TÜRK
ANDROLOJİ DERNEĞİ
(İSTANBUL-1992)

GÜNCEL ANDROLOJİ SEMPOZYUMU

11 - 13 Mayıs 2018
Hilton Bodrum Türkbükü

www.guncelandroloji.com

Değerli meslektaşlarımız...

Türk Androloji Derneği bilim ve eğitim politikası doğrultusunda, **11 - 13 Mayıs 2018** tarihleri arasında Bodrum'da **"Güncel Androloji Sempozyumu"** düzenlenecektir. **Türk Androloji Derneği** Yönetim Kurulu olarak; sizleri ülkemizin adeta cennet köselerinden biri olan güzel Bodrum'da ağırlamaktan onur duyacağız.

Türk Androloji Derneği kuruluşundan günümüze ve 25 yılı aşan bir sürede; her zaman en önemli hedefi olan 'Güncel Bilgi'nin paylaşımı amacıyla, bu sempozyumda yine ulusal ve uluslararası alanda kendini kanıtlamış akademik kadro ile çok verimli bir toplantı düzenlemeyi hedeflemektedir.

Günümüze kadar düzenlenmiş toplantılara göstermiş olduğunuz yakın ilgi ve destek, hiç şüphesiz ki bir öncekinden çok daha doyurucu toplantıların düzenlenmesi konusunda hepimizi teşvik etmiştir. Bodrum'da düzenlenecek toplantıya da katılım ve desteğinizin bu toplantının bilimsel kalitesini arttıracak en önemli unsur olacağı şüphesizdir.

Bodrum ülkemizin turizm yanında kültürel zenginlikler açısından da en önemli merkezlerinden birisidir. Bu bağlamda, gerek bilimsel gerekse sosyal açıdan da unutulmaz bir toplantı geçirmenizi dileriz.

Tüm meslektaşlarımızla **11 - 13 Mayıs 2018** tarihleri arasında Bodrum'da yapılacak '**Güncel**

Androloji Sempozyumu'nda görüşmek ve güzel bir hafta sonu geçirmek umuduyla...

Saygılarımızla,

TAD Yönetim Kurulu

YÖNETİM KURULU

ONURSAL BAŞKAN

Prof. Dr. Ateş Kadıoğlu

BAŞKAN

Prof. Dr. Mustafa F. Usta

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Barış Altay

BİLİMSEL KURUL BAŞKANI

Prof. Dr. Selahittin Çayan

SAYMAN

Doç. Dr. Memduh Aydın

ÜYELER

Prof. Dr. Ramazan Aşcı

Prof. Dr. Abdullah Armağan

Prof. Dr. Ali Atan

Prof. Dr. İrfan Orhan

11 Mayıs 2018 Cuma

ANA SALON

13.00 - 16.30	**Asistanlar İçin EBU Sınavı Hazırlık Kursu** **Oturum Başkanları:** *A. Barış Altay-M. Önder Yaman*	
13.00 - 13.15	Spermatogenez ve Sperm Fizyolojisi	*A. Barış Altay*
13.15 - 13.30	Erkek İnfertilitesinde Değerlendirme	*M. Önder Yaman*
13.30 - 13.45	Erkek İnfertilitesinde Medikal Tedavi	*Sefa Resim*
13.45 - 14.00	Erkek İnfertilitesinde Varikosel Cerrahisi	*Selahittin Çayan*
14.00 - 14.15	Erkek İnfertilitesinde Cerrrahi Yollardan Sperm Elde Edilmesi	*Ateş Kadıoğlu*
14.15 - 14.45	**Kahve Arası**	
	Oturum Başkanları: *Memduh Aydın, Mustafa Faruk Usta*	
14.45 - 15.00	Ejakülasyon Fizyolojisi ve Bozuklukları	*Ramazan Aşcı*
15.00 - 15.15	Ereksiyon Fizyolojisi ve Erektil Disfonksiyon Tanısı	*Ahmet Gökçe*
15.15 - 15.30	Erektil Disfonksiyonda Medikal Ve Cerrahi Tedavi	*Memduh Aydın*
15.30 - 15.45	Peyronie Hastalığı ve Tedavisi	*Mustafa Faruk Usta*
15.45 - 16.00	Priapizm ve Tedavisi	*İrfan Orhan*
16.00 - 16.30	Androlojik Tanı-Tedavi Algoritma Güncellemesi (Interaktif Olgu Sunumları)	*Ateş Kadıoğlu*

12 Mayıs 2018 Cumartesi

ANA SALON

08.30 - 09.00	**Toplantı Açılışı, İstiklal Marşı, Saygı Duruşu ve Konuşmalar**	
08.30 - 08.40	TAD Genel Sekreteri	
08.40 - 08.50	TAD Başkanı	
08.50 - 09.00	TAD Onursal Başkanı	
09.00 - 09.45	**Pediatrik Androloji** **Oturum Başkanı:** *İsmet Nane*	
09.00 - 09.15	Adolesanlarda Varikosel Cerrahisi Gerekli Midir?	*Selahittin Çayan*
09.15 - 09.30	İnmemiş Testis Teşhis ve Tedavisinde 2018 Algoritmi	*Tayfun Oktar*
09.30 - 09.45	İnmemiş Testise Bağlı Testiküler Disfonksiyon	*Zsolt Kopa*
09.45 - 11.00	**Prostat Hastalıkları ve Erektil Disfonksiyon** **Oturum Başkanı:** *Ramazan Aşcı*	
09.45 - 10.00	Kronik Pelvik Ağrı Sendromu ve ED: Olası Ortak Patofizyolojik Mekanizmaların İrdelenmesi	*Ramazan Aşcı*
10.00 - 10.15	BPH/AÜSS'ye Bağlı ya da BPH/AÜSS Tedavisi Sonucu Gelişen ED'nin Yönetimi	*Bülent Erol*
10.15 - 10.30	Radikal Pelvik Cerrahi Sonrası Penil Rehabilitasyon Uygulamalarının Kanıta Dayalı Değerlendirilmesi	*Trinity J. Bivalacqua*
10.30 - 11.00	BPH'ya Bağlı AÜSS'de Cerrahi Tedavi Olgu Sunuları	*M. Önder Yaman*
11.00 - 12.00	**Androlojide Zor Olgular Paneli** **Yönetici:** *Ateş Kadıoğlu* **Panelistler:** *Run Wang, Trinity J. Bivalacqua, Erol Uçaner, İlham Ahmedov*	

12 Mayıs 2018 Cumartesi

ANA SALON

Lilly

12.00 - 13:00 **UYDU SEMPOZYUMU**

Yeni bilgiler ışığında Tadalafil ile BPH ve ED'nin tedavisi

Moderatör: *Ateş Kadıoğlu*

Konuşmacılar: *Önder Yaman, Mustafa Faruk Usta*

13.00 - 13.45 **Öğle Yemeği**

13.45 - 14.15 **Onkofertilite**
Oturum Başkanı: *Abdullah Armağan*

13.45 - 14.00	Erişkin Erkek Kanser Hastalarında Fertilitenin Korunması	*Abdullah Armağan*
14.00 - 14.15	Testis Kanserli Olgularda İnfertilite Tedavisi: Onko-TESE Uygulamaları	*Metin Öztürk*

14.15 - 14.45 **Uretra Travması ve Cerrahisi Sonrası ED Tedavisi**
Oturum Başkanı: *Ramazan Aşcı*

14.15 - 14.30	Uretra Travması İlişkili ED'de Patofizyolojik Değerlendirme	*Mazhar Ortaç*
14.30 - 14.45	Uretra Cerrahisi Uygulamalarında Erektil Fonksiyonun Korunması: İdeal Yöntem Tanımlanabilir mi?	*Abdulmuttalip Şimşek*

14.45 - 15.15 **Priapizm Tedavisinde Tartışmalı Başlıklar**
Oturum Başkanı: *Run Wang*

14.45 - 15.00	Priapizim Tiplerine Göre Güncel Medikal Tedavi Seçenekleri	*Trinity J. Bivalacqua*
15.00 - 15.15	36 Saati Geçen Iskemik Priapizm Süreçlerinde Kritik Yaklaşım	*Fikret Erdemir*

12 Mayıs 2018 Cumartesi

ANA SALON

15.15 - 16.00	**ED Tedavisinin Geleceği** **Oturum Başkanları:** *Ahmet Gökçe, Trinity J. Bivalacqua*	
15.15 - 15.30	ED Araştırmalarında Hayvan Modelleri	*Run Wang*
15.30 - 15.45	Kök Hücre ve Doku Mühendislik Uygulamaları	*Trinity J. Bivalacqua*
15.45 - 16.00	Translasyonel Farmakoterapi	*Ahmet Gökçe*
16.00 - 16.15	**Kahve Arası**	
16.15 - 17.15	**Erkek İndertilitesinde Temel Bilim Araştırmaları** **Oturum Başkanları:** *A. Barış Altay, Suks Minhas*	
16.15 - 16.30	Testosteron-spermatogenez ilişkisi	*Zsolt Kopa*
16.30 - 16.45	In-Vitro Spermatogenez	*A. Barış Altay*
16.45 - 17.00	Laboratuvardan Kliniğe Kök Hücre Kullanımı	*Suks Minhas*
17.00 - 17.15	ICSI Uygulamalarında Kullanılan Yeni Teknikler (MACS-PICSI-IMSI)	*Suks Minhas*
17.15 - 17.45	**TESE Negatif Hastalarda Tetkik Yapılması Kanıta Dayalı mıdır?** **Oturum Başkanı:** *Metin Öztürk*	
17.15 - 17.30	EVET	*Kaan Aydos*
17.30 - 17.45	HAYIR	*A. Barış Altay*
17.45 - 18.15	**ED Tedavisinde ESWT: Rutin Uygulama Açısından Veriler Yeterli mi?** **Oturum Başkanı:** *Mustafa Faruk Usta*	
17.45 - 18.00	EVET	*Run Wang*
18.00 - 18.15	HAYIR	*Trinity J. Bivalacqua*
18.15 - 18.45	**Cinsel Yol İle Bulaşan Hastalıklarda 2018 Güncellemesi** **Oturum Başkanları:** *İrfan Orhan*	
18.15 - 18.30	Uretritlerde Güncel Tanı ve Tedavi	*Necip Pirinççi*
18.30 - 18.45	Genital Sistemin Dermatolojik Hastalıkları	*Soner Uzun*

13 Mayıs 2018 Pazar

ANA SALON

08.30 - 09.15	**Peyronie Hastalığında Güncelleme** **Oturum Başkanı:** *Mustafa Faruk Usta*	
08.30 - 08.45	Medikal Tedavi ve CCH (Collagenase Clostridium histolyticum)	*Mustafa Kadıhasanoğlu*
08.45 - 09.00	Cerrahi Tedavi	*Ateş Kadıoğlu*
09.00 - 09.15	Güncel Temel Bilim Çalışmaları	*Run Wang*
09.15 - 10.15	**Erkek Orgazm Bozuklukları** **Oturum Başkanı:** *Ramazan Aşçı*	
09.15 - 09.30	Prematür Ejakülasyonda Sınıflama ve Yeni Kriterler	*Ramazan Aşcı*
09.30 - 09.45	Günümüzde PE'de Medikal Tedavi Yaklaşımları	*Mustafa Faruk Usta*
09.45 - 10.00	Pe'de Alternatif Tedavilerin Güncel Durumu	*Haluk Erol*
10.00 - 10.15	Geçikmiş Ejakülasyon ve Anejakülasyon Hastalarında Tedavi Seçenekleri	*Erhan Ateş*
10.15 - 10.45	**Kahve Arası**	
10.45 - 11.45	**İnfertilite Tedavisi'nde 2018 Uygulamaları** **Oturum Başkanı:** *A. Barış Altay*	
10.45 - 11.00	Obstrüktif Azoospermide Patofizyolojiye Spesifik ve Non-Spesifik (PESA-MESA) Tedavi Seçenekleri	*A. Barış Altay*
11.00 - 11.15	mTESE: Güncel Veriler	*Oğuz Ekmekçioğlu*
11.15 - 11.30	İzole Sperm Motilite ve Morfoloji Bozukluklarında Tedavi	*İsa Özbey*
11.30 - 11.45	Varikosel 2017-2018 Literatür Özetleri	*Metin Öztürk*

13 Mayıs 2018 Pazar

ANA SALON

11.45 - 12:30 **SÖZEL BİLDİRİLER OTURUMU**

Oturum Başkanları: *Ahmet Gökçe, Murat Çakan*

OP1 Androloji sorgulama formlarının Okunabilirlik ve Anlaşılabilirlikleri
Lütfi Canat

OP2 Klinefelter Sendromlularda Osteopeni/Osteoporoz Durumlarının Toplum ile Karşılaştırılması
Gökhan Sönmez

OP3 Genel infertil popülasyonda ve risk faktörü taşımayan özel alt gruplarda, vücut kitle indeksinin sperm parametreleri ve reprodüktif hormonlar üzerine etkileri
Numan Baydilli

OP4 İnfertil 46 XX Erkek Fenotipli Olguya Klinik, Endokrinolojik ve Genetik Yaklaşım
Ali Çift

OP5 Oral 5alfa Redüktaz İnhibitörlerinin Rat Modelinde Penil İntrakavernozal Basınçlar ve Penil Morfoloji Üzerine Etkisi
Şahin Kılıç

OP6 Mikroskobik İngüinal ve Subingüinal Varikoselektominin Etkinlik ve Güvenirliliğinin Karşılaştırılması
Şaban Oğuz Demirdöğen

OP7 Obezitenin seks hormonları ve semen parametrelerine etkisi
Mehmet Yılmaz

OP8 Oral İzotretinoin Tedavisinin Sperm Parametrelerini Geliştirici Etkisi: Prospektif Klinik Çalışma
Mehmet Özavcı

12.30 - 13.00 **Öğle Yemeği**

13 Mayıs 2018 Pazar

ANA SALON

13.00 - 13.30	**TARTIŞMALI POSTERLER OTURUMU** **Oturum Başkanları:** *İsa Özbey, Murat Dinçer* **MP01 - MP23**	
13.30 - 15.00	**Poster Turu**	
13.30 - 14.15	**Penis Uzatma Cerrahisinin Rasyonel Değerlendirmesi** **Oturum Başkanı:** *Mustafa Faruk Usta*	
13.30 - 13.45	Üroloji Bakış Açısı	*Murat Çakan*
13.45 - 14.00	Plastik Cerrah Gözü ile Penis Uzatma	*Erdem Güven*
14.00 - 14.15	Noninvazif Yaklaşımın Teorik Ve Pratik Gerçekleri	*Tümay İpekçi*
14.15 - 15.00	**Testosteron Replasman Tedavisinde (TRT) Güncel Tartışmalar** **Oturum Başkanı:** *Ali Atan*	
14.15 - 14.30	TRT Hasta Seçiminde Güncel Yaklaşım	*Eyüp Veli Küçük*
14.30 - 14.45	Günümüzde "İdeal" Tedavi Uygulaması var mıdır?	*Abdullah Armağan*
14.45 - 15.00	TRT Sonrası Artmış Prostat Kanseri ve Kardiyovasküler Hastalık Riski: Bilimsel Gerçek mi? Gereksiz Korku mu?	*Ali Atan*
15.00 - 15.45	**Zor Penil Protez Uygulamalarında Kritik Noktalar** **Oturum Başkanı:** *Memduh Aydın*	
15.00 - 15.15	Fibrotik Korpus Kavernozumda Penil Protez Cerrahisi	*Memduh Aydın*
15.15 - 15.30	Neofallus Olgularında Penil Protez Cerrahisi	*Melih Çulha*
15.30 - 15.45	Radikal Pelvik Cerrahi Sonrası Penil Protez Cerrahisi	*Bilal Gümüş*
15.45 - 16.00	**Kahve Arası**	

13 Mayıs 2018 Pazar

ANA SALON

16.00 - 16.30	**Erkek İnfertilitesinde Hormonal Tedavi ve Fitoterapi** **Oturum Başkanı:** *A. Barış Altay*	
16.00 - 16.15	Hipogonadotropik Hipogonadizmde Tedavi Seçenekleri	*Murat Şamlı*
16.15 - 16.30	Erkek İnfertilitesinde Fitoterapi	*Lütfi Canat*
16.30 - 17.30	**Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarına Multidisipliner Yaklaşım** **Oturum Başkanı:** *Ceyda Güvenç*	
16.30 - 16.45	Kadın İnkontinansı ve Cinsel Disfonksiyonu	*Murat Dinçer*
16.45 - 17.00	Hipoaktif Cinsel İstek Hastalığında Tanı ve Tedavi	*Ercan Yeni*
17.00 - 17.15	Kadın uyarılması ve orgazm bozukluklarında tedavi stratejileri	*Evrim Yılmazer*
17.15 - 17.30	Vajinismus; Tanıdan Tedaviye Doğrular Yanlışlar	*Ceyda Güvenç*
17.30 - 18.00	**Akılcı İlaç Kullanımı**	*Ramazan Aşcı*

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

OP-01

ANDROLOJİ SORGULAMA FORMLARININ OKUNABİLİRLİK VE ANLAŞILABİLİRLİKLERİ

Hasan Anıl Atalay, Lütfi Canat
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Türkiye, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında okuma yazma alanında en düşük puanlı üçüncü ülkedir. Ortalama bir Türk yetişkin, okuduğunu-anlama becerisinde beşinci ile sekizinci sınıf eğitim seviyesindedir, özellikle geniş değişkenlik gösteren ve hastaların kendilerinin doldurulması gereken Ürolojik sorgulama formları, hastaların değerlendirilmesinde zorluklar çıkarabilir. Bu çalışmamızda, Androlojik hastalıkların tanısında kullanılan sorgulama formları belirlenerek formların okuma açısından zorluk düzeyleri belirlendi (okunabilirlik). Hastaların sorgulama formlarını anlama dereceleri ile formların okunabilirlik seviyeleri ve hastaların eğitim seviyeleri arasındaki ilişkiler incelendi.

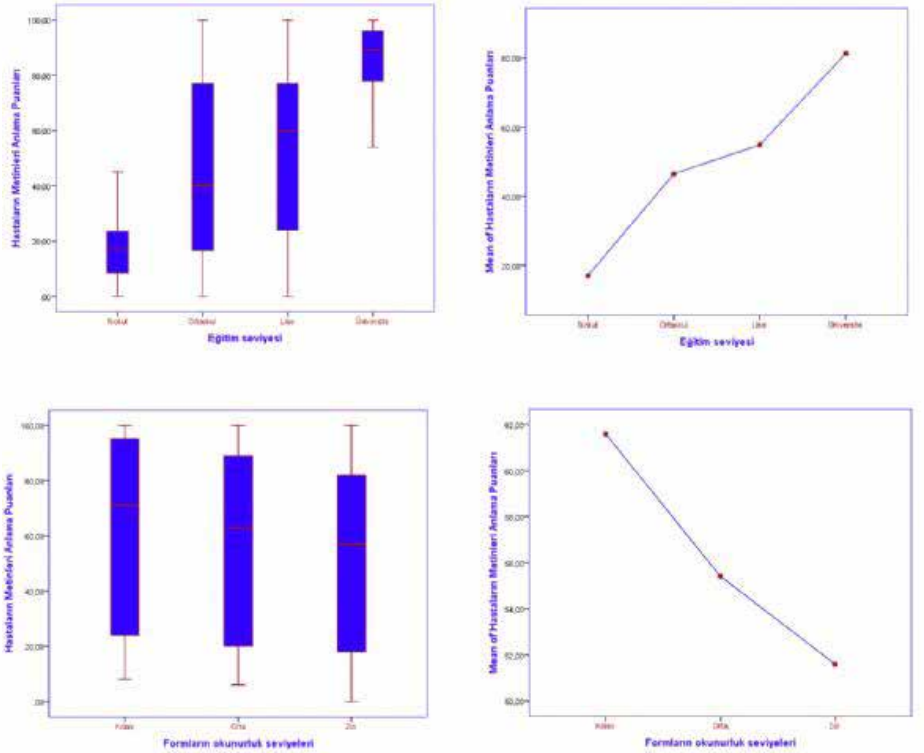
MATERYAL-METOD: Avrupa Üroloji Birliği'nin (EAU) kılavuzlarını inceleyerek, Andolojik hastalıkların tanısında kullanılan 7 adet sorgulama formu belirlendi. Türkçe' ye validasyonu yapılmış her form için; kelimeye düşen hece sayısı, cümleye düşen kelime sayısı ve okunabilirlik puanları hesaplandı. Okunabilirlik puanı; "Çetinkaya-Uzun Okunabilirlik Formülü" kullanılarak hesaplandı (Okunabilirlik Formülü = 118.823 – (25.987 x Ortalama kelime uzunluğu) – (0.971x Ortalama cümle uzunluğu)). Yedi form okunabilirlik puanlarına göre; kolay metin, orta-zor metin ve zor metin olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların, okudukları sorgulama formlarından anladıklarını ölçmek için çıkartmalı testler oluşturuldu. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Androloji polikliniğine başvuran 327 hasta eğitim düzeylerine göre 4 gruba (ilkokul, ortaokul, lise ve lise üzeri) ayrıldı ve hastalardan formları doldurulmaları istendi. Eğitim düzeyine göre gruplanan hastaların ve okunabilirlik düzeylerine göre sınıflanan metinlerin, gruplar arası ortalama okuduğunu anlama puanları karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Ortalama yaşı 40 olan (18 ile 80) 327 hasta çalışmaya dâhil edildi. Formların ortalama okunabilirlik puanları 31.74 (21.5 to 41.1) olarak hesaplandı. Yedi formun 5'inin (%71) okunabilirlik puanlarının 10. sınıf düzeyinin üzerinde olduğu saptandı.

Hastaların eğitim düzeylerine göre tüm formlar için ortalama okuduklarını anlama puanları, 5. sınıf için %17, 5 ile 9. arası sınıflar için %46, 9 ile 12. sınıflar için %54, 12. sınıf üzeri için ise %81 olarak bulundu. Eğitim düzeyine göre grupların ortalama okuduklarını anlama puanları birbirleri ile karşılattırıldığında, her grup arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptandı, ($p < 0.001$). (Figür 1) Formların okunabilirlik seviyelerine göre ortalama okuduklarını anlama puanları, kolay-metin için %55, orta-zor metinler için %45 ve zor metinler için %42 idi. Kolay metin formunun ortalama anlaşılabilirlik puanı, orta-zor metin ve zor metin grupların ortalama anlaşılabilirlik puanları ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p = 0.001$). Orta-zor metinlerin ortalama anlaşılabilirlik puanları ile zor metinlerin ortalama puanları arasında ise anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.137$).

YORUM: Ürolojide kullanılan Androlojik sorgulama formlarının okunurluk düzeyi, Türkiye'de yetişkinlerin çoğunun okuduğunu anlama seviyesi için uygun değildir. Eğitim seviyesi düşük hastaların bu formları doldururken sağlık personelinden yardım almaları daha uygun olabilir.

Figür 1



Hastaların eğitim seviyeleri ve sorgulama formlarının okunabilirlik seviyeleri ile hastaların okuduğunu-anlama ilişkileri.

OP-02

KLİNEFELTER SENDROMLULARDA OSTEOPENİ/OSTEOPOROZ DURUMLARININ TOPLUM İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Gökhan Sönmez[1], Emre Can Akınsal[2], Numan Baydilli[2], Ümmühan Abdülrezzak[3], Abdullah Demirtaş[2], Oğuz Ekmekçioğlu[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ: Bu çalışmada toplumda sık görülen kalıtsal bozukluklardan olan Klinefelter sendrom (KS)'lu olgular ile toplumdan seçilmiş aynı yaş grubundaki gönüllülerin kemik sağlığı ve hormon durumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Erciyes Üniversitesi Üroloji Kliniği İnfertilite ve Androloji polikliniğinde takipli 183 KS'lu olgunun geriye dönük verileri ile prospektif olarak oluşturulan 64 gönüllüden oluşan kontrol grubunun verileri karşılaştırılmıştır. İncelenen veriler; demografik özelliklerin yanı sıra Dual Enerji X-Ray Absorbsiyometri (DEXA) değerleri ve kan hormon parametreleri olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler SPSS statistics 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınarak Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü birimi maddi desteği ile yapılmıştır.

BULGULAR: KS'lu olguların boyları kontrol grubuna göre uzun bulunmuştur ($p<0.001$). Yüzseksenüç KS'lu olgu ile 64 kişiden oluşan kontrol grubunun kemik değerleri karşılaştırıldığında lomber bölge dışında tüm bölgeler için KS'lu olguların kemik durumları (femur boynu ve toplam femur için kemik mineral dansiteleri ile t ve z skorları) kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulunmuştur. Daha önce hiç hormonal veya kemik sistemine yönelik tedavi almamış verileri tam olan 88 KS'lu olgu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında hiçbir kemik bölgesi için gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (tablo-1). Bu grupların bazal hormon değerleri karşılaştırıldığında KS'lu olguların toplam testosteron, seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) ve prolaktin düzeylerinin daha düşük ($p<0.001$); folikül sütimile edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH), estradiol değerlerinin ise kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

SONUÇ: Daha hafif klinik bulguları olan, öncesinde hiç tanı-tedavi almamış ve üroloji polikliniğine infertilite nedeniyle başvuran, iskelet sistemi rahatsızlığı olmayan KS'lu olguların kemik yapılarının toplumdan seçilen bireylere göre farklı olmadığı görülmüştür. Bu grup hastaların klinikte kemik sağlığı açısından daha seyrek aralıklarla incelenebileceği ve bu sayede gereksiz tedavi ve iş yükünün engellenebileceği kanısındayız.

Tablo-1

	Klinefelter Grubu (n;88)	Kontrol Grubu (n;64)	p
Femur boynu KMD (gr/cm2)	0.918 (0.827-1.032)	0.943 + 0.132	0.526
Femur boynu t-skoru	-0.21 (-0.99-0.73)	0.20 (-0.60-0.70)	0.124
Toplam femur KMD (gr/cm2)	0.970 +0.151	1.003 + 0.129	0.163
Toplam femur t-skoru	-0.52 (-1.31-0.23)	-0.15 (-0.88-0.50)	0.055
Lomber KMD (gr/cm2)	0.957 +0.127	0.945 + 0.101	0.524
Lomber t-skoru	-1.17 (-2.25-0.725)	-1.40 (-2.18-(-0.63))	0.398

Endokrin ve kemik metabolizmasına yönelik tedavi almamış Klinefelter Sendromlu hastalar ile kontrol grubunun DEXA verilerinin karşılaştırılması

OP-03

GENEL İNFERTİL POPÜLASYONDA VE RİSK FAKTÖRÜ TAŞIMAYAN ÖZEL ALT GRUPLARDA, VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN SPERM PARAMETRELERİ VE REPRODÜKTİF HORMONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Numan Baydilli[1], İsmail Selvi[2], Emre Can Akınsal[1], Oğuz Ekmekçioğlu[1]
[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri/Türkiye
[2]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara/Türkiye

GİRİŞ: Androloji polikliniğimizde sperm analizi yapılan erkeklerde, vücut kitle indeksi (VKİ) ile sperm parametreleri ve reprodüktif hormonlar arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 18-55 yaş arası toplam 3563 hasta dahil edildi. Hastaların 1455'i obez olmayan (VKİ <25 kg / m^2), 1528'i kilolu (BMI 25-29.9 kg / m^2) ve 580'i obez (BMI>=30 kg / m^2) olarak tanımlandı ve üç grup oluşturuldu. Erkek yaşı, sağ testiküler hacim, sol testiküler hacim, sperm parametreleri (sperm konsantrasyonu, toplam sperm sayısı, semen hacmi, progresif motilite yüzdesi, total progresif hareketli sperm sayısı) ve reprodüktif hormonlar (LH, FSH, prolaktin, östradiol, total testosteron, testosteron/östradiol oranı) BMI açısından değerlendirildi. Varikosel, inmemiş testis, epididimit, kabakulak orşiti, testis kanseri, klinefelter sendromu, kistik fibrozis, immotil silia sendromu, vas agenezi, distal ejakülator kanal tıkanıklıkları, translokasyon anomalileri, hipogonadotropik hipogonadizm, hidroselektomi, herniorafi,orşiopeksi, vazektomi ve testiküler sperm ekstraksiyonu öyküsü gibi erkek infertilitesini etkileyen tüm risk faktörleri rutin olarak sorgulandı. VKİ haricinde bu risk faktörlerini taşımayan 1196 kişi de ayrı olarak değerlendirildi. Ayrıca azospermi, oligospermi, ağır oligospermi ve normospermi açısından da subgrup analizleri yapıldı. "p <0,05" değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edildi.

BULGULAR: Tüm hastalar VKİ açısından incelendiğinde; erkek yaşı (p <0,001), sağ testis hacmi (p <0,001), sol testis hacmi (p <0,001), total testosteron (p <0,001), LH düzeyleri (p < 0,05) ve testosteron/östradiol oranında (p <0,001) anlamlı farklılıklar saptandı. Azoospermi, oligospermi, şiddetli oligospermi ve normospermi açısından subgrup analizi yapıldığında; erkek yaşı,toplam testosteron ve testosteron/östradiol oranı açısından benzer sonuçlar görüldü. VKİ hariç diğer risk faktörleri taşıyan erkeklerde, sadece sağ testis hacmi (p <0,001), sol testis hacmi (p <0,05), total testosteron düzeyleri (p <0,001) ve testosteron/östradiol oranları (p <0,001) anlamlı olarak farklı bulundu.VKİ ve semen parametreleri arasında, ne tüm popülasyonda ne de subgrup analizinde korelasyon görülmedi. Risk faktörü taşımayan azoospermik, oligospermik, şiddetli oligospermik ve normospermik subgruplarda, sadece total testosteron düzeylerinde anlamlı farklılık görüldü (p <0,05). Bu analizde normospermik erkeklerde, ayrıca testosteron/östradiol oranı ve progresif motilite yüzdesi açısından da anlamlı fark bulundu (p <0,05) (Tablo 1). Tüm risk faktörlerini taşıyan erkeklerde, VKİ artışı ile total testosteron düzeyinde azalma (r = -0,238; p <0.001) ve testosteron/östradiol oranında azalma (r = -0,150; p = 0,000) açısından korelasyon saptandı. Aynı korelasyon risk faktörleri taşımayan erkekler incelendiğinde de gözlendi (sırasıyla r = -0,248; p <0,001 ve r = -0,126; p = 0,058). 580 obez erkek kendi içinde üç gruba ayrıldığında, morbid obezlerde testosteron/östradiol oranlarında anlamlı azalma gözlendi (p <0,05). Klinefelter sendromlu nonobstrüktif azospermik 194 hasta VKİ'ne göre sınıflandırıldığında; FSH, LH, total testosteron, prolaktin ve testosteron/östradiol oranlarında anlamlı azalma gözlendi (p <0.05). Varikoselektomi öyküsü olmayan, diğer risk faktörlerini taşımayan 290 normospermik hasta incelendiğinde; VKİ artışı ile varikosel oranında azalma olduğu gözlense de istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,376).

SONUÇ: Bu çalışma, obezitenin erkek fertilitesi üzerindeki gerçek etkilerini değerlendiren ilk kapsamlı çalışmadır. İnfertilite açısından diğer risk faktörlerini taşımayan izole gruplarda bile, obez erkeklerde anlamlı olarak daha düşük total testosteron düzeyini gözlemledik.

