idrar kültürü (KX) negatif olan toplam 250 hasta çalışmaya dahil edildi. Klinik öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları doğrultusunda bakteriyel enfeksiyon dışlanarak, hastalara interstisyel sistit / ağrılı mesane sendromu (IC/BPS) ön tanısı konuldu. Tanı sürecinde tüm hastalara ICSI/ICPI ve OAB-V8 semptom skorları uygulandı. Tedavi stratejilerine göre hastalar üç gruba ayrıldı:•Grup A (n = 85): Yaşam tarzı değişiklikleri uygulanan hastalar•Grup B (n = 80): Mesane instilasyonu yapılan hastalar•Grup C (n = 85): Davranışsal + farmakolojik tedavi uygulanan hastalarTüm hastalar 1., 3. ve 6. aylarda yeniden değerlendirilerek, ICSI/ICPI ve OAB-V8 skorlarındaki değişimlere göre tedavi yanıtları analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen ve 1., 3. ve 6. aylarda takibi yapılan hastaların semptom skorları incelendiğinde, hem ICSI/ICPI hem de OAB-V8 skorlarına göre tedavi grupları arasında zaman içinde farklı başarı oranları gözlendi. Birinci ayda, her iki skorlama sistemine göre en yüksek başarı oranı Grup B'de (mesane instilasyonu) izlendi (ICSI/ICPI: %85, OAB-V8: %83). Üçüncü ayda OAB-V8 skoruna göre en başarılı grup Grup A (yaşam tarzı değişiklikleri) olurken (%66), ICSI/ICPI skoruna göre Grup B (%78) ve Grup C (%64) öne çıktı. Altıncı ayda ise hem ICSI/ICPI hem de OAB-V8 skorlarına göre en yüksek başarı oranı Grup C'de (davranışsal

+ farmakolojik tedavi) saptandı (ICSI/ICPI: %72, OAB-V8: %76)(Tablo 1, Şekil 1).

Tablo 1

❖ *ICSI/ICPI Skorlarına Göre Tedavi Başarısı:*

Grup	1. Ay Başarı (%)	3. Ay Başarı (%)	6. Ay Başarı (%)
A (Yaşam tarzı)	%52	%48	%66
B (İnstilasyon)	**%85**	**%78**	%59
C (Davranışsal + Farmakolojik)	%60	%64	**%72**

❖ *OAB-V8 Skorlarına Göre Tedavi Başarısı:*

Grup	1. Ay Başarı (%)	3. Ay Başarı (%)	6. Ay Başarı (%)
A (Yaşam tarzı)	%48	**%66**	%64
B (İnstilasyon)	**%83**	%61	%55
C (Davranışsal + Farmakolojik)	%58	%68	**%76**

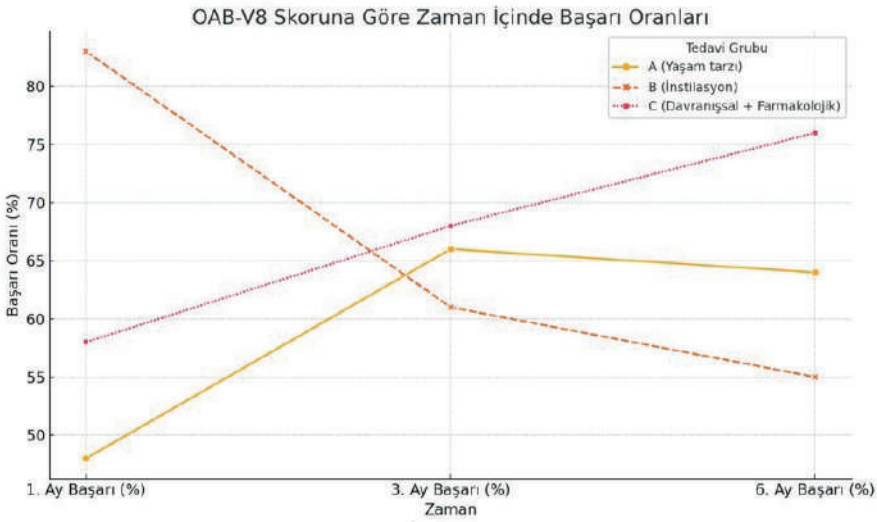
Grup A (n = 85): Yaşam tarzı değişiklikleri uygulanan hastalar

Grup B (n = 80): Mesane instilasyonu yapılan hastalar

Grup C (n = 85): Davranışsal + farmakolojik tedavi uygulanan hastalar

ICSI/ICPI ve OAB-V8 Skorlarına Göre Tedavi Başarısı

Şekil 1



Şekil 1: OAB-V8 Skoruna Göre Zaman İçinde Başarı Oranları

OAB-V8 Skoruna Göre Zaman İçinde Başarı Oranları

Sonuç: Postmenopozal kadınlarda kültür negatif sistit şikayetleriyle başvuran hastalarda interstisyel sistit mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Antibiyotik veya AAM'ye yönelik tedavi yerine, ICSI/ICPI ve OAB-V8 skorları ile tanının desteklenmesi önemlidir. Mesane instilasyonu kısa vadede etkili olsa da, uzun vadeli başarı davranışsal ve farmakolojik tedavinin birlikte uygulanmasıyla sağlanmaktadır. Tanısal farkındalık, gereksiz antibiyotik kullanımını azaltır ve yaşam kalitesini artırır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-046 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane Çıkım Obstrüksiyonuna Sebep Olan Üreterosel , Nadir Bir Olgu Sunumu

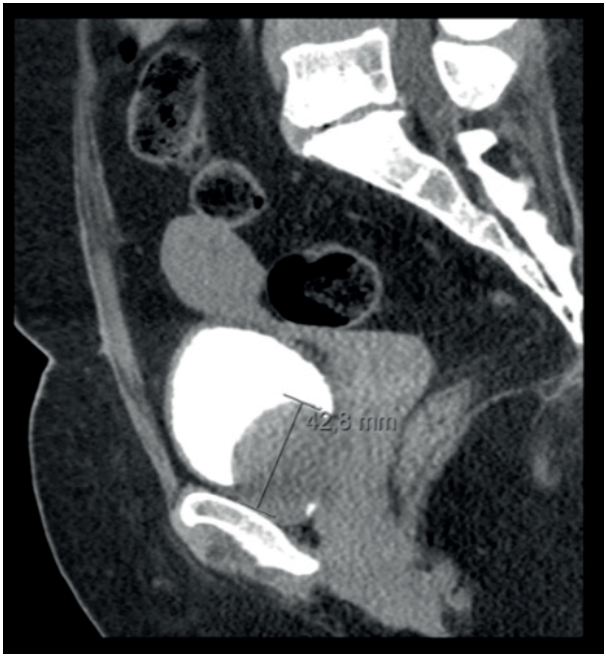
Arif Kol[1], Ozan Aydoğan[1], Çağatay Özsoy[1], Mustafa Tıpırdamaz[1]

Ozan Aydoğan / Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi , Üroloji Ana Bilimdalı , Aydın , Türkiye

Giriş: Üreterosel, distal üreterin intravezikal segmentinde kistik dilatasyon ile karakterize konjenital bir anomalidir. Çocukluk çağında daha sık tanı alırken, erişkinlerde oldukça nadir görülür. Klinik bulguları geniş bir yelpazede değişkenlik gösterebilir; asemptomatik olabileceği gibi dizüri, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, taş oluşumu, obstrüktif alt üriner sistem semptomları ve nadiren akut üriner retansiyon ile de başvurabilir. Üreteroselin mesane çıkım obstrüksiyonuna yol açması ise son derece nadir bir durumdur. Bu nedenle erişkin kadınlarda mesane çıkım obstrüksiyonu ayırıcı tanısında üreterosel de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu sunumunda, üreteroselin mesane çıkım obstrüksiyonuna yol açabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Materyal ve metot: 43 yaşındaki kadın hasta, Nisan 2025'te mesane çıkım obstrüksiyonu şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde, aralıklı olarak dizüriyle birlikte alt üriner sistem semptomları yaşadığı, zaman zaman abdominal bası uygulamak zorunda kaldığı ifade edildi. Fizik muayenede glob vezikale saptanmadı. Yapılan üroflowmetride obstrüktif patern izlendi; pik akış hızı 9 mL/s, işleme sonrası rezidüel idrar miktarı ise 70 cc olarak ölçüldü. Özgeçmişinde soliter böbrek ve hipertansiyon mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı.Bu bulgular üzerine kontrastlı ürografik görüntüleme planlandı. Abdominopelvik Bilgisayarlı Tomografi Ürografide, sol böbrek izlenmezken, mesanenin sol orifis hizasından başlayarak sol lateral duvara ve trigona uzanan, 42x48 mm boyutlarında intraluminal kistik lezyon (üreterosel?) saptandı.Endoskopi planlandı. Endoskopide üretra normal olarak izlendi. Sol lateral duvardan trigona ve üretraya kadar uzanan dev üreterosel mevcuttu. 26 Fr rezektoskop ile girilerek üreterosel eksizyonu gerçekleştirildi. Hastanın Foley sondası postoperatif 2. gün çıkarıldı. Kontrol üroflowmetride obstrüktif patern izlenmedi; pik akış hızı 21 mL/s, post-voiding rezidüel idrar miktarı 10 cc olarak ölçüldü.

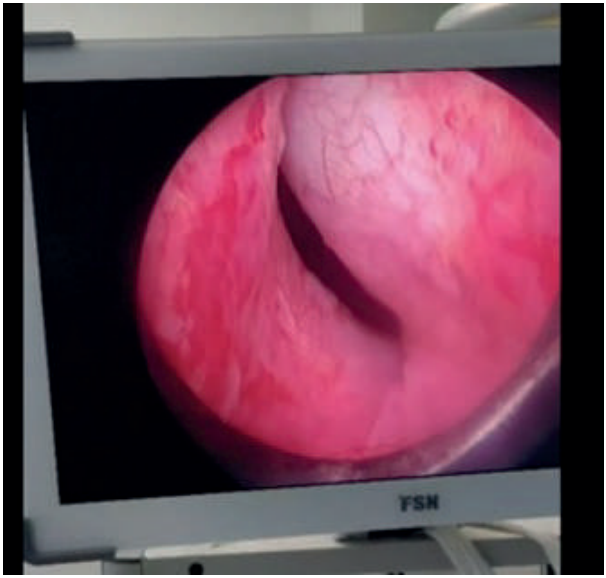
Üreterosel Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü



Bilgisayarlı Tomografi Sagittal Kesitlerde Üretraya Uzanan Üreterosel Görüntüsü

Bulgular: Üreterosel, distal üreter segmentinin kistik genişlemesi ile karakterizedir. Erişkinlerde tanısı zor konur ve genellikle asemptomatiktir. Akut idrar retansiyonu ile birlikte görülmesi oldukça nadirdir. Endoskopik üreterosel insizyonu, çoğu olguda işeme fonksiyonunun normalleşmesiyle sonuçlanır. Bu olguda, üreterosele eşlik eden soliter böbrek nedeniyle daha geniş bir rezeksiyon tercih edildi ve cerrahi sonrası işeme fonksiyonlarında belirgin iyileşme sağlandı.

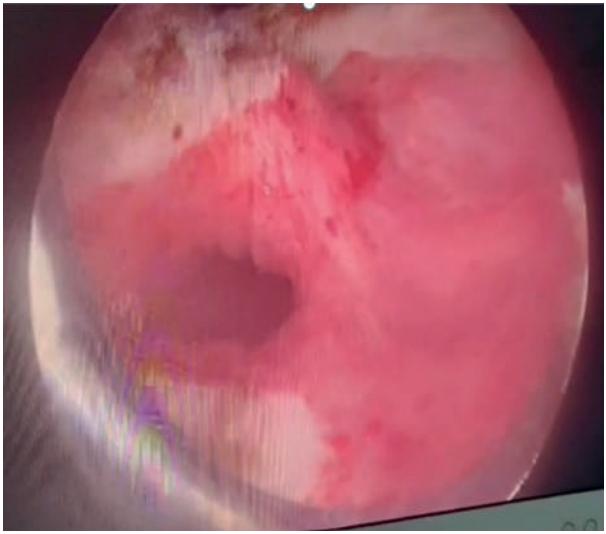
Endoskopik Üreterosel Görüntüsü



Endoskopik Olarak Üretraya Uzanan Üreterosel Görüntüsü

Sonuç: Üreteroselin mesane çıkım obstrüksiyonuna neden olduğu olgularda endoskopik üreterosel cerrahisi hastanın miksiyon paternini tama yakın düzeltebilir, obstrüksiyonun giderilmesiyle idrar akışı normale döner ve mesane boşalma fonksiyonlarının iyileşmesi beklenir .

Üreterosel Eksizyonu



Endoskopik Tedavi Sonrası Açılan Sol Orifis

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-047 (SUNUSUZ POSTER)

PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU SIRASINDA KORPUS KAVERNOZUM DARLIĞININ BUKKAL MUKOZA GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU: OLGU SUNUMU

Kutay TOPAL[1], Recep UZUN[1]

Recep UZUN / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Peyronie hastalığı, peniste tunika albuginea içerisinde fibrotik plak gelişimi ile karakterize kronik, progresif bir hastalıktır. Hastalarda peniste eğrilik, kısalma, kum saati deformitesi ve ağrıya yol açabilmektedir. Peyronie'nin en önemli klinik sonuçlarından biri de erektil disfonksiyon (ED)'dur. ED, hem fibrotik plak nedeniyle mekanik bozulma hem de kavernozal yapılarda gelişen fibrozis sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle Peyronie hastalığı olan olguların %30–50'sinde eşlik eden erektil disfonksiyon rapor edilmiştir.Medikal tedavilere yanıt alınamayan ileri evre olgularda penil protez implantasyonu, hem deformiteyi düzeltmede hem de erektil fonksiyonu geri kazandırmada en etkin cerrahi yöntemdir. Ancak Peyronie'ye bağlı kavernozal fibrozis ve korpus kavernozum darlıkları protez implantasyonunu teknik olarak güçleştirebilir. Bu durumlarda çeşitli greft materyalleri ve rekonstrüktif teknikler gerekebilmektedir. Bukkal mukoza, sağlam yapısı, kolay ulaşılabilirliği ve yüksek vaskülarizasyonu sayesinde üretral rekonstrüksiyonda altın standart haline gelmiş olup, nadiren kavernozal rekonstrüksiyonda da kullanılabilmektedir. Bu bildiride, Peyronie hastalığına eşlik eden erektil disfonksiyon nedeniyle penil protez implantasyonu planlanan ancak sağ korpus kavernozumda ciddi fibrozis ve darlık saptanan olguda, bukkal mukoza grefti kullanılarak başarılı rekonstrüksiyon yapılması sunulmaktadır.

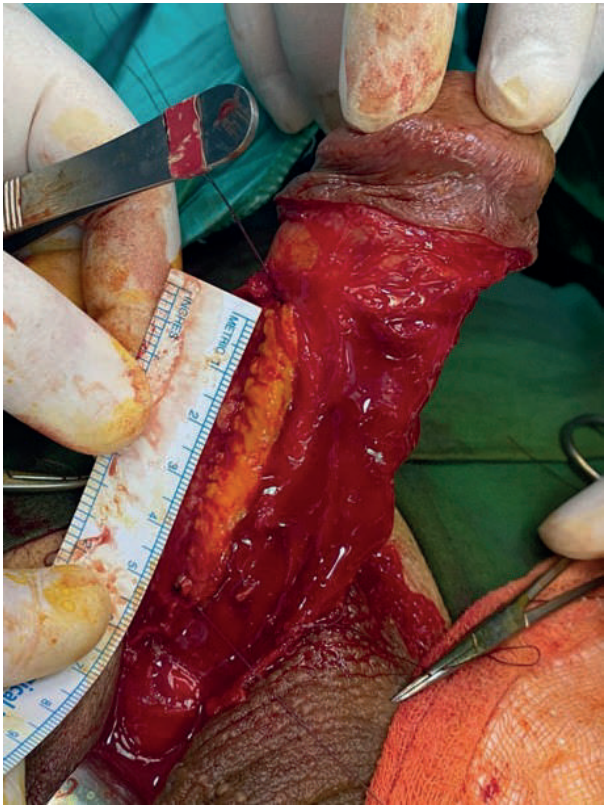
Materyal ve metot: Bu olgu sunumunda, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde izlenen, Peyronie hastalığına eşlik eden erektil disfonksiyon nedeniyle penil protez implantasyonu planlanan 71 yaşındaki erkek hastanın tanısal değerlendirmesi ve cerrahi yönetimi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Cerrahi sonrası hasta sorunsuz şekilde takip edilmiştir. Postoperatif dönemde yara yeri komplikasyonu, enfeksiyon veya hematom izlenmemiştir. Bukkal mukoza grefti alınan sol yanak mukozası doğal iyileşme süreci göstermiş ve ek bir morbidite saptanmamıştır.Kontrol muayenelerinde penil protezin fonksiyonel olarak çalıştığı, penil şeklin normale yakın hale geldiği ve kavernozal stabilitenin sağlandığı görülmüştür. Hastanın erektil fonksiyonunda belirgin

düzelme elde edilmiş, ayrıca estetik görünüm açısından da hasta memnuniyeti yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Kavernozal fibrozis ve darlık, penil protez implantasyonu sırasında önemli cerrahi zorluklardır. Bu olgu, bukkal mukoza greftinin kavernozal rekonstrüksiyonda güvenli ve etkin bir seçenek olduğunu göstermektedir. Özellikle protez implantasyonunu imkânsız hale getiren dar segmentlerde cerrahın elini güçlendiren faydalı bir tekniktir.

Şekil1a



Alınan bukkal mukoza greftinin sağ korpus kavernozum üzerine anastomoze edilmiş intraoperatif görünümü

Şekil1b



Penil kurvatür varlığında, mukoza anastomozu sonrası penisin anatomik olarak düzleştirilmiş görünümü

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-048 (SUNUSUZ POSTER)

Bordeaux Tekniği (Heart Shape) İle Ortotopik Mesane Rekonstrüksiyonu Yapılan Hastaların Erken Dönem Kontinans Sonuçları

Fırat Çağlar Budak[1], Yalçın Kızılkan[1], Cüneyt Özden[1]

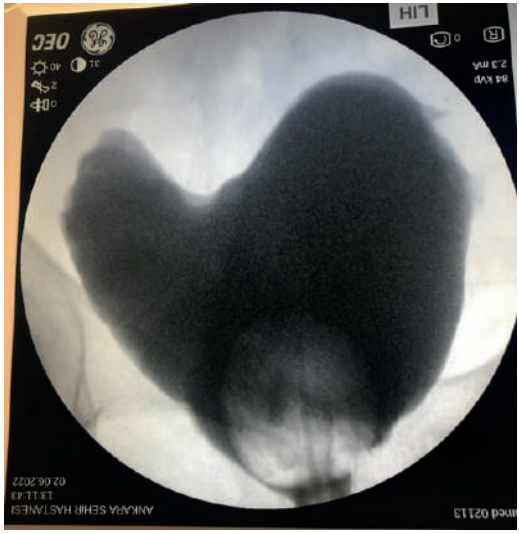
Fırat Çağlar Budak / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Radikal sistektomi sonrası ortotopik mesane rekonstrüksiyonunda farklı teknikler kullanılmaktadır. Ancak fonksiyonel sonuçlar ve yaşam kalitesi açısından halen en ideal yöntem tartışmalıdır. Bordeaux tekniği, özellikle kontinans ve işeme fonksiyonları üzerindeki olumlu etkileriyle dikkat çekmektedir. Bu çalışmada merkezimizde Bordeaux tekniği kullanılarak gerçekleştirilen ortotopik mesane rekonstrüksiyonlarındaki deneyimi sunulmuş ve kısa dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

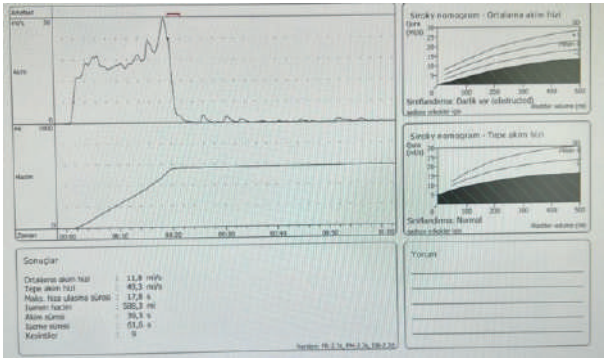
Materyal ve metot: Ocak 2023 – Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan ve Bordeaux tekniği ile ortotopik mesane rekonstrüksiyonu uygulanan toplam 32 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 26'sı açık, 6'sı robotik yöntemle opere edildi. Demografik özellikler, perioperatif veriler, barsak fonksiyonlarının geri dönüşü, üreteral stent çekim süresi ve fonksiyonel sonuçlar analiz edildi. Tüm hastalara postoperatif 3. ayda fonksiyonel değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 32 hastanın ortalama yaşı 64 yıl idi (açık: 66, robotik: 53). Çalışmaya alınan hastaların tamamı erkek opere edilen 4 kadın hasta çalışmaya dahil edilmedi. Ortalama operasyon süresi 345 dk, kan kaybı 725 ml ve yatış süresi 9.5 gün bulundu. Barsak fonksiyonlarının geri dönüşünde defekasyon süresi 4.7 gün idi. Üreteral katater çekim süresi tüm hastalarda benzer şekilde 28. günde gerçekleşti (Tablo 1). Fonksiyonel değerlendirmeler 3. ayda yapıldı. Ortalama Qmax 25 ml/sn, PVR 29 ml ve işeme hacmi 287 ml idi. Kontinans oranları gündüz %58, gece %31 olarak saptandı (Tablo 2).

1.ay sistogram



3. ay uroflowmetri



Bulgular

Parametre	Açık (n=26)	Robotik (n=6)	Toplam (n=32)
Ortalama yaş (yıl)	66	53	64
Operasyon süresi (dk)	322	445	345
Kan kaybı (ml)	800	450	725
Yatış süresi (gün)	10	8	9.5
Gaz çıkarma (gün)	3.1	2.3	2.9
Defekasyon (gün)	4.8	4.3	4.7

Fonksiyonel Sonuçlar

Parametre	Açık (n=26)	Robotik (n=6)	Toplam (n=32)
Qmax (ml/sn)	26	23	25
PVR (ml)	30	25	29
İşeme hacmi (ml)	279	312	287
Kontinans (gündüz, %)	%61	%50	%58
Kontinans (gece, %)	%34	%16	%31

Sonuç: Bordeaux tekniği ile yapılan ortotopik mesane rekonstrüksiyonu, hem açık hem robotik cerrahi ile güvenle uygulanabilmiştir. Kısa öğrenme eğrisi ve erken dönem kontinans sonuçları açısından uygulanabilir olduğunu düşünmekteyiz. Bordeaux tekniğinin ortotopik mesane rekonstrüksiyonunda gelecekte standardı değiştirebilecek bir yöntem olduğunu düşünülmekteyiz.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-049 (SUNUSUZ POSTER)

Klinik Endikasyonlara Göre Yapılan Ürodinamik İncelemelerde Anlamlı Bulguların Sıklığı ve Parametrik Karşılaştırması

Abdullah Gül[1], Salim Zengin[2]

Abdullah Gül / SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Klinik Endikasyonlara Göre Yapılan Ürodinamik İncelemelerde Anlamlı Bulguların Sıklığı ve Parametrik KarşılaştırmasıÜrodinamik incelemeler, alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesinde önemli bir yer tutar. Ancak klinik endikasyonlarla ürodinami bulguları her zaman örtüşmemektedir. Bu çalışmanın amacı, farklı endikasyonlarla ürodinami yapılan hastalarda anlamlı patolojik bulguların görülme sıklığını ve bu bulguların hasta özellikleriyle ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Çalışmaya Ocak 2024– Mayıs 2025 arasında SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji kliniğinde ürodinami yapılan 101 hasta dahil edildi. Hastalar; mesane çıkım tıkanıklığı (MÇT), aşırı aktif mesane (AAM), mikst üriner inkontinans, nörojen mesane ve yüksek rezidü idrar gibi endikasyonlara göre sınıflandırıldı. Anlamlı ürodinami bulgusu olarak idrar hissiyatında bozukluk, kompliyans bozukluğu, detrusor overaktivitesi, kontraktilite bozukluğu ve mesane kapasite anormallikleri kabul edildi. Endikasyon ile bulgu uyumu, parametrik ve nonparametrik testlerle değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %63,4'ü erkek, %36,6'sı kadındı. En sık ürodinami endikasyonu MÇT (%40,6), nörojen mesane (%23,8) ve mikst üriner inkontinanstı (%15,9). Tüm grupta endikasyon ile anlamlı bulgu uyumu %66,3 oranında saptandı. Uyumu olan hastalarda üroflowmetride Qmax (ortanca: 8 ml/sn vs. 18 ml/sn; $p < 0,001$), volüm (120 vs. 187,5 ml; $p=0,001$) anlamlı düzeyde daha düşük saptanırken PVR (100 vs. 20 ml; $p < 0,001$) anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Stres üriner inkontinans ($p=0,018$) ve üst üriner sistem patolojisi ($p=0,002$), uyumlu grupta anlamlı düzeyde daha sık izlendi. Ürodinami inceleme endikasyonu MÇT olan hastalarda ($p=0,047$), mesane kapasitesi normal olanlarda ($p=0,01$), kompliyansın normal saptandığı hastalarda ($p=0,00$) ve detrusor kontraktilitesi normal olanlarda ($p=0,00$) anlamlı düzeyde uyumsuzluk tespit edildi.

