



Vaka Tartışmaları Klinikte Ürodinami

Alkan Çubuk

Ürodinami

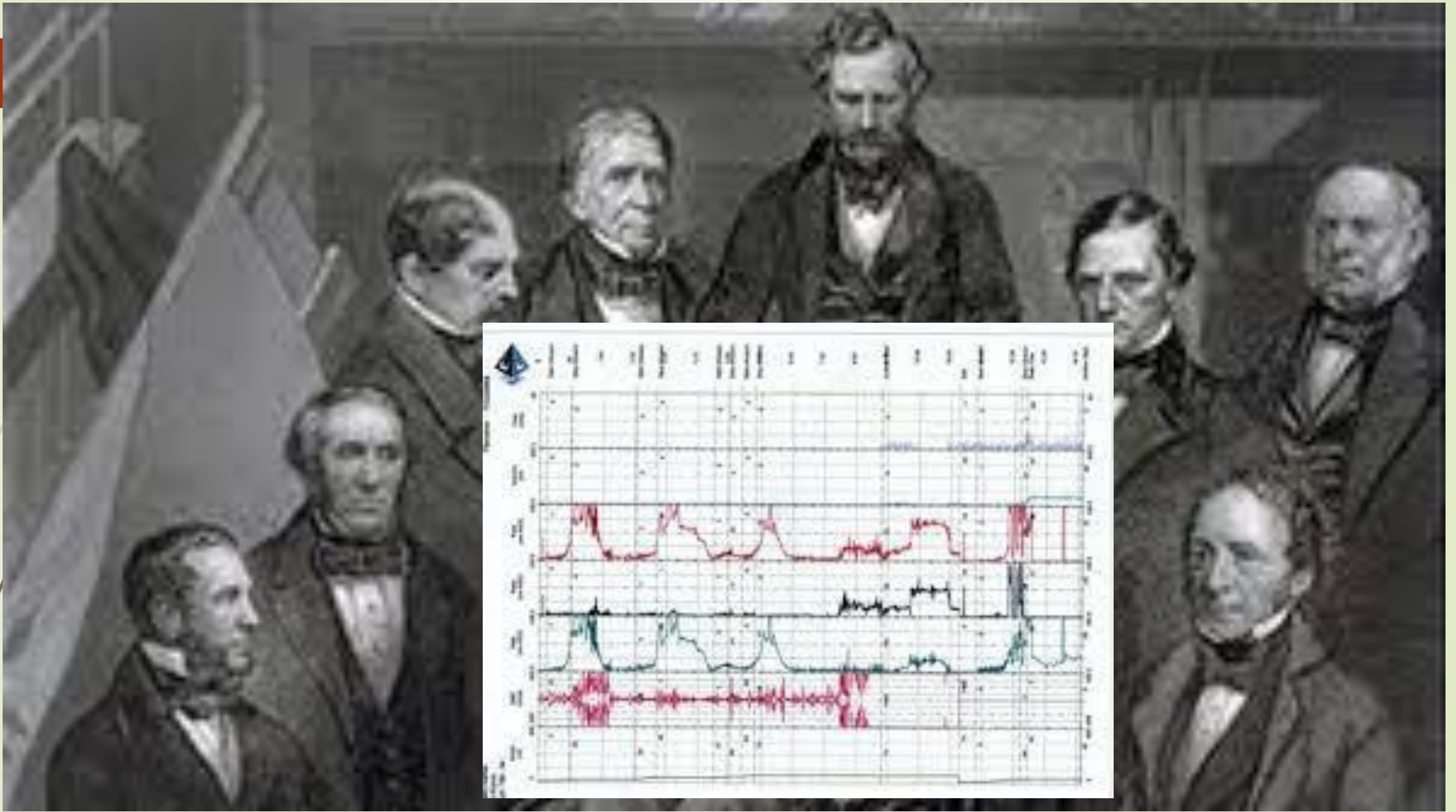
- ▶ Ürodinami
- ▶ Ürodinami rica olunur
 - ▶ AAM?
- ▶ Ürodinami rica olunur
 - ▶ Bph cerrahisi öncesi değerlendirme
- ▶ Basınç akım çalışması rica olunur
 - ▶ Bph?
- ▶ Dolum sistometrisi
 - ▶ Nüks sui?
- ▶ Videoürodinami için sevk edilen hasta
 - ▶ VUR?

Ürodinami

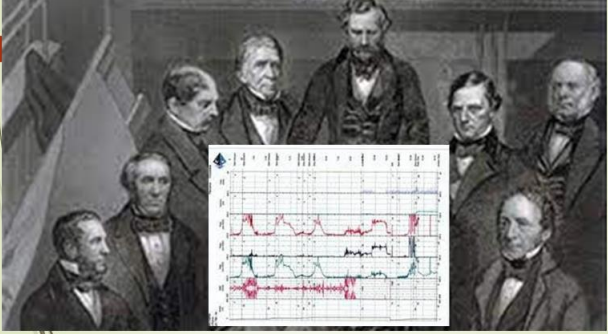
- Ne eksik?
- Ne bekliyoruz?
- Korktuğumuz ne?
- Öngörü ?

- Medikolegal kaygı?

- Amaan bir de ürodinamisini görelim bakalım...



Sonuç



**“HIÇBİR ŞEY OLMASA
BİLE KESİNLİKLE
BİR ŞEYLER OLDU
AMA
FARK EDEMEDİK”**

Öneriler

Male Luts

1. Introduction
2. Methods
3. Epidemiology Aetiology And Pathophysiology
4. **Diagnostic Evaluation**
5. Disease Management
6. Follow-up
7. References
8. Conflict Of Interest
9. Citation Information

Recommendations	Strength rating
Perform pressure-flow studies (PFS) only in individual patients for specific indications prior to invasive treatment or when further evaluation of the underlying pathophysiology of LUTS is warranted.	Weak
Perform PFS in men who have had previous unsuccessful (invasive) treatment for LUTS.	Weak
Perform PFS in men considering invasive treatment who cannot void > 150 mL.	Weak
Perform PFS when considering surgery in men with bothersome predominantly voiding LUTS and Qmax > 10 mL/s.	Weak
Perform PFS when considering invasive therapy in men with bothersome, predominantly voiding LUTS with a post void residual > 300 mL.	Weak
Perform PFS when considering invasive treatment in men with bothersome, predominantly voiding LUTS aged > 80 years.	Weak
Perform PFS when considering invasive treatment in men with bothersome, predominantly voiding LUTS aged < 50 years.	Weak

Öneriler

Nöro-üroloji

Summary of evidence	LE
Urodynamic investigation is the only method that can objectively assess the (dys-)function of the LUT.	2a
Video-urodynamics is the optimum procedure for urodynamic investigation in neuro-urological disorders.	4
Specific uro-neurophysiological tests are elective procedures and should only be carried out in specialised settings.	4

Recommendations	Strength rating
Perform a urodynamic investigation to detect and specify lower urinary tract (dys-)function, use same session repeat measurement as it is crucial in clinical decision making.	Strong
Non-invasive testing is mandatory before invasive urodynamics is planned.	Strong
Use video-urodynamics for invasive urodynamics in neuro-urological patients. If this is not available, then perform a filling cystometry continuing into a pressure flow study.	Strong
Use a physiological filling rate and body-warm saline.	Strong

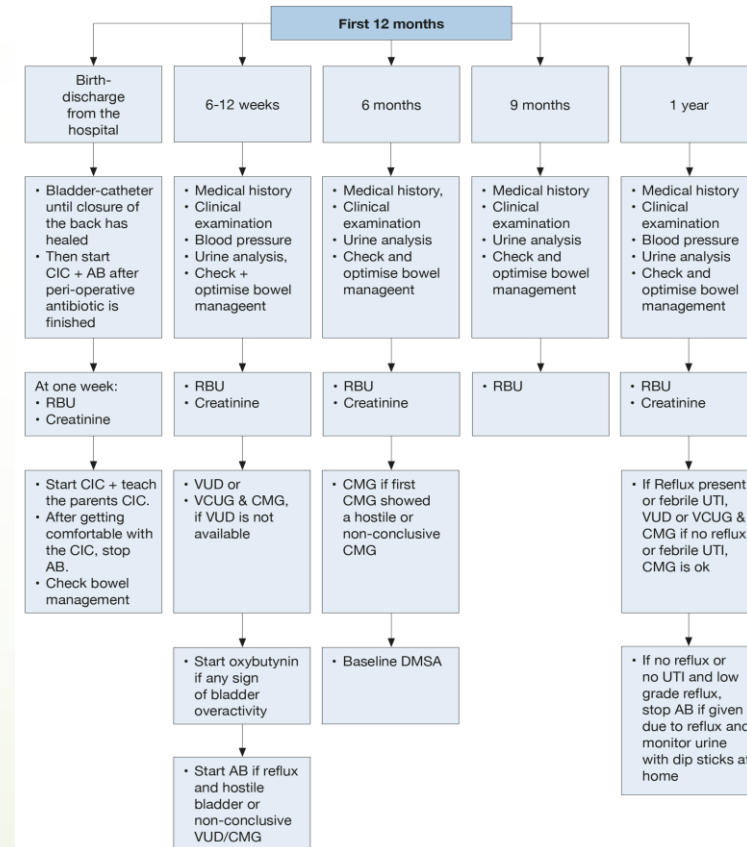
Öneriler

Ped Nöro-üroloji

for the UUT [645].

3.12.3.4. Urodynamic studies/videourodynamic

Urodynamic studies (UD) are one of the most important diagnostic tools in patients with neurogenic bladders. In newborns with spina bifida aperta), the first UD should be performed after the phase of spinal shock after closure, usually between the second and third months of life [646]. Especially in newborns, performing and interpretation of UD may be difficult, as no normal values exist. After that it should be repeated annually, depending on the clinical situation. During and after puberty bladder capacity, maximum detrusor pressure and detrusor leak point pressure increase significantly [647]. Therefore, during this time, a careful follow-up is mandatory.



Öneriler

Female LUTS

- **Aşırı aktif mesane**
- **Az aktif mesane**
- **Uriner inkontinans**
- **Nokturi**
- **Disfonksiyonel işeme**
- **Genitoüriner fistüller.**

Recommendations	Strength rating
Adhere to good urodynamic practice standards as described by the International Continence Society when performing urodynamics in patients with LUTS.	Strong
Do not routinely carry out urodynamics when offering treatment for uncomplicated stress urinary incontinence.	Strong
Do not routinely carry out urodynamics when offering first-line treatment to patients with uncomplicated overactive bladder symptoms.	Strong
Perform urodynamics if the findings may change the choice of invasive treatment.	Weak
Do not use urethral pressure profilometry or leak point pressure to grade severity of urinary incontinence as they are primarily tests of urethral function.	Strong

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Search NICE...



Sign in

Guidance ▾

Standards and indicators ▾

Life sciences ▾

British National Formulary (BNF) ▾

British National Formulary for Children (BNFC) ▾

Clinical Knowledge Summaries (CKS) ▾

About ▾

Do not perform multichannel filling and voiding cystometry before primary surgery if stress urinary incontinence or stress-predominant mixed urinary incontinence is diagnosed based on a detailed clinical history and demonstrated stress urinary incontinence at examination. **[2019]**

After undertaking a detailed clinical history and examination, perform multichannel filling and voiding cystometry before surgery for stress urinary incontinence in women who have any of the following:

- urge-predominant mixed urinary incontinence or urinary incontinence in which the type is unclear
- symptoms suggestive of voiding dysfunction
- anterior or apical prolapse
- a history of previous surgery for stress urinary incontinence. **[2019]**

ADULT URODYNAMICS: AUA/SUFU GUIDELINE

3. Clinicians may perform multi-channel urodynamics in patients with both symptoms and physical findings of stress incontinence who are considering invasive, potentially morbid or irreversible treatments. (*Option*; Evidence Strength: *Grade C*)

İndex hasta nedir (Unkomplike SUI)

- Başarısız SUI cerrahisi öyküsü yok
- POP yok
- Nörojenite yok
- Radikal pelvik cerrahi yok
- İşeme disfonksiyonu yok

İndex hasta nedir (Unkomplike SUI)

- Başarısız SUI cerrahisi öyküsü yok
- POP yok
- Nörojenite yok
- Radikal pelvik cerrahi yok
- İşeme disfonksiyonu yok



➤ İNKONTİNANS TİPİ

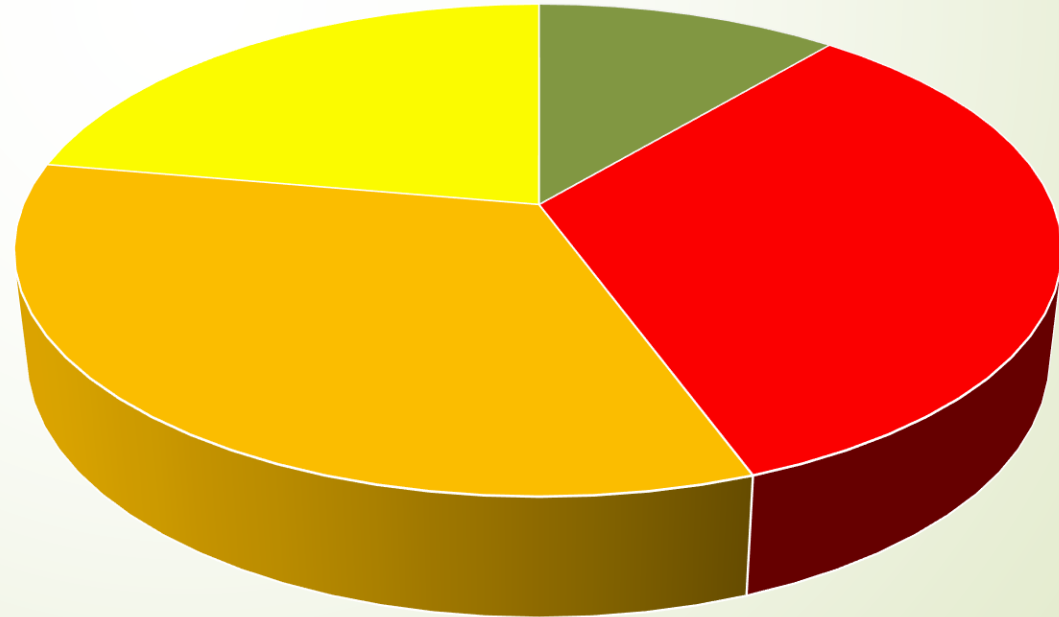
- Saf Stress tipi
- Stres baskın mikst
- Mikst tip
- Urge baskın mikst

İndex hasta nedir (Unkomplike SUI)

- ▶ Başarısız SU cerrahisi öyküsü yok
- ▶ POP yok
- ▶ Nörojenite yok
- ▶ Radikal pelvik cerrahi yok
- ▶ İşeme disfonksiyonu yok



- ▶ İNKONTİNANS TİPİ
- ▶ Saf Stress tipi
- ▶ Stres baskın mikst
- ▶ Mikst tip
- ▶ Urge baskın mikst



■ Saf SUI ■ 2.STRESS BASKIN MIKST ■ MIKST TIP ■ Urge baskın mist

Hangi Hastadan ne bekliyoruz, korkumuz ne

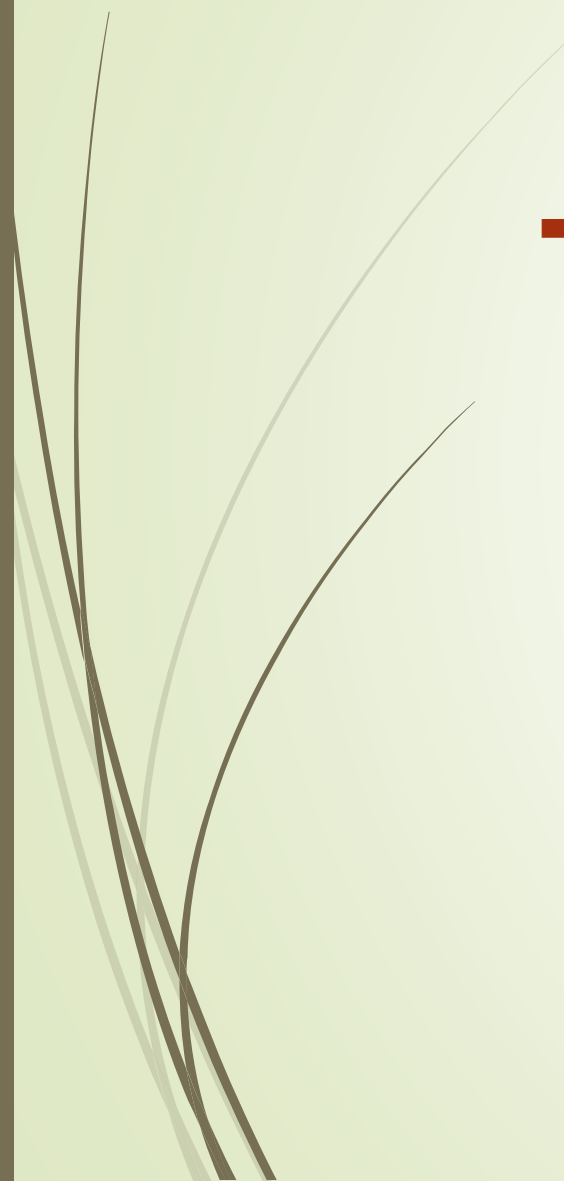
- BPH
- Cerrahi sonrası işeyemeyecek hasta
 - Obstruksiyon?
 - Kontraktilite?
- Kadın İnkontinans
- SUI
 - İntrensek sfinkter yetmezliği
 - De-novo Urgency
- Postop failure hasta deđerlendirmesi

