



TÜRK  
ANDROLOJİ DERNEĞİ  
(İSTANBUL - 1992)

# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ



**18 - 21 NİSAN 2019**

Hilton Dalaman Sarıgerme  
Muğla

**BİLİMSEL PROGRAM ve  
ÖZET KİTABI**

[www.androloji2019.org](http://www.androloji2019.org)



**13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

Değerli Meslektaşlarımız,

13. Ulusal Androloji Kongresi 18 - 21 Nisan 2019 tarihleri arasında Sarıgerme'de gerçekleştirilecektir. Türk Androloji Derneği Yönetim Kurulu olarak siz değerli meslektaşlarımız ile birlikte olmaktan büyük mutluluk duyacağız.

Kongre bilimsel programı, androloji alanındaki güncel bilgiler ışığında hem klinik hem de temel bilimler çerçevesinde tüm konuları kapsar nitelikte olacaktır. Ulusal ve uluslararası alanda konusunda uzman bilim insanları güncel bilgileri sizlerle paylaşacaktır. Tüm bunların dışında yuvarlak masa toplantılarında, podyum ve poster oturumlarında hem cinsel işlev bozukluğu hem de infertilite konularındaki en son gelişmeler gündeme getirilecektir.

Sarıgerme, ülkemizin Ege kıyısındaki muhteşem turistik bölgelerinden biridir. Bu nedenle, bu güzel beldede geçireceğiniz sosyal zamanlardan da keyif alacağınıza inanıyoruz.

18 - 21 Nisan 2019 tarihleri arasında Sarıgerme'deki 13. Ulusal Androloji Kongresi'nde görüşmek üzere...

Saygılarımızla...

**Türk Androloji Derneği  
Yönetim Kurulu**





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## YÖNETİM KURULU

### ONURSAL BAŞKAN

Prof. Dr. Ateş Kadioğlu

### BAŞKAN

Prof. Dr. Mustafa F. Usta

### GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Barış Altay

### SAYMAN

Doç. Dr. Memduh Aydın

### ÜYELER

Prof. Dr. Sefa Resim

Prof. Dr. Murat Çakan

Prof. Dr. Fikret Erdemir

Prof. Dr. Metin Öztürk



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



18 Nisan 2019, Perşembe

## SALON A

### 11:00 - 12:30 ASİSTAN VE GENÇ ANDROLOGLAR OTURUMU - 1

#### Androlojide Deneyisel Hayvan Modelleri

Oturum Başkanları: A. Kadioğlu, S. Gönültaş

|               |                                      |               |
|---------------|--------------------------------------|---------------|
| 11:00 - 11:15 | Varikozel hayvan modelleri           | T. İpekçi     |
| 11:15 - 11:30 | Kavernozal sinir stümulasyon yöntemi | H. H. Tavukçu |

### 11:30 - 11:45 KAHVE ARASI

|               |                                                                                     |               |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 11:45 - 12:00 | Yüksek akımlı Priapizm hayvan modeli oluşturulabilir mi?                            | Z. Kozacıoğlu |
| 12:00 - 12:15 | Non-obstüraktif azoospermide matür sperm varlığı öngörülebilir mi?                  | T. Uçar       |
| 12:15 - 12:30 | Peyronie hayvan modelleri ve Peyronie hastalığında antifibrotik ajanların kullanımı | G. Çevik      |

### 12:30 - 13:15 ÖĞLE YEMEĞİ

### 13:15 - 15:00 İNFERTİL ERKEĞİN GÜNCEL TEŞHİS VE TEDAVİSİ

Oturum Başkanları: O. Ekmekçioğlu, M. Öztürk

|               |                                                                             |              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 13:15 - 13:30 | Spermatogenez ve spermiogeneze güncel bilgiler                              | B. Altay     |
| 13:30 - 13:45 | Epididim, prostat ve vesikula seminalisin fertilitedeki rolü: 2019          | İ. Orhan     |
| 13:45 - 14:00 | Semen analizinin klinik yorumu: Tanıya giden yol                            | M. Z. Keskin |
| 14:00 - 14:15 | Erkek infertilite değerlendirilmesinde biyobelirteçler                      | M. Öztürk    |
| 14:15 - 14:30 | Erkek infertilite değerlendirilmesinde otozomal ve seks kromozon analizleri | M. Şamlı     |
| 14:30 - 14:45 | Erkek infertilitesinde radyolojinin yeri                                    | M. Tek       |
| 14:45 - 15:00 | Genital enfeksiyonların teşhis ve tedavisi                                  | F. Erdemir   |

### 15:00 - 15:15 KAHVE ARASI

### 15:15 - 17:15 ASİSTAN VE GENÇ ANDROLOGLAR OTURUMU - 2

Oturum Başkanları: M. F. Usta, G. Çevik

|               |                                                               |                |
|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------|
| 15:15 - 15:30 | Peyronie hastalığında kalsifikasyon-Penisin kemikleşmesi      | S. Gönültaş    |
| 15:30 - 15:45 | Peyronie hastalığında genetik analiz                          | Y. Pazır       |
| 15:45 - 16:00 | Peyronie hastalığının tedavisinde hiperbarik oksijen tedavisi | A. Çolakeroğlu |
| 16:00 - 16:15 | Peyronie hastalığının tedavisinde Li-ESWT ve kök hücre        | M. G. Çulha    |
| 16:15 - 16:30 | ED Modelinde Stromal-Vasküler fraksiyon tedavisi              | T. Taş         |
| 16:30 - 16:45 | Hipogonadotropik hipogonadizmde genetik araştırma             | A. Kalkanlı    |
| 16:45 - 17:00 | Ejakülatuar kanal patolojileri                                | N. Çilesiz     |
| 17:00 - 17:15 | Androloji makale yazımında kritik noktalar                    | Ö. Yaman       |



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



19 Nisan 2019, Cuma

## SALON A

### 08:30 - 09:00 Açılış Töreni ve Konuşmalar

B. Altay / TAD Genel Sekreteri, M. F. Usta / TAD Başkanı, A. Kadioğlu / TAD Onursal Başkanı

### 09:00 - 11:15 İNFERTİLİTE OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: S. Tellaloğlu, İ. Nane

|               |                                                                                    |              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 09:00 - 09:20 | ONKO-TESE applications in adults and children                                      | R. Brannigan |
| 09:20 - 09:40 | Do Sperm parameters and fecundation rates change in the modern world?              | R. Brannigan |
| 09:40 - 10:00 | The relationship between Male fertility and Men's health: Review of the Literature | R. Brannigan |

### 10:00 - 10:15 KAHVE ARASI

|               |                                                   |             |
|---------------|---------------------------------------------------|-------------|
| 10:15 - 10:35 | Sperm DNA Fragmentation: Where and How it occurs? | A. Khelaia  |
| 10:35 - 10:55 | Sperm Epigenetics and Sperm RNA                   | P. Vendeira |
| 10:55 - 11:15 | Testiküler Mikrolitiazis takip ve tedavisi        | O. Koca     |

### 11:15 - 12:00 UYDU SEMPOZYUMU Tadalafil'in 15 Yıllık Serüveni

Yönetici: A. Kadioğlu



|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Tadalafil 5mg ED                | İ. Orhan   |
| Tadalafil 5mg LUTs ve ED        | A. Gökçe   |
| Tadalafil Radikal Prostatektomi | M. Öztürk  |
| Tadalafil Yeni Literatür        | M. F. Usta |