Tablo 1

Variable		Group 1 (Non-obese)	Group 2 (Overweight)	Group 3 (Obese)	Total
Risk factors included		BMI <25 kg/m²	BMI 25-29 kg/m²	BMI ≥30 kg/m²	
Normospermia	Samples (n)	n: 141 (50,53 %)	n: 68 (24,39 %)	n: 70 (25,08 %)	n: 279 (100 %)
		Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	p
Age	280	35,00 (30,00 - 39,00)[a]	40,00 (37,00 - 46,00)[b]	42,00 (36,25 - 46,00)[b]	*0,000[c]
Right testicular volume	280	20,00 (18,00 - 20,00)	20,00 (17,00 - 20,00)	20,00 (20,00 - 20,00)	0,271[c]
Left testicular volume	280	20,00 (18,00 - 20,00)	20,00 (18,00 - 20,00)	20,00 (20,00 - 20,00)	0,234[c]
Semen volume (ml)	280	2,40 (2,00 - 3,40)	2,80 (2,30 - 3,70)	3,10 (2,00 - 4,20)	0,260[c]
FSH (mIU/ml)	280	3,7 (2,9 - 5,0)	3,6 (2,9 - 5,0)	3,7 (2,9 - 5,0)	0,939[c]
LH(mIU/ml)	280	3,9 (3,0 - 5,2)	3,8 (3,0 - 5,2)	3,9 (3,0 - 5,2)	0,939[c]
Total testosterone (ng/dL)	280	398,00 (300,00 - 530,00)[a]	394,00 (300,00 - 500,00)[a]	366,00 (280,00 - 460,00)[b]	0,004[c]
Prolactin (ng/mL)	280	8,97 (7,00 - 12,00)	9,30 (7,00 - 12,00)	9,00 (6,00 - 13,00)	0,367[c]
Inhibin (pg/mL)	280	58,00 (32,00 - 82,00)	55,00 (32,75 - 82,00)	56,00 (35,00 - 84,00)	0,910[c]
Testosterone / Estradiol ratio	280	12,28 (7,69 - 18,90)	11,49 (7,20 - 19,61)	9,62 (6,10 - 18,75)	0,002[c]
Severe Oligospermia	Samples (n)	n: 130 (46,43 %)	n: 57 (20,36 %)	n: 93 (33,21 %)	n: 280 (100 %)
		Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	p
Age	280	39,00 (30,00 - 52,00)[a]	39,00 (28,00 - 51,00)[a]	46,00 (32,00 - 56,00)[b]	*0,000[c]
Right testicular volume	280	16,00 (12,00 - 18,00)	16,00 (14,00 - 20,00)	16,00 (14,00 - 20,00)	0,004[c]
Left testicular volume	280	14,00 (12,00 - 16,00)	14,00 (12,00 - 20,00)	14,00 (14,00 - 20,00)	0,004[c]
Semen volume (ml)	280	1,70 (1,00 - 4,10)	1,80 (1,00 - 3,80)	1,90 (1,30 - 4,40)	0,610[c]
Sperm concentration (mil/ml)[a] (mil)	280	1,40 (0,40 - 2,80)	1,40 (0,40 - 3,10)	1,30 (0,40 - 3,80)	0,980[c]
Total sperm count (mil)[a]	280	4,10 (1,20 - 9,70)	3,00 (1,05 - 9,57)	4,00 (1,25 - 7,00)	0,860[c]
Progressive motility (%)	280	20,00 (10,00 - 28,00)	20,00 (10,00 - 28,75)	22,00 (10,00 - 28,00)	0,969[c]
Total progressive motile sperm (mil)[a]	280	0,90 (0,27 - 2,49)	0,67 (0,30 - 3,83)	0,89 (0,32 - 2,02)	0,980[c]
FSH (mIU/ml)	280	8,00 (5,70 - 12,10)	8,30 (5,60 - 12,28)	9,60 (5,60 - 9,00)	0,860[c]
LH(mIU/ml)	280	4,68 (3,40 - 6,89)	4,67 (3,68 - 6,80)	5,39 (3,69 - 6,80)	0,613[c]
Total testosterone (ng/dL)	280	443,70 (346,20 - 621,70)[a]	405,45 (287,19 - 546,70)[a]	368,50 (279,00 - 497,00)[b]	*0,007[c]
Prolactin (ng/mL)	280	8,70 (5,70 - 12,00)	9,80 (6,12 - 12,00)	8,32 (6,70 - 10,00)	0,800[c]
Inhibin (pg/mL)	280	29,20 (21,07 - 45,57)	31,30 (18,75 - 45,32)	31,30 (20,60 - 40,90)	0,620[c]
Testosterone / Estradiol ratio	280	16,23 (10,00 - 23,00)[a]	14,32 (8,17 - 23,10)[a]	12,00 (7,67 - 19,00)[b]	*0,000[c]
Oligospermia	Samples (n)	n: 59 (37,42 %)	n: 46 (29,16 %)	n: 53 (33,57 %)	n: 158 (100 %)
		Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	p
Age	158	39,50 (35,00 - 51,00)	42,50 (38,00 - 46,00)	49,00 (37,00 - 55,00)	0,300[c]
Right testicular volume	158	18,00 (14,00 - 20,00)	18,00 (14,00 - 20,00)	20,00 (20,00 - 20,00)	0,817[c]
Left testicular volume	158	18,00 (14,00 - 20,00)	18,00 (14,00 - 20,00)	16,00 (14,00 - 20,00)	0,537[c]
Semen volume (ml)	158	2,70 (2,00 - 3,70)	2,80 (2,00 - 3,70)	3,00 (2,10 - 3,40)	0,240[c]
Sperm concentration (mil/ml)[a] (mil)	158	10,00 (5,52 - 15,00)	9,00 (6,10 - 15,75)	9,00 (5,00 - 10,00)	0,535[c]
Total sperm count (mil)[a]	158	19,00 (10,12 - 46,00)	26,00 (10,62 - 50,00)	23,00 (17,00 - 56,00)	0,060[c]
Progressive motility (%)	158	20,00 (10,00 - 31,00)	20,00 (10,00 - 37,00)	20,00 (10,00 - 35,00)	0,630[c]
Total progressive motile sperm (mil)[a]	158	2,00 (0,72 - 10,00)	5,00 (1,67 - 8,90)	5,00 (1,00 - 9,00)	0,560[c]
FSH (mIU/ml)	158	4,30 (2,80 - 6,10)	4,40 (2,70 - 9,00)	5,10 (3,40 - 6,10)	0,601[c]
LH(mIU/ml)	158	4,40 (3,00 - 6,01)	5,00 (3,60 - 7,01)	4,90 (3,77 - 5,80)	0,400[c]
Total testosterone (ng/dL)	158	411,40 (304,50 - 441,20)[a]	364,00 (266,00 - 497,50)[a]	406,00 (266,50 - 500,00)[a]	*0,001[c]
Prolactin (ng/mL)	158	10,00 (5,18 - 12,80)	9,80 (6,80 - 12,38)	8,70 (5,70 - 12,00)	0,212[c]
Inhibin (pg/mL)	158	34,30 (23,40 - 48,62)	35,20 (20,20 - 59,00)	29,00 (20,60 - 42,00)	0,462[c]
Testosterone / Estradiol ratio	158	14,62 (10,39 - 21,00)	13,08 (6,29 - 19,97)	10,60 (6,76 - 19,10)	0,032[c]
Azoospermia	Samples (n)	n: 32 (38,10 %)	n: 18 (21,43 %)	n: 34 (40,48 %)	n: 84 (100 %)
		Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	p
Age	84	39,50 (37,50 - 51,00)	51,50 (37,00 - 56,00)	51,50 (36,00 - 56,25)	0,110[c]
Right testicular volume	84	20,00 (18,00 - 21,00)	20,00 (18,00 - 22,00)	20,00 (20,00 - 20,00)	0,110[c]
Left testicular volume	84	18,00 (16,00 - 22,00)	20,00 (18,00 - 22,00)	20,00 (16,00 - 20,00)	0,240[c]
Semen volume (ml)	84	2,40 (2,00 - 3,30)	2,60 (1,80 - 3,40)	1,90 (1,80 - 3,40)	0,440[c]
Sperm concentration (mil/ml)[a] (mil)	84	50,00 (23,12 - 75,00)	50,00 (28,25 - 52,00)	50,00 (23,75 - 58,00)	0,817[c]
Total sperm count (mil)[a]	84	67,00 (42,40 - 125,00)	89,00 (46,25 - 109,00)	90,00 (54,00 - 136,00)	0,917[c]
Progressive motility (%)	84	30,00 (20,00 - 38,00)[a]	32,00 (20,00 - 40,00)[a]	40,00 (22,25 - 56,00)[b]	*0,039[c]
Total progressive motile sperm (mil)[a]	84	19,00 (12,00 - 42,00)	28,15 (16,00 - 49,12)	27,17 (12,00 - 40,00)	0,510[c]
FSH (mIU/ml)	84	5,20 (3,52 - 5,30)	5,40 (3,67 - 8,06)	5,60 (2,88 - 5,52)	0,600[c]
LH(mIU/ml)	84	3,78 (3,34 - 5,47)	4,70 (3,44 - 5,10)	3,78 (2,44 - 4,40)	0,170[c]
Total testosterone (ng/dL)	84	388,25 (267,20 - 488,30)[a]	396,00 (285,00 - 348,00)[a]	396,00 (287,20 - 487,50)[a]	*0,001[c]
Prolactin (ng/mL)	84	7,92 (5,21 - 10,46)[a]	8,07 (5,50 - 10,00)[a]	5,98 (2,55 - 11,50)[b]	*0,014[c]
Inhibin (pg/mL)	84	32,30 (22,75 - 43,00)	32,30 (22,38 - 39,98)	29,20 (22,10 - 39,27)	0,520[c]
Testosterone / Estradiol ratio	84	12,03 (9,68 - 18,01)[a]	12,50 (8,28 - 18,30)[a]	10,70 (5,69 - 13,10)[b]	*0,000[c]
All population	Samples (n)	n: 480 (42,34 %)	n: 249 (21,97 %)	n: 405 (35,73 %)	n: 1134 (100 %)
		Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	Median (25th - 75th percentile)	p
Age	1134	38,00 (30,00 - 51,00)[a]	40,00 (30,00 - 50,00)[a]	45,00 (33,00 - 55,00)[b]	*0,000[c]
Right testicular volume	1134	18,00 (12,00 - 20,00)[a]	18,00 (14,00 - 22,00)[b]	18,00 (14,00 - 22,00)[b]	*0,000[c]
Left testicular volume	1134	18,00 (12,00 - 20,00)[a]	18,00 (14,00 - 20,00)[b]	18,00 (14,00 - 20,00)[b]	*0,000[c]
Semen volume (ml)	1134	2,40 (2,00 - 3,30)	2,60 (1,80 - 3,00)	2,60 (1,80 - 3,80)	0,810[c]
Sperm concentration (mil/ml)[a] (mil)	1134	6,00 (0,40 - 21,00)	4,00 (0,60 - 24,00)	3,00 (0,30 - 24,00)	0,510[c]
Total sperm count (mil)[a]	1134	7,00 (0,80 - 89,00)	32,75 (3,00 - 87,00)	30,00 (3,10 - 13,00)	0,380[c]
Progressive motility (%)	1134	10,00 (0,00 - 30,50)	10,00 (0,00 - 31,00)	10,00 (0,00 - 31,00)	0,510[c]
Total progressive motile sperm (mil)[a]	1134	1,00 (0,00 - 15,00)	1,50 (0,00 - 18,00)	2,42 (0,00 - 14,00)	0,100[c]
FSH (mIU/ml)	1134	5,70 (3,10 - 12,00)	5,90 (3,77 - 10,12)	6,90 (3,90 - 9,80)	0,230[c]
LH(mIU/ml)	1134	4,00 (3,00 - 5,41)	4,07 (3,00 - 5,47)	4,77 (3,00 - 5,70)	0,070[c]
Total testosterone (ng/dL)	1134	443,10 (333,50 - 621,00)[a]	396,00 (290,00 - 520,00)[b]	395,10 (292,00 - 485,70)[b]	*0,000[c]
Prolactin (ng/mL)	1134	8,50 (5,90 - 11,90)	9,30 (6,01 - 10,72)	8,00 (5,00 - 11,42)	0,104[c]
Inhibin (pg/mL)	1134	32,00 (22,00 - 44,71)	32,75 (22,20 - 46,79)	30,21 (20,60 - 40,21)	0,121[c]
Testosterone / Estradiol ratio	1134	13,44 (9,00 - 22,00)[a]	13,10 (8,70 - 19,00)[b]	11,10 (7,00 - 19,00)[b]	*0,000[c]

[a] Number with * (p < 0,05) (There is a significant difference between groups)
[b] Group, with statistically significant difference are shown in different letters.
[c] The group with no statistically significant difference from the other two groups.

There is no statistical difference between the groups indicated by the same letter.

VKİ dışında risk faktörü taşımayan infertil erkeklerde, tüm popülasyonun ve alt grupların analiz bulguları

OP-04

İNFERTİL 46 XX ERKEK FENOTİPLİ OLGUYA KLİNİK, ENDOKRİNOLOJİK VE GENETİK YAKLAŞIM

Ali Çift, Mehmet Özgür Yücel
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Adıyaman

46,XX testiküler bozukluk, ilk olarak de la Chapelle ve arkadaşları tarafından 1964 yılında 'XX Erkek Sendromu' olarak adlandırılmış ve bu sendrom 2005 yılında ise "46,XX testiküler bozukluk" olarak yeniden tanımlanmıştır. 46,XX testiküler bozukluğunun prevelansı, yaklaşık 1/20.000-1/25.000 erkek doğumdur.

46,XX testiküler bozukluk, 46,XX karyotipine sahip erkeklerde görülen normal genital yapıdan ambiguus genitalyaya kadar uzanabilen genital yapı ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojik mekanizma Y kromozomunun bir parçasının X kromozomuna translokasyonu olarak bildirilmektedir. Hastalığın tanısı klinik, endokrinolojik, özellikle sitogenetik ve moleküler genetik test bulgularına göre konulmaktadır. Endokrinolojik tanıda testiküler yetmezliğe bağlı sekonder gelişen hipergonadotropik hipogonadizm sık görülür. Çoğu vakalarda 46,SRY-pozitif XX erkeklerde normal genital yapı gözükmesine rağmen, SRY-negatif XX erkek bireylerde çoğunlukla ambigius genitalya gözükmektedir. Fakat az sayıda olsa da SRY- pozitif XX erkeklerde de ambigius genitalya rastlanmaktadır. Bu çalışmada fenotipi yetişkin erkek olan, primer infertilite ile başvuran, 46,XX testiküler bozukluk tanısı almış hastanın klinik, endokrinolojik, sitogenetik ve moleküler genetik test bulgularına göre hastalığının karakterize edilmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 29 yaşında erkek hasta, 5 yıldır primer infertilite nedeniyle üroloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede her iki testisin boyutları normalin altında ve yumuşak saptandı. Jinekomasti ve ambigius genitale ve ek patoloji saptanmadı. Labarotuvar bulguları total ve serbest testosteron seviyeleri düşük, FSH ve LH düzeyleri yüksek (hipergonadotropik hipogonadizm), 2 kez yapılan semen analizinde azoospermi saptandı.

Azoospermisi olan hasta genetik değerlendirme ile periferik kandan kromozom analizi ve Y kromozomu mikrodelesyonu ile değerlendirildi. Alınan periferik kan örneklerinden lenfosit kültürü yapılarak rutin kromozom eldesi ve GTG bantlama yöntemleri uygulanarak kromozom analizi yapıldı. Elde edilen 450-500 bant çözünürlükteki metafaz plaklarının incelenmesi sonucunda hastada 46,XX erkek karyotipi saptandı. SRY FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) Analizi ile SRY'nin hangi kormozom üzerinde olduğuna bakıldı ve hastada X kromozomu üzerinde SRY gen bölgesinin varlığı FISH ile ortaya kondu.

Y mikrodelesyonu taraması amacıyla Periferik kandan izole edilen DNA örneğinde, aşağıda görülen AZF-A, AZF-B ve AZF-C bölgelerine ait toplam 25 gen lokusü mültipleks Polimeraz Chain Reaction (PCR) tekniği ile incelendi: SY14 SRY, SY81A, SY82A, SY83A, SY84A, SY86A SY87A, SY88A, SY128A, SY121B, SY124B, SY127B, SY128B, SY130B, SY133B, SY134B, SY135B, SY143B, SY145C, SY152C, SY157C, SY158C, SY254C, SY255C, SY160Y Het. Y kromozomu AZF-A, AZF-B ve AZF-C gen bölgelerinde Y mikrodelesyonu saptandı.

Sonuç olarak, infertilite nedeniyle üroloji polikliniğine başvuran ve azoospermi saptanan hastalarda, hastaya daha iyi bir genetik danışmanlık verilebilmesi için vakanın moleküler düzeydeki genetik testler ile tanımlanması gerekir. Bunun için hastanın kan ve DNA örneklerinde rutin kromozomal karyotip, SRY FISH analizi ve Y kromozomu mikrodelesyonu gibi moleküler testlerin mutlaka yaptırılması gerekmektedir. 46,XX testiküler yetmezliği olan bu gibi azoospermik hastalara testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) operasyonu yapılsa bile sperm bulunamayacağı anlatılmalıdır. Eğer hastalardan testis biyopsisi alınırsa spermatogenezin olmadığı ve biyopsi materyalinde sadece Sertoli hücreleri ile Leydig hücrelerinin olacağı anlatılmalıdır. Test sonuçlarına göre ailenin genetik danışma alması ve hastaların çeşitli poliklinik veya merkezlere yönlendirilmesi uygun olur.

OP-05

ORAL 5ALFA REDÜKTAZ İNHİBİTÖRLERİNİN RAT MODELİNDE PENİL İNTRAKAVERNOZAL BASINÇLAR VE PENİL MORFOLOJİ ÜZERİNE ETKİSİ

Şahin Kılıç[1], Engin Kölükcü[2], Fikret Erdemir[3], İsmail Benli[4], Akgül Arıcı[5]
[1]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muğla
[2]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Tokat
[3]Gaziosmanpaşa Üniversite Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Tokat
[4]Gaziosmanpaşa Üniversite Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Tokat
[5]Gaziosmanpaşa Üniversite Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

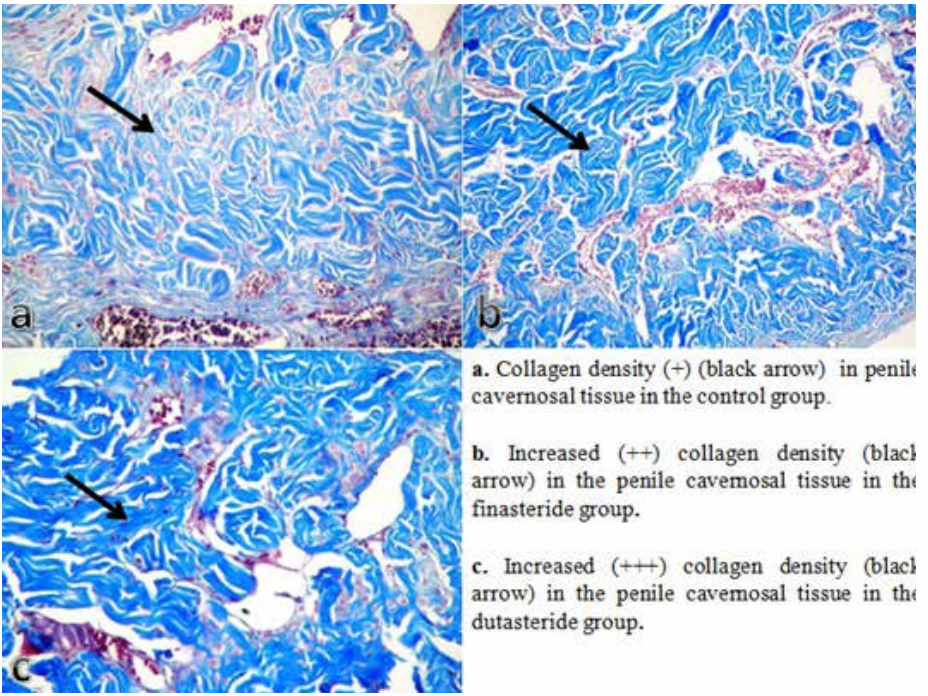
GİRİŞ: Benign prostat hiperplazisi (BPH) ve erektil disfonksiyon (ED), 50 yaş üzeri erkeklerin %50'sinden fazlasını etkileyen ürolojik patolojilerdir. Klinik çalışmalarda BPH tedavisinde kullanılan 5-alfa redüktaz inhibitörlerinin (5ARİ) %0.815.8 oranlarında ED'ye neden olduğu bildirilmektedir. Ancak deneysel hayvan çalışmalarının sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Çalışmamızda rat modeli kullanılarak, 5ARİ tedavisine ilişkin ED mekanizmalarının araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Otuz adet Wistar Albino türü erkek rat kontrol (n=10), finasterid (4.5 mg/kg/gün oral gavaj ile, n=10) ve dutasterid (0.5 mg/gün oral gavaj ile, n=10) gruplarına randomize edildi. İki aylık tedavi sonrası tüm ratlarda elektriksel kavernozal sinir stimülasyonu ile elde edilen erektil yanıtlar esnasındaki intrakavernozal basınç değişimleri ölçüldü. Santral venöz kan alınarak luteinizan hormon (LH), folikül stimülan hormon (FSH), total testosteron (T) ve dihidrotestosteron (DHT) düzeyleri çalışıldı. Takiben tüm ratlara prostatektomi ve penektomi yapıldı. Dokular histopatolojik olarak incelendi.

BULGULAR: Kavernozal sinir elektrik stimülasyonuna verilen erektil yanıtlar, finasterid ve dutasterid gruplarında kontrol grubuna göre azalmış izlendi. Standart sapmadaki yükseklik nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmedi. Serum T konsantrasyonları tedavi gruplarında yüksek idi. Tüm gruplar arasında serum DHT, LH ve FSH konsantrasyonları açısından anlamlı fark saptanmadı. İmmünohistokimyasal çalışmalar sonucunda tedavi gruplarında (dutasterid grubunda daha belirgin olmak üzere) kavernozal dokularda artmış kollajen birikimi ve prostat epitelyal dokularda belirgin atrofik değişiklikler izlendi.

SONUÇ: 5ARİ'nin prostat epitelyal dokularda belirgin atrofik değişikliklere ve penil kavernozal dokularda belirgin kollajen birikimine neden olmasına ilave olarak, penil kavernozal basınçlar üzerine istatistiksel olarak anlamlı olmasada olumsuz etkisi olduğu görüldü. 5ARİ'ler BPH tedavisinde oldukça etkili ilaçlar olmasına rağmen, rat kavernozal doku çalışmalarında gösterildiği kadarıyla, erektil fonksiyon üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptirler. 5ARİ'nin yan etki profillerinin, yaptıkları doku değişikliklerinin ve kavernozal basınç üzerine etkilerinin daha net ortaya konulabilmesi için gelecekte geniş olgu sayısına sahip prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Tüm grupların penil kavernozal dokularındaki kollajen yoğunluğu (mavi boyalı alanlar) (MT x 400)



a. Collagen density (+) (black arrow) in penile cavernosal tissue in the control group.

b. Increased (++) collagen density (black arrow) in the penile cavernosal tissue in the finasteride group.

c. Increased (+++) collagen density (black arrow) in the penile cavernosal tissue in the dutasteride group.

Her bir voltajda kavernozal sinir elektrik stimülasyonu için maksimum intrakavernozal basınç değişimi ortalamaları

	Kontrol Grubu (mmHg) (n=10)	Finasterid Grubu (mmHg) (n=10)	Dutasterid Grubu (mmHg) (n=10)	p*
Ölçüm 2.5V	8.05±14.58	2.86±3.97	2.06±2.85	0.278
Ölçüm 5V	25.70±30.30	15.07±15.08b	15.15±13.21d	0.438
Ölçüm 7.5V	62.17±30.89a	35.27±31.94c	36.01±19.20e	0.066
p**	<0,001	<0,001	<0,001	

Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi Grup: p=0.104; Zaman: p<0.001; GrupxZaman: p=0.168 *Tek Yönlü Varyans Analizi **Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi a Ölçüm 2.5V ve Ölçüm 5V ile arasında anlamlı ilişki bulundu. b Ölçüm 2.5V ile arasında anlamlı ilişki bulundu. c Ölçüm 2.5V ve Ölçüm 5V ile arasında anlamlı ilişki bulundu. d Ölçüm 2.5V ile arasında anlamlı ilişki bulundu. e Ölçüm 2.5V ve Ölçüm 5V ile arasında anlamlı ilişki bulundu.

OP-06

MİKROSKOBİK İNGÜİNAL VE SUBİNGÜİNAL VARİKOSELEKTOMİNİN ETKİNLİK VE GÜVENİRLİLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Şaban Oğuz Demirdöğen, Ahmet Emre Cinislioğlu, Mehmet Sefa Altay, Şenol Adanur, Özkan Polat, İsa Özbey
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu çalışmada mikroskobik ingüinal ve subingüinal varikoselektomi operasyonlarını etkinlik-güvenirlilik açısından karşılaştırmayı amaçladık

MATERYAL-METOD: Bu çalışmada 2002 Ocak ayından 2018 yılı Ocak ayına kadar olan olgular retrospektif ve prospektif olarak değerlendirilmiştir. 2015 Aralık ayına kadar olan olguların dosyaları retrospektif olarak, 2016 Ocak ayından itibaren ise prospektif olarak planlanmıştır. Tüm hastalarda varikosel tanısı fizik muayene ile konulmuş, tanıyı zorlaştıran durumlarda radyolojik görüntülemelere başvurulmuştur. Çalışmamızda evli infertil olgularda operasyon süresi, bağlanan ven sayısı, korunan arter sayısı, postoperatif ağrı skorları(visual analoge scale=VAS),hasta memnuniyeti, cerrah memnuniyeti, sperm parametrelerindeki değişiklikler, testis kıvamı, gebelik oranları, hidrosel,testiküler atrofi,varikosel nüksü gibi komplikasyonlar karşılaştırılmıştır. Çocuk ve adölesanlarda gebelik ve sperm parametrelerine bakılamadığından bu olgular testis hipotrofisi ve postoperatif catch-up fenomeni açısından karşılaştırılmıştır. Hipotrofi etiyolojisinde karışıklık yaşanmaması için orşiopeksi ve inguinal herniotomi operasyonu geçiren hastalar çalışma dışı bırakılmışlardır. Evli olmayan erişkinlerde ise, gebelik oranları bakılamayacağı için başarı oranı semen analizi ile karşılaştırılmıştır. Bir yıl süre ile 3 aylık aralarla hastalar kontrole çağrılmış ve yukarıda detaylı olarak bahsedilen parametreler açısından değerlendirilmişlerdir. Verilerin analizi ve heriki grup arasındaki parametrelerin karşlaştırılmasında SPSS 20 windows paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 149 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 136'sı erişkin grupta,13'ü adölesan grupta incelenmiştir. Erişkin hasta grubunda tüm hastaların yaş ortalaması 28,14(20-41) yıl olarak tespit edildi. Adölesan yaş grundaki hastaları yaş ortalaması 13,4(11-18)yıl olarak tespit edildi. Gruplar arası demografik verilerde anlamlı fark yoktu. Heriki grup karşılaştırıldığında hastanede yatış süreleri,semen parametreleri,hormonal değişimler,gebelik oranları ve komplikasyon oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.Mikroskobik subinguinal varikoselektomi grubunda operasyon süresi anlamlı derecede uzundu.Mikroskobik inguinal varikoselektomi grubunda daha az ven bağlandığı,daha az arter korunması gerektiği tespit edildi. Tüm hastalar değerlendirildiğinde postoperatif 4.saat ve 24.saatte Mikroskopik subinguinal varikoselektomi grubunda ağrı puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Adölesan gruptaki hastalarda testiküler catch-up büyüme oranı %38,4 olarak tespit edildi.

SONUÇ: Mikroskopik inguinal ve mikroskobik subinguinal varikoselektomi birbirinden farklı, birbirine karşı avantaj ve dezavantajları olan,etkin ve güvenli cerrahi yöntemlerdir.Etkinlik ve güvenirlilik oranları benzerdir.Bu konuda yapılacak yeni çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.

OP-07

OBEZİTENİN SEKS HORMONLARI VE SEMEN PARAMETRELERİNE ETKİSİ

Serdar Aykan, Mehmet Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Obezite tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir. WHO dünya genelinde en az 500 milyon kişinin obez olduğunu rapor etmiştir. Obezite ve ona bağlı sorunlar diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Aynı zamana dünya genelinde azalan sperm kalitesine paralel olarak erkek infertilitesinde de bir artış görülmektedir. Güncel literatür erkek obezitesi ile hipogonadizm arasındaki ilişkiyi ve obezitenin semen parametreleri üzerine olumsuz etkisini tam bir konsensüs olmasa da göstermektedir. Biz de çalışmamızda Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile seks hormonları ve semen parametreleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

MATERYAL-METOD: İnfertilite nedeni ile SBÜ Bağcılar SUAM Androloji laboratuvarında semen analizi yapılan 156 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların medikal hikayesi kayıt altına alınmış olup fizik muayene ve VKİ hesaplaması yapılmıştır. Semen analizi dışında kanda folikül stimüle edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH), prolaktin (PRL), ve total testosteron bakılmıştır. Alkolikler, ilaç bağımlıları, genital enfeksiyonu olanlar, genital anomalili hastalar ve varikosel tanısı olan hastalar çalışma dışı tutulmuştur. Semen incelemesinde 2-5 günlük cinsel ilişki perhizi uygulanmış ve örnek verildikten sonra 1 saat içinde inceleme yapılmıştır. Tüm parametreler hesaplanmış ve kayıt altına alınmıştır. Semen analizi 2010 WHO (Cooper et al.2010) kriterlerine göre tanımlanmıştır. VKİ hesaplaması standart formüle göre hesaplanmıştır (Vücut ağırlığı/ Boy2-kg/m2). VKİ değerlerine göre hastalar 3 gruba ayrılmıştır. VKİ>30 kg/m2 aşırı kilolu, VKİ=25-30 kg/m2 kilolu, VKİ<25 kg/m2 normal kilolu olarak tanımlanmıştır (WHO,2000). Gruplar arasında demografik özellikler, semen parametreleri ve seks hormon sonuçları istatistiksel olarak çalışılmıştır.

BULGULAR: 116 (% 74,35) hasta primer, 40 (% 25,64) hasta sekonder infertil olmak üzere 156 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalardan 53 (%33) tanesi normal VKİ sahip hasta (23,02±1,47), 61 (%40) tanesi kilolu guruba giren hasta (27,32±1,29) ve 42 (%27) tanesi aşırı kilolu hasta (32,74±1,82) olarak üç guruba ayrıldı Hastalar yaş olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,146). Grupların semen parametre değerleri karşılaştırıldı. Semen volümleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p= 0,268). Sperm sayısı, ileri progresif hareketliliği ve morfolojisi değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,035, p=0,003, p= 0,000). Grupların seks hormon değerleri karşılaştırıldı. FSH ve PRL değerleri açısından istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla p=0554, p=0,274). Buna karşın LH ve testesteron değerleri açısından guruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,007, p=0,006).

SONUÇ: İnfertil hastalar değerlendirilirken VKİ hesaba katılmalı ve obezitenin semen parametrelerini bozarak infertilitede etkili olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Erkeğe bağlı infertilite sebepleri multifaktöriyeldir. Obezite ve erkek infertilitesi arasındaki ilişkinin daha net anlaşılabilmesi için daha geniş hasta popülasyonunda, moleküler biyolojinin dahil olduğu (sperm DNA incelemesi vs.) kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo

		VKİ GÖRE GURUPLAR			P DEĞERİ
		NORMAL	KİLOLU	AŞIRI KİLOLU	
SAYI (n) (%)		53 (%33)	61 (%40)	42(%27)	>0,05
VKİ (mean±SD)		23,02±1,47	27,32±1,29	32,74±1,82	**0,002**
YAŞ (mean±SD)		28,73±6,31	32,24±6,55	32,14±5,30	0,146
İNFERTİLİTE TİPİ (n) (%)	PRİMER	39(%25)	45(%28,8)	32(%20,5)	>0,05
	SEKONDER	14(%8,9)	16(%10,2)	10(%6,41)	
İNFERTİLİTE SÜRESİ (YIL) (mean±SD)		2,02±1,15	2,90±1,69	3,34±1,51	**0,000**
FSH mIU/ml (mean±SD)		4,49±1,75	4,27±1,77	4,32±1,52	0,554
LH mIU/ml (mean±SD)		5,23±1,74	5,42±1,38	5,43±1,47	**0,007**
TESTESTERON ng/ml (mean±SD)		5,17±1,76	4,38±1,63	4,40±1,06	**0,006**
PRL ng/ml (mean±SD)		8,90±1,58	9,08±1,86	8,62±1,52	0,274
SEMEN VOLÜM ml (mean±SD)		3,22±1,43	3,07±1,75	2,80±0,90	0,268
SPERM SAYISI (n) mil/ml (mean±SD)		29,10±17,9	28,73±29,2	27,65±12,8	**0,035**
İLERİ HAREKETLİLİK (%)(mean±SD)		49,03±12,0	45,43±11,3	43,14±6,2	**0,003**
MORFOLOJİ (Kruger) (%)(mean±SD)		2,86±2,51	2,63±2,15	2,38±1,44	**0,000**

OP-08

ORAL İZOTRETİNOİN TEDAVİSİNİN SPERM PARAMETRELERİNİ GELİŞTİRİCİ ETKİSİ: PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Ercan Yuvanç[1], Serkan Demirkan[2], Mehmet Özavcı[1], Devrim Tuğlu[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Akne vulgaris genç yaş grubunun yaygın hastalıklarından biridir. Sistemik izotretinoin, aknenin tüm etiyopatojenik mekanizmalarına etki eden tek ilaçtır. İzotretinoinin bazı iyi bilinen yan etkileri vardır. Bunların yanı sıra, erkekte fertilite bozukluğa neden olup olmadığına dair bir şüphe vardır. İnfertil çiftlerin %40'ında erkek faktörü sorumludur ve bununda en yaygın nedeni sperm parametrelerinde bozukluktur. Son zamanlarda anormal sperm üretimine sahip erkeklerin testislerinde 13-cis-retinoik asit konsantrasyonları daha düşük saptandığından, infertilitesi olan erkeklerin, izotretinoin (13-cis-retinoik asit) ile tedavi edildiğinde sperm sayımlarında iyileşme olabileceği ön görülmektedir. Bu amaçla, sistemik izotretinoin tedavisinin sperm parametreleri üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

METODLAR: Mart 2017'den Şubat 2018'ye kadar, akne vulgaris nedeniyle 20-30 mg / gün dozunda sistemik izotretinoin verilen 18-25 yaşları arasında 72 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalardan tedavi başlangıcında ve tedavinin 3. ayında spermiyogram için numune vermeleri istendi.

SONUÇLAR: Hastaların yaş ortalaması 21±3.6 idi. 72 hastadan 11'inde başlangıç sperm parametreleri fertil sınırın altındaydı. Sperm parametreleri normal olan grupta ortalama sperm sayısı 2.3 (0.2, 6.9) milyon / mL'den 3.7 (2.0,11.0) milyon / mL'ye yükseldi ($p = 0.006$). Genel olarak, ejakülat başına ortalama toplam hareketli sperm sayısı 12 haftalık tedaviden sonra 2.1 (0.14, 5.5) milyon spermatozoadan 2.7 (0.28, 10.9) milyon spermatozoaya yükseldi ($p = 0.005$). Ortalama toplam hareketli sperm sayısı 1-10 milyon arasında olan 11 erkeğin başlangıçtaki toplam hareketli sperm sayı ortalaması 5.4 (2.1, 7.3) milyon spermatozoadan 8.5 (2.2, 15.2) milyon spermatozoa'ya yükseldi ($p <0.001$). Daha da ötesi, başlangıçta sperm sayısı düşük olan olgular (n=11) kendi içinde değerlendirildiğinde sperm morfolojisinde düzelme eğilimi izlendi ($p = 0.052$). Serum FSH, LH ve testesteron seviyeleri istatistiksel olarak değişmedi (sırasıyla, $p = 0.794$, $p = 0.788$, $p = 0.698$)

TARTIŞMA: İzotretinoin tedavisinin sperm analizi normal olan erkeklerde sperm sayısını ve hareketliliğini arttırdığı, sperm indeksi düşük olan erkeklerde ise buna ek olarak sperm morfolojisini de düzelttiği izlenmiştir. İnfertilitesi olan erkeklerde izotretinoin ile ilgili ek çalışmaların planlanması ve intratestiküler retinoik asit metabolizmasının daha iyi anlaşılması gerekmektedir.

TARTIŞMALI POSTER ÖZETLERİ

MP-01

EREKTİL DİSFONKSİYONLU HASTALARDA SERUM HEMOGRAM PARAMETRELERİ İLE PENİL RENKLİ DOPPLER ULTRASONOGRAFİ BULGULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurullah Hamidi[1], Bahri Gök[2], Erdem Koç[1], Ali Fuat Atmaca[2]
[1]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Son yıllarda serum hemogram parametreleri ile penil renkli Doppler Ultrasonografi (PRDU) bulgularına göre belirlenen erektil disfonksiyon etiyolojileri (arteriyel veya venöz yetmezlik) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yayınlanmıştır. Ancak mevcut çalışmalarda hasta sayısı oldukça düşüktür. Bu çalışmada 770 hastanın PRDU bulguları ile serum hemogram parametreleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ocak 2007- Mayıs 2017 tarihleri arasında erektil disfonksiyon (IIEF-5 skoru<22 veya IIEF-EF skoru<26) şikâyeti ile polikliniğimize başvuran hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar arasından PRDU incelemesi yapılan ve son 1 ay içerisinde tam kan sayımı değerleri bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Nörolojik hastalık ve pelvik cerrahi öyküsü, açlık kan şekeri>126 olan, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi veya serum testesteron düzeyi 8 nmol/L (231 ng/dL)'den düşük olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 770 hastanın yaş, serum hemogram (nötrofil, lenfosit, eozinofil, monosit, platelet) parametreleri, nötrofil-lenfosit oranı, platelet-lenfosit oranı, PRDU (pik sistolik akım hızı, diastol sonu hız) verileri kaydedildi. Herhangi bir kavernöz cisimde pik sistolik akım hızı değeri 25 cm/s'nin altında olan hastalar arteriyel yetmezlik, diastol sonu hız değeri 5cm/s'nin üzerinde olan hastalar ise venöz yetmezlik olarak kabul edildi. Hastaların ortalama yaşı, nötrofil, lenfosit, eozinofil, monosit, platelet sayıları, nötrofil-lenfosit ve platelet-lenfosit oranları sırasıyla 55±13 yıl, 4.89±1.9 ($x10^3$/uL), 2.44±2.7 ($x10^3$/uL), 0.18±0.12 ($x10^3$/uL), 0.61±0.31($x10^3$/uL), 234±62 ($x10^3$/uL), 2.46±1.66 ve 116±61 idi. Hastaların ortalama sağ pik sistolik akım hızı, sol pik sistolik akım hızı, sağ diastol sonu hızı ve sol diastol sonu hızı sırasıyla 46±23 cm/s, 45±21cm/s, 1.4±5.8 cm/s ve 1.3±6 cm/s idi. PRDU bulgularına göre; 530 (%68.9) hastada herhangi bir patolojik bulgu saptanmazken, 85 (%11) hastada arteriyel yetmezlik, 140 (%18.2) hastada venöz yetmezlik, 15 (%1.9) hastada ise hem arteriyel hem venöz yetmezlik saptandı. Hastalar PRDU bulgularına göre patoloji saptanan ve saptanmayan olmak üzere iki gruba ayrıldığında; her iki grup arasında serum hemogram parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (Resim 1). Hastalar PRDU bulgularına göre 4 alt gruba ayrılıp karşılaştırma yapıldığında; serum hemogram parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmediği belirlendi. Tüm alt grup karşılaştırmaları tablo 1'de ayrıntılı olarak verildi.

Sonuç olarak, serum hemogram parametrelerinin PRDU bulguları ile ilişkisinin olmadığı belirlendi.