Ürolog Olmak Neyi Gerektirir





➤ olgular



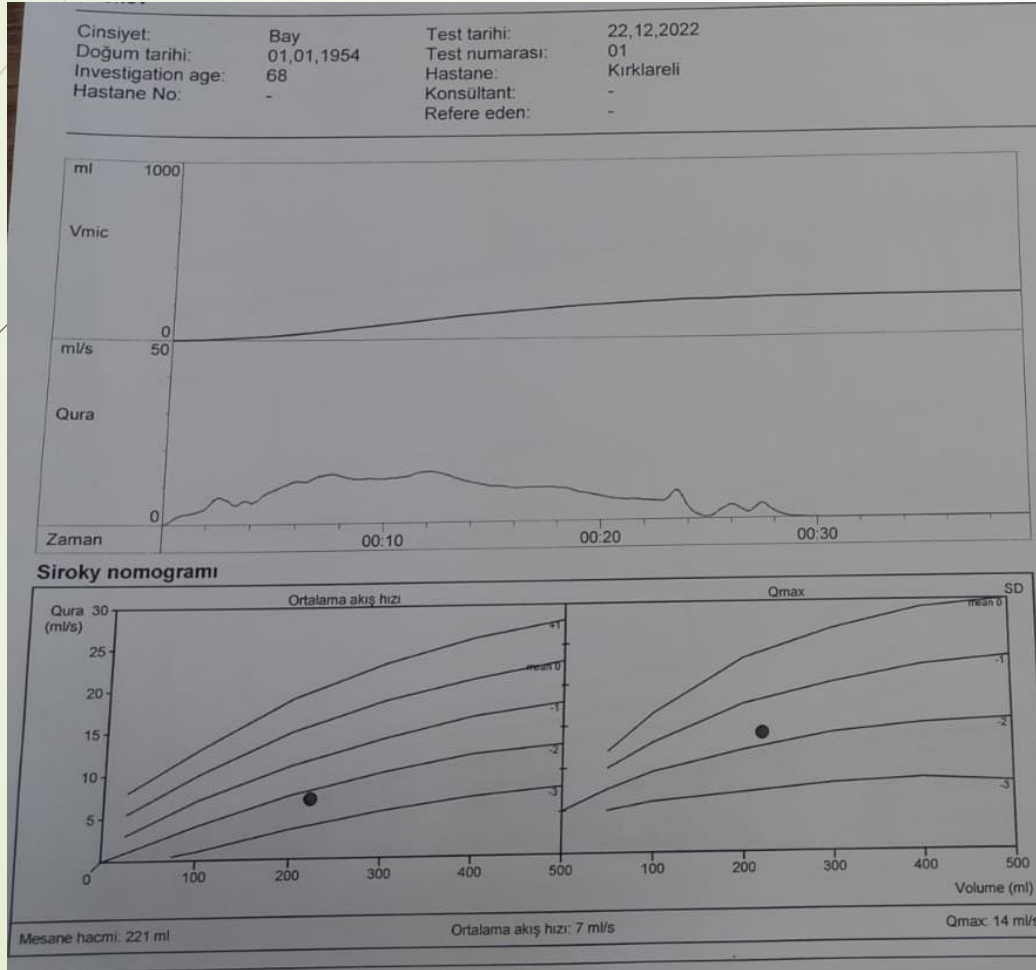
1.Hasta

- 68 yas Erkek
- İdrar atım bozukluğu, sık idrara gitme
- IPSS 25
- A-bloker+5ARI kullanımı var
- Ht+
- Sol ing herni opere

1.Hasta

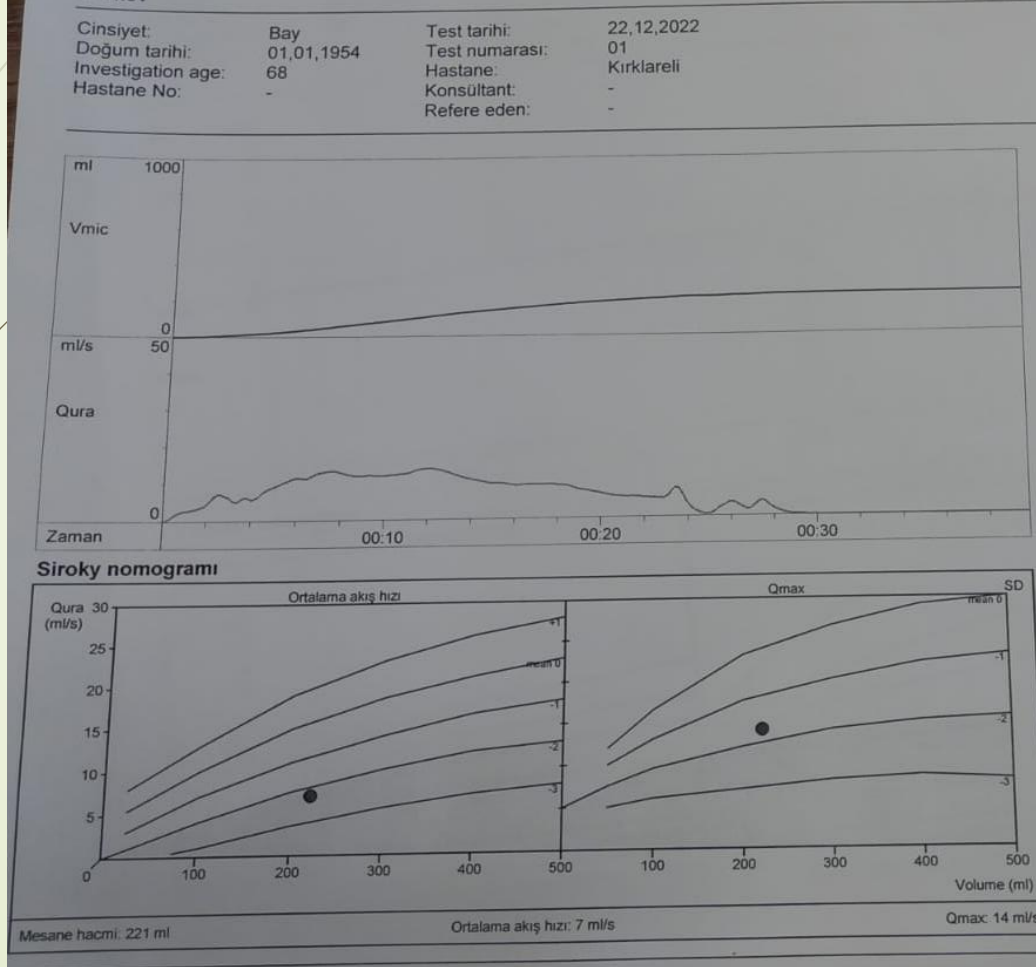
- 68 yas Erkek
- İdrar atım bozukluğu, sık idrara gitme
- IPSS 25
- A-bloker+5ARI kullanımı var
- Ht+
- Sol ing herni opere
- Gd iyi, mobil
- PSA:1.4 RT: Grade 1,5 düzenli
- Tit doğal
- Usg: üst sistem doğal , pv:80 cc mesane kapasitesi 150cc??

1. Hasta



- Patern : uzamış
- Qmax: 12
- Vmic: 220
- PMR: 140cc

1. Hasta

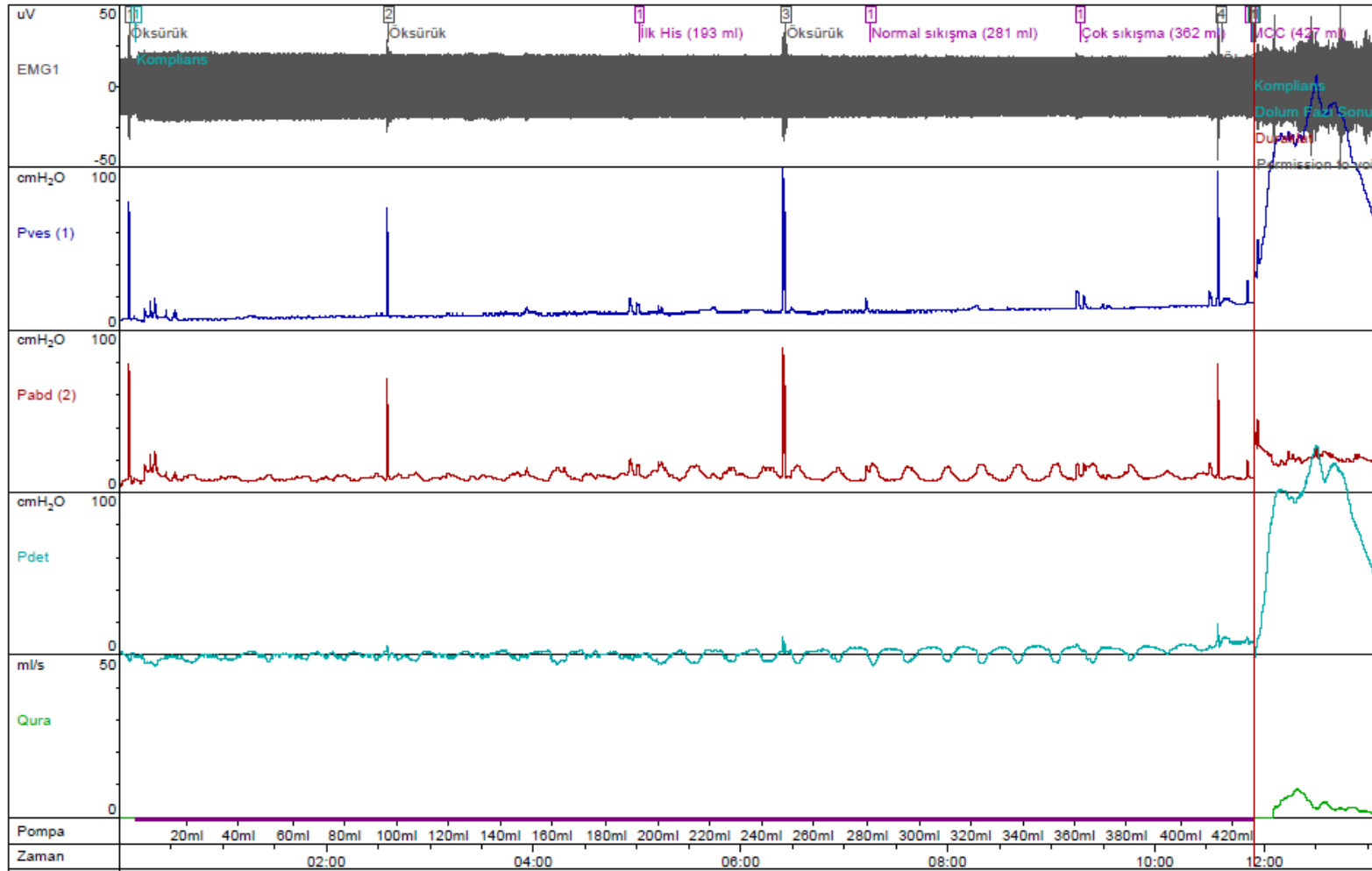


- Patern : uzamış
- Qmax: 12
- Vmic: 220
- PMR: 140cc

Perform PFS when considering surgery in men with bothersome predominantly voiding LUTS and Qmax > 10 mL/s.

Weak

Grafik



► Dolum fazı detrusor grafiği ??

Dolum fazı sonuçları

Gönderilen hacim	428 ml
Kaçak ile kaybedilen hacim	- ml
Mesane dolulugu	428 ml

Duyarlılık sonuçları

Duyarlılık	Mesane dolulugu ml	Pves cmH ₂ O	Pdet cmH ₂ O
İlk His	193	11	-1
Normal sıkışma	281	11	-4
Çok sıkışma	362	14	4
MCC	427	17	8

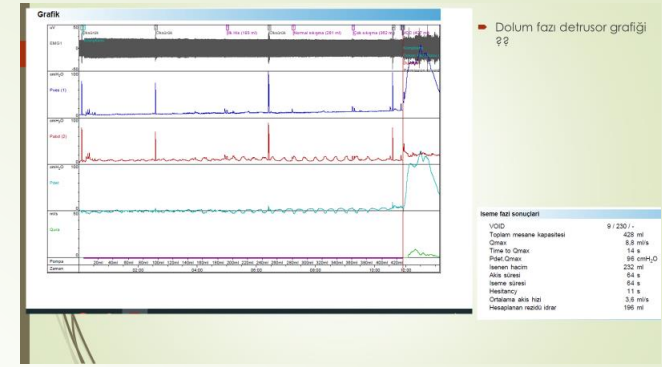
Komplians sonuçları (dogrusal gerileme)

#	Pves ml/cmH ₂ O	Pdet ml/cmH ₂ O	Baslangıç ml	Son ml
1	50,1	69,6	0	428

İseme fazı sonuçları

VOID	9 / 230 / -
Toplam mesane kapasitesi	428 ml
Qmax	8,8 ml/s
Time to Qmax	14 s
Pdet.Qmax	96 cmH ₂ O
İsenen hacim	232 ml
Akis süresi	64 s
İseme süresi	64 s
Hesitancy	11 s
Ortalama akis hizi	3,6 ml/s
Hesaplanan rezidü idrar	196 ml

1. Hasta

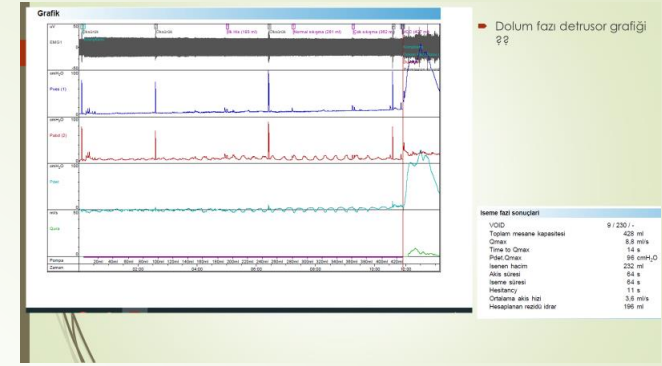


- Mesane yeterince kasılıyor mu
- BCI: Max Akımda P det+ 5 Qmax
- 140

- Mesane çıkımı obstrükte mi
- BOOI: Max Akımda P det- 2Qmax
- 78

Bu hastada mutlak bir invaziv ürodinami endikasyonu var mıydı?
İnvaziv ürodinamiden ne bekledik?
İnvaziv ürodinami ile tedavi planımız değişti mi?