### 12:00 - 12:30 SMS-NA OTURUMU

Oturum Başkanı: M. F. Usta

|               |                                                                                  |               |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 12:00 - 12:30 | Treatment of Erectile Dysfunction: What did we learned during the last 50 years? | WJG Hellstrom |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|

### 12:30 - 13:00 YAŞLANAN ERKEK-GEÇ BAŞLAYAN HİPOGONADİZM OTURUMU

Oturum Başkanı: İ. Özbey

|               |                                                                                                                                                    |              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 12:30 - 12:45 | EAU/AUA Guidelines for the treatment and diagnosis of late onset Hypogonadism                                                                      | R. Brannigan |
| 12:45 - 13:00 | TRT Prostat kanseri, kardiyovasküler ve nörolojik patolojiler arasındaki ilişkisinin kanıta dayalı değerlendirilmesi: Önleyici mi, tetikleyici mi? | İ. Özbey     |

### 13:00 - 13:45 ÖĞLE YEMEĞİ

### 13:45 - 14:15 EJAKÜLASYON BOZUKLUKLARI OTURUMU

Oturum Başkanları: E. Özbek, Z. Hakimhodjaev

|               |                                                                                           |         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 13:45 - 14:00 | Prematür ejakülasyon tedavisinde güncel yaklaşımlar                                       | R. Aşçı |
| 14:00 - 14:15 | Anejakülasyon, geç ejakülasyon ve orgazm bozuklukları: Rasyonel yaklaşım nasıl olmalıdır? | H. Erol |

19 Nisan 2019, Cuma

## SALON A

### 14:15 - 15:15 VARİKOSEL OTURUMU

Oturum Başkanları: M. Aydın, Ö. Yaman

|               |                                                                      |          |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| 14:15 - 14:30 | Varikozel patofizyolojisi: 2019                                      | İ. Orhan |
| 14:30 - 14:45 | Varikozel tanısında kullanılan yeni biyobelirteçler ve endikasyonlar | B. Altay |
| 14:45 - 15:00 | Rekürren Varikozel'de tanı ve tedavi                                 | M. Aydın |
| 15:00 - 15:15 | Adelozan Varikozel: Tüm çocuklar ameliyat edilmeli mi?               | S. Çayan |

### 15:15 - 16:00 UYDU SEMPOZYUMU

10. yıla girerken Proxeed Plus eşdeğerlerinden neden farklı?



Yönetici: B. Semerci

Klinisyen gözüyle Proxeed Plus

A. Kadioğlu

### 16:00 - 16:15 KAHVE ARASI

### 16:15 - 17:15 PEYRONİE HASTALIĞI OTURUMU

Oturum Başkanları: B. Gümüş, M. Çakan

|               |                                                 |                  |
|---------------|-------------------------------------------------|------------------|
| 16:15 - 16:30 | Peyronie hastalığı patofizyolojisi              | E. Ateş          |
| 16:30 - 16:45 | Cerrahi dışı tedavilerde güncelleme             | M. Kadıhasanoğlu |
| 16:45 - 17:00 | Peyronie hastalığında rekonstrüktif girişimler  | A. Kadioğlu      |
| 17:00 - 17:15 | Peyronie hastalığında penil protez uygulamaları | M. F. Usta       |

### 17:15 - 18:15 PROSTAT HASTALIKLARI OTURUMU

Oturum Başkanları: M. Öztürk, F. Erdemir

|               |                                                            |             |
|---------------|------------------------------------------------------------|-------------|
| 17:15 - 17:30 | BPH tedavisinde yeni cerrahi yöntemler                     | Ö. Yaman    |
| 17:30 - 17:45 | Akut/Kronik prostatit olgularında tedavi yaklaşımları      | S. Resim    |
| 17:45 - 18:00 | Pelvik ağrı sendromlu hastaların yönetimi                  | M. Çakan    |
| 18:00 - 18:15 | Hematosperminin teşhis ve tedavisinde bilinmesi gerekenler | E. V. Küçük |



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



19 Nisan 2019, Cuma

## SALON B

### 13:45 - 16:05 ED OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: M. Çulha, S. Resim

|               |                                                    |                 |
|---------------|----------------------------------------------------|-----------------|
| 13:45 - 14:05 | Penil Doppler Ultrasonografi: Teknik ve yorumlama  | B. Erol         |
| 14:05 - 14:25 | Libido ve orgazm nörobiyolojisi                    | N. Direk        |
| 14:25 - 14:45 | Sık kullanılan ilaçların erektil fonksiyona etkisi | A. Armağan      |
| 14:45 - 15:05 | Role of oxydative stress in male infertility       | S. Shavakhabov  |
| 15:05 - 15:25 | Orta Asya coğrafyasında Androloji                  | Z. Hakimhodjaev |

### 16:15 - 17:25 SÖZLÜ / VIDEO BİLDİRİ OTURUMU (SS-01 / SS-12) - (VS 01-VS07)

Oturum Başkanları: A. Gökçe, S. Resim

20 Nisan 2019, Cumartesi

## SALON A

### 08:30 - 09:30 ED OTURUMU - 2

Oturum Başkanı: B. Altay

|               |                                                                                                       |             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 08:30 - 08:50 | NO, cGMP ve PDE-Tip 5 inhibitörlerinden, kök hücre ve gen terapisine rasyonel bakış                   | A. Gökçe    |
| 08:50 - 09:10 | Vakum cihazı, İntrakavernozal enjeksiyon ve MUSE tedavilerinin etki mekanizmaları ve klinik sonuçları | E. Erkan    |
| 09:10 - 09:30 | Li-ESWT'nin "tedavisi zor olgularda" yeri var mıdır?                                                  | M. Kendirci |

### 09:30 - 09:45 KAHVE ARASI

### 09:45 - 11:15 İNFERTİLİTE OTURUMU - 2

Oturum Başkanları: İ. Orhan, O. Ekmekçioglu

|               |                                                                                                                |                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 09:45 - 10:00 | Hipogonadotropik hipogonadizm olgularında fertilizasyonu sağlama stratejileri                                  | O. Ekmekçioglu |
| 10:00 - 10:15 | Olgu sunumu eşliğinde infertilitede genetik analiz algoritmi                                                   | M. Şamlı       |
| 10:15 - 10:30 | İnfertilite'de güncel medikal tedavilerin kanıta dayalı zeminde değerlendirilmesi                              | F. Erdemir     |
| 10:30 - 10:45 | Hipogonadizmin endokrinolojik nedenleri                                                                        | P. Kadioğlu    |
| 10:45 - 11:00 | Erkek infertilitesi ve ED tedavisinde tamamlayıcı tıp: Moleküler düzeyde etki mekanizmaları ve klinik sonuçlar | L. Canat       |
| 11:00 - 11:15 | İnfertilite'de rejeneratif tedaviler                                                                           | E. Özbek       |

### 11:15 - 12:00 UYDU SEMPOZYUMU

Lex Talk! Tadalafil 5mg!

Bir Bilene soralım....