Hastaların penil renkli Doppler Ultrasonografi bulgularına göre patoloji saptanan ve saptanmayan olmak üzere iki gruba ayrılıp karşılaştırılması

	PRDU'ya göre patoloji saptanmayan (n=530)	PRDU'ya göre patoloji saptanan (n=240)	*p* değeri (Student T test)
Yaş (yıl), Ortalama±SD	53±12	59±12	<0,001
Nötrofil (x10^3/uL), Ortalama±SD	4,86±1,88	4,95±2,1	0,55
Lenfosit (x10^3/uL), Ortalama±SD	2,43±2,84	2,47±2,5	0,84
Eozinofil (x10^3/uL), Ortalama±SD	0,18±0,13	0,19±0,12	0,4
Monosit (x10^3/uL), Ortalama±SD	0,6±0,26	0,64±0,4	0,07
Platelet (x10^3/uL), Ortalama±SD	236±64	230±57	0,2
Nötrofil-Lenfosit oranı	2,49±1,75	2,38±1,43	0,43
Platelet-Lenfosit oranı	117±63	111±56	0,18

Tablo 1. Penil renkli Doppler Ultrasonografi bulgularına göre 4 alt grubun karşılaştırılması

	PRDU'ya göre patoloji saptanmayan (n=530)	PRDU'ya göre arteriyel yetmezlik saptanan (n=85)	PRDU'ya göre venöz yetmezlik saptanan (n=140)	PRDU'ya göre hem arteriyel hem venöz yetmezlik saptanan (n=15)	p değeri (ANOVA test)
Yaş (yıl), Ortalama±SD	53±12	60±11	58±12	61±10	<0,001 (a)
Nötrofil (x10³/uL), Ortalama±SD	4,86±1,88	5,02±1,5	4,88±2,4	5,32±1,3	0,75
Lenfosit (x10³/uL), Ortalama±SD	2,43±2,84	2,37±1	2,51±3,1	2,53±0,8	0,98
Eozinofil (x10³/uL), Ortalama±SD	0,18±0,13	0,21±0,13	0,17±0,12	0,17±0,1	0,05
Monosit (x10³/uL), Ortalama±SD	0,6±0,26	0,62±0,2	0,66±0,48	0,56±0,22	0,18
Platelet (x10³/uL), Ortalama±SD	236±64	232±60	231±57	203±41	0,18
Nötrofil-Lenfosit oranı	2,49±1,75	2,54±1,4	2,32±1,44	2,57±1,5	0,72
Platelet-Lenfosit oranı	117±63	117±61	111±55	87±47	0,21
Sağ pik sistolik akım hızı (cm/s), Ortalama±SD	51±23	22±9	45±21	34±38	<0,001 (b)
Sol pik sistolik akım hızı (cm/s), Ortalama±SD	50±20	18±7	44±14	27±25	<0,001 (b)
Sağ diastol sonu hız (cm/s), Ortalama±SD	-0,2±5	1,8±4,2	7,1±6,1	6,4±3,8	<0,001 (c)
Sol diastol sonu hız (cm/s), Ortalama±SD	-0,3±5,5	1,4±2,8	6,9±5,3	6,9±6,4	<0,001 (c)

a.Post Hoc test (Bonferroni testi) ile PRDU'ya göre patoloji saptanmayan gruptaki hastaların ortalama yaşı diğer 3 gruba göre daha düşük b.Post Hoc test (Bonferroni testi) ile PRDU'ya göre patoloji saptanmayan ve PRDU'ya göre arteriyel yetmezlik saptanan gruptaki hastaların ortalama pik sistolik akım hızı değerleri PRDU'ya göre venöz yetmezlik saptanan gruptaki hastalara göre daha yüksek c.Post Hoc test (Bonferroni testi) ile PRDU'ya göre patoloji saptanmayan ve PRDU'ya göre arteriyel yetmezlik saptanan gruptaki hastaların ortalama diastol sonu hızı değerleri PRDU'ya göre venöz yetmezlik saptanan ve PRDU'ya göre hem arteriyel hem venöz yetmezlik saptanan gruptaki hastalara göre daha düşük

MP-03

TAMSULOSİN MONOTERAPİ İLE TAMSULOSİN VE DUTASTERİD KOMBİNASYON TEDAVİLERİNİN BPH NEDENLİ AKUT ÜRİNER RETANSİYONA OLAN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hasan Anıl Atalay, Lutfi Canat
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: BPH ile ilişkili primer akut üriner retansiyon (AUR) hastalarında Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) ile ilişkili cerrahinin göreceli riskini azaltmada kombinasyon tedavisinin mono-terapiden daha etkili olup olmadığını araştırmak.

YÖNTEM: Acil servise, BPH nedenli AUR için başvuran ve BPH belirtileri için herhangi bir tıbbi tedavi almayan toplam 152 hasta seçildi. Hastalar kateterizasyon sonrası başlanılan medikal tedaviye göre, Tamsulosin ve Kombinasyon grupları olarak iki gruba randomize edildi. Üretral kateterler 3. günün sonunda alındı ve mesaneyi tamamen boşaltabilen yâda 150 ml daha az rezidüel idrarı kalan 108 hasta hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar üç ay aralıklarla takip edildi. Takiplerinde; serum kreatinin, prostat-spesifik antijen, prostat hacmi, IPSS, maksimum idrar akış hızları ve trans- abdominal ultrason kullanılarak rezidüel idrar hacimleri ölçüldü. Hastalar 3 yıl takip edildi, AUR gelişen veya BPH nedeni ile cerrahi uygulanan hastalar takipten çıkartıldı. Akut üriner retansiyon oluşmasına etki eden faktörler lojistik regresyon testi ile araştırıldı ve iki grubun tıbbi tedavi etkinliği karşılaştırıldı.

BULGULAR: On iki hastada ilk üç ayda AUR oluşması nedeni ile takipten çıkartıldı. Doksan altı hasta takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 58, ortalama prostat hacmi 56 cc idi. Üçüncü yılın sonunda Tamsulosin grubunda 21 (% 50) ve Kombinasyon tedavisi grubunda 12 (% 58) hasta BPH nedeni ile ameliyat olmuştu ($p < 0.05$). Çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle, yüksek yaş ve daha büyük prostat hacminin BPH ile ilişkili daha yüksek cerrahiyle bağımsız olarak ilişkili olduğunu bulduk.

SONUÇ: Kombinasyon tedavisi, AUR veya BPH nedenli cerrahinin göreli riskini azaltmada Tamsulosin mon-terapisinden belirgin olarak daha üstün olarak bulundu. Ayrıca, analiz edilen tüm faktörler arasında yaş ve prostat hacmi BPH nedenli cerrahi ile en ilişkili faktörler olarak bulundu.

MP-04

TESTİS BİYOPSİSİ YAPILAN NON-OBSTRÜKTİF AZOOSPERMİLİ HASTALARDA TESTİKÜLER HİSTOLOJİ, HORMONLAR VE SPERM ELDESİ İLE GENETİK SONUÇLARIN KORELASYONU

Fuat Kızılay, Bülent Semerci, Barış Altay
Ege Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Non-obstrüktif azoospermili (NOA) hastalarda genetik analiz tipleri ve sıklığını incelemek ve hormon değerleri ve sperm elde etme oranları ile ilişkisini araştırmak.

METOD: Mart 2016 - Ocak 2018 arasında testis biyopsisi yapılan 276 hasta çalışmaya dahil edildi. Kromozom karyotip analizi, periferal kan kromozom G-bant yöntemi ile; azoospermik faktör (AZF) bölgesi Y kromozom mikrodelesyonu ise, 11 dizi-etiketli alanın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile gerçekleştirildi. Serum follikül-stimülan hormon, lüteinizan hormon, testosteron (T) ve skrotal ultrason verileri kaydedildi.

BULGULAR: 276 NOA hastasının %15.2'sinde kromozomal değişiklikler olduğu saptandı. 24 vakada seks kromozom anomalisi saptandı (19 Klinefelter sendromu [47, XXY] ve 5 mozaik olgu). Polimorfik kromozomal varyant insidansı %12.2'ydi. Toplamda, NOA hastalarının %16.3'ünde AZF mikrodelesyonu olduğu ve bunların içerisinde en sık AZF (c + d) olduğu saptandı. Hormon değerleri ve sperm elde etme oranları, testiküler histolojik tipler arasında anlamlı olarak farklı bulunurken, genetik değişiklikler için anlamlı bir farklılık bulunmadı.

SONUÇ: NOA hastalarında sitogenetik değişikliklerin sık rastlandığı sonucuna vardık. Bu nedenle, kromozom değişikliklerin ve AZF mikrodelesyonlarının taranması, testis biyopsisi olan NOA hastalarında genetik danışmanlık için yararlı bilgiler sağlayabilir ve yardımcı üreme yöntemleri ile genetik bozuklukların sonraki kuşaklara geçişini önleyebilir.

MP-05

ŞİDDETLİ OLİGOSPERMİK ERKEKLERDE EJAKULAT VE MİKROTESE İLE ELDE EDİLEN SPERMATOZOALARIN ÜREME SONUÇLARINA ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ali Kemal Uslubaş, Mustafa Yüksekkaya, Mehmet Esat Kösem, İbrahim Erkut Avcı, Seyfettin Çiftçi, Mustafa Melih Çulha
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Çalışmamızın amacı şiddetli oligospermik erkeklerde intrastoplazmik enjeksiyon (ICSI) öncesinde yapılan mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonunun (mikroTESE) etkinliğini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: ICSI öncesinde herhangi bir tedavi almayan şiddetli oligospermisi olan 112 hasta çalışmaya dahil edildi. Ejakulatta spermatozoa saptanan ve mikro TESE'yi kabul etmeyen 58 hastaya ICSI uygulandı (Grup 1). 54 hastaya mikroTESE uygulandı (Grup 2) ve bu hastalara testiküler spermatozolarla ICSI uygulandı. Hasta yaşı, partner yaşı, önceki gebelik sayısı, önceki canlı doğum sayısı ve ovaryan rezerv arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi. ICSI uygulanan hastalarda gebelik oranları ve canlı doğum başarısı esas parametreler olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Grup 1'de gebelik oranı %25,8 (15/58) ve canlı doğum oranı %22,4 (13/58) idi. Grup 2'deki hastaların tümünde başarılı testiküler sperm ekstraksiyonu yapıldı. Bu grupta gebelik oranı %42,5 (23/54) ve canlı doğum oranı %40,7 (22/54) idi. Üreme başarısına olan etkisi değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi (Tablo 1)($p<0,05$).

SONUÇ: Bulgularımıza göre, şiddetli oligospermisi olan hastalarda, ICSI öncesinde mikroTESE ile spermatozoa elde edilmesi oldukça etkin bir yöntemdir.

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	p
Gebelik (%)	15/58 (%25,8)	23/54 (%42,5)	<0,05
Canlı doğum (%)	13/58 (%22,4)	22/54 (%40,7)	<0,05

Tablo 1: Grup 1 ve Grup 2 ile elde edilen gebelik ve canlı doğum oranlarının karşılaştırılması.

MP-06

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI EREKTİL FONKSİYON AÇISINDAN ROBOTİK CERRAHİ İLE AÇIK CERRAHİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hacı İbrahim Çimen, Hacı Can Direk, Fikret Halis, Osman Köse, Ahmet Gökçe, Hasan Salih Sağlam
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Prostat kanseri (PCa) nedeniyle kliniğimizde radikal prostatektomi uygulanan vakaları erektil fonksiyon açısından değerlendirmek ve uygulanan cerrahi teknikleri karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ekim 2012 – Şubat 2018 yılları arasında kliniğimizde radikal prostatektomi operasyonu uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar uygulanan cerrahi tekniğe göre 2 gruba ayrıldı (Grup 1: açık, Grup 2: robotik). Erektil fonksiyonu değerlendirmek için hastalardan postoperatif 1.,6. ve 12. aylarda Uluslararası Erektil İşlev Formu – Erektil Fonksiyon (IIEF-EF) doldurması istendi. IIEF-EF skoru > 21 olan hastalar potent olarak kabul edildi. Gruplar postoperatif ereksiyon fonksiyonları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Ortalama hasta yaşı 64.6 ± 5.94, ortalama prostat spesifik antijen (PSA) değeri 10.9 ± 9.2 ng/dl olarak bulundu. Gruplar arasında yaş, PSA, preoperatif ve postoperatif gleason skoru, patolojik evre, nörovasküler demet korunma oranı, cerrahi sınır pozitiflik oranı ve preoperatif erektil fonksiyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1). Postoperatif potens oranı açısından açık ve robotik cerrahi arasında postoperatif 1.,6. ve 12. aylarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

SONUÇ: Robotik cerrahi ile ereksiyonun korunmasında açık cerrahi ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 1. Hasta karakterleri

		Açık (n:126)	Robotik (n:51)	P
Yaş, mean ± SD, yıl		64.4 ±5.66	65.1 ± 6.62	0.46
Diagnostik PSA, mean ± SD, ng/dl		11.4 ± 9.57	9.7 ± 8.48	0.26
BKİ, mean ± SD, kg/m2		28.5 ± 2	29.1 ±2.5	0.09
Preoperatif klinik evre, n, (%)	cT1	63 (%50)	24 (%47)	0.86
	cT2	63 (%50)	27 (%53)	
Preoperatif Gleason skoru, n, %	6	101 (%80,1)	36 (%70,6)	0.13
	7	16 (%12,6)	13 (%25,5)	
	8-10	9 (%7,3)	2 (%3,9)	
Postoperatif Gleason skoru, n, %	6	71 (%56,3)	25 (%50)	0.42
	7	38 (%30,1)	21 (%42)	
	8-10	17 (%13,6)	4 (%8)	
Patolojik evre, n, %	pT2	82 (%65)	33 (%66)	0.26
	pT3	44 (%35)	17 (%34)	
Cerrahi sınır durumu, n, %	Pozitif	35 (%27,8)	12 (%24)	0.60
	Negatif	91 (%72,2)	38 (%76)	
NVD korunma durumu, n, %	Korunmadı	7 (%5,6)	9 (%17,6)	0.87
	Tek taraflı	24 (%19)	2 (%3,9)	
	Çift taraflı	95 (%75,4)	40 (%78,4)	
Preoperatif potens durumu (IIEF-5 >21), n,%	Evet	80 (%63,4)	31 (%60,8)	0.89
	Hayır	46 (%36,6)	20 (%39,2)	
Postoperatif potens durumu (IIEF-5 > 21) 1. ay, n, %	Evet	80 (%63,4)	19 (%37,3)	0.48
	Hayır	46 (%36,6)	32 (%62,7)	
Postoperatif potens durumu (IIEF-5 > 21) 6. ay, n, %	Evet	47 (%37,9)	15 (%40,5)	0.77
	Hayır	77 (%62,1)	22 (%59,5)	
Postoperatif potens durumu (IIEF-5 > 21) 12. ay, n, %	Evet	59 (%53,2)	18 (%51,4)	0.63
	Hayır	52 (%46,8)	19 (%48,6)	

MP-07

ERKEK HASTALARDA HEMODİYALİZİN CİNSEL FONKSİYONA ETKİSİ

Murat Gül[1], Kamile Banu Diri[2]
[1]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray
[2]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

GİRİŞ: Kronik böbrek yetmezliği (KBY) her yıl artan insidansı ile önemli bir sağlık problemidir.Rutin hemodiyaliz kronik böbrek yetmezliği ile takip edilen hastalarda en çok tercih edilen tedavi yöntemlerinden birisidir. Her ne kadar hastalar diyaliz ile daha uzun hayat beklentisine sahip olsalar da erektil disfonksiyon gibi (ED) bazı başka sorunlar ortaya çıkabilir. Değişik çalışmalardan alınan bilgilere göre KBY hastalarında ED görülme sıklığı % 20-80 arasında değişmektedir. ED birçok faktöre bağlı olarak gelişebilir ancak hastaların hayat kalitesini düşürdüğü çok açık bir gerçektir. Biz bu nedenle bu çalışmada hemodiyalize giren erkek hastalarda seksüel fonksiyonlar üzerindeki değişiklikleri değerlendirdik.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmaya Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji ana bilim dalına başvuran 18 yaş üstü ve ilk defa HD alan seksüel aktif erkek hastalar dahil edildi. Hastalar ilk defa HD'e girmeden önce ve 6 ay sonra IIEF-5 skorlarına bakılarak değerlendirildi. Haftada üç kez olmak üzere en az altı ay diyalize girmeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

BULGULAR: 35 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 39.8 ± 9.1 'idi. Tablo 1 'de hastaların HD öncesi ve HD sonrası IIEF-5 sorgulamasının 5 alt-alanının değişimi gösterilmektedir. Buna göre 6 ay sonra HD alan hastalarda bütün alanlarda (erektil fonksiyon, orgazm, seksüel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin) istatiksel anlamlı değişiklik gözlenmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçlarına göre en az 6 ay HD alan seksüel aktif KBY'li hastalarda düzenli HD'nin seksüel fonksiyonu iyileştirdiği gözlenmiştir. Ancak bu çalışmada ED'ye yol açabilecek diğer faktörler göz ardı edildiğinden bu bulgular daha organize prospektif çalışmalar ile desteklenmelidir.

Tablo 1.

IIEF-5	Hemodiyaliz öncesi (n=35)	Hemodiyaliz sonrası (n=35)	p-değeri
Erektil fonksiyon	6.10 ± 11.3	7.42 ± 14.6	p <= 0.05
Orgazmik fonksiyon	1.94 ± 3.3	2.9 ± 6.80	p <= 0.05
Seksüel arzu	2.15 ± 5.80	3.40 ± 8.42	p <= 0.05
İlişki esnasında tatmin	2.22 ± 7.00	4.67 ± 9.56	p <= 0.05
Genel tatmin	1.88 ± 3.43	3.24 ± 5.26	p <= 0.05

HD öncesi ve 6 ay sonrası IIEF-5 sorgulamasının alt alanlarının kıyaslanması.

MP-08

İNFERTİL HASTALARDA D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ ARAŞTIRILMASI

Fatih Özkaya[1], Ahmet Emre Cinislioğlu[2], Azam Demirel[2]
[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzurum, Türkiye
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

GİRİŞ: WHO tanımına göre "herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan cinsel aktif eşlerin 1 yıl içinde gebeliğe ulaşamaması" na infertilite denir ve tıbbi, psikososyal ve ekonomik yönleri ile karmaşık bir bozukluktur. Erkek üreme sisteminde D vitaminin de önemli etkileri olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır. Bu etkiler kalsiyum üzerinden ve D vitamininin direkt etkisi ile gerçekleşmektedir. Bu konuyu aydınlatmak için çok sayıda hayvan çalışmaları ve sınırlı sayıda insan çalışmaları mevcuttur.

AMAÇ: Bu çalışmamızda özellikle güneş ışınlarına maruziyetin daha az olduğu bölgemiz başta olmak üzere infertilite nedenleri arasında D vitamini yetersizliği de akılda tutularak serum D vitamini düzeyi ölçümü ile infertilite ilişkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: 01.10.2014 ile 01.05.2015 tarihleri arasında infertilite nedeniyle başvuran 20-40 yaş arasında 103 hasta çalışma grubu, infertilite dışı nedenlerle başvuran 20-40 yaş arası fertil erkek hastalar ise kontrol grubu olarak çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya katılan tüm hastalardan ayrıntılı anamnez alındı, fizik muayeneleri yapıldı. Hastaların yaşı, evlilik süreleri, primer tanıları, ek hastalık varlığı sorgulandı, semen analizi yapıldı. Serum Testosteron, D vitamini, Ca (Kalsiyum), FSH ve LH düzeylerine 12 saat açlıktan sonra sabah saat 10:00 ile 12:00 arasında bakıldı.

BULGULAR: Çalışma ve kontrol grupları arasında demografik özellikler bakımından ve testosteron serum değerleri ortalaması açısından anlamlı fark yoktu. Çalışma grubunda D vitamini eksikliği 89 (%86,4) hastada tespit edilmişken kontrol grubunda ise 33 (%66) hastada D vitamin eksikliği belirlendi. Gruplar arasında D vitamin eksikliği oranları açısından anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$).

SONUÇ: D vitamininin erkek üreme sisteminde önemli fonksiyonları olduğu gösterilmiştir. D vitamini eksikliği tespit edilen hastalarda sperm parametreleri olumsuz etkilenmektedir ve vitamin replasmanı yapılmalıdır.

MP-11

LOKALİZE PROSTAT KANSERİNDE RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE CYBERKNİFE TEDAVİSİNİN EREKTİL DİSFONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ

Sacit Nuri Görgel, Yiğit Akın, Osman Köse, Serkan Özcan, Yüksel Yılmaz
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmada lokalize prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi veya cyberknife tedavisinin ereksiyon üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2013-2016 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle cyberknife tedavisi yapılan 32 hasta (Grup 1) ve radikal prostatektomi yapılan 33 hasta (Grup2) çalışmaya dahil edildi. Veriler retrospektif olarak analiz edildi. Her iki grup tedavi öncesi ve tedaviden 1 yıl sonra erektil disfonksiyon açısından karşılaştırıldı. Erektil fonksiyon IIEF skoru ile değerlendirildi.

BULGULAR: Tüm hastaların patolojik evresi T1N0M0 idi. Ortalama takip süresi 24,9±4,5 aydı. Her iki grubun yaş ortalaması, prostat hacmi, tedavi öncesi PSA değeri ve IIEF skoru arasında fark saptanmadı (p=0,083,p=0,625, p=0,402, p=0,266). Tedavi sonrası IIEF skoru grup 1 de anlamlı olarak yüksekti (p=0,001) (Tablo1). Tedavi sonrası PSA değeri grup 2 de anlamlı olarak düşüktü (p=0,002). Gleason skoru her iki grupta benzerdi.

SONUÇ: Cyberknife tedavisinin erektil fonksiyon açısından radikal prostatektomiden daha iyi olduğunu saptadık. Kısa dönem erektil fonksiyonu değerlendirilen bu çalışmanın uzun dönem onkolojik ve fonsiyonel sonuçlarla desteklenmesi gereklidir. Prospektif, randomize, uzun dönem takipli ve geniş hasta grubuyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Tedavi öncesi ve sonrası parametreler

	Tedavi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	p
Yaş	Cyberknife Radikal-p	32 33	67,9063 65,2424	8,63362 6,14426	1,52622 1,06958	0,083
Prostat boyutu	Cyberknife Radikal-p	32 33	47,1875 49,2121	12,88519 19,58756	2,27780 3,40976	0,625
İşlem öncesi PSA	Cyberknife Radikal-p	32 33	10,2641 8,8564	7,92011 5,32851	1,40009 ,92758	0,402
İşlem öncesi IIEF	Cyberknife Radikal-p	32 33	37,2500 39,2424	8,23055 5,93733	1,45497 1,03356	0,266
İşlem sonrası IEF	Cyberknife Radikal-p	32 33	34,4688 26,6970	7,68738 9,42896	1,35895 1,64137	0,001
İşlem sonrasıPSA	Cyberknife Radikal-p	32 33	,4733 ,0603	,53087 ,06883	,12513 ,10206	0,002

MP-12

KOLON KANSERİ NEDENİYLE ADJUVAN OKSALİPLATİN KEMOTERAPİSİ ALAN ERKEK HASTALARDA SAĞLIKLA İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEKLERİ

Ercan Yuvanç[1], Selim Yalçın[2], Mehmet Özavcı[1], Devrim Tuğlu[1], Erdal Yılmaz[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Kırıkkale

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, adjuvan oksaliplatin kemoterapisi alan evre II-III kolon kanseri hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, depresyon ve cinsel fonksiyonları ele almaktır.

GİRİŞ: Farmakolojik kanser tedavisine bağlı görülen yan etkiler etkin ilaç rejiminin verilememesi, hastaların yaşam kalitesini düşürmesi ve kemoterapinin sonlandırılmasına neden olabilmektedir.

METODLAR: Nisan 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında adjuvan oksaliplatin (FOLFOX) sonrası remisyonda en az 6 ay izlenen 55 seksüel aktif erkek kolon kanseri hastasını kapsayan prospektif kesitsel klinik bir çalışma planlandı. Hastalar kemoterapi öncesi ve sonrası 6. ayda doldurulan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi formu (HRQoL), Kısa Form 36 (SF 36), Avrupa Kanser Yaşam Kalitesi Araştırma ve Tedavi Kurumu (EORTC QLQ-C30) anketi, genel depresif durumu araştırmak için Beck Depresyon Envanteri, cinsel işlev durumu için Uluslararası Erektil İşlev Formu (IIEF) kullanılarak değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR: Hastalarda yaş aralığı 25-65 olarak ortaya çıkmıştır. SF-36 ölçeğinin en yüksek değeri fiziksel işlevsellik için ve en düşük SF-36 değerleri vitalite için elde edilmiştir. Hastaların yaşı ve Beck depresyon envanter skorları istatistiksel olarak toplam yaşam kalitesini önemli derecede etkiledi. Beck depresyon envanterindeki ortalama puanı 4.0 idi. % 58'i depresyon yok, %30 hafif depresif, %12 orta depresif olarak belirlendi. Yaş, depresyonun gelişimi için istatistiksel olarak önemli risk faktörüydü Tedavi öncesi dönem ile kemoterapi sonrası remisyondaki 6. ay sonuçları karşılaştırıldığında kolon kanserli hastaların cinsel istek ve genel memnuniyeti gösteren IIEF skorları hastalarda sırasıyla %54,7 ve %62,1'inde ciddi derecede azalmıştı. Hastalarda %42.8 oranında herhangi bir seviyede erektil disfonksiyon (hafif-orta-şiddetli) ve % 37.3 oranında ejakülasyon sorunları bildirilmiştir. Libido kaybı ise % 42.7 saptandı. IIEF-5 skorları (erektil fonksiyon, cinsel ilişki sıklığı, orgasm hissi, seksüel istek ve genel memnuniyet) oksaloplatin kemoterapisi sonrası anlamlı derecede düştü (15,2 +/- 8.3 8.5 +/- 3, 5.4 +/- 1.2 2.4 +/- 0.9, 4.8 +/- 1.9 3.4 +/- 0.9, 5.1 +/- 2.4 3.8 +/- 2, 5.1 +/- 1.2 3.5 +/- 1.3, sırasıyla; < 0.05). Oksaloplatin kemoterapisi sonrası cinsel işlev bozukluğunu etkileyen faktörlerin multipl regresyon analizinde 60 yaş üstü oluş ($P<0.001$), cinsel istek ($P = 0.017$), erektil fonksiyon ($P = 0.04$), cinsel ilişki memnuniyeti ($P = 0.013$), orgazm fonksiyonu ($P = 0.04$) cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen önemli faktörlerdi. Cinsel sorunların varlığı, SF-36 alanlarının puanlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede düşürdü.

TARTIŞMA: Kolon kanseri nedeniyle adjuvan oksaliplatin kemoterapi verilen hastalarda karşılaşılan cinsel sorunlar HRQoL, SF 36, EORTC QLQ ve Beck depresyon envanteri gibi sağlıkla ilgili sorgulama form skorlarını olumsuz yönde ciddi şekilde etkilemiştir. Hastaların cinsel fonksiyonlarının sorgulanması ve uygun tedavisi hasta psikolojisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem arz etmektedir.

MP-13

VASKÜLER KÖKENLİ EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİNDE YENİ BİR SEÇENEK OLARAK ANTİTROMBOSİTER (ASPİRİN) TEDAVİ

Zeki Bayraktar, Selami Albayrak
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

AMAÇ: Trombosit aktivitesi/Ortalama trombosit hacmi (MPV) yüksek vasküler kökenli erektil disfonksiyon (VED) hastalarında antitrombositer (aspirin) tedavinin etkinliğini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Yaşları 18-76 arasında VED tanısı alan toplam 184 hasta randomize edilerek iki gruba ayrıldı ve 6 hafta boyunca tedavi edildi [grup 1: 120 hasta (ortalama yaş 48.3), aspirin 100 mg / gün; Grup 2: 64 hasta (ortalama yaş 47.7), plasebo 100 mg / gün]. Her ki grupta tedavi öncesi ve sonrası Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeks (IIEF-EF) skorları ve Seksüel İlişki Profili'nin (SEP) 2. Ve 3. Sorusuna "evet" cevabı veren hasta sayısı tespit edilerek istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Bazal IIEF-EF skorları Grup 1 ve 2'de sırasıyla 14.1 ± 4.9 ve 14.3 ± 5.2 idi (p = 0.7966). SEP-2'ye "evet" cevabı veren hasta sayısı grup 1'de 62(% 51.6) ve Grup 2'de 32(%50) idi(p = 0.8366). SEP-3'e "evet" cevabı veren hasta sayısı grup 1'de 38 (% 31.6), grup 2'de 20 idi (% 31.2) p = 0.9557). Aspirin grubunda, IIEF-EF, SEP-2 ve SEP-3 skorlarında başlangıç ile sonuç arasındaki değişimler, sırasıyla 7.2, 36.6 ve 46.6 idi. Plasebo grubunda bu değişimler, sırasıyla 2.0, 9.4 ve 12.5 idi. Aspirin ile tedavi edilen hastalarda plasebo grubuna göre üç skorda da anlamlı artışlar görüldü (p <0.0001).

SONUÇ: Düşük doz aspirin VED'li erkeklerde EF kapasitesini anlamlı düzeyde artırmıştır. Antiplatelet tedavi trombosit aktivitesi yüksek VED'li hastalarda yeni bir tedavi seçeneği olabilir.

Tablo

All ED patients (N=184)	Aspirin (N=120)	Placebo (N=64)	P values
Age, years±SD	48.3±12.5	47.7±11.8	p=0.7523
IIEF-EF score; Baseline	14.1±4.9	14.3±5.2	p=0.7966
Post treatment	21.3±4.1	16.3±4.4	p<0.0001
Change in IIEF-EF	+7.2±4.4	+2.0±4.6	p<0.0001
	p<0.0001	p=0.0204	
"Yes" responses, SEP-2, n (%); Baseline	62 (51.6%)	32 (50%)	p=0.8366
Post treatment	106 (88.3%)	38 (59.3%)	p<0.0001
Change in SEP-2	44 (36.6%)	6 (9.4%)	p=0.0001
	p<0.0001	p=0.2925	
"Yes" responses, SEP-3, n (%); Baseline	38 (31.6%)	20 (31.2%)	p=0.9557
Post treatment	94 (78.3%)	28 (43.7%)	p<0.0001
Change in SEP-3	56 (46.6%)	8 (12.5%)	p<0.0001
	p<0.0001	p=0.1456	
Mild ED patients (n=86)	**n=56**	**n=30**	**P values**
Age, years±SD	41.6±9.3	40.9±8.7	p=0.7346
IIEF-EF score; Baseline	19.2±4.3	19.6±4.7	p=0.6916
Post treatment	27.1±4.4	22.9±4.8	p =0.0001
Change in IIEF-EF	7.9±4.3	3.3±4.6	p<0.0001
	p<0.0001	p=0.0093	
"Yes" responses, SEP-2, n (%); Baseline	34 (60.7%)	15 (50%)	p=0.3423
Post treatment	54 (96.4%)	17 (56.6%)	p<0.0001
Change in SEP-2	20 (35.7%)	2 (6.6%)	p=0.0034
	p<0.0001	p=0.6114	
"Yes" responses, SEP-3, n (%); Baseline	20 (35.7%)	12 (40%)	p=0.6959
Post treatment	50 (89.2%)	16 (53.3%)	p=0.0002
Change in SEP-3	30 (53.5%)	4 (13.3%)	p=0.0003
	p<0.0001	p=0.3059	
Moderate ED patients (n=62)	**n=40**	**n=22**	**P values**
Age, years±SD	46.2±10.4	45.7±11.3	p=0.8612
IIEF-EF score; Baseline score	14.6±4.4	14.6±4.5	p=1.000
Post treatment	24.7±4.5	16.6±4.6	p<0.0001
Change in IIEF score	10.1±4.2	2.0±4.5	p<0.0001
	p<0.0001	p=0.1523	
"Yes" responses, SEP-2, n (%); Baseline	19 (47.5%)	12 (54.5%)	p=0.6009
Post treatment	39 (97.5%)	15 (68.1%)	p=0.0011
Change in SEP-2	20 (50%)	3 (13.6%)	p=0.0049
	p<0.0001	p=0.3599	
"Yes" responses, SEP-3, n (%); Baseline	14 (35%)	6 (27.2%)	p=0.5328
Post treatment	37 (92.5%)	9 (40.9)	p<0.0001
Change in SEP-3	23 (57.5%)	3 (13.6%)	p=0.0009
	p<0.0001	p=0.3432	
Severe ED patients (n=42)	**n=24**	**n=12**	**P values**
Age, years±SD	57.1±8.9	56.5±9.3	p=0.8521
IIEF-EF score; Baseline score	8.7±2.4	8.9±2.3	p=0.8126
Post treatment	12.3±2.7	9.5±2.4	p=0.0046
Change in IIEF score	3.6±2.1	0.6±2.0	p=0.0002
	p<0.0001	p=0.5382	
"Yes" responses, SEP-2, n (%); Baseline	9 (37.5%)	5 (41.6%)	p=0.8145
Post treatment	13 (54.1%)	6 (50%)	p=0.8148
Change in SEP-2	4 (16.6%)	1 (8.3%)	p=0.5026
	p=0.2534	p=0.4672	
"Yes" responses, SEP-3, n (%); Baseline	4 (16.6%)	2 (16.6%)	p=1.000
Post treatment	7 (29.1%)	3 (25%)	p=0.7984
Change in SEP-3	3 (12.5%)	1 (8.3%)	p=0.7092
	p=0.3075	p=0.6860	

Tüm gruplarda tedavi ile IIEF-ED skorlarında ve SEP-2, SEP-3 oranlarında meydana gelen değişimler

MP-14

EREKTİL DİSFONKSİYON DERECESİ İLE ORTALAMA PLATELET HACMİ (MPV) VE D VİTAMİNİ SEVİYELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Gökhan Çulha, Hasan Anıl Atalay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Erektil disfonksiyon (ED) erkeklerde görülen en yaygın cinsel bozukluklardan biridir. Düşük D vitamini ve yüksek ortalama platelet volümü (MPV) seviyelerinin kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Henüz ED ile MPV ve D vitamini düzeylerinin ilişkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı ED ciddiyetine göre MPV ve D vitamini seviyeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD: Ekim 2015 ile Eylül 2017 tarihleri arasında ED şikâyeti ile Androloji Polikliniği'ne başvuran hastalar geriye yönelik incelendi. Diyabeti, hipertansiyonu, hiperlipidemisi malignitesi olan hastalar ve sigara içen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Erektil fonksiyon seviyelerini değerlendirmek amacı ile Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi- Erektil Fonksiyon (IIEF-EF) anketi kullanıldı. Bu skorlama sistemine göre hastalar 2 gruba ayrıldı. IIEF skoru:17-25 arası olanlar- hafif ED (Grup-1) ve IIEF skoru 16-0 arası olanlar- orta-ciddi ED (Grup-2). Hastaların kan örnekleri antekubital venden alınarak hemogram ve D vitamini düzeyleri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 90 hasta dahil edildi (Grup-1: n=41, Grup-2: n=49). Hastaların yaş ortalaması 41,07±8,56 ve vücut kitle endeksi (VKİ) ortalaması 27,59±3,91'di. Gruplar arası yaş ve VKİ açısından anlamlı farklılık bulunmamaktaydı (yaş için 39,20±8,51, 42,63±8,37; p=0,06, VKİ için27,23±3,62, 27,89±4,14; p=0,43). D vitamini seviyesinin grup-2 de istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (18,85±6,09; 13,98±7,10; p=0,001). MPV düzeylerinin ise grup-2 de istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (10,05±0,81; 10,78±1,16; p=0,001) (Tablo-1). IIEF-EF skorları ile D vitamini seviyeleri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (p=0,03; r=0,22). IIEF-EF skorları ile MPV arasında ve D vitamini ile MPV düzeyleri arasında negatif yönde korelasyon mevcuttu (IIEF-EF/MPV için p=0,003; r=-0,31, D vitamini/ MPV için p=0,04, r=-0,23). Lojistik regresyon analizinde D vitamini ve MPV, ED ciddiyeti açısından bağımsız bir risk faktörü olarak bulundu (D vitamini: OR=0,860; %95 CI [0,762-0,971], MPV: OR=2,074; %95 CI [1,024-4,202] (Tablo-2). ED ciddiyetini belirleyen D vitamini ve MPV düzeyleri için belirlenen ROC eğrisi altındaki alan sırasıyla 0,251 (%95 CI 0,124-0,782; p>0,05) ve 0,702 (%95 CI 0,508-0,847, p=0,02) bulunmuştur.

SONUÇ: ED ciddiyeti ile D vitamini seviyeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmakta ve MPV düzeyleri ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

MP-17

KETİAPİN TEDAVİSİNİN İLK DOZUNDA ORTAYA ÇIKAN PRİAPİZM: OLGU SUNUMU

Engin Kölükçü[1], Şahin Kılıç[2], Fikret Erdemir[3], Müberra Kulu[4], Serhat Koyuncu[5]
[1]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat
[2]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Muğla
[3]Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Tokat
[4]Tokat Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat
[5]Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi, Tokat

GİRİŞ: Cinsel uyaran olmaksızın 4 saatten uzun süren ereksiyon priapizm olarak tanımlanmaktadır. İnsidansı ortalama 1.5/100.000'dir. Priapizm patofizyolojik olarak iskemik düşük akımlı priapizm, iskemik olmayan yüksek akımlı priapizm, tekrarlayan aralıklı priapizm olarak 3 alt grupta incelenmektedir. Düşük akımlı priapizmde venooklüzyon ile doku iskemisi ve düz kas yapılarında uzamış ereksiyon oluşmaktadır. Başlıca nedenleri; hematolojik hastalıklar (hiperviskozite sendromu ile seyreden orak hücreli anemi gibi), metastaz yapmış malign tümörler, nörolojik hastalıklar, yağ embolisi (uzun kemik fraktürleri veya total parenteral nutrisyonun infüzyonu) ve farmakoloji ajanlar (papaverin, fentolamin, prostoglandin E1, fosfodiesteraz tip 5 enzim inhibitörleri, antihipertansifler, psikotropikler, antikoagülanlar) olarak sayılabilir. Bu çalışmada ketiapinin ilk dozunun neden olduğu priapizm olgusunun sunulması hedeflenmiştir.