Tablo 1. Hastalara ait tanımlayıcı veriler

Veriler (n:101,%)	
Cinsiyet:	
Erkek	64 (%63,4)
Kadın	37 (%36,6)
Ek hastalık:	
Var	71 (%70,3)
Yok	30 (%29,7)
Diabetes mellitus	21 (%20,8)
Hipertansiyon	21 (%20,8)
Koroner arter hastalığı	17 (%16,8)
Nörolojik hastalık	42 (%41,6)
Nörolojik hastalık (n:42):	
Serebrovasküler hastalık	5 (%11,9)
Spinal travma	16 (%38)
Spina bfida	10 (%23,9)
Multipl skleroz	6 (%14,3)
Diğer	5 (%11,9)

USG'de üst üriner sistem patolojisi:	
Var	21 (%20,8)
Yok	80 (%79,2)
Ürodinami endikasyonu:	
Mesane çıkım tıkanıklığı	41 (%40,6)
Aşırı aktif mesane	11 (%10,9)
Mikst üriner inkontinans	16 (%15,9)
Nörojen mesane	24 (%23,8)
Yüksek rezidü idrar	9 (%8,9)
Ürodinami endikasyonu ile sonuç arasında uyum:	
Var	67 (%66,3)
Yok	34 (%33,7)

Tablo 2. Endikasyon ile sonuç arasındaki uyumun Ki-kare testi ile değerlendirilmesi

Veriler	Endikasyon ile sonuç arasında uyum		
	Var (n:67) (n,%)	Yok (n:34) (n,%)	p değeri
USG'de üst üriner sistem patolojisi			0,002
Var	20 (%29,9)	1 (%2,9)	
Yok	47 (%70,1)	33 (%97,1)	
Ürodinami endikasyonu			0,047
MÇT	21 (%31,3)	20 (%58,8)	
AAM	8 (%11,9)	3 (%8,8)	
Mikst Üİ	10 (%14,9)	6 (%17,6)	
Nörojen mesane	20 (%29,9)	4 (%11,8)	
Yüksek rezidü	8 (%11,9)	1 (%2,9)	
Mesane kapasitesi			0,001
Normal	17 (%25,4)	20 (%58,8)	
Azalmış	31 (%46,3)	12 (%35,3)	
Artmış	19 (%28,4)	2 (%5,9)	
Kompliyans			0,00
Normal	34 (%50,7)	31 (%91,2)	
Azalmış	23 (%34,3)	2 (%5,9)	
Artmış	10 (%14,9)	1 (%2,9)	

Detrusor kontraktilitesi			
Normal	21(%31,3)	26 (%76,5)	0,00
Azalmış	24 (%35,8)	5 (%14,7)	
Artmış	22 (%32,8)	3 (%8,8)	
Stres üriner inkontinans			
Var	17 (%25,4)	2 (%5,9)	0,018
Yok	50 (%74,6)	32 (%94,1)	

Tablo 3. Endikasyon ile sonuç arasındaki uyumda parametrik verilerinkarşılaştırılması

Veriler	Endikasyon ile sonuç arasında uyum		
	Var (n:67) ortanca (IQR)	Yok (n:34) ortanca (IQR)	p değeri*
Yaş (yıl)	57 (39,25-70)	54 (38,5-61)	0,87
Üroflowmetri Qmax (ml/sn)	8 (5-14,25)	18 (13,25-21,75)	0,00
Üroflowmetri volüm (ml)	120 (83,75-180)	187,5 (117,5-307,5)	0,001
Ürodinami öncesi PVR (ml)	100 (40-495)	20 (0-110)	0,00
Kreatinin (mg/dl)	0,99 (0,73-1,28)	0,7 (0,62-0,86)	0,14
Pdet max (cmH2O)	35,5 (15-60)	30 (21-37)	0,93

Sonuç: Bu çalışma, klinik endikasyonlarla yapılan ürodinami incelemelerinde anlamlı bulgu saptanma oranının %66,3 olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle düşük Qmax, düşük işeme hacmi, yüksek PVR ve üst üriner sistemin etkilendiği hastalarda anlamlı bulgu saptanma oranı daha yüksektir. Ürodinami testinin doğru hasta seçimi ile klinik karar sürecine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-050 (SUNUSUZ POSTER)

Stres tipi idrar kaçırma tedavisinde transobturator askının tek başına veya pelvik organ prolapsusu cerrahisi ile eş zamanlı uygulanmasının kısa dönem sonuçları

Arif Huseynli[1], Fatih Ok[1], Elbay Bayramlı[2], Türker Soydaş[1], Ahmet Emin Doğan[1]

Arif Huseynli / Ankara Etlik Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği

Giriş: Stres tipi idrar kaçırma (STİK) ve pelvik organ prolapsusu (POP) kadınlarda sık görülen sağlık sorunlarıdır. Bu çalışmanın amacı, transobturator tape (TOT) cerrahisinin kısa dönemde güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek, ayrıca farklı POP cerrahi prosedürleri ile kombine edildiğinde elde edilen sonuçları tek başına TOT uygulaması ile karşılaştırmaktır.

Materyal ve metot: Nisan 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'ne stres tipi idrar kaçırma nedeniyle başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. STİK tanısı almış ve konservatif tedaviden fayda görmeyen hastalara sentetik orta üretral askı operasyonu önerildi. Muayene sırasında POP tespit edilen hastalara ise uygun POP onarımı eş zamanlı olarak gerçekleştirildi. Hastalar operasyonların etkinliği ve olası komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Klinik veriler, uygulanan cerrahi yöntem, postoperatif başarı durumu ve komplikasyonlar kaydedildi. Çalışmaya yalnızca TOT uygulanan Grup SUI (n=50) ile eş zamanlı POP cerrahisi + TOT yapılan Grup POP/SUI (n=7) dahil edildi.

Bulgular: Hastaların cerrahi sırasındaki ortalama yaşı 55 yıl, ortalama takip süresi 10,7 ay olarak bulundu. POP cerrahisi olarak 2 hastaya anterior kolporafi, 3 hastaya anterior kolporafi + sakrospinöz ligaman fiksasyonu, 2 hastaya ise laparoskopik sakrokolpopeksi uygulandı.Subjektif kür oranı Grup SUI'de %92, Grup POP/SUI'de %71,4 olarak bulundu. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,153). Ameliyat sonrası idrar retansiyonu nedeniyle ek girişim gereksinimi Grup POP/SUI'de daha sık izlendi (%28,6'ya karşı %2; p=0,037). Postoperatif retansiyon gelişen 3 hastadan; 1'i 3 hafta sonda ile takip edildi, 1'ine meş gevşetilmesi, 1'ine ise meş kesilmesi uygulandı.

Sonuç: Stres tipi idrar kaçırmada sentetik sling cerrahisi kısa dönemde tatmin edici sonuçlar sağlamaktadır. TOT cerrahisi ile eş zamanlı POP onarımı güvenle uygulanabilmektedir. Ancak, POP cerrahisi yapılan hastalarda postoperatif idrar retansiyonu gelişme riskine karşı daha dikkatli olunmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-051 (SUNUSUZ POSTER)

Post-Prostatektomi İnkontinans: Rehabilitasyon ve Cerrahi Dışı Tedaviler Üzerine Güncel Literatürel Yaklaşım

Cemil Aydın[1], Alpkon Torun[1], Furkan Yazıcı[1], Mustafa Serdar Çağlayan[1], Musa Ekici[1], Mehmet Murat Baykam[1]

Alpkon Torun / Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Radikal prostatektomi sonrası gelişen üriner inkontinans, erkeklerde %5–40 oranında görülebilen ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir komplikasyondur. Bu derlemenin amacı, post-prostatektomi inkontinansın yönetiminde cerrahi dışı tedavi yöntemlerini güncel literatür ışığında değerlendirmektir

Materyal ve metot: 2020–2025 yılları arasında PubMed, Scopus ve Cochrane veri tabanlarında "post-prostatectomy incontinence", "pelvic floor muscle training", "non-surgical management", "rehabilitation", "extracorporeal magnetic stimulation" anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Toplam 142 makale bulundu; kriterlere uygun olan 27 çalışma değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Avrupa üroloji birliği(EAU), prostatektomi sonrası inkontinans için ilk 12 aylık periyotta cerrahi dışı tedavileri önermektedir. Cerrahi dışı tedaviler ile 12 aylık periyotta hastaların %80'den fazlası kontinan kalabilmektedir. Biz de kliniğimizde laparosokopik radikal prostatektomi(LRP) uyguladığımız 61 hastanın takibinde postoperatif kontinans oranının %82 olduğunu gözlemledik. Prostatektomi sonrası kontinansın sağlanmasına yönelik erken dönemde uygulanan tedavilerin daha etkili olduğu bilinmektedir. Kliniğimizde LRP uyguladığımız hastalarımıza taburculukta fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesine yönelik erken dönemde pelvik taban kas egzersizi ve PDE-5 inhibitörü önermekteyiz. Literatür derlememizde; pelvik taban kas eğitimi +/- biofeedback , ekstrakorporeal manyetik stimülasyon ve de duloksetin ile medikal tedavinin kanıt düzeyi yüksek önerilen tedavi yöntemleri olduğu kaydedildi (Tablo-1).

Tablo-1

Tedavi Yöntemi	Başarı Ölçütü	Başarı Oranı (%)	Kaynak / EAU Önerisi
Pelvik taban kas eğitimi (PFMT)	12. ayda kontinans	56 → 75	[1]; EAU: radikal prostatektomi sonrası erken dönemde önerilir
PFMT + Biofeedback / EMG	6. ayda kontinans	70 (standart egzersiz: 52)	[2]; EAU: biofeedback destekli PFMT etkinliği artırır
Extracorporeal Magnetic Stimulation (EMS)	Semptomatik iyileşme	40–60	[3]; EAU: seçilmiş hastalarda düşünülebilir
Farmakolojik tedavi (Duloksetin)	Semptomatik düzelme	25–30	[4]; EAU: zayıf öneri düzeyi ile.
Genel cerrahi dışı yaklaşım	12 ayda kontinans	60–80	[5]; EAU: cerrahi dışı tedavi 6–12 ay önerilen ilk yaklaşım

Sonuç: Post-prostatektomi inkontinans yönetiminde cerrahi dışı tedavi seçenekleri (PFMT, biofeedback, EMS, farmakolojik tedavi) etkili ve güvenli yöntemlerdir. EAU kılavuzları, erken dönemde başlanan konservatif tedavilerin kontinans oranlarını artırdığını ve cerrahi gereksinimini azaltabileceğini vurgulamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-052 (SUNUSUZ POSTER)

Trans Obturatuar Tape Operasyonu Deneyimlerimiz

Mustafa Mehdi Er[1], Bayram Ali Elmas[1], Şeref Coşer[1], Bekir Aras[1], İbrahim Güven Kartal[1], Okan Alkış[1], Hüseyin Akman[1]

Mustafa Mehdi Er / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı, kadın stres üriner inkontinans tedavisinde uygulanan transobturatuar tape (TOT) cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Ocak 2022-Temmuz 2025 tarihleri arasında stres üriner inkontinans tanısıyla TOT cerrahisi uygulanan 48 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara ameliyat öncesinde fizik muayene, stres testi ve ürodinamik inceleme yapıldı. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmeyen hastalarda, postoperatif 1. gün foley sonda ve vajinal tamponlar çıkarıldı. Taburculuk öncesinde stres testi ve üroflowmetri tekrarlandı. Stres testinin negatif olması ve üroflowmetri sonucunda rezidüel idrar miktarının 100 ml'nin altında bulunması başarı kriteri olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 58 (41-68) yıl olarak belirlendi. Üçüncü ay kontrollerinde, 39 hastada (%81) şikayetlerin tamamen geçtiği, 42 hastanın (%87) ise cerrahi sonuçlardan memnun olduğu saptandı. 6 hasta (%12) ise cerrahiden fayda görmedi.

Sonuç: TOT cerrahisi, kadın stres üriner inkontinans tedavisinde yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

P-053 (SUNUSUZ POSTER)

Sonda Bağımlı Akut İdrar Retansiyonu Olan ve Olmayan Hastalarda HoLEP: Cerrahi ve Fonksiyonel Sonuçların Değerlendirilmesi

Günal Özgür[2], Mehmet Çetin[1], Türker Altuntaş[1], Ersin Gökmen[1], Kamil Çam[1], Tufan Tarcan[1], Tarık Emre Şener[1]

Günal Özgür / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Benign prostat obstrüksiyonunun (BPO) tedavisinde Holmium Lazer Prostatektomi (HoLEP) etkili bir yöntemdir; ancak akut idrar retansiyonu (AUR), özellikle cerrahiye kadar sonda bağımlılığı devam eden hastalardaki sonuçlarına ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada AUR olan ve olmayan hastalarda HoLEP sonuçları karşılaştırılmıştır.

Materyal ve metot: HoLEP uygulanan 50–80 yaş arası 140 erkek hastanın verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Cerrahi sonrası ağrı semptomu olmadan mesane distansiyonu ile birlikte "post-voiding" rezidü (PVR)'nün 300 ml veya daha fazla saptanması ya da katater takılmasından sonra 1000 ml idrar çıkışı olması kronik üriner retansiyon olarak kabul edilip çalışmaya dahil edilmedi. Diğer retansiyon hastaları akut üriner retansiyon (AUR) olarak kabul edildi. Bütün hastalara sonda çekilmesi denenmişti. Cerrahi öncesi rutin olarak ürodinami uygulanmamıştı. Hastalar, sonda bağımlı AUR (Grup 1) ve AUR olmayanlar (Grup 2) olarak iki gruba ayrılmıştır. Demografik, perioperatif ve postoperatif veriler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Otuz dört hasta (%24,3) sonda bağımlı AUR tanısı almıştır. Bu hastalar daha yaşlıydı (68,9 ± 6,9 vs. 66,2 ± 6,5 yıl, p=0,033) ve başlangıçta daha kötü IPSS skorlarına (25 [IQR: 22–29] vs. 22 [IQR: 17–25], p=0,001), yaşam kalitesine (QoL; 5 [IQR: 4–6] vs. 4 [IQR: 3–5], p < 0,001), maksimum akım hızına (Qmax: 0 vs. 8 [IQR: 5,6–10] mL/sn) ve artık idrar miktarına (PVR: 400 [IQR: 197–560] vs. 100 [IQR: 60–150] mL, p < 0,001) sahipti. Perioperatif parametreler ve komplikasyon oranları gruplar arasında benzerdi (p > 0,05). HoLEP sonrası AUR'lu hastalarda IPSS (Δ16,5 [IQR: 10,8–22,3] vs. 11,5 [IQR: 6–17,3], p=0,002), yaşam kalitesi (Δ4 [IQR: 3–5] vs. 3 [IQR: 1–3,3], p < 0,001), Qmax (Δ16 [IQR: 14–20,3] vs. 10 [IQR: 7–15] mL/sn, p < 0,001) ve PVR (Δ326 [IQR: 128–502] vs. 62,5 [IQR: 26–120] mL, p < 0,001) açısından daha büyük iyileşmeler gözlendi. Sonda bağımlı AUR'lu hastalarda fonksiyonel sonuçlarda daha belirgin iyileşme görülmesine rağmen, bu durum büyük ölçüde başlangıçtaki kötü parametrelere bağlanmaktadır. Postoperatif sonuçlar gruplar

arasında karşılaştırılabilir düzeydeydi. Özellikle subjektif ölçütler (IPSS ve QoL) Grup 1'de daha belirgin iyileşme göstermiştir.

Tablo 1

Tablo 1. Gruplar Arasında Başlangıç Demografik ve Preoperatif Özellikler

Özellik	**Grup 1 (AUR+) n=34 (%24,3)**	**Grup 2 (AUR−) n=106 (%75,7)**	**p**
Yaş, yıl	68,9 (±6,9)	66,2 (±6,5)	**0,033**
Hipertansiyon, n (%)	14 (44,1)	44 (41,5)	0,789
Diyabet, n (%)	6 (17,6)	25 (23,6)	0,468
Tıbbi Tedavi, n (%)			
Alfa bloker	21 (61,8)	75 (70,8)	0,328
Alfa bloker + 5-ARI	13 (38,2)	31 (29,2)	
Prostat Hacmi, ml	104 (63–130,3)	86,5 (66,8–116,3)	0,56
PSA, ng/dl	3,6 (1,9–7,1)	3,9 (2,1–6,2)	0,591
IPSS skoru	25 (22–29)	22 (17–25)	**0,001**
IPSS-QoL skoru	5 (4–6)	4 (3–5)	**0,000**
Qmax, ml/sn	0 (Sonda)	8 (5,6–10)	**0,000**
İşeme sonrası rezidü, ml	400 (197–560)	100 (60–150)	**0,000**
Sonda süresi, ay	4,5 (3–6,8)	0	**0,000**

Tablo 2

Tablo 2. Gruplar Arasında İntraoperatif Parametreler ve Komplikasyonlar

Parametre	Grup 1 (AUR+) n=34 (%24,3)	Grup 2 (AUR−) n=106 (%75,7)	p değeri
Median lob varlığı, n (%)	26 (76,5)	67 (63,2)	0,154
Rezeksiyon hacmi, ml	57,5 (38,8–90)	60 (45–80)	0,809
Rezeksiyon yüzdesi	0,66 (0,53–0,79)	0,71 (0,58–0,82)	0,223
Enükleasyon süresi, dakika	70 (60–86,3)	65 (55–80)	0,227
Morseleasyon süresi, dakika	20 (15–31,3)	20,5 (15–30)	0,553
Toplam cerrahi süre, dakika	92,5 (70–112,5)	90 (70–106,3)	0,375
Kateter öncesi uzamış kanama, n (%)	0	2 (1,9)	0,572
Cerrahi sonunda koagülasyon ihtiyacı, n (%)	12 (35,3)	29 (27,4)	0,376
İntraoperatif Komplikasyonlar, n (%)			
Komplikasyon yok	28 (82,4)	83 (78,3)	0,217
Kapsül perforasyonu	4 (11,8)	7 (6,6)	
Subtrigonal zayıflama	0	12 (11,3)	
Mesane mukozası hasarı	2 (5,9)	3 (2,8)	
Mesane perforasyonu nedeniyle açık onarım	0	1 (0,9)	
Clavien-Dindo Komplikasyon Sınıflaması, n (%)			
Yok	27 (79,4)	87 (82,1)	0,352
CD-1	4 (11,8)	9 (8,5)	
CD-2	2 (6,4)	7 (6,6)	
CD-3	0	3 (2,8)	
CD-4	1 (2,9)	0	
Foley Kateter Çekilme Süresi	2 (2-3)	2 (2-3)	0,674

Tablo 3

Tablo 3. Postoperatif Sonuçlar ve Takip Komplikasyonları

Postoperatif parametreler	Grup 1 (AUR+) n=34 (%24,3)	Grup 2 (AUR-) n=106 (%75,7)	p
Prostat Volümü, ml	19 (6.3-26.6)	20 (9-30)	0.499
PSA, ng/dl	0.34 (0.1-0.96)	0.65 (0.2-1.36)	0.130
IPSS skor	7 (4-10.3)	9 (5-13.3)	0.058
IPSS-QoL skor	1 (0-1.3)	2 (1-2)	**0.001**
Qmax, ml/s	17 (14-21)	18 (15-21.3)	0.649
PVR, ml	67.5 (40-92.5)	30 (12.3-50)	**<0.001**
Preoperatif-Postoperatif Parametrelerdeki Değişimler (Δ)			
Δ-ipss	16.5 (10.8-22.3)	11.5 (6-17.3)	**0.002**
Δ-ipss_QoL	4 (3-5)	3 (1-3.3)	**<0.001**
Δ-Qmax	16 (14-20.3)	10 (7-15)	**<0.001**
Δ-pvr	326 (128-502)	62.5(26-120)	**<0.001**
Post-op 1. Ay Komplikasyon, n (%)			
Yok	27 (79.4)	84 (79.2)	0.878
İnkontinans	7 (20.6)	20 (18.9)	
Üretral Darlık	0	1 (0.9)	
Gecikmiş Kanama	0	1 (0.9)	
Post-op 6. Ay Komplikasyon, n (%)			
Yok	32 (94.1)	95 (89.6)	0.506
İnkontinans	2 (5.9)	7 (6.6)	
Gecikmiş Kanama	0	4 (3.8)	

Sonuç: HoLEP, sonda bağımlı AUR hastaları için etkili bir tedavi seçeneğidir ve AUR olmayan hastalarla karşılaştırılabilir fonksiyonel sonuçlar sağlar. Cerrahiye kadar süren preoperatif kateterizasyon, cerrahi etkinliği veya postoperatif sonuçları olumsuz etkilememektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-054 (SUNUSUZ POSTER)

TOT, TVT ve Re-TOT Cerrahisi Sonrası Devam Eden Stres Üriner İnkontinans: Nadir ve Dirençli Bir Vaka

Doğucan Nuri Uğur[1], Kadir Böcü[1], Nurullah Altınkaya[1]

Doğucan Nuri Uğur / Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Stres üriner inkontinans (SÜİ), kadınlarda sık görülen pelvik taban disfonksiyonudur. Mid-üretral sling (MUS) cerrahisi, SÜİ tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. TOT (transobturator tape) ve TVT (tension free vajinal tape) yöntemleri, komplikasyon oranı düşük olması nedeniyle sıklıkla tercih edilir. Ancak tekrarlayan cerrahiler sonrası başarı şansı azalmakta ve komplikasyon riski artmaktadır. Bu bildiride, üç kez TOT bir kez TVT cerrahisi geçirmiş ve hala inkontinansı devam eden nadir bir vaka sunulmuştur.

Materyal ve metot: 62 yaşında kadın hasta, öksürük ve hapşırma ile idrar kaçırma şikayetiyle başvurdu. Urgency şikayeti mevcut değildi. Öyküsünde, son 10 yıl içinde iki kez TOT ve bir kez de TVT cerrahisi geçirmişti. En son operasyonu 2 yıl önce geçirmişti. Her operasyondan sonra kısa süreli düzelme olmuş, ancak semptomlar yeniden başlamıştı. Fizik muayenede valsalva ile stres test pozitif olarak görüldü. Ürodinamik inceleme teknik yetersizliklerden dolayı yapılamadı. Üroflowmetrik inceleme normal pattern olarak değerlendirildi ve pvr 20 cc olarak ölçüldü. Dördüncü TOT cerrahisi, deneyimli bir ekip tarafından gerçekleştirildi. Operasyon esnasında geçirilmiş cerrahilere bağlı konulan mesh materyalleri izlenmedi. TOT iğnesi geçişlerinde fibrozis sebebi ile cerrahi zorluklar yaşandı. Cerrahi sonrası erken dönemde subjektif iyileşme izlense de, 3. ay kontrolünde semptomlar nüks etti. Hasta şu anda konservatif tedavi ve pelvik taban rehabilitasyonu ile izlenmektedir.