Yönetici: A. Kadioğlu



Sorular  
Cevaplar

S. Gönültaş, A. Çolakerol, T. Taş, A. Kalkanlı, H. H. Tavukçu, T. Uçar  
S. Çayan, S. Resim, M. Öztürk, R. Aşçı, B. Gümüş, İ. Özbek

### 12:00 - 13:00 PENİL PROTEZ OTURUMU

Oturum Başkanları: M. F. Usta, R. Castane

|               |                                                                     |             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| 12:00 - 12:15 | Protez teknolojisinde sağlanan gelişmelerin karşılaştırmalı analizi | M. Aydın    |
| 12:15 - 12:30 | Current Prosthesis and reservoir implantation techniques            | R. Castane  |
| 12:30 - 12:45 | Protez komplikasyonları tanı ve tedavisi                            | A. Kadioğlu |
| 12:45 - 13:00 | Falloplasti olgularında IPP implantasyonu                           | M. Çulha    |

### 13:00 - 13:45 ÖĞLE YEMEĞİ



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



20 Nisan 2019, Cumartesi

## SALON A

### 13:45 - 14:45 ANDROLOJİ'DE ZOR OLGULAR PANELİ

Oturum Başkanı: A. Kadioğlu

Panelistler: WJG Hellstrom, R. Brannigan, P. Vendeira, I. Ahmedov

### 14:45 - 15:15 RADİKAL PELVİK CERRAHİ-ED OTURUMU

Oturum Başkanı: B. Gümüş

14:45 - 15:00 Farklı Radikal Prostatektomi tekniklerinin erektil fonksiyona etkisi  
15:00 - 15:15 Rehabilitation techniques after radical Pelvic surgery:  
An evidence based evaluation

B. Semerci  
WJG Hellstrom

### 15:15 - 15:55 ENDÜSTRİ GÖZÜ İLE ANDROLOJİ'YE BAKIŞ

Oturum Başkanı: M. F. Usta

15:15 - 15:25 Eczacıbaşı Holding  
15:25 - 15:35 Abdi İbrahim İlaç  
15:35 - 15:45 Lilly İlaç  
15:45 - 15:55 Nobel İlaç

E. Erbilgin Acar  
Ç. Yılmaz  
G. Saybir  
T. Öztürk

### 15:55 - 16:10 KAHVE ARASI

### 16:10 - 16:40 ANDROLOJİK ACİLLER OTURUMU

Oturum Başkanları: M. Öztürk, H. Akdere

16:10 - 16:20 Priapizm tedavisinde güncel kılavuzlara uygun yaklaşım  
16:20 - 16:30 Penile fracture and erectile dysfunction  
16:30 - 16:40 Testicular Torsion: What to know in 2019?

B. Ermeç  
I. Ahmedov  
P. Vendeira

### 16:40 - 17:40 ED OTURUMU - 3

Oturum Başkanları: B. Erol, C. Güvenç Taşdelen

16:40 - 16:55 Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarında kanıta dayalı tedavi seçenekleri  
16:55 - 17:10 Kadın-Erkek cinsel fonksiyon bozukluklarının eşler arasındaki ilişkiye etkisi  
17:10 - 17:25 Penis uzatma ve kalınlaştırma cerrahisi: Fonksiyonel ya da estetik bir gereksinim mi?  
17:25 - 17:40 Doğru bilgiler medyada nasıl popüler hale getirilebilir?

E. Yeni  
C. Güvenç Taşdelen  
M. Çakan  
E. Öz

20 Nisan 2019, Cumartesi

## SALON B

### 14:30 - 15:30 İNFERTİLİTE OTURUMU - 3

Oturum Başkanları: A. R. Ersay, M. Başar

14:30 - 14:45 Erkek infertilitesinde IUI ve ICSI endikasyonları  
14:45 - 15:00 IUI ve ICSI'de laboratuvar süreci  
15:00 - 15:15 ICSI prosedürünün fenotipik, genotipik ve psikososyal sonuçları  
15:15 - 15:30 Rekürren abortusta üroloğun bilmesi gerekenler

E. Salabaş  
S. Bulgurcuoğlu Kuran  
M. Başar  
E. Tavmergen

### 15:55 - 16:10 KAHVE ARASI

### 16:10 - 17:10 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU (SS-13 / SS-37)

Oturum Başkanları: B. Gümüş, S. Resim





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



21 Nisan 2019, Pazar

## SALON A

### 08:30 - 09:30 OLGULAR EŞLİĞİNDE ADLİ TIP OTURUMU

Oturum Başkanı: M. F. Usta  
Olgular: A. Serel

### 09:30 - 10:10 PEDIATRİK ANDROLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı: İ. Karaman

- 09:30 - 09:50 İdeal sünnet yöntemi ve komplikasyonlar ile mücadele *İ. Karaman*  
09:50 - 10:10 Çocukluk çağı penis anomali ve cerrahi tedavilerin erektil fonksiyon ve fertiliteye etkisi *Ü. Özkuvancı*

### 10:10 - 10:25 KAHVE ARASI

### 10:25 - 11:15 ED-URETRA CERRAHİSİ OTURUMU

Oturum Başkanı: M. F. Usta

- 10:25 - 10:40 Uretra darlıklarında güncel yaklaşım *A. Şimşek*  
10:40 - 10:55 Uretra travması ve uretra cerrahisi ED ilişkisi: Erektil fonksiyonun korunması *M. Ortaç*  
10:55 - 11:15 AUS yerleştirme ve revizyon cerrahisinde önemli noktalar *Ö. Bayrak*

### 11:15 - 12:15 AKILCI İLAÇ SUNUMU

*F. Erdemir*

## SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMLARI



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

19 Nisan 2019, Cuma

Salon B

16:15 - 17:25 **SÖZLÜ / VIDEO BİLDİRİ OTURUMU (SS-01 / SS-12) - (VS 01-VS07)**  
Oturum Başkanları: A. Gökçe, S. Resim

## SS-01

**Robotik radikal prostatektomide median lob varlığı: Eretil fonksiyonları etkiler mi?**

Hacı İbrahim Çimen

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

## SS-02

**Siçanlarda tiyol/disülfid hemostazının testiküler iskemi-reperfüzyon hasarını öngörü değeri**

Musab Ali Kutluhan, Tuncay Toprak, Aytaç Şahin

SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

## SS-03

**Varikoselektomi Etkinliğinin Primer Ve Sekonder İnfertilitede Karşılatırılması**

Fatih Demir<sup>1</sup>, Gökhan Sönmez<sup>1</sup>, Murat Keske<sup>1</sup>, Mert Ali Karadağ<sup>1</sup>, Oğuz Ekmekçioglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

## SS-04

**Şişirilebilir Penis Protezi implante edilmiş olgularda Mekanik Komplikasyonlarımız**

Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Mustafa Özbek<sup>3</sup>, Fatih Kocamanoglu<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

<sup>3</sup>İğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Iğdır

## SS-05

**İskemik priapizm de distal şant ve tünel tedavisinin anatomik ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi: Tek merkez çalışması**

Mazhar Ortaç<sup>1</sup>, Gökhan Çevik<sup>2</sup>, Hakan Akdere<sup>2</sup>, Bahadır Ermeç<sup>3</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne

<sup>3</sup>İstinye Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-06

**Eretil Disfonksiyon ile Kardiyovasküler Risk Belirleyicisi Aterojenik İndeksler Arasındaki İlişki**



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

Mehmet Gökhan Culha, Halil Lütfi Canat, Recep Burak Değirmen-tepe, Hasan Anıl Atalay,

Osman Can, Alper Ötünçtemur, Fatih Altunrende

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-07

**Penil protezde 29 yıllık klink deneyim ve sonuçlarımız**

Muhammed Arif İbiş, Vahid Talha Solak, Mehmet İlker Gökçe, Önder Yaman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

## SS-08

**Eretil disfonksiyon hastalarında komplike olmayan penil protez implantasyonu sonrası hasta ve partner memnuniyetinin değerlendirilmesi**