OLGU: 27 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 9 saattir devam eden ağrılı rigit ereksiyon nedeni ile başvurdu. Alınan medikal öyküsünde psikiyatri polikliniğinde 1 gün önce bipolar bozukluk tanısıyla ketiapin 200 mg (Seroquel XR) başlanıldığı öğrenildi. Fizik muayenede tam rijit ağrılı penis izlendi. Hikayesinde ve fizik muayenesinde priapizme predispozan başka herhangi bir etiyolojik faktör saptanmadı. Korpus kavernosumdaki kanın 16 G kelebek iğne ile aspirasyonu yapıldı. Çalışılan kan gazı sonuçları (pH:7.12, pO2: 33,4 mmHg, pCO2: 63 mm Hg) iskemik priapizm ile uyumlu geldi. İğne ile aspirasyonu takiben intrakavernosal sempatomimetik (2 cc 1/100000 adrenalin) enjeksiyonu yapıldı ve detümesans sağlandı. Tedavi sonrası psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastanın tedavi modalitesi değiştirildi. Altı aylık takip süresince hastanın cinsel işlev bozukluğu olmadığı görüldü.

TARTIŞMA: Ketiapin, antihistaminerjik, antidopaminerjik ve antiadrenerjik etkileri olan atipik antipsikotik ajandır. Ketiapinin yüksek derecede α-1 adrenerjik blokaj ve α-2 antagonistik etkinliği olduğu bilinmekdir. Litaratür bilgileri ışında antipsikotik ajanlara bağlı priapizm geliştiği bilinmekte olup patofizyolojisi halen tam olarak açıklanamamıştır. Antipsikotiklerin adrenerjik α-1, α-2 reseptör blokajı etkileri ile düşük akımlı priapizme yol açtıkları düşünülmektedir. Atipik antipsikotikler psikiyatri polikliniklerinde son yıllarda giderek artan oranlarda reçete edilmektedirler. Artan kullanımla doğru orantılı olarak ilaca bağlı yan etkilerde daha sık izlenmektedir. Hekimlerin verilen tedaviden sonra doğabilecek yan etkiler konusunda daha dikkatli olarak hastalara gerekli bilgilendirilmelerin ayrıntılı bir biçimde yapılmasının son derece önemli olduğu kanaatindeyiz.

MP-18

PREPUBERTAL PENİL EĞRİLİK DÜZELTİLMESİNİN ADÖLESAN DÖNEM SONUÇLARI

Ünsal Özkuvancı[1], Yaşar Pazır[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı,İstanbul

AMAÇ: Penis fetal hayattan puberteye kadar gelişimine devam eder.Puberte ile birlikte hızlı bir büyüme gösteren penisin, çocuklukta yapılan penil rekonstrüksiyonu nasıl etkilediği bilinmemektedir. Eğrilik genellikle ventrale iken dorsal, lateral ve mikst olarak da görülebilir. Penil eğriliğin düzeltilmesi eğriliğin karşı tarafına yapılan kısaltma şeklinde yapılabildiği gibi eğrilik tarafının uzatılması şeklindede yapılabilir. Bu çeşitli plikasyon teknikleri, Nesbit tekniği ve çeşitli dokular ile greftleme şeklinde yapılabilir. Konjenital penil kurvatürde tunika albugineanın anormal gelişimi suçlanırken, hipospadiasda penil ventral defekt eğrilik den sorumludur.Hafif-orta derece (30˚- 45˚) penil eğrilik düzeltilmesinde minimal invazif tekniklerin (Basit tunikal plikasyon) tanımlanması ile eğrilik pediatrik ürologlar tarafından puberte öncesinde daha sık tedavi edilir hale gelmiştir. Ancak konjenital penil eğrilik düzeltilmesinin zamanlaması ve uygulanacak operatif teknik konusunda tartışmalar devam etmektedir. Çocuklarda penil eğrilik izole olabildiği gibi hipospadiasa eşlik edebilmektedir. Rekonstrüksiyon izole olgularda özellikle sünnete ek olarak yapılırken, hipospadiaslı olgularda düzeltmenin bir parçası olarak yapılmaktadır.

YÖNTEM-GEREÇLER: Basit Tunikal plikasyon yöntemi ile hafif-orta derece (30˚- 45˚) ventral eğriliği düzeltilen, hipospadiasla beraber olan yada olmayan, operasyon sırasında prepubertal olup, kontrolü yapılan dönemde postpubertal olan olgular retrospektif olarak belirlenip eğrilik açısından değerlendirildi. Plikasyon dışında bir teknikle opere edilenler, eğrilik derecesi > 45˚olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Değerlendirme için hastalardan penil ereksiyon sırasında üstten ve yandan çekilmiş fotoğraflar istendi. Fotoğraflar üzerinden eğrilik varsa derecesi ölçülerek preoperatif hali ile kıyaslandı.

BULGULAR: 1991-2015 tarihleri arasında bölümümüzde sünnet sırasında eğriliği basit tunikal plikasyon ile düzeltilen ortalama yaşı 9.7 yıl (6-13 yıl) olan 13 olgu ve hipospadiasla beraber olan eğriliği aynı şekilde basit tunikal plikasyon ile düzeltilen yaş ortalaması 2.2 yıl (1.2 -4.6 yıl) olan 13 olgu çalışmaya alındı. İlk grupta eğrilik ortalaması 39˚iken ikinci grupta 41˚idi. Grupların ortalama kontrol yaşları sırasıyla 16.7 yıl ve 16.2 yıl idi. Adölesan dönem kontrolde ilk grupta 6 olguda eğrilik 0˚-10˚ iken 7 olguda (%53.8) 30˚- 50˚eğrilik tespit edildi.Aynı şekilde hipospadiasla beraber olan grupta 7 olguda eğrilik 0˚- 10˚ iken 6 olguda (%46.1) 30˚- 45˚eğrilik tanımlandı.

SONUÇLAR: Tunikal plikasyon ile hafif-orta derece eğriliği düzeltilen hastaların yarısından fazlasında postpubertal rekürrens ile karşılaşıldı. Ancak özellikle sünnet sırasında eğriliğin basit tunikal plikasyon ile düzeltilmesi en azından bir kısım olguda etkin olmaktadır. Yüksek orandaki rekürrensin kullanılan tekniğe mi yoksa devam eden patolojik sürece mi bağlı olduğu bilinmemektedir. Daha invazif olan teknikler ile yapılan düzeltmelerin uzun dönem sonuçlarının olmayışı teknik konusunda daha fazla yorum yapmayı engellemektedir. Penil eğrilik düzeltilmesinde minimal invazif tekniklerin uzun dönem nüks ile sonuçlanması, bu olguların ailelerinin nüks hakkında bilgilendirilmesi ve adölesan döneme kadar takip edilmesi gerektiğini göstermektedir.

MP-19

PREMENAPOZAL MİGRENLİ KADINLARDA CİNSEL DİSFONKSİYON VE SIKINTI: DEPRESYON, ANKSİYETE VE MİGREN İLİŞKİLİ YETERSİZLİK İLE OLASI İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Faruk Kucukdurmaz[1], Yılmaz İnanç[2], Yusuf İnanç[3], Sefa Resim[1]
[1]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı
[2]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı
[3]Gaziantep Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Migren, yaşam kalitesinin yanı sıra cinsel işlevsellik ile ilişkili kronik bir hastalıktır. Bununla birlikte, migreni olan kadınlarda cinsel sıkıntı hakkında veriler yoktu. Bu çalışma, migrenli premenopozal kadınlarda hem cinsel fonksiyon hem de sıkıntıların insidansını ve ilişkili risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya migren tanısı konan altmış dokuz kadın dahil edildi. Cinsel işlev ve sıkıntı sırasıyla Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) ve Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (FSDS-R) ile değerlendirildi. Depresyon ve anksiyete, Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (HADS) ile araştırıldı. Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) ve ortalama ağrı şiddeti Görsel Analog Skala (VAS) ile belirlendi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 35.20±7.16 olarak bulundu. Hastaların migren tanısı alma süreleri ortalama 12.68±4.63 yıl ve aylık atak sıklığı ortalama 4.62±2.10 olarak belirlendi. Ağrı şiddeti VAS ile ortalama 7.52±1.01 olarak saptandı. Ortalama MIDAS skoru 18.92±10.81, ortalama depresyon skoru 11.80±5.43 ve ortalama anksiyete skoru 13.44±6.16 idi. Elli beş kadında cinsel işlev bozukluğu olduğu saptandı. MIDAS ve VAS skorları, depresyon veya anksiyete gibi baş ağrısına bağlı herhangi bir özelliğin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunamadı. Cinsel disfonksiyonu olan kadınların 37 tanesinde cinsel sıkıntı saptandı ve bu kadınlarda depresyon, VAS ve MIDAS skorları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo-1). Sonuç: Bu çalışma, migrenli kadınların hasta bakım standartlarını iyileştirmek amacıyla cinsel tıpla uğraşan klinisyenlere yardımcı olmak için hem cinsel işlev bozukluğu hem de cinsel sıkıntı açısından taranması gerektiğini göstermiştir. MIDAS ve VAS skorları yüksek olan ve depresyonu olan kadınlarda bu faktörlere özel dikkat gösterilmelidir.

Cinsel disfonksiyonlu kadınların cinsel sıkıntı varlığına göre karşılaştırılması

	FSDS+(n=37)	FSDS-(n=18)	p
Yaş (yıl)	35.97±6.71	35.27±8.55	0.744
Migren süresi (yıl)	12.40±5.13	12.00±4.75	0.876
Migren sıklığı/ay	4.91±2.43	4.27±1.70	0.321
Aura varlığı	11/26	3/15	0.241
VAS (0-10)	8.16±1.16	6.33±0.84	0.001
MIDAS skoru	24.08±9.03	9.50±4.55	0.001
Depresyon skoru	12.21±4.93	8.05±2.43	0.013
Anksiyete skoru	13.86±5.76	12.61±4.47	0.634

FSDS:kadın cinsel sıkıntı ölçeği,MIDAS, Migren ilişkili yetersizlik değerlendirme ölçeği; VAS, görsel analog skala

MP-20

BRUSELLA EPİDİDİMOORŞİT: 22 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Çift, Can Benlioğlu
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

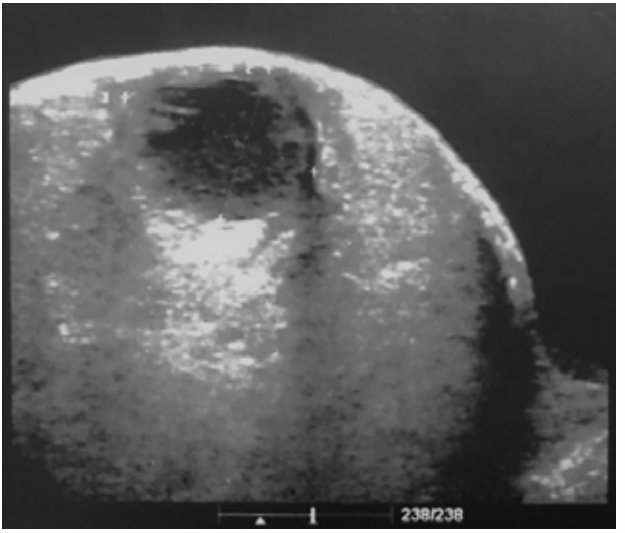
AMAÇ: Brusella epididimoorşitli (BEO) hastaların klinik semptomları, laboratuvar bulguları, komplikasyonları ve tedavi sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmek.

MATERYAL-METOD: Ocak 2012 - Ocak 2017 tarihleri arasında, kliniğimizde epididimoorşit tanısı ile takip edilen 110 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Bu olgulardan 22'si brusella epididimoorşiti idi. Testiküler ağrı, hassasiyet ve skrotal şişme gibi pozitif klinik tablo, pozitif Rose Bengal test sonuçları, >=1/ 160 standart tüp aglütinasyon (STA) testi titre değerleri veya pozitif kan kültürü ve orşitin ultrasonografik bulguları, BEO tanısının ana kriteri olarak kabul edildi.

BULGULAR: Ortalama hasta yaşı 34.6±17.8 idi. BEO tüm hastalarda tek taraflıydı. 15 hastada (%68.2) sol, 7 hastada (%31.8) sağ taraf testis tutulumu görüldü. Testiküler ağrı ve şişme en yaygın semptomlardı. Terleme, ateş, yorgunluk ve anoreksiya daha az sıklıkta görüldü. En sık rastlanan laboratuvar bulgusu ESR ve CRP yükselmesiydi, sırasıyla %57.1, %47.4. Tüm hastalarda Rose Bengal test pozitifliği ve >=1/ 160 STA testi titre değerleri tespit edildi. Kan kültürü 5 hastanın 1'inde (%20) Brucella türü için pozitifti. Relaps olması ve malignite ayırıcı tanısı tam olarak yapılamadığından bir hastaya radikal orşiektomi yapıldı. BEO'lu 22 hastanın 3'ü hariç tamamı rifampisin-doksisiklin veya streptomisin-doksisiklin kombine antibiyotik tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Doğru ön tanılı hastalarda genel olarak medikal tedaviye yanıt oranı % 86.3 oranında bulundu.

SONUÇ: Brusselloz, endemik bölgelerde epididimo-orşitin yaygın bir nedenidir. BEO'te erken teşhis ve uygun tıbbi tedavi, apse oluşumu gibi komplikasyonların gelişimini engellemektedir. Bu nedenle BEO, endemik bölgelerde epididimiorşit nedeni olarak düşünülmeli ve nonendemik bölgelerde de mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Skrotal ultrasonografi



MP-21

ANJİOTENSİN KONVERTİNG ENZİM İNHİBİTORÜ KULLANAN GENÇ HİPERTANSİF HASTALARDA SEKSUEL FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Gül[1], Murat Gül[2]
[1]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray
[2]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

GİRİŞ: Arteriyel hipertansiyon büyük bir kardiyovasküler risk faktörüdür ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Antihipertansif tedavilerin ortaya çıkması ve arteriyel hipertansiyonun etkin tedavisi için piyasada bulunan 100'den fazla antihipertansif mevcuttur. Her terapötik sınıf, hipertansiyonun patogenezinde yer alan belirli bir mekanizmayı hedefler ve kendi avantajları ve dezavantajlarına sahiptir. En büyük yan etkilerden biri genç yaş grubunda görülen erektil disfonksiyondur.

Erektil disfonksiyon, hipertansif hastalarda normotansif bireylere göre neredeyse iki kat daha fazla bulunur. Genel olarak, hipertansiyonu olan hastaların yarısından fazlası erektil disfonksiyondan muzdariptir ve ED prevalansı ilerleyen yaş, hipertansiyonun şiddeti ve süresi ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığı ile artar. Biriken veriler, erektil disfonksiyonun tedavi edilmemiş hipertansif hastalara göre daha yaygın olduğunu ve antihipertansif ilaçların erektil disfonksiyonun ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, tüm antihipertansif ilaç sınıfları erektil fonksiyon üzerinde aynı etkileri paylaşmaz. Birçok deneysel ve klinik çalışma, eski antihipertansif ilaçların (Beta blokerleri gibi) erektil fonksiyon üzerinde zararlı etkileri olduğunu, daha yeni ajanların (ACE inhibitörleri, ARB gibi) nötr veya hatta yararlı etkiler gösterdiklerini göstersede, bu konu hakkındaki veriler yetersizdir ve daha çok kanıt gerekmektedir.

Bu nedenle biz bu çalışmamızda, esansiyel hipertansiyonu olan genç yaştaki hastalarda ACE inhibitörlerinin erektil disfonksiyon üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD: Bu çalışma, 20-40 yaşları arasında, esansiyel hipertansiyon nedeniyle en az 6 ay boyunca kardiyoloji polikliniğinde ACE inhibitörleri ile takip edilen 70 hastayı kapsamaktadır. Gruplar en az 10 günlük kan basıncı ölçümlerine göre belirlendi ve hastalar iki gruba ayrıldı: düzenli olarak ilaçlarını kullananlar ve TA'ları <140/90 ve ilaçlarını düzenli olarak almayanlar;TA> 140/90. Hastaların IIEF-5 sonuçları kaydedildi ve hastalığın teşhisi sırasında ve ilaç kullanımından 6 ay sonra istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Hastaların yaş, kilo ve vücut kitle indeksi de kaydedildi. ED'ye yol açabilen herhangi bir hastalığa sahip olan (DM,KY..) veya ilaç alımı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

SONUÇLAR: Tablo 1, hastaların özelliklerini ve IEFF-5 anket sonuçlarını göstermektedir. İki grup karşılaştırıldığında, yaş, kilo ve VKİ açısından fark görülmedi. Düzenli olarak ilaç kullanan hastaların IIEF-5 skorları, düzenli olarak ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. İlaveten, ilaç uygulamasından önceki ve sonraki ilk grup hastalarda istatistiksel farklılıklar gözlenmiştir.

SONUÇ: ACE inhibitörlerinin cinsel işlev üzerinde kronik kullanımda negatif etkisinin olmadığını veya olumlu bir etkiye sahip olabileceğini ve erektil kapasiteyi geri kazanmak için genç grup hastalarda güvenle kullanılabileceğine inanmaktayız. Ancak bunların kesin rolünün açıklığa kavuşması için daha çok kanıta ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri ve tedavi öncesi ve sonrası IIEF-5 değişiklikleri

	Group I (n=38)		Group II (n=32)		P
Age (years)	29 ± 5.2		32 ± 2.3		p>0.05
BMI (kg/m²)	22 ± 1.9		21 ± 2.3		p>0.05
Erectile Dysfunction (IEFF-5) (n ,%)	Pre Treatment	Post Treatment	Pre treatment	Post treatment	
Absent (>21)	15	19	17	14	*p<0.05
Mild (17-21)	10	9	7	9	*p<0.05
Mild-Moderate (12-16)	7	5	5	6	*p<0.05
Moderate (8-11)	4	2	2	2	*p<0.05
Severe (<8)	2	0	1	1	*p<0.05

*p values shows the statistical differences between group I and II in terms of total IIEF-5 score after treatment.

*p values shows the statistical differences between group I and II in terms of total IIEF-5 score after treatment.

MP-22

SEMİNAL PARAMETRELER İLE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI, PLATELET-LENFOSİT ORANI VE MONOSİT-EOZİNOFİL ORANI ARASINDA İLİŞKİ VAR MIDIR?

Faruk Kucukdurmaz, Neslihan Temiz Doğan, Caner Ölmez, Bekir Türkay Demir, Enes Bilecan, Sefa Resim
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Çeşitli hematolojik parametreler konak ile ilişkili sistemik inflamatuar yanıtı temel alan yararlı prognostik belirteçler olarak araştırılmaktadır. Bu parametreler çeşitli kanser tipleri ve inflamatuar hastalıklar dahil olmak üzere birçok durumda hastaların prognozunu tahmin etmek için kullanılsa da; erkek infertilitesindeki prognostik etkinlikleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, anormal semen analizi ve normozoospermi olan erkeklerde seminal parametrelerin inflamatuar belirteçler olan nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR) ve monosit-eosinofil (MER) oranı ile olan ilişkisini değerlendirmektir. Ayrıca, D vitamini düzeyleri ile seminal parametreler arasındaki korelasyon da araştırılmıştır.

MATERYAL-METOD: Bu kesitsel çalışmaya, anormal sperm analiziolan 126 ve normozoospermik 79 erkek dahil edildi. Tam kan sayımı yapılarak sonuçlar kaydedildi ve NLR, PLR ve MER hematolojik parametrelerden hesaplandı. Katılımcılar için D vitamini seviyeleri de not edildi.

BULGULAR: Normozoospermik grupta NLR 1.80 ± 0.65, anormal semen analiz grubunda 1.82 ± 0.66 idi. Normozoospermik grupta PLR 104.28 ± 30.55, anormal semen analiz grubunda 106.73 ± 35.01 idi. Anormal semen analiz grubunda MER, normozoospermik erkeklerde 2,99 ± 1,74, anormal semen analiz grubunda 7.24 ± 16.57 idi. Normozoospermik ve anormal semen analiz grubu arasında NLR ($p = 0,911$), PLR ($p = 0.746$) veya MER (0.166) arasında anlamlı fark bulunmadı. D vitamini seviyeleri de iki grup arasında anlamlı değildi (37.62 ± 1.91'e karşı 38.43 ± 2.51, p: 0.103). Ayrıca NLR, PLR veya MER ile seminal parametreler arasında korelasyon bulunmadı ($p > 0.05$).

SONUÇ: Bizim sonuçlarımıza göre, anormal sperm parametrelerini veya erkek infertilitesini taramak için NLR, PLR veya MER'yi belirteç olarak kullanmanın önerilmesi mümkün değildir.

Katılımcıların demografik özelliklerinin ve hematolojik parametrelerinin karşılaştırılması

	Anormal semen analizi (n=126)	normozoospermi (79)	p
Yaş	32.48±6.11	33.26±6.22	0,377
VKİ	23,71±3.30	24,01±2,84	0,261
Sigara	75	61	0,145
FSH	5.40±3.20	4.54±2.44	0,153
Testosteron	351.51±150.85	339.81±140.73	0,693
WBC	7.86±1.71	7.32±1.68	0,114
Nötrofil sayısı	4.47±1.27	4.18±1.13	0,240
Lenfosit sayısı	2.60±1.10	2.51±0.74	0,663
Nötrofil-lenfosit oranı	1.82±0.66	1.80±0.65	0,911
Platelet sayısı	255.62±51.52	259.09±50.80	0,641
Platelet-lenfosit oranı	106.73±35.01	104.28±30.55	0,746
Monosit sayısı	0.63±0.32	0.63±0.38	0,925
Eozinofil sayısı	0.22±0.17	0.25±0.74	0,325
Monosit-eozinofil oranı	7.24±16.57	2.99±1.74	0,166
Vitamin D	38.43±2.51	37.62±1.91	0,103

VKİ:Vücut kitle indeksi, WBC: beyaz kan hücresi

MP-23

NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİK OLAN İNFERTİL ERKEKLERDE SEKSÜEL DİSFONKSİYON DURUMU

Taha Numan Yıkılmaz, Erdem Öztürk
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü

AMAÇ: İnfertil çiftlerin erkek partnerlerinde cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığını saptamak ve çocuksuzluğun erektil disfonksiyon (ED) ve cinsel ilişki sırasındaki strese olan etkisini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM: 2009 yılından 2016 yılına kadar kliniğimize infertilite için başvuran çiftlerin verileri toplandı. Olguların erektil disfonksiyon durumu Uluslararası Erektilite İndeksi 15 (IIEF-15) ile erken boşalma (PE) durumu ise Premature boşalma teşhis skalası (PEDT) ile değerlendirildi. Çocuksuzluğun cinsel ilişki açısından stres durumu Görsel Analog Skala (VAS) anketi ile puanlanmıştır. Bu skalalar çocuksuz dönem ve çocuk sahibi olunduktan sonraki dönemlerde doldurularak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 193 erkek hastanın yaş ortalaması 31.5 (dağılım 23-48) idi. Olguların 67 (% 34.7) tanesinde ED ve 42'sinde ise (% 21.7) PE vardı. Yüz kırk bir çift yardımcı üreme teknikleri ile tedavi edildi. Kırk sekiz çiftin tedavisi sonucunda başarılı doğumları gerçekleşti. IIEF-15 testi, doğum sonrası, çocuk sahibi olan çiftlerin erkek partnerlerine cinsel ilişki sırasında tekrar edildi. IIEF-15 skorlarının 16'dan 21'e yükseldiğini ($p = 0.014$) gözledik. Bununla birlikte, boşalma durumlarında anlamlı bir iyileşme olmadığı izlendi ($p > 0.05$). Erkek partnerlerin ortalama VAS skorları, tedavi periyodunda 5.2 (3-10) olarak ölçülürken, bu puanlar çocuk sahibi olduktan sonra 4.1 (0-8) 'e düşmüştür ($p = 0.02$). İstatistiksel değerlendirme yapıldığında IIEF-15 gibi VAS skorunda da infertilite arasında bir korelasyon gösterdi.

SONUÇ: Çocuk sahibi olmanın cinsel ilişki stresinde azaltıcı bir etkisinin olduğunu gözlemledik. İnfertilite kesinlikle kadınlar ve erkekler üzerinde sıkıntıya yol açmaktadır. Bu durum erkek cinsel performansını olumsuz yönde etkileyebilir ve kadın cinsel bozukluklarıyla yakından ilişkilidir. İnfertil çiftlerin cinsel işlev bozukluğuna sahip olabileceği unutulmamalıdır.

POSTER ÖZETLERİ

PP-01

POSTTRAVMATİK YÜKSEK AKIMLI NONİSKEMİK PRİAPİZM; OLGU SUNUMU

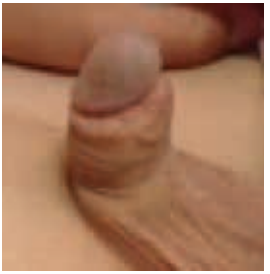
İsmail Nalbant[1], Can Tuygun[2], Adnan Gücük[3], Işık Conkbayır[4], Ufuk Öztürk[5], Muhammed Şahin Yılmaz[2], Muhammed Abdurrahim İmamoğlu[5]
[1]Ordu Üniversitesi,Üroloji Ana Bilim Dalı,Ordu
[2]Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi,Üroloji Kliniği, Ankara
[3]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bolu
[4]Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi,Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Bisikletinin üzerine ata biner tarzda düştükten sonra 8 yaşındaki çocukta gelişen noniskemik yüksek akımlı priapizm olgusunun takip ve tedavisine dair görüşlerimizi sunmak.

OLGU: 8 yaşındaki hasta, bisikletinin üzerine ata biner tarzda düştükten yaklaşık 8 saat sonra acil servise başvurması üzerine tarafımıza danışıldı. Hastaya yapılan ilk fizik muayenesinde herhangi bir laserasyon veya ekimoza rastlanmazken idrar çıkışının mevcut olduğu ve yapılan tam idrar tahlilinde de hematüri olmadığı bulgularına ulaşıldı. Ardından scrotal ve perineal bölgede hafif hassasiyet ve penil semirijidite saptanması (resim 1) üzerine çekilen scrotal ultrasonografide (USG) herhangi bir patolojiye rastlanmazken penil renkli doppler USG (PRDUSG) 'peniste hafif derecede tümesans ve sol kavernöz cisim orta kesim ventral yüzde spongioz cisme yakın lokalizasyonda 9x6x3 mm boyutlarında hipoekoik, heterojen hematom ile uyumlu solid oluşum izlendi. Her iki taraf kavernozal arterlerde akım hızlarında belirgin artış izlendi. Sol kavernözal cisim proksimalinde penis köküne yakın lokalizasyonda, kavernozal arter komşuluğunda yaklaşık 3 mm çapında içerisinde iki yönlü yaklaşık 200 cm/sn düzeyinde yüksek akım hızı ölçülen arteriyosinüzoidal fistül ve yüksek akımlı priapizm açısından şüpheli görünüm saptandı' şeklinde raporlandı. Hasta tekrar değerlendirildikten sonra iskemik bulguya ve ağrılı ereksiyon bulgusuna rastlanmadı. Daha sonra 3 günde bir olmak üzere toplam 3 seans PRDUSG kılavuzluğunda fistül bölgesine kompresyon uygulanmasına rağmen anlamlı iyileşme bulgusuna rastlanmadı.Bunun üzerine hasta yakınlarına hafif penil kompresyon öğretildi ve önerilerle hasta taburcu edilerek kontrole alındı. Hastanın 1.ay daki kontrol PRDUSG incelemesi ' her iki taraf kavernozal arterlerde incelemenin başlangıçında normal düşük hızlı akımlar, tümesans sırasında ise 60 cm/sn ye ulaşan, diastolü negatif değerlerde izlenen akım izlendi. Doppler US ile arteriyosinizoidal fistül gösterilemedi' şeklinde raporlandı ve fistülün spontan gerilediği izlendi.

SONUÇ: Sonuç olarak asemptomatik ve erektil disfonksiyona sebep olabilebilme potansiyeli göz önüne alındığında perineal veya pelvik travmalardan sonra noniskemik priapizm tanıda akla gelmelidir. Priapizm acil ürolojik bir patoloji olsa da noniskemik priapizm, sahip olduğu klinik tabloya paralel olarak konservatif yaklaşıma izin vermekte ve bu süreçte takip de tedavi seçeneği olarak göz önünde bulundurulmalıdır diye düşünmekteyiz

Resim



semirijit penis

PP-02

ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ İLE EREKTİL DİSFONKSİYON İLİŞKİSİ

Engin Kölükçü[1], Şahin Kılıç[2], Bekir Süha Parlaktaş[3], Doğan Atılgan[3], Fikret Erdemir[3]
[1]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat
[2]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Muğla
[3]Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Tokat

AMAÇ: Bu çalışmada ortalama trombosit hacmi (MPV) ile erektil disfonksiyon (ED) arasındaki ilişki incelenmiştir.

MATERYAL-METOD: Erektil disfonksiyon ile son 5 yıl içinde Gaziosmanpaşa Üniversitesi üroloji kliniğine başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya 159 hasta alındı. Özgeçmişlerinde koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus, antikoagulan kulanımı, malignite öyküsü ve romatolojik hastalığı bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kliniğine yan ağrısı ile başvurmuş ve miyalji tanısı almış hastalar kontrol grubu (Grup I; n:51) olarak belirlenlendi. ED tanısı almış hastalar uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk formuna (IIEF-5) göre 3 gruba ayrıldı. IEFF-5 skoru 14-21 olanlar hafif ED (Grup II; n:43), IEFF-5 skoru 8-13 arası olanlar orta derece ED (Grup III; n:31) ve IEFF-5 skoru 5-7 olanlar şiddetli ED (Grup IV; n:34) olarak adlandırıldı. Tüm hastaların MPV değerleri hesaplanarak gruplar istatiksel olarak incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 50,32 yıl (39-69) idi. Yaş dağılımı açısından gruplar arasında fark yoktu. MPV değerleri grup I, grup II, grup III ve grup IV'de ortalamaları sırasıyla 7.51 ±0.09, 8.55±0.13, 8.59±0.19 ve 8.77±0.22 olarak hesaplandı. Grup II, III ve IV'de bulunan hastaların MPV değerleri karşılaştırıldığında istatiksel olarak fark olmadığı gözlendi ($p>0.05$). Grup II, III ve IV ayrı ayrı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ortalama MPV her üç gruptada kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek olarak tespit edildi ($p<0.001$).

SONUÇ: Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ED bulunan hastalarda MPV yüksek olarak tespit edildi. ED ile başvuran hastalarda MPV'nin prediktif bir değer olarak kullanabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu konuda geniş serili ve çok merkezli prospektif çalışmalarla ihtiyaç vardır.

PP-03

HUZURSUZ BACAK SENDROMUNUN KADIN CİNSEL FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Mustafa Aydın, Alper Bitkin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

AMAÇ: Huzursuz bacak sendromu ile kadın cinsel disfonksiyonu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya cinsel aktif olan ve nöroloji kliniği tarafından huzursuz bacak sendromu tanısı almış 45 hasta ve kontrol grubu olarak benzer yaş grubunda 42 sağlıklı kadın dahil edildi. Olguların cinsel fonksiyonları Türkçe validasyonu yapılmış olan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function İndex-FSFI) ile değerlendirildi ve sonuçlar gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan husursuz bacak sendromu tanısı almış 45 hastanın ve kontrol grubundaki 42 olgunun yaş ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,062). Husursuz bacak sendromu olanlar ile kontrol grubunun vücut kitle indeksi açısından değerlendirilmesinde her iki grubun ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p=0,473). Olguların FSFI skorları incelendiğinde ise huzursuz bacak sendromu olanların hem total hem de FSFI alt grup skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu (p<0.001).

SONUÇ: Bu çalışma, huzursuz bacak sendromunda, normal popülasyona göre daha fazla kadın cinsel işlev bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur. Bu sebeple huzursuz bacak sendromu tanısı konan hastaların cinsel disfonksiyon açısından da değerlendirilmeleri önemlidir.

	HBS (n=45)	Kontrol (n=42)	P
Total FSFI	16,26 ± 4,37	26,42 ± 3,29	<0,001
Cinsel istek	2,82 ± 1,38	4,59 ± 0,78	<0,001
Uyanıma	2,32 ± 1,23	4,40 ± 1,02	<0,001
Lubrikasyon	3,04 ± 1,56	4,25 ± 1,12	<0,001
Orgazm	2,75 ± 1,04	4,13 ± 1,08	<0,001
Memnuniyet	2,28 ± 1,50	4,50 ± 1,24	<0,001
Ağrı	3,05 ± 1,12	4,55 ± 1,06	<0,001

Tablo 2. Grupların total FSFI ve altgrup skorlarının karşılaştırılması

Tablo 1

	HBS	Kontrol	P
Olgu sayısı	45	42	
Yaş (yıl) (ort±SD)	44,8 ± 11,2	41,8 ± 11,1	0,062
VKİ (kg/m2) (ort±SD)	27,28 ± 4,69	26,55 ± 4,28	0,473

Olguların demografik özellikleri

PP-05

UZUN SÜRELİ İSKEMİK PRİAPİZMDE PROKSİMAL ŞANT. DETÜMESANS VE EREKTİL FONKSİYON SONUÇLARI

Ilham Ahmedov, Gabil Huseynov, Maarif Rustamov
Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Uroloji Ana Bilim Dalı, Baku

AMAÇ: Priapizm cinsel uyarı ve ilişkiden bağımsız bir şekilde, 4 saatten uzun sure devam eden ağrılı ereksiyonun olmasıdır. Urolojinin acil müdahile olunması gereken patalojilerinden olduğu için priapizmin zamanında ve doğru tedavi olunması oldukca önemlidir. Üç farklı tipi bulunmaktadır: iskemik, non-iskemik, tekrarlayan.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: 2013-2017-ci yıllarda Azerbaycan Tıp Universitesine ve MedEra Hospitalına iskemik priapizm tanısı ile başvuru yapmış 18 hastaya proximal safenokavernozal şant cerrahisi uygulanmıştır. Tanı, hikaye ve intrakavernozal kan gazlarının müayenesine esasen koyulmuştur. Hastaların erektil fonksiyonu İİEF sorgulaması ile değerlendililmişdir. 72 saatin üstünde devam eden priapizm olgularına, aynı zamanda penil protez implantasyonu tavsiye olunmuş, ancak hastalar maddiyatı sebep göstererek kabul etmemişler. Hastalar 6-36 ay boyunca takipte saklanıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 43.5 (33-65) olmuştur. Priapizm süresi 26 saatten 408 saate kadar değişmiştir (Ortalama süre 76.7 saat). Priapizmin sebebi PDE5 kullanımı, narkotik kullanımı, intrakavernoz enjeksiyon ve idiopatikti. Tüm hastalara ilk önce intrakavernöz aspirasyon uygulanmıştır. 26 ve 50 saat devam eden priapizmli hastalara aspirasyon sonrası distal T-şant yapılmıştır. Bu uygulamalar etkisiz oldukta bütün hastalara Sacher (Sacher, 1972) yöntemi ile proksimal safenokavernozal şuntlama cerrahisi uygulanmıştır. Tüm hastalarda detümesans sağlanmıştır (100%). Postoperatif takiblerde 3 hastada hafif erektil disfonksiyon olmasına rağmen, tedavisiz cinsel ilişkide ola bilmişler, 5 hastada ilaçla korreksiyon olunan erektil disfonksiyon ve 10 hastada ise şiddetli erektil disfonksiyon gözlemlenmiştir.

SONUÇ: 3 gün ve ya dahauzun süreli priapizmde, bilhassa 3 günden az süreyle devam eden lakin, aspirasyon ve distal şantların etkisiz olduğu hastalarda proksimal sefenokavernozal anastomozla detümesans sağlanması mümkündür. Ancak, bu hastalarda erektil disfonksiyon beklenildiğinden, 3 günden uzun süren priapizmlerde penil protez implantasyonu yapılması önerilir. Aynı zamanda, priapizm sonrası erektil disfonksiyonun ortaya çıkması operasyon tipine değil, priapizm süresine bağlı olduğuve 72 saat üzerinde devam eden priapizmli hastalarda bile tedavi sonrası erektil fonksion kala bilir sonucuna vardık.

PP-06

PLATİN BAZLI KEMOTERAPİ ALAN TESTİS KANSERİ HASTALARINDA SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEKLERİ

Ercan Yuvanç[1], Selim Yalçın[2], Devrim Tuğlu[1], Mehmet Özavcı[1], Erdal Yılmaz[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Kırıkkale

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, platin bazlı kemoterapi alan testis kanseri hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, depresyonu ve cinsel fonksiyonlarını ele almaktır.