1. Hasta



- Mesane yeterince kasılıyor mu
- BCI: Max Akımda P det+ 5 Qmax
- 140

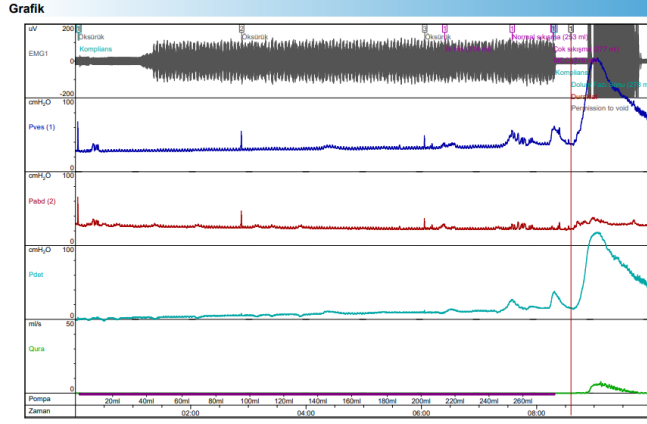
- Mesane çıkımı obstrükte mi
- BOOI: Max Akımda P det- 2Qmax
- 78

Bu hastada mutlak bir invaziv ürodinami endikasyonu var mıydı?
İnvaziv ürodinamiden ne bekledik?
İnvaziv ürodinami ile tedavi planımız değişti mi?

turp

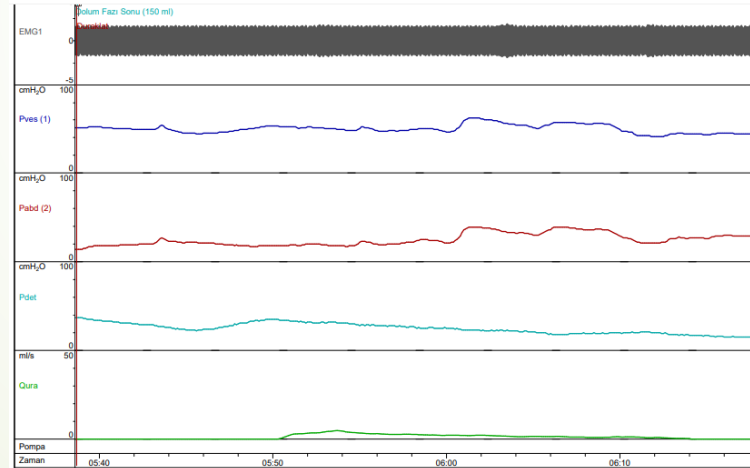
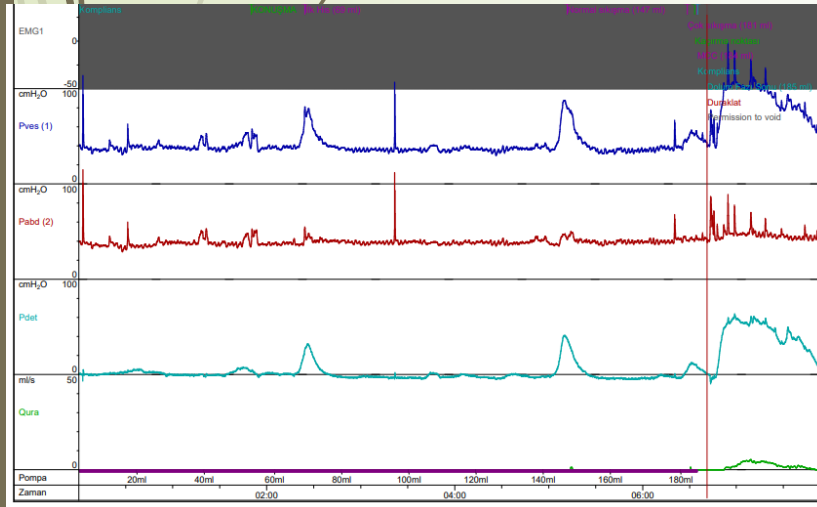
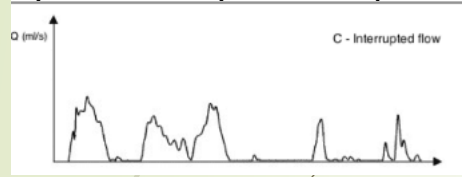
BPH ve Ürodinami

- Tatminkar
- Gerçekten ihtiyaç var mı



BPH ve Ürodinami

Aradığımız ya da korktuğumuz senaryo işe yaramayacak prostat cerrahisi yapmak



eme fazi sonuçları

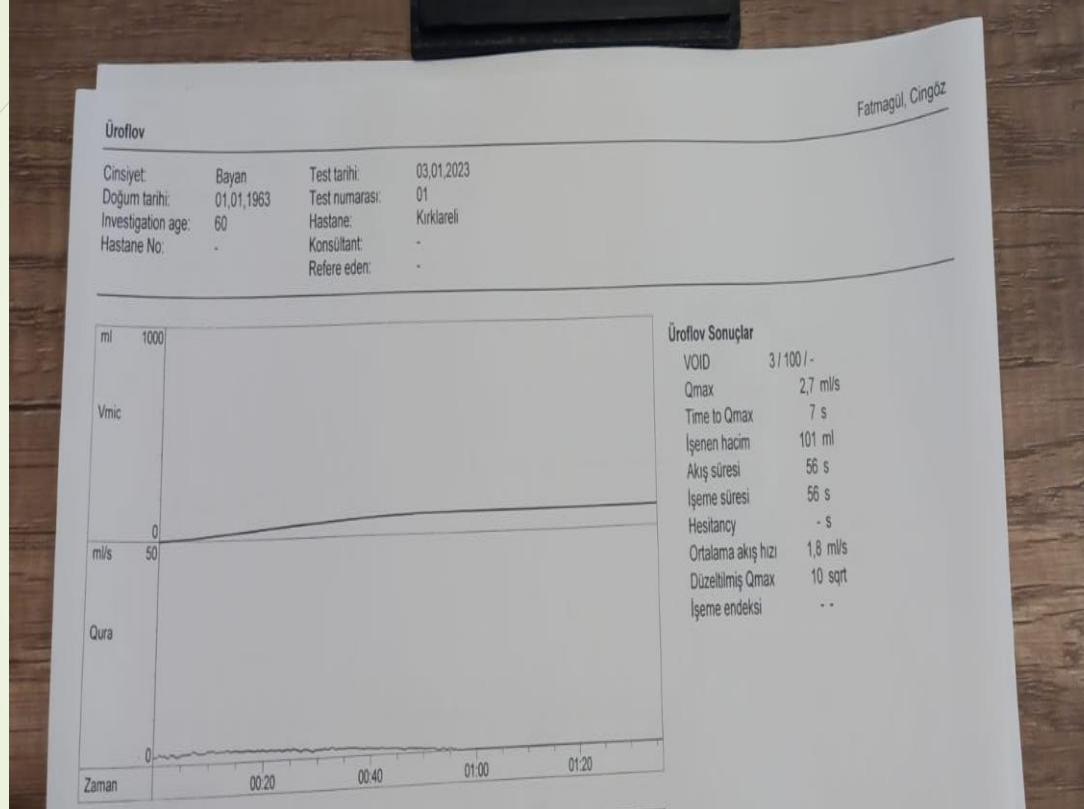
VOID	5 / 50 / -
Toplam mesane kapasitesi	150 ml
Qmax	4,8 ml/s
Time to Qmax	3 s
Pdet.Qmax	31 cmH ₂ O
İselenen hacim	48 ml
Akis süresi	24 s
İseme süresi	24 s
Hezitançv	12 s

ideal olmayan kontraktilite+
obstrüksiyon
cerrahi öncesi prediksyon

2. Hasta

- 50 yaş kadın
- Retansiyon, zorlu kataterizasyon
- 3 yıldır şikayetler var
- AA genişletme yapılmış
- TAK önerilmiş
- 2 Normal doğum
- GD iyi, mobil
- PM: POP -, stress test-, karinkül yok
- Atrofi bulguları yok

2. Hasta

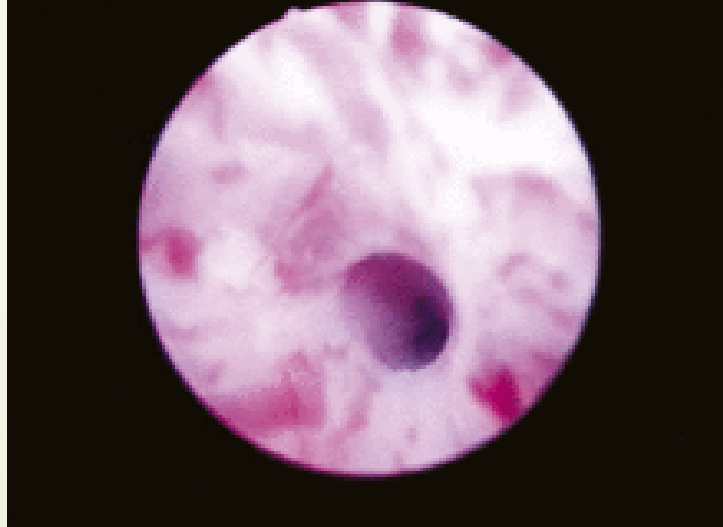


► Pmr: 200

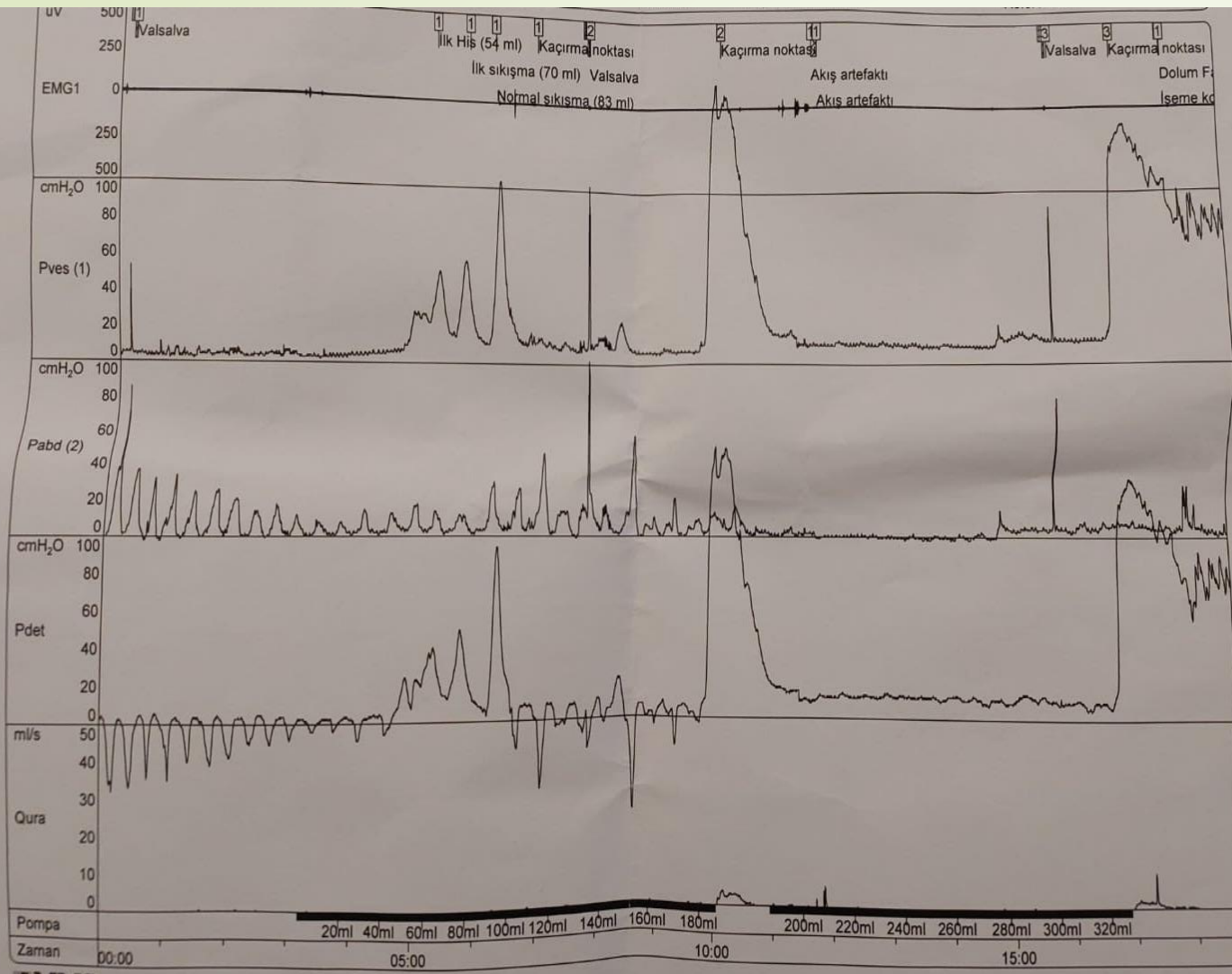
► İkinci ölçümsüz miksiyon sonrası
pmr:100 cc

2. Hasta

- Olası üretra darlığı açısından üretroskopi



- Tanı net mi?
- İlave tetkik ?
- İnvaziv ürodinami ?

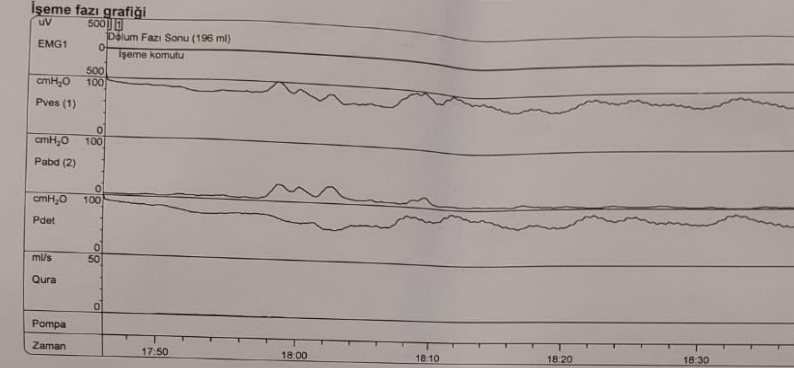


Basım 12.08.2021, 11:23 (ver. 8.19au)

Sayfa 1/1

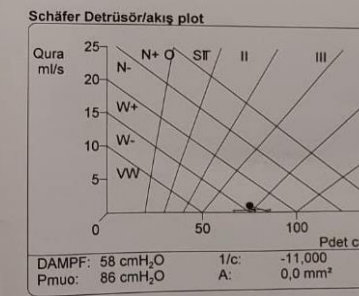
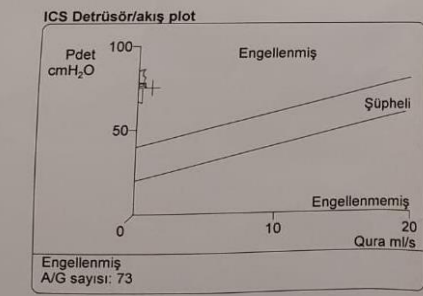
Referans: Refere eden:

Duyarlılık sonuçları	Mesane doluluğu	Vezikal basınç	Detrüsör basıncı
Duyarlılık	55 ml	44 cmH ₂ O	35 cmH ₂ O
İlk His	70 ml	41 cmH ₂ O	34 cmH ₂ O
Normal sıkışma	83 ml	52 cmH ₂ O	23 cmH ₂ O



İşeme fazı sonuçları

Toplam mesane kapasitesi	196 ml
Maks. akış hızı	1 ml/s
Maks. hız ulaşma süresi	4 s
Maks akımda Pdet	75 cmH ₂ O
İşenen hacim	6 ml
Akış süresi	8 s
İşeme süresi	9 s
Gecikme süresi	54 s
Ortalama akış hızı	1 ml/s
Hesaplanan rezidü idrar	190 ml
İşeme endeksi	-
Açılma basıncı Pdet	86 cmH ₂ O



İşaret incele

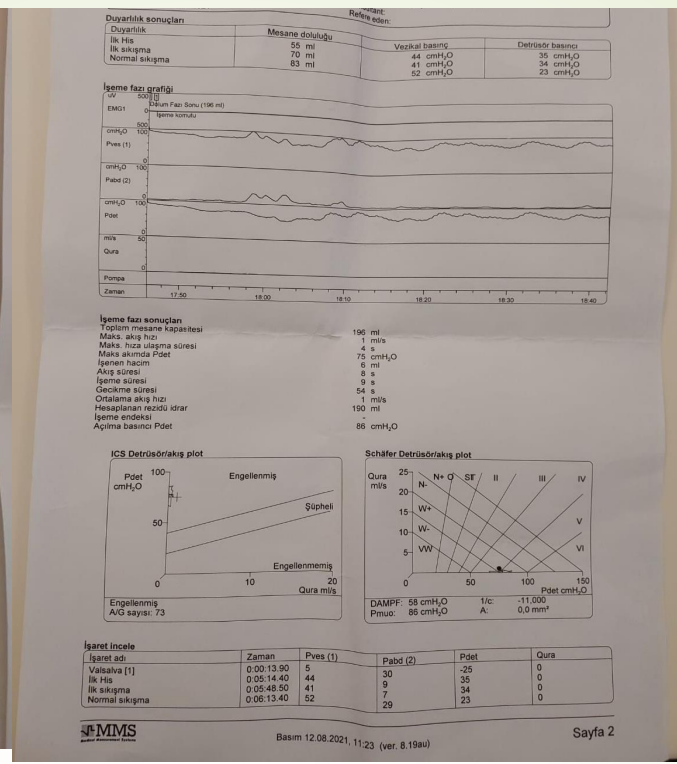
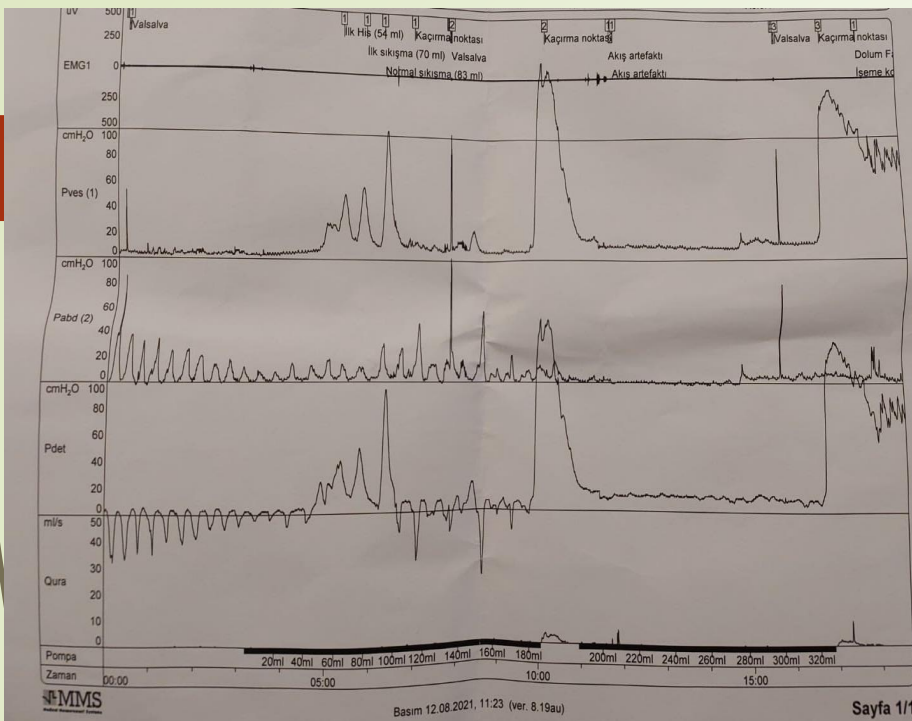
İşaret adı	Zaman	Pves (1)	Pabd (2)	Pdet	Qura
Valsalva [1]	0:00:13.90	5	30	-25	0
İlk His	0:05:14.40	44	9	35	0
İlk sıkışma	0:05:48.50	41	7	34	0
Normal sıkışma	0:06:13.40	52	29	23	0