Ahmet Tahra, Resul Sobay, Abdurrahman İnkaya, Erdem Zengin, Eyüp Veli Küçük

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-09

**Testosteron yetmezliğinin alt üriner sistem semptomları ve eretil disfonksiyon gibi klinik bulgulara etkisi ve testosteron replasman tedavisinin değerlendirilmesi**

Rahmi Aslan, Recep Eryılmaz, Kerem Taken

Yüzüncü Yıl Üniversitesi

## SS-10

**Lokalize prostat kanseri tanısı alan ve radikal retropubik prostatektomi yapılan hastalarda gelişen eretil disfonksiyonda kevernosal hemodinami değişikliklerinin değerlendirilmesi**

Erdem Özbek<sup>1</sup>, Bilali Habeş Gümüş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Tınaztepe Torbalı Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

## SS-11

**Kardiyovasküler hastalık riskinin, eretil disfonksiyonlu hastalarda tadalafilden sağlanacak klinik yanıtı etkisi**

İsmail Selvi<sup>1</sup>, Numan Baydilli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Karabük

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

## SS-12

**Eretil Disfonksiyonlu Hastalarda Atriyal Elektromekanik Sürenin Araştırılması**

Adem Altunkol<sup>1</sup>, Ayşe Nur Topuz<sup>2</sup>, Mustafa Topuz<sup>3</sup>, Ergün Alma<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana, Türkiye

<sup>2</sup>Çukurova Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Bölümü, Adana, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Adana, Türkiye

## VS-01





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## Kumsaati deformitesinin eşlik ettiği peyronie hastalığında plak insizyonu ve venöz greft uygulaması: Video sunum

Hüseyin Özgür Kazan, Özgür Efiloğlu, Bülent Erol

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

### VS-02

#### 4 mm'lik Testis Tümörüne Ultrason Eşliğinde İşaretleme ile Organ Koruyucu Cerrahi

Hakkı Hakan Taşkapu<sup>1</sup>, Mehmet Giray Sönmez<sup>1</sup>, Gökhan Ecer<sup>1</sup>, Muzaffer Tansel Kılınç<sup>1</sup>,  
Süleyman Bakdık<sup>2</sup>, Ahmet Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

### VS-03

#### Eş Zamanlı Bilateral Parsiyel Orşiektomi ve MikroTESE: Video Sunumu

Mehmet Çağlar Çakıcı, Özgür Efiloğlu, Asif Yıldırım, Bülent Erol

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

### VS-04

#### Penil Protezli Hastada Bukkal Mukoza Üretroplastisi

Fatih Yalçınkaya, Emin Ozan Akay, Fatih Sandıkçı, Alihan Kokurcan, İbrahim Güven Kartal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara

### VS-05

#### Flexible Sistoskop yardımlı Transeksiyonsuz Uç-Uca Üretroplastisi

Fatih Yalçınkaya, Emin Ozan Akay, Fatih Sandıkçı, İbrahim Güven Kartal, Orhan Yiğitbaşı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara

### VS-06

#### Korpus Kavernozum İnvasyonu Olan Primer Üretra Tümörü Olgusu

Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Fatih Kocamanoğlu<sup>2</sup>, Recep Büyükalpelli<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

### VS-07

#### Üretral striktür cerrahisinde Non-Transecting yöntemin erektil fonksiyonu korumada önemi

Alihan Kokurcan, Berk Yasin Ekenci, Fatih Sandıkçı, Orhan Yiğitbaşı, İbrahim Güven Kartal, Emin Ozan Akay,  
Aşır Eraslan, Fatih Yalçınkaya

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

20 Nisan 2019, Cumartesi

Salon B

16:10 - 17:10 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU (SS-13 / SS-37)

Oturum Başkanları: B. Gümüş, S. Resim

### SS-13

#### Peyronie hastalığı prevelansı

Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>, Murat Dincer<sup>1</sup>, Gökhan Çulha<sup>2</sup>, Emre Salabaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesi

<sup>3</sup>Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

### SS-14

#### Erektil Disfonksiyonu olan Hastalarının Tadalafil 5mg ve 20 mg kullanım Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Senol Tonyalı, Cavit Ceylan

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

### SS-15

#### Peyroni hastalığında cerrahi deneyimlerimiz

Mehmet Eflatun Deniz<sup>1</sup>, Umut Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

### SS-16

#### Radikal prostatektomi sonrası penil duydaki değişimin elektrofizyolojik olarak değerlendirilmesi: Pilot çalışma

Ali Yıldız<sup>1</sup>, Ekrem İslamoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Yüksel<sup>1</sup>, İbrahim Erol<sup>1</sup>, Kaan Karamık<sup>1</sup>, Tuncay Çakır<sup>2</sup>, Mutlu Ateş<sup>1</sup>,  
Murat Savaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji

<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon

### SS-17

#### Kriptozoospermi, immotil spermi ve globozoospermi durumunda intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu sonuçlarının karşılaştırılması

Sibel Bulgurcuoglu Kuran

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi

### SS-18

#### Varikoselli hastalarda testiküler mikrolityazisin erkek infertilitesi üzerine etkisi

Erhan Ateş, Arif Kol

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-19

### Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sonrası Cinsel Yaşamın Seksüel Yaşam Kalitesi Ölçeği (SQoL) ile Değerlendirilmesi

Sedat Taştumur, Mehmet Yılmaz, Erkan Ölçücüoğlu, Yusuf Kasap  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM, Üroloji Kliniği, Ankara

## SS-20

### Prematür Ejakülasyon ve Eretil Disfonksiyonlu Erkeklerin Tedavisinde Günlük Paroksetin / Tadalafil Kombinasyonunun Etkinliği ve Güvenliği

Mehmet Gökhan Culha, Halil Lütfi Canat, Osman Can, Sait Ozbir, Süleyman Sami Çakır, Fatih Altunrende, Alper Otunctemur  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-21

### Retrograd ejakulasyon tanısında yeni bir yöntem: Suprapubik mesane aspirasyonu

Hakkı Uzun<sup>1</sup>, Nezir Akça<sup>1</sup>, Merve Hüner<sup>1</sup>, Berat Sönmez<sup>2</sup>, Ahmet Onur Yüksek<sup>2</sup>, Yusuf Önder Özsağır<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Androloji Ünitesi, Üroloji Kliniği, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize  
<sup>2</sup>Üroloji Kliniği, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

## SS-22

### Hangi hemogram inflamasyon indeksi erekil disfonksiyonla en çok ilişkilidir?

Hüseyin Beşiroğlu  
Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, İstanbul

## SS-23

### Hipogonadotropik Hipogonadizmlili hastalarda tedavi sonrası sperm elde edilmesinde prediktif faktörler

Taha Uçar<sup>1</sup>, Hüseyin Özgür Kazan<sup>1</sup>, Özgür Efilioğlu<sup>1</sup>, Bülent Can<sup>2</sup>, Bülent Erol<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul  
<sup>2</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Anabilim Dalı, İstanbul

## SS-24

### Hayatboyu ve Edinsel Prematür Ejakülasyon Hastalarının Hayat Kalitesinin Değerlendirilmesi

Mehmet Gökhan Culha<sup>1</sup>, Mustafa Kadihasanoğlu<sup>2</sup>, Uğur Yücetaş<sup>2</sup>, Erkan Erkan<sup>2</sup>, Mahmut Gökhan Toktaş<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-25

### Kriptorşidizmlili azospermik erkeklerin değerlendirilmesinde, Y kromozom mikrodelsyon analizi gerçekten gerekli midir?