YÖNTEM: Platin bazlı kemoterapi sonrası 1 yıl izlenen 42 testis tümör hastasını kapsayan kesitsel bir çalışma planlandı. Nisan 2013 - Kasım 2016 tarihleri arasında testis tümörü tanısı ile opere edilen ve patoloji, tümör markırları ve evreleme sonucu platin bazlı kemoterapi verilen takipli hastalar çalışmaya dahil edildiler. Hastalar sağlıkla ilgili yaşam kalitesi formu (HRQoL), Kısa Form 36 (SF 36), Avrupa Kanser Yaşam Kalitesi Araştırma ve Tedavi Kurumu (EORTC QLQ-C30) anketi, genel depresif durumu araştırmak için Beck Depresyon Envanteri, cinsel işlev durumu için Uluslar arası Erektil İşlev Formu (IIEF) kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların tamamı radikal orşiektomi sonrası adjuvant kemoterapi alan hastalardır. %38.6 seminom, %61.4 ise non-seminom tümör tipine sahiptir. Tedaviden sonra ortalama takip süresi 17.3 ± 6.8 ay idi. SF-36 ölçeğinin en yüksek değeri fiziksel işlevsellik için ve en düşük SF-36 değerleri vitalite için elde edilmiştir. Hastaların yaşı ve Beck depresyon envanter skorları istatistiksel olarak toplam yaşam kalitesini önemli derecede etkiledi. Tüm örneklemin Beck depresyon envanterindeki ortalama puanı 4.0 idi. % 88'i depresyon yok, %10 hafif depresif, %2 orta depresif olarak belirlendi. Yaş, depresyonun gelişimi için istatistiksel olarak önemli risk faktörüydü. Tedavi öncesi dönem ile karşılaştırıldığında testis tümörlü hastaların % 37.3'ünde cinsel isteğin azaldığı belirlenmiştir. Hastalarda % 22.8 oranında herhangi bir seviyede erektil disfonksiyon (hafif-orta-şiddetli) ve % 27.3 oranında ejakülasyon sorunları bildirilmiştir. Libido kaybı ise platin bazlı kemoterapi sonrası testis tümör hastalarında % 22.3 saptandı. Cinsel sorunların varlığı, SF-36 alanlarının puanlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede düşürdü.

SONUÇ: Testis tümörü 15 - 34 yaş arası erkeklerde en yaygın görülen malignitedir. Cisplatin bazlı kemoterapiler ile %95 kür sağlanması ve yüksek survi oranları yanında, belki de yıllarca sürecek yan etkileri tetikleyebilmektedir. Testis tümörü nedeniyle platin bazlı kemoterapi verilen hastalarda karşılaşılan cinsel sorunlar HRQoL, SF 36,EORTC QLQ ve Beck depresyon envanteri gibi sağlıkla ilgili sorgulama form skorlarını olumsuz yönde ciddi şekilde etkilemiştir. Hastaların cinsel fonksiyonlarının sorgulanması ve uygun tedavisi hasta psikolojisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem arz etmektedir.

PP-07

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ OLAN HASTALARDA SİLODOSİN VE TAMSULOSİNİN KOROİDAL KALINLIK ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mahmut Taha Ölçücü[1], Hatice Selen Kanar[2], İbrahim Özdemir[3], Kerem Teke[1]
[1]Ağrı Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Ağrı, Türkiye
[2]Agri Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Ağrı, Turkiye
[3]Yenikent Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Sakarya, Türkiye

Benign prostat hiperplazisi olan hastalarda silodosin ve tamsulosinin koroidal kalınlık üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması.

AMAÇ: Selektif α-1A reseptör antagonistleri (silodosin vs tamsulosin) kullanan hastaların Optik koherens tomografi yardımıyla koroidal kalınlıklarının karşılaştırılması.

MATERYAL-METOD: Benign prostat hiperplazisi (BPH) tanısı alan 120 hastanın gözleri prospektif olarak incelendi. Subfoveal koroidal kalınlıkları (SFKT) optik koherense tomografi ve retrobulbar oküler kan akımları ise doppler ultrasoundla başlangıç,6. Ay ve 12. Aylarda ölçüldü.Sonuçlar istatiksel olarak analiz edildi.

BULGULAR: Takipleri yapılan silodosin grubu (n=63) ve tamsulosin grubu (n=57) olarak görüldü. Ortalama yaş silodosin vs tamsulosin kullanlarda sırasıyla 57.17 ± 7.49 ve 58,21±6,49 yıl olarak görüldü.Ve gruplar açısından yaş açısından istatistiksel olarak fark yoktu. (P= 0.092). Başlangıç SKFT silodosin vs tamsulosin 275,8±26,6 µm ve 276,34±23,4 µm idi. Başlangıç SKFT açısından istatistiksel fark görülmedi (p=0,078). Altınca ayda yine sırasıyla SKFT 276,4±24,6 µm ve 282,2±22,8 µm idi. Altıncı ay SKFT ölçümleri arasındada istatistiksel fark yoktu (p=0,068). On ikinic ayda yapılan SKFT ölçümlerinde sırasıyla 274±24,4 ve 298,35±26,6 µm olarak görüldü. On ikinci aydaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü. (p=0,012) (Table 1). Retrobulbar kan akımı ölçümleri için gruplar arasında hiçbir değerlendirmede anlamlı fark görülmedi.

SONUÇ: Tamsulosin kullanımı silodosin kullanımına oranla 12. Ayda istatistiksel anlamlı olarak SKFT de artış yapmıştır.Bu artış koroidal vazodilasyonla alakalı olabilir. Ancak silodosinin böyle bir etkisi olmadığını düşünmekteyiz. Koroidal hastalığı olanlarda tamsulosinin bu etkisinin akılda bulunulması gerekir.

Tablo 1.

	Silodosin	Tamsulosin	p değeri
Hasta sayısı	n=63	n=57	-
Ortalama yaş (yıl)	57.17 ±7.49	58,21 ±6,49	0.092
Başlangıç subfoveal koroidal kalınlık (µm)	275,8 ±26,6	276,34 ±23,4	0,078
6. ay subfoveal koroidal kalınlık (µm)	276,4 ±24,6	282,2 ±22,8	0,068
12. ay subfoveal koroidal kalınlık (µm)	274 ±24,4	298,35 ±26,6	±26,6

Silodosin ve tamsulosinin subfoveal koroidal kalınlık üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması.

PP-08

NADİR BİR OLGU; TESTİKÜLER RÜPTÜR

Murat Uçar[1], Ali Akkoç[1], Murat Topçuoğlu[1], İsmet Kaymaz[2]
[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akut skrotum çocukluk ve adölesan dönemde daha sık görülür. Her akut skrotum vakasında testis etkilenmemekle birlikte testiküler yaralanmalı hastaların %12.5'inde testiküler rüptür vardır. Biz bu olguda nadir görülen bir durum olan künt travma sonrası testiküler rüptür olan 17 yaşında bir erkek hastayı ve tedavisini sunduk.

OLGU: 17 yaşında erkek hasta acil servise künt travma sonrası başlayan akut sağ testis ağrısı ile başvurdu. Fizik incelemede şişlik, kızarıklık ve hassasiyet mevcuttu. Yapılan renkli dopler ultrasonografide (USG) sağ testis kanlanması net olarak değerlendirilemedi ve skrotumda 10x7 mm hematom izlendi. Hastaya acil skrotal eksplorasyon yapılarak skrotumdaki hematom boşaltıldı. Testis tunika albugineasının orta bölümünde horizontal olarak uzanan 4 cm'lik defekt izlendi. Testiküler tübüllerin bu defektten dışarı doğru çıktığı izlendi. Nekrotik tübüller eksize edildikten sonra tunika albugineadaki defekt 3.0 poliglactin sütür ile primer olarak kapatıldı. Postoperatif 1. günde penröz dreni çekilerek hasta taburcu edildi. Postoperatif 7. gün ve 30. gün kontrolünde hastada herhangi bir sıkıntı izlenmedi. Kontrol renkli dopler USG'de sağ testis kanlanması ve parankimal ekojenitesi normal olarak izlendi.

TARTIŞMA: Akut skrotum kabaca 4 kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; torsiyon, travma, tümör ve enfeksiyondur. Testis travmaları künt ya da penetran yaralanmalar sonucunda olabilmektedir. Testis rüptürü oldukça nadir görülen bir durum olup kabaca testis tunika albugineasının bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanabilir. Testiküler rüptürde hemoraji vardır ve testiküler içeriğin skrotal keseye taştığı gözlenir. Testis rüptürünün yaklaşık yarısı künt travmalar sonucu oluşur. Ayrıca testis rüptürü penetran yaralanma, enfeksiyon, tümör nedeniyle ya da spontan olarak da oluşabilmektedir. Testis tunika albugineası 50 kg ağırlığa kadar dayanabilmektedir. Bu nedenle testis rüptürü oluşabilmesi için testisin 50 kg üzerinde bir travmaya maruz kalması gerekir. Tanıda ilk sırada öykü ve fizik muayene yer alır. Tanıyı doğrulamada USG nin (gri skala ya da renkli doppler) rolü büyüktür. USG skrotal ağrısı olan 84 hastanın 83 (%98,8) ünde doğru tanı koymuştur. Skrotal USG tanıda yetersizse manyetik rezonans görüntüleme yardımcı olabilir.

Tunika albuginea rüptürü olan ya da intratestiküler hematomu olan tüm hastalara eksplorasyon ve cerrahi onarım önerilmektedir

Eksplore edilmeyip konservatif yaklaşımla tedavi edilmeye çalışılan olgularda enfeksiyon, atrofi ya da orşiyektomi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Erken eksplorasyonda orşiyektomi oranları %6 iken, eksplorasyonda gecikme ile orşiyektomi oranları %21'lere çıkmaktadır. Eksplorasyon ile hematom boşaltılmalı, nekrotik testiküler tübüller eksize edilmeli ve tunika albuginea emilebilir sütürler ile kapatılmalıdır.

Sonuç olarak testis travmalarında erken tanı ve erken tedavi önemlidir. Testis rüptürü oldukça nadir görülen bir durum olmakla birlikte testisi kurtarabilmek, komplikasyonları en aza indirmek için bizim vakamızda da olduğu gibi erken eksplorasyon ve onarım gerekmektedir.

Rüptüre olmuş testis

PP-09

ATEROJENİK İNDEKSİN EREKTİL DİSFONKSİYONU ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

Murat Dursun[1], Serhan Çimen[1], Hüseyin Beşiroğlu[2], Mehmet Levent Akbulut[1], Muhammet Serdar Buğday[1], Muhammed Sulukaya[1]
[1]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Malatya
[2]Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Aterojenik indeks, küçük LDL ve HDL partiküllerinin varlığını doğru bir şekilde yansıtmaktadır, bu nedenle koroner ateroskleroz ve kardiyovasküler riskin güçlü bir prediktif değeri olarak gösterilmiştir. Aynı patofizyolojiden ötürü, biz de bu çalışmamızda aterojenik indeksin erektil disfonksiyonu öngörmedeki rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 80 ED mevcut olan ve 70 sağlıklı birey dahil edildi. Hastaların erektil fonksiyonları 5 soruluk Uluslararası Erektil Fonksiyon Değerlendirme anketi (IIEF-5) ile değerlendirildi. Hastaların serum total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit ve HDL kolesterol seviyeleri değerlendirildi. Aterojenik indeks (AI) TG/HDL oranın logaritması alınarak bulundu. Sonuçlar Mann Whitney-U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamaları ED olan ve olmayanlarda sırasıyla 53,5 (38-69) ve 53,1 (34-69) olarak belirlendi. İki grup arasından yaş açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Serum TG, HDL kolesterol ve TG/HDL kolesterol oranları ED olanlarda ve olmayanlarda karşılaştırıldı (TG: 181,2±39,7 ve 158±37,19; HDL: 43,65±4,31 ve 45,48±4,44; TG/HDL: 4,22±1,14 ve 3,54±1,06). ED olan hastalarda serum TG ve TG/HDL oranları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). AI seviyeleri değerlendirildiğinde, ED mevcut olanlarda 0,62±0,05 ve sağlıklı bireylerde 0,54±0,02 olarak belirlendi. Çalışma grubunda aterojenik indeks değerleri istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).

TARTIŞMA: Bu çalışmanın sonuçları, aterojenik küçük LDL ve HDL partüküllerinin varlığını yansıtan aterojenik indeksin kardiyovasküler hastalıklarda olduğu gibi ED riskiyle de bağlantılı olabileceğini göstermektedir. Vasküler hastalık için bir uyarı işareti olan ve ateroskleroz, endotelyal disfonksiyon ve kardiyovasküler hastalık için potansiyel bir belirteç olduğu düşünülen ED'nin değerlendirilmesi amacıyla aterojenik indeksin kullanımı faydalı olabilir. Bu sonucu güçlendirmek için geniş serili yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PP-10

DİRENÇLİ İSKEMİK PRİAPİZMDE T SHUNT + İNTRAKAVERNOZAL TUNNELİNG

Murat Çakan, Fatih Sandıkçı, Mehmet Çağlar Çakıcı, İbrahim Güven Kartal, Alihan Kokurcan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

AMAÇ: Bu çalışmamızda kliniğimizde son 3 yıl içerisindeT-şant+tunnelingoperasyonu yaptığımız 3 hastaya ait veriler gözden geçirildi.

MATERYAL-METOD: Ağustos 2015-Mart 2018 tarihleri arasında kliniğimize dirençli iskemik priapizm ile başvuran 3 hastaya T-şant+tunneling yapıldı. Bu hastalarda priapzim süreleri sırayla 4 gün, 7 gün ve 3 gün idi. Hastalara daha önce başarısız distal şant girişimleri yapılmış idi. Etiyoloji de sırasıyla kumadin kullanımı, vakum cihazı kullanımı ve antidepresan+antihipertansif kullanımı var idi.

SONUÇLAR: T-şant+tunneling sonrası hastaların tümünde rezolüsyon sağlandı. Bütün hastalarda orta derecede bir kavernozal fibrozis mevcut iken priapizm süresi 7 gün olan hastanın sağ KK'uileri derecede fibrotik idi. Bu hastada sağ KK' a tunneling işleminin sonunda hafif bir üretroraji oldu. Hastaya nazikçe 14 f üretralsonda konuldu. Per-operatif ve erken post-operatif dönemde başka bir komplikasyon gelişmedi. Bütün hastalar ameliyat sonrası 2-3 gün içerisinde taburcu edildi.

SONUÇ: T-şant+tunneling ameliyatı diğer şant işlemlerine cevap vermeyen veya geç başvuran hastalarda etkili bir tedavi yöntemidir. Ancak geç vakalarda ciddi KK fibrozisi olabileceği akılda tutularak dikkatli bir tunneling işlemi yapılmalıdır.

t-sant tunelling operasyon sonrası sütürüzasyon

PP-11

PREMATÜR EJAKÜLASYONLU HASTALARDA EREKTİL DİSFONKSİYON BİRLİKTELİĞİ

Engin Kölükçü[1], Şahin Kılıç[2], Nihat Uluocak[3], Salih Rahman Ceylan[3], Fikret Erdemir[3]
[1]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat
[2]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat
[3]Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Tokat

AMAÇ: Prematür ejakülasyon (PE) en yaygın görülen ejakülatuar problemi olup intravajinal ejakülatuar latens süresinin 1 dakika veya daha az olması ve ejakülasyon sonrası endişe, üzüntü ve cinsel istekte azalma olması olarak tanımlamıştır. Ereksiyonun hiç olmaması veya sürdürülmesindeki yetersizlik sonucu seksüel performanstaki tatminsizlik olarak tanımlanan erektil disfonkisyon (ED) ve PE en yaygın görülen erkek cinsel işlev bozukluklarıdır. PE ve ED arasındaki ilişki birçok teoriler ile açıklanmaya çalışılmış ve çeşitli çalışmalarda konu olmuştur. Bu çalışmada PE ile başvuran hastalarda ED sıklığının ve şiddetin araştırılmasını hedeflenmiştir.

MATERYAL-METOD: Kliniğimize PE yakınması ile başvuran düzenli cinsel eşi olan, cinsel aktif yaşdaki 59 hasta çalışmaya alındı. Diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, geçirilmiş onkolojik cerrahi gibi ED'ye neden olabilecek bilinen patolojisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF)'nin 1-5 ve 15. sorularını içeren 'erektil disfonksiyon alan skoru (IIEF-ED)' hesaplandı. Değerler; 6-10 ise orta, 17-25 ise hafif, 6'dan düşük ise ağır ED'nin var olduğu, 26-30 ise ED'nin olmadığı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 59 prematür ejakülasyonlu hastanın yaş dağılımı 19-57 yıl, yaş ortalaması 35.58±8.64 yıldı. Çalışmaya alınan 59 prematür ejakülasyonlu hastanın; 20'sinde (%33.8) hafif; 17'sinde (%28.8) orta ve 5'inde (%8.4) ağır ED olduğu tespit edildi. Tüm veriler toplandığında hastaların 42'sinde (%71) herhangi bir düzeyde ED mevcut olduğu gözlendi.

SONUÇ: PE'li hastalarda ED varlığı oldukça sık izlenen bir durum olup PE hastaların takip ve tedavilerinin etkili sürdürülebilir olması için ED varlığının mutlak araştırılması gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

PP-12

ORAL İZOTRETİNOİN ERKEK HASTALARDA EREKTİL FONKSİYON, CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE EJAKÜLATUAR FONKSİYONU İYİLEŞTİREBİLİR: KESİTSEL, KLİNİK ÇALIŞMA

Ercan Yuvanç[1], Serkan Demirkan[2], Mehmet Özavcı[1], Devrim Tuğlu[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Akne vulgaris, genç yaş grubunun en yaygın hastalıklarından biridir. Sistemik izotretinoin, aknenin tüm etiyopatojenik mekanizmalarına etki eden tek ilaçtır. İzotretinoinin bazı iyi bilinen yan etkileri vardır. Bunların yanı sıra, erkek cinsel işlev bozukluğuna neden olup olmadığına dair süregelen bir şüphe vardır. Erektil disfonksiyon (ED), 20 yaşında erkeklerin % 17.7-18.4'ünü etkilediği tahmin edilen yaygın bir sağlık problemidir. Prematüre ejakülasyon (PE), orgazmın aşırı hızlı olması ile karakterize edilen bir cinsel bozukluktur.

Bu çalışmada, sistemik izotretinoinin erkek cinsel sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

METODLAR: Ocak 2017 - Eylül 2017 arasında akne vulgaris tanısıyla 20-30 mg / gün dozunda sistemik izotretinoin verilen 20-60 yaşları arasında cinsel olarak aktif 70 erkek hasta bu kesitsel çalışmaya dahil edildi. Etik kurul onayı alındı. Tedaviden önce ve 3. ayda Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-15 (IIEF-15), Erkek Cinsel Sağlık Anketi - Ejakülasyon Bozukluğu (MSHQ-EjD) ve Cinsel Yaşam Kalitesi (SQoL-M) anket formları dolduruldu.

BULGULAR: IIEF-15'in Grup B' de (3. ay sonuçları), Grup A (tedavi öncesi sonuçları)(p <0.05) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak olumlu anlamda değiştiği (ortalama fark: 11.54; p <0.05) gözlemlendi. IIEF-cinsel tatmin (p <0.05), IIEF- orgazmik fonksiyon (ortalama p <0.05), IIEF- cinsel istek (p <0.05), IIEF- genel memnuniyet (p <0.05), MSHQ-EjD (ortalama fark: 1.21; P <0.05) ve SQoL-M (ortalama fark: 10.2; p <0.05) Grup B' de, A Grubuna göre istatistiksel olumlu olarak anlamlı düzeyde etkilendi. İlaç tedavisinden sonra, ortalama intravajinal ejakülasyon gecikme süresi (IELT), başlangıç değerlerine göre 3. ay kontrollerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak uzamıştır (P <0.01)(p1.47 ± 0.44p dk), (p1.76 ± 0.52p dk), sırasıyla. Prematür ejakulasyon profili (PEP) ölçümleri B grubunda (P <0.05) hastaların ejakülasyon üzerinde kontrol algısı (1.96 ± 0.77), cinsel ilişkiden memnuniyet (2.62 ± 0.98), PE ile ilgili sıkıntı (3.04 ± 0.62), PE ile indüklenen ilişki güçlüğü (3.57 ± 0.80) parametreleri göz önüne alınarak A grubu ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde düzelme görülmüştür (P <0.05).

SONUÇ: Sistemik izotretinoin erkeklerin cinsel sağlığını olumlu yönde etkilemekte ve genç ve orta yaşlı hastalarda erektil ve ejakülasyon fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitesini iyileştirmektedir.

PP-13

DEV KONDİLOMA AKUMİNATA CERRAHİ EKSİZYON İLE TEDAVİSİ

Ahmet Selçuk Dindar[1], Yüksel Yılmaz[1], Önder Karaaslan[2], Enis Mert Yorulmaz[1], Serkan Özcan[1], Yiğit Akın[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

GİRİŞ: Kondiloma Aküminata, papovirüs ailesinde yer alan Human papilloma Virüs'ün (HPV) neden olduğu seksüel geçişli bir hastalık olup sıklıkla anogenital bölgede görülmektedir. Dev kondiloma akuminata benign histolojik tipte olmasına rağmen lokal olarak agresif seyreden bir kondilom çeşitidir. Düşük de olsa skuamoz hücreli kanser gelişme riski taşır. Bu olgu sunumunda dev kondiloma akuminatalı bir hastanın cerrahi eksizyon ve flep tedavisi sunuldu.

OLGU: 56 yaşında erkek hasta polikliniğimize 20 yıldır olan giderek büyüyen genital kondilom şikayeti ile geldi. Hastanın penisini tamamen saran kondilom nedeni ile yaklaşık 15 yıldır seksüel inaktif olduğu öğrenildi. Hastanın bağışıklık sistemini baskılayacak herhangi bir dahili hastalığı veya ilaç kullanma öyküsü bulunmamaktaydı.Yapılan Elisa testleri negatif olarak izlendi. Fizik muayenede umblikus altından başlayan infeiora doğru uzanan suprapubik bölge penis skrotum tamamını kaplayan yaklaşık 30 x 40 cm boyutlarında dev kondilom tespit edildi (resim 1). Hastaya spinal anestezi altında kondilom eksizyonu uygulandı. Mukoza defektleri absorbe olabilen sütür materyali ile kapatıldı. Geniş cilt defekti olan alanlara 2 seans V.A.C. tedavisi (vakum yardımlı yara tedavisi)uygulandı. Granülasyon dokusu oluştuktan sonra plastik cerrahi desteği ile bilateral inguinal bölgeden 10 x5 mm boyutlarında tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı.(resim 2). Hasta post operatif 20. gününde taburcu edildi. Gönderilen materyal patolojisi penil intraepitelyal neoplazi olarak raporlandı

Resim

pre operatif görüntüsü

PP-14

VARİKOSEL CERRAHİSİNDE KLİNİK BAŞARI ORANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Erhan Ateş[1], Murat Uçar[2], Mehmet Zeynel Keskin[2], İlter Alkan[3], Ahmet Gökçe[4]
[1]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya

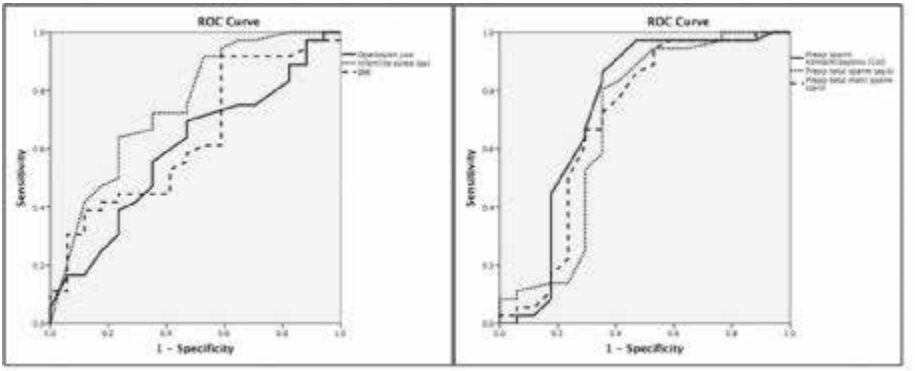
AMAÇ: Erkek infertilitesinin önemli sebeblerinden biri olan varikosel tedavisinde mikrocerrahi varikoselektomi altın standart teknik olarak kabul edilmektedir. Varikoselektominin semen parametrelerini iyileştirdiği bildirilse de tüm raporlar bu bulguyu desteklememektedir. Bu nedenle hangi hastaların varikoselektomiden fayda görebileceğini öngörebilmek önem kazanmıştır. Bu çalışmada varikoselektomi başarısını öngörücü faktörleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: İnfertilite nedeniyle varikoselektomi uygulanmış 53 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, infertilite süresi, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi preoperatif demografik özellikler ile klinik bulgular kaydedildi. Preoperatif en az 2 semen analizinden en yüksek total motil sperm sayısı olan preoperatif değer olarak kabul edildi. Postoperatif 6.ayda kontrol semen analizindeki total motil sperm sayısında %50'den fazla artış ve total motil sperm sayısı 5 milyondan az olan hastalarda en az % 100 artış olması anlamlı iyileşme olarak tanımlandı. Semen parametrelerinde iyileşme sağlananlar grup 1, sağlanmayanlar grup 2 olarak kategorize edildi. Veriler arasındaki ilişki uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendiridi.

BULGULAR: Hastaların grup 1 ve grup 2'de ortalama yaşları sırasıyla 27.0±5.4 (19-38) ve 28.8±5.6 (20-40) yıl (p=0.259), ortalama infertilite süreleri sırasıyla 21.9±12.7(12-36) ve 42.9±29.5(12-120) ay (p=0.003), ortalama VKİ'leri sırasıyla 24.8±3.2 (20.39-31.83) ve 26.5±3.3 (20.69-31.82) kg/m2 (p=0.107) idi. Grup 1'deki preoperatif ve postoperatif tüm semen parametrelerindeki değişimler istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Öte yandan grup 1 ve grup 2 arasında postoperatif semen parametrelerindeki değişim semen volümü haricinde istatistiksel olarak anlamlıydı. İnfertilite süresinin varikoselektomi sonrası semen parametrelerinin düzelmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir prediktif değeri olduğu saptandı. Yine benzer şekilde operasyon öncesi sperm konsantrasyonu, total sperm sayısı ve total motil sperm sayısının istatistiksel olarak anlamlı prediktör faktörler olduğu saptandı (Şekil 1,Tablo 1).

SONUÇ: Kısa infertilite süresi ve operasyon öncesi semen parametrelerinin iyi olması varikoselektomiden elde edilecek başarıyı öngörmede belirleyici faktörlerdir.

Şekil



Tablo

	Eğri altında kalan alan	%95 Güven aralığı	p değeri
Hasta yaşı	0.598	0.435-0.761	0.253
İnfertilite süresi	0.750	0.604-0.896	0.004
VKİ	0.638	0.478-0.798	0.107
Preoperatif sperm konsantrasyonu	0.738	0.560-0.915	0.006
Preoperatif total sperm sayısı	0.684	0.500-0.868	0.032
Preoperatif total motil sperm sayısı	0.697	0.517-0.876	0.022

PP-15

VARİKOSELİ OLAN ERKEKLERİN SPERMİ TARAFINDAN ROT (REAKTİF OKSİJEN TÜRLERİ) ÜRETİMİ VE BUNLARIN VARİKOSEL DERECESİ İLE İLİŞKİSİ

İlter Alkan[1], Halil Lütfi Canat[1], Meral Yüksel[2], Murad Başar[3]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şişli, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Laboratuvar Bölümü
[3]Memorial Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şişli, İstanbul

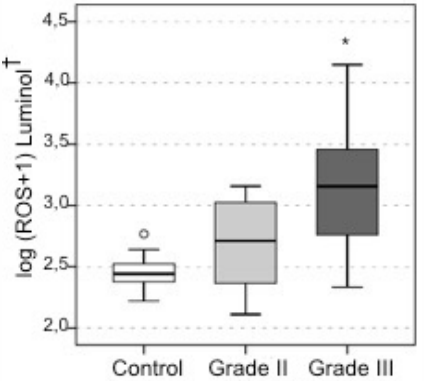
AMAÇ: Varikoseli olan erkeklerin spermi tarafından ROT (Reaktif Oksijen Türleri) üretimi ve üretilen ROT değerlerinin varikosel derecesi ile olan ilişkisini araştırmak.

YÖNTEMLER: Bu ileriye dönük çalışma, fertilite durumuna bakılmaksızın derece II/III varikoseli olan 33 erkekten oluşmaktadır. Normal spermiyograma sahip 13 sağlıklı erkek kontrol grubunu oluşturmuştur. Semen parametreleri Dünya Sağlık Örgütü 2010 kriterlerine göre bakılmıştır. Sperm hazırlanmasında swim-up yöntemi kullanılmıştır. ROT üretimi luminole-bağımlı KL (kemiluminesans) yöntemi ile ölçülmüştür. Sonuçlar, RLU (relative light unit) /1.0 x 106 spermatozoa/mL olarak verilmiştir. Hesaplamalarda ROT değerlerinin logaritması kullanılmıştır.

SONUÇLAR: Varikoseli olan erkeklerdeki luminole-bağımlı KL ile ölçülen ROT üretimi sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti (2.9 ± 0.4 RLU vs. 2.4 ± 0.1 RLU, $p = 0.001$). Varikosel grubunun sperm konsantrasyonları ve normal sperm morfolojisi kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü ($p < 0.001$). Varikosel derece III vakalarının ROT değerleri derece II ve kontrol vakalarından anlamlı derecede yüksekti. ($p < 0.001$). Varikosel derece III vakalarının ROT düzeyleri derece II vakalarından daha yüksek, sperm konsantrasyon ve normal morfolojileri daha düşüktü. ROT düzeyleri bütün semen parametreleri ile negatif korelasyon gösteriyordu.

KARARLAR: Varikoseli olan erkeklerde sperm tarafından üretilen ROT üretimi artmaktadır. Varikoseli olan erkeklerin ROT üretimi, varikosel derece yüksekliği ve bozulmuş sperm parametreleri ile ilişkilidir. ROT'un aşırı üretimi, varikoseli olan hastalarda görülen sperm parametrelerinin bozukluğunun etiyolojisinde önemli bir mekanizma olabilir.

Luminole-bağımlı log (ROS+1) değerleri ve varikosel dereceleri



Derece II, derece III ve kontrol grubu luminole-bağımlı log(ROS+1) değerleri (ortalama± SD).* Diğer gruplara göre anlamlı farklılık. †RLU /1.0 x 106 spermatozoa/mL.

PP-17

KRONİK SKROTAL AĞRI VE HİDROSELİN SIRADIŞI NEDENİ: İZOLE TÜBERKÜLOZ EPİDİDİMİT

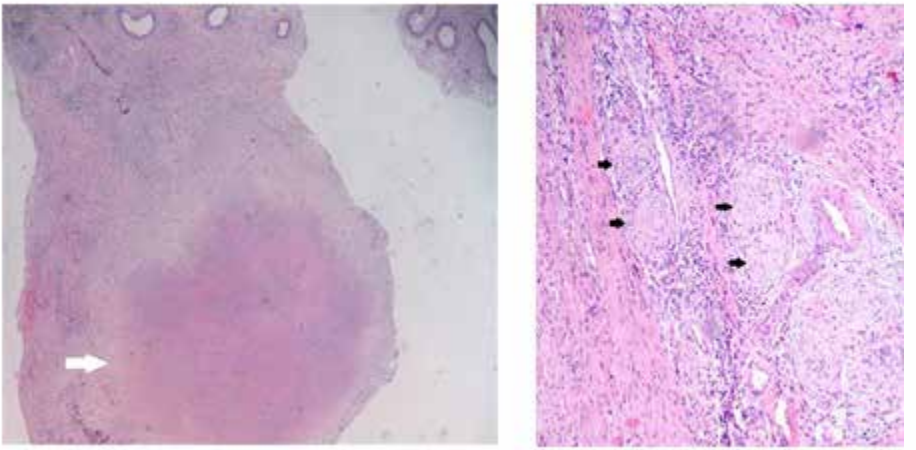
İbrahim Kartal[1], Fatih Sandıkçı[1], Ünsal Han[2], Azmi Levent Sağnak[1], Hamit Ersoy[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, 06110, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, 06110, Türkiye

ARKA PLAN: İzole tüberküloz epididimit (İTE); böbrekte klinik kanıt olmadan sadece epididimi tutan genitoüriner tüberkülozun (GÜTB) nadir görülen bir durumudur. Sıklığı giderek artan kronik skrotal ağrının bir nedeni de, olgumuzda olduğu gibi ancak yüksek klinik şüphe ile tanıya ulaşılabilen İTE olabilir.

OLGU SUNUMU: Kronik skrotal ağrısı ve hidroseli mevcut olan ve epididimit tanısıyla medikal tedaviler uygulanıp cevap alamayan hastaya, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri sonucunda skrotal eksplorasyon uygulandı. Patoloji materyalinde epididimde ve küçük damarlar etrafında nekrotizan ve non-nekrotizan granülomlar görülmesi (Şekil 1) dolayısıyla ayırıcı tanı amaçlı yapılan tetkiklerde Mantoux testi pozitif tespit edildi. Patoloji materyalinde yapılan PCR'da Mycobacterium Tuberculosis ile uyumlu bulundu. Preoperatif sistemik şikayetleri olmayan hastanın, 6 aylık antitüberkülöz ilaçlarla, ağrısı geçmiş ve skrotal şişliği tamamen ortadan kalkmış olarak tedavisi tamamlandı.

Sonuç: Nadir görülen ITE'de, hastalar genellikle ağrısız skrotal kitle ile başvuruda bulunurlar. Sıradışı olarak ITE hastalarının, olgumuzda olduğu gibi kronik skrotal ağrıya neden olabileceği, ayrıca bugüne kadar çok vurgulanmamış olsa da ITE'ye hidroselin eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Şekil



a. Epididim dokusu komşuluğunda yerleşmiş merkezinde nekroz bulunduran granülom yapısının (beyaz ok) mikroskobik görüntüsü (hematoksilen ve eozin stain, x20) b. Orta çaplı ve küçük çaplı damarları tutmuş granülom yapılarının (siyah oklar) mikroskobik görüntüsü (hematoksilen ve eozin stain, x100)

PP-18

KRONİK ORKİALJİDE MİKROCERRAHİ YÖNTEMLE SPERMATİK KORD DENERVASYONU: İLK SONUÇLARIMIZ

İbrahim Kartal, Fatih Sandıkçı, Hamit Ersoy
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, 06110, Türkiye

AMAÇ: Kronik orkialji; aralıklı yada sürekli olan, tek veya iki taraflı olabilen, hastanın günlük yaşamsal aktivitelerini kısıtlayan, medikal tedavi ihtiyacı duyuran, en az 3 aydır devam eden testiküler ağrıya denmektedir. Mikrocerrahi yöntemle spermatik kord denervasyonu (MCSKD) konservatif tedavi yöntemlerine cevap vermeyen kronik testiküler ağrılı hastalarda başarısı kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden biridir. Bu çalışma, sıklığı giderek artan kronik orkialji hastalarının tedavisinde kliniğimizde yeni uygulamaya başladığımız MCSKD yöntemini tartışmayı hedeflemektedir.

YÖNTEM: İlk olarak Eylül 2016'da başlayan ve 1 yıl içinde MCSKD prosedürü uygulanan 12 hastanın demografik bilgileri ve sonuçları retrospektif olarak taranmış ve analiz edilmiştir. Hastaların operasyon öncesi seçilme kriteleri; standart ağrı tedavi protokollerine cevap vermeyen ve işlem öncesi spermatik kordun Bupivakain, Lidokain, Deksametazon karışımı ile yapılan blokajına tam cevap vermeleridir. Subinguinal kesi ile mikroskop eşliğinde cerrahi işlem uygulanmıştır (Şekil 1). Ağrının değerlendirilmesi, subjektif olarak Vizüel Analog Skala ve objektif olarak preoperatif ve postoperatif olarak standartize edilmiş ağrı skoru ile değerlendirilmiştir (PIQ-6, QualityMetric Inc., Lincoln, RA).

BULGULAR:MCSKD uygulanan hastaların ortanca yaşı 26'dır (21-44). Prosedür %25 (3) sağ ve %75 (9) sol tarafa uygulanmıştır, iki taraflı prosedür uygulanan hasta bulunmamaktadır. Ortalama operasyon süresi 35 dakikadır (25-55). Tüm hastalar postoperatif 1. gün sabahında taburcu edilmiştir. İşleme bağlı intraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmemiştir. Ağrı skorlarıyla yapılan değerlendirmede postoperatif 3. ayda hastaların; %83.3'ünde (10) ağrısının tamamen geçtiği, %8.3'ünde (1) ağrısının azaldığı ve parsiyel cevap alındığı, %8.3'ünde (1) ağrılarında değişiklik olmadığı belirlenmiştir. Postoperatif 6. ayda; %16.6 (2) parsiyel cevap, %8.3 (1) ağrının azalmadığı belirlenerek, kronik orkialj nedeniyle opere edilen hastalarda ağrıda anlamlı azalma %91.6 (11) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Konservatif tedaviye cevap vermeyen kronik orkialji; hastaların yaşamını olumsuz etkileyen ve yönetimi oldukça zor bir durumdur. Fonksiyonel sonuçlar amaçlanan MCSKD'da hasta seçimi ve hastanın aydınlatılması oldukça önemlidir. Bu unsurlar dikkate alındığında literatüre paralel olarak bizim sonuçlarımızda da görüldüğü gibi MCSKD, düşük komplikasyon oranları ile etkin ve güvenilir olarak kronik orkialjili hastalarda tercih edilebilecek bir yöntemdir. Kliniğimizde yeni uygulanmaya başlanması ve hasta sayısının kısıtlı olmasına rağmen, sonuçlarımız; kronik orkialji yönetiminde, MCSKD prosedürü doğru hasta seçimiyle beraber, ülkemizde de giderek yaygınlaşabileceğini göstermektedir.