MMS

Basım 12.08.2021, 11:23 (ver. 8.19au)

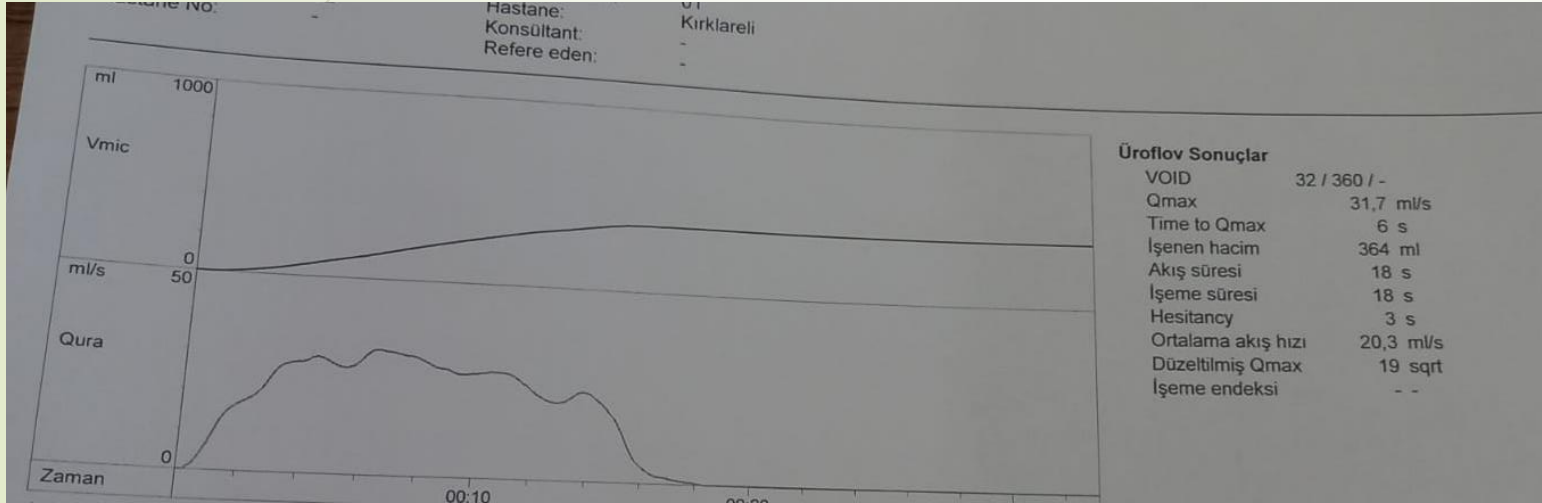
Doktor bu ne 😊





- Teknik olarak kabul edilebilir mi?
- EMG olmalı mıydı?
- Mesane kasılıyor mu? Çıkım obstrükte mi?

➤ Dorsal yaklaşımla bukkal greft




- Ürodinami şart mıydı?
- Videoürodinami daha iyi olur muydu?
- EMG ?
- Kadınlarda obstrüksiyon ve kontraktiite parametreleri net mi?
- Postop ürodinami hangi hallerde yapabiliriz?





3. hasta



- 
- 40 yaşında kadın hasta,
 - 3-5 aydır artan sık idrara çıkma, öksürmele idrar kaçırma, ve noktüri şikayeti mevcut.
 - Kabızlık mevcut.
 - Ek hastalık: Lomber Disk Hernisi
 - Cerrahi öyküsü yok.



➤ **Fizik Muayene:**

➤ Mobil, hafif obez

➤ Üretral hipermobilité (+)

➤ Pelvik Organ Prolapsus (-)

➤ Stres test (+)



► **Laboratuvar incelemesi:**

► **TİT:** normal

► **Üriner USG:** Bilateral grade 1 hidroüreteronefroz, mesane 500 cc ??

► **İşeme Günlüğü:**

1. miksiyon miktarı: ortalama 100-250 cc
2. gündüz miksiyon sayısı 10-12
3. gece miksiyon sayısı 3-4

İnkontinans cerrahisi?

Öneriler

Female LUTS

- Aşırı aktif mesane
- Az aktif mesane
- Uriner inkontinans
- Nokturi
- Disfonksiyonel işeme
- Genitoüriner fistüller.

Recommendations	Strength rating
Adhere to good urodynamic practice standards as described by the International Continence Society when performing urodynamics in patients with LUTS.	Strong
Do not routinely carry out urodynamics when offering treatment for uncomplicated stress urinary incontinence.	Strong
Do not routinely carry out urodynamics when offering first-line treatment to patients with uncomplicated overactive bladder symptoms.	Strong
Perform urodynamics if the findings may change the choice of invasive treatment.	Weak
Do not use urethral pressure profilometry or leak point pressure to grade severity of urinary incontinence as they are primarily tests of urethral function.	Strong

NICE National Institute for Health and Care Excellence Search NICE Sign in

Guidance Standards and Indicators Life sciences British National Formulary (BNF) British National Formulary for Children (BNFC) Clinical Knowledge Summaries (CKS) About

Do not perform multichannel filling and voiding cystometry before primary surgery if stress urinary incontinence or stress-predominant mixed urinary incontinence is diagnosed based on a detailed clinical history and demonstrated stress urinary incontinence at examination. [2019]

After undertaking a detailed clinical history and examination, perform multichannel filling and voiding cystometry before surgery for stress urinary incontinence in women who have any of the following:

- urge-predominant mixed urinary incontinence or urinary incontinence in which the type is unclear
- symptoms suggestive of voiding dysfunction
- anterior or apical prolapse
- a history of previous surgery for stress urinary incontinence. [2019]

ADULT URODYNAMICS: AUA/SUFU GUIDELINE

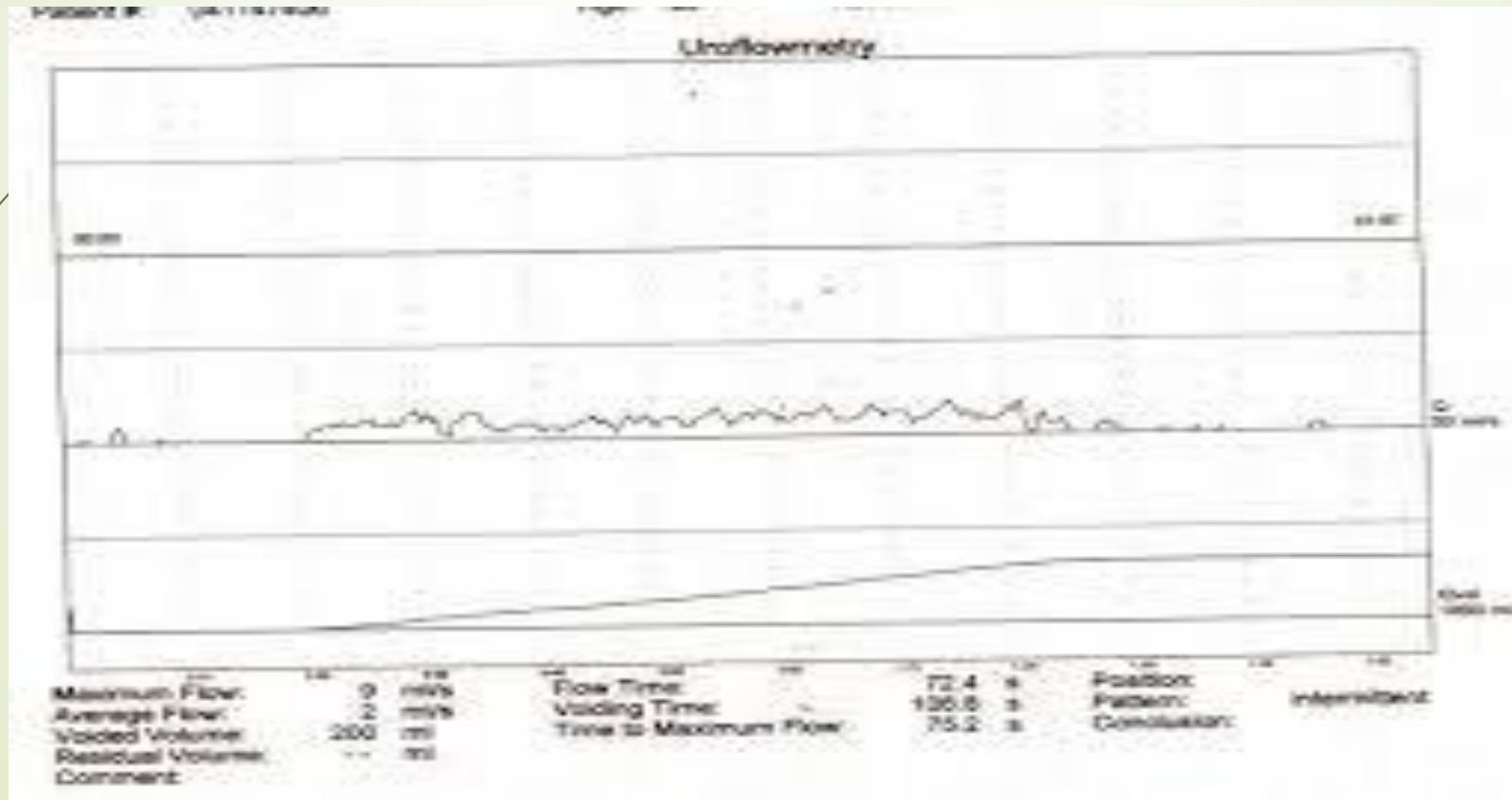
3. Clinicians may perform multi-channel urodynamics in patients with both symptoms and physical findings of stress incontinence who are considering invasive, potentially morbid or irreversible treatments. (Option; Evidence Strength: Grade C)

Üroflowmetri:

Qmax:9

Miksiyon Volüm: 160 cc

PMR: 300cc



Üroflowmetri:

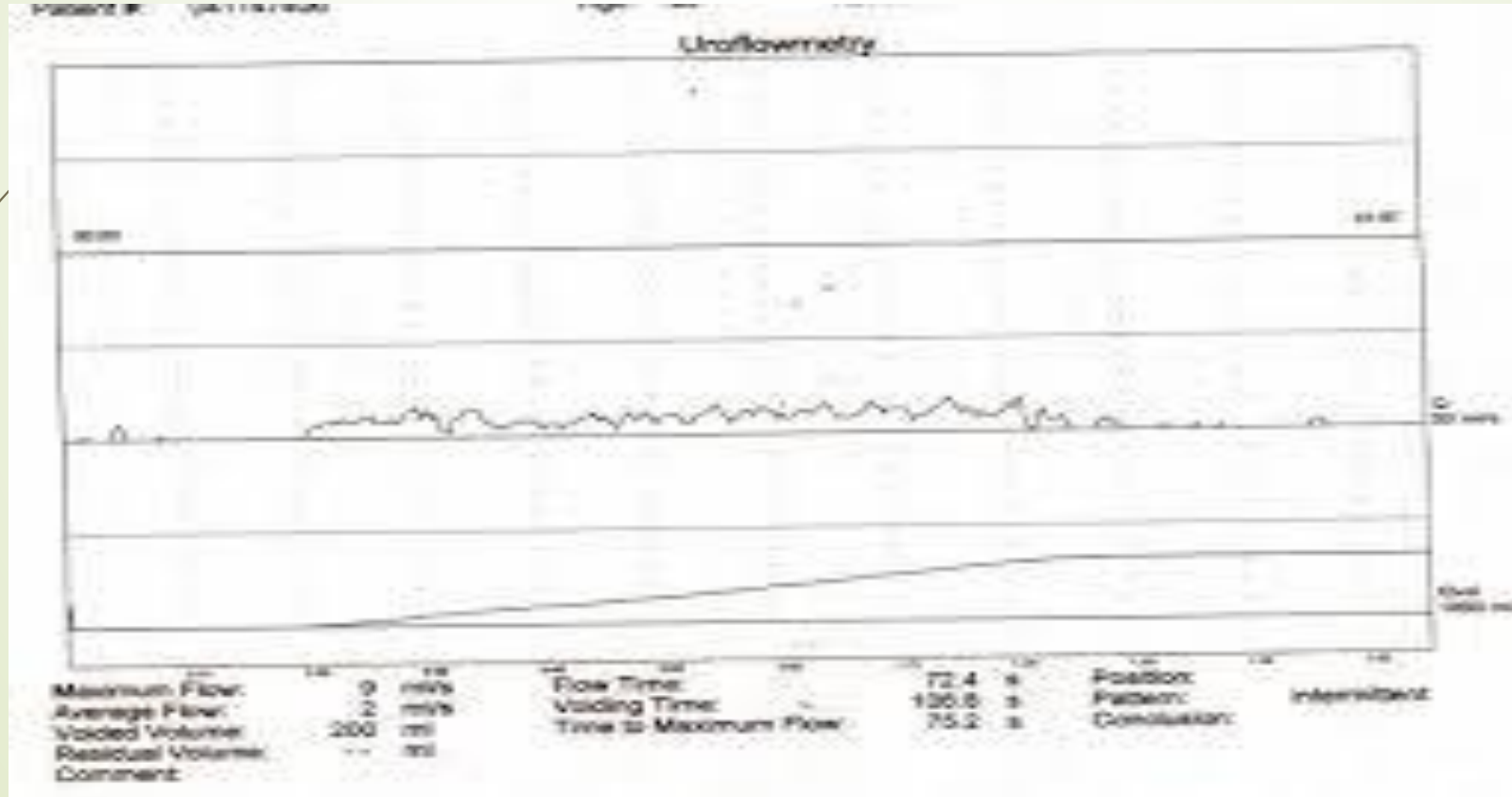
Qmax:9


Miksiyon Volüm: 160 cc

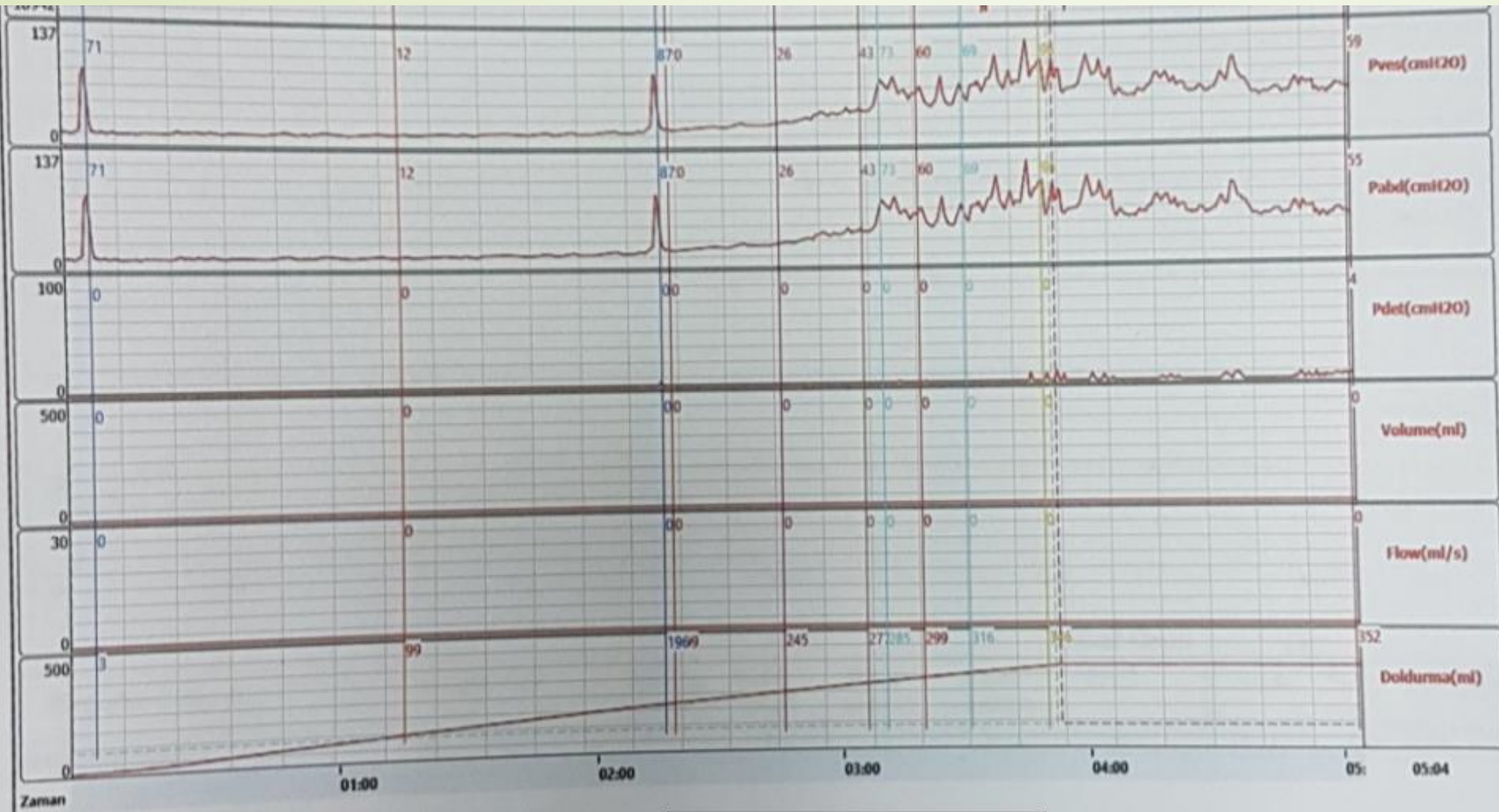
PMR: 300cc

İkinci miksiyon için yönlendirildi (üroflowsuz)

Pmr:100



- 
- İnkontinans cerrahisi?
 - Üretra darlığı?
 - Mesane ile ilgili kusur?