Numan Baydilli<sup>1</sup>, Emre Can Akınsal<sup>1</sup>, Muhammed Ensar Doğan<sup>2</sup>, Oğuz Ekmekçioglu<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri/Türkiye  
<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-26

### Radikal prostatektomi öncesi erekil fonksiyon değerlendirmesi ne zaman yapılmalı?

Ali Yıldız, Kaan Karamık, Yasin Aktaş, Hakan Anıl, Ekrem İslamoğlu, Mutlu Ateş, Murat Savaş  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## SS-27

### Penil Protez İmplantasyonunda Retroperitoneal Balon Dilatatör Kullanılarak Ektopik Rezervuar Yerleştirilmesi

Mustafa Gürkan Yenice, Kamil Gökhan Şeker, Emre Şam, Fatih Akkaş, Joshgun Huseynov, Selçuk Şahin, Abdulmuttalip Şimşek, Ali İhsan Taşçı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

## SS-28

### Erişkin Gömük Penis

Emrah Yakut  
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

## SS-29

### İki parçalı inflatable penile penil protez cerrahisi yapılan hastalarımızın sonuçları

Onur Dede  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

## SS-30

### Yenidoğan Priapizm Olgularının Etiyolojik ve Klinik Özellikleri

Ekrem Güner  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul

## SS-31

### Erkek Cinsel Sağlığının İhmal Edilen Yönü: Prematür Ejakülasyon

Arif Kol, Erhan Ateş  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

## SS-32

### Malleable ve ambicor penil protez cerrahilerinin hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması

Ömer Bayrak, Sakıp Erturhan, İlker Seçkiner, Mehmet Öztürk, Özcan Sevim, Haluk Şen, Ahmet Erbağcı  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

## SS-33

### Vajinismusta Erkek Faktörü

Emrah Yakut  
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



#### **SS-34**

**Erektile disfonksiyonlu hastalar ile trombosit aktivite göstergeleri -MPV ve PDW- arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

*Mehmet Kutlu Demirkol, Bekir Türkay Demir, Sefa Resim, Osman Barut*

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

#### **SS-35**

**Nonobstruktif azospermili olgularda salvage mikro-TESE deneyimlerimiz**

*Muhsin Balaban<sup>1</sup>, Hüseyin Aydemir<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

*<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya*

#### **SS-36**

**Vas agenezis tanısı konan infertil erkek hastalarda mikroepididimal sperm aspirasyonu ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu sonrası fertilité oranları**

*Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Mustafa Özbek<sup>3</sup>, Fatih Kocamanoğlu<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun*

*<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun*

*<sup>3</sup>Iğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Iğdır*

#### **SS-37**

**Penis fraktürünün erken dönem cerrahi tedavisi ve uzun dönem sonuçları**

*Resul Sobay, Ahmet Tahra, Abdurrahman İnkaya, Ferhat Yakup Suçeken, Erdem Zengin, Eyüp Veli Küçük*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

**SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ**





## SS-01 ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE MEDİAN LOB VARLIĞI: EREKTİL FONKSİYONLARI ETKİLER Mİ?

*Hacı İbrahim Çimen*

*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya*

**AMAÇ:** Median lob varlığının robotik radikal prostatektomi sonrası erektil fonksiyonlar üzerinde etkisinin olup olmadığını araştırmak.

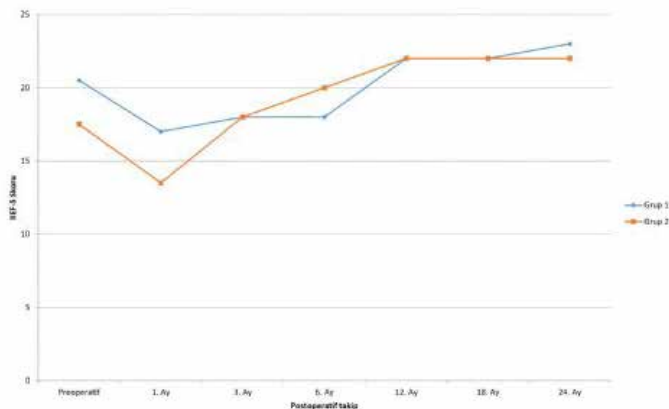
**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Eylül 2016 - Temmuz 2018 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle tek cerrah tarafından robotik radikal prostatektomi operasyonu uygulanan 50 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar median lob varlığına göre 2 gruba ayrıldı (Grup 1: median lobsuz, Grup 2: median loblu). Gruplar preoperatif karakteristikler ve peroperatif sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Postoperatif takiplerde hastalardan uluslararası cinsel işlev formu (IIEF-5) doldurmaları istendi. Gruplar postoperatif 1. ay, 6. ay ve 12. ay'da IIEF-5 skorları açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı  $64,06 \pm 6,15$  yıl ve ortalama takip süresi  $14,9 \pm 6,9$  aydı. Grup 2'deki hastaların prostat boyutu ve prostat spesifik antijen (PSA) değerleri Grup 1'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( $81,75 \pm 23,96$  vs  $51,97 \pm 17,58$  cc;  $7,06$  vs  $9,84$  ng/dl, sırasıyla). Gruplar arasında yaş, Charlson komorbidite indeksi, preoperatif Gleason skoru, klinik evre, postoperatif Gleason skoru, patolojik evre, cerrahi sınır tutulumu, ortalama konsol süresi, tahmini kanama miktarı, nörovasküler demet koruma oranı, takip süresi arasında bir farklılık saptanmadı (Tablo 1). Postoperatif 1. ay, 6. ay ve 12. ay takiplerinde gruplar arasında median IIEF-5 skorları arasında bir farklılık bulunamadı (Figüre 1).

**SONUÇ:** Robotik radikal prostatektomi uygulanan hastalarda median lob varlığı postoperatif erektil fonksiyonlar üzerine bir etkisi görülmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektil fonksiyon, prostat kanseri, robotik cerrahi

**Figür 1**



**Tablo 1. Hasta karakteristikleri**

| Değişken                                       |        | Grup 1<br>(n:38) | Grup 2<br>(n:12) | p     |
|------------------------------------------------|--------|------------------|------------------|-------|
| Yaş (yıl), (ortalama±SD)                       |        | 63,53±6,42       | 65,75±5,05       | 0,333 |
| Prostat hacmi (cc), (ortalama±SD)              |        | 51,97±17,58      | 81,75±23,96      | 0,001 |
| PSA, ng/dl, median (min-max)                   |        | 7,06 (0,68-37)   | 9,84 (4,7-37,79) | 0,023 |
| Preoperatif Gleason Skoru, n(%)                | 6      | 25 (65,8)        | 8 (66,7)         | 1,000 |
|                                                | 7      | 11 (28,9)        | 4 (33,3)         |       |
|                                                | 8-10   | 2 (5,3)          | -                |       |
| Klinik evre, n (%)                             | T1b    | 1 (2,6)          | -                | 1,000 |
|                                                | T1c    | 11 (28,9)        | 3 (25)           |       |
|                                                | T2a    | 16 (42,1)        | 3 (25)           |       |
|                                                | T2b    | 6 (15,8)         | 2 (16,7)         |       |
|                                                | T2c    | 4 (10,5)         | 4 (33,3)         |       |
| Postoperatif Gleason skoru, n (%)              | 6      | 19 (50)          | 5 (41,7)         | 0,426 |
|                                                | 7      | 17 (44,7)        | 6 (50)           |       |
|                                                | 8-10   | 1 (2,6)          | 1 (8,3)          |       |
| Patolojik evre, n (%)                          | T2a    | 2 (5,3)          | 2 (16,7)         | 0,728 |
|                                                | T2b    | -                | 2 (16,7)         |       |
|                                                | T2c    | 22 (57,9)        | 5 (41,7)         |       |
|                                                | T3a    | 9 (23,7)         | 2 (16,7)         |       |
|                                                | T3b    | 4 (10,5)         | 1 (8,3)          |       |
|                                                | T0     | 1 (2,6)          | -                |       |
| Cerrahi sınır pozitifliği, n(%)                |        | 9 (23,6)         | 2 (16)           | 1,000 |
| Konsol Süresi (dk), median (min-max)           |        | 170 (145-240)    | 165 (150-180)    | 0,872 |
| Charlson komorbidite indeksi, median (min-max) |        | 4 (3-6)          | 4 (3-6)          | 0,942 |
| Tahmini kan kaybı (cc), median (min-max)       |        | 140 (90-250)     | 115 (100-230)    | 0,154 |
| Nörovasküler Bundle Korunma Oranı, n(%)        |        | 30 (79)          | 11 (92)          | 0,425 |
| Takip süresi (ay), (ortalama±SD)               |        | 15,64±6,90       | 12,52±6,63       | 0,173 |
| Postoperatif IIEF skorları, median (min-max)   | 1. ay  | 17 (5-23)        | 13 (11-22)       | 0,864 |
|                                                | 6. ay  | 18 (5-25)        | 20 (12-24)       | 0,649 |
|                                                | 12. ay | 22 (5-25)        | 22 (12-24)       | 0,778 |