Bulgular: TOT cerrahisi, ilk uygulamada yüksek başarı oranlarına sahiptir. Ancak tekrarlayan sling cerrahileri sonrası doku planlarının bozulması ve fibrozis başarısızlık riskini artırır. Literatürde üç ve üzeri MUS uygulaması sonrası başarısızlık oranları belirgin şekilde artmaktadır. Bu tür olgularda üretral mobilite ve destek dokuların durumu titizlikle değerlendirilmelidir. Alternatif tedavi seçenekleri (Burch, üretral bulking, yapay sfinkter) göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç: Tekrarlayan TOT cerrahileri sonrası başarı oranı azalmakta, komplikasyon riski artmaktadır. Cerrahi öncesi hasta detaylı bilgilendirilmeli ve alternatif tedavi seçenekleri sunulmalıdır. Bu olgu, çoklu başarısız TOT cerrahilerinin yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-055 (SUNUSUZ POSTER)

Stres Tip İdrar Kaçırma Cerrahi Tedavisinde Midüretral Sling Uygulamalarımız

Selim Yazar[1], Görkem Akça[1]

Selim Yazar / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Üriner inkontinans, her yaş grubunda bireylerin yaşam kalitesini son derece olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle kadın hastalarda 19. yüzyılın sonlarına doğru midüretra hipotezin tartışılmaya başlanması ile midüretral sling cerrahileri stres tip idrar kaçırmada oldukça ön plana çıkmıştır. Bu çalışmamızda 10 yıllık süre içerisinde kliniğimizde midüretral sling tekniği olan gerilimsiz transvajinal tape (TVT) operasyonu uygulanan hastalarının bilgilerinin ele alınması hedeflenmiştir.

Materyal ve metot: Recep Tayyip Üniversitesi Üroloji Kliniğinde 2013-2023 yılları arasında TVT operasyonu yapılan 53 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tıbbi verileri, komplikasyon bilgileri, post operatif nüks, post operatif işeme sonrası rezidü idrar miktarı ve takip süreleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 53,7 (30-72) idi. Operasyon yapılan hastaların (%68,75) en sık başvuru yakınması pür stres tip inkontinans olduğu belirlendi ve ortalama şikâyet süreleri 4,9±2,14 yıl idi. Ortalama doğum sayısı 2,8 olarak hesaplandı. Hastaların %38,4'ünde başta diyabetes mellitus, hipertansiyon ve dislipidemi olmak üzere kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Yapılan cerrahide ortalama süre 47,15±20,1 dakika olarak kaydedildi. Hastaların ortalama yatış süresi 1,77±3,95 gündü. İntraoperatif sadece 1 (%2,08) hastada yapılan kontrol sistoskopide mesane perforasyonu (perioperatif sling materyalinin mesaneden geçmesine bağlı) izlendi. Sling materyali aynı seansta çıkarılarak yeniden yerleştirildi ve 10 gün sondalı takip edilerek spontan iyileşme sağlandığı gözlendi. 2 (%4,41) hastada ise kan tranfüzyonu gerektirmeyen ve tampon uygulanarak şiddeti azalan vajinal kanama tespit edildi. 5 olguda (%9,4) yatış gerektirmeyen ve oral antibiyoterapi ile düzelen üriner sistem enfeksiyonu gelişti. Cerrahi sonrası ortalama 22 aylık (3-96) aylık takip sonucunda 40 olguda (%77,8) tam kuruluk, 4 olguda (%8,5) idrar kaçırmada azalma gözlendi. Post operatif 3.aydaki işeme sonrası rezidü idrar miktarı ortalama 39,6±10,1 olarak saptandı. Post operatif de novo urgency 4 (%7,5) hastada gelişti ve fakat urge inkontians izlenmedi.

Sonuç: Kadın stres inkontinansın cerrahi tedavisinde midüretral sling tekniği olan gerilimsiztransvajinal tape operasyonu yüksek kontinans ve düşük komplikasyon oranları ile oldukça etkin bir tedavi yöntemidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-056 (SUNUSUZ POSTER)

Tekrarlayan Üretra Darlıklarının Tedavisinde Üretroplasti Deneyimimiz

Kadir Emre Baltacı[1], İhsan Batuhan Demir[1], Tayyip Kılıçsokan[1], Mesut Altan[1], Naşide Mangır[1]

Kadir Emre Baltacı / Hacettepe Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Üretra darlıkları farklı coğrafyalarda farklı etiyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıksa da hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkilemektedir. Tekrarlayan darlıklarda internal üretrotomi/ dilatasyon tedavi edici olmadığı için kılavuzlar ilk başarısız internal üretrotomi/ dilatasyon sonrası hastalara üretroplasti önerilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde tekrarlayan üretra darlığı nedeniyle üretroplasti cerrahisi uygulanan hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Ağustos 2020 ile Ağustos 2025 tarihleri arasında merkezimizde üretraplasti yapılan 59 hasta retrospektif olarak incelendi. Preoperatif retrograd üretrogram ile tanı konularak dar segmentler tespit edildi. Hastaların klinik bilgileri, preoperatif ve intraoperatif verileri, uygulanan cerrahi teknik, postoperatif başarı ve komplikasyon durumu kaydedildi ve sonuçları değerlendirildi. Üretroplasti başarı postoperatif 3. 6. ve 12. aylarda yapılan fleksible sistoskopi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 49 (± 16) yıl ve ortanca takip süresi 5 (1-54) aydı. Ortanca yatış süresi 5 gün ve Erkek/Kadın 46/13 olarak bulundu. 6 hasta (%10,2) sekonder üretroplastiydi. Hastalar darlık sebeplerine göre sınıflandırıldığında 26 hasta (%44,1) iatrojenik, 17 hasta (%28,8) posttravmatik, 15 hasta (%25,4) idiyopatik ve 1 hasta (%1,8) konjenital nedenli olarak tespit edildi. Darlık lokalizasyonu 31 hastada(%52,5) bulber üretrada, 13 hastada(%22) membranöz üretrada, 15 hastada(%25,5) penil üretrada darlığı olduğu tespit edildi. Ortanca üretra darlık uzunluğu 2 cm olarak bulundu. Kullanılan tekniğe bakıldığında 31 hastaya (%52,5) uçuca anastomoz, 25 hastaya (%44) bukkal ve 3 hastaya (%3,5) penil greft uygulandı. 35 hastaya (%59,3) hastaya intraop sistostomi katateri takıldı ve katater ortanca 17 gün sonra çekildi. Üretral katater ise ortanca 21 günde çekildi. Genel başarı %72,9 olarak bulundu. Cinsiyetin, komorbitelerin, intraoperatif kullanılan tekniğin, darlığın üretradaki konumunun, postoperatif sonuçları etkilemediği görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ≤2cm darlıkların ve iatrojenik nedenle oluşan darlıklardan daha başarılı sonuçlar elde edildi. Üretroplasti sonrası nüks olan 1 hastaya perineal üretrostomi yapılırken diğer 15 hastaya internal

üretrotomi ve/veya üretral dilatasyon uygulundı.

Cerrahi Başarıyı Etkileyen Faktörler

	n (%)	Başarı %	P
Erkek	46 (%78)	%71,7	0,710
Kadın	13 (%22)	%76,9	
Primer	53 (%89,8)	%71,7	0,543
Sekonder	6 (%10,2)	%83,3	
Bulber	31 (%52,5)	%71	0,767
Memranöz	13 (%22)	%69,2	
Penil	15 (%25,5)	%80	
İatrojenik	26 (%44,1)	%84,6	0,147
Travma	17 (%28,8)	%64,7	
İdiyopatik	15 (%25,4)	%66,7	
Konjenital	1 (%1,8)	%0	
Uç uca anastomoz	31 (%52,5)	%74,2	1,000
Greftli onarım	28 (%47,5)	%71,4	
≤2cm	15 (%60)	%86,7	0,358
>2cm	10 (%40)	%70	

Sonuç: Üretraplasti cerrahisi çeşitli teknikler ile yapılabilmekle beraber deneyimli kliniklerde uygun hastalarda yüksek başarı oranı ile uygulanabilecek bir cerrahidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-057 (SUNUSUZ POSTER)

Fonksiyonel Barsak Hastalıkları ile Ürodinamik Bulguların İlişkisi: Retrospektif Değerlendirme

Yiğit Kudret Akyol[1], Oğulcan Alan[1], Alpcan Torun[1], Oğuz Türkyılmaz[1], Fatih Tarhan[1], Burcu Hancı Sevinç[1]

Yiğit Kudret Akyol / SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Embriyolojik olarak aynı kökenden kaynaklanan ve nöral bağlantısı olan alt üriner ve gastrointestinal organlarda fonksiyonel bozukluğun bir diğerini etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmada, ürodinamik inceleme yapılan, idrar kaçırma ve boşaltım semptomları olan hastalarda fonksiyonel barsak hastalıklarının sıklığını ve bunların mesane dolum ve boşaltım fazı bozuklukları ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metot: 2019-2025 yılları arasında idrar kaçırma ve boşaltım semptomları ile ürodinamik inceleme yapılan 18-92 yaş aralığındaki 1152'si kadın, 701'i erkek toplam 1853 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların fekal inkontinansı Cleveland fekal inkontinans sorgulama formu ile, fonksiyonel barsak hastalıkları Roma-4 kriterlerine göre değerlendirildi. Hastaların alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesi ICIQ-SF, OAB-V8, BF-LUTS, IPSS sorgulamaları ile yapıldı. Hastalara ürodinamik çalışma, ICS (Uluslararası Kontinans Derneği) standartlarına uygun olarak yapıldı. Verilerin istatistiği SPSS programı ile yapıldı. Fonksiyonel barsak hastalıkları ile mesane dolum ve boşaltım fazı bozuklukları arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirilen 1152 kadın hastanın yaş ortalaması 53,30 ±13.11 olarak saptandı. Kadın hastaların %42,5'inde konstipasyon (n=490), %7,3'ünde irritabl barsak sendromu (İBS) (n=84), %11,4'ünde fekal inkontinans (n= 131) olduğu görüldü. Değerlendirilen 701 erkek hastanın yaş ortalaması 55,53 ±16.88 olarak bulundu. Erkek hastaların %35,5'inde konstipasyon (n=249), %5,8'inde İBS (n=41), %10,3'ünde fekal inkontinans (n=72) olduğu görüldü. Ürodinamide detrüsör aşırı aktivitesi saptanan kadın ($p < 0.0001$) ve erkek ($p = 0.03$) hastalardaki konstipasyon oranları stres ve karışık idrar kaçıran gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna karşın, bu hasta gruplarında her iki cinsiyette de fekal inkontinans ve İBS açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir. Basınç akım çalışması bulgularına göre çıkım tıkanıklığı ve az kasılan detrüsör gruplarında fonksiyonel barsak hastalıkları

yönünden cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmamıza göre, detrüsör aşırı aktivitesi bulunan hastalarda tedavi ve takip sürecinde fonksiyonel barsak hastalıklarının özellikle konstipasyonun eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Konunun daha net ortaya konulabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-058 (SUNUSUZ POSTER)

Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Fonksiyonel Sonuçların Değerlendirilmesi

Cemil Aydın[1], Alpkon Torun[1], Furkan Yazıcı[1], Mustafa Serdar Çağlayan[1], Musa Ekici[1], Mehmet Murat Baykam[1]

Alpkon Torun / Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Prostat kanseri (PCa) erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanserdir. 2020 yılında dünya genelinde yaklaşık 1.4 milyon kişiye tanı konulmuştur. Radikal prostatektomi, prostat kanserinin tedavisinde etkili olmakla birlikte erektil disfonksiyon ve inkontinans gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonrası hastalarda erektil fonksiyon ve kontinans durumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Nisan 2021–Temmuz 2025 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle LRP yapılan 61 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, perioperatif ve postoperatif sonuçlar değerlendirildi. Erektil fonksiyon için IIEF-5 anketi uygulandı. Kontinans değerlendirmesinde postop 1., 3. ve 9. aylar ele alındı. Günde 1 ped ve daha az idrar kaçırması olan hastalar kontinan kabul edildi. Tüm veriler retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,7 (49–78), ortalama prostat hacmi 57,3 mL, ortalama BMI 27,4 (19–36) idi. Ortalama operasyon süresi 160.9±21 dk, ortalama vezikoüretrostomi süresi 30,4 dk, ortalama kan kaybı 220±110 mL idi. Postop ortalama yatış süresi 4,5 gün, sonda çekilme süresi 11,6 gün olarak bulundu(Tablo-1). Taburculuk sonrası takipte erektil disfonksiyon oranı %80, Nörovasküler demet(NVB) korunan grupta İİEF ortalaması 21, NVB korunmayanlarda 9,7 idi. Postop 9. ayda kontinans oranı %82, preop kontinansı tam olanlarda ise %90 idi (Tablo-2).

Tablo:1 Hastaların Demografik ve Operatif Özellikleri

Değişken	Sonuç
Yaş ortalaması	65,7 (49–78)
Prostat hacmi (mL)	57,3 (20–155)
BMI	27,4 (19–36)
Operasyon süresi (dk)	160.9±21
Kan kaybı (mL)	220±110
Yatış süresi (gün)	5,5
Sonda çekilme süresi (gün)	11,6
Dren çekilme süresi (gün)	4,3

Tablo:2 Fonksiyonel Sonuçlar

Fonksiyonel Parametre	Sonuç
Preop IIEF ortalaması	19,8 (6–30)
Postop IIEF ortalaması	9,7 (2–26)
Erektil disfonksiyon oranı	%80
NVB korunanlarda IIEF	21 (15–26)
Kontinans 1. ay	%23
Kontinans 3. ay	%65
Kontinans 9. ay	%82 (preop inkontinansı olmayanlarda %90)

Sonuç: Laparoskopik radikal prostatektomi öğrenim eğrisi yüksek ve deneyim gerektiren bir prosedürdür. Postoperatif komplikasyonlardan en önemlileri inkontinans ve erektil disfonksiyondur. Literatürde sinir koruyucu cerrahinin erektil fonksiyonun korunmasında büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Tsui ve ark. 431 hasta serili çalışmasında sinir koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda hem ereksiyon hem kontinansın daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Postprostatektomi inkontinansta cerrahi dışı tedavilerle %90'ları bulan kontinans oranları literatürde bildirilmektedir, çalışmamızdaki kontinan hasta oranı literatür ile benzerdir. Çalışmamızda da NVB korunan grupta erektil fonksiyonun daha iyi olduğu görülmüştür(p=0.01). Cerrahi planlamada bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahi sonrası yakın hasta takibi onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar ve de yaşam kalitesi(QoL) için kritik önem arz eder.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-059 (SUNUSUZ POSTER)

Stres Üriner İnkontinans Hastalarında Eşlik Eden Urge Tip Üriner İnkontinans Varlığına Etki Eden Faktörler

Muhammed Cihan Temel[1]

Muhammed Cihan Temel / Nevşehir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Nevşehir, Türkiye

Giriş: Stres üriner inkontinans (SÜİ) hastalarında eşlik eden urge tip üriner inkontinans da olmasına etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Eylül 2022 ile Mart 2025 tarihleri arasında üriner inkontinans nedeniyle üroloji polikliniğimize başvuran toplam 180 erişkin hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Merkezimizde stres veya miks tip üriner inkontinans tanısı almış olmak, Q tip testte en az 30 derece üretral hipermobiliteye sahip olmak, halihazırda herhangi bir tip üriner inkontinans medikal tedavisi almıyor olmak olarak belirlendi. Çalışmadan dışlama kriterleri; Salt urge tip üriner inkontinansa sahip olmak, daha önce herhangi bir üriner inkontinans tipi için cerrahi tedavi geçirmiş olmak, üriner inkontinans semptomlarına eşlik eden üriner sistem enfeksiyonuna sahip olmak, alt üriner sistem semptomlarını etkileyebilecek nöroürolojik herhangi bir hastalığa sahip olmak olarak belirlendi. Dışlama kriterleri uygulandıktan sonra, toplam 48 hasta istatistiksel analiz için uygun bulunarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların salt stres veya miks tip üriner inkontinansa sahip olma durumunun bağımlı değişken, diğer tüm parametrelerin ise öncesinde ayrı ayrı ve sonrasında birlikte bağımsız değişkenler olarak alındığı seri ikili (Binary) regresyon analizlerinde, hangi parametrelerin SÜİ hastalarında urge tip üriner inkontinans da bulunmasına etki ettiği araştırıldı.

Bulgular: Vaka serimizde toplamda 25 (%52,10) hastada salt SÜİ, 23 (%47,90) hastada miks tip üriner inkontinans mevcuttu. Tüm parametreler ve istatistiksel veriler Tablo 1'de verilmiştir. Seri binary regresyon analizi sonuçlarımız; Hastalarda artan sistosel derecesinin, menapoz, hipotiroidizm ve sigara kullanımı varlığının salt stres üriner inkontinansa sahip olma olasılığını istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttırdığını göstermiştir ($p > 0,05$, Tablo 1). Artan yaş, artan rektosel derecesi, diyabet ve hipertansiyon varlığı ise hastalarda miks tip üriner inkontinansa yatkın olma olasılığını arttırmıştır ($p > 0,05$, Tablo 1).

Tablo 1: Üriner inkontinans tipinin (SÜİ veya miks tip üriner inkontinans) bağımlı değişken, diğer tüm parametrelerin bağımsız değişken olarak alındığı binary regresyon analizinin nihai sonuçları

		β değeri	p değeri	Odds oranı	β için %95 güven aralığı
Yaş (Yıl) (Ort ± SS)	51.41 ± 1.41	0.28	0.617	1.029	0.921 - 1.148
Menapoz, n (%)	Var: 27 (%56.3) Yok: 21 (%43.7)	-1.188	0.261	0.305	0.038 - 2.418
Diyabet, n (%)	Var: 10 (%20 .8) Yok: 38 (%79.2)	0.154	0.866	1.167	0.193 - 7.041
Hipertansiyon, n (%)	Var: 20 (%41.7) Yok: 28 (%58.3)	1.168	0.130	3.215	0.709 - 14.575
Hipotiroidizm, n (%)	Var: 7 (%14.6) Yok: 41 (%85.4)	-0.691	0.451	0.501	0.083 - 3.017
Sigara Kullanımı, n (%)	Var: 2 (%4,2) Yok: 46 (%95,8)	-0.763	0.635	0.466	0.020 - 10.872
Sistosel Evresi [Median (IQR)]	1 (0 - 2)	-0.047	0.879	0.954	0.523 - 1.740
Rektosel Evresi [Median (IQR)]	0 (0 - 2)	0.069	0.834	1.072	0.561 - 2.047

*SS: Standart sapma, *Ort: Ortalama, *IQR: Çeyreklik aralığı

Sonuç: Yaş, artan rektosel derecesi, diyabet ve hipertansiyon varlığı SÜİ hastalarında urge tip üriner inkontinansın da eşlik etme olasılığını istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttırmıştır. Artan vaka sayılarıyla yapacağımız yeni istatistiklerle daha anlamlı sonuçlar elde edeceğimize inanıyoruz.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-060 (SUNUSUZ POSTER)

Aşırı Aktif Mesane Semptomları İle Başvuran Kadınlarda Menapozun İnflamasyon Belirteçleri Üzerine Etkisi

İlker Karabuğa[1], Güven Üstün[2], Ali Rodoplu[3], Fatih Ekren[4]

İlker Karabuğa / İzmir Aliağa Devlet Hastanesi.Üroloji Kliniği

Giriş: Aşırı aktif mesane olgularında inflamasyon belirteçlerinde artış olduğu bilinmektedir. Mevcut çalışmamızda aşırı aktif mesane tanılı kadınların menapoz durumuna göre inflamasyon belirteçlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Materyal ve metot: Aşırı aktif mesane yakınmaları ile poliklinik başvurusunda bulunan 18 yaş üzeri kadın hastalar retrospektif olarak değerlendirilmek üzere çalışmaya dahil edildi. Kişilerin demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri kaydedildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 51,22±13,177 yıl olan 109 kadın hasta çalışmaya alındı. Hastaların aşırı aktif sorgulama formu v8 (OAB v8) skoru ortalaması 25,83±9,508 olarak bulundu. Hastaların C-reaktif protein (CRP), nötrofil lenfosit oranı (NLR), platelet lenfosit oranı (PLR) ve sistemik immun-inflamasyon indeksi (SII) (103/µL) ortalamaları sırası ile 5,40±6,052 mg/L; 2,09±1,248; 130,14±51,617; 594,30±398,583 olarak hesaplandı. Hastaların 33'ü premenapozal dönemde iken 76 hasta ise postmenapozal dönemde idi. Menapoz dönemlerine göre gruplandırılan hastaların karşılaştırılması sonucunda OABv8 skoru (p=0,103) ve CRP (p=0,322) değerlerinde anlamlı fark saptanmadı. NLR (p=0,012), PLR (p=0,001) ve SII (p=0,001) premenapozal dönemde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo-1).

HASTALARIN İNFLAMASYON BELİRTEÇ SONUÇLARI

	Premenapoz(33)	Postmenapoz(76)	p
CRP(mg/L)	4,60±5,022	5,74±6,449	0,322
NLR	2,53±1,128	1,90±1,256	0,012
PLR	152,03±40,893	120,63±53,111	0,001
SII (103/µL)	760,17±286,214	522,28±420,068	0,001
OABv8skoru	23,70±8,454	26,76±9,839	0,103

Sonuç: Menapoz durumu aşırı aktif mesane semptomları varlığında inflamasyon belirteçlerini etkilemektedir. Yapılacak olan çalışmalarda bu durum dikkate alınmalıdır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-061 (SUNUSUZ POSTER)

Erkek stres üriner inkontinansında penil klemp tedavisinin etkinliği

Burak YILMAZ[1]

Burak YILMAZ / Osmaniye Devlet Hastanesi

Giriş: Prostat cerrahisi sonrası stres üriner inkontinans önemli sayı ve oranda görülmektedir. Zaman içerisinde cerrahi tekniklerde birçok yenilik olmuş olsa da post-prostatektomik inkontinans, operasyon yapılan hasta sayısının da artması nedeni ile hala görece olarak yüksektir.Konservatif yöntemler ile tedavinin başarısız olduğu durumlarda hastalar için yapılabilecek birkaç seçenek kalır; ek cerrahi müdahale, hasta alt bezi veya kalıcı üretral mesane sondası, penil klemp(üretra kompresyon) tedavisi. Erkeklerde orta ve şiddetli tip stres inkontinansı tedavisinde artifisiyel sfinkter implantasyonu operasyonu altın standarttır. Ancak yüksek maaliyet ve hastaların ek cerrahi girişimden kaçınmak istemeleri, hasta alt bezi ve sonda gibi tedavileri sosyal endikasyon açısından tercih etmek istememeleri anlaşılabilir. Bu grup hastalar penil klemp uygulaması için adaydır. Bu çalışma erkek stres üriner inkontinasında penil klembin etkinliği ve kullanılabirliğini saptamayı amaçlamaktadır.

Materyal ve metot: Bu çalışma, tek gruplu ön test-son test yarı deneysel prospektif tasarımda, Nisan 2023-Şubat 2025 tarihleri arası Osmaniye Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Üroloji Polikliniği'ne stres üriner inkontinans ile başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü 21 hastanın; demografik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, İnkontinans Etki Anketi(IQQ-7) puanları bazal ve penil klemp tedavisi kullanımı 1.ay ve 6. Ay olmak üzere üç aşamada izlenmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; Pearson korelesyonu ve iki yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.



Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 68,09 idi. İnkontinans; 18 hastada radikal prostatektomi, 2 hasta tur-p ve 1 hastada travmaya bağlı pelvik cerrahi operasyonu sonucu oluşmuştu. Ortalama tedaviye başlama süresinin operasyondan 21 ay sonra olduğu tespit edildi. 12 hasta ilk izlemde, 17 hasta 2. izlemde cihazın kullanımının kolay olduğu belirtti. Hastaların tamamı ilk ve ikinci izlemlerde cihazı kullanırken kendilerini daha güvende hissettiklerini ve hayat kalitelerinde artış olduğunu belirtti. Hastaların altı aylık süreçte zamanla IIQ-7 toplam puan ortalamasında anlamlı iyileşme olduğu bulunmuştur($p < 0.05$). Hastaların tedavi öncesi bazal izlem ortalama IIQ-7 puanı 14,28, 1. ay yapılan ilk izlemde 8,57 ve 6. ay yapılan ikinci izlemde 4,76 bulundu. İlk izlemde penil klemp kullanımına bağlı komplikasyon tespit edilmezken, ikinci izlemde 6 hastada penil klemp kullanımına bağlı ciltte abrazyon oluştuğu tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışma, penil klemp(üretra kompresyon cihazı) kullanan erkeklerin İnkontinans Etki Anketi(IIQ-7) puanlarının önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Penil klemp kullanımı stres üriner inkontinansı olan erkeklerde hayat kalitesi ve ruhsal sağlığı olumlu etkilemektedir. Özellikle cerrahi tedaviden kaçınan veya düşkün hastalarda alternatif tedavi olarak tercih edilebilir. Tedavinin uzun dönem kullanılabilirliği, etki ve yan etki profilini değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-062 (SUNUSUZ POSTER)

Bordeaux Yöntemi İle Yapılan Ortotopik Mesane Rekonstriksüyonu ve Radikal Sistektomi Operasyonu

Fırat Çağlar Budak[1], Yalçın Kızılkan[1], Cüneyt Özden[1]

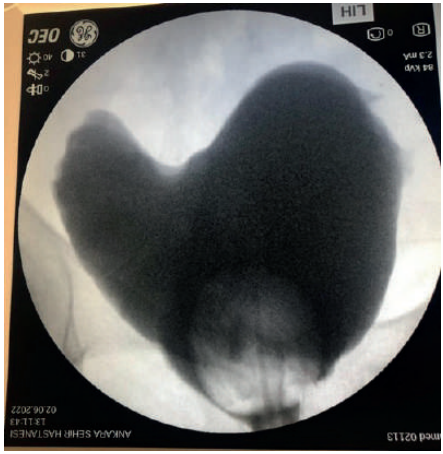
Fırat Çağlar Budak / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Kas invaziv mesane kanserinde radikal sistektomi standart tedavi yöntemidir. Robot yardımlı radikal sistektomi (RARP) ile birlikte intrakorporeal ortotopik mesane rekonstrüksiyonları giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bordeaux yöntemi, kontinans ve fonksiyonel sonuçlar açısından öne çıkan tekniklerden biridir. Bu bildiride renal hücreli karsinom ve mesane tümörü birlikteliği olan bir olguda RARP ve Bordeaux yöntemi ile yapılan intrakorporeal ileal neobladder deneyimimiz sunulmaktadır.

Materyal ve metot: Hastamız 57 yaşında erkek olup, Temmuz 2024'te hematüri ile başvurdu. BT'de sol böbrekte 7 cm ve mesanede 4 cm kitle saptandı. Ağustos 2024'te sol laparoskopik radikal nefrektomi ve TUR-MT uygulandı. Patoloji şeffaf hücreli RCC ve kas invaziv ürotelyal karsinom ile uyumluydu. 4 kür neoadjuvan kemoterapi sonrası Ocak 2025'te sinir koruyucu robotik radikal sistektomi ve Bordeaux tekniği ile intrakorporeal ileal neobladder yapıldı. Hasta 30° Trendelenburg pozisyonunda opere edildi. Dört robotik ve bir asistan trokarı kullanıldı.

Bulgular: Toplam konsol süresi 6,5 saat olup, radikal sistektomi 2 saat, pelvik lenf nodu diseksiyonu 1 saat, neobladder rekonstrüksiyonu 3,5 saat sürdü. İntraoperatif kanama 200 mL idi. Hastanede yatış süresi 8 gün oldu. Üretral ve DJ kateterler postoperatif 1. ayda çekildi. Patoloji raporu pT2N0, R0 olarak bildirildi. Postoperatif 3. ayda hasta hafif derecede gündüz ve gece inkontinans (günde 1 ped) göstermekteydi. 5 mg tadalafil tedavisi ile orta derecede erektil disfonksiyon (IIEF-15 skoru: 15) izlendi.

sistogram



Sonuç: Robot yardımlı radikal sistektomi ve Bordeaux yöntemiyle yapılan intrakorporeal ileal neobladder, uygun olgularda güvenle uygulanabilen, düşük kan kaybı ve kabul edilebilir fonksiyonel sonuçlar sunan bir tekniktir.

giriş yerleri



2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-063 (SUNUSUZ POSTER)

Rahim İçi Araçların Mesaneye Migrasyonu: Olgu Sunumu

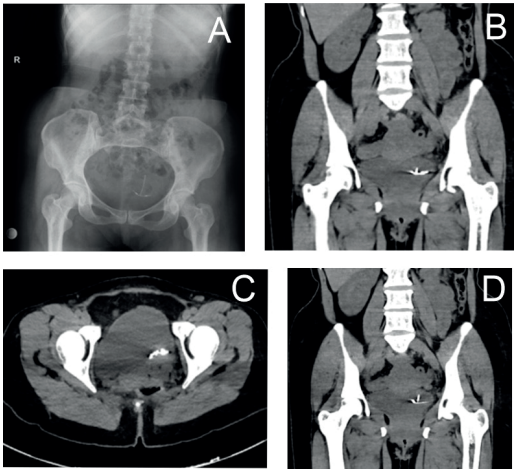
TURAN ÖZTEKİN[1], ZİHNİ CAN DAĞDEVİREN[1], HARUN BAL[2], ENGİN DEREKÖYLÜ[1], HASAN DELİKTAŞ[1]

ZİHNİ CAN DAĞDEVİREN / Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Üroloji Anabilimdalı

Giriş: Kontraseptif bir yöntem olan rahim içi araçlar (RİA) tüm dünyada yaygın olarak kullanılmakta olup komplikasyon insidansı düşüktür. Komplikasyonlar genellikle ciddi değildir. En ciddi komplikasyonlardan biri uterin perforasyonudur. Perforasyon sonrasında RİA abdominopelvik boşluğa ve/veya komşu yapılara migre olabilir.Rahim içi araçlar (RİA) yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanması sebepleri arasında basit olması, etkili ve güvenli olmaları bulunmaktadır. Ağrı, kanama, dismenore, hipermenore ve pelvik enfeksiyon RİA'nın yaygın komplikasyonları arasında bulunur. Literatürde bildirilen RİA göçünün insidansı oldukta düşük olup %0,1 ila %0,9 arasında değişkenlik göstermektedir. 46 yaşında kadın hasta dizüri şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Dizüri şikayeti başvurusundan yaklaşık 1 ay önce başlamış olup eşlik eden ek şikayeti bulunmamaktaydı. RİA 2015 yılında dış merkez hastanede takılmış ve hasta rutin takiplerine devam etmemiş.

Materyal ve metot: Hastanın çekilen üriner ultrasonografisinde mesane tabanında büyüğü 16 mm çapında olmak üzere 3-4 adet taş ekojenitesi izlendi.Direk üriner sistem grafisi çekilen hastanın grafisinde pelvik bölgede T formunda RİA şüpheli görünüm izlendi.Hastanın çekilen kontrastsız abdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde RİA'nın T parçası mesane içinde izlendi. Ek pelvik patoloji ve taş görülmedi.

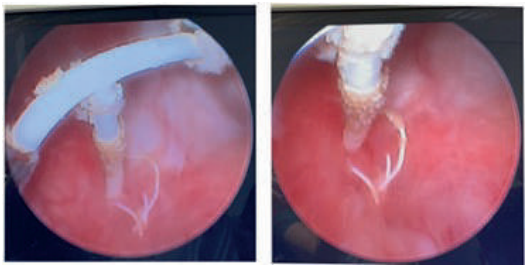
Direk Üriner Sistem Grafisi ve Bt Görüntüleri



A: Vakanın direk üriner sistem grafisi görüntüsü, B,C,D: Vakanın tomografi görüntüleri

Bulgular: Sistoskopide mesane içerisinde T şeklinde, alt ucu mesane karşı duvar ve sol yan duvar bileşkesinde mesane duvarı içerisinde bulunan taşlaşmış rahim içi araç izlendi.Sistoskopi altında çıkartılmaya çalışıldı fakat hastanın işlemi tolere edememesi nedeniyle işlem sonlandırıldı.Hastaya 16.04.2025 tarihinde spinal anestezi altında mesaneden yabancı cisim(ria) çıkarılması + endoskopik sistolitotripsi operasyonu yapıldı. Rahim içi araç alt ucu karşı duvar sol yan duvar bileşkesinde mesane duvarı içerisinde izlendi. Rahim içi aracın T ucu kalsifiye ve taşlaşmış izlendi. Takiben nefroskopla girildi. İzlenen taşlar forceps yardımıyla fragmante edildi. Takiben forceps yardımıyla rahim içi araç çıkartıldı ve dışarı alındı. Komplikasyon olmadı, üriner katater konularak işlem sonlandırıldı.

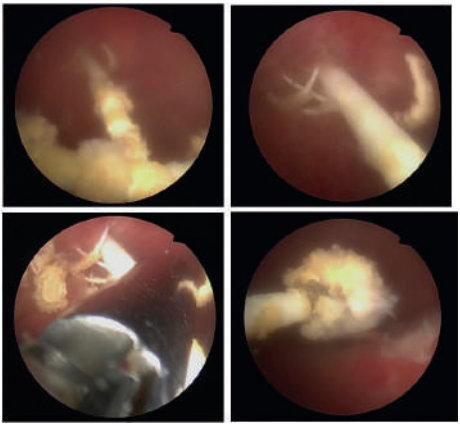
Sistoskopi Görüntüleri



Vakanın Sistoskopi Görüntüleri

Sonuç: Sonuç olarak RİA yerleştirilen hastalar düzenli olarak takip edilmelidir. RİA kaybolma öyküsü olan hastalarda, RİA migrasyonunu ekarte etmek için direk üriner sistem grafisi ve abdominopelvik grafi çekilmelidir. Dizüri, hematüri, urgency, sık idrara çıkma şikayetleri bulunan kadın hastaların anamnezinde RİA kullanımı sorgulanması akılda bulundurulmalıdır. Bu tip vakaların sayısı az olsa da farkındalık açısından önem arz etmektedir.

Vakanın operasyon görüntüleri



Vakanın operasyon görüntüleri

2003
KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-064 (SUNUSUZ POSTER)

İnkontinansı Olan Kadınlarda Önerilen Pelvik Taban Egzersizlerinin Anlaşılabilirlik ve Yapılabilirliğinin Değerlendirilmesi

Görkem AKÇA[1], Selim YAZAR[1]

Selim YAZAR / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pelvik taban kas egzersizleri (PKE), üriner inkontinans tedavisinde ilk basamak olarak önerilen, maliyetsiz ve yan etkisiz bir yaklaşımdır. Pelvik taban kas gruplarının kasılması, kuvvetlenmesi ve dayanıklılığının artırılması prensibi ile inkontinansın önlenmesi amaçlanmaktadır. Ancak bu egzersizlerin etkinliği, hastaların egzersizleri doğru anlamalarına ve düzenli olarak uygulamalarına bağlıdır. Bu çalışmada, inkontinansı olan kadın hastalara önerilen PKE'lerin anlaşılabilirliği ve yapılabilirliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Kliniğimizde Ocak 2025-Haziran 2025 tarihleri arasında, polikliniğe başvuran ve stres, urge veya miks tipte üriner inkontinans tanısı almış 18-70 yaş arası 250 kadın hasta çalışmaya dâhil edildi. Yaş (genç yaş, orta yaş ve ileri yaş), eğitim düzeyi (ilkokul-ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu) ve inkontinans tipi (stres, urge ve mikst tip) olmak üzere gruplar oluşturuldu. Katılımcılara standart bir eğitim broşürü eşliğinde PKE eğitimi verildi. Eğitimin ardından 4 haftalık ev programı planlandı. Dört hafta sonunda yapılan geri çağırma vizitinde hastalara yapılandırılmış bir anket uygulanarak; egzersizlerin anlaşılırlığı (ölçekli sorularla) ve uygulanabilirliği (düzenli yapıp yapmadığı, zorlanma düzeyi vb.) değerlendirildi. Yaş, eğitim düzeyi ve inkontinans tipine göre gruplar karşılaştırılarak anlamlılık düzeyi araştırıldı.

Bulgular: Katılımcıların %84'ü egzersiz tarifini "anlaşılır" veya "çok anlaşılır" olarak değerlendirdi. Ancak yalnızca %62'si önerilen egzersizleri haftada en az 5 gün düzenli olarak uyguladığını belirtti. Egzersiz yapmayanların %45'i unutma, %30'u ise "nasıl yapılacağını unuttuğunu" ifade etti. Eğitim sonrası uygulamalı gösterim yapılan grupta yapılabilirlik oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0.05$). Egzersizlerin hem anlaşılabilirliği hem de uygulanabilirliği yaş ve eğitim düzeyi ile anlamlı düzeyde ilişki bulunurken ($p < 0.05$), inkontinans tipi ile anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Pelvik taban egzersizleri genel olarak hastalar tarafından anlaşılır bulunsa da, uygulama oranları beklenenden düşüktür. Egzersizlerin sürdürülebilirliği için uygulamalı eğitim ve takip vizitleri önerilmektedir. Bu bulgular, inkontinans tedavisinde hasta eğitiminin kalitesinin ve yönteminin önemini vurgulamaktadır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-065 (SUNUSUZ POSTER)

Multiparametrik Prostat MRG ile Ölçülen Transizyonel Zon Hacmi ile HoLEP Sonrası Çıkarılan Prostat Dokusu Ağırlığı Arasındaki Korelasyon: Tek Merkezli 20 Hastalık Serinin Değerlendirilmesi

Fatih Yıldız[1], Bülent Önal[1], Sinharib Citgez[1], Mehmet Hamza Gültekin[1], Feyyaz Irmak[1], Nurettin Fatih Erdoğan[1], Hamdi Özkara[1]

Fatih Yıldız / İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş: Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (MPMR), benign prostat hiperplazisinin (BPH) anatomik değerlendirilmesinde önemli bir araç haline gelmiştir. Özellikle transizyonel zon (TZ) hacminin doğru ölçümü, cerrahi planlamada yol gösterici olabilir. Holmium Lazer ile Prostat Enükleasyonu (HoLEP), BPH tedavisinde giderek artan oranda tercih edilen minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu çalışmada, MPMR ile preoperatif olarak ölçülen TZ hacmi ile HoLEP sonrası çıkarılan prostat dokusu ağırlığı (gram) arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmadaki amaç preoperatif mp-MRG ile ölçülen transizyonel zon hacmi ile HoLEP sırasında çıkarılan gerçek prostat dokusu ağırlığı arasındaki korelasyonu değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Ocak 2025 – Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde HoLEP uygulanan ve operasyon öncesinde mp-MRG yapılan toplam hasta retrospektif olarak değerlendirildi. MRG görüntülemeleri 3T cihaz ile elde edildi. Transizyonel zon hacmi, T2 ağırlıklı aksiyel kesitlerde elipsoid formül kullanılarak hesaplandı:Hacim (mL) = Anteroposterior x Transvers x Kraniokaudal x 0.52. HoLEP sırasında çıkarılan doku, morselasyon sonrası hassas terazide tartılarak gram cinsinden kaydedildi. TZ hacmi ile çıkarılan doku gramı arasındaki korelasyon istatistiksel olarak Pearson korelasyon testi ile analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,25 ± 6.83, ortalama total prostat hacmi 75,75 ± 26.46 mL ve ortalama TZ hacmi 53,23 ± 23 mL olarak hesaplandı. HoLEP sırasında çıkarılan ortalama prostat dokusu ağırlığı 36.12 ± 19.59 gram olarak ölçüldü.Bununla birlikte, 5 hastada TZ hacminin %10'un üzerinde sapma gösterdiği, bu olgularda MRG ile hacim ölçümünde düzensiz kontur ve artefaktların etkili olduğu gözlendi.



Sonuç: Multiparametrik MRG (mp-MRG) ile ölçülen transizyonel zon (TZ) hacminin, HoLEP ile çıkarılacak doku miktarını yüksek doğrulukla öngörebildiği gösterilmiştir. TZ hacmi, cerrahi öncesi planlama, hasta bilgilendirme ve beklenti yönetimi açısından güvenilir bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda preoperatif mp-MRG'de ölçülen TZ hacminin, HoLEP ile çıkarılan doku miktarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın, lazerin oluşturduğu yüksek ısıya bağlı doku kaybından veya enükleasyon ve morselasyon sırasında küçük doku parçalarının kaybolmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, merkezimizde HoLEP cerrahisinin henüz öğrenme eğrisinin erken döneminde uygulanıyor olması, her vakada TZ'nin tamamının çıkarılamamış olabileceğini akla getirmektedir. Tüm sınırlamalara rağmen, bu sonuçlar HoLEP öncesi mp-MRG kullanımının değerini desteklemekte olup, daha geniş hasta serileri ve prospektif çalışmalarla bu ilişkinin daha net ortaya konabileceği kanaatindeyiz.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-066 (SUNUSUZ POSTER)

Kontinü Vezikoüretral Anastomoz İle Açık Radikal Prostatektomide Anastomoz Darlığı Riski Azaltılabilir Mi?

Sezer Sevinçoğlu[1], Alp Akyol[1], Mustafa Serdar Kalemci[1], Adnan Şimşir[1], Kasım Emre Ergün[1]

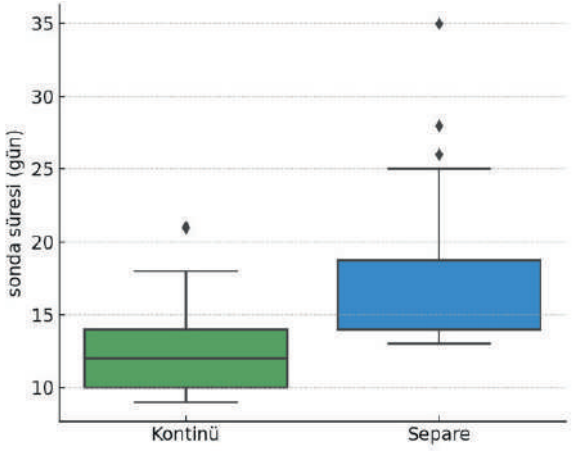
Sezer Sevinçoğlu / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Açık radikal prostatektomide vezikoüretral anastomoz için en yaygın kullanılan yöntem 4 veya 6 kadrandan separe anastomoz tekniğidir. Kontinü anastomoz ise özellikle minimal invaziv cerrahi yöntemlerin yaygınlaşması ile ön plana çıkmış ve bu operasyonlarda daha sık tercih edilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte, açık cerrahi uygulamalarında kontinü anastomozun kullanımı sınırlı kalmıştır. Radikal prostatektomi sonrası görülebilen anastomoz darlığı, hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli geç komplikasyonlardan biridir. Bu çalışma ile, aynı cerrah tarafından uygulanmış kontinü ve separe anastomoz teknikleri karşılaştırılarak, kontinü anastomozun açık radikal prostatektomide de güvenli ve etkin biçimde uygulanabilirliğinin, özellikle anastomoz darlığı açısından potansiyel avantajlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Çalışmaya 2020-2025 yılları arasında açık radikal prostatektomi yapılan toplam 105 hasta dahil edilmiştir. Hastalar operasyon sırasında kullanılan anastomoz tekniğine göre kontinü anastomoz (grup 1) (n=47) ve separe anastomoz (grup 2) (n=58) olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm operasyonlar tek cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik ve onkolojik özellikleri kaydedilmiş, postoperatif takiplerde gelişen vezikoüretral anastomoz kaçakları ve darlıkları incelenmiştir. Darlık tanısı klinik bulgulardan şüphelenilerek yapılan endoskopik değerlendirme ile doğrulanmıştır.

Bulgular: Hasta grupları karşılaştırıldığında ortalama hasta yaşı separe grupta daha genç (66,4; 64,1 p=0,040), PSA, (16 ng/mL; 11 ng/mL, p=0,85) prostat volümü (47,2mL; 53,3 mL, p=0,11) ve negatif cerrahi sınır oranları (%60; %75,9, p=0,29) her iki grupta benzer saptanmıştır. Her iki grupta da en sık görülen patolojik evre pT3a olup (%46,8; %65,5), en yaygın Gleason grade grubu ise 3+4 olarak saptandı (%31,9; %48,3 p=0,35). Sonda süresinin kontinü grupta anlamlı derecede daha kısa olduğu (ort.12,3; 16,5 p < 0,001), anastomoz kaçağı açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı (%2,1; %6,9 p=0,38) görülmüştür. Kontinü anastomoz grubunda 47 hastanın hiçbirinde anastomoz darlığı gelişmemiştir (%0). Separe anastomoz grubunda 58 hastanın 4'ünde (%6,9) darlık saptanmıştır. Bu hastalarda mesane boynu insizyonu (%25) veya rezeksiyonu (%75) uygulanmıştır. Gruplar arasında darlık gelişme oranlarına bakıldığında mevcut hasta sayısıyla istatistiksel anlamlı olmasa da kontinü anastomoz grubu daha avantajlı görünmektedir (p=0,126).

Kontinü ve separe grupların sonda süresi dağılımı



Anastomoz tekniklerine göre darlık oranları

Anastomoz Tekniği	Toplam Hasta (n)	Darlık Yok (%)	Darlık Var (%)
Kontinü	47	47 (100)	0 (0)
Separe	58	54 (93,1)	4 (6,9)

Sonuç: Bu çalışmada kontinü vezikoüretral anastomozun açık radikal prostatektomide standart olan separe tekniğe kıyasla postoperatif dönemde anastomoz darlığı riskini azalttığı gösterilmektedir. Bu bulgu, kontinü anastomozun daha düzgün doku iyileşmesi sağlayarak anastomoz hattında skar oluşumunu sınırlayabileceğini göstermektedir. Anastomoz darlığının önlenmesi, hastaların fonksiyonel iyileşmesi ve yaşam kalitesine doğrudan katkı sunmaktadır. Daha geniş serilerle yapılacak prospektif çalışmalar, bu bulguların daha güçlü şekilde doğrulanmasına katkı sağlayacaktır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-067 (SUNUSUZ POSTER)

Kadın Hastalarda İdrar Tetkiki ve NAAT Sonuçlarının Karşılaştırılması: 2020–2025 Retrospektif Analiz

Tuncer Bahçeci[1], Burak Güler[1], Hakan Anıl[2]

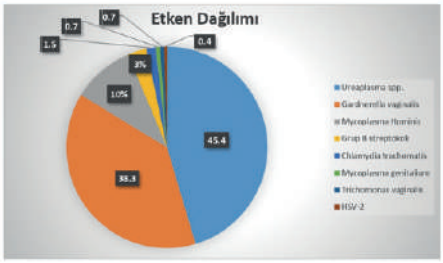
Tuncer Bahçeci / Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Giriş: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) kadınlarda ciddi morbiditeye yol açabilmekte, ancak çoğu zaman asemptomatik seyretmektedir. Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri (NAAT) yüksek duyarlılıkları sayesinde tanıda altın standarttır. Buna karşın, klinikte idrar tetkikleri halen yaygın kullanılmaktadır. Amacımız, kadınlarda yapılan NAAT sonuçlarını temel idrar tetkiki bulguları ile birlikte değerlendirerek asemptomatik taşıyıcılık oranlarını ve moleküler testlerin tanıdaki önemini ortaya koymaktır.