Şekil

Subinguinal kesi ile sol spermatik kord denervasyonu, intraoperatif görüntü

PP-19

SERBEST PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN TESTİNİN GEREKSİZ İSTEMİ NASIL ÖNLENİR?

Cuma Mertoğlu[1], Aliseydi Bozkurt[2]
[1]Erzincan Üniversitesi, Tıp fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilimdalı, Erzincan
[2]Erzincan Üniversitesi, Tıp fakültesi, Üroloji Anabilimdalı, Erzincan

AMAÇ: Bu çalışmada gereksiz istenilen serbest prostat spesifik antijen (sPSA) testinin yapılan bazı düzenlemelerle nasıl değiştiğini göstermek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: 4 ng/ml'nin altında veya 10 ng/ml'nin üzerindeki total PSA değerlerinde yapılan sPSA istemleri 'gereksiz test istemi' olarak kabul edildi. Bunun için ilgili hekimler bilgilendirilerek, sPSA testi istem panelinde ayrı ikinci bir pencerede yer alacak şekilde düzenlendi ve hekimlerden sadece tPSA testini istemeleri istendi. Labaratuvar çalışanları tarafından, tPSA değeri sonucu 4-10 ng/ml arası çıkan hastalardan ek olarak sPSA testi çalışıldı.

BULGULAR: 17.01.2017-09.03.2017 tarihleri arasında hastanemizde 1236 tane sPSA ve 1292 adet tPSA testi (sPSA/tPSA = %95.6) çalışılırken ilgili düzenlenme yapıldıktan sonra 17.01.2018-09.03.2018 tarihleri arasında 328 tane sPSA ve 1139 tane tPSA testi (sPSA/tPSA= % 28.7) çalışıldığı görüldü. sPSA test isteminin tPSA test istemine oranı % 66.9 azalmış olarak bulundu.

SONUÇ: Test isteminde yapılan düzenlemeler ile gereksiz sPSA test sayıları azaltılarak önemli oranda bir mali ve iş gücü kaybının önüne geçilmiştir.

PP-20

AKUT ÜRİNER RETANSİYON İLE BAŞVURAN METASTATİK PENİL KANSER VAKASI

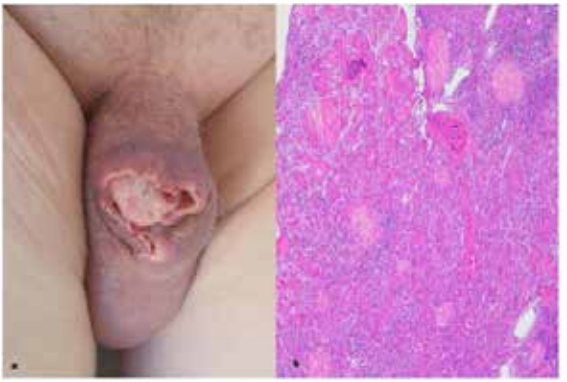
Aşkın Eroğlu[1], Şahin Kılıç[2], Engin Kölükcü[3], İlker Akarken[4], Yelda Dere[5]
[1]Başkent Üniversitesi İzmir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
[2]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muğla
[3]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Tokat
[4]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Muğla
[5]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Muğla

GİRİŞ: Metastatik penil kanser sınırlı sayıda etkili tedavi seçeneği olan ve çok hızlı şekilde ölüm ile sonlanan bir durumdur. Paclitaxel, ifosfamide, cisplatin bazlı kemoterapi protokolleri tedavide kullanılır. Salvage cerrahi veya radyoterapininin faydası olduğu düşünülmemektedir. Bu sunuda akut üriner retansiyon ile başvuran bir metastatik penil kanser hastası ve klinik seyri sunulmaya çalışıldı.

OLGU: 82 yaşında erkek hasta, son bir yıldır sık idrara çıkma, idrarda yanma ve yetiştiremeden idrar kaçırma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde bir çok kez hekime başvurmuş ve üriner enfeksiyon tanısı ile tedavi almış olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın bir yıldır fark ettiği, utanması nedeniyle hekimlere anlatmaya çekindiği, penisinde geçmeyen yarası olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde suprapubik hassasiyet ve glob vezikale, bilateral sert immobil ağrısız en büyüğü 2,5 cm olan lenf nodları izlendi. Genital muayenesinde penis distali ülsere, akıntılı, ve nekrotik görünümde izlendi. Üretral meatus ve glans penis görülemedi (Resim 1-a). Sonda takılamayan hastaya perkütan sistostomi katateri takıldı. Böbrek fonksiyon testleri normal gelen hastanın Hg değeri 7.3 g/dl saptandı ve idrar kültüründe Echeria Coli üredi. Uygun antibiyoterapi verilen hastaya penil biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom geldi (Resim 1-b). Hastaya yapılan PetBT sonucunda bilateral inguinal lenf nodlarında ve sol acetabulumda metastaz ile uyumlu hipermetabolik aktivite saptandı. Kemoterapi için onkoloji kliniği görüşü alınan hasta, performans skoru düşüklüğü nedeni ile kemoterapi alamadı. Genel sağkalım ve klinik yararı olmayacağı düşünülerek cerrahi planlanmayan hasta perkütan sistostomi ile izleme alındı. Hasta bir ay içinde kaybedildi.

SONUÇ: Penil kanser agresif seyirli bir malignitedir ve sağkalımda en önemli etken, erken tanısıdır. Kesin tanısı şüpheli lezyondan biyopsi ve patolojik inceleme ile konulmaktadır. Tanı gecikmesinde kısa zamanda metastatik hale gelerek mortal seyredebilmektedir.

Penil kanser klinik ve mikroskobik görüntü



PP-21

CİNSEL PERHİZ SÜRESİ VE SEMEN PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ahmet Gökçe, Deniz Gül, Hacı Can Direk, Hacı İbrahim Çimen, Fikret Halis
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Erkekte üreme kapasitesini öngörebilmek amacıyla ejakülatın makroskobik ve mikroskobik özelliklerinin değerlendirildiği semen analizi bazı intrensek ve ekstrensek faktörlerden etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı, cinsel perhiz süresinin konvansiyonel semen parametreleri üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya hastanemiz androloji laboratuvarında Ocak 2015 – Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmış semen analizi sonuçları normal olan 170 hasta dahil edildi. Normospermik olmayan ve ek hastalığı olan olgular çalışma dışında bırakıldı. Hastalar cinsel perhiz sürelerine göre 0–1 gün (grup-1:30 hasta), 2–5 gün (grup-2:90 hasta) ve 6–7 gün (grup-3:50 hasta) olarak üç gruba ayrıldı ve gruplar arasında hacim, pH, konsantrasyon ve motilite oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamaları grup 1, 2 ve 3'te sırasıyla 32,70±5,31, 30,14±5,99 ve 31,72±6,48 yıldı ve gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark yoktu (p=0,09). Hastaların semen analizlerinde, hacimlerine bakıldığında, hacim ortalamaları gruplarda sırasıyla 2,43±1,21 ml, 2,95±0,89 ml ve 3,29±1,24 ml idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,003). Sperm konsantrasyonları değerlendirildiğinde, 65,13±27,95 m/ml, 75,08±25,52 m/ml ve 82,8±29,43 m/ml değerleri bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,019). Grup 1, 2 ve 3 için total motilite, sırasıyla %62,87±8,07, %58,55±8,70 ve %56,36±8,28 (p=0,005); ileri motilite, %55,26±8,44, %50,70±10,39 ve %49,00±8,71 (p=0,019); ve hareketsiz sperm oranları, %37,12±8,07, %41,44±8,70 ve %43,63±8,28 (p=0,005) idi ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. pH ve yerinde motilite oranları açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptandı.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, normal sağlıklı bireylerdeki semen analizlerinde cinsel perhiz süresi arttıkça hacim ve sperm konsantrasyonunun arttığını, motilitenin ise azaldığını göstermektedir. Semen analizlerini değerlendirirken bu verilerin dikkate alınmasında yarar olacağını düşünmekteyiz.

PP-22

AÇIK VE LAPAROSKOPİK FITIK AMELİYATLARININ SEKSÜEL AKTİVİTE ÜZERİNE ETKİLERİ

Ekrem Yadigaroğlu[1], Turgut Dönmez[2], Mehmet Özay Özgür[1]
[1]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi Genel Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,İstanbul

AMAÇ: Kasık fıtığı operasyonlarında idrar retansiyonu ve seksüel aktiviteye dönüş süresi hastaların muzdarip olduğu ameliyatın en önemli problemlerden sayılmaktadır.Açık fıtık operasyonlarında spinal anestezi nin genel anesteziye oranla daha az yan etkileri olduğu için daha çok tercih edilmektedir.Son zamanlarda spinal anestezi altında laparoskopik fıtık ameliyatlarıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır.Çalışmamızda kasık fıtığı için spinal anestezi altında yapılan lichtenstein herni onarımı ile laparoskopik total ekstraperitoneal herni(TEP) tamiri yöntemlerinin idrar retansiyonu ve seksüel aktivite üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Lütfiye Nuri Burat Devlet hastanesinde Mayıs 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında spinal anestezi altında yapılan yapılan lichtenstein herni onarımı(grup 1) ile TEP(grup 2) ile kasık fıtığı operasyonu geçiren hastaların dosyaları ve poliklinik kontrolleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş,cinsiyet,vücut kitle indeksi,yandaş hastalıklar, ameliyat süreleri, yan etkiler,ameliyat komplikasyonları,idrar retansiyonu,ağrısız seksüel aktiviteye dönüş süreleri incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya 106 hasta dahil edildi.Grup 1 de 58 grup 2 de 48 hasta vardı. Hastaların 98 u erkek 13 si bayan idi. Hastaların yaş ortalaması grup 1 de 39.9 ± 16.2 iken grup 2 de 39.1 ± 16.5 (p:0,672),vucut kitle indeksi 24.3 ± 3.2 ve 23.8 ± 3.2(p:0.277) olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ortalama operasyon süresi grup2 de 50.4 ± 7.3 dakika iken grup 1 de 38.1 ± 5.9; olup gruplar arasında anlamlı fark vardı (p <0.001). İdrar retansiyonu insidansı grup 1 de 10 (% 17.2) ve grup 2 de 2 (% 4.16) olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı.(p: 0.026).Seksüel aktiviteye dönüş süresi grup 1 de 39.9±16.2 gün iken grup 2 de 24.3±3.2 gün olup istatiksel olarak anlamlı tespit edildi.(p<0.001).Hasta memnuniyeti grup 2 de 4.43±0.64 iken grup 1 de 2.38±0.55 olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı.(p<0.001).

SONUÇ: Kasık fıtığının cerrahisinde lichtenstein herni onarımı hala altın standart olarak kabul edilmektedir.Ancak TEP ameliyatları idrar retansiyonu gelişimi ve seksüel aktiviteye dönüş açısından açık fıtık ameliyatlarına göre daha iyi sonuçlar vermektedir.

Tablo

	Grup 1(Lichtenstein teknik) n:58	Grup 2 (TEP teknik) n:48	p değeri
Yaş (yıl)	39.9 ± 16.2	39.1 ± 16.5	0,672
VKI(vucut kitle indeksi kg/m2)	24.3 ± 3.2	23.8 ± 3.2	0,277
Operasyon süresi (dk)	38.1 ± 5.9	50.4 ± 7.3	<0,001
Seksüel aktiviteye dönüş süresi (gün)	39.9±16.2	24.3±3.2	<0,001
İdrar retansiyonu	10 (% 17.2)	2 (% 4.16)	<0,001
Hasta memnuniyeti (likert ölçeği 0-5)	2.38±0.55	4.43±0.64	<0,001

Hastaların demografik özellikleri ve operasyon verileri

PP-23

ŞİDDETLİ DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ İSKEMİK PRİAPİZM: OLGU SUNUMU

Hüseyin Aydemir, Anıl Erdik, Deniz Gül, Ahmet Gökçe
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Priapizm, cinsel uyarı veya cinsel istek olmaksızın meydana gelen, uzamış ve istenmeyen ereksiyon halidir. Hızlı tanı konulup süratle tedavi edilmez ise erektil disfonksiyon ile sonuçlanabilecek olan acil bir durumdur. Patofizyolojik olarak iskemik (düşük akımlı), non-iskemik (yüksek akımlı) ve stuttering (tekrarlayan) olmak üzere 3 tipi vardır. İskemik priapizmin tedavisinde temel amaç korpus kavernozumlardaki kan akışının ve oksijenizasyonun yeniden sağlanmasıdır. Aspirasyon ve sempatomimetik ajan enjeksiyonunun kombinasyonu olan medikal tedavinin başarısız olduğu vakalarda cerrahi şant teknikleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada priapizm ile acil servise başvuran, ileri derecede demir eksikliği anemisi tespit edilerek önce T-şant ardından modifiye Al-Ghorab distal şant (Burnett) yapılarak detümesans sağlanan olgu sunuldu.

OLGU: Kırksekiz yaşında erkek hasta yaklaşık 24 saattir süren ağrılı ereksiyon şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Hastanın ereksiyonu uykuda başlamış ve ejakülasyon olmasına rağmen detümesans gerçekleşmemiştir. Fizik muayenesinde; penis ağrılı, korpus kavernozum rijit izlendi. Hastanın daha önce bildiği bir tıbbi sorunu yoktu. Yapılan laboratuar tetkiklerinde; Hgb: 5.85 g/dl, Hct: % 20.6, MCV:58.9 fl. intrakavernöz alınan kan gazında iskemik değişiklikler (pH:6.83, pCO2:80.6, pO2:41.7) mevcuttu. Penil renkli doppler ultrasonografide her iki kavernöz arterde akım sinyali izlenmedi. İntrakavernöz drenaj uygulandıktan sonra intrakavernöz adrenalin uygulaması yapıldı ve yeterli detümesans sağlanamadı. Hastaya anestezi altında "T-shunt" yapıldı. Yeterli detümesans sağlandı. Ancak yaklaşık 12 saat sonra tekrar priapizm meydana geldiği ve kan gazı analizine hipoksi ve asidoz olduğu görüldü. Bu aşamada psödoefedrin HCL 60 mg 2x1, finasiteride 5 mg 1x1 ve prednizolon 5 mg 1x1 başlandı. Hastaya açık distal şant yapılmasına karar verildi. Modifiye Al-Ghorab şant cerrahisi yapıldı. Glans penisin dorsali ve koronal sulcus'un 1 cm distaline 2 cm'lik transvers bir insizyon yapıldı. Korporaların distal uçları lokalize edilerek tunica albugineadan 5 mm çapında sirküler bir alan eksize edildi. Ardından Hegar dilatatör (7/8) korporal cisimlere tunikada açılan pencereden retrograd olarak ilerletildi. Penis flask hale geldikten sonra koban pansuman uygulandı. Hasta istemediği için penil protez uygulanmadı. Operasyon sonrası 1 aylık takipte hastanın ağrısının tamamen iyileştiği ve penil duyusunun normal olduğu gözlendi. Hasta ayrıca ara ara kısmi ereksiyonlarının olduğunu ifade etti.

SONUÇ: Gecikmiş priapizm olgularında perkütan distal şantların yetersiz kaldığı olgularda modifiye Al-Ghorab distal şant uygulanabilir ve etkin bir yöntemdir.

PP-24

KADİN CİNSEL DİSFONKSİYONUNA FARKLI BAKIŞ: TÜRK KADIN POPÜLASYONUNDA DURUM NEDİR?

Ayse Veyhurda Dikmen
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Polatlı/Ankara

AMAÇ: Kadın cinsel disfonksiyonu, sosyokültürel problemler nedeniyle doktora başvurmayı geciktiren bir sağlık sorunudur ancak öykü alınırken sorgulandığında, sıklıkla, hastanın asıl muzdarip olduğu ana sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok ülkede, kadın cinsel disfonksiyonu, halen hekimlerin kuşkuyla yaklaştığı, zorlayıcı bir sağlık sorunudur. Gelişen bir ülkede bir bayan ürolog olarak, kadın hastaların cinsel disfonksiyon problemlerini değerlendirmeyi amaçladım.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Mart 2010 ve Mayıs 2017 arasında kliniğimizde kadın cinsel disfonksiyonu ile 1300 kadın hasta değerlendirildi; 610'u cinsel istek bozukluğu ve 690'ı uyarılma bozukluğu nedeniyle başvurmuştu. 245'inde tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve genital enfeksiyon bulguları mevcuttu.

BULGULAR: Başvuru yakınması pelvik ağrı olan kadın hastaların tümünde kadın cinsel disfonksiyonuna dair öykü ayrıntıları ve bulgular mevcuttu. 1090'ı premenopozal dönemde olup, kadın cinsel disfonksiyonu yakınmalarının genç kadın hasta popülasyonunu büyük oranda etkileyen ancak sosyokültürel çekinceler nedeniyle doktora başvurmayı geciktiren ana sorun olduğu saptandı.

SONUÇLAR: Kadın cinsel disfonksiyonundan muzdarip olan hastaların çoğunluğunun cinsel uyarılma bozukluğu alanına girdiği ve premenopozal popülasyonda daha sık olduğu sonucuna ulaştım.

PP-25

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, TROMBOSİT/LENFOSİT ORANI VE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Karabakan[1], Aliseydi Bozkurt[2]
[1]Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin, Türkiye
[2]Erzincan Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzincan, Türkiye

GİRİŞ & AMAÇ: Erektil disfonksiyon (ED) etyolojisinde; hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve koroner arter hastalığı (KAH) dahil çeşitli kronik hastalıklar ile bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar olduğu düşünülmektedir. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve trombosit/lenfosit oranı (TLO) birçok hastalık hakkında bilgi vermektedir. NLO ve TLO sistemik inflamasyon, bazı jinekolojik ve gastrointestinal kanserler, koroner arter hastalıkları, çeşitli onkolojik hastalıklar ve özellikle akut koroner sendromda artmaktadır. Bu çalışmada, ED hastalarında NLO, TLO ve ED şiddeti arasındaki ilişki araştırıldı.

MATERYAL & METOTLAR: Hastalardan alınan tüm veriler retrospektif olarak tarandı. Vücut kütle indeksi (VKİ), Ulaslararası Erektil İşlev İndeksi-5 (IIEF-5) skorları, yaş, açlık kan şekeri, tam kan sayımı, lipid ve hormon profili değerleri ölçüldü. Hem hasta hem de kontrol gruplarından TLO ve NLO sonuçları değerlendirildi. Tüm gruplarda ereksiyon derecesini değerlendirmek için Uluslararası Erektil İşlev İndeks (IIEF-5) anketi kullanıldı. ED ile başvuran toplam 157 hasta; ağır ED (34 hasta), orta ED (32 hasta), hafif-orta (36 hasta) ve hafif ED (29 hasta) olmak üzere dört gruba ayrıldı. Ayrıca 26 sağlıklı erkek ile kontrol grubu oluşturuldu.

BULGULAR: Ortalama yaş, hipertansiyon, sigara içme durumu, alkol kullanımı, DM, koroner arter hastalığı, LDL ve TG açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Ortalama TLO değeri şiddetli, hafif-orta, orta, hafif ED ve kontrol gruplarında sırasıyla 125.3 ± 41.4, 118.2 ± 50.4, 120.6 ± 36.1, 104.9 ± 3.2, 107.5 ± 37.4 idi. ED grupları ve kontroller arasında TLO oranında anlamlı fark yoktu (P> 0.05). Ortalama NLO değerleri sırasıyla şiddetli, orta, hafif-orta, hafif derecede ED ve kontrol gruplarında; 2.40 ± 1.22, 2.34 ± 0.88, 2.26 ± 1.22, 2.08 ± 0.87, 1.76 ± 0.7 idi. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bu değerler tüm ED grubu hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p <0.05).

SONUÇ: ED hastalarında NLO değeri daha yüksek bulundu. NLO değeri ED ile ilişkili olabilir ve ED hastalarında değerli bilgiler verebilir.

Tablo 1: Klinik bulgular

Gruplar	Şiddetli ED	Orta ED	Hafif-Orta ED	Hafif ED	Kontol	P
	n:34	n:32	n:36	n:29	n:26	
Yaş (yıl)	57,8±8,6	52,9±8,8	56,2±6,9	51,3±8,4	53,3±8,3	0.329
TT (ng dl)	438,3±148	458,5±155	366,2±92	422,8±128	485,5±172	0,015
NLO	2,4±1,22	2,34±0,88	2,26±1,22	2,08±0,87	1,76±0,7	0,044
TLO	125,3±41,4	120,61±36,	118,2±50,4	104,88±34	107,57±37	0,130

NLO: Nötrofil-Lenfosit Oranı; TLO: Trombosit-Lenfosit Oranı; TT: Total Testosteron

PP-26

GÜNÜMÜZDE TESTİS ULTRASONOGRAFİSİ FİZİK MUAYENENİN YERİNİ ALABİLİR Mİ? VAKA SUNUMU

Ahmet Yüce, Erdal Benli, Abdullah Çırakoğlu, İsmail Nalbant
Ordu Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı,Ordu

GİRİŞ: Testis kanseri, özellikle genç erkeklerde sık görülen kanser türlerindendir. Ürolojik kanserlerin yaklaşık %5'ni oluşturur. Sıklıkla yoğun poliklinik çalışma koşullarında, anamnez ve fizik muayene yerini laboratuvar testlerine bırakmış durumdadır. Ancak anamnez ve fizik muayene bir hastanın değerlendirilmesinde en önemli araç olmaya hala devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağ kasık ağrısı ile üroloji polikliniğine başvuran ve normal olarak değerlendirilen 21 yaşındaki erkek hastada 6 ay sonra saptanan testis kanseri vakasını sunmak ayrıca anamnez ve fizik muayenenin önemine dikkat çekmektir.

VAKA: 21 yaşındaki, ME adlı erkek hasta 6 ay önce sol testis ağrısı ile doktora başvurmuş. Bu sırada sadece skrotal USG istenmiş ve poliklinik yoğunluğu nedeniyle muayene sonraya ertelenmiş ya da yapılmamış. Daha sonra normal olarak rapor edilen skrotal USG ile hasta evine gönderilmiş. 6 ay sonra hasta kliniğimize tekrar başvurdu. Yapılan ilk muayenesinde sol testisde kitle saptandı. Daha sonra yapılan skrotal USG ve serumda bakılan biyokimyasal analizlerde testis tümörü tanısı konularak acil orşiektomi yapıldı. Patoloji sonucu nonseminom testis tümörü olarak rapor edildi (evre 1).

SONUÇ: Bu çalışma sonucunda özellikle genç erkek hasta grubunda testis sorunları ile başvuran hastaların, üroloji polikliniğinde bile testis tümörlerinin atlanabildiği saptandı. Bu nedenle testis ile ilgili yakınmalarla başvuran hastalarda, her ne kadar yoğun çalışma koşullarımıza rağmen, laboratuvar testlerinin asla ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin yerini alamayacağı bilinmelidir. Ayrıca çalıştığımız USG sonucu değerlendirilirken, radyoloji doktorunun bilgisi ve o an ki dikkati göz önünde bulundurulmalıdır.

PP-28

AÇIK RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ SONRASI İNFLATABLE PENİL PROTEZ REZERVUARI, PENOSKROTAL TRANSVERS İNSİZYON İLE RETZİUS ALANINA GÜVENLE YERLEŞTİRİLEBİLİR

Mustafa Suat Bolat[1], Mehmet Özen[1], Önder Çinar[2], Recep Büyükalpelli[1], Ramazan Aşcı[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

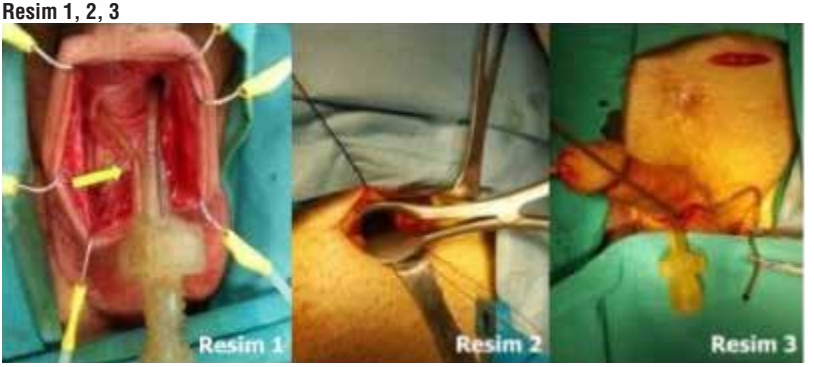
AMAÇ: Şişirilebilir penil protez rezervuarının rutin uygulamada yerleştirildiği bölge transversalis fasyasının altındaki Retzius alanıdır. Geçirilmiş major pelvik cerrahiden sonra fibrozis gelişmesi olasılığı, Retzius boşluğuna penil protez rezervuarının yerleştirilmesi ile ilgili olası komplikasyonları ve güvenlik kaygılarını ele almak amacıyla deneyimlerimizi gözden geçirdik.

GEREÇ-YÖNTEM: 2010-2017 yılları arasında şişirilebilir 3 parçalı IPP implantasyonu yapılan 255 hastanın 39'unda açık retropubik radikal prostatektomi öyküsü mevcuttu. Penoskrotal transvers insizyon yapılarak bu hastaların 7'sine AMS LGX, 18'ine CX, 14'üne ise Coloplast Titan cihazı yerleştirildi. Hastaların intraoperatif bulguları, postoperatif takip verileri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 39 hastanın yaş ortalaması 61,9 7,3; ortalama erektil disfonksiyon süresi 29,7 21,1; ortalama takip süresi ise 36,1±15,4 idi. Hastaların 36'sına, intraoperatif bir komplikasyon olmaksızın şişirilebilir penil protez yerleştirildi. 38 olgunun rezervuarı Retzius alanına direct gözlem yapılmaksızın künt diseksiyon ve el yordamıyla yerleştirildi. Sadece bir olguda açık radikal prostatektomi ve sağ inguinal herniografiye bağlı fibrosis nedeniyle peritoneal perforasyon nedeniyle transversalis adalesi ile fasya transversalis arasında alan oluşturularak ektopik rezervuar (AMS Conceal) yerleştirildi. Takip süresince bir olguda protez enfeksiyonu (% 2.6) ve bir olguda da (% 2.6) mekanik bozukluk gözlendi.

SONUÇ: Açık radikal prostatektomi öyküsü olan hastalarda, penoskrotal insizyonla üç parçalı penil protez ve rezervuarı retropubik Retzius boşluğuna düşük komplikasyon oranlarıyla güvenle yerleştirilebilir. Nadiren gerekse de ektopik rezervuar yerleştirilmesi alternatif bir prosedür olarak akılda tutulmalı ve cerrahi sırasında bu aparat yedek olarak bulundurulmalıdır.

Resim 1, 2, 3



Resim 1. Borunun pompa ile bileşim yerindeki rüptüre bağlı mekanik bozukluk (sarı ok);
Resim 2. Açık Radikal prostatektomi ve sağ inguinal herniorafi geçirmiş olan olguda transvers adale ile fasya transversalis arasında alan oluşturulması;
Resim 3. Rezervuarın abdominal insizyondan ve pompanın transvers penoskrotal insizyondan skrotuma yerleştirilerek ara bağlantıların hazır hale getirilmesi.

Tablo 1. Olguların demografik, operatif ve postoperatif bulguları

Hasta sayısı	39
Yaş (yıl, ortalama standart sapma)	61,9±7,3
Protez tipi (n, %) AMS 700 CX AMS LGX Coloplast TITAN	18 (46,2) 7 (17,9) 14 (35,9)
Takip Süresi (ay, ortalama standart sapma)	36,1±15,4
Kavernozal uzunluk (cm, ortalama standart sapma) Sol Sağ	16,8±1,3 16,9±1,4
Ek işlemler, n (%) İnternal üretrotomi Wilson manevrası Male sling Artifisyel Üriner Sfinkter Ektopik rezervuar implantasyonu	3 (7,7) 2 (5,1) 2 (5,1) 1 (2,6) 1 (2,6)
Komplikasyonlar, n (%) Peritoneal perforasyon Mekanik bozukluk	1 (2,6) 1 (2,6)
Dren çekilmesi (gün, ortalama standart sapma)	2,0 ±1,1
Cerrahi Süresi (dakika, ortalama standart sapma)	58,3±11,9
Preoperatif IIEF (1-5,15) (ortalama standart sapma)	3,0±1,8
Postoperatif IIEF (1-5,15) (ortalama standart sapma)	25,9±1,3
Postoperatif EDITS (ortalama standart sapma)	88.2±3,6

PP-29

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI GELİŞEN RETROGRAD EJAKÜLASYON İŞLEM ÖNCESİNDE ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

Şenol Tonyalı, Mustafa Karaaslan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Prostatın transüretral rezeksiyonu (TUR-P), benign prostat hiperplazisine (BPH) bağlı alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) tedavisinde 80 gramın altındaki prostatı olan hastalarda altın standart cerrahi tedavi seçeneğidir. TUR-P sonrası retrograd ejakulasyon sıklığı seriler arasında çeşitlilik gösterir ve %47.8 ile %65 arasında değişir. Bu çalışmamızda TUR-P öncesinde işlem sonrası gelişebilecek olan retrograd ejakülasyonu predikte edebilecek olan muhtemel belirteçleri ortaya koymayı amaçladık. Bu sayede hastalar olası komplikasyonlar açısından daha iyi bilgilendirilebilir ve farklı tedavilere yönlendirilebilir.

MATERYAL - METOD: Ocak 2015- Ocak 2018 tarihleri arasında BPH'ya bağlı AÜSS nedeniyle TUR-P operasyonu geçiren hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. İncelenen parametreler hastaların demografik bilgileri, preoperatif prostat volümü, operasyon süresi, patoloji spesimen ağırlığı ve TUR-P sonrası retrograd ejakülasyon varlığını içermekte idi.

BULGULAR: 130 hastanın verileri incelendi. Cinsel olarak aktif olan toplam 48 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 65.3±7.4 yıl idi. Preoperatif ortalama prostat ağırlığı 61.9±19.1 gr iken ortalama operasyon süresi 58±16 dk idi. Patoloji spesimen ağırlığı ortalama 25.2 ±15.7 gr idi. Postoperatif geç dönemde hastaların 30 tanesinde (%62.5) retrograd ejakülasyon mevcuttu. Yaş, operasyon süresi ve patoloji spesimen ağırlığı retrogad ejakülasyonu olan ve olmayan grupta benzer idi. Preoperatif prostat volümü retrograd ejakülasyonu olmayanlarda daha fazla idi (68.7 gr'a karşın 57.8 gr, p=0.055). Operasyon sonrası rezidü prostat ağırlığı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da retrograd ejakülasyonu olmayan grupta daha fazla idi (40.4 gr'a karşın 34.5 gr, p >0.05).

SONUÇ: Prostatın transüretral rezeksiyonu sonrası karşılaşılan retrograd ejakülasyonun gelişmesinde cerrahi teknik en etkili faktör olarak görülmektedir. Verumontanum etrafındaki dokunun korunması antegrad ejakülasyonun devamında önemlidir. Bu doku ve prostat kapsülünün kontraksiyonu retrograd ejakülasyonu engellediği düşünülebilir. Büyük hacimli prostatlara yapılan TUR-P işlemi sonrası retrograd ejakülasyon daha az sıklıkla görülmektedir. TUR-P dışındaki tedavi seçenekleri genç yaşta ve küçük prostatı olup ameliyat sonrası antegrad ejakülasyonun devamını isteyen hastalarla ayrıntılı olarak tartışılmalıdır.

PP-31

HANGİSİ ERKEKLERİN NEFESİNİ DAHA ÇOK KESER: SEKSİ KIZLAR MI YOKSA PDE5 İNHİBİTÖRLERİ Mİ?

Fatih Gül[1], Murat Gül[2]
[1]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Aksaray
[2]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

GİRİŞ: Fosfodiesteraz-5 inhibitörleri (PDE5-I), 1998'de sildenafil'in piyasaya sürülmesinden beri erektil disfonksiyonu (ED) olan çoğu erkek için hızla birincil tedavi seçeneği haline gelmiştir. Piyasada çeşitli tiplerde PDE5-Is mevcuttur (sildenafil, vardenafil, tadalafil ve udenafil). Benzer etkilerine rağmen, her ilacın farmakokinetik profili farklıdır, bu nedenle baş ağrısı, kızarma, dispepsi, burun tıkanıklığı, baş dönmesi, anormal görme, sırt ağrısı ve miyalji gibi yan etkiler, her ilaç için farklı oranlarda görülebilir. Bu yan etkiler birçok uzman tarafından iyi bilinse de, PDE5 inhibitörlerinin burun tıkanıklığının bir yan etkisi olarak karşılaştırılması hakkında bir çalışma yoktur. Çalışmamızda şu anda lisanslı olan 4 adet PDE5 inhibitörünün (sildenafil, vardenafil, tadalafil, udenafil) nazal konjesyona olan etkisini akustik rinometri ve NOSE skalası kullanarak her bir ilacın alımından önce ve sonrası inceleyerek kıyasladık.

MATERYAL - METOD: Çalışmaya polikliniklerimize erektil disfonksiyonu olan 40 sağlıklı genç hasta dahil edildi ve hastalar rastgele 4 gruba ayrıldı. Her grup PDE-5 inhibitörlerinden birini aldı ve bir erotik film izledi. İlaç alımından önce ve bir saat sonra, hastalardan Nazal Obstrüksiyon Semptom Değerlendirme (NOSE) ölçek formu kullanılarak anketi not etmeleri istendi. İlaç alımından önce ve sonra tüm hastalara aynı şekilde akustik rinometri testi yapıldı. Hesaplamalar için üç kabul edilebilir eğrinin ortalama değerleri kullanıldı. Bakılan değerler, tek taraflı minimal enine kesit alanı (MCA) ve burun deliğinden (VOL) 0–7 cm'lik tek taraflı burun boşluğu hacmidir. Septik deviasyon, akut veya kronik sinüzit, nazal polip, konuşma problemleri, akıl sağlığı sorunları, herhangi bir sistemik hastalık veya konka cerrahisi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 42.84 ± 3.8 (40-48 yaş arası) idi. Tablo 1, her ilaç için Akustik Rinometri ve NOSE skala sonuçları ile birlikte p değerlerini göstermektedir. İlaç alımından sonra tüm gruplarda NOSE skorları arttı; Vardenafil grubunda 1.6'ya karşı 4.8, tadalafil grubunda 1.6'ya karşı 3.2, udenafil grubunda 1.6'ya karşı 3.4 ve sildenafil grubunda 1.4'e karşı 2. Ancak; sildenafil gruplarının udenafil, vardenafil ve tadalafil gruplarına göre anlamlı derecede daha iyi NOSE skorları vardı ($p < 0.05$). MCA ve Hacim değişiklikleri de Tablo 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ: Bu çalışma, tüm PDE-5 inhibitörlerinin burun tıkanıklığına neden olabileceğini, ancak sildenafilin en az olası ajan olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, tıkayıcı burun patolojileri olan ED'li hastalarda sildenafilin ilk seçenek olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1. Her bir ilaç için akustik rinometri ve NOSE skalası sonuçları ile p değerleri

	N	MCA			Volume			NOSE Scale		
		Before	After	p	Before	After	p	Before	After	p
Sildenafil	5	0,68	0,61	**p<0.05**	6,2	6,19	p>0.05	1,4	2	**p<0.05**
Vardenafil	5	0,76	0,36	**p<0.05**	8,46	7,95	p>0.05	1,6	4,8	**p<0.05**
Udenafil	5	0,74	0,58	**p<0.05**	7,62	7,39	p>0.05	1,6	3,4	**p<0.05**
Tadalafil	5	0,76	0,51	**p<0.05**	8,13	7,94	p>0.05	1,6	3,2	**p<0.05**

Student T test results for each drug. Bold fonts indicate statistically significant value, P<0.05
MCA: Minimal cross-sectional area
NOSE: The Nasal Obstruction Symptom Evaluation

Student T test results for each drug. Bold fonts indicate statistically significant value, P<0.05 MCA: Minimal cross-sectional area NOSE: The Nasal Obstruction Symptom Evaluation

PP-33

ESKİ BİR KRİTERE YENİ BAKIŞ AÇISI: PREMATÜR EJAKÜLASYONU OLAN HASTALARIN İVEZ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayse Veyhurda Dikmen
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Polatlı/Ankara

İntravajinal ejakülatuar latans zamanı (İVEZ), hastaların prematür ejakülasyon tedavisine yanıtının değerlendirilmesinde nispeyen basit ve anlaşılması kolay bir metottur. İVEZ ölçümüne partnerlerin katılımı, bu hastaların sorunlarının değerlendirilmesinde meydan okuyucu bir yaklaşımdır. Prematür ejakülasyon tedavisine yanıtın ölçümünde bu yöntemin kullanılabilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Üroloji kliniğimizde primer prematür ejakülasyon tanısı konan ve iVEZ değeri 1 dakikanın altında olan 23-90 yaşlar arasındaki 500 erkek hasta tedavi sonrası retrospektif olarak değerlendirildi. İVEZ ölçümünün yapılması ve günlük veya lüzum halinde kullanımı içeren iki tedavi seçeneği tedaviye başlamadan hastalara ve partnerlerine anlatıldı.