- İlk his 247cc
- 300 cc karın ağrısı nedeniyle stoplandı
- Urodinamik SUI yok
- İşeme fazında yetersiz detrusor aktivitesi
- Katatersiz serbest üf sonrası 200 cc rezidü

Teknik olarak ??
 Klinik bilgi sağladı mı??
 EMG ?? VIDEO??



➤ **Nöroloji konsültasyonu:**

➤ Spinal MR: Lomber Disk Hernisi

➤ Medikal tedavi...





➤ **Nöroşirurji konsültasyonu:**

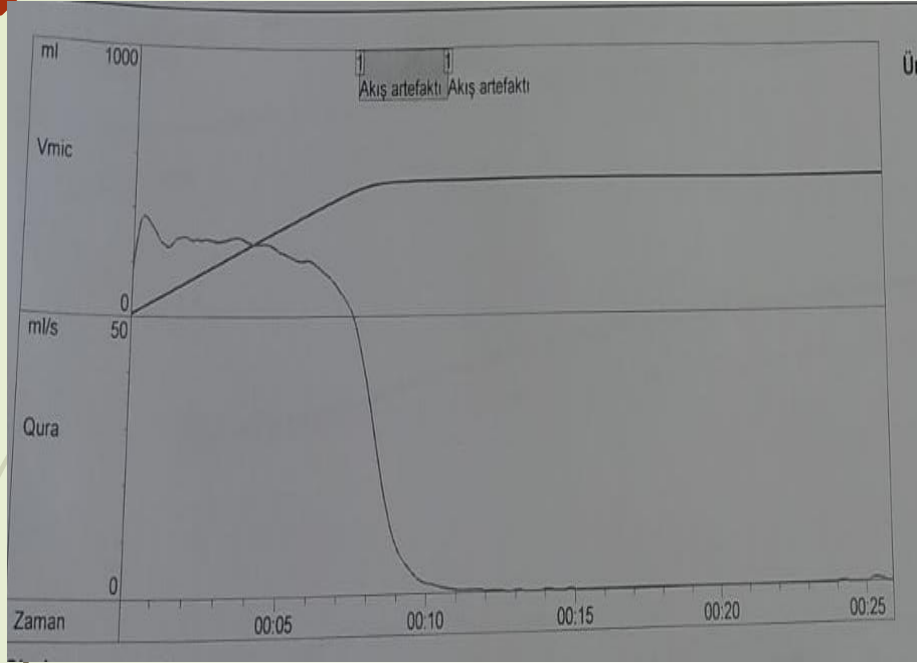
➤ Lomber Disk Hernisi onarımı yapıldı 2 seviyeli.

➤ Postoperatif 6. haftaya kadar TAK devamı planlandı.

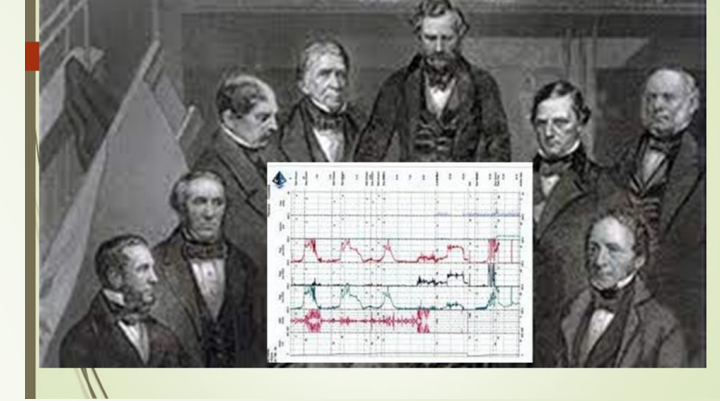
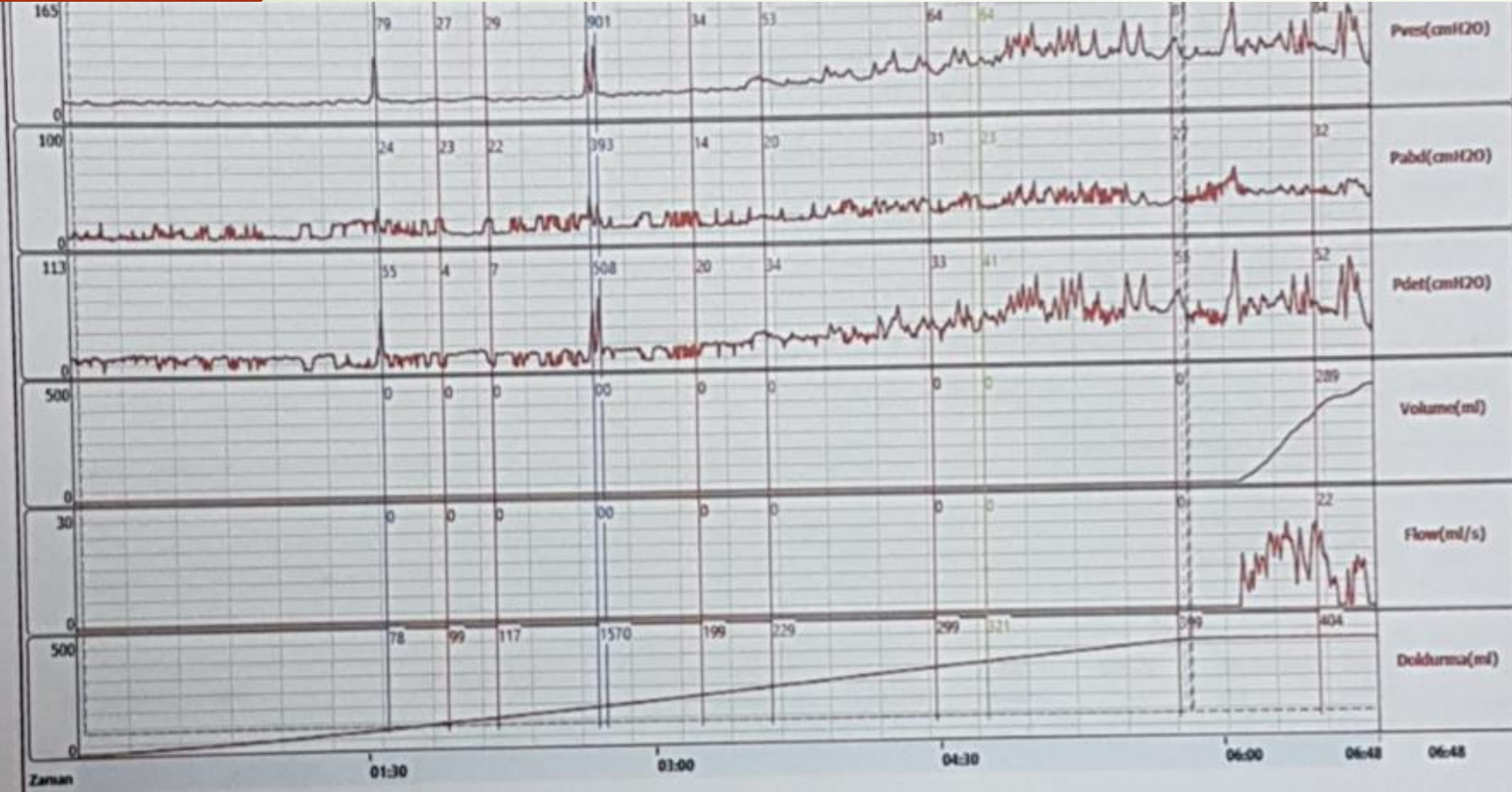
➤ Hasta TAK uygulamasını postoperatif devam etmedi.

Postoperatif 6. hafta

- Sık idrara çıkma ve yetiştiremeden kaçırma.
- Miksiyon rahat.
- **İşeme Günlüğü:**
 1. Normal hacimli miksiyon: 300- 400 cc.
 2. Gündüz 8, Gece 3 kez miksiyon.
 3. Sıvı alımı toplam 2600 ml.
- **Üriner USG:** Hidronefroz yok, PMR yok.



2. Ürodinami




Tekrarlanmalıydı...

İlk hissi:250 cc Sıkışma 350 cc (400 çok sıkışma)

Dolum Fazı: Normosensitif, hipokompliyan, normal kapasiteli mesane,

Boşaltım Fazı: Yeterli Detrüsör Kontraksiyonu,

PMR yok. Stres Uriner İnkontinans yok.

- 
- Yaşam tarzı değişiklikleri önerildi fakat fayda görmedi.
 - 6 ay tolterodin 4 mg + mirabegron.
 - Hastanın yakınmaları azaldı fakat devam etmekte...

➤ 100 IU Botulinum toksin enjeksiyonu yapıldı.




- Botox öncesi yeni bir ürodinami??
- Botox sonrası yeni bir ürodinami??
- Fm sonrası normal bir üf+pmr olsa ürodinami yapar mıydık??



3. Hasta varsayım



- 
- 40 yaşında kadın hasta,
 - 3-5 aydır artan sık idrara çıkma, öksürmekle idrar kaçırma, ve noktüri şikayeti mevcut.
 - Kabızlık mevcut.
 - Ek hastalık: Lomber Disk Hernisi
 - Cerrahi öyküsü yok.



➤ **Fizik Muayene:**

➤ Mobil, hafif obez

➤ Üretral hipermobilité (+)

➤ Pelvik Organ Prolapsus (-)

➤ Stres test (+)



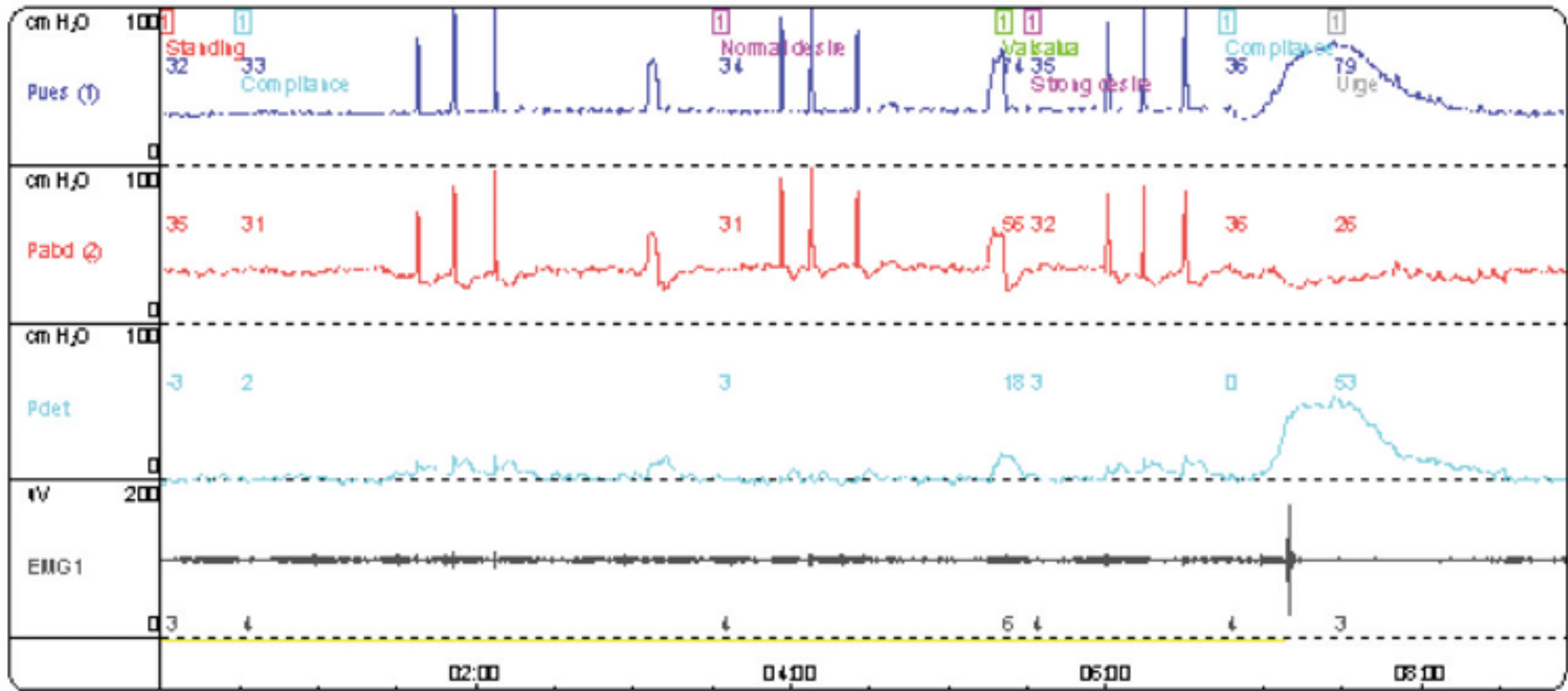
► **Laboratuvar incelemesi:**

► **TİT:** normal

► **Üriner USG:** Bilateral grade 1 hidroüreteronefroz, mesane 500 cc ??