Materyal ve metot: Bu tek merkezli, retrospektif kesitsel çalışmaya, ocak 2020 – mayıs 2025 yılları tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi üroloji polikliniğine başvuran ve idrarda CYBE paneli için NAAT çalışılan 269 kadın dahil edildi. ≥18 yaş, tekil başvuru ve eksiksiz laboratuvar kaydı bulunan olgular çalışmaya alındı. Yinelenen başvurularda yalnızca ilk başvuru analiz edildi. Hastaların yaşı, NAAT testi sonuçları, saptanan patojen tipleri ve tam idrar analizi verileri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 39.9 ± 13.4 yıl idi. İdrar tetkikinde ortalama eritrosit 61.1, lökosit 29.6, bakteri 22.0 olup; nitrit 9 (%3.3) , lökosit esteraz 44 (%16.3) hastada pozitif olarak bulundu. NAAT sonuçlarına göre en sık saptanan etkenler Ureaplasma (%45.4) ve Gardnerella vaginalis (%38.3) idi. Daha nadir olarak Mycoplasma hominis (%10), Grup B streptokok (%3), Chlamydia trachomatis (%1.5), Mycoplasma genitalium (%0.7), Trichomonas vaginalis (%0.7) ve HSV-2 (%0.4) saptandı. Hastaların %64.7'si asemptomatikti; %20.8'i miksiyon şikayetleri, %7.4'ü genital akıntı, %4.1'i genital ağrı ile başvurmuştu.

NAAT ile pozitif saptanan patojenlerin yüzdesel dağılım grafiği



Sonuç: Çalışmamızda poliklinikte NAAT bakılmış kadınların üçte ikisi asemptomatik saptanırken en sık görülen ajanlar ise Ureaplasma spp ve Gardnerella vaginalis'tir. İdrar tetkikinde belirgin anormallik olmayan birçok hastada NAAT ile patojen saptanması, moleküler testlerin erken tanıdaki üstünlüğünü göstermektedir. Bununla birlikte bu mikroorganizmaların asemptomatik bireylerde de taşıyıcı olarak bulunabileceği bilinmektedir. Bu nedenle klinik bulguların, laboratuvar sonuçları ile birlikte değerlendirilmesi ve gereksiz tedavi başlanmamasına özen gösterilmesi önemlidir. Bulgularımız, asemptomatik kadınlarda dahi CYBE taramasında NAAT yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-068 (SUNUSUZ POSTER)

Transobturator ve Retropubik Tape Komplikasyonlarında Total Vajinal Mesh Çıkarımının Etkinliği ve Güvenliği

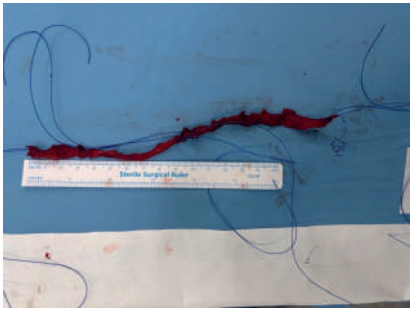
Mehmet Gökhan Çulha[1], Yusuf Yasir Yüksel[1], Levent Özcan[1], Emre Can Polat[1], Alper Ötünçtemur[1]

Yusuf Yasir Yüksel / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş: Bu çalışmanın amacı, inguinal diseksiyon ile birlikte uygulanan total vajinal mesh çıkarılmasının klinik iyileşme, hasta memnuniyeti, güvenlik ve uzun vadeli fonksiyonel sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Eylül 2019-Ocak 2025 tarihleri arasında vajinal mesh uygulaması sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle total mesh çıkarılması ameliyatı uygulanan 23 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların mesh çıkarılma endikasyonları, semptomları, ameliyat süreçleri, postoperatif komplikasyonları ve memnuniyet oranları değerlendirildi. Ameliyat, standart bir teknikle, orta hatta üretrayı da içine alan bir insizyonla başlatılarak mesh tespit edildi. Mesh orta hattan kesilerek her iki ucuna "0" numara prolen sütür ile askı konuldu. Ardından bilateral inguinal eksplorasyon ile meshin lateral uçları bulunarak keskin ve künt diseksiyonla tamamen çıkarıldı. Transobturator tape (TOT) uygulanmış hastalarda, obturator foramen'den mesh çıkarılırken periost elevatörü kullanıldı.

Total olarak çıkarılan vajinal mesh



Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 57,48±9,05 (dağılım: 40-70) idi. Toplam 23 hastanın 12'sinde vajinal ekstrüzyon, 2'sinde üretral erozyon, 6'sında inguinal bölgede ağrı, 3'ünde disparoni ve hisparoni mevcuttu. Hastaların 17'si daha önce transobturator tape (TOT), 6'sı ise retropubik tape (TVT) ameliyatı geçirmişti. Ameliyat öncesi şikayetlerin süre ortalaması 56,67±42,50 (dağılım: 3-120) ay olarak hesaplandı. Tüm hastalarda mesh materyali, vücutta hiç parça kalmayacak şekilde tamamen çıkarıldı. Ortalama ameliyat süresi 158,76±92,55 (dağılım: 90-330) dakika idi. İki hastada inguinal bölge diseksiyonu sırasında hemoraji gelişti. Üretral erozyonu olan 2 hastada mesane boynu yaralanması meydana geldi ve bu yaralanmalar primer onarımla tedavi edildi. Hastaların total mesh çıkarılması sonrası medyan takip süresi 18 (dağılım: 3-66) ay idi. Hastaların %65,2'si (15/23), operasyon sonrası gelişen stres üriner inkontinans nedeniyle ortalama 6 ay sonra otolog fasya sling ameliyatı geçirdi. Genel hasta memnuniyet oranı %95,7 olarak belirlendi.

Sonuç: Orta üretra askı cerrahileri, stres üriner inkontinans tedavisinde etkili bir yöntem olmakla birlikte, sentetik mesh ile ilişkili komplikasyon oranları giderek artmaktadır. Bu komplikasyonların tedavisinde, sentetik meshin tamamen çıkarılması ile hastaların şikayetlerinde belirgin gerileme sağlanmaktadır. Vücutta kalan mesh parçalarının semptomları kötüleştirebileceği ve sonraki cerrahi müdahaleleri zorlaştırabileceği göz önüne alındığında, komplikasyon gelişen olgularda meshin total olarak çıkarılması önerilmektedir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-069 (SUNUSUZ POSTER)

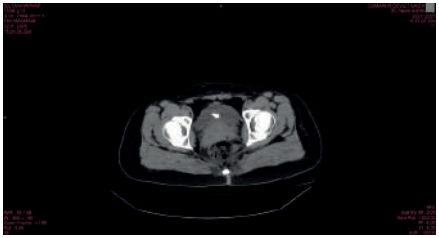
TRANSOBTURATUAR TAPE (TOT) OPERASYON SONRASI MESANEDE MESH EROZYONU VE MESANE TAŞINA ENDOSKOPİK YAKLAŞIMLA TEDAVİ ÖRNEK BİR VAKA

ÇAĞDAŞ ÇEKİÇ[1], SİNAN KARAZİNDİYANOĞLU[1]

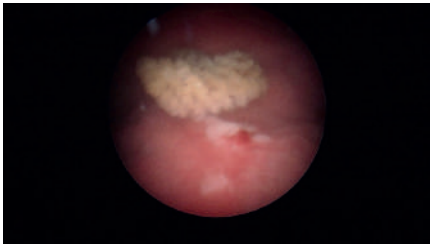
ÇAĞDAŞ ÇEKİÇ / OSMANİYE DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ BÖLÜMÜ

Giriş: GİRİŞ Transobturatuar Tape (TOT) ameliyatı, stres üriner inkontinans tedavisinde yaygın kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Ancak nadiren de olsa mesanede mesh erozyonu ve mesane taşı oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu bildiride, TOT sonrası 6. yılda gelişen kronik dizüri hematüri ve idrarda yanma şikayetleri olan bir olgu sunulmaktadır. OLGU SUNUMU: 50 yaşında kadın hasta ,2 normal vajinal doğum öyküsü ek hastalığı olmayan stres üriner inkontinans nedeniyle kadın doğum hekimi tarafından 6 yıl önce TOT operasyonu geçirmiştir. Şikayetler: Son 1 yıldır idrarda yanma ve kanama şikayetleri nedeniyle kadın doğum ve üroloji polikliniklerine başvurmuş. Tanısal İşlemler:İdrar tetkikleri ultrasonografi ve alt üst abdomen bilgisayarlı tomografi yapıldı. İdrarda lökosit esteraz pozitif mikroskopik hematüri izlendi. Ultrasonografide ve bilgisayarlı tomografide mesane içerisinde 1x2 cmlik mesane taşı izlendi. Hastaya tanısal sistoskopi yapıldı. Sistoskopi: Mesane içinde mesane tabanında mesh materyali üzerini kaplayan taş oluşumu ve kalsifikasyon gözlendi. Holmium lazer ile endoskopik olarak mesane taşı parçalanıp temizlendi. Mesane içerisinde açıkta kalan mesh materyali lazer ile eksize edildi. Meshin mesane dışarısında kalan kısımları çıkartılmadı. Post operatif 1. gününde Hasta şifa ile taburcu edildi. TARTIŞMA:TOT sonrası mesaneye mesh erozyonu nadir görülen ancak ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur. Literatürde, mesh erozyonunun yıllar sonra bile görülebileceği bildirilmiştir. Kronik dizüri ve idrar yanması olan hastalarda mesh erozyonu mutlaka akılda tutulmalıdır. Hastalarda geçirilmiş inkontinans cerrahisi mutlaka sorgulanmalıdır. SONUÇ: TOT sonrası geç dönemde görülen mesane mesh erozyonu hastalarda idrar yolu şikayetlerinin bir nedeni olabilir.Sistoskopi, tanıda önemlidir ve multidisipliner yaklaşım gerekir. Endoskopik cerrahi başarılı bir tedavi seçeneğidir.Osmaniye Devlet Hastanesi Üroloji BölümDr ÇAĞDAŞ ÇEKİÇ

TOT SONRASI MESH KEROZYONU MESANE TAŞI

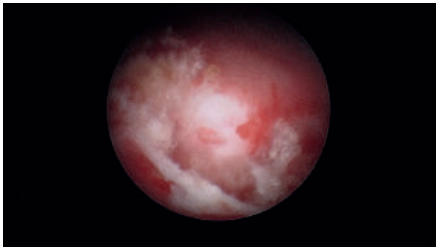


TOT SONRASI MESH EROZYONU VE MESANE TAŞI



OPERASYONUN ÖNCESİ ENDOSKOPİK MESH GÖRÜNTÜSÜ

OPERASYON ÖNCESİ MESANE TABANINDAKİ TOT MESH GÖRÜNTÜSÜ



OPERASYON SONUNDA TOT MESH ALINMASI SONRASI GÖRÜNTÜ

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-070 (SUNUSUZ POSTER)

Sakral Nöromodülasyon Komplikasyonlarımız

Mehmet Gürkan ARIKAN[1], İsmail Önder YILMAZ[1], Nebil AKDOĞAN[1], Emirhan Yalçın[1], Muhammed Sıddık ÇELİKKAYA[1], Mutlu DEĞER[1], Volkan İZOL[2]

Emirhan Yalçın / ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

Giriş: Sakral nöromodülasyon (SNM), idrar ve dışkı inkontinansı ile işeme disfonksiyonlarının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış minimal invaziv bir yöntemdir. Ancak bu cerrahi girişim sonrasında cihazla ilişkili veya cerrahiye bağlı çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde SNM uygulanan hastalarda görülen komplikasyonların sıklığını, tiplerini ve yönetim stratejilerini değerlendirmektir.

Materyal ve metot: Eylül 2021 – Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde SNM uygulanan 65 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Veriler; hastaların telefon aracılığıyla yapılan takip görüşmeleri, operasyon sonrası düzenli olarak kayıt altına alınan cerrahi veriler ve poliklinik kontrollerinde gerçekleştirilen klinik değerlendirmelerden elde edildi. Gelişen komplikasyonlar kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 65 hastanın 24'ü erkek, 41'i kadın olup, ortalama yaş 38,1 yıldır. Geçici implantasyon yapılan 65 hastanın 46'sında hedeflenen başarı elde edilerek kalıcı pile geçilmiş, 24 hastada ise yeterli yanıt alınamadığı için pil ekstraksiyonu yapılmıştır. Kalıcı pil uygulanan 46 hastanın 18'inde komplikasyon gelişmiştir. En sık görülen komplikasyon insizyon hattında ağrı olup dokuz hastada görüldü (%50). Yara yeri enfeksiyonu beş hastada (%27,7), elektrod migrasyonu üç hastada (%16,6), cilt altı hematom bir hastada (%5,5) ve ayaklarda kasılma bir hastada (%5,5) görüldü. Çalışmamızda gelişen komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre sınıflandırılıp gelişen komlikasyonların yönetimi tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Kliniğimizde uygulanan SNM tedavisinin başarı oranı ve komplikasyon profili, literatürle paralellik göstermektedir. SNM, özellikle medikal tedaviye dirençli olgularda güvenli ve uygulanabilir bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Gelişen komplikasyonlar ise büyük oranda yönetilebilir ve kabul edilebilir düzeydedir.

Resim 1



Sakral füzyon gelişen hastanın pil ve elektrodu

Resim 2



Yara yeri enfeksiyonu

Resim 3

Cilt altı hematom



Tablo 1

Komplikasyon	Hasta sayısı (n)	Oran (%)	Clavien-Dindo	Yönetim
İnsizyon hattında ağrı	9	%50	Grade II (ilaç tedavisi) / Grade III (2 hastada cerrahi revizyon)	Yedi hastada analjezik tedavi, iki hastada cerrahi revizyon
Yara yeri enfeksiyonu (Şekil 2)	5	%27,7	Grade III (1 hastada cerrahi gerektirdi)	İki hastada pil çıkarılması, üç hastada antibiyotik tedavisi
Elektrod migrasyonu	3	%16,6	Grade III (tamamında cerrahi gerektirdi)	Üç hastada cerrahi revizyon
Travmaya bağlı sakral füzyon / akses başarısızlığı	2	%11,1	Grade III (açık cerrahi ile lead yerleştirme)	Beyin cerrahisi ile birlikte açık yöntemle lead yerleştirilmesi
Ayaklarda kasılma	1	%5,5	Grade II (konservatif yönetim)	Medikal tedavi
Cilt altı hematom (Şekil 1)	1	%5,5	Grade III (cerrahi gerektirdi)	Lokal hematom drenajı

Sakral Nöromodülasyon Sonrası Gelişen Komplikasyonlar ve Yönetim Yaklaşımları

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-071 (SUNUSUZ POSTER)

NORMAL VAJİNAL DOĞUM SIRASINDA SPONTAN MESANE RÜPTÜRÜ: NADİR BİR OLGU

ARDA TAŞKIN TAŞKIRAN[1], DURSUN BABA[1], EKREM BAŞARAN[1], AHMET YILDIRIM BALIK[1], BURAK AYVACIK[1]

BURAK AYVACIK / DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Doğum sırasında veya doğum sonrasında spontan mesane rüptürü oldukça nadir görülen bir durumdur.Artmış visseral basınç, mesanenin zayıflaması ve doğum sırasında yapılan mesane kateterizasyonu predispozan faktörlerdir. Artmış intraperitoneal basıncın intrapartum ve postpartum dönemde mesane rüptürüne neden olduğu rapor edilmiştir.Özellikle travmatik olmayan bir vajinal doğumdan sonra sıklıkla gözden kaçabilecek olan bu komplikasyon morbidite ve mortaliteyi azaltmak için acil tanı ve tedaviye ihtiyaç duyan cerrahi acillerden olup cerrahlar için tanı ve tedavide zorluklar doğurabilir(4).Literatürden farklı olarak intraperitoneal mesane rüptürü oluşmayan bu nadir olgudaki tedavi yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: 23 yaşında primipar hasta,39.gebelik haftasında doğum ağırlığı 3405 gr 9/10 APGAR skorlu erkek bebek,non-enstrumental normal vajinal doğum ile doğurtulmuştu.Hastanın öz geçmişinde sistemik hastalığı bulunmayıp,20. gebelik haftasında servikal uzunluk kısalması nedenli modifiye Schridkor serklaj öyküsü mevcuttu. Doğum sonrası epizyotomi onarımı sırasında vajen ön duvarında defekt ve bu alandan sarkan Foley katater balonu izlenmesi üzerine tarafımıza konsulte edildi.

Bulgular: Litotomi pozisyonunda yapılan değerlendirmede vajen ön duvarında yaklaşık 10 cm'lik defekt ve aynı hatta tam kat mesane duvarı rüptürü izlendi.Acil cerrahi onarım kararı alındı.(Şekil 1.)Onarımı takiben sistoskopi gerçekleştirildi. Sistoskopide rüptür alanının saat 6 hizası üretra mesane boynu sınırından başlayarak trigonal bölgenin orta hattına devam ettiği izlendi.(Şekil 2.)Her iki üreter orifisi doğal ve jet akım mevcuttu.Onarım alanı harici rüptür alanı izlenmedi. Primer onarım sonrası 14 gün Foley katater ile takip edildi. Katater çekilimi sonrası spontan miksiyonu olan hastanın 3. ay kontrollerine kadar, üriner inkontinans ve dizüri gibi herhangi bir şikayeti olmadı

Mesane Rüptürü



İntra operatif mesane rüptürü onarımı

Mesane Rüptürü



Mesane rüptürü onarımı sonrası yapılan sistoskopik bakı

Sonuç: Literatürün kısıtlılığı bu nadir komplikasyonun nedenini belirlemeyi güçleştirmektedir. Etyolojide genellikle yakın zamanda geçirilmiş travma, malign hastalıklar, anatomik çıkış tıkanıklıkları, kalıcı kateterler, enstrümantasyon, nörojenik mesane veya bunların bir kombinasyonu gösterilmiştir(1).Doğumun ikinci periodundaki fundal baskı bir diğer risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Maternal perine üzerindeki etkiler kesin olmayan fundal basınç, doğum sırasında anal sfinkter yırtığı ve doğum sonrası idrar retansiyonu için bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmiştir(5,6).Literatürde genellikle intraperitoneal mesane yaralanmaları bildirilmiş olup tanıda çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmıştır. Tedavide konservatif izlem dahil laparatomik ve laparoskopik cerrahi onarımlar yapıldığı görülmektedir(3).Literatürde bildirilen olgulardan farklı olarak bu vakada hem intraperitoneal mesane yaralanması saptanmamış hem olabilecek en erken dönemde tanı konmuş hem de tedavi adımına hızlıca geçilmiştir.Bu nadir komplikasyonun çözümü için hızlı tanı ve yeterli cerrahi yaklaşım çok önemlidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-072 (SUNUSUZ POSTER)

ÜRETERAL STENTE BAĞLI GELİŞEN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINDA SİLODOSİNİN ETKİSİNİN GÖSTERİLMESİ

Mohammad Yasir Sahak[1], Türker Altuntaş[1], Bahadır Kağan kalyoncu[1], Ersin Gökmen[1], Tarık Emre Şener[1], Haydar Kamil Çam[1]

Mohammad Yasir Sahak / Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Bu çalışma ile üreter taşı nedeniyle double J (DJ) stent takılmış hastalarda işlem öncesi ve işlemin 1.ayında hastaların şikayetleri değerlendirilerek, bu şikayetler üzerinde silodosinin etkisinin gösterilmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Çalışmaya tek taraflı, tek üreter taşı mevcut olan ve daha önce taş cerrahisi öyküsü olmayan 40 yaş üstü erkek hastalar dahil edildi. Hastalar online uygulama üzerinden randomize edilerek silodosin (1. Grup) ve kontrol (2. Grup) grubu olmak üzere ikiye ayrıldı. Üreter taşları nedeniyle semirijit üreteroskopi (URS) planlanan hastalara cerrahi öncesi pasif dilatasyon ve drenajın sağlanması amacıyla aynı uzunluk ve kalibrede DJ stent takıldı. Ardından 1 ay sonrası için URS planlandı. Hastaların demografik verileri, taşlarının özellikleri, Aşırı Aktif Mesane Anketi (OABV-8), Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve Yaşam Kalitesi (QoL) semptom skorları kaydedildi. 1. Gruba DJ stent takıldıktan sonra kontrol grubundan farklı olarak silodosin tedavisi başlandı. Hastalara işlemin 1.ayında planlanan taş cerrahileri öncesi DJ stente bağlı gelişen alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve 1.ayda kaydedilen semptom skorları tekrar değerlendirilerek gruplar elde edilen veriler ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 54 erkek hasta dahil edildi. 1.Grubun yaş ortanca değeri 47 (40,5-54), 2.Grupta bu değer 47,5 (40,5-52,75)'idi. Grupların demografik verileri ve taşlara ait lokasyon, taraf, en uzun çap ve hacim gibi özellikler karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (Tablo 1). Grupların stent takıldıktan sonra semptomlarının karşılaştırıldığı analizde ise 1. Gruptaki hastalarda sık idrara çıkma, noktüri, dizüri, yan ağrısı gibi semptomlar açısından anlamlı şekilde azalma olduğu sonucu elde edildi (sırasıyla p:0,034, p:0,002, p < 0,001, p:0,006) (Tablo 2). Hastaların stent öncesi ve sonrası semptom skorları karşılaştırıldığında ise hem 1. Grupta hem 2.Grupta OABV-8 skoru için anlamlı fark görülmezken, QoL skoru için de stent sonrası 1. Grupta anlamlı şekilde azalma, 2. Grupta ise artış gözlendi. İki grup son olarak IPSS açısından karşılaştırıldığında 1.Grupta stent sonrası IPSS'de

anlamlı azalma görülürken 2. Grupta azalma saptanmamıştır (p:0,029) (Tablo 3).

Tablo 1. Grupların Demografik Verileri ve Taş Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Grup 1 (n:29)	Grup 2 (n:25)	P değeri
Yaş median (IQR)	47 (40,5-54)	47,5 (40,5-52,75)	0,677
BMI median (IQR)	32,5 (29,7-36,75)	37,49 (29,12-47,64)	0,102
Taşın Tarafı n (Sağ/Sol) (%)	14/15 (48,3/51,7)	12/13 (48/52)	0,98
Taşın Lokasyonu			
Üst üreter n (%)	14 (48,3)	18 (72)	0,174
Orta üreter n (%)	11 (37,9)	6 (24)	
Alt üreter n (%)	4 (7,4)	1 (4)	
Taşın En Büyük Çapı (mm) median (IQR)	9 (7,5-15)	11 (10-14)	0,268
Taşın Hacmi (mm^3) median (IQR)	108,21 (48,59-297,59)	132,26 (80,16-236,05)	0,499

Tablo 2. Gruplar Arasında AÜSS ve Ağrı Durumu Karşılaştırılması

	Grup 1 (n:29)	Grup 2 (n:25)	P değeri
Sık idrara çıkma n (%)	8 (27,6)	14 (56)	**0,034**
Ani sıkışma n (%)	9 (31)	13 (52)	0,118
Noktüri n (%)	2 (6,9)	11 (44)	**0,002**
Hematüri n (%)	14 (48,3)	17 (68)	0,144
Dizüri n (%)	10 (34,5)	21 (84)	**<0,001**
Yan Ağrısı n (%)	14 (48,3)	21 (84)	**0,006**
Analjezik ihtiyacı n (%)	11 (37,9)	12 (48)	0,319

Tablo 3. Stent Öncesi ve Sonrası Semptom Skorlarının Karşılaştırılması

		Tedavi Öncesi OABV-8	Tedavi Sonrası OABV-8	P değeri
Grup 1 (IQR)	median	15 (7,5-21)	11 (7,5-17,5)	0,529
Grup 2 (IQR)	median	11,5 (6-18)	17 (7,25-31,25)	0,099
		Tedavi Öncesi IPSS	Tedavi Sonrası IPSS	
Grup 1 (IQR)	median	10 (4-18)	5,5 (3,5-10,75)	**0,029**
Grup 2 (IQR)	median	9,5 (1,75-16)	14 (6-16,25)	0,233
		Tedavi Öncesi QoL	Tedavi Sonrası QoL	
Grup 1 (IQR)	median	2 (0-3,5)	1 (0-2)	**0,017**
Grup 2 (IQR)	median	2,5 (0-3,25)	4 (2-5)	**0,014**

Sonuç: Silodosin kullanımı, üreter taşı nedeniyle DJ stent yerleştirilen hastalarda stente bağlı AÜSS'yi anlamlı şekilde azaltmıştır. IPSS skorundaki anlamlı düşüş de silodosinin semptom kontrolünde etkisini göstermektedir. Bu bulgular, DJ stent uygulanan hastalarda silodosinin semptom yükünü hafifletmek için kullanılabileceğini desteklemektedir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-073 (SUNUSUZ POSTER)

Sakral Nöromodülasyon Başarısı ve Etki Eden Faktörler - Tek Merkez Analizi

Mehmet Gökhan Çulha[1], Kahraman Aksoy[1], Ersin Erdinç Çelebi[1], Muammer Bozkurt[1], Mustafa Erkoç[1], Emre Can Polat[1], Alper Ötünçtemur[1]

Kahraman Aksoy / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Sakral nöromodülasyon (SNM), ürolojik disfonksiyonların tedavisinde etkili bir yöntemdir. Bu çalışmada, SNM'nin başarı oranları ve etkileyen faktörler tek merkez deneyimi ile retrospektif olarak incelenmiştir.