BULGULAR: Tedavi öncesi IIEF skorları 33-65 saniye arasındaydı. Günlük sitalopam 20mg kullanımını tercih eden 255 hastanın tedavi öncesi İVEZ değeri 45-60 saniye arasındaydı. Bu hastalar 30-81 yaşlar arasında olup 21'i tedaviyi erken terkettiğinden değerlendirmeye alınmadı. Bu gruptaki hastaların 12 haftalık tedavi sonrasında ortalama İVEZ değeri 75 saniye bulundu. Yaşları 23-90 arasında değişen 245 hasta lüzum halinde 30mg/gün dozunda dapoksetin kullanımını tercih etti. 17 hasta tedaviyi bıraktığından retrospekif değerlendirmeye alınmadı. 12 hafta dapoksetin tedavisi alan 228 hastanın tedavi öncesindeki İVEZ değeri 60 saniye altındaydı ve tedavi sonunda tümünde İVEZ değeri 2 dakikanın üzerindeydi.

SONUÇLAR: Prematür ejakülasyon tedavisinin etkinliğini değerlendirmekte İVEZ tek başına yeterli değildir. Hastaların ve partnerlerinin bu ölçümü doğru ve yeterli oranda algılayıp algılamadığı, tedavi takibini ve başarısını doğrudan etkileyen bir faktördür. Tedaviye kompliyansı etkileyen ana faktörler, ekonomik nedenler ve günlük ya da lüzum halinde kullanım açısından hastaların ilaç kullanma tercihleriydi. Bu retrospektif çalışmanın sonuçları, İVEZ'in prematür ejakülasyonlu hasta popülasyonunun farklı kesitlerine uygulandığını yansıtması nedeniyle, sosyokültürel faktörler açısından da değerlidir. Prematür ejakülasyon tedavisinde dapoksetin ve selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'ların) etkinliğinin karşılaştırılması için daha geniş kapsamlı çalışmalar gereklidir. Preamtür ejakülasyon değerlendirmesinde İVEZ kullanımı sosyokültürel önyargılar nedeniyle meydan okuyucu bir yaklaşımdır.

PP-36

MALLEABLE PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU SONRASI GELİŞEN NADİR BİR KOMPLİKASYON VE YÖNETİMİ: PENİL HEMATOM VE GLANS PENİS NEKROZU

Eser Ördek, Eyyup Sabri Pelit, Bülent Kati, Ismail Yagmur, Erkan Arslan, Halil Çiftçi
Harran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

GİRİŞ: Penil protez implantasyonu; medikal ve intrakavernozal enjeksiyon tedavisine yanıt vermeyen erektil disfonksiyon (ED) hastalarında etkili bir tedavi yöntemidir. Bu cerrahi tedavi sonrası yara yeri enfeksiyonu, hematom ve protez mekanik arızası gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu olgunda malleable penil protez implantasyonu sonrası gelişen hematom ve glans penis nekrozunun yönetimini sunmayı amaçladık.

OLGU: 55 yaşında diabetik ve hipertansif hasta 1,5 yıldır ED şikayeti ile üroloji polikliniğine başvurdu. IIEF skoru 8 olarak saptandı. Hasta daha önceden fosfodiesteraz 5 inhibitörü kulanmış ancak fayda görmemiş ve intrakavernozal tedavi kullanmak istemedi. Penil doppler USG 20.dakikada sistol 12 cm/sn diastol 3 cm/ sn olarak ölçüldü. Hastaya penoskrotal insizyon ile malleable penil protez implantasyonu yapıldı. Postoperatif 6. saate peniste şiddetli ağrı, şişlik ve hematom görüntüsü olan hasta acil olarak genel anestezi altında hematom boşaltıldı ve penoskrotal bölgeye hemovak dren yerleştirildi (Resim 1). Takiplerinde penoskrotal bölgede nekrotik alanlar, pürülan akıntısının olması ve glans peniste nekrotik alanlar olması üzerine geniş spektrumlu antibiyoterapiye başlandı (Resim 2). Plastik cerrahi önerisi ile nekrotik alan debridmanı ve günlük pansumanlarına devam edildi (Resim 3). İki haftalık takipte yara yeri akıntısı gerileyen ancak penoskrotal bölgede cilt defekti oluşan hastanın glanstaki nekrotik alanların debriman sonrası alttaki dokunun canlı olduğu görüldü Plastik cerrahi tarafından cilt defekti için uyluk iç yüzünden tam kat dermal gref ile onarım yapıldı (Resim 4). Takiplerinde yara yeri temiz olan ve glanstaki nekrotik alanı gerileyen hasta externe edildi(Resim 5-6).

SONUÇ: Penil protez implansyon cerrahisi sonrası hematomdan kaçınmak için dikkatli hemostaz yapılmadır. Hematom ve enfeksiyon durumunda penil protez çıkarılması gerekebilir ancak yakın takip geniş spektrumlu antibiyoterapi ile protez çıkarılması önlenebilmektedir.

Şekil 1.

PP-37

PARMAK VE EL ÖLÇÜM DEĞERLERİ, PARMAK ORANİ (2D:4D) VE SAĞ-SOL PARMAK ORANİ FARKLİLİKLARİNİN SEMEN PARAMETRELERİ İLE ARASİNDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTİRİLMASİ

Mehmet Zeynel Keskin
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

AMAÇ: Parmak ve el ölçüm değerleri ile semen parametreleri arasındaki ilişkiyi incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza hastanemiz erkek infertilitesi polikliniğine 2018 yılında başvuran 90 hasta alındı. Ondalık 1 mm duyarlı cetvelle parmak ve el ölçüm değerleri [sağ 2D (sağ ikinci parmak), sağ 4D (sağ dördüncü parmak), sağ el genişliği, sağ el uzunluğu, sol 2D (sol ikinci parmak), sol 4D (sol dördüncü parmak), sol el genişliği, sol el uzunluğu] saptandı. Sonrasında ise bu değerlerle parmak oran değerleri (sağ 2D:4D oranı, sol 2D:4D oranı) hesaplandı. Parmak oran değerleriyle ise sağ-sol oran farklılıkları (sağ 2D:4D - sol 2D:4D değeri (Dr-l), sağ 2D:4D / sol 2D:4D oranı (Dr/l) ve 2D:4D asimetri indeksi [(sol 2D:4D-sağ 2D:4D) / (sol 2D:4D + sağ 2D:4D)] hesaplandı. Hastaların semen analizleri yapıldı. Semen analizi parametreleri ile ölçüm değerleri arasındaki ilişki bi-variate korelasyon testi (spearmen) ile incelendi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: sağ ve sol el genişliği ile semen parametreleri arasında negatif korelasyon, sol el uzunluğu ve parmak ölçüm oranları ile semen parametreleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Sağ-sol oran farklılıkları arasında ise ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA: Prenatal dönemdeki testosteron maruziyetinin indirekt belirleyicisi olarak gösterilen sağ 2D:4D ve sol 2D:4D oranı ile semen parametreleri arasında literatür verileri ışığında negatif korelasyon çıkması beklenirken, bizim çalışmamızda pozitif korelasyon çıkmıştır. Ve özellikle ilginç olan sağ (4 parametre) ve sol (5 parametre) el genişliğinin ise en fazla semen parametreleri ile negatif korelasyon içeren ölçüm değeri olmasıdır. Buradan şöyle bir yorum yapılabileceğini düşünüyoruz; el genişliği prenatal dönemdeki testosteron için yeni bir belirleyici olabilir mi? Fakat bu hipotezi doğrulamak ve kesin patofizyolojiyi aydınlatmak için daha çok sayıda vaka içeren, prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Hastaların ortalama verileri

	Min.	Maks.	Ort.	Std.Sap.
Yaş (yıl)	20	49	32,94	5,88
Volüm (mL)	0,40	8	2,76	1,54
Konsantrasyon (x 106/mL)	0	168	22,42	33,9
TM (%)	0	80	36,62	28,92
PM (%)	0	70	25,41	22,62
TSS (x 106 adet)	0	455	60	102,62
TMSS (x 106 adet)	0	280	33,61	59,68
TPMSS (x 106 adet)	0	227,5	24,26	45,91
a (%)	0	60	7,52	11,48
b (%)	0	55	17,88	15,8
c (%)	0	40	11,43	10,52
d (%)	0	100	32,64	26,92
Normal morfoloji (%)	0	8	1,55	2,08
Baş anomalisi (%)	0	91	37,47	39,98
Boyun anomalisi (%)	0	18	4,89	5,55
Kuyruk anomalisi (%)	0	13	3,26	3,83
Sağ 2D (mm)	85	112	98,03	5,6
Sağ 4D (mm)	91	115	102,76	6,01
Sağ el Genişliği (mm)	85	123	96,04	6,23
Sağ el uzunluğu (mm)	178	230	204,04	11,13
Sol 2D (mm)	84	110	96,62	5,37
Sol 4D (mm)	89	117	101,92	6,11
Sol genişlik (mm)	85	124	95,78	6,69
Sol uzunluk (mm)	175	228	203,77	10,71
Sağ 2D:4D	0,9	1,01	0,95	0,02
Sol 2D:4D	0,89	1,05	0,94	0,02
Dr-l	-0,09	0,07	0,005	0,02
Dr/l	0,91	1,07	1,00	0,02
Asimetri İndeksi	-0,04	0,05	-0,003	0,01

Hastaların ortalama verileri

PP-38

PENİL MONDOR HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

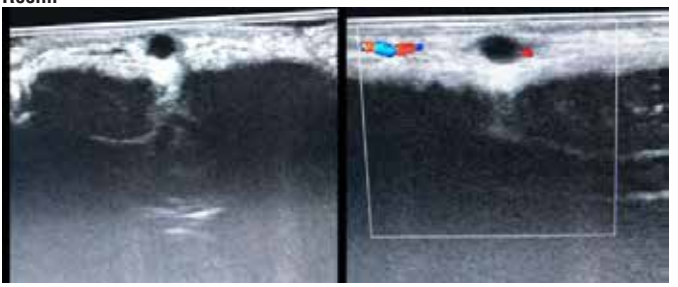
Engin Kölükçü[1], Şahin Kılıç[2], Murat Beyhan[3], Nihat Uluocak[4], Fikret Erdemir[4]
[1]Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat
[2]Fethiye Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Muğla
[3]Tokat Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Tokat
[4]Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Tokat

GİRİŞ: Penil Mondor hastalığı penisin yüzeyel dorsal veninin trombozu veya tromboflebiti olup ilk defa Mondor tarafından 1939 tanımlanmıştır. Penil Mondor hastalığı çoğunlukla 21–70 yaş arasındaki cinsel aktif erkeklerde izlenmektedir. Etiyolojisinde aşırı cinsel aktivite, travma, enfeksiyon, bazı kanserlere bağlı vücuttaki gezici flebitler, dolu mesanenin neden olduğu venöz oklüzyon, intravenöz ilaçların kötü amaçlı kullanımı gibi birçok faktör suçlanmıştır. Hastalar genellikle penil yüzeyel venini sert iplik gibi hissetmek ve etrafındaki ağrı şikayeti ile başvururlar. Hastaların korku veya çekince hissetmeleri nedeniyle hekime başvurmaktan kaçınmaları veya olguların yeterince tanımlanamaması; Penil Mondor hastalığın daha az tanı almasına neden olmaktadır. Bu çalışmada Penil Mondor hastalığı tanısı alan olgunun sunulması hedeflenmiştir.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta 6 gündür olan penil dorsal yüzde ağrı ve sertlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın ek ürolojik yakınması mevcut değildi. Hastanın anamnezinde son 2 aydır çok sık cinsel ilişkiye girdiği öğrenildi. Fizik muayenede penis dorsal yüzde cilt altında ele gelen yaklaşık 5 mm çaplı olan, penis kökünden başlayıp şaftı boyunca devamlılık gösteren 4 cm'lik sert yapı palpe edildi. Eritem ve lokal ısı artışı izlenmedi. Yapılan ultrasonografi ile süperfasiyal dorsal penil ven trombozu tanısı konuldu. Tromboze venöz segment doppler ultrasonografide akım sinyali içermeyen ve komprese olmayan tübüler oluşum şeklinde izlendi. Ven duvarında flebite bağlı kalınlaşma gözlemlendi (resim 1). Mondor hastalığı tanısı konan olguya antiagregan (300 mg asetilsalisilik asit günde 1 adet), antienflamatuar (günde 2 kez 50 mg diklofenak) ve antibiyotik (günde 2 kez 200 mg sefpodoksime) tedavisi başlandı. Hastanın 1 ay sonraki değerlendirilmesinde semptomlarının tamamen kaybolduğu ve doppler ultrasonografinde yüzeyel ven tromboflebitinin bulunmadığı gözlendi.

TARTIŞMA: Penil Mondor hastalığı klinik olarak akut, subakut-kronik ve rekanalizasyon olmak üzere üç evreden oluşmaktadır. Hafif olgularda tedavi verilmeden gözlem önerilebilir. Nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar; enflamatuvar komponentini ve ağrının azaltılmasında kulanılabilirler. Öte yandan şiddetli ağrılı olgularda sistemik etkili antienflamatuvar ilaçlara ilave olarak lokal anestezikler ağrılı bölgeye uygulanabilmektedir. Aspirin, heparin, fibrinolitik mukopolisakkarid polisülfat içeren kremler antikoagülan veya antiagregan etkisiyle sıklıkla kulanılmaktadır. Antibiyotik kullanımı ise profilaksi amacıyla veya sellülit eşlik eden olgularda tercih edilmektedir. Ciddi, persistan ve medikal tedavinin yanıtsız olduğu nadir olgularda cerrahi olarak tromboze venin çıkarılması en son seçenek olarak uygulanabilecek diğer bir tedavi modalitesidir. Sonuç olarak; Penil Mondor hastalığı kendini sınırlamakta; hastalığa bağlı penisde şekil bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğuna sebep olmamaktadır. Hastaların Penil Mondor hastalığının ciddi bir patoloji olmadığı konusunda bilgilendirilmesinin tedavi sürecince yaşanabilecek özellikle yoğun anksiyete gibi olumsuzlukların önüne geçilmesine yardımcı olabileceği kaanitindeyiz.

Resim



PP-39

ŞİŞİRİLEBİLİR PROTEZLERİN MEKANİK ARIZALARINDA ARIZALI PARÇANIN DEĞİŞİMİ: OLGU SUNUMU

Cem Tuğrul Gezmiş, Nusret Can Çilesiz, Arif Özkan, Arif Kalkanlı, Aydın İsmet Hazar, Buğra Çetin, Memduh Aydın
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Penil protezler oral PDE-5 inhibitörleri ve intrakavernozal vazoaktif ilaç enjeksiyonu tedavilerinden yanıt alamayan ya da sertleşme sorununa kalıcı çözüm arayan hastalarda kullanılmaktadır. Şişirilebilir protezler doğal ereksiyonu çok iyi taklit ederler ve ergonomik olmaları nedeniyle birçok hasta tarafından tercih edilirler. Şişirilebilir protezlerin mekanik arıza oranları 2000'lerin başında %10-20 görülürken, günümüzde %5 oranına kadar gerilemiştir. Mekanik arıza nedeniyle yapılan revizyon cerrahisinde protezin tamamının ya da arızalı parçanın değişimi konusunda farklı görüşler mevcuttur. Biz burada 2 yıl önce 3 parçalı şişirilebilir protez takılan ve mekanik arıza nedeniyle pompa revizyonu yaptığımız olguyu sunduk.

OLGU: 65 yaşında, radikal prostatektomize olan ve 2 yıl önce kliniğimizde 3 parçalı penil protez takılan hasta, 3 aydır protezinin şişmediği şikayetiyle androloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde penis, skrotum ve çevresi doğal olarak izlendi. Herhangi bir erozyone parça ya da enfeksiyon saptanmadı. Protez şişirilmeye çalışıldığında sertleşme olmadığı görüldü. Bunun üzerine hastaya protez revizyonu kararı verildi. Eski infrapubik insizyon ile konnektörlere ulaşıldı ve disseke edildi. Konnektörler klemplenerek kesildi. Rezervuar ve silindirler konnektörler aracılığıyla şişirildi ve 5 dakika beklenerek kaçak olmadığı saptandı. Pompa şişirildiğinde ise skrotumdan kaçak olduğu saptandı. Pompa disseke edilerek çıkarıldı ve üzerinde 1 cm'lik lasere bir alan görüldü. Hastanın silindirlerinin sorunsuz olması ve daha önce geçirilmiş radikal prostatektomi olması nedeniyle silindir ve rezervuar bırakılarak sadece pompa değişimi yapıldı. Operasyon öncesi 1 gün ve sonrasında 3 gün hastaya Vankomisin 1 gr ve Sefazolin 2x1 gr uygulandı. Operasyon sırasında her aşamada ameliyat sahası ve parçalar Gentamisin ve Rifampisinli solüsyonla yıkandı. Hastanın 3. ay ve 6. ay kontrollerinde herhangi bir problem saptanmadı.

SONUÇ: Penil protez mekanik arızaları tekrar revizyon ameliyatı gerektiren ciddi komplikasyonlardır. Enfeksiyonun eşlik etmediği ya da erozyon olmayan uygun hastalarda protezin tamamı yerine arızalı parça değiştirilebilir.

PompaRuptur

Konnektörler ile silindirlerin şişmesi ve pompa üstündeki rüptür

PP-40

PREMATÜR EJAKÜLASYONA EVLİLİK SÜRESİNİN, ERKEK VE EŞ YAŞININ ETKİSİ VAR MI ?

Erdem Kısa, Mehmet Zeynel Keskin
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uroloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Prematür ejakülasyon erkek cinsel fonksiyon bozuklukları arasında, %9-%30 prevelansı ile ilk sırada yer almaktadır. Biz bu çalışmamızda, evlilik süresinin, erkek ve eş yaşının, prematür ejekülasyona etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2014 Temmuz-2018 Ocak arasında, 18 yaş üstü, prematür ejakülasyon şikayetiyle polikliniğe başvuran 732 hastanın kayıtları retrospektif değerlendirildi. Ejakülasyon süresi >2dk.'dan uzun olan 575 hasta grup 1, ejakülasyon süresi <2dk.'dan kısa olan 157 hasta grup 2 olarak tanımlandı. Hastaların yaşları, eş yaşları ve evlilik süreleri kaydedildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup 1 de hastaların yaş ortalaması 32.6 ±5.7 yıl, grup 2 de ise 32.6 ±5.5 yıl idi. Grup 1 de hastaların bayan partnerlerinin yaş ortalaması 28.1 ±8.3 yıl, grup 2 de ise 28.6 ±7.2 yıl idi. Prematür ejakülasyonu olmayan grup 1 ile, prematür ejakülasyonu olan grup 2 arasında erkek ve eş yaşı açısından istatistiksel fark izlenmemiştir (sırasıyla p=0.906, p=0.705). Grup 1 de evlilik süresi ortalama 5.7±4.4 yıl, grup 2 de ise 6.7 ±5.2 yıl idi. Prematür ejakülasyonu olan grup 2de evlilik süresinin istatistiksel olarak daha uzun olduğu saptanmıştır (p<0.05).

SONUÇ: Prematür ejakülasyonu olan hastalarda evlilik süresinin daha uzun olduğu, erkek ve eş yaşının ise ejakülasyon süresini etkilemedği saptanmıştır.

Hastaların demografik özellikleri

	Grup 1(s=575)	Grup 2(s=157)	p
Erkek yaşı± SS (yıl)	32.6 ±5.7	32.6 ±5.5	0.906
Eş yaşı± SS (yıl)	28.1 ±8.3	28.6 ±7.2	0.705
Evlilik süresi± SS (yıl)	5.7±4.4	6.7 ±5.2	<0.05

PP-41

OBSTRUKTİF OLMAYAN AZOSPERMİK HASTALARDA VARİKOSEL OPERASYONUNUN SEMEN PARAMETRELERİ VE ÜREME FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Yüksekkaya, Mehmet Esat Kösem, Ali Kemal Uslubaş, Efe Bosnalı, Seyfettin Çiftçi, Mustafa Melih Çulha
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: İnfertil erkeklerin %10-15'inde azospermi saptanmaktadır. Azospermi saptanan hastaların çoğunluğunu obstruktif olmayan azospermik (NOA) hastalar oluşturmaktadır. Varikosel NOA hastalarının %5-10'unda mevcuttur ve varikoselektomi yapılması %21-55 olguda ejakulatta sperm görülmesiyle ilişkilidir. Çalışmamızın amacı NOA olan hastalarda varikosel operasyonunun etkinliğini değerlendirmektir. Çalışmamız, sonuçları kontrol grubuyla karşılaştıran ilk çalışmadır.

MATERYAL-METOD: Klinik varikoseli olan 50 NOA hasta 2 grupta değerlendirildi. Başarılı varikosel operasyonu uygulanan 28 hasta Grup 1, varikoselektomi operasyonunu kabul etmeyen ve direk intrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI) uygulanan 22 hasta Grup 2 olarak tanımlandı. Grup 1' deki hastalara 3-6 ay sonra ICSI uygulandı. ICSI öncesindeki sperm analizi, gebelik oranları ve canlı doğum oranları her iki grupta da kaydedildi..

BULGULAR: Grup 1 ve grup 2 benzer demografik verilere sahipti. Grup 1'de 10 (%35) hastada operasyon sonrasında ejakulatta motil spermatozoa saptandı. Grup 2'de ise hiç bir hastada ejakulatta spermatozoa yoktu.Gebelik oranı Grup 1'de daha yüksek saptanmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi (%35,7-%31,8). Canlı doğum oranları da Grup 1'de daha yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi (%32,1-%27,2) (Tablo 1).

SONUÇ: NOA hastalarında başarılı varikoselektomi operasyonu sonrasında ejakulatta motil spermatozoa elde edilebilir. Gebelik oranları ve canlı doğum oranları operasyon uygulanan hastalarda, anlamlı olmamakla birlikte, daha yüksek saptandı. NOA hastalarda varikoselektominin etkinliğini değerlendirmek için daha fazla hasta sayısına sahip çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	p
Gebelik oranı	%35,7	%31,8	>0,05
Canlı doğum oranı	%32,1	%27,2	>0,05

Grup 1 ve Grup 2'de saptanan gebelik oranı ve canlı doğum oranının karşılaştırılması.

PP-42

ONBEŞ YIL SONRA PENİL PROTEZ ENFEKSİYONU:OLGU SUNUMU

Tayfun Çifteci, Taylan Oksay, Arap Sedat Soyupek, Alper Özorak
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı Isparta

PPI (Penil protez Implantasyonu) sonrası enfeksiyon %1-3 görülmektedir.Penil implantasyonlardan sonra enfeksiyonlar erken (akut) veya geç (kronik) olarak kategorize edilmektedir.Geç enfeksiyonlar 6 ay -2yıl arasında gelişebilmektedir ve genelede sistemik semptomlar yoktur.Bu olgu sunumunda protez implantasyonundan onbeş yıl sonra geçirilen enfeksiyon ve tedavi süreci literatür ile birlikte sunulmuştur. Giriş: PPI sonrası enfeksıyon oranı %1-3 oranında görülmekle birlikte Revizyon ve ek Rekonstrıktıf işlemlerle birlikte bu oran artmaktadır. Penıl Implantasyonlardan sonra enfeksiyonlar erken (Akut) veya geç (Kronik) Olarak kategorıze edılmektedır. Erken enfeksiyonlar ilk birkaç gün İçinde görülürken etken genellikle Gram Negatif Bakterılerdir. Geç enfeksiyonlar 6 Ay-2 Yıl arasında gelişebilir ve genelde etken Staphylococcus Epıdermıdıs'tir. Olgu: 2002 yılında araç içi trafik kazası sonrası gelişen Erektil Disfonksiyon sonucu dış merkezde Malleable protez Implante edılen 33 yaşında erkek hasta 2017 yılında peniste ağrı,şişlik,kızarıklık ve mea da akıntı şikayetleriyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde peniste hiperemisi,akut üretriti ve sol distal protez parçası üretradan inspekte edildi. Kültürleri alınan hastaya ampirik Tazosın 3*4.5 gr Iv tedavısına başlandı.Akabinde kültür sonucu Koagulaz Negatıf Staphylococcus olarak gelen ve Tazosına duyarlı Olan hastanın tedavısına devam edıldı.Semptomlarında gerileme olan hastanın Pelvık MRI 'da Sol Protezın Penıs Proksımalınde Cavernos Cısım dışında olduğu görüldü ve ayrıca sol distal uçta protez ile birlikte üretranın da boyandığı görüldü.Hastaya Revızyon Cerrahısı planlandı. Eski Insızyon alanından girilerek protez ve tüm parçaları çıkarıldı.Vaka sırasında cerrahi alanının kirli olduğuna karar verildi kültür gönderılerek Corpus Cavernosumlara Rıfampısın ve Gentamısınlı solüsyon ile irrıgasyon yapıldı.Akabınde birer adet Corpus Cavernosumlar boyunca hemovak dren konuldu ve postop iki gün Rıfampısın ve Gentamısın irrıgasyonuna devam edildi. Tazosın ve Vankomısın tedavısına geçilen hastada postop üçüncü günde Hemovak Drenleri çekildi. Hasta postop altıncı günde Sefıksım tedavısı ile taburcu edildi.Taburculuk sonrası şikayeti olmayan hastaya doksan gün sonra üç parçalı Penil Protez implante edildi.Postop komplikasyonu olmayan Hasta Postop ikinci gün taburcu edildi.Rutin kontrollerine devam edilmektedir. Tartışma: Penil Protez Enfeksıyonları hasta ve cerrah açısından son derece zorlu bir klinik tablodur. Penil Protez maliyetleri ile enfeksıyon sonrası tedavi protokollerinin maliyetleri birbirlerine yakın durumdadır ve geç enfeksiyonlarda en sık etken Stpylococcus Epıdermıdıstır.Protez Enfeksıyonlarının önüne geçebilmek için pek çok protokol bulunmakla birlikte Revizyon Ve Rekonstruktıf gerektıren protez cerrahilerinde enfeksıyon oranları %11.5 e kadar çıkmaktadır.Olgumuz Protez Enfeksıyonları İçinde onbeş yıl sonra gelişmesi ile literatürdeki en geç Protez Enfeksıyonlarından biridir.Biz bu olguda Revizyon Cerrahisi ile Uyumlu Olarak vaka sırasında Rıfampısın ve Gentamısınden oluşan irrigayon solüsyonları kullanırken cerrahi alanın gözle görülür Bıofılm tabakası ve kirli olması sebebiyle vaka sırasında Revizyon ya da yeni implant tercih etmedik. Geç Implantasyonun zor Corporal Dılatasyon gibi dezavantajları ve komplikasyonlarına rağmen tüm enfeksıyon tablosu geriledikten sonra hastanın genç olması ve daha kullanışlı olması da göz önüne alınarak Malleable yerine üç parçalı protez ertcih edildi ve implantasyon Infrapubik insizyon İle gerçekleştirildi.

PP-43

PSÖRİASİSLİ HASTADA BALANİTİS SKLEROTİKA OBLİTERANS OLGUSU

Fatih Sandıkçı, Mehmet Çağlar Çakıcı, Murat Çakan, İbrahim Güven Kartal, Alihan Kokurcan, Hamit Ersoy
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

GİRİŞ: Balanitis sklerotika obliterans (BSO) veya diğer adıyla penisin liken sklerosiz et atrofikus (LSA) hastalığı ilk olarak 1928 yılında Stuhmer tarafından tanımlanmıştır. Penisin frenulumu, glans, üretral mea ve üretrayıda kapsayan prepisyumunun ilerleyici, yıkıcı, skar oluşturucu hastalığıdır(1). Etyolojisi halen belirsizliğini korumaktadır. Genetik faktörler HLA subtipleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Birçok çalışma DM, vitiligo gibi diğer otoimmün hastalıklarlada ilişkili olduğunu belirtmektedir(2). BSO ile beraber liken sklerosiz birlikteliğini belirten birçok vaka mevcuttur. Ancak Psöriasis ile BSO birlikteliği literatürde direct olarak tariflenmemektedir. Psöriasis liken sklerosisin ayırıcı tanısında önemlidir. Dm ve psöriasiz tanılı hastada BXO hastalığı tariflendi.

OLGU: 55 yaş erken hasta kliniğimize üriner inkontinans ve zorlu miksiyon şikayetiyle başvurdu. Obstrüksiyon nedeniyle taşma inkontinans mevcuttu. Yapılan fizik muayenede hastanın vucudunda yaygın psöriatik lezyonlar olduğu görüldü. Hastanın penisinde, prepisyumu ileri derece sklerotik ve ciddi fimozis tablosu izlendi. Fimozis lokal anestezi eşliğinde açılmaya çalışıldı, ancak başarılı olunamadı. Hastanın üretral meası gözlenemedi. Hastaya double insizyon olarak sünnet operasyonu uygulandı. Glans penis ortaya çıkarıldı. Üretral meadaki darlık dilate edildi. 16 f foley sonda takıldı. Çıkarılan doku patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu, subepidermal ve dermal bölgede belirgin fibrozis, dilate konjesyone vasküler yapılar şeklinde raporlandı. Hastanın post-operatif ek sıkıntısı olmadı.

TARTIŞMA: BSO'nun klinik görünüm ve şiddeti farklı şekillerde değişebilir. BSO başlangıçta sinsi olabilir, kronik izleyebilir yada başından beri agresif olabilir. Erken dönemde BSO'da prepisyum dokusu içinde gri-beyaz renk değişikliği görülebilir. Frenilum kontrakte olur ve prepisyal dokuda renk değişikliği ve ilerleyici fibrosis fimosiz oluşturur. Agresif BSO'da ise glans ve prepisyumda ülsere lezyonlar ve pürülan akıntı sonrasında yoğun fibröz doku mevcuttur. Bu durumda sirkümsizyon zor veya imkansız olabilir. Ayırıcı tanıda liken planus, lokalize skleroderma, lökoplaki, vitiligo, Lyne hastalığı olsada BSO'nun klinik tablosu net değildir(3). Psoriasis ile birlikteliği ise nadir bir durumdur. Psoriasis eritemli skuamlı hastalıklardandır. BSO ile benzer olarak psöriasisde %70 genetik faktörlerin rolünden bahsedilir (4). Histolojik olarakta farklı özellikler gösterir. Hiperkeratoz, skleroz, fibrosiz özellikleri mevcut olabilir(5). Vakamızda ise özellikler fibrosis dikkati çekmektedir.

BSO tedavisi hem medikal hemde cerrahi olarak yapılabilmektedir. Medikal tedavide topikal ve intralezyonel enjeksiyonlar kullanılabilmektedir. Hastalığın regresyonunu sağladığına yönelik literatürde kanıtlar mevcuttur (6). Topikal testesteron ise faydalı olarak bildirilmiştir (7). Cerrahi tedavide ise sirkümsizyon, meatal stezonun dilatasyonu, stenozun cerrahi olarak düzeltilmesi ve üretroplasti sıralanabilir. Literature baktığımızda 300 BSO'lu hastadan oluşan bir çalışmada; medyan yaş 33 idi, 21 ile 40 yaş arası 145 hasta, en yüksek insidansı oluşturmaktadır. Bu hastalardan 287 hasta sadece sünnet ile tedavi edildi. Kalan 13 hasta ise farklı cerrahi müdahaleler uygulandı. 4 hastaya mukozal greft ile üretroplasti, 4 hastaya ise glans yenilenmesi operasyonu uygulandı. Sadece sirkümsizyon yapılan 11 hastada BSO aktif olarak devam etti. Meatal stenoz için ise 13 hastada meatotomi ve 8 hastada meatoplasti uygulandı. Vakamızda ise sirkümsizyon işlemi sonrası glans ortaya çıkartıldı (3). Meatal stenoz ise dilatasyon yapılarak tedavi edildi. BSO vakaları bilinenin aksine daha sık görülmektedir. Olası yanlış tanı ve asemptomatik seyir nedeniyle bildirimi kısıtlıdır. Skuamöz hücreli karsinoma ilerleyişi nedeniyle takibi ve tedavisi önemlidir. Sklrerotik hiperkeratotik diğer dermal lezyonlarla birlikteliği dışında psoriasis ile birlikteliği nadir görülen bir durumdur.

Pre-operatif durum

PP-44

STRES ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARDA MİNİ (TEK KESİ) SLİNG CERRAHİSİNİN CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

Murat Gül, Mehmet Akif Diri
Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans (SUI), en iyi şekilde Uluslararası Kontinans Derneği'ne göre efor, öksürme veya hapşırma gibi genellikle üretra/ mesane boynu hipermobilitesi veya üretral sfinkter yetmezliğinden kaynaklanan idrarın istem dışı sızmasıdır. SUI, tüm yetişkin kadınlarda üriner inkontinans vakalarının yarısını oluşturur ve sosyal, psikolojik, mesleki, evsel, fiziksel ve cinsel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan yaygın bir durumdur. SUI, genç ve orta yaşlı kadın popülasyonunda cinsel işlev üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir ve cinsel işlev bozukluğu ve koital üriner inkontinansla (özellikle penetrasyonda) ilişkili olabilir.

Düşük tansiyonlu alt üretral bantların gelişimi, son yıllarda SUI tedavisini oldukça değiştirmiştir. Bu teknikler orta üretral desteğin seviyesini arttırmak için sentetik ağ kullanılarak sabitlenmiş yeni bir pubo-üretral ligament oluşturmak için tasarlanmıştır ve gerilimsiz vajinal bant (TVT), TVT-obturator (TVT-O), transobturator bandı (TOT) ve daha yakın zamanlarda geliştirilen tek kesi sling (SIS)'i içerir. Bununla birlikte, cerrahi tedavinin kendisi de novo urge, ağrı ya da disparoni gibi ameliyat sonrası komplikasyonlar gelişebilir ve cinsel işlevler olumsuz etkilenebilir. Mevcut literatürde, bazı yazarlar SUI cerrahi sonrası kadın cinsel fonksiyonlarında bozulma olduğunu bildirirken, bazıları tam aksine iyileşme bildirmekte bir diğer grup ise hiç bir değişikliğin olmadığını savunmaktadır.

SIS, SÜİ tedavisinde en son gelişmelerden biridir. Bu minimal invaziv prosedürün, geleneksel cerrahi prosedürlere benzer sonuçlarla birlikte daha az komplikasyona neden olduğu gösterilmiştir. Ancak kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan bilgiler yetersizdir. Bu nedenle, SIS'in kadın cinsel işlevi üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Ocak 2015 ile Ekim 2017 arasında Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji bölümüne stres tip idrar kaçırması olan hastalar çalışmaya dahil edilmiş olup, dışlanma kriterleri sonrası çalışmaya 35 hasta alınmıştır. Hastalara tanı Uluslararası Kontinans Derneği'ne uygun olarak konulmuştur. Tüm hastalara mini-sling operasyonu tek cerrah tarafından yapılmış cerrahi sonrası bütün hastalara sistoskopi yapılarak mesane lezyonları ve komplikasyonlar izlenmiştir. Cerrahi sonrası 24. saatte foley sonda çekilmiştir. Kadın Seksüel Fonksiyon Indeksi ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ayda bütün hastalara yapılarak istatiksel analiz yapılmıştır.

BULGULAR: Tablo 1'de çalışma grubunun karakteristik verileri izlenirken, Tablo 2'de ameliyat öncesi ve sonrası FSFI skorlarının karşılaştırılaması gösterilmiştir. Buna göre; FSFI skorları tüm alanlarda istatiksel anlamlı olarak iyileşme göstermiştir. 1 vakada gelişen ve 2. operasyon ile düzeltilen mesh erozyunu hariç kanama, perforasyon, penetrasyon, protrüzyon, hematom veya mesane çıkım obstrüksüyonu gibi başka bir komplikasyon gözlenmemiştir.