► **İşeme Günlüğü:**


1. miksiyon miktarı: ortalama 100-250 cc
2. gündüz miksiyon sayısı 10-12
3. gece miksiyon sayısı 3-4



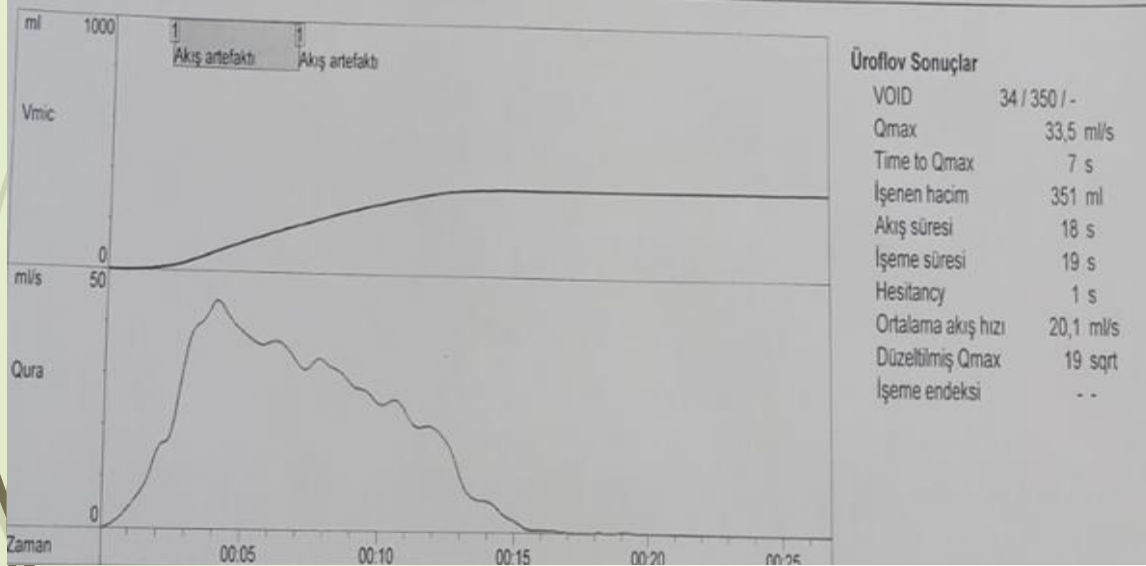
4. hasta

- 44 yaş kadın
- Hep idrar kaçırıyor
- Daha çok eforla
- 5 yıldır şikayetler artarak ilerlemiş,
- Çok defa ilaç kullanmış
- Çay kahve ve su tüketmiyor

- 3 normal doğum, 1 sezeryan
- Ek hastalık, cerrahi yok

- 
- Tit temiz
 - İşeme günlüğü doldurmayı başaramadı...
 - Sözel ifade günde en az 10 defa idrara çıkıyor
 - Aralarda da kaçırmalar oluyor

- Fm: mobil , hafif obez
- Stress test+, üretra hiper mobil
- POP grade 1 apikal+ transverse anterior (asemptomatik)

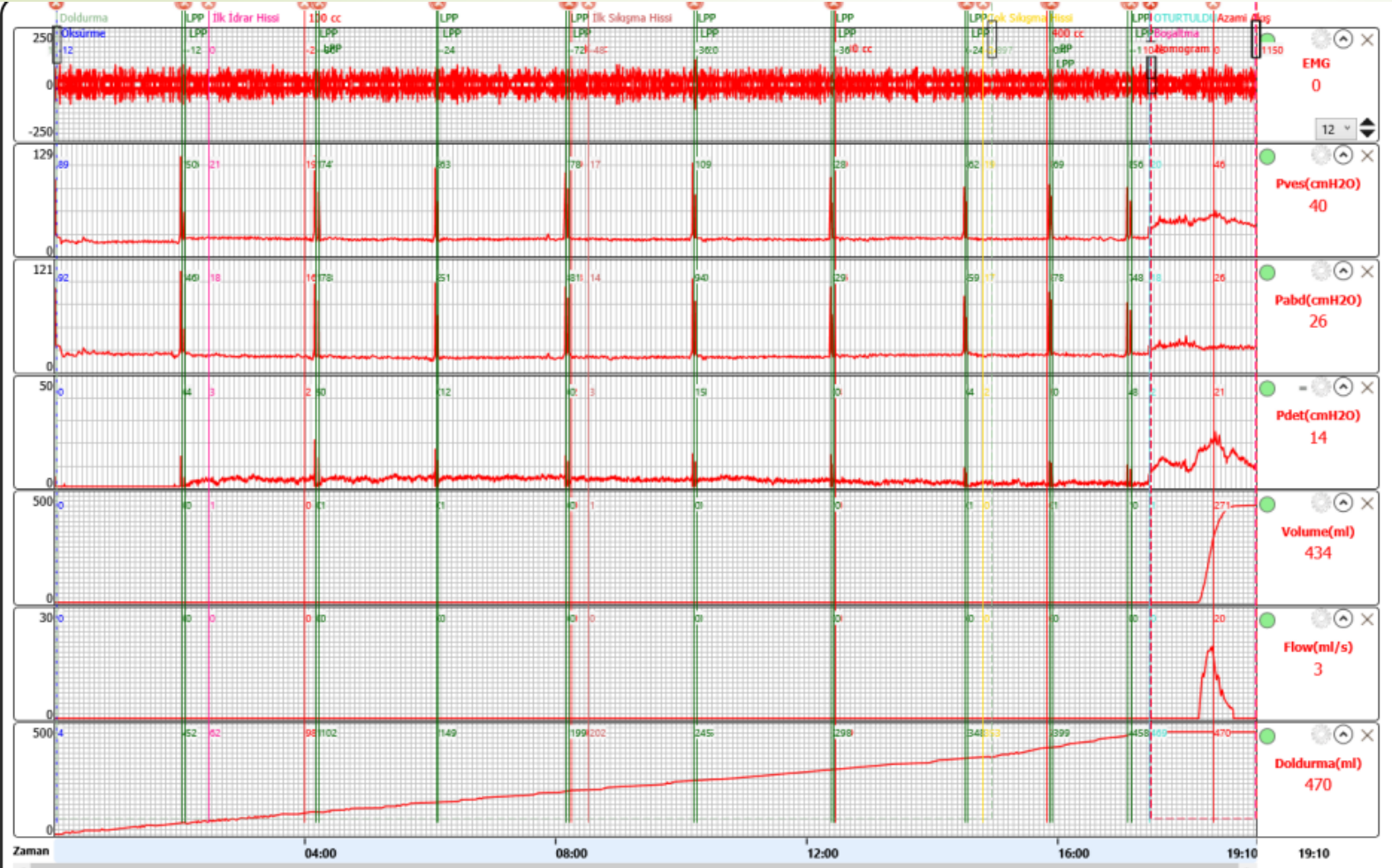


Pmr:50cc

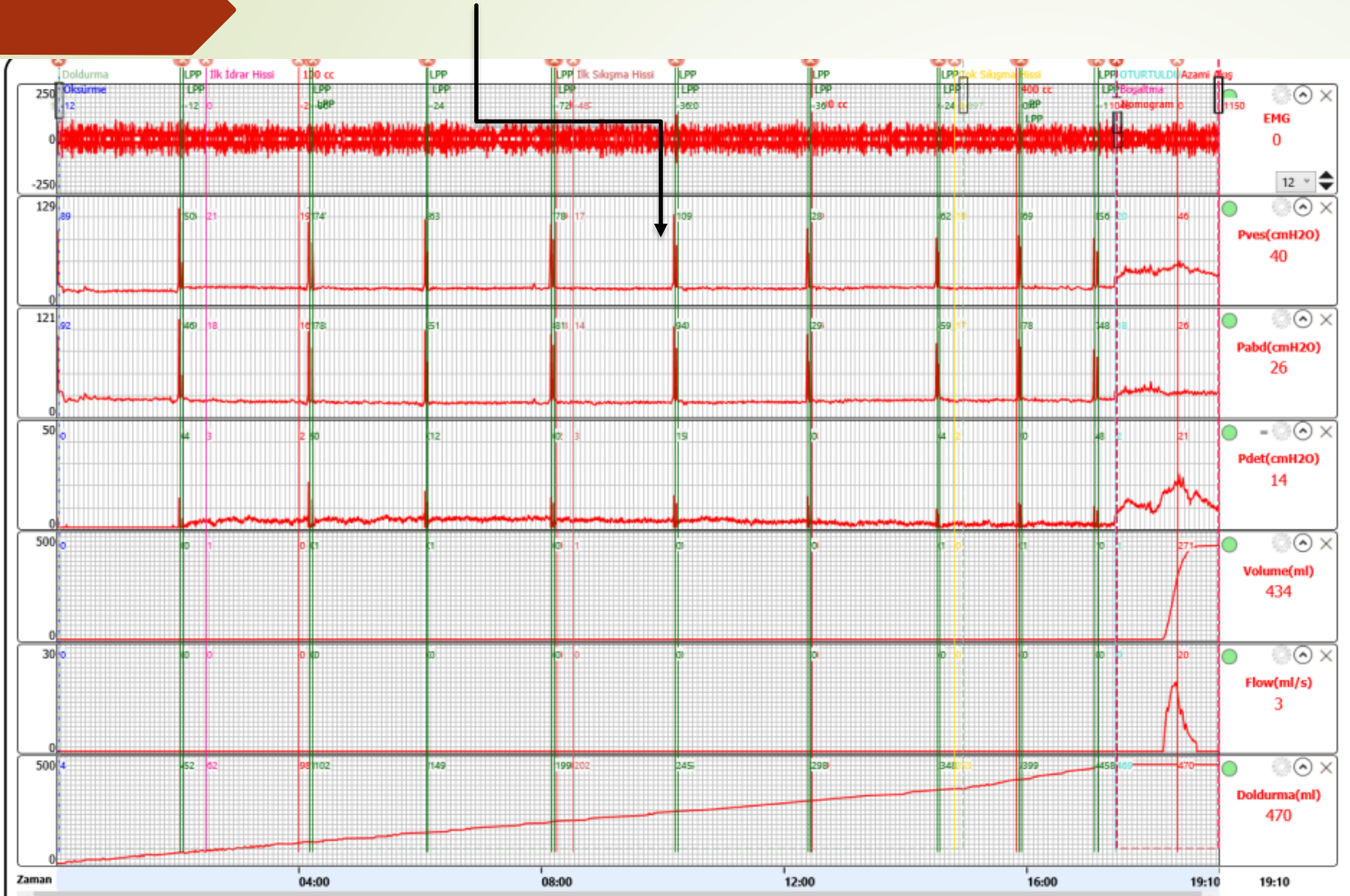


Plan

- Antikolinerjik?
- Antikolinerjik sonrası inkontinans cerrahisi
- İnkontinans cerrahisi
- İnkontnans cerrahisi sonrası antikolinerjik
- İnvaziv ürodinami



- Aradıklarımız
- Ürodinamik SUI?
- Aşırı aktivite?
- Boşaltım fazı?
- Kapasite?



- Aradıklarımız
- Ürodinamik SUI?
- Aşırı aktivite?
- Boşaltım fazı?
- Kapasite?

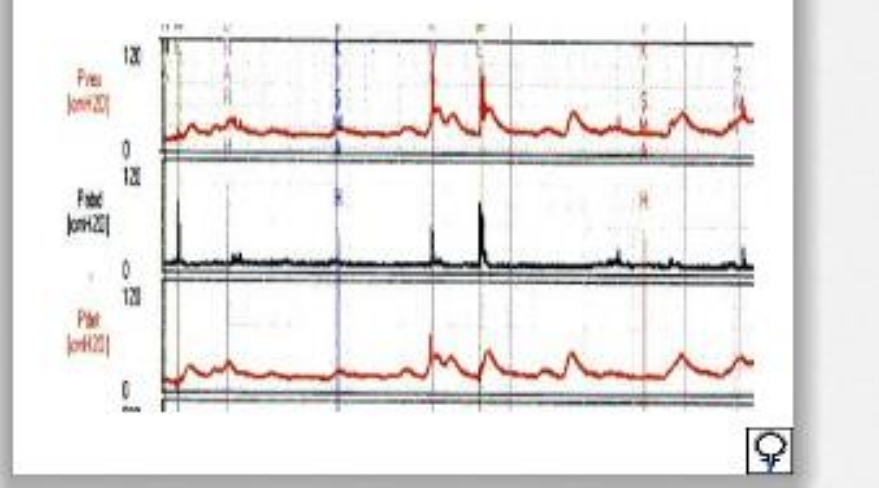
Kaçırma anı basıncı
ALLP



İnvaziv ürodinami sonrası plan?

- Antikolinergik?
- Antikolinergik sonrası inkontinans cerrahisi
- İnkontinans cerrahisi
- İnkontinans cerrahisi sonrası antikolinergik

SUI ve Ürodinami



- Preop ürodinamide gösterilen uninhibe detrusor aşırı aktivitesi postop de-novo urgency için prediktör olabilir

SUI ve Ürodinami

İntrensek sfinkter yetmezliği

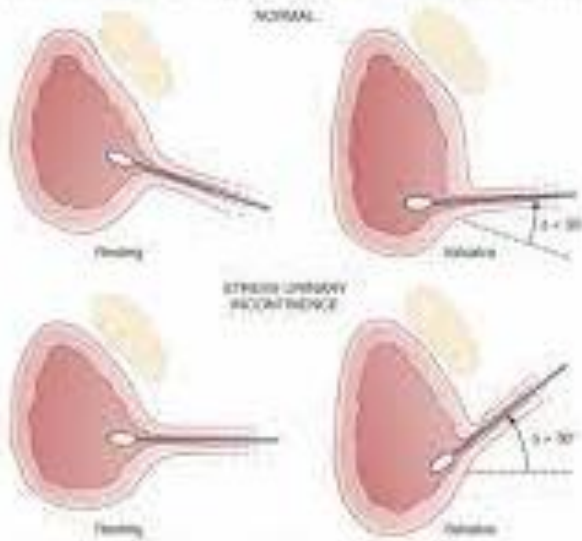
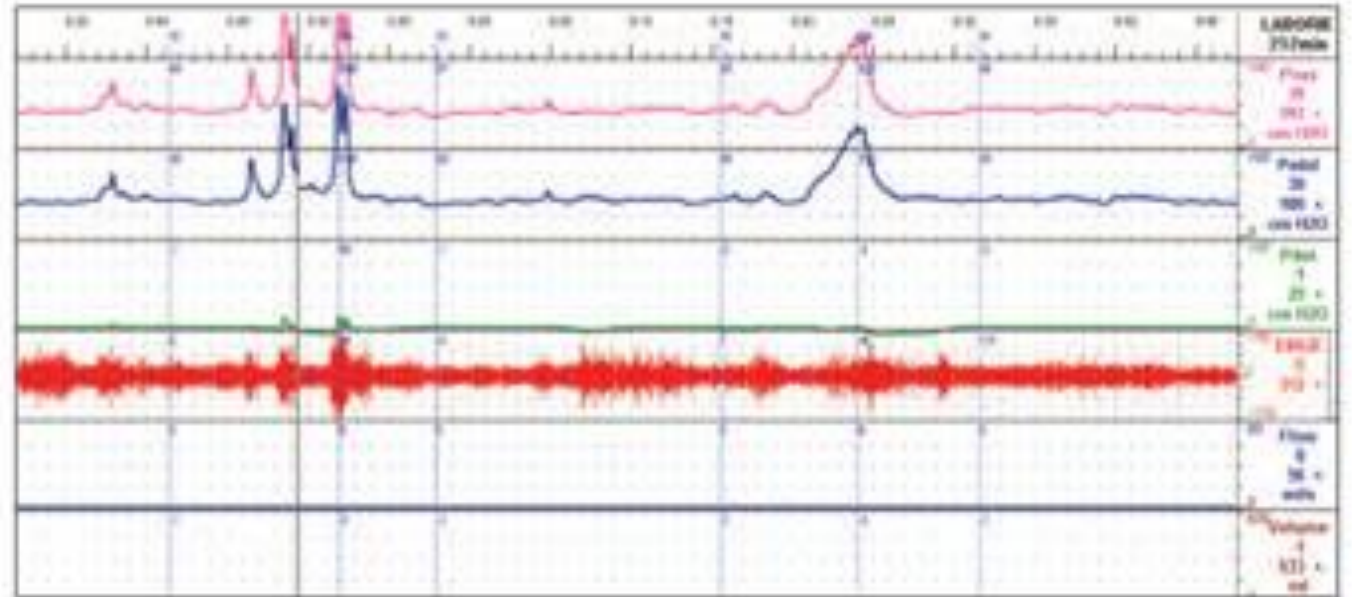


Figure 9.
Example of Intrinsic Sphincter Deficiency





Note: Cystometrogram demonstrating abdominal leak point pressure test, showing Valsalva leak point pressure of 41 cm H₂O (79 minus baseline P_{ves} of 37) and cough leak point pressure of 27 cm H₂O (64 minus baseline P_{ves} of 37).