Materyal ve metot: Çalışmaya Nisan 2019-Haziran 2025 tarihleri arasında SNM uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve klinik tanıları kaydedildi. Tüm hastalardan 3 günlük mesane günlüğü formu doldurmaları istendi. SNM işlemi, perkütan olarak floroskopi eşliğinde tek cerrah (MGÇ) tarafından gerçekleştirildi. İşlem süreleri, floroskopi süreleri ve takip süreleri kaydedildi. Tedavi başarısı, mesane günlüğü verilerine göre %50 ve üzeri semptom iyileşmesi olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 174 hastanın yaş ortalaması 45,28 ± 14,12 (dağılım: 12-73) olarak belirlendi. Hastaların %60,8'i (n=107) kadın, %39,2'si (n=67) erkekti. Sakral nöromodülasyon (SNM) endikasyonları şu şekilde dağılım gösterdi: non-obstrüktif üriner retansiyon %63,79 (n=111), aşırı aktif mesane %24,14 (n=42), interstisyel sistit %12,07 (n=21), nörojenik alt üriner sistem semptomları %6,90 (n=12) ve spinal cerrahi öyküsü %13,22 (n=23).Prosedürle ilgili teknik verilerde, ortalama operasyon süresi 57,29 ± 24,84 dakika (aralık: 20-120 dakika), ortalama floroskopi süresi 144,88 ± 105,24 saniye (aralık: 20-600 saniye) olarak kaydedildi. Stimülasyon eşik değeri ortalaması 1,42 ± 0,57 mA (aralık: 0,2-3 mA) olarak ölçüldü. Elektrot yerleşimleri incelendiğinde, hastaların %94,25'inde (n=164) S3, %5,75'inde (n=10) S4 bölgesi tercih edildi.S3 foramene yerleştirilen elektrodlarda başarı oranı S4'e göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,031)Genel tedavi başarı oranı %79,31 (n=138/174) olarak bulundu. Endikasyon bazında başarı oranları şöyleydi: aşırı aktif mesanede %83,33 (n=35/42), interstisyel sistitte %85,71 (n=18/21), non-obstrüktif kronik üriner retansiyonda %76,58 (n=85/111)(p=0,462) (Tablo-1). Komplikasyonlar açısından; 7 hastada (%4,03) enfeksiyon, 12 hastada (%6,90) implant bölgesinde ağrı nedeniyle revizyon gerekirken, 2 hastada (%1,15) ayağa vuran ağrı nedeniyle cihaz çıkarılması gerekti.

Endikasyonlara göre sakral nöromodülasyon başarısı

	Başarılı	Başarısız	Yüzde
Aşırı Aktif Mesane	35	7	83,33
İnterstisyel Sistit	18	3	85,71
Non-obstrüktif Kronik Üriner Retansiyon	85	26	76,58

Sonuç: SNM, ürolojik disfonksiyonlarda yüksek başarı oranları ile etkili bir tedavi seçeneğidir. Başarı, endikasyon türü ve elektrot yerleşimi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Komplikasyon oranları düşük olmakla birlikte, hasta seçimi ve cerrahi teknik önemini korumaktadır.

2003
KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL
İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE
KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-074 (SUNUSUZ POSTER)

STRES İNKONTİNANS NEDENİYLE TRANSOBTURATUAR TAPE (TOT) CERRAHİSİ SONRASI HASTA MEMNUNİYETİ VE KOMPLİKASYONLARIMIZ

ENES MALİK AKDAŞ[1], ÖMÜR MEMİK[1], TAHA ERSEÇKİN[1], ABDULLAH BERKAY KEPİR[1], OĞUZ ÖZDEN CEBECİ[1]

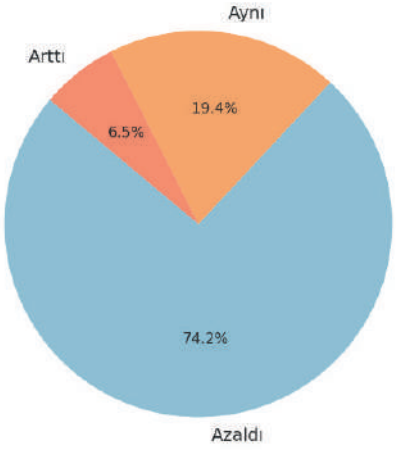
ENES MALİK AKDAŞ / KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Stres tipi idrar kaçırma nedeniyle TOT cerrahisi uygulanan ilk 31 hastamızda; hasta memnuniyeti, cerrahi başarı oranı ve komplikasyonları retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlandık.

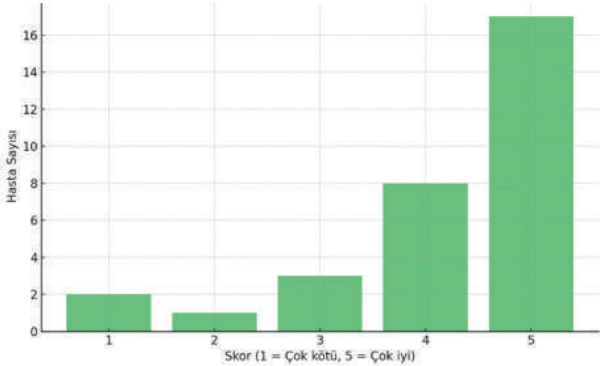
Materyal ve metot: Kurumumuzda 2023–2025 yılları arasında TOT cerrahisi uygulanmış ardışık 31 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Stres inkontinans tanısı; preoperatif fizik muayene, Q-tip test ve stres testine göre konuldu. Demografik veriler, pelvik organ prolapsusu varlığı, takip süresi, ped kullanım durumu, memnuniyet skoru (1-5), komplikasyonlar ve tekrar tedavi ihtiyacı not edildi. Postoperatif değerlendirme hastane bilgi sistemi üzerinden verilere ulaşılarak veya telefon yoluyla yapıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 57.4 ± 8.2 yıl, ortalama takip süresi 27.6 ± 11.4 aydı. Komplikasyon oranı %12.9 idi; komplikasyonlar disparonia, de-novo urge inkontinans ve idrar retansiyonuydu. 3 hasta (%9.7) tekrar tedavi gereksinimi bildirdi(Tablo 1). Hiçbir hastada mesh erozyonu görülmedi. Ameliyat sonrası ped kullanım ihtiyacı hastaların %74.2'sinde azaldı ya da tamamen ortadan kalktı(Resim 1). Yapılan memnuniyet anketinde (1 ila 5 arası) memnuniyet oranı %83.8 olup, hastaların 26'sı skoru 4 veya 5 olarak bildirdi(Resim 2).

Operasyon Sonrası Ped kullanımındaki Değişim



Operasyon Sonrası Hasta Memnuniyetinin Dağılımı



Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Özellik	Değer
Hasta sayısı, n	31
Ortalama yaş (yıl)	57.4 ±8.2
Ortalama takip süresi (ay)	27.6 ±11.4
Ped kullanım ihtiyacı azalan veya olmayan, (n)%	23 (74.2)
Memnuniyet skoru ≥4, (n)%	26 (83.8)
Komplikasyon gelişen hasta sayısı, (n)% Disparonia de-novo urge inkontinans İdrar retansiyonu	4 (12.9) 2 (%50) 1 (%25) 1 (%25)
Ek tedavi	3 (9.7)

Sonuç: TOT cerrahisi stres tipi idrar kaçırmanın tedavisinde yüksek hasta memnuniyeti ve kabul edilebilir komplikasyon oranları ile etkili bir yöntemdir. Özellikle uygun hasta seçimi, yüksek hasta memnuniyeti ve başarı oranında etkilidir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-075 (SUNUSUZ POSTER)

Prostatik Kalsifikasyon Varlığının Alt Üriner Sistem Semptomları ile İlişkisi

Osman Gerçek[1], Melih Şenkol[1], Ramazan Gencan[1], Veli Mert Yazar[1]

Ramazan Gencan / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH), özellikle ileri yaş erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) en yaygın nedenlerinden biridir. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu semptomlar, günlük aktivitelerde kısıtlanmaya yol açabilmektedir. BPH'nin klinik değerlendirilmesinde Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve yaşam kalitesi (QoL) skorları sık kullanılan objektif ölçütlerdir. Prostattaki kalsifikasyonlar histopatolojik olarak fibrotik değişiklikler ve kronik inflamasyonla ilişkili bulunmuştur. Çoğunlukla asemptomatik olduğu düşünülen bu yapılar, bazı çalışmalarda AÜSS şiddeti ve hatta prostat malignitesi açısından belirteç olabileceği yönünde değerlendirilmiştir. Bilgisayarlı tomografi (BT), prostatik kalsifikasyonların tespitinde güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. Bu bağlamda çalışmamızda, BPH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan ve patoloji sonucu benign olan hastalarda BT ile saptanan prostatik kalsifikasyonların IPSS, QoL ve diğer klinik parametrelerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Çalışmamıza Temmuz 2022-Temmuz 2025 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi üroloji kliniğine alt üriner sistem semptomları ile başvuran ve değerlendirme sonrası BPH nedeniyle TURP (transüretral prostat rezeksiyonu) veya açık prostatektomi operasyonu gerçekleştirilen ve benign patoloji saptanan 92 hasta dahil edildi. Operasyon öncesi tarafımızdan veya son 6 ay içerisinde başka nedenlerle BT (bilgisayarlı tomografi) çekilmiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi. BT'de prostat kalsifikasyon varlığının klinik bulgular ve IPSS'le (International Prostate Symptome Score) ilişkisi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 43'ünde (46.7) prostatik kalsifikasyon saptandı. Gruplar arasında; yaş, komrbidite varlığı, idrar tetkikinde piyüri ve hematüri varlığı, prostat hacmi, PSA değeri ve operasyonun şekli açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla; p=0.223, p=0.236, p=0.835, p=0.552, p=0.455, p=0.799, p=0.570). IPSS skorları gruplar arasında değerlendirildiğinde; kalsifikasyon olmayan grupta 21.61±7.09, kalsifikasyon olan grupta 25.42±7.61 olarak saptandı ve kalsifikasyon olan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.015). IPSS-QoL (Quality of Life) skoru kalsifikasyon olan grupta 4.79±1.03, kalsifikasyon

olmayan grupta 4.29±1.24 olup kalsifikasyon olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.038) (Tablo 1).

Kalsifikasyon varlığına göre grupların demografik, klinik verilerinin ve IPSS skorlarının karşılaştırılması

	Kalsifikasyon Yok n=49 (n %) (Ort±SS)	Kalsifikasyon Var n=43 (n %) (Ort±SS)	p
Yaş (yıl)	68.18±7.13	70.21±8.20	0.223
Komorbidite Var Yok	 10 (20.4) 39 (79.6)	 14 (32.6) 29 (67.4)	0.236
İdrar tetkiki piyüri Var Yok	 23 (46.9) 26 (53.1)	 22 (51.2) 21 (48.8)	0.835
İdrar tetkiki hematüri Var Yok	 31 (63.3) 18 (36.7)	 24 (57.1) 18 (42.9)	0.552
Prostat hacmi (ml)	75.40±63.14	76.91±45.97	0.455
PSA (ng/ml)	4.90±4.61	4.59±4.33	0.799
Operasyon şekli TURP Açık prostatektomi	 41 (83.7) 8 (16.3)	 34 (79.1) 9 (20.9)	0.570
IPSS	21.61±7.09	25.42±7.61	0.015
IPSS-QoL	4.29±1.24	4.79±1.03	0.038



Sonuç: Çalışmamızda, alt üriner sistem semptomları ile başvuran, benign prostat hiperplazisi (BPH) tanısı alarak cerrahi tedavi uygulanan ve patoloji sonucunda benign özellik saptanan hastalarda, insidental prostatik kalsifikasyon varlığı ile klinik bulgular arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Önceki bazı çalışmalarda, prostatik kalsifikasyonun yaş ve prostatik inflamasyon ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Ancak çalışmamızda elde edilen istatistiksel verilere göre; prostat hacmi, PSA düzeyi, yaş, komorbiditeler ve uygulanan cerrahi yöntem açısından kalsifikasyon varlığı ile anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte, prostatik kalsifikasyon tespit edilen hastalarda IPSS ve IPSS-QoL skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, prostatik kalsifikasyonun BPH'li hastalarda semptom şiddetini artırabileceği ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, prostatik kalsifikasyonun klinik değerlendirme sürecinde dikkate alınması gereken önemli bir parametre olduğu ve tedavi stratejilerinin belirlenmesinde yol gösterici olabileceği sonucuna varılmıştır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-076 (SUNUSUZ POSTER)

Post-Prostatektomi İdrar Kontinansı: Operasyon Tekniği, Patoloji ve Komorbiditelerin Karşılaştırmalı Analizi

alican kök[1], serdar çelik[1], yasin ceylan[1], tansu değirmenci[1], ibrahim erdem bildirici[1], mehmet keserci[1], muhammed bilal nart[1], emre yoldaş[1]

alican kök / izmir şehir hastanesi

Giriş: Radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinde küratif amaçla en sık uygulanan cerrahi yöntemlerden biridir. Ancak operasyon sonrası gelişen idrar inkontinansı, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli fonksiyonel komplikasyonlardan biri olarak dikkat çekmektedir. Post-prostatektomi dönemde kontinans oranları; cerrahi teknik, hastanın yaşı, vücut kitle indeksi (BMI), komorbid hastalıklar, sigara kullanımı ve tümörün patolojik özellikleri gibi birçok faktörün etkisi altında şekillenmektedir. Literatürde bu değişkenlerin tek tek incelendiği çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte, sonuçlar farklı merkezlerde ve farklı hasta popülasyonlarında değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada merkezimizde radikal prostatektomi yapılan hastaların bir yıllık kontinans sonuçları incelenmiş; özellikle BMI, eşlik eden komorbiditeler, sigara kullanımı ve ISUP dereceleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Materyal ve metot: Ekim 2023 – Eylül 2024 tarihleri arasında merkezimizde radikal prostatektomi yapılan ve düzenli takibi bulunan 102 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, BMI, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), sigara kullanımı ve radikal prostatektomi spesimenine ait ISUP dereceleri kaydedildi. Kontinans, hiç ped kullanmama (0 ped) olarak tanımlandı. Ped kullanımı 1., 3., 6. ve 12. aylarda sorgulandı ve kontinans tarihi, pedin bırakıldığı ay olarak belirlendi. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.



Bulgular: Toplam 102 hastanın 87'si (%85.3) kontinan, 15'i (%14.7) inkontinan olarak izlendi. Kontinans oranı zaman içinde düzenli bir artış gösterdi: 1. ayda 42 (%41.1), 3. ayda 70 (%68.6), 6. ayda 76 (%74.5) ve 12. ayda 87 (%85.3) hasta kontinan bulundu. < 65 yaş grubunda 34/41 (%82.9), ≥65 yaş grubunda 53/61 (%87.1) hasta kontinan idi ($p > 0.05$). BMI gruplarında; normal kilolu 19/22 (%86.4), fazla kilolu 59/64 (%92.2), obez 10/16 (%62.5) hasta kontinan bulundu ($p=0.002$). DM (+) 11/14 (%78.6), HT (+) 27/33 (%81.8) ve sigara kullanan 35/43 (%81.4) hasta kontinan bulundu; bu parametrelerde anlamlı fark izlenmedi ($p > 0.05$). Patolojiye göre ISUP 1'de 20/22 (%90.9), ISUP 2'de 44/50 (%88.0), ISUP 3'te 17/18 (%94.4), ISUP 4'te 2/3 (%66.7) ve ISUP 5'te 4/9 (%44.4) hasta kontinan idi ($p < 0.001$).

Sonuç: Obezite ve yüksek ISUP derecesi (4–5), kontinans sonuçlarını olumsuz etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak öne çıkmış olup yaş, DM, HT ve sigara kullanımının belirgin etkisi gösterilemedi. Preoperatif risk faktörlerinin yönetimi ve hasta bilgilendirilmesi, postoperatif fonksiyonel iyileşmenin sağlanmasında önemlidir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

Yayın No: **(SUNUSUZ POSTER)**

Trans Obturator Tape Cerrahisi Sonrası Mesh Erozyonu ve Mesane Taşı Gelişen Hasta Olgusu Sunumu

Selim Soytürk[1], Abdullah Altunhan[1], İbrahim Tayyip Arslan[1], Mehmet Giray Sönmez[1]

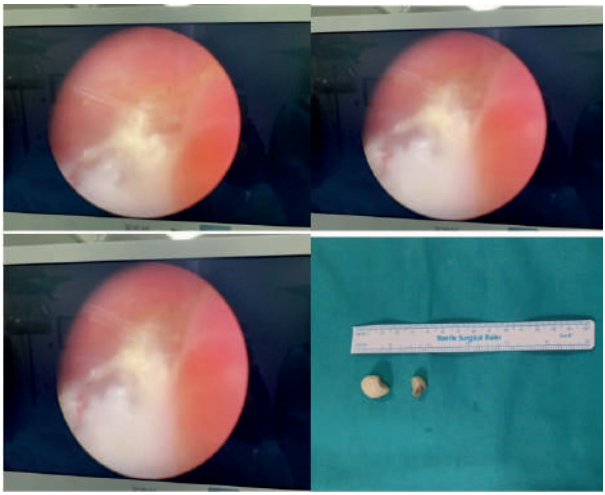
Selim Soytürk / Necmettin Erbakan Üniversitesi,Üroloji ABD

Giriş: Üriner inkontinans, hayat kalitesi üzerine olumsuz etkileri olan önemli bir hijyenik sorundur. Bu semptom, erkek ve kadınlar için sosyal hayatı önemli ölçüde kısıtlayan ve başa çıkılması zor bir durumdur. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS), üriner inkontinansı sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve hastanın hayat kalitesini etkileyen, istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlamıştır (ICS Committee. Scand J Urol Nephrol, 1992). ICS tarafından yapılan en son standardizasyon raporunda ise üriner inkontinans, her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tarif edilmiştir (Abrams P et al. Neurourol Urodyn, 2002). Stres üriner inkontinans (SÜİ) kadınlarda üriner inkontinansın en yaygın görülen tipidir ve öksürme, hapşırma, gülme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda istemsiz idrar kaçırma olarak bilinir. Gerçek SÜİ ürodinamik olarak, detrüsör kontraksiyonu olmaksızın, intravezikal basıncın üretral kapanma basıncını aşması sonucu gelişen istemsiz idrar kaybıdır. Pelvik taban yetmezliğine bağlı olarak vezikoüretral segmentin hiper mobilitesi sonucu gelişir.Trans Obturatuar Tape (TOT): Orta üretranın askıya alındığı mesane boynunun yukarı kaldırıldığı cerrahi şeklidir.

Materyal ve metot: 56 yaşında kadın hasta dizüri, sık idrara çıkma ve idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Hastanın öyküsünde stres tip inkontinans nedeniyle TOT ve endoskopik sistolitomi mevcuttu. Hastaya tekrar operasyon önerildi. Mevcut taşların çıkarılması için pnömatik litotripsi ve forceps kullanıldı.

Bulgular: Sistoskopide mesanenin sol yan duvarında mesh erozyonu ve üzerine yapışık halde taşlar izlendi. Üretral meada 1,5 cm'lik taş doğurtularak çıkarıldı. Mesane boynu sol lateralde yaklaşık 8 mm büyüklüğünde taşlar mesh üzerine yapışık halde bulundu. Bu taş pnömatik yardımıyla kırıldı, parçalar forceps ile alındı ve kalan küçük fragmanlar temizlendi. Mesane içinde ek kalkül saptanmadı. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı ve hastaya 20 Fr üç yollu sonda yerleştirildi. Operasyon sonrası sorunsuz taburcu edildi, ileri dönemde erozyona uğramış mesh eksizyonu planlandı.

İntraoperatif ve Postoperatif Mesane taşı görüntüsü,



Sonuç: TOT sonrası mesaneye mesh erozyonu nadir görülse de kronik ağrı, mesane taşları ve tekrarlayan sistit gibi durumları klinisyenlerin dikkatli değerlendirmesi gerekmektedir. Transobturator tape uygulaması, stres tip üriner inkontinans tedavisinde kullanılan cerrahilerdendir. Komplikasyon oranları az olan bir yöntemdir.Buna rağmen komplikasyonlarla karşılaşmak mümkündür. En sık meş erozyonu görülmekle beraber obturator fossada apse, hematom, obturator sinir travmalarına bağlı kronik ağrılar, meş erozyonu, vagen taşları, mesane taşları gibi komplikasyonlar görülebilmektedir(Latthe PM et al. BJOG, 2007,Dursun P et al. Korean J Urol, 2011)Castroviejo Rovo F. ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada TOT sonrası meşin mesaneye migrasyonunu 9 vakada tespit etmişlerdir ve transüretral rezeksiyonla tedavi etmişlerdir . Yoshizawa ve arkadaşları ise TOT sonrası mesaneye eroze olup meşleri taşlaşan 2 tane TOT vakasını laparoskopik transvezikal yöntemle tedavi etmişlerdir.(Yoshizawa T et al. Int J Urol, 2011)

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-077 (SUNUSUZ POSTER)

Holmium Lazer Enükleasyon (HoLEP) Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Erken Dönem Klinik Sonuçlar: KOÜ Deneyimi

Engin Telli[1], Kerem Teke[1], Furkan Palaz[1], Ibragim Kaldarov[1], Cüneyd Özkürkçügil[1]

Ibragim Kaldarov / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: HoLEP, benign prostat hiperplazisi (BPH) cerrahisinde etkinliği ve güvenilirliği giderek daha fazla kabul gören minimal invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada, tek cerrah (KT) tarafından gerçekleştirilen HoLEP uygulamalarının erken dönem fonksiyonel ve klinik sonuçları sunulmuştur.

Materyal ve metot: Ocak–Ağustos 2025 arasında kliniğimizde ardışık HoLEP cerrahisi uygulanan 21 hastanın verileri prospektif olarak kaydedilip retrospektif olarak analiz edilmiştir. Demografik veriler, operasyon süreleri, çıkarılan doku miktarı, kateterizasyon süresi ve komplikasyonlar değerlendirilmiştir. Ayrıca preoperatif ve postoperatif 3. ayda IPSS, IIEF ve PSA değerleri eşleştirilmiş analizlerle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 66.8±7.9, takip süresi 3.9(2.7-4.4) ay idi. Ortalama preoperatif prostat ağırlığı 81(65-108.5) g olup çıkarılan doku miktarı 36,7±20,7 g olarak hesaplandı. Ortalama enükleasyon süresi 85,0±32,5 dakika, morselasyon süresi 31,4±17,4 dakika ve kateter çekim süresi 2(1-3) gün olarak kaydedildi. Komplikasyonlar açısından, postoperatif retansiyon %4,7 (1/21), kontinans kaybı %4.7 (1/21), impotans %4.7 (1/21) ve postoperatif erken dönem dizüri %9,5 (2/21) oranında izlendi. IPSS skorlarında tedavi sonrası anlamlı azalma(21.5±4.7à 4.8±1.9) saptandı(ortalama fark 16.8 puan, p=0.015). PSA düzeylerinde ve IIEF skorlarında tedavi sonrası anlamlı bir değişiklik izlenmedi.