*Hasta karakteristikleri*

## SS-02

### ŞİÇANLARDA TİYOL/DİSÜLFİD HEMOSTAZININ TESTİKÜLER İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARINI ÖNGÖRÜ DEĞERİ

Muşab Ali Kutluhan, Tuncay Toprak, Aytaç Şahin  
SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Testis veya spermatik kordun torsiyonu, yenidoğan, çocuk ve adölesanları etkileyen cerrahi bir acildir. Cerrahi olarak detorsiyon yapılan testislerin kurtarıma oranı % 42–88 arasında değişmektedir. Ancak, bu testislerin ne kadarında spermatojenik fonksiyonun korunduğu bilinmemektedir. Bugüne kadar yapılan birkaç çalışmada testiküler iskemi ve iskemi reperfüzyon hasarını öngörebilecek serum belirteçleri de çalışılmıştır. Thioller hidrojen sulfur ve karbon atomlarının oluşturduğu sülfidril bileşikler içeren organik bir bileşendir. Oksitadif strete protein thiol grupları ve düşük molekül ağırlıklı tioller arasında geçici disülfid bağları kurulur. Çalışmanın amacı; tiyol disülfid hemostazının erken ve geç dönemde testiküler iskemi ve iskemi reperfüzyon hasarını öngörmedeki yerini göstermektir. 21 Wistar Albino sıçan randomize edilerek 3 gruba ayrıldı. Gruplar sham, 4 saat T/D ve 8 saat T/D olarak adlandırıldı. Herbir gruptan preoperatif tiyol disülfid bağlarının ölçümü için 2 cc venöz kan alındı. Sham grubuna sadece midskrotal kesi atıldı. 4 saat ve 8 saat T/D grupları torsiyone edildi. Sham grubundan midskrotal kesi sonrası, 4 saat ve 8 saat T/D gruplarından sırası ile 4 saat ve 8 saat sonra 2 cc venöz kan alındı. 4 saat ve 8 saat T/D gruplarına detorsiyon uygulandı. Tüm gruplardan 2 gün sonra venöz kan alınarak orşiektomi operasyonu uygulandı. Gruplar arasında native tiyol değerleri açısından sham grubu için insizyon sonrası 4 saat T/D ve 8 saat T/D grupları için detorsiyon öncesi (iskemi) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (P:0,006). Gruplar arasında total tiyol ve disülfid değerleri açısından sham grubu için insizyon sonrası 4 saat T/D ve 8 saat T/D grupları için detorsiyon öncesi (iskemi) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (P:0,003). 8 saat T/D grubunda; Johnson skoru ile detorsiyon öncesi total tiyol değerleri arasında pozitif yönlü, %88.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p:0.008, r: 0,883). Çalışmamız tiyol/disülfid hemostazının testiküler iskemi ve iskemi reperfüzyon hasarını öngörebilecek hematolojik bir parametre olabileceğini göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Testis, torsiyon, tiyol-disülfid

## SS-03

### VARİKOSELEKTOMİ ETKİNLİĞİNİN PRİMER VE SEKONDER İNFERTİLİTEDE KARŞILATIRILMASI

Fatih Demir<sup>1</sup>, Gökhan Sönmez<sup>1</sup>, Murat Keske<sup>1</sup>, Mert Ali Karadağ<sup>1</sup>, Oğuz Ekmekçioglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Çalışmamızda infertil olgularda varikoselektomi ameliyatının spermiogram parametreleri ve gebelik oluşumu üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na infertilite nedeniyle başvuran ve varikoselektomi ameliyatı yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmamızda hastaların yaş, vücut kitle indeksi gibi demografik verilerinin yanısıra spermiogram parametrelerindeki değişim, gebelik elde edilme durumu gibi klinik durumları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Verileri tam olan 717 olgu çalışmaya dahil edildi. 495 olgu primer infertil (Pİ) iken, 222 olgu sekonder infertil (Sİ) idi. Çalışmamızda Pİ olup varikoselektomi olan (SİV) olgularda yaş ortalaması 24.24 +/- 5.91 iken, Sİ olguların yaş ortalaması 29.42 +/- 7.56 idi (p=0.032). Grupların vücut kitle indeksleri arasında anlamlı fark yokken (p=0.843), infertilite süresi Sİ olgularda Pİ olgulara göre belirgin şekilde daha uzundu (sırasıyla; 16.25 ay ve 22.17 ay, p=0.029) PIV olgularda ameliyat öncesi ve sonrası spermiogram parametreleri karşılaştırıldığında, ejakülat hacmi dışındaki parametreler anlamlı olarak düzelmisti. SİV olgularda spermiogram değerlerindeki toplam hareketli sperm yüzdesi artmışken, diğer değişiklikler anlamsız bulundu (Tablo 1). PIV olgularla SİV olguların preop spermiyogram değerleri kıyaslandığında istatistiksel fark yoktu. Oluşan bütün gebeliklerin %68,7'si, varikoselektomi sonrası oluşan gebeliklerin %75'i ilk bir yıl içinde oluştu. Pİ olgularda bir yıl içerisinde varikoselektomi sonrası gebelik oranı %25,7 iken, Sİ olgularda gebelik oranı %34,6 bulundu

**SONUÇ:** Elde ettiğimiz verilere göre varikoselektomi yapılan Sİ olgularda sperm değerlerindeki düzelme Pİ'lerinki gibi iyi olmamaktadır. Varikoselektomi ameliyatının doğal cinsel ilişkiyle gebelik oranlarını artırıp artırmadığı kesinlik kazanmamıştır. Hangi olgulardaki varikoselektomi ameliyat edilmesi gerektiğini bulmak için kapsamlı ve iyi planlanmış çalışmalara gerek vardır.