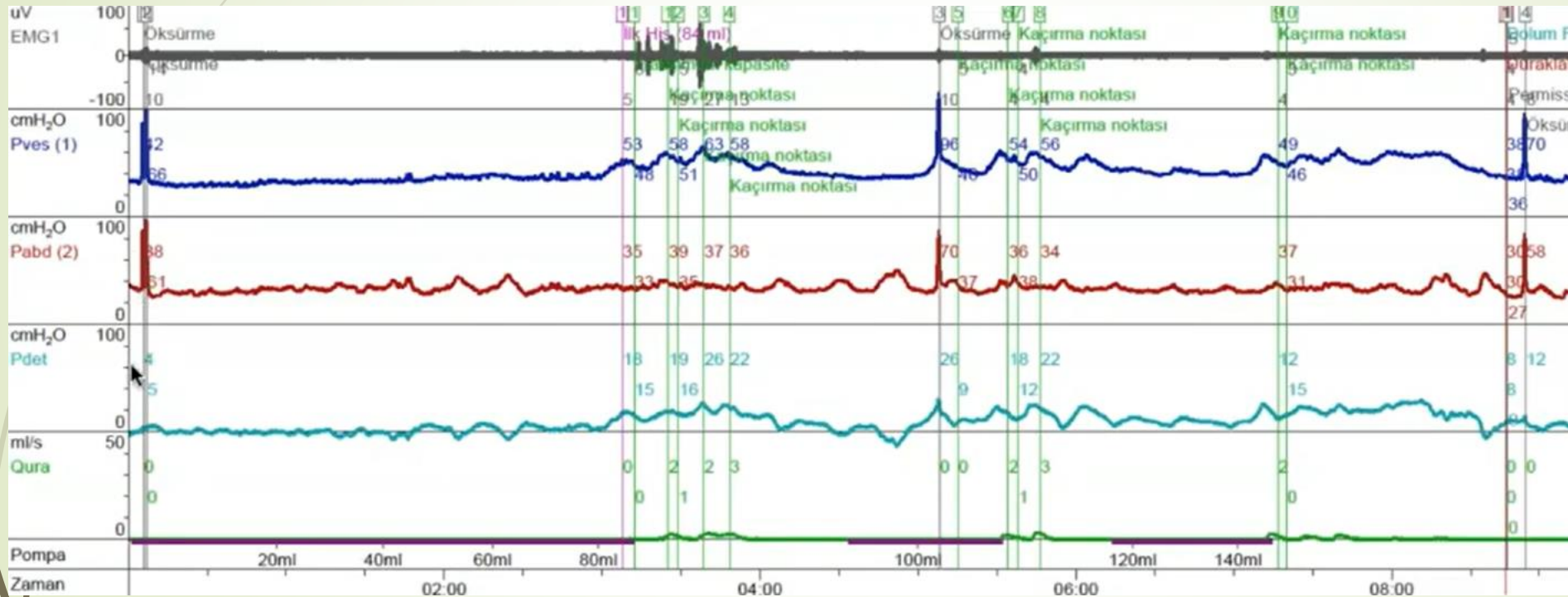
5. Hasta

- İdrar kaçırma ameliyatı oldum hiç fayda görmedim
- Hep kaçırıyorum
- Postop antikolinergik, duloksetin, antibiyotik...
- 4 ay önce dış merkezde TOT
- Öncesinde stress baskın mikst tarifliyor (kayıtlarda bir değerlendirme yok)
- Ana yakınma urge ve urge inkontinans
- Öfkeli...


- 
- FM : Stress test yatarken – ayakta +
 - Meş erozyonu yok, POP yok
 - Üf: 15/350 patern uzamış pmr:100cc
 - ikab steril
 - Lokal sistoskopi doğal
-
- İşeme günlüğü efektif değil , günde 15-20 defa 100-250 ml arası miksiyon, 3-4 kaçırma atağı, 2500cc sıvı alımı

- 
- Preop dönemde non-invaziv ve/veya invaziv ürodinamik değerlendirme yok
 - De-novo URGE?
 - De-novo işeme güçlüğü?
 - Başarısız cerrahi ?
 - Ürodinami

Ürodinami...



BAÇ neden yok?

- 
- Postop antikolinerjik kullanmış, botox adayı ancak BAÇ yok
 - Preop döneme ilişkin en azından işeme günlüğü, ÜF+PMR olmalıydı
 - Ürodinami tekrarı istedim daha da gelmedi...

6. hasta

- 8 Yaş kız çocuğu
- Sık idrar, idrar kaçıırma (gece+gündüz)
- tekrarlayan ateşli enfeksiyon öyküsü

- Usg: sağ grade 2 HÜN
- MAG 3 obstrüksiyon yok
- DMSA SAĞ % 40 SOL %60

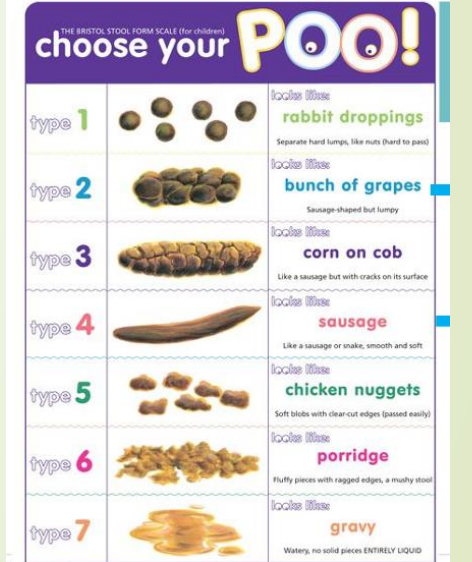
- VCUG: SAĞ GRADE 2-3 VUR
- CERRAHİ PLANLANMIŞ

6. hasta

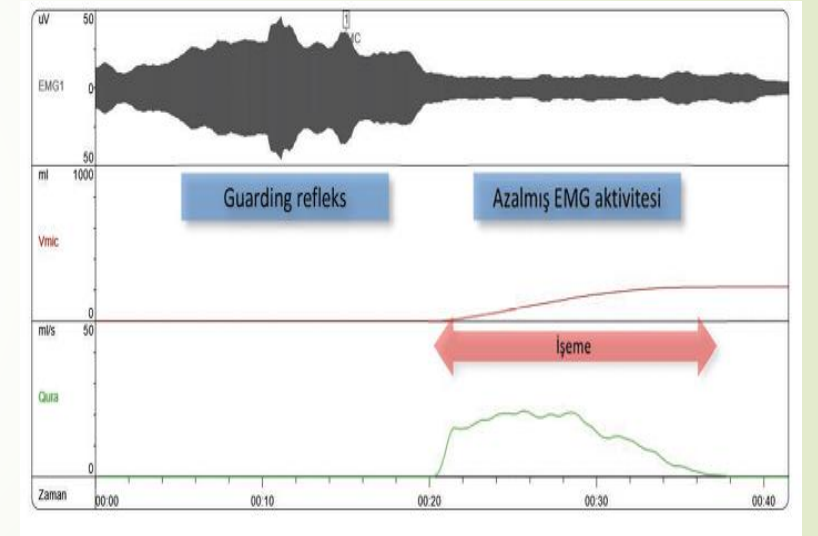
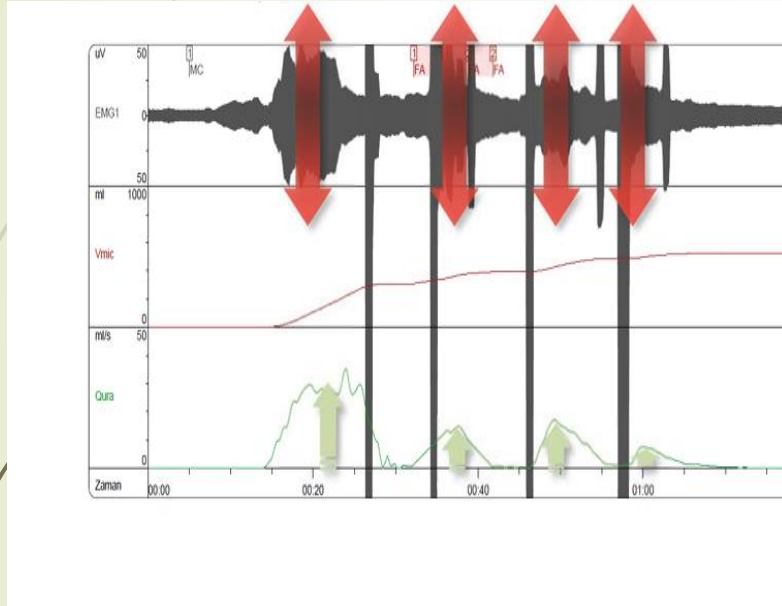
- 8 Yaş kız çocuğu
- Sık idrar, idrar kaçırma (gece+gündüz)
- tekrarlayan ateşli enfeksiyon öyküsü
- Usg: sağ grade 2 HÜN
- MAG 3 obstrüksiyon yok
- DMSA SAĞ %40 SOL %60
- VCUG: SAĞ GRADE 2-3 VUR

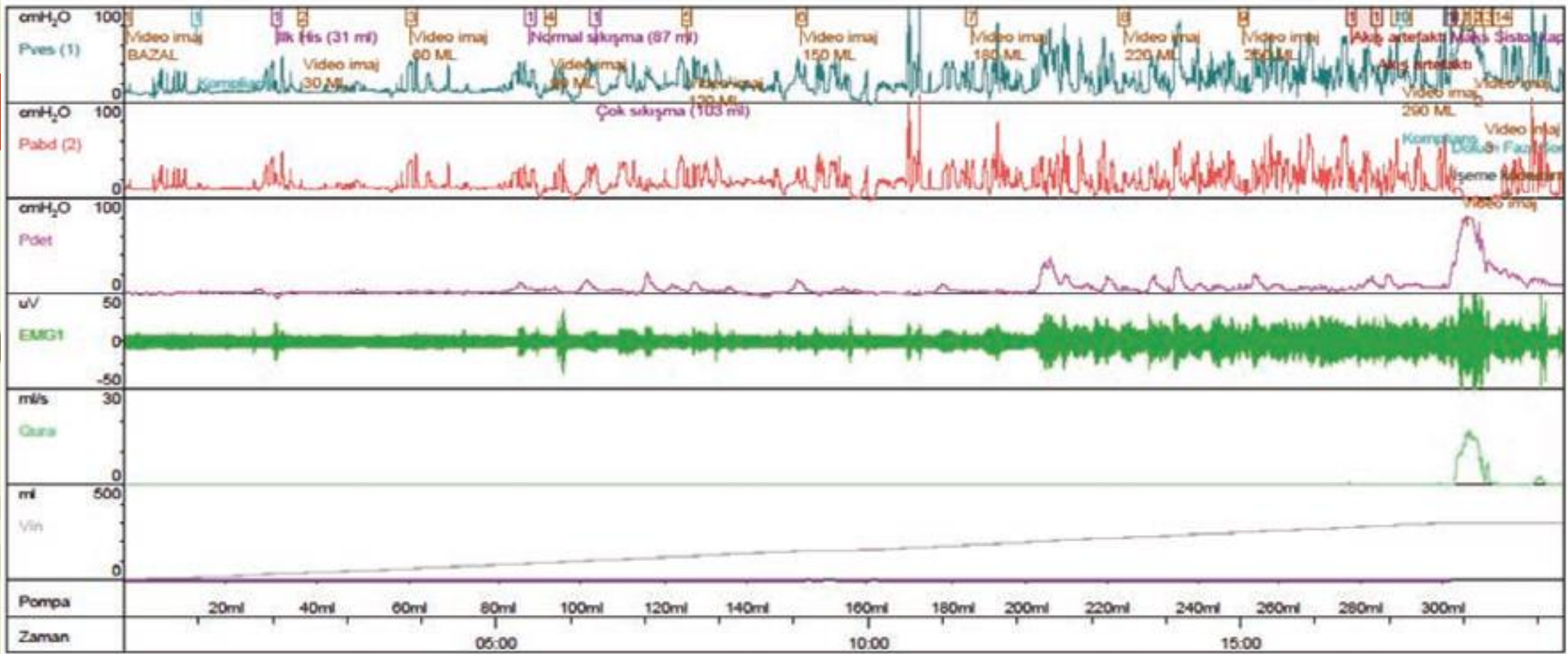
- İBSS 22
- Kabızlık+ 2
- Ürodinami??

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)					
	Hayır Kasılmaz	Bazen	Günde 1-2 kez	Her zaman	
1. Çocukunuz gündüz idrar kaçırmıyor mu?	0	1	3	5	
2. Çocukunuz gündüz idrar kaçırmıyorsa ne gıdelerde idrar kaçırmıyor?	Danış-danış 1	Sadece kilit 3	Pantolon 5	Tamamen 5	
3. Çocukunuz gece idrar kaçırmıyor mu?	Hayır 0	Kasılmaz 1	Haftada 1-2 gece 3	Haftada 3-5 gece 5	Haftada 6-7 gece 5
4. Çocukunuz gece idrar kaçırmıyorsa ne gıdelerde idrar kaçırmıyor?	Çamaşır veya Pijaması ıslanır 1		Yatak ıslanır 4		
5. Çocukunuz günde kaç kere tualete gidi yapıyor?	0	7 den az 1		7 den fazla 5	
6. Çocukunuz işerken ıslanıyor mu?	Hayır 0			Evet 4	
7. Çocukunuz işerken ajansı olduğunu söyler mi?	Hayır 0			Evet 1	
8. Çocukunuz işerken bir başıyla durarak işini yapar mı?	Hayır 0			Evet 2	
9. Çocukunuz işi bitince tekrar tualete gidip işini yapar mı?	Hayır 0			Evet 2	
10. Çocukunuz eniden işinin geldiğini söyleyip hıza tualete kaçar mı?	Hayır 0			Evet 1	
11. Çocukunuz oyun sırasında bir kenara diz üstü çöküp idrarını tutmaya çalışıyor mu?	Hayır 0			Evet 2	
12. Çocukunuz işi geldiğinde tualete yetişmeden işini altına kaçırmıyor mu?	Hayır 0			Evet 2	
13. Çocukunuzun kabızlığı var mı?	Hayır 0			Evet 1	
HAYAT KALİTESİ					
Çocuklarınız yakında sayılan şikayetlerden bir veya birkaçı varsa bu aile, okul ve sosyal yaşamını ne kadar etkiliyor?	Hayır 0	Evet az 1	Evet 2	Evet ciddi 3	

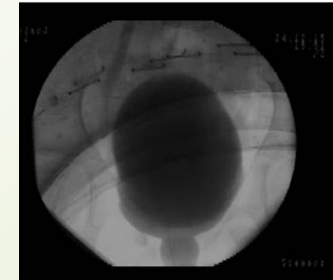


EMG+SERBEST ÜROFLOWMETRİ






İlk his: 30ml Şiddetli işeme 103 ml Sistometrik kapasite: 303 ml
 Komplyans: 37 ml/cmH₂O İdrar kaçırma saptanmadı.
 VUR başladığındak mesane kapasitesi ve basıncı: 133 ml, 24 cmH₂O



Time	18:07
Akis	141 ml/s
İsenen hacim	178 ml
Mesane dolulugu	124 ml
Pves (1)	73 cmH ₂ O
Pabd (2)	-1 cmH ₂ O
Pdet	74 cmH ₂ O

- 
- Sekonder reflü
 - Üroterapi, proflaksi
 - Takip

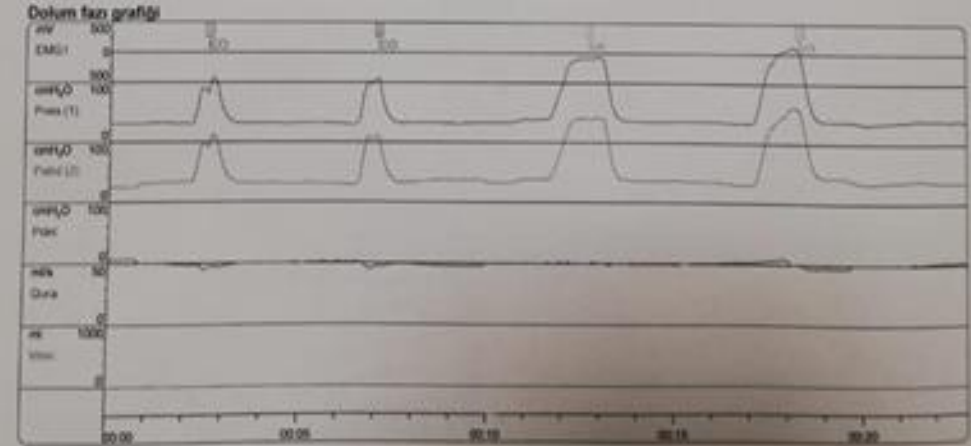
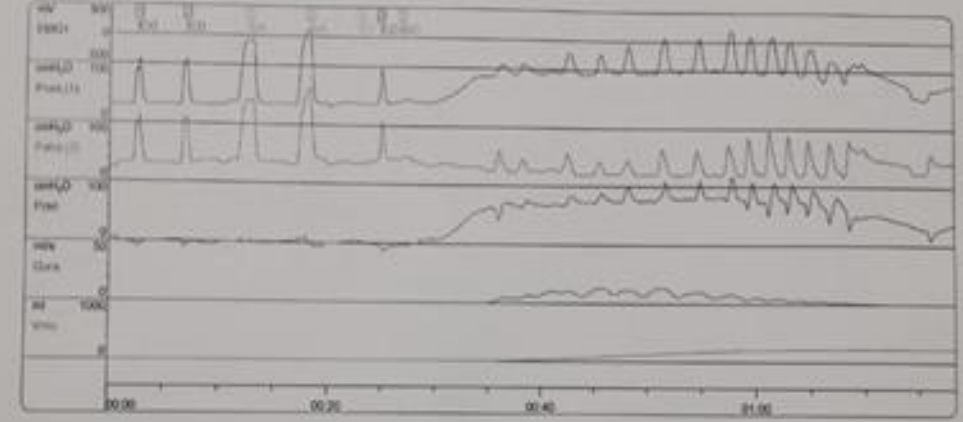
- Hasta Ürolog
- İşeme Semptomları
- Kursumuza katıldı
- Bana ürodinamisini yolladı

Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SİĞİ İST. FİZİK TED. VE REHABİLİTASYON EĞİT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant'ın: Refine eden: Dr. MALİK EVREN
Test tarihi: 09.06.2021

Test yorumları
MESANEDE 200ml SIVI VARKEN YAPILAN BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINDA:

VLPP= NEGATIF

BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINDA HASTA İDRARININ TAMAMINI YAPTI.