Sonuç: HoLEP cerrahisi merkezimizde erken dönemde düşük komplikasyon oranları, kısa kateterizasyon süresi ve semptom skor iyileşmesi ile güvenle uygulanabilmiştir. Özellikle IPSS skorlarındaki belirgin azalma ve persistan dizürinin TUR-P'ye göre çok daha az izlenmesi cerrahinin etkinliğini göstermektedir. Tek cerrah deneyimiyle gerçekleştirilen bu pilot seri, merkezimizde HoLEP'in uygulanabilirliğini ve güvenilirliğini ortaya koymaktadır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-078 (SUNUSUZ POSTER)

Mesane Ağrı Sendromunda Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Rolü: 2025 Güncel Kılavuz Önerileri Işığında

Cemil Aydın[1], Alpkon Torun[1], Furkan Yazıcı[1], Mustafa Güder[1], Musa Ekici[1], Mustafa Serdar Çağlayan[1], Mehmet Murat Baykam[1]

Alpkon Torun / Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Mesane ağrı sendromu (MAS), kronik pelvik ağrı sendromları içerisinde yer alan, multifaktöriyel etiyolojiye sahip ve yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyen bir klinik tablodur. Tanı ve tedavi süreci zorluklarla dolu olup, hastaların büyük bir kısmında semptomlar uzun süre devam edebilmektedir. Avrupa Üroloji Birliği (EAU) 2025 Kılavuzu'na göre, MAS yönetiminde ilk basamak yaklaşım invaziv olmayan yöntemler ve yaşam tarzı değişiklikleri olmalıdır.

Materyal ve metot: Yaşam Tarzı Değişiklikleri: EAU kılavuzu, MAS yönetiminde hasta eğitimi ve yaşam tarzı modifikasyonlarını ilk basamak tedavi olarak önermektedir. Bu değişiklikler, semptom kontrolünde ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde kritik öneme sahiptir.Diyet Düzenlemeleri: Kafein, alkol, gazlı içecekler, asidik ve baharatlı gıdalar mesane irritanları arasında sayılmakta ve semptomların alevlenmesine yol açabilmektedir.EAU, eliminasyon diyeti uygulanarak semptomları tetikleyen gıdaların bireysel olarak belirlenmesini önermektedir.Sıvı Tüketimi: Yeterli hidrasyon, mesanenin düzenli boşaltılmasını sağlar ve potansiyel irritanların atılımını kolaylaştırır.Ancak EAU, aşırı sıvı alımının noktüriyi artırabileceğini vurgulamakta ve özellikle gece sıvı kısıtlaması önermektedir.Stres Yönetimi ve Psikososyal Yaklaşım: Kronik stres, MAS semptomlarını belirgin şekilde şiddetlendirebilir.EAU, gevşeme teknikleri (meditasyon, yoga, nefes egzersizleri) ve gerekirse psikolojik destek veya bilişsel-davranışçı terapi uygulanmasını önermektedir.Fiziksel Aktivite ve Uyku Düzeni: Düzenli egzersiz, hem genel sağlık hem de MAS semptom kontrolünde olumlu katkılar sağlar.Uyku hijyeni ve yeterli dinlenme de önemlidir. Sigara Kullanımı: Sigara, mesane irritasyonunu artırabileceği gibi, mesane kanseri açısından da önemli bir risk faktörüdür.EAU, sigaranın tamamen bırakılmasını güçlü şekilde önermektedir.

Bulgular: Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Diyet Düzenlemeleri, Sıvı Tüketimi, Stres Yönetimi ve Psikososyal Yaklaşım, Fiziksel Aktivite ve Uyku Düzeni, Sigara Kullanımı.

Tablo 1. Mesane Ağrı Sendromunda (MAS) Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve EAU 2025 Önerileri

Yaşam Tarzı	EAU 2025 Önerisi	Klinik Fayda
Diyet	Eliminasyon diyeti uygulanmalı; kafein, alkol, asidik ve baharatlı gıdalar sınırlandırılmalı	İrritasyonun ve semptom alevlenmelerinin azalması
Sıvı Tüketimi	Yeterli hidrasyon sağlanmalı; aşırı sıvı alımı ve gece sıvı tüketimi kısıtlanmalı	Noktürinin azalması, mesane irritasyonunun önlenmesi
Stres Yönetimi	Meditasyon, yoga, nefes egzersizleri ve gerekirse psikolojik destek önerilmeli	Stresin azaltılması, ağrı ve semptom şiddetinde azalma
Fiziksel Aktivite	Düzenli egzersiz yapılmalı, uyku düzeni sağlanmalı	Genel sağlıkta iyileşme, semptom kontrolünde katkı
Sigara Kullanımı	Sigara tamamen bırakılmalı	Mesane irritasyonunun azalması, ek onkolojik risklerin önlenmesi

Sonuç: Mesane ağrı sendromunun tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri, kılavuzların önerdiği ilk basamak ve en güvenli yaklaşımlardan biridir. Hasta eğitimi, diyet ve sıvı düzenlemesi, stres yönetimi, sigara bırakılması ve düzenli fiziksel aktivite, semptom kontrolünde önemli rol oynamaktadır. Bu önlemler, gerektiğinde farmakolojik veya invaziv tedavilerle kombine edilerek daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlar. Gelecekte yapılacak randomize kontrollü çalışmalar, yaşam tarzı modifikasyonlarının etkinliğini daha güçlü kanıtlarla ortaya koyacaktır.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-079 (SUNUSUZ POSTER)

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÜRETROPLASTİ DENEYİMİ

Kerem Teke[1], Engin Telli[1], Ali Ordu[1], İbrahim Erkut Avcı[1], Cüneyd Özkürkçügil[1]

Ali Ordu / Kocaeli Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Özellikle son yıllarda anterior üretroplasti artış trendi dikkat çekmekte yüksek cerrahi başarı oranı ile yüksek hasta memnuniyeti göze çarpmaktadır. Kliniğimizde 2020-2025 yılları arasında tek cerrah tarafından yapılan 46 prosedür 42 erkek üretroplasti deneyimimizi sunduk.

Materyal ve metot: Darlık etiyolojisi, geçirilmiş endolüminal tedavi sayısı ve ameliyat bilgilerine prospektif olarak oluşturulan veri tabanından retrospektif olarak ulaşılmıştır.Üretroplasti sonrası hastalar üretral kateter çekilirken retrogradüretrografi ile anastomoz hattı değerlendirilmiş, postoperatif dönemde hastalar 3.aydan itibaren uroflowmetre+post miksiyonel rezidü ile değerlendirilmek üzere polikliniğe çağrılmıştır.Poliklinik kontrollerine gelmeyen hastalara telefon görüşmeleri ile ulaşılarak üretral girişim ihtiyacının ya da öyküsünün olup olmadığı ve fonksiyonel değerlendirmeleri yapılmıştır.Qmax'ın 15 ml/sn üzeri ve üretral girişim ihtiyacının olmaması anatomik başarı olarak kabul edilmiştir.Fonksiyonel değerlendirme için ameliyat sonrası gelişen penil eğrilik, ejekulasyon bozukluğu, inkontinans, terminal damlama gibi değişkenlerden 2 ve üzerine sahip olanlar fonksiyonel başarısızlık olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların median yaşı 51(39-67)idi.46 vakanın 45'i anterior sadece 1'i posterior üretra darlığı olan hastalardan oluşmaktaydı.Etiyolojilerinde posterior üretra darlığı için pelvik fraktür, anterior üretra darlığı için travma(5/46), idiopatik(13/46), iyatrojenik(23/46), inflamatuar(2/46), konjenital/başarısız hipospadias cerrahileri(2/46) bulunmaktaydı.Geçirilmiş endoluminal cerrahi sayısı ortanca 1 olup 0–15 arasında değişmekteydi.Anterior üretra darlıkları için ortanca darlık mesafesi 3(2-4)cm idi. Posterior üretra darlığı eksizyon ve primer anastomoz(EPA) ile opere edildi.Anterior üretra darlıkların 26'sı bulber, 13 tanesi penil üretra, 4 tanesi penobulber, 2 tanesi panüretral darlıktı.Ortalama ameliyat süresi 2,8±0,6 saat olup, ortalama yatış süresi 5,2±4,3 gündü. Posterior üretra darlığı olan hastanın 1 yıl içinde sistoskopik girişim ihtiyacı olup anatomik başarısız olarak değerlendirildi.Takibi olan 33 anterior üretra darlık nedeniyle üretroplasti yapılan hastanın takip süresi ortalama 20.8(9.6-29.4)ay olup, 28 tanesi(%84.8) anatomik başarılı olarak değerlendirilmiştir.Başarısız olan 4 hastaya re-do üretroplasti, 1

hastaya internal üretrotomi yapılmış olup ikinci operasyon sonrası anatomik olarak başarılı kabul edilmiştir. Re-do üretroplasti yapılan 4 hastadan 2'sinin(%50) fossa navikülaris darlığı mevcut olması ve başarısız olan hastaların 3'ünün üretroplasti öncesi sistostomi öyküsü olan geriatrik hastalar olması(68 ,74 ve 79 yaş) dikkat çekmiştir.Postop takiplerde 1 hastada inkontinans, 2 hastada terminal damlama, 2 hastada penil eğrilik, 1 hastada retrograd ejekülasyon gözlemlendi.Ancak hiçbir hastada 2 veya daha fazla bulgu bir arada görülmediği için fonksiyonel olarak başarısızlık olmadığı kabul edildi.

Sonuç: Anterior üretroplasti cerrahi başarı oranı literatürde %90'ların üzerinde bildirilmiştir.Kliniğimizin beş yıllık deneyimini sunan bu çalışmada cerrahi başarı anatomik ve fonksiyonel başarı ile değerlendirme yapılmıştır.Oysaki anatomik başarı sistoskopik ya da retrogradüretrografik görüntüleme ile de yapılabileceği unutulmamalı, ayrıca hastaların mevcut alt üriner sistem patolojileri de bu başarısızlık sonuçlarını etkilemiş olabileceği akılda tutulmalıdır.Tek cerrahın öğrenme eğrisini daha fazla sayıda hasta ve daha homojen bir hasta popülasyonunda değerlendirmek daha uygun olacaktır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-080 (SUNUSUZ POSTER)

Transvaginal Tape Uygulaması Sonrasında Geç Dönemde Farkedilen Komplikasyonun Minimal İnvaziv Yönetimi, Laparoskopik Port Yardımlı İntravezikal Mesh Çıkarılması Operasyonu: Olgu Sunumu

Rzabala Nuriyev[1], Tural Miriyev[1], Ömer Faruk Çavuşoğlu[1], Emrah Okucu[1], Uğur Yücetaş[1], Hüseyin Aytaç Ateş[1]

Rzabala Nuriyev / SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş: AMAÇ:Midüretral sling cerrahisi sırasında gelişen ve peroperatif dönemde farkedilmeyen mesane perforasyonunungeç dönemde saptanan nadir komplikasyonu olan intravezikal meshin minimal invaziv olarak yönetiminin olgu bazlısunulması ve bu komplikasyonun gerçekleşmemesi için alınması gereken önlemlerin tartışılmasını amaçladık.

Materyal ve metot: OLGU: Otuzaltı yaş kadın hasta dizüri ve farketmeden idrar kaçırma şikayeti ile tarafımıza basvurdu. Öyküsünde 1hafta önce Jinekoloji Kliniğinde V-Notes + TVT operasyonu geçirdiğini, postoperatif 1. gün sondası alındıktan sonraşikayetlerinin başladığını bildirdi.Hastanın yapılan vaginal muayenesinde vajen anterior duvarda ödemli insizyonalanı izlendi. eşzamanlı yapılan sistoskopisinde Mesane posterior duvardan mesane sağ yanduvara uzanansentetik mesh materyali izlendi. Hastaya Endoskopik intravezikal mesh çıkarılması operasyonu kararı verildi. SAA22fr sistoskopla transüretral girildi, mesane posterior duvardan mesane sağ yan duvara uzanan sentetik meshmateryali izlendi. Endomakas yöntemi ile posterior giriş yerinden mesh kesilmek istendi fakat başarılı olmamasıüzerine Holmium Laser yardımı ile meshin giriş yerinin 5 mm çevresinden mesane detrusor kası da insize edilerekmesh eksiyonu gerçekleştirildi. Sağ yan duvardaki giriş deliği 70 derece sistoskopi ve lazer insizyonun açısına uygunolmayınca sistoskopik görüş altında retroperitoneal transvesikal 5 mmlik laparaskopik port yerleştirildi. Sistoskopi içinden tas forcepsi yollanarak mesh materyali giriş yerinden tutularak mesane sol yan duvara doğru traksiyoneedildi. Laparaskopik makas ile sağ yan duvar giriş deliğinden mesh materyali kesildi ve sistoskopi yardımı ile mesane dışına alındı.

Bulgular: Kontrol sistoskopide mesane içi mesh materyali kalmadığı izlendi, trokar direk görüş altında çıkarılıp 18foley tatbiki sonrası operasyon sonlandırıldı. Postop 1. Gün taburcu edilen hastanın sondası postop 10. Gün alındı.1.ay kontrol sistoskopisinde mesane mukozasının tamamen epitelize olduğu ve hastanın şikayetlerinin tamamendüzeldiği gözlendi.

Sonuç: SONUÇ: Midüretral sling operasyonlarının peroperatif en sık komplikasyonu olan mesane perforasyonu peroperatiffarkedilmediği takdirde yöneteminin daha zor olduğu intravezikal mesh komplikasyonu ile karşımıza çıkmaktadır.Böyle bir durumda minimal invaziv tekniklerle bu komplikasyon başarılı bir şekilde yönetilebilmektedir.

çıkarılan mesh



2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-081 (SUNUSUZ POSTER)

Kadınlarda Stres Tipte İdrar Kaçırma Cerrahisinin Sonuçları Üzerine Hasta Grubu, Demografik Veriler ve Cerrahi Teknik Tercihinin Etkisinin Değerlendirilmesi

TÜRKER ALTUNTAŞ[1], NAİF DİNÇ ÜLKER[1], ÖMER FARUK ASKER[2], AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ[3], KAMİL ÇAM[1], TUFAN TARCAN[1]

TÜRKER ALTUNTAŞ / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Stres tipte idrar kaçırma (STİK) nedeniyle orta üretral sling (OÜS) cerrahisi uygulanan hastaların demografik verilerinin, idrar kaçırma tiplerinin ve uygulanan cerrahi tekniğin cerrahi başarı üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlandı.

Materyal ve metot: Bu retrospektif çalışmaya, en az bir yıl süreyle postoperatif takip edilen, 115'i transobturator (TO) OÜS ve 23'ü retropubik (RP) OÜS olmak üzere toplam 138 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 54'ü saf STİK, 84'ü stres baskın karışık tipte idrar kaçırmaya (KTİK) sahipti. Hastalar demografik verilerine, idrar kaçırma tiplerine ve cerrahi teknik türüne göre gruplandırılarak cerrahi başarı ve komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. Sonuçlar, Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6), Uluslararası İnkontinans Danışma Komitesi Kısa Formu (ICIQ-SF) ve İnkontinansın Etkisi Anketi Kısa Formu (IIQ-7) gibi doğrulanmış semptom skorları kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Cerrahi teknikler karşılaştırıldığında, TO ve RP yöntemlerle OÜS uygulanan hastalar arasında demografik veriler, ürodinamik parametreler ve taburculuk süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Komplikasyon oranları RP grubunda TO grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (p = 0,047) (Tablo 1). Hastaların yaş, vücut kitle indeksi, diabetes mellitus (DM) varlığı, cerrahi teknik ve idrar kaçırma tipine göre yapılan alt grup analizlerinde ise DM mevcut olan alt grupta ICIQ-SF skorunda anlamlı fark saptandı (p = 0.036). Cerrahi yönteme göre yapılan karşılaştırmada TO grubunda UDI-6 skoru anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p= 0,021). İdrar kaçırma tipine göre yapılan analizde ise her UDI-6, ICIQ-SF ve IIQ-7 semptom skorları KTİK grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p= 0,022, p= 0,016, p= 0,008) (Tablo 2). Ardından STİK ve KTİK gruplarının demografik verileri, ürodinamik ve postoperatif takiplerinde elde edilen sonuçları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde KTİK grubunda taburculuk süresi ve cerrahi sonrası idrar kaçırma nedeniyle ped kullanım sayısı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p= 0,023, p= 0,009) (Tablo 3).

Tablo 1. Cerrahi Teknik Karşılaştırılması

Tablo 1. Cerrahi Teknik Karşılaştırılması

	TO (n:113)	**RP (n:25)**	**P değeri**
Yaş, median (IQR)	54 (48-62)	55 (50,5-69,5)	0,085
VKİ (Kg/ m²), median (IQR)	29,75 (26,71-34,54)	31,18 (27,08-34,34)	0,953
DM (%)	25 (%22,1)	7 (%28)	0,529
HT (%)	30 (%26,5)	11 (%44)	0,084
Akciğer hastalığı (%)	18 (%15,9)	2 (%8)	0,308
Histerektomi (%)	17 (%15,2)	3 (%12)	0,482
Sling öyküsü (%)	1 (%0,9)	6 (%24)	**<0,001**
Ürodinamik Çalışmalar			
DOA (%)	6 (%7,2)	4 (%25)	0,053
Sistometrik kapasite (ml), median (IQR)	459,5 (317,5-552)	510 (443-566)	0,52
VLPP (cm H_2O), median (IQR)	90 (54-120)	82 (62-100,5)	0,85
Qmax (ml/sn), median (IQR)	24 (18-34)	17,5 (13,5-28,5)	0,073
PdetQmax (cm H_2O), median (IQR)	15 (6,25-24,5)	18 (4-27)	0,92
PVR (ml), median (IQR)	1,5 (0-32,75)	11 (0-101)	0,314
Operasyon süresi (dk), median (IQR)	48 (41-60)	55 (49-62)	0,1
Taburculuk (n) (gün), median (IQR)	1 (1-2)	1 (1-1)	0,069
Cerrahi öncesi			
Günlük idrar kaçırma sayısı (n), median (IQR)	5 (3-9)	5 (2,5-7)	0,887
Günlük ped kullanımı (n), median (IQR)	4 (3-5)	3 (3-6)	0,731
Cerrahi sonrası			
Günlük idrar kaçırma sayısı (n), median (IQR)	0 (0-1)	0 (0-0)	0,293
Günlük ped kullanımı (n), median (IQR)	0 (0-2)	0 (0-0)	0,167
Komplikasyonlar	18 (%15,9)	9 (%36)	**0,047**
Meş erozyonu (n) (%)	3 (%2,7)	1 (%4)	
De Novo Sıkışma (n) (%)	4 (%3,5)	2 (%8)	
Yara yeri enfeksiyonu (n) (%)	2 (%1,8)	1 (%4)	
İşeme zorluğu (n) (%)	3 (%2,7)	4 (%16)	
Sıkışma idrar kaçırma (n) (%)	3 (%2,7)	0	
Stres idrar kaçırma (n) (%)	1 (%0,9)	0	
İleus (n) (%)	1 (%0,9)	0	
Ağrı (n) (%)	1 (%0,9)	1 (%4)	

Tablo 2. Alt grup analizi

Tablo 2. Alt grup analizi

	Yaş <60 (n:95)	**Yaş ≥ 60 (n:43)**	**P değeri**
UDI-6 median (min-max)	5 (0-14)	2 (0-17)	0,066
ICIQ-SF median (min-max)	0,5 (0-21)	1 (0-21)	0,054
IIQ-7 median (min-max)	1,5 (0-21)	0 (0-21)	0,066
	VKİ < 30 (n:70)	**VKİ ≥ 30 (n:68)**	**P değeri**
UDI-6 median (min-max)	3 (0-14)	3 (0-17)	0,286
ICIQ-SF median (min-max)	0,5 (0-21)	0 (0-21)	0,782
IIQ-7 median (min-max)	0 (0-21)	0 (0-21)	0,512
	DM var (n:32)	**DM yok (n:106)**	**P değeri**
UDI-6 median (min-max)	4 (0-17)	3 (0-15)	0,056
ICIQ-SF median (min-max)	11 (0-21)	0 (0-21)	**0,036**
IIQ-7 median (min-max)	3 (0-21)	0 (0-21)	0,064
	TO (n:113)	**RP (n:25)**	**P değeri**
UDI-6 median (min-max)	4 (1-7)	1 (0-4)	**0,021**
ICIQ-SF median (min-max)	1 (0-14)	0 (0-7,5)	0,256
IIQ-7 median (min-max)	0 (0-6)	0 (0-1)	0,108
	Saf STİK (n:54)	**KTİK (n:84)**	**P değeri**
UDI-6 median (min-max)	2 (1-4)	4,5 (1-9)	**0,022**
ICIQ-SF median (min-max)	0 (0-6)	7 (0-15)	**0,016**
IIQ-7 median (min-max)	0 (0-1)	1 (0-11,75)	**0,008**

Tablo 3. Hasta gruplarının karşılaştırılması

Tablo 3. Hasta gruplarının karşılaştırılması

	Saf STİK (n:54)	**KTİK (n:84)**	**P değeri**
Yaş, median (IQR)	52 (47-59,5)	55 (49-65)	0,134
VKİ (Kg/ m²), median (IQR)	30,82 (27,23-35,08)	29,61 (26,68-33,67)	0,605
DM (%)	9 (%16,7)	23 (%27,4)	0,105
HT (%)	13 (%24,1)	28 (%33,3)	0,166
Akciğer hastalığı (%)	7 (%13)	13 (%15,5)	0,441
Histerektomi (%)	7 (%13)	13 (%15,5)	0,441
Sling öyküsü (%)	2 (%3,7)	5 (%6)	0,436
Ürodinamik Çalışmalar			
DOA (%)	2 (%5,1)	8 (%12,3)	0,198
Sistometrik kapasite (ml), median (IQR)	478 (308-556)	482 (341-557)	0,521
VLPP (cm H_2O), median (IQR)	82 (55-128)	90 (57-104)	0,82
Qmax (ml/sn), median (IQR)	24,5 (19-34)	23 (15,25-33)	0,341
PdetQmax (cm H_2O), median (IQR)	19 (7-30)	15 (6-21)	0,302
PVR (ml), median (IQR)	0 (0-40)	3,5 (0-51,25)	0,552
Operasyon süresi (dk), median (IQR)	52 (44,25-59)	48 (43-61)	0,71
Taburculuk (n) (gün), median (IQR)	1 (1-1)	1 (1-2)	**0,023**
Cerrahi öncesi			
Günlük idrar kaçırma sayısı (n), median (IQR)	4,5 (1,75-8,25)	5,5 (4-8,25)	0,153
Günlük ped kullanımı (n), median (IQR)	3 (3-5)	4 (3-6)	0,302
Cerrahi sonrası			
Günlük idrar kaçırma sayısı (n), median (IQR)	0 (0-1)	0 (0-0)	0,319
Günlük ped kullanımı (n), median (IQR)	0 (0-0)	0 (0-3)	**0,009**

KTİK: Karışık Tipte İdrar Kaçırma, STİK: Stres Tipte İdrar Kaçırma

Sonuç: RP OÜS uygulanan hastaların komplikasyon oranlarının yüksek olduğu, diyabetli ve TO OÜS uygulananların da cerrahi sonrası şikayetlerin fazla olabileceği ortaya konulmuştur. Ayrıca KTİK olan hastalarda tüm semptom skorları anlamlı şekilde daha yüksek olduğu göz önüne alındığında bu hasta grubu cerrahi öncesi iyi bilgilendirilmeli ve invasif ürodinamik çalışmalar uygulanmalıdır.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-082 (SUNUSUZ POSTER)

Trans Obturator Tape ve Tension-free Vaginal Tape Sonrası Gelişen Mesh İlişkili Mesane Taşlarının Perkütan Yöntemle Çıkarılması

Süleyman Öner[1], Mahmut Yol[1], Ata Özen[1], İyimser Üre[1], Aydın Yenilmez[1]

Mahmut Yol / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Transobturator Tape (TOT) ve Tension-free Vaginal Tape (TVT) cerrahileri, stres üriner inkontinans tedavisinde yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile yaygın olarak uygulanmaktadır. Nadir görülen mesh erozyonu, mesane taşı oluşumuna yol açabilir. Bu çalışmada, TOT/TVT sonrası gelişen mesh ilişkili mesane taşlarının perkütan sistolitotomi yöntemiyle tedavisindeki deneyimimizin paylaşılması istenmiştir.