**Anahtar Kelimeler:** varikoselektomi, infertilite, primer, sekonder

**Tablo-1**

|                                  | Primer infertil (n=495) | Primer infertil (n=495) | Primer infertil (n=495) | Sekonder infertil (n=222) | Sekonder infertil (n=222) | Sekonder infertil (n=222) |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                  | Preop                   | Postop                  | p                       | Preop                     | postop                    | p                         |
| Sperm sayısı (milyon)            | 61.67 +/- 7.14          | 99.23 +/- 11.51         | <0.001                  | 53.49 +/- 15.67           | 58.80 +/- 12.68           | 0.695                     |
| Sperm konsantrasyonu (milyon/ml) | 18.80 +/- 1.96          | 24.04 +/- 1.85          | <0.001                  | 13.68 +/- 3.54            | 18.38 +/- 4.05            | 0.118                     |
| Ejakülat hacmi (ml)              | 3.29 +/- 0.12           | 3.28 +/- 0.14           | 0.917                   | 3.72 +/- 0.38             | 3.43 +/- 0.32             | 0.090                     |
| a+b Hareketli (%)                | 19.67 +/- 2.63          | 39.43 +/- 5.60          | <0.001                  | 20.19 +/- 7.53            | 23.37 +/- 5.89            | 0.564                     |
| Toplam Hareketli (%)             | 40.18 +/- 2.47          | 49.11 +/- 2.25          | <0.001                  | 33.72 +/- 4.65            | 42.72 +/- 4.28            | 0.049                     |

Primer ve sekonder infertil olguların varikoselektomi öncesi ve sonrası sperm parametrelerinin karşılaştırılması

## SS-04 ŞİŞİRİLEBİLİR PENİS PROTEZİ İMPLANTE EDİLMİŞ OLGULARDA MEKANİK KOMPLİKASYONLARIMIZ

*Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Mustafa Özbek<sup>2</sup>, Fatih Kocamanoğlu<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun*

*<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun*

*<sup>3</sup>Iğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Iğdır*

**GİRİŞ:** Tıbbi tedavi yöntemlerine cevap vermeyen şiddetli erektil disfonksiyonu (ED) olan olgularda en uygun tedavi yöntemi penil protez implantasyonu (PPI)'dur. Doku ve mekanik komplikasyonlar olmasına rağmen, penil protez yaşamı tüm diğer protezlerden daha uzun bulunmuştur. Bu çalışmada 2006-2018 yılları arasında gerçekleştirilen şişirilebilir PPI sonrasında gelişen mekanik komplikasyonlar gözden geçirilmiştir.

**OLGULAR VE YÖNTEM:** Yaş ortalaması 57,6 ± 10,3 yıl olan şişirilebilir PPI yapılmış 264 olgunun kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi. Olguların 172'sine MENTOR TITAN, 66'sına AMS CX ve 26'sına AMS LGX marka PPI yapılmıştır. Enfeksiyon ve doku komplikasyonları dışındaki mekanik komplikasyonlar araştırılmıştır.

**BULGULAR:** Tüm olguların ortalama izleme süresi 62,7 ± 35,5 (13-166) ay bulunmuştur. Yaş ortalaması 56,6 ± 12,2 yıl olan 19 (%7,1) olguda implantasyondan ortalama 56,6 ± 15,2 ay sonra mekanik komplikasyon gelişmiştir. Bu komplikasyonlar boşalmış protez 5 (%1,9), pompa disfonksiyonu (n = 6, %2,3), rezervuar migrasyonu (n = 2, %0,8), bağlantı tüpü kırılması (n = 5, %1,8) ve silindir rüptürü (n = 1, %0,4) olarak saptanmıştır (Resim 1a-c). Protez tiplerine göre mekanik bozukluklar Tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların ED etiyolojisi radikal prostatektomi (n = 3, %15,8), diabetes mellitus (n = 11, %57,9), pelvik radyoterapi (n = 1, %5,3) ve genital travma (n = 1, %5,3) olarak belirlendi. PPI sırasında ek girişim (Peyroni nedeniyle penil remodeling, artifisyonel üriner sfinkter implantasyonu gibi) yapılan olgularda mekanik bozukluklar daha sık görülmüştür. Mekanik bozukluk saptanan olguların üçünde protez çıkartılmış, 16'sında aynı veya farklı marka protezlerle komplikasyonsuz değiştirilmiştir. Protezlerin birinci yılda %98,0'i, beşinci yılda %94,5'i ve 10.yılda %92,9'u mekanik bozukluk olmadan işlevsel kalmıştır.

**SONUÇ:** İmplantasyon sonrası şişirilebilir penil protezlerde mekanik komplikasyon oranı %7,1 olarak bulunmuştur. Şişirilebilir penil protezlerin %92'si 10.yılda mekanik bozukluk olmadan işlevsel kalmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Komplikasyon, mekanik bozukluk, şişirilebilir penil protez

## Penis protezi implantasyonu yapılan olgularda mekanik komplikasyonlar

|                                                    | Rezervuar disfonksiyonu (n=5, % 1,9) | Pompa disfonksiyonu (n=6, % 2,3)    | Rezervuar migrasyonu (n=2, % 0,8)   | Bağlantı tüpü kırılması (n=5, %1,9) | Silindir rüptürü (n=1, %0,4)        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ortalama yaş (yıl) (min-max)                       | 46,6 (28-57)                         | 74,8 (42-88)                        | 69,5 (63-76)                        | 49,4 (24-73)                        | 43                                  |
| Komplikasyon gelişme süresi (ay)                   | 18,2 (1-24)                          | 28,4 (3-72)                         | 50,0 (28-72)                        | 40,4 (4-72)                         | 72                                  |
| Komorbidite                                        |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |
| Diabetes Mellitus                                  | 3                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 1                                   |
| Üretroplastisi                                     | -                                    | -                                   | -                                   | 1                                   | -                                   |
| Genital travma                                     | -                                    | -                                   | -                                   | 1                                   | -                                   |
| İkinci protez                                      | 1                                    | 2                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Pelvik radyoterapi                                 | -                                    | 1                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| İnsizyon şekli                                     | Penoskrotal / İnfrapubik             | Penoskrotal                         | Penoskrotal / İnfrapubik            | Penoskrotal                         | Penoskrotal                         |
| Protez tipi                                        |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |
| MENTOR TITAN                                       | 5                                    | 4                                   | 2                                   | 2                                   | 1                                   |
| AMS 700 CX                                         | -                                    | 2                                   | -                                   | 1                                   | -                                   |
| AMS LGX                                            | -                                    | -                                   | -                                   | 2                                   | -                                   |
| Antibiyotik dozu ve süresi                         | Vankomisin 1g, Seftriakson 1g 8 gün  | Vankomisin 1g, Seftriakson 1g 8 gün | Vankomisin 1g, Seftriakson 1g 8 gün | Vankomisin 1g, Seftriakson 1g 8 gün | Vankomisin 1g, Seftriakson 1g 8 gün |
| Protez yerleştirme sırasında yapılan ek girişimler |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |
| Peyroni plak insizyonu                             | 1                                    | -                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Artifisyonel üriner sfinkter                       | 1                                    | -                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Wilson manevrası                                   | -                                    | 1                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Krus onarımı                                       | -                                    | 1                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Rektus fasya grefti                                | -                                    | -                                   | 1                                   | -                                   | -                                   |
| Komplikasyonun yönetimi                            |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |
| Rezervuar değişimi                                 | 1                                    | -                                   | 1                                   | -                                   | -                                   |
| Malleable PP ile değişim                           | 1                                    | 1                                   | -                                   | -                                   | -                                   |
| Aynı marka PP ile değişim                          | 3                                    | 5                                   | 1                                   | 3                                   | -                                   |
| Karın ön duvar onarımı                             | -                                    | -                                   | 2                                   | -                                   | -                                   |
| Protez çıkarılması                                 | -                                    | -                                   | -                                   | 2                                   | 1                                   |