Dolum fazı sonuçları
Gönderilen hacim
Kaçak ile kaybedilen hacim
Mesane doluluğu
Max. vezikal basınç
Maksimal abdominal basınç
Maksimal detrusor basıncı
Maksimal üretral basınç
Specific gravity infused liquid

0 ml
- ml
0 ml
162 cmH₂O
162 cmH₂O
9 cmH₂O
- cmH₂O
1029 g/l

Sistometri report

Cinsiyet: Bay Test numarası: 02 Aliyev, Emin
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBÜ İST.FİZİK TED.VE REHABILITASYON EĞT.ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant i/c:
Test tarihi: 09.06.2021 Refere eden: Dr. MALİK EVREN

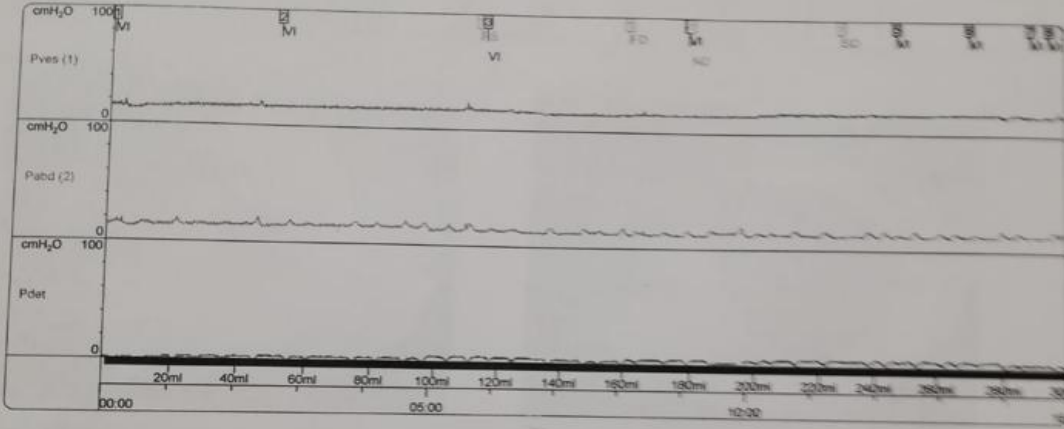
Test yorumları

RAPOR

TEŞHİS= MESANE ÇIKIM TIKANIKLIĞI?

REFLÜ= NEGATİF

NOT= HASTANIN AĞRISI OLDUĞUNDAN 300ml MESANE KAPASİTESİNDE SONLANDIRILDI.



Sistometri sonuçlar

Gönderilen hacim	300 ml
Kaçak ile kaybedilen hacim	0 ml
Mesane doluluğu	300 ml
Max. mesane kapasitesi	300 ml
Max. vezikal basınç	23 cmH ₂ O
Maksimal abdominal basınç	21 cmH ₂ O
Maximal detrusor basınç	6 cmH ₂ O
Maximal üretral basınç	- cmH ₂ O
Pompa Hızı	20 ml/min

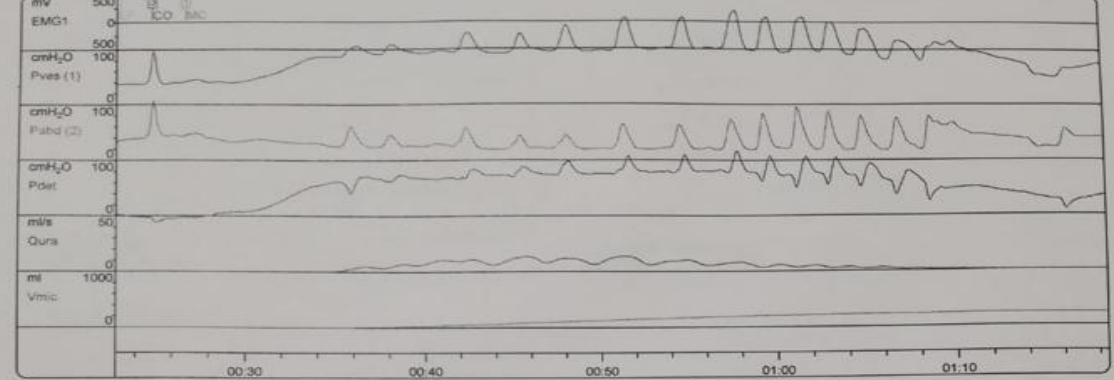
Sensation sonuçları

Hassasiyet	Mesane doluluğu	Vezikal basınç	Detrusor basınç
First sensation	113 ml	17 cmH ₂ O	4 cmH ₂ O
First desire	160 ml	15 cmH ₂ O	4 cmH ₂ O
Normal desire	179 ml	15 cmH ₂ O	4 cmH ₂ O
Strong desire	226 ml	16 cmH ₂ O	4 cmH ₂ O
Max cyst cap.	300 ml	17 cmH ₂ O	4 cmH ₂ O

Basınç-Akım Çalışması report

Cinsiyet: Bay Test numarası: 03 Aliyev, Emin
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBÜ İST.FİZİK TED.VE REHABILITASYON EĞT.ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant i/c:
Test tarihi: 09.06.2021 Refere eden: Dr. MALİK EVREN

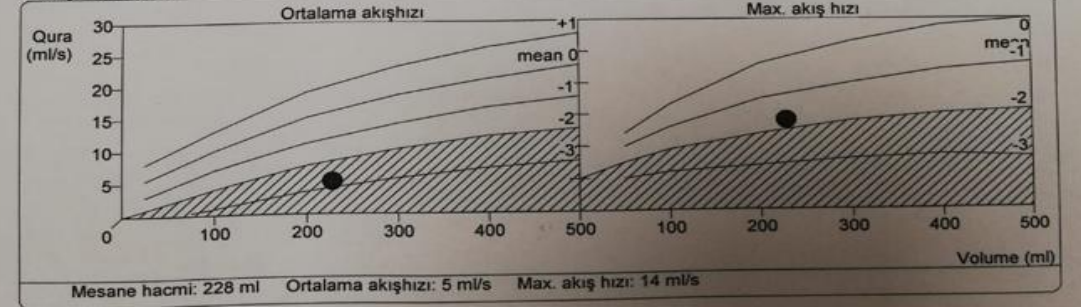
İşeme fazı grafiği



İşeme fazı sonuçları

Total mesane kapasitesi	- ml
Max. akış hızı	14 ml/s
Max.hıza ulaşma süresi	10 s
Max akımda Pves	126 cmH ₂ O
Max akımda Pdet	89 cmH ₂ O
İşenen hacim	228 ml
Akış süresi	35 s
İşeme süresi	35 s
Gecikme süresi	9 s
Ortalama akış hızı	7 ml/s
Corrected Qmax	15 sqrt ml
İşeme rezistansı	0,80 cmH ₂ O/(ml/s) ²
Hesaplanan residual idrar	-228 ml
Açılma basıncı Pves	87 cmH ₂ O
Açılma basıncı Pdet	62 cmH ₂ O
Pmuo	38 cmH ₂ O
Kapanma basıncı	60 cmH ₂ O
Max. vezikal basınç	170 cmH ₂ O
Maksimal abdominal basınç	106 cmH ₂ O
Maximal detrusor basıncı	17 cmH ₂ O
Maximal üretral basınç	- cmH ₂ O

Siroky nomogram

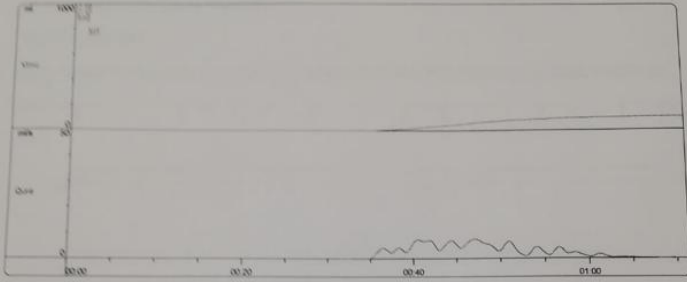


Üroflow report

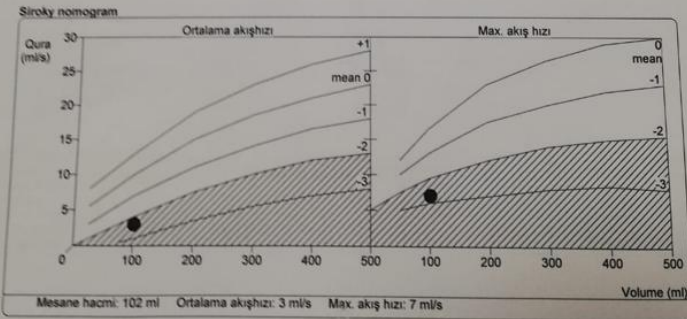
Aliyev, Emin

Cinsiyet: Bay Test numarası: 01
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBU İST FİZİK TED VE REHABILITASYON EĞT ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant içi:
Test tarihi: 09.06.2021 Referans eden: Dr. MALİK EVREN

Test yorumları
REZİDÜEL İDRAR KALMADI



Üroflow sonuçlar
Max. akış hızı 7 ml/s
Max. hızı ulaşıma süresi 5 s
İşlenen hacim 102 ml
Akış süresi 27 s
İşleme süresi 27 s
Geçikme süresi 35 s
Ortalama akış hızı 4 ml/s



Marker overview

Marker name	Zaman	Vmic	Qura
Miction command	0:00:00	0	0
Sitting	0:00:02	0	0

Sistometri report

Aliyev, Emin

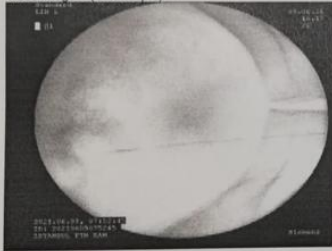
Cinsiyet: Bay Test numarası: 02
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBÜ İST.FİZİK TED VE REHABİLİTASYON EĞT. ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant i/c: Dr. MALİK EVREN
Test tarihi: 09.06.2021 Refere eden: Dr. MALİK EVREN

Marker overview

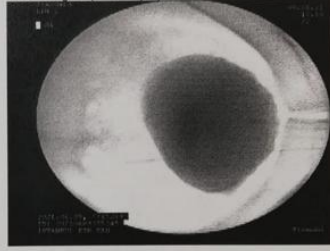
Marker name	Zaman	Pves (1)	Pabd (2)	Pura (3)	Pdet	Vin	Vmic	Qura
Video image [1]	0:00:02	14	14	0	0	1	0	0
Video image [2]	0:02:38	16	14	0	2	52	0	0
First sensation	0:05:45	17	13	0	4	113	0	0
Video image [3]	0:05:52	17	13	0	4	115	0	0
First desire	0:08:08	15	12	0	3	160	0	0
Video image [4]	0:09:05	15	15	0	0	178	0	0
Normal desire	0:09:07	15	15	0	0	179	0	0
Strong desire	0:11:29	16	12	0	4	226	0	0
Video image [5]	0:12:21	16	13	0	3	247	0	0
Video image [6]	0:13:30	18	13	0	5	271	0	0
Video image [7]	0:14:28	16	13	0	3	269	0	0
Video image [8]	0:14:46	16	13	0	3	295	0	0
Max cyst cap.	0:15:00	17	16	0	1	300	0	0

Video image overview

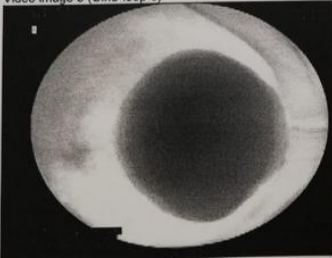
Video image 1 (Cine-loop 0)



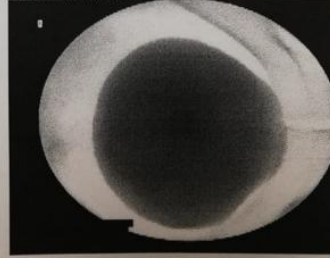
Video image 2 (Cine-loop 0)



Video image 3 (Cine-loop 0)



Video image 4 (Cine-loop 0)

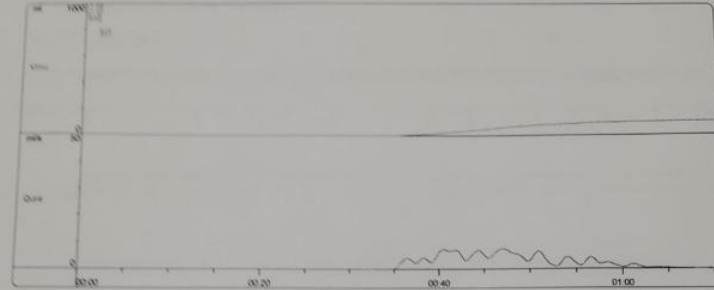


Üroflow report

Aliyev, Emin

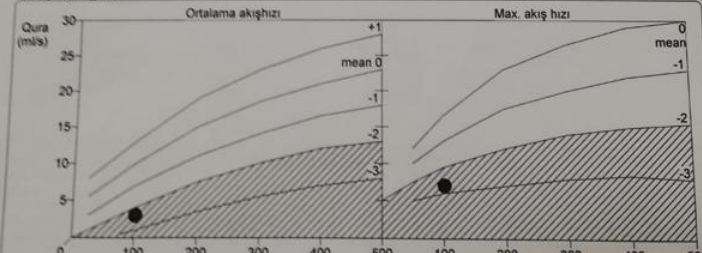
Cinsiyet: Bay Test numarası: 01
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBÜ İST.FİZİK TED VE REHABİLİTASYON EĞT. ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/201 Consultant i/c: Dr. MALİK EVREN
Test tarihi: 09.06.2021 Refere eden: Dr. MALİK EVREN

Test yorumları
REZİDÜEL İDRAR KALMADI



Üroflow sonuçları
Max. akış hızı 7 ml/s
Max. hızla idrara süresi 5 s
İşlenen hacim 102 ml
Akış süresi 27 s
İşeme süresi 27 s
Geçikme süresi 35 s
Ortalama akış hızı 4 ml/s

Siroky nomogram



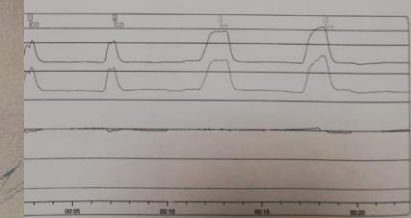
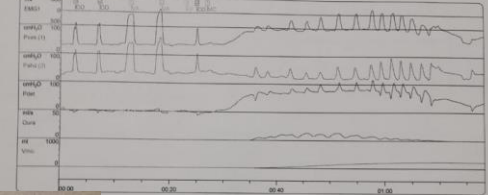
Basınç-Akım Çalışması report

Aliyev, Emin

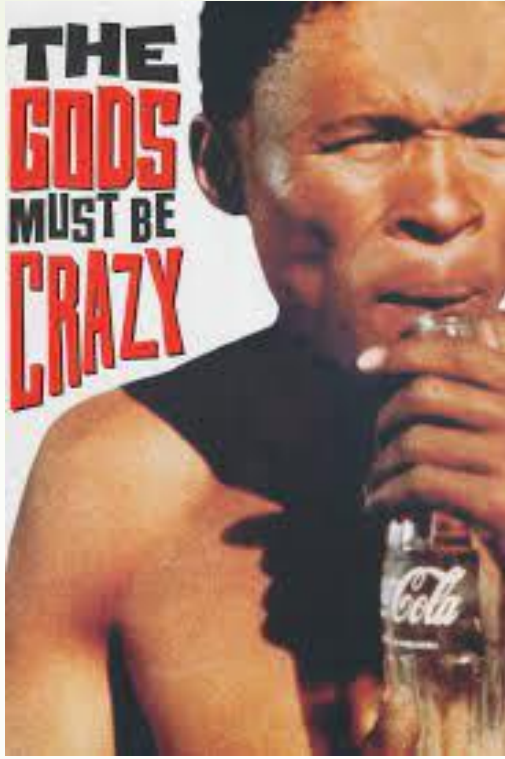
Cinsiyet: Bay Test numarası: 03
Doğum tarihi: 01.01.1983 Hastane: SBÜ İST.FİZİK TED VE REHABİLİTASYON EĞT. ARŞT. HASTANESİ
Hastane numarası: 2021/2021 Consultant i/c: Dr. MALİK EVREN
Test tarihi: 09.06.2021 Refere eden: Dr. MALİK EVREN

Test yorumları
ME.SANEDE 200ml SIVI VARKEN YAPILAN BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINDA;
VLPP= NEGATIF

BASINÇ AKIM ÇALIŞMASINDA HASTA İDRARININ TAMAMINI YAPTI.



0 ml
- ml
- ml
162 ml
162 ml
9 ml
- ml
100 ml



teşekkürler