Materyal ve metot: 2015–2025 yılları arasında TOT veya TVT cerrahisi sonrası mesh erozyonuna bağlı mesane taşı tanısı alan ve perkütan sistolitotomi ile tedavi edilen sekiz hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olgular ayrıntılı öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile incelendi; cerrahi süresi, komplikasyonlar ve takip sonuçları kaydedildi. Cerrahi sırasında hastalar litotomi pozisyonunda genel anestezi altında opere edildi. Üretradan sistoskopla mesaneye girilerek taş ve meshin lokalizasyonu gözlendi. Suprapubik insizyon sonrası 18G chiba iğnesi ile mesaneye giriş yapıldı, sistoskopi kontrolünde hidrofilik kılavuz tel yerleştirilerek trakt 28 Fr'ye dilate edildi ve 24 Fr nefroskop ile mesaneye girildi. Ardından sistoskopi ile çıkılıp üretradan 5 mm bıçaksız trokar ile ikinci giriş sağlandı. Taşlar pnömotik veya lazer litotripsi ile fragmante edilip çıkarıldı. Mesh, forseps yardımıyla traksiyona alındıktan sonra trokar içerisinden girilen laparoskopik makasla kesilip uzaklaştırıldı. Rezidü materyal olmadığı doğrulandı. Kanama kontrolünün ardından suprapubik kesiye 18 Fr nelaton ve üretraya 18 Fr Foley sonda yerleştirildi. Post-op 2. gün hematürisi olmayan hastaların sistostomileri çekilerek taburcu edildi. Post-op 5. günde poliklinikte sondaları çekildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 50.2 ± 6.6 yıl, VKİ'si 25.2 ± 1.8 kg/m^2'ydı. Olguların 5'i(%62.5) TOT, 3'ü(%37.5) TVT sonrası tanı aldı. En sık görülen başvuruş semptomları dizüri 6(%75.0), hematüri 2(%25.0), inkontinans 3(%37.5) hastada görüldü. Semptomların başlama süresi ortalama 25.8 ± 18.5 aydı. Ortalama taş boyutu 18.9 ± 3.0 mm ölçüldü. Mesh tüm olgularda taş çekirdeğinde mevcuttu. Taş konumu üç hastada sağ yan duvar, üç hastada mesane boynu, iki hastada sol yan duvar olarak saptandı (Tablo 1). Ortalama operasyon süresi 38,6± 5.0 dakikaydı.

Enerji kaynağı olarak pnömotik litotripsi 5(%62.5), lazer litotripsi 3(%37.5) hastada kullanıldı. Foley sonda süresi 4,6 ± 0,9 gündü (Tablo 2). Erken dönemde yalnızca bir hastada minör hematuri görüldü. Ortalama 17.0 ± 12.2 aylık takipte hastalarda nüks gözlenmedi (Tablo 3).

Tablo 1

Değişken	Ortalama ± SS / n (%)
Yaş (yıl)	50.2 ± 6.6
VKİ (kg/m^2)	25.2 ± 1.8
Önceki cerrahi tipi	
TOT	5 (%62.5)
TVT	3 (%37.5)
Başvuru semptomu	
Dizüri	6 (%75.0)
Hematüri	2 (%25.0)
İnkontinans	3 (%37.5)
Semtomların başlangıç süresi (Ay)	25.8 ± 18.5
Taş boyutu (mm)	18.9 ± 3.0
Taş konumu	
Mesane boynu	3 (%37.5)
Sol yan duvar	2 (%25.0)
Sağ yan duvar	3 (%37.5)

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 2

Değişken	Ortalama ± SS / n (%)
Operasyon süresi (dk)	37,6 ± 5.0
Enerji kaynağı	
Pnömatik	5 (%62.5)
Lazer	3 (%37,5)
Foley sonda süresi (gün)	4.6 ± 0.9

Cerrahi Özellikler

Tablo 3

Değişken	Değer
Toplam hasta sayısı	8
Erken komplikasyon	1 (%12.5)
Geç komplikasyon	0 (%0.0)
Takip süresi (ay)	17.0 ± 12.2
Nüks oranı (%)	0 (%0.0)

Post Operatif Takip

Sonuç: TOT/TVT sonrası gelişen mesh ilişkili mesane taşlarında perkütan sistolitotomi, minimal invaziv, güvenli ve etkili bir seçenektir. Özellikle büyük taş ve mesh varlığında, transüretral yöntemlere alternatif olarak tercih edilebilir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-083 (SUNUSUZ POSTER)

Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Partnerlerde FSFI Değerlendirilmesi

Cemil Aydın[1], Alpkon Torun[1], Furkan Yazıcı[1], Musa Ekici[1], Mustafa Serdar Çağlayan[1], Mehmet Murat Baykam[1]

Alpkon Torun / Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Prostat kanseri (PKa) erkeklerde tanı konulan en sık ikinci kanserdir. 2020 yılında dünya genelinde yaklaşık 1.4 milyon kişiye tanı konulmuştur. Radikal prostatektomi, prostat kanserinin tedavisinde etkili olmakla birlikte erektil disfonksiyon ve inkontinans gibi yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonrası hem hastaların erektil fonksiyonlarının hem de partnerlerinin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı

Materyal ve metot: Nisan 2021–Temmuz 2025 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle LRP yapılan 61 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, perioperatif ve postoperatif sonuçlar değerlendirildi. Erektil fonksiyon için IIEF, partnerlerin cinsel fonksiyonları için FSFI anketi uygulandı. Tüm veriler retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65,7 (49–78), ortalama prostat hacmi 57,3 mL, ortalama BMI 27,4 (19–36) idi. Ortalama operasyon süresi 160.9±21 dk, ortalama vezikoüretrostomi süresi 25,4 dk, ortalama kan kaybı 220±110 mL idi. Postop ortalama yatış süresi 5,5 gün, sonda çekilme süresi 11,6 gün olarak bulundu. (Tablo-1)Erektil disfonksiyon oranı %80, nörovasküler demet(NVB) korunan grupta İİEF ortalaması 21, NVB korunmayanlarda 9,7 idi. Partnerlerde FSFI ortalaması 8,04 bulundu. NVB korunan grupta FSFI 19,9 iken, korunmayanlarda 4,02 idi.(Tablo-2)

Tablo-1

Değişken	Sonuç
Yaş ortalaması	65,7 (49–78)
Prostat hacmi (mL)	57,3 (20–155)
BMI	27,4 (19–36)
Operasyon süresi (dk)	160.9±21
Kan kaybı (mL)	220±110
Yatış süresi (gün)	5,5
Sonda çekilme süresi (gün)	11,6
Dren çekilme süresi (gün)	4,3

Tablo-2

Fonksiyonel Parametre	Sonuç
Preop IIEF ortalaması	19,8 (6–30)
Postop IIEF ortalaması	9,7 (2–26)
Erektil disfonksiyon oranı	%80
NVB korunanlarda IIEF	21 (15–26)
Partnerlerde FSFI ortalaması	8,04 (2,4–26,1)
NVB korunanlarda FSFI	19,9 (16,3–26,1)
NVB korunmayanlarda FSFI	4,02 (2,4–6,8)

Sonuç: Laparoskopik radikal prostatektomi öğrenim eğrisi yüksek ve deneyim gerektiren bir prosedürdür. Erektil disfonksiyon, LRP'NİN postoperatif komplikasyonları içinde en önemlilerindendir. Literatürde sinir koruyucu cerrahinin erektil fonksiyonun korunmasında büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da NVB korunan grupta hem erektil fonksiyonun hem de partnerlerde cinsel fonksiyonun daha iyi olduğu görülmüştür(p=0.01). Bu bulgular çiftlerin yaşam kalitesi üzerinde cerrahinin doğrudan etkisini göstermektedir. Cerrahi planlamada bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Onkolojik ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi, postoperatif hasta takibinde temel prensiptir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-084 (SUNUSUZ POSTER)

Bulbar Üretra Darlıklarında Ventral Üretroplasti Sonuçlarımız

İlker Gökçedağ[1], Melike Güzeller[1], Oğuz Çelik[1], Burak Sağlam[1], Kürşat Küçüker[1], Zafer Aybek[1]

İlker Gökçedağ / Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Giriş: Bukkal mukoza grefti (BMG) üretroplastisi, bulbar üretra darlıklarının tedavisinde devrim yaratmıştır. Ventral BMG üretroplastisi, daha iyi cerrahi ekspojür sağlaması ve sfinkter yakınındaki darlıklarda (özellikle prostatektomi sonrası vakalarda) daha güvenli olması gibi avantajlar sunar. Bu çalışma, 2019-2024 yılları arasında gerçekleştirilen 63 ventral üretroplasti vakasının sonuçlarını incelemektedir.

Materyal ve metot: Ventral BMG üretroplastisi uygulanan 63 hasta retrospektif olarak incelendi. Veriler arasında hasta demografik özellikleri, komorbiditeler, darlık karakteristikleri, operatif detaylar, fonksiyonel sonuçlar (üroflowmetri, IIEF) ve postoperatif komplikasyonlar yer aldı.Cerrahi teknik, 6 hizasında ventral üretrotomi, 5-7 hizasına BMG yerleştirilmesi ve spongiosumun quiltlenmesini içermekteydi.

Bulgular: Ortalama yaş: 61.5 yılOrtalama BMI: 28.5 (TUR-P hastalarında daha yüksek: 29.8)Ortalama darlık uzunluğu: 3.2 cmOrtalama operasyon süresi: 114 dakikaTüm hastalar daha önce endoskopik girişimler geçirmişti (ortalama: 4.8 işlem).Etiyoloji, 7 vakada idiyopatik, 56 vakada iyatrojenikti ve 39 hasta TUR-P sonrasıydı.1. yılda ortalama maksimum idrar akım hızı 23 ml/s idi. 1-5 yıllık takipte 5 hastada (%8) nüks görüldü, başarı oranı %92 olarak hesaplandı. TUR-P hastalarında başarı oranı %90 idi.Cinsel açıdan aktif olan 58 erkek hastada postoperatif erektil disfonksiyon gelişmedi. Altı hastada ameliyat öncesi stres üriner inkontinans mevcuttu; sadece 1 hastada (%1.6) ameliyat sonrası yeni inkontinans gelişti.

Sonuç: Ventral BMG üretroplastisi, bulbar üretra darlıklarında güvenli ve etkili bir yöntemdir, yüksek başarı oranları ve düşük morbidite ile öne çıkmaktadır. Özellikle önceki TUR-P öyküsü olan hastalarda bile kontinansı koruması ve cerrahi ekspojürü kolaylaştırması nedeniyle rekonstrüktif ürolojide önemli bir seçenektir.

2003 KONTİNANS DERNEĞİ
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-085 (SUNUSUZ POSTER)

Radikal Sistektomi Sonrası Sol Üreterin Konduitten Tamamen Ayrılması: Açık Cerrahi ile Onarılan Nadir Bir Komplikasyon

Mustafa Tıpırdamaz[1], Tuncer Bahçeci[1], Mustafa Gök[2], Mehmet Dündar[1]

Mustafa Tıpırdamaz / Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

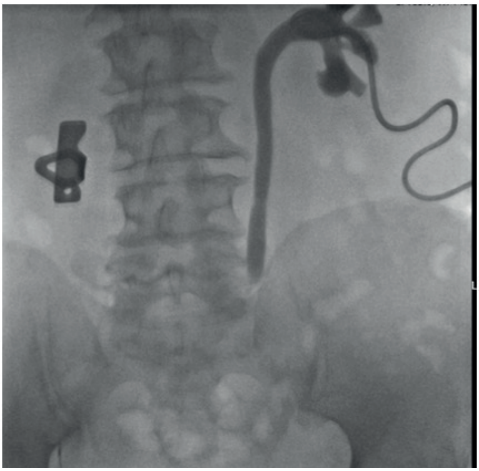
Giriş: Prostata invaze mesane kanseri nedeniyle Kasım 2024'te radikal sistektomi ve ileal konduit uygulanan bir hastada, postoperatif dönemde gelişen üreteral komplikasyonlar; üriner drenajın bozulması ve enfeksiyon gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. Bu bildiride, sol üreterin ileal konduitten tamamen ayrıldığı ve açık cerrahi ile başarılı şekilde yeniden anastomoz yapıldığı nadir bir olgu sunulmaktadır.

Materyal ve metot: Prostat invazyonu gösteren mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi ve ileal konduit uygulanan bir olguda, sol üreter ile konduit arasındaki bağlantının tamamen ayrılmasıyla ortaya çıkan nadir bir komplikasyonun tanı ve tedavi sürecinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Bulgular: 65 yaşındaki erkek hasta, Kasım 2024'te prostat invazyonu olan mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi ve Bricker anastomozlu ileal konduit operasyonu geçirmiştir. Taburculuktan yaklaşık 40 gün sonra, Ocak 2025'te ateş ve sol yan ağrısı şikayetleriyle acil servise başvuran hastanın yapılan BT görüntülemesinde sol böbrekte hidronefroz ve piyelonefrit saptanmıştır Fizik muayene ve laboratuvar bulguları: Ateş 39.1°C, CRP: 300 mg/L, WBC: 17.000/mm^3, Hb: 14 g/dL şeklindedir.Acil olarak sol perkütan nefrostomi yerleştirilen hastanın nefrostomisinden pürülan sıvı gelmiştir. Kültürde E. coli üremesi saptanmış, uygun antibiyotik tedavisiyle enfeksiyon kontrol altına alınmıştır. Takiben, Mayıs 2025'te anterograd DJ stent yerleştirilmesi planlanmış, ancak opas maddenin distal üreterde sonlandığı görülmüş ve guide wire poş içerisine geçemediğinden stent uygulanamamıştır (Resim 2). Sol nefrostomi değişimi gerçekleştirilmiştir. Hastaya anterograd fleksibl üreteroskopi planlanmıştır.Temmuz 2025'te yapılan anterograd fleksibl üreteroskopide sol üreterin kör sonlandığı görülmüş ve açık cerrahi planlanmıştır (Resim 3). Eski skar üzerinden yapılan insizyon ile ileal konduit bulunmuş, sol üreterle bağlantının olmadığı görülmüştür. Retroperitoneal alanda iliak arter üzerinde sol üreter izlenmiş, sigmoid mezosu arkasında kör sonlandığı görülmüştür . Üreterin ileal konduitten ayrıldığı ve kapalı sistem olarak iyileştiği değerlendirilmiştir. Sol üreter mobilize edilip spatüle edilerek ileal konduitle

reanastomoz gerçekleştirilmiştir. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmemiş; böbrek fonksiyonları korunmuştur (Kreatinin: 0.7 mg/dL, GFR: 89 mL/dk, Hb: 12 g/dL, WBC: 7.000/mm^3, Plt: 216.000/mm^3).

Sol Anterograd Pyelografi



Anterograd Fleksible Reno-üretereskopi Görüntüsü.



Sol Üreter Spatülasyonu ve Kondiute Reanastomozu



Sonuç: Radikal sistektomi sonrası dönemde ileal konduit ile üreter arasındaki anastomozun tamamen ayrılması oldukça nadir olmakla birlikte, ciddi sonuçlara yol açabilecek bir komplikasyondur. Bu olguda olduğu gibi, zamanında uygulanan perkütan nefrostomi ile sepsis kontrol altına alınmış, açık cerrahiyle üriner drenaj yeniden sağlanmış ve renal fonksiyonlar korunmuştur. Bu tür olguların erken tanı ve uygun cerrahi yaklaşım ile başarılı şekilde yönetilebileceği gösterilmiştir.

KONTİNANS DERNEĞİ 2003
9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ
8-12 Ekim 2025
Cornelia Diamond – Antalya

P-086 (SUNUSUZ POSTER)

Kliniğimizde Son 5 Yılda Uygulanan Transobturator Tape (TOT) Ameliyatlarının Retrospektif Analizi

Ufuk Yavuz[1], Güven Erbay[1], Ahmet Şanlı[1]

Ufuk Yavuz / Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Amaç: Bu çalışmanın amacı, stres üriner inkontinans tedavisinde minimal invaziv bir yöntem olan Transobturator Tape (TOT) cerrahisinin kliniğimizdeki beş yıllık sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmek ve elde edilen bulguları literatürle karşılaştırmaktır.Materyal Metod: Ocak 2020 ile Mart 2025 tarihleri arasında kliniğimizde TOT ameliyatı uygulanan 214 kadın hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, operasyon süreleri, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları ile cerrahi başarı oranları değerlendirildi. Ortalama yaş 54,2 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 28,4 kg/m^2 ve median parite 2 saptandı. Ameliyat süresi ortalama 32,4 dakika olarak hesaplandı. Takip süresi minimum 6 ay, maksimum 60 ay arasında değişti. Kontinans oranları, yaşam kalitesi değişimleri Uluslararası Konsültasyon İdrar Kaçırma Anketi (ICIQ-SF) ile ölçüldü. Hasta memnuniyeti Postoperative Global Impression of Improvement (PGI-I) anketi kullanılarak değerlendirildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre kaydedildi.Bulgular: İncelenen hastalarda tam kontinans oranı %78,9, kısmi iyileşme oranı %15,4 olarak bulundu. Başarı oranı (tam ve kısmi iyileşme birlikte değerlendirildiğinde) %94,3 olarak hesaplandı. Başarısızlık oranı %5,7 idi. İntraoperatif komplikasyonlar %1,7 oranında görüldü; bunlar arasında en fazla görüleni kanamaydı. Postoperatif erken dönem komplikasyonlar arasında idrar retansiyonu, hematom ve idrar yolu enfeksiyonu öne çıktı. Geç dönemde kronik ağrı ve de novo urgency gibi komplikasyonlar gözlendi. Hiçbir hastamızda ise mesh erozyonu izlenmedi. Ameliyat öncesi ortalama ICIQ-SF skoru 17,2 iken, ameliyat sonrası bu değer 4,6'ya düşerek istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme sağlandı ($p < 0,001$). PGI-I anketine göre hastaların %91,6'sı ameliyat sonuçlarını "çok iyi" veya "iyi" olarak değerlendirdi.Sonuç: Kliniğimizdeki beş yıllık deneyim, TOT cerrahisinin stres üriner inkontinans tedavisinde yüksek başarı oranı ve düşük komplikasyon riski ile güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. TOT uygulamaları ile hastaların yaşam kalitelerinde anlamlı iyileşmeler sağlanmıştır. Elde edilen veriler, literatürde bildirilen sonuçlarla uyumludur. Bununla birlikte, cerrahi tekniklerin geliştirilmesi ve komplikasyonların daha da azaltılması için ileriye dönük, daha geniş örneklemli ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.TURP ve HoLEP grupları arasında 1., 3. ve 6. aylarda Qmax, QoL, IPSS ve IIEF parametrelerinin

karşılaştırılması

	Preop	1. ay	3.Ay	3.Ay
IPSS	0.28	0.07	0.27	0.42
Qmax	0.19	0.10	0.00*	0.10
Qol	0.09	0.21	0.22	0.04*
IIEF	0.27	0.07	0.06	0.14

Tablo3

Sonuç: Çalışma sonuçları, HoLEP'in TURP ile benzer semptomatik iyileşme sağladığını göstermektedir. HoLEP'in daha uzun operasyon süresine rağmen daha fazla doku çıkarabilmesi, özellikle büyük hacimli prostatlarda uzun vadeli semptomatik fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Kan kaybının daha az olması ve kateter süresinin daha kısa olması, HoLEP'in perioperatif dönemde daha avantajlı olduğunu ortaya koymaktadır. IPSS ve IIEF skorları benzer sonuçlar sunarken, Qmax ve QoL skorlarında zamanla HoLEP'in avantajlı hale gelmesi dikkat çekicidir. HoLEP, TURP'a kıyasla benzer etkinliğe sahip olmakla birlikte, daha az kan kaybı, kısa kateterizasyon süresi ve daha fazla doku rezeksiyonu gibi avantajlar sunan güvenilir bir cerrahi alternatiftir. Özellikle büyük prostat hacmine sahip hastalarda HoLEP, etkinlikten ödün vermeksizin düşük morbidite ile tercih edilebilecek etkili bir yöntemdir.

KONGRE ORGANİZASYON SEKRETERYASI

2003
KONTİNANS DERNEĞİ

Korkutreis Mahallesi Strazburg Caddesi 5/17 Çankaya / ANKARA
Tel: 0312 215 85 84
Gsm: 0541 328 11 74
Faks: 0312 215 85 84
E-Posta: kontinansdernegi@gmail.com

KONGRE ORGANİZATÖRÜ

NETKON
www.netmice.com.tr

Mecidiyeköy Mah. Şehit Ahmet Sk. Ada Residence Blok No: 6-10
İç Kapı No: 7 Şişli / İSTANBUL
islevseluroloji2025@netmice.com.tr
Tel: 0 212 708 42 08



-91
Gün

-12
Saat

-13
Dakika

-55
Saniye

Davet

Değerli Meslektaşlarım,

Sizleri **8-12 Ekim 2025** tarihleri arasında Antalya' da gerçekleştireceğimiz **9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi**'ne davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz. Kadın ürolojisi, İşlevsel Üroloji ve Rekonstrüktif Üroloji alanındaki tüm konuları, alanlarında yetkin uzmanlarla tartışmak, bilgilerimizi güncellemek ve yeni gelişmelerden haberdar olmak için, ülkemizin en iyi platformu olan kongremizi sizlerin de katılımıyla en etkili şekilde gerçekleştirmek için, çalışmalarımızı titizlikle ve yoğun bir şekilde sürdürmekteyiz.

Her kongremizde olduğu gibi bu yıl da İşlevsel Üroloji alanında faaliyet göstermekte olan ulusal ve uluslararası konuşmacıları yine kongremizde göreceğiz. Özellikle Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) ile olan köklü bağlarımızın bir sonucu olarak ICS uzmanlarını kongremizde dinleme imkanı bulacağız ve yine kongrelerimizin ilk günü geleneksel olarak düzenlediğimiz ICS onaylı "ICS Add-On Kurs" umuzu bu yıl da kongrenin bilimsel programının içinde göreceksiniz. Buna ek olarak yakın işbirliği içinde çalıştığımız İtalyan Ürodinami Derneği (SIUD) ile İbero-Amerikan Nöroüroloji ve Ürojinekoloji (SINUG) Derneği' nden temsilcileri de kongremizde ağırlayarak bilimsel programımızı daha da zenginleştireceğiz.

Kongremizi bu alana gönül vermiş meslektaşlarımızla hasret gidermek için de iyi bir fırsat olarak görüyor ve bilimsel programın yanında ilgi çekici sosyal programlar ile de kongremizi hepimiz için daha kapsayıcı ve unutulmaz hale getirmeyi umuyoruz. Sizleri şimdiden 8- 12 Ekim 2025 tarihleri arasında yapılacak olan 9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi'ne davet ediyor, katılımınızla daha da zenginleşecek olan kongremizde sizleri aramızda görmekten onur duyacağımızı belirterek hepinize saygılarımı ve sevgilerimi sunuyorum.

Prof. Dr. İlker Şen
Kontinans Derneği ve Kongre Başkanı

© Copyright **9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi** Tüm hakları saklıdır.

</dev> by ARCADIAS

2003
KONTİNANS DERNEĞİ

9. ULUSAL İŞLEVSEL ÜROLOJİ VE KADIN ÜROLOJİSİ KONGRESİ

8-12 Ekim 2025 \ Cornelia Diamond – Antalya

HAKKICAN YUVAK

8-12 Ekim 2025 tarihleri arasında
Cornelia Diamond Antalya'da gerçekleştirilen
9. Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi Kongresi'ne katılmıştır.

Prof. Dr. İlker Şen
Kontinans Derneği ve Kongre Başkanı

Doç. Dr. Naşide Mangır Bolat
Kongre Bilimsel Sekreteri