SONUÇ: Pelvik taban cerrahisinin kadınlarda cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkisi tutarsız sonuçlar nedeniyle günümüzde halen tartışmalı bir konudur. Çalışmamızın sonuçlarına göre; mini-sling cerrahisi SUI tedavisinde güvenli ve efektif bir tedavi seçeneği olarak gözükmekte ayrıca cinsel fonskyionlar üzerine olumlu etki yapmaktadır. Bu bulguların iyi organize edilmiş, geniş prospektif serilerle desteklenmesi gerekir.

Tablo 1.

Yaş	48.9 (41 – 64)
Doğum Sayısı	2 (1 – 5)
Hastanede Kalış	1.6 (1-3)

Hastaların karakteristik özelikleri

Tablo 2.

FSFI (n = 35)	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam
Ameliyat öncesi	3.26 ± 0.96	3.18 ± 1.20	4.49 ± 1.56	4.10 ± 1.15	4.27 ± 1.71	4.51 ± 1.55	23.81 ± 4.72
Ameliyat sonrası	3.86 ± 1.0	4.47 ± 1.16	6.18 ± 1.31	4.51 ± 0.87	5.72 ± 0.95	5.36 ± 0.79	30.1 ± 4.82
p değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Ameliyat öncesi ve sonrası FSFI skorlarının karşılaştırılması

PP-46

NEBİVOLOL'ÜN DİPPER VE NON-DİPPER HİPERTANSİF HASTALARDA EREKTİL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ

Ercan Yuvanç[1], Mehmet Tolga Doğru[2], Devrim Tuğlu[1], Mehmet Özavcı[1], Vedat Şimşek[2], Erdal Yılmaz[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Erektil disfonksiyon (ED) yaygın sağlık sorunlarından biridir ve hipertansiyonlu erkeklerde daha yüksek insidansta ortaya çıkar. Hipertansiyon (HT), ED için en önemli risk faktörüdür ve özellikle noktürnal kan basıncı değişiklikleri ile ortaya çıkan alt tipler ile karmaşık özellikler de gösterebilir. Daha fazla endotel disfonksiyonu ve hedef organ hasarı ile güçlü birlikteliğe sahip olan non-dipper hipertansiyonu olan hastaların, dipper hipertansiyonu olan hastalara göre daha şiddetli erektil disfonksiyon belirtilerine sahip oldukları bilinmektedir. Beta blokerler, ED ile ilişkili çeşitli antihipertansif ilaç sınıflarından biridir. Nebivolol'ün (NB) bir beta bloker olarak diğerlerinden farkı, penil ereksiyonu kolaylaştıran nitrik oksitin endotelyal salınımı yoluyla endotel bağımlı vazodilatasyon özelliklerine sahip üçüncü jenerasyon yüksek derecede seçici beta-1 reseptör bloker olmasıdır. Bu nedenle, hipertansiyon ve ED'li hastalarda nebivolol diğer beta blokerlere göre bir avantaj sunabilir. Erektil fonksiyon için literatür tarama sonuçlarında, bazı çalışmalarda nebivolol ile erektil fonksiyonda anlamlı bir iyileşme gösterilirken, diğerlerinde erektil fonksiyonun, diğer beta bloker ajanlarla karşılaştırıldığında nebivolol ile anlamlı olarak kötüleşme göstermediği gösterilmiştir.

AMAÇ: Nebivolol'ün dipper ve non-dipper hipertansif hastalarla erektil fonksiyon üzerine olan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Bu bir kesitsel çalışmadır. Çalışmaya yeni tanı esansiyel HT hastalığı olup tedavide NB başlanılacak olan ve en az 6 tedaviye devam eden hastalar dahil edildi. Dipper (n = 52) ve non-dipper (n = 57) hipertansiyonu olan 109 hasta çalışmaya dahil edildi. Esansiyel HT tanısı hastalara 24 saatlik ambulatuar blood pressur monitoring (ABPM) aleti ile konuldu. Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Testi ile hastaların ED'si olup olmadığını değerlendirildi ve NB ile tedaviden önce ve 6. aydaki olguları derecelendirmek için kullanıldı.

BULGULAR: Normal erektil fonksiyona sahip 52 hasta (% 44.1), hafif ılımlı erektil disfonksiyonlu 34 hasta (% 29.4) ve ciddi erektil disfonksiyonlu 23 hasta (% 16.5) vardı. Non-dipper hipertansiyonlu sadece 16 hastada normal erektil fonksiyon vardı. Ayrıca, şiddetli ED grubunda (23 hasta), 18 hastada non-dipper hipertansiyon vardı ve bu şiddetli ED ve non-dipper HT arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki varlığını ortaya açıkça koymaktaydı ($p = 0.004$, Pearson Chi-Square). ED gruplarını değerlendirdiğimizde, ED grupları arasında ortalama sistolik ve diyastolik basınç düşmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar vardı ($p = 0.004$, Kruskal Wallis testi). Bonferroni düzeltmesinden sonra, ağır ED'li hastalarda ED (-) grubuna göre daha düşük kan basıncı düşüş değerlerine sahip olduklarını saptadık ($p = 0.002$). Dipper ve non-dipper grubunu tedavi öncesi ve tedavi sırasında 6. aydaki IIEF skorlarına göre karşılaştırdığımızda, dipper grubunda nebivolol ile erektil fonksiyonda istatistiksel olarak anlamlı düzelme ve diğer taraftan non-dipper grupta ise IIEF skorlarında değişiklik olmadığı ancak diğer beta blokerler gibi erektil disfonksiyon şikayetinde artma izlenmemiştir.

SONUÇ: Hipertansiyon hastalarında beta bloker kullanımı ED riskini artırmaktadır. Non-dipper hipertansiyon subtipi şiddetli ED ile ilişkilidir. Dipper ve non-dipper HT'li cinsel aktif olgularda nebivolol kullanımı ile ED şikayetlerinin daha az sıklıkta olabileceğini düşünüyoruz.

PP-48

ÜRETRAL KONDİLOMA AKUMİNATA; NADİR BİR OLGU SUNUMU

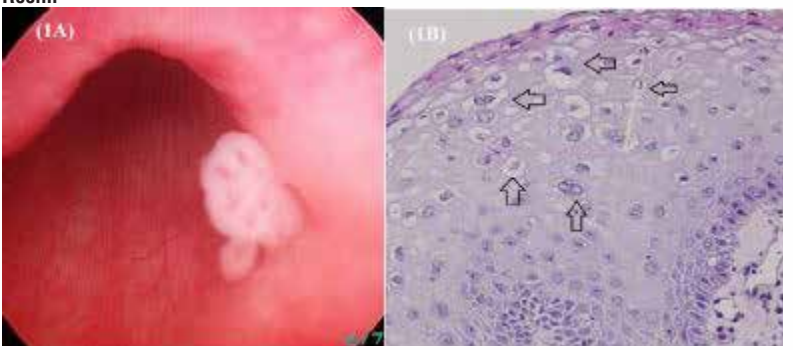
Erhan Ateş[1], Hakan Görkem Kazıcı[1], Ahmet Güzel[2], Alper Nesip Manav[2], Canten Tataroğlu[3], Haluk Erol[1]
[1]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın
[2]Aydın Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Aydın
[3]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Kondiloma Akuminata, papovirüs ailesinden Human Papilloma Virüs'ün (HPV) neden olduğu cinsel temasla bulaşan bir hastalıktır. 100'den fazla suşu olan ve bunların 30'dan fazlası genital bölgede yer alan HPV, genellikle genital ya da perianal bölgede nadiren eksternal üretral meatus, üretra ve mesane içerisinde görülür. Tüm vakaların %5'inde görülen ve görünüm olarak kolaylıkla papiller üretelyal kanserler ile karışabilen intraüretral lezyonlar genellikle üretranın distal 3 cm'lik bölümünü ve eksternal üretral meatus çevresini tutar. Bu olgu sunumunda intraüretral kondiloma akuminata olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Ürolojik girişim hikayesi olmayan 20 yaşında erkek hasta, üretral meatusda lezyon ile beraber disüri ve pollaküri gibi semptomlar nedeniyle hastanemize başvurdu. Eksternal üretral meatustaki lezyonlar eksizyonel biyopsi ile alındı. Daha sonra lezyonlar bipolar koter ile koterize edildi. Üriner sistem tutulumu değerlendirmek için sistoüretroskopi yapıldı. Penil üretrada multipl milimetrik papiller lezyonlar izlendi (Resim 1A). Büyük papiller lezyonlara transüretral rezeksiyon, daha küçük lezyonlara lazer vaporizasyon uygulandı. Mesane tabanı ve intertrigonik alan ve yan duvarlar ile kubbe olağan izlendi. Histopatolojik incelemede geniş izlenen papiller ve villöz yapılar ile dallanma ve koilositoz varlığı gösterildi (Resim 1B). Moleküler R-PCR, pyrosekans yöntemleriyle yapılan HPV tiplemesinde HPV Tip 6, HPV Tip 67, HPV Tip 56 pozitif olarak bulundu. Rekürrensten korunmak için bir antiviral ve immunmodülatör olan Beta-glukan 10 mg/gün'den 1 ay kullanıldı. Ek olarak hastanın klinik hikayesi ve laboratuvar sonuçlarında immunsupresyon bulguları saptanmadı.

SONUÇ: Üretral kondiloma akuminata kolaylıkla papiller üretelyal kanser ile karışabilen, nadir gözlenen ve önemli bir patolojidir. Eksternal üretral meatus çevresinde lezyon varlığında sistoüretroskopi ile üretra ve mesane değerlendirilmelidir. Üretrada çok sayıda ve/veya proksimal üretrada papillom varlığında mesane değerlendirilmeli, daha distaldeki küçük lezyonlarda eksternal üretral sfinkter geçilmemelidir. Etkeni diğer kısımlara taşımamak için işlem sırasında travmadan kaçınılmalıdır. Üretra ve mesane lezyonlarınde endoskopik eksizyon önerilir.

Resim



1A: Penil üretrada papiller lezyon. 1B: Koilositoz (Vakuolizasyon)

PP-49

TADALAFİL, YANINDA VERİLEN İKİNCİ İLACIN PROSTAT DOKUSUNA DAHA FAZLA ULAŞMASINI SAĞLAR MI? RATLARDA BİYOKİMYASAL VE HİSTOLOJİK DEĞERLENDİRME

Alper Gök[1], Can Tuygun[1], Tuğba Taşkın Türkmenoğlu[2], Gamze Gök[3], Gamze Avcıoğlu[3], Cemil Nural[3], Fatih Sandıkçı[1], Levent Sağnak[1], Hikmet Topaloğlu[1], Osman Raif Karabacak[1], Muhammed Abdurrahim İmamoğlu[1], Hamit Ersoy[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara
[3]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Tadalafilin prostat dokusunda sağladığı kanlanma artışı sayesinde, yanında verilecek ikinci ilacın prostat dokusuna daha fazla ulaşmasını sağlayarak, ikinci ilacın dokuya difüzyonunun artabileceği hipotezini histolojik ve biyokimyasal olarak değerlendirmek.

YÖNTEM: Çalışmaya dahil edilen 12 haftalık, 40 adet Sprague Dawley erkek rat 5 gruba ayrıldı. Grup 1 e hiçbir ilaç verilmezken, Grup 2 ye 10 gün boyunca finasteride, Grup 3 e 10 gün boyunca finasteride+tadalafil, Grup 4 e 30 gün boyunca finasteride, Grup 5 e ise 30 gün boyunca finasteride+tadalafil, oral yoldan uygulandı. Çalışma sonunda serum androjen düzeylerinin tespiti için kan örnekleri toplandı, histolojik inceleme için de prostat dokuları çıkartıldı.

BULGULAR: 10. ve 30. günlerde finasteride+tadalafil uygulanan grupların, sadece finasteride uygulananlara göre daha düşük Dihidrotestosteron düzeyi ve daha düşük minimum-maksimum epitel kalınlıkları ortalamalarına sahip olduklarını tespit ettik ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Ayrıca çalışmamızda Grup 3 ile Grup 4 arasında minimum ve maksimum epitelyal kalınlık ortalamaları açısından istatistiksel fark görülmedi ($p>0.05$).

SONUÇLAR: Çalışmamızda hipotezimizi destekleyecek bir takım bulgular saptamış olsak da hipotezimizin kuvvetlenebilmesi için daha fazla klinik, histolojik, biyokimyasal ve radyolojik değerlendirmenin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Hipotezimizin ileriki çalışmalarla geçerlilik kazanması halinde, phosphodiesterase type5 inhibitörü/5αreductase enzim inhibitörü kombinasyonu sayesinde Benign Prostat Hiperplazi hastalarında daha erken ve daha etkin bir tedavi şansı elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

PP-51

SUBKLİNİK VE KLİNİK VARİKOSELİN SEMEN PARAMETRELERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Zeynel Keskin, Erdem Kisa

Subklinik ve klinik varikoselin semen parametrelerine etkisinin karşılaştırılması

GİRİŞ: Varikosel tanısı fizik muayenede (FM) skrotumun dinlenme ya da valsalva manevrası sırasında dilate varikoz venlerin gözlenmesi ya da palpasyonu ile saptanır. Ultrasonografinin (USG) klinik tanıda yeri olmasa da, tamamlayıcı tetkik olarak kullanımı yaygındır. Biz bu çalışmamızda, subklinik ve klinik varikoselli hastaların sperm parametrelerini kontrol grubuyla karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2014 Temmuz-2018 Ocak arasında, 18 yaş üstü, infertilite nedeniyle başvuran 252 hastanın kayıtları retrospektif değerlendirildi. FM'de ve USG'de varikoseli olmayan hastalar kontrol (grup 1), FM'de normal olup ancak USG ile saptanan varikosel subklinik varikosel (grup 2), FM'de varikosel saptanan hastalar klinik varikosel (grup 3) olarak değerlendirildi. Her üç grubun yaş, semen hacim, konsantasyon, total motilite, progresif motilite, kruger parametreleri, birbiri ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup 1 de hasta sayısı 104, grup 2 de 67, grup 3 de ise 81 idi. Hastaların yaş ortalamaları grup 1 de 33 ±5.4 yıl, grup 2 de 32.3 ± 4.6 yıl, grup 3 de 31.6 ± 6.4 yıl idi. Grup 1 deki hastaların yaş ortalamaları, grup 3 ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek izlenmiştir. (p=0.028). Grup 1 ile grup 3 semen parametreleri açısından karşılaştırıldığında, sperm konsantrasyon (46.2±33.9 x106/mL ve 35.9±29.2 x106/mL) ve morfolojisi (3.1±1.6 % ve 2.6±1.6 %) grup 3 de istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla, p=0.025, p=0.031). Grup 1 ile grup 2 ve grup 2 ile grup 3, yaş ve semen parametreleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmadı.

SONUÇ: Subklinik varikosel hastalarında, kontrol ve klinik varikosel hastalarına göre semen parametrelerinin değişmediği, ancak klinik varikoselli hastalarda, kontrol hastalarına göre semen parametrelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Grupların yaş ve semen paramatereleri

	Grup 1a	Grup 2b	Grup 3c	p
Yaş ± SS (yıl)	33.0±5.4	32.3±4.6	31.6±6.4	0.518ab, 0.028ac, 0.138bc
Semen hacim ± SS (mL)	2.8±1.4	2.9±1.3	2.8±1.3	0.362ab, 0.991ac, 0.415bc
Konsantrasyon ± SS (x106/mL)	46.2±33.9	44.2±37.3	35.9±29.2	0.486ab, 0.025ac, 0.204bc
Total motilite ± SS (%)	53±17.8	56.8±15.9	53.4±21.3	0.223ab, 0.697ac, 0.494bc
Progresif motilite ± SS (%)	37.7±18.3	40.4±16.2	37.5±21.2	0.405ab, 0.992ac, 0.456bc
Kruger ± SS (%)	3.1±1.6	2.8±1.7	2.6±1.6	0.229ab, 0.031ac, 0.474bc

Grupların yaş ve semen paramatereleri

PP-52

PENİL FRAKTÜR ONARIMI YAPILAN HASTALAR VE CERRAHİ ONARIM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bulent Katı[1], Kemal Gümüş[2], Eyyüp Sabri Pelit[1], Ismail Yağmur[1], Halil Çiftçi[1]
[1]Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa
[2]Balıklıgöl Devlet Hastanesi Üroloji kliniği, Şanlıurfa

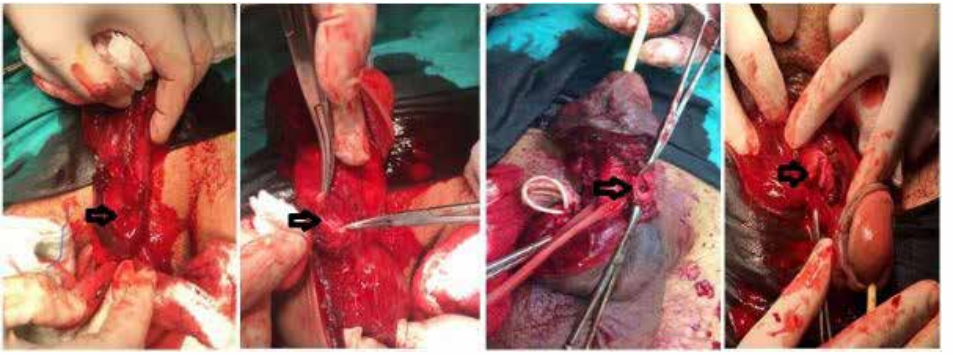
AMAÇ: Penil fraktür, cinsel ilişki sırasında direk travmaya bağlı direkt travmanın neden olduğu ürolojik bir acil durumdur ve bu durum korpus kavernozumda tunika albugineada bir yırtık ile sonuçlanır. Uygun olmayan ve / veya geç cerrahi onarım nedeniyle penis eğriliği ve erektil disfonksiyon gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Çalışmamızda penis fraktürü olan hastaların preoperatif değerlendirmelerini, cerrahi onarımları ve ileri dönem sonuçlarını tanımlamayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Ocak 2012-Haziran 2017 tarihleri arasında penil fraktür tanısı alan 56 hasta incelendi. Klinik özellikler, preoperatif değerlendirme, yaralanmadan cerrahiye kadar olan zamanı, tunika defekt özellikleri ve üretral yaralanma varlığı değerlendirildi. Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi 5 (IIEF-5) ön-çalışması ve altı aydan sonra sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 30.2 idi ve 18-57 yıl arasındaydı. Etiyolojik olarak en çok 32 (% 57.2) hasta cinsel ilişki sırasında cinsel ilişkide direk travma olduğunu bildirmiştir. Tunika defektlerinin ortalama büyüklüğü 1.61 ± 0.42 cm (0.3-3.6 cm) idi. Dokuz hastada (% 16) penis kırığı üretral yaralanma ile ilişkiliydi. Cerrahi öncesi IIEF-5 skorlarında ve ameliyattan altı ay sonra anlamlı fark yoktu. Penil deri nekrozu ameliyattan bir gün sonra bir hastada gelişti.

SONUÇ: On iki saat içerisinde yapılan erken cerrahi onarım, cinsel ilişki sırasında erekt peniste direkt travmaya bağlı penil fraktürü olan hastalarda postoperatif ereksiyon başarısı elde etmede etkili bir yöntemdir. ve izole tek kırıklar sergiler. Üretral yaralanmanın kontrolü ve tedavisi için cerrahi onarımdan önce bir üretral kateterin yerleştirilmesi tavsiye edilebilir.

Resim



Penil frakütr operasyonu sırasında gözlenen Tunika yırtığı

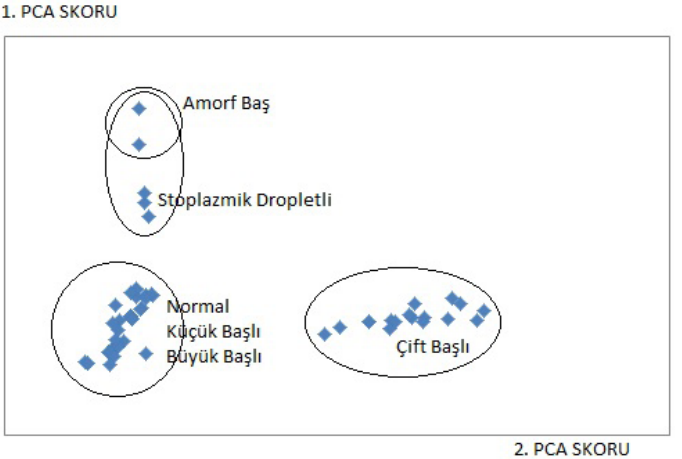
PP-54

ANORMAL SPERMLERİN ELİPTİK FOURİER ANALİZİ SINIFLANDIRILMASI

Özgür Eroğlu[1], Mehmet Zeynel Keskin[3], Serdar Yüksel[2]
[1]SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]MEB, Kiraz MTAL. İZMİR
[3]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sperm morfolojik analizi diğer bir adı ile Kruger testi mikroskobik analizi yapılan bir spermin üreme yeteneğinin normal sınırları içerisinde olup olmadığı göstermektedir. Kruger testi konusunda uzman anormal sperm morfolojilerini ayırt edebilen deneyimli kişilerce yapılmalıdır. Çünkü normal ve normale yakın morfolojiye sahip sperm hücrelerinin seçilmesi, infertilite tedavisinde son derece önemlidir. Örneğin sperm akrozomu, yumurtaya girişte gerekli olan enzimleri içermesi bakımından oldukça önemlidir. Aynı şekilde çekirdek anormallikleri, DNA bozukluğunun bir göstergesi olması nedeniyle sağlıklı bir embriyo gelişimini engellemektedir. Spermin kuyruğu, spermin hareketliliğini ve dikliğini sağlayan bölüm olduğundan kuyruktaki anormallikler, sperm hareketini kısıtlayıcı etkiye sahiptir. Orta parça ise mitokondrilerin olduğu önemli bir kısımdır ve buradaki anormallikler hareketliliği direkt etkilemektedir. Semen morfolojik değerlendirmesinde Kruger kriterleri göz önünde bulundurulmaktadır. Bu kriterler ile baş, akrozom, çekirdek, boyun, kuyruk ve orta parça anormalileri değerlendirilmektedir. Kruger morfolojisi kriterlerlerine göre, sperm testi sonuçlarının normal sayılabilmesi için normal yapılı meni içindeki spermatozoid oranı % 4-14 den fazla olması gerekmektedir. Günümüzde morfolojik analiz sperm analizini yapan gelişmiş cihazlarla tam otomatik olarak yapılmaktadır. Kullanılan sistemler normal spermleri anormallerden ayırmakta, anormal olanları kendi içinde sınıflandırmamaktadır. Bu çalışmada mikroskop ve dijital kamera sistemi ile dijital fotoğrafları elde edilen anormal sperm hücrelerinin morfolojik olarak sınıflandırılması bilgisayar ortamında Eliptik Fourier Analizi (EFA) ile yapılmaya çalışıldı. Çalışmada 62 adet normal, mikro başlı, çift başlı, amorf başlı ve büyük başlı sperm fotoğrafı kullanıldı. Fotoğraflar önce siyah beyaza çevrildi, histogram yapılarak binarize edildi, Farklı kenar yapısına ve biçime sahip nükleus yapılarının istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için sayısallaştırılması gerekmekteydi. Bu nedenle dalga ve ses işlenmesi gibi geniş alanlarda faydalanılan Fourier analizi kullanıldı. Elde edilen sayısal veriler bir bakıma farklı sperm baş formlarını tanımladı. Bu sayısal verilerin sınıflandırılabilmesi ve kümelendirilebilmesi demek bir bakıma farklı baş formlarının kenar yapı benzerliklerine göre gruplara ayrılması ve sınıflanması demekti. Bu amaç için en yaygın kullanılan yöntem olan faktör analizi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Hesaplanan ilk iki faktör skoru değişkenler arasındaki maksimum farklılığı vermesi bakımından en iyi ayrımı da sağlayacağı için grafiksel gösterimde kullanıldı (Tablo 1). Çalışma sonucunda mikro ve büyük başlı spermlerin normaller ile karıştığı, çift başlı, amorf başlı ve uzun akrozomluların iyi bir biçimde sınıflandırıldığı görüldü. (Şekil 1).

Şekil



Temel Bileşen Analizi Skorları Ayırma Grafiği

Tablo 1

Örnek no:	1. PCA skoru	2. PCA skoru
1	-53194,14	-7950,826
2	-40820,82	-946,6569
3	-51468,64	-7801,716
4	-32020,76	3203,166

1. ve 2. PCA Skorları (ilk 4 örnek için)

DİZİN

-A-

ABDÜLREZZAK Ümmühan OP2
ADANUR Şenol OP6
AHMEDOV Ilham PP05
AKARKEN İlker PP20
AKBULUT Mehmet Levent PP09
AKIN Yiğit MP11, PP13
AKINSAL Emre Can OP2, OP3
AKKOÇ Ali PP08
ALBAYRAK Selami MP13
ALKAN İlter PP14, PP15
ALTAY Barış MP04
ALTAY Mehmet Sefa OP6
ARICI Akgül OP5
ARSLAN Erkan PP36
AŞCI Ramazan PP28
ATALAY Hasan Anıl MP03, MP14
ATALAY Hasan Anıl OP1
ATEŞ Erhan PP14
ATEŞ Erhan PP48
ATILGAN Doğan PP02
ATMACA Ali Fuat MP01
AVCI İbrahim Erkut MP05
AVCIOĞLU Gamze PP49
AYDEMİR Hüseyin PP23
AYDIN Memduh PP39
AYDIN Mustafa PP03
AYKAN Serdar OP7

-B-

BAŞAR Murad PP15
BAYDİLLİ Numan OP2, OP3
BAYRAKTAR Zeki MP13
BENLİ Erdal PP26
BENLİ İsmail OP5
BENLİOĞLU Can MP20
BEŞİROĞLU Hüseyin PP09
BEYHAN Murat PP38
BİLECAN Enes MP22
BİTKİN Alper PP03
BOLAT Mustafa Suat PP28
BOSNALI Efe PP41
BOZKURT Aliseydi PP19, PP25
BUĞDAY Muhammet Serdar PP09
BÜYÜKALPELLİ Recep PP28

-C, Ç-

CANAT Halil Lütfi PP15
CANAT Lütfi MP03, OP1
CEYLAN Salih Rahman PP11
CİNİSLİOĞLU Ahmet Emre OP6, MP08
CONKBAYIR Işık PP01
ÇAKAN Murat PP10, PP43
ÇAKICI Mehmet Çağlar PP10, PP43
ÇETİN Buğra PP39
ÇİFT Ali OP4, MP20
ÇİFTÇİ Halil PP36, PP52
ÇİFTÇİ Seyfettin MP05, PP41
ÇİFTECİ Tayfun PP42
ÇİLESİZ Nusret Can PP39
ÇİMEN Hacı İbrahim MP06, PP21
ÇİMEN Serhan PP09
ÇİNAR Önder PP28
ÇIRAKOĞLU Abdullah PP26
ÇULHA Mehmet Gökhan MP14
ÇULHA Mustafa Melih MP05, PP41

-D-

DEMİR Bekir Türkay MP22
DEMİRDÖĞEN Şaban Oğuz OP6
DEMİREL Azam MP08
DEMİRKAN Serkan OP8, PP12
DEMİRTAŞ Abdullah OP2
DERE Yelda PP20
DİKMEN Ayse Veyhurda PP24, PP33
DİNDAR Ahmet Selçuk PP13

DİREK Hacı Can MP06, PP21
DİRİ Kamile Banu MP07
DİRİ Mehmet Akif PP44
DOĞAN Neslihan Temiz MP22
DOĞRU Mehmet Tolga PP46
DÖNMEZ Turgut PP22
DURSUN Murat PP09

-E-
EKMEKÇİOĞLU Oğuz OP2, OP3
ERDEMİR Fikret MP17
ERDEMİR Fikret OP5, PP02, PP11, PP38
ERDİK Anıl PP23
EROĞLU Aşkın PP20
EROĞLU Özgür PP54
EROL Haluk PP48
ERSOY Hamit PP17, PP18, PP43, PP49

-G-
GEZMİŞ Cem Tuğrul PP39
GÖK Alper PP49
GÖK Bahri MP01
GÖK Gamze PP49
GÖKÇE Ahmet MP06, PP14, PP21, PP23
GÖRGEL Sacit Nuri MP11
GÜCÜK Adnan PP01
GÜL Deniz PP21, PP23
GÜL Fatih PP31
GÜL Murat MP07, MP21, PP31, PP44
GÜMÜŞ Kemal PP52
GÜZEL Ahmet PP48

-H, İ-
HALİS Fikret MP06, PP21
HAMİDİ Nurullah MP01
HAN Ünsal PP17
HAZAR Aydın İsmet PP39
HUSEYNOV Gabil PP05
İMAMOĞLU Muhammed Abdurrahim PP01,PP49
İNANÇ Yılmaz MP19
İNANÇ Yusuf MP19

-K-
KALKANLI Arif PP39
KANAR Hatice Selen PP07
KARAASLAN Mustafa PP29
KARAASLAN Önder PP13
KARABACAK Osman Raif PP49
KARABAKAN Mehmet PP25
KARTAL İbrahim Güven PP10, PP43
KARTAL İbrahim PP17, PP18
KATİ Bülent PP36, PP52
KAYMAZ İsmet PP08
KAZICI Hakan Görkem PP48
KESKİN Mehmet Zeynel PP14, PP37, PP40, PP51
PP54
KILIÇ Şahin MP17, OP5, PP02, PP11
PP20, PP38
KISA Erdem PP40, PP51
KIZILAY Fuat MP04
KOÇ Erdem MP01
KOKURCAN Alihan PP10, PP43
KÖLÜKCÜ Engin OP5, MP17, PP02, PP11
PP20, PP38
KÖSE Osman MP06, MP11
KÖSEM Mehmet Esat MP05, PP41
KOYUNCU Serhat MP17
KUCUKDURMAZ Faruk MP19, MP22
KULU Müberra MP17

-M, N-
MANAV Alper Nesip PP48
MERTOĞLU Cuma PP19
NALBANT İsmail PP01, PP26
NURAL Cemil PP49

-O, Ö-

OKSAY Taylan PP42
ÖLÇÜCÜ Mahmut Taha PP07
ÖLMEZ Caner MP22
ÖRDEK Eser PP36
ÖZAVCI Mehmet OP8, MP12, PP06, PP12
PP46
ÖZBEY İsa OP6
ÖZCAN Serkan MP11, PP13
ÖZDEMİR İbrahim PP07
ÖZEN Mehmet PP28
ÖZGÜR Mehmet Özay PP22
ÖZKAN Arif PP39
ÖZKAYA Fatih MP08
ÖZKUVANCI Ünsal MP18
ÖZORAK Alper PP42
ÖZTÜRK Erdem MP23
ÖZTÜRK Ufuk PP01

-P, R-

PARLAKTAŞ Bekir Süha PP02
PAZIR Yaşar MP18
PELİT Eyyup Sabri PP36, PP52
POLAT Özkan OP6
RESİM Sefa MP19, MP22
RUSTAMOV Maarif PP05

-S, Ş-

SAĞLAM Hasan Salih MP06
SAĞNAK Azmi Levent PP17
SAĞNAK Levent PP49
SANDIKÇI Fatih PP10, PP17, PP18, PP43
PP49
SELVİ İsmail OP3
SEMERCİ Bülent MP04
SÖNMEZ Gökhan OP2
SOYUPEK Arap Sedat PP42
SULUKAYA Muhammed PP09
ŞİMŞEK Vedat PP46

-T-

TATAROĞLU Canten PP48
TEKE Kerem PP07
TONYALI Şenol PP29
TOPALOĞLU Hikmet PP49
TOPÇUOĞLU Murat PP08
TUĞLU Devrim MP12, OP8, PP06, PP12
PP46
TÜRKMENOĞLU Tuğba Taşkın PP49
TUYGUN Can PP01, PP49

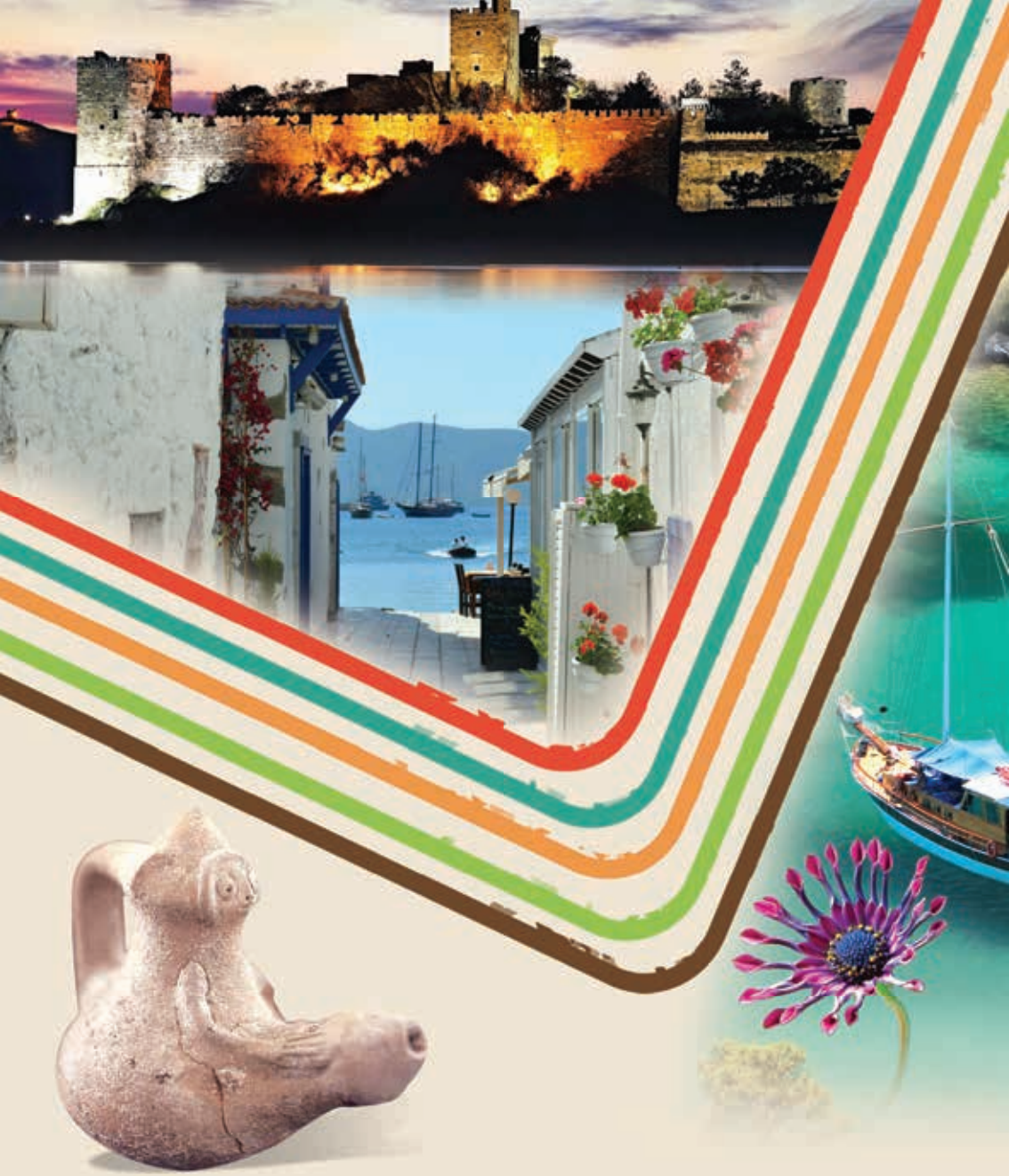
-U-

UÇAR Murat PP08, PP14
ULUOCAK Nihat PP11, PP38
USLUBAŞ Ali Kemal MP05, PP41

-Y-

YADİGAROĞLU Ekrem PP22
YAGMUR Ismail PP36, PP52
YALÇIN Selim MP12, PP06
YIKILMAZ Taha Numan MP23
YILMAZ Erdal MP12, PP06, PP46
YILMAZ Mehmet OP7
YILMAZ Muhammed Şahin PP01
YILMAZ Yüksel MP11, PP13
YORULMAZ Enis Mert PP13
YÜCE Ahmet PP26
YÜCEL Mehmet Özgür OP4
YÜKSEKKAYA Mustafa MP05, PP41
YÜKSEL Meral PP15
YÜKSEL Serdar PP54
YUVANÇ Ercan OP8, MP12, PP06, PP12
PP46

Not:



Bilimsel Sekreterya
TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ
Cemil Aslan Güder Sok. İdil Apt. B Blok D.1
34349 Gayrettepe / İstanbul
Tel: 0 212 288 50 99 - Faks: 0 212 288 50 98
E-posta: androloji@androloji.org.tr - www.androloji.org.tr

Organizasyon Sekreteryası
FİGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center
No: 4, 34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 381 46 00 / Faks: 0 212 258 60 78
E-posta: guncelandroloji@figur.net