## SS-05

### İSKEMİK PRIAPİZM DE DİSTAL ŞANT VE TÜNEL TEDAVİSİNİN ANATOMİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ ÇALIŞMASI

*Mazhar Ortaç<sup>1</sup>, Gökhan Çevik<sup>2</sup>, Hakan Akdere<sup>2</sup>, Bahadır Ermeç<sup>3</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

*<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne*

*<sup>3</sup>İstinye Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul*

**AMAÇ:** İskemik priapizm (İP) erken müdahale gerektiren ürolojik bir acil durumdur. İP tedavisinin temel amacı kavernozaal basıncı azaltmak ve erektil fonksiyonu sağlamaktır. Bu çalışmanın amacı, preoperatif risk faktörleri (hastanın yaşı, priapizm süresi, preoperatif erektil fonksiyon) ve postoperatif erektil disfonksiyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**YÖNTEM:** Bu retrospektif çalışma, 2009-2017 yılları arasında refrakter iskemik priapizm tanısı almış 25 hastadan oluşmaktadır. İP tanısı tıbbi öykü, fizik muayene ve kavernozaal kan gazı analizi ile doğrulandı. Tüm hastalara uygulanan ilk müdahalenin başarısız olmasının ardından T-shunt prosedürü ± tünel uygulandı.

**SONUÇLAR:** İP tanısı sırasındaki ortalama yaş 46.84 (aralık: 23-77) idi. Çalışma popülasyonunun ortalama takip süresi 40.4 aydı (aralık: 3-114) ve İP oluşumundan cerrahiye kadar geçen ortalama süre 58 saat idi (aralık: 24-240). Tüm durumlarda, T-shunt ± tünelleme ile ereksiyonun hızlı bir şekilde düzelmesi sağlandı, ancak bir hastada priapizm 12 saat sonra nüks etti. Postoperatif erektil disfonksiyon(ED), 16 (% 84.21) hasta tarafından bildirildi. ED altı vakada hafif, bir vakada orta-ağır ve dokuz vakada ağır olarak rapor edildi. İzlem sırasında, ortalama Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5) puanı 12.68 (dağılım: 5-23) idi. Sadece 3 (% 15.78) hasta herhangi bir tedavi görmeden başarılı cinsel ilişkide bulunmuştur. Altı hasta (% 31,5) fosfodiesteraz tip-5 enzim inhibitörleri, bir hasta (% 5,26) vakum ereksiyon cihazı ile cinsel ilişki sağlıyordu. Şiddetli ED'li dokuz (% 47,36) hasta tıbbi tedaviye cevap vermedi ve penis implantı için aday olarak kabul edildi. Kendall'in tau\_b korelasyon katsayısı analizine göre, preoperatif IIEF-5 ve postoperatif IIEF-5 skorları arasında pozitif bir korelasyon vardı (p = 0.005), hastanın yaşı ve priapizm süresi postoperatif IIEF-5 skoruyla negatif korelasyon gösterdi. (sırasıyla p = 0.016 ve p = 0.046)

**Klinik Etkileri:** İskemik priapizmin tedavi seçenekleri preoperatif erektil fonksiyon ve priapizm süresi açısından hastalar ile tartışılmalıdır.

**Sınırlamalar:** Bu çalışmanın küçük örneklem büyüklüğü ve retrospektif yapısı ana kısıtlamalardır.

**Sonuç:** T-shunt cerrahisinin yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranlarına rağmen, erektil fonksiyonun korunma oranı sadece % 14.6'dır. Hastanın yaşı, preoperatif erektil fonksiyonun varlığı ve priapizm süresi postoperatif IIEF-5 skorları ile ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** T-Shunt, Priapizm, Eretil Disfonksiyon, IIEF-5

## T-Shunt



## SS-06

### EREKİL DİSFONKSİYON İLE KARDİYOVASKÜLER RİSK BELİRLEYİCİSİ ATEROJENİK İNDEKSLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

*Mehmet Gökhan Culha, Halil Lütfi Canat, Recep Burak Değirmenetepe, Hasan Anıl Atalay, Osman Can, Alper Ötünçtemur, Fatih Altunrende*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ:** Eretil Disfonksiyon (ED) ile kardiyovasküler bozukluklar (CVD) arasında güçlü bir bağlantı vardır. Kardiyovasküler riski öngörmek için lipit profili de dahil olmak üzere rutin laboratuvar testlerini kullanılmaktadır. Rutin testlerin yanında, lipit parametrelerinin çeşitli oranlamalarıyla hesaplanan Castelli index-1(CI-1), castelli index-2(CI-2), aterosjenik coefficient(AC) ve aterosjenik plazma indeksi (API) de, yüksek riskli grupları değerlendirmek için kullanılan yeni ve hassas bir parametredir. Bu çalışmanın amacı erektil disfonksiyon ile artmış CI-1, CI-2, AC ve API arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'ne ED şikayeti ile başvuran 254 hasta dahil edilmiştir. Hastalar IIEF-EF skoru ile değerlendirilerek iki gruba ayrılmıştır. Grup-1'de (n=135) hafif-orta ED'ye sahip (IIEF-EF:17-30) hastalar bulunurken grup-2'de(n=119) ciddi ED'ye sahip hastalar bulunmaktadır. Hastaların medikal ve cinsel öyküsü alındıktan sonra fizik muayeneleri yapılmıştır. ED altında yatan patofizyolojiyi değerlendirmek amacı ile açlık kan şekeri, LDL, HDL, trigliserit, total kolesterol, testosteron ve FSH seviyeleri ölçülmüştür. Lipit parametrelerindeki oranlamalar ile castelli index-1(Total kolesterol/HDL), castelli index-2(LDL/HDL), aterosjenik coefficient(non-HDL/HDL) ve aterosjenik plazma indeksi(log10 (trigliserit/HDL) hesaplanmıştır.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 44,02±10,41(24-70) idi. Hastaların VKİ ortalaması 27,36±5,37(18,52±41,97) olarak saptandı. Gruplar arasında yaş, VKİ, total kolesterol, testosteron, FSH, LH düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktaydı. Ciddi ED olan grupta castelli index-1 ve aterosjenik index seviyeleri hafif ED grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (castelli index-1 için 4,50±1,47, 4,88±1,30; p=0,039; aterosjenik index için 0,489±0,315, 0,617±0,283; p=0,007).

**Sonuç:** Bu çalışmada elde edilen bulgular, hesaplanmış lipit oranları- Castelli index-1 ve aterosjenik indeks plazmanın ED için daha duyarlı risk belirleyicileri olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bu bulgular ED patofizyolosinde lipit anormalliklerinin yer aldığı tezini güçlendirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, ateroskleroiz, aterosjenik index, castelli index



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-07

### PENİL PROTEZDE 29 YILLIK KLİNİK DENEYİM VE SONUÇLARIMIZ

*Muhammed Arif İbiş, Vahid Talha Solak, Mehmet İlker Gökçe, Önder Yaman  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara*

**AMAÇ:** Organik erektil disfonksiyon tanısı ile penil protez implantasyonu uygulanan 464 hastalık serimizde komplikasyon oranlarımız ve deneyimlerimizi sunmak.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Mayıs 1990 ile Şubat 2019 arasında organik erektil disfonksiyon tanısı konulan 464 hastaya penil protez implantasyonu uygulanmıştır. İmplant edilen protezlerin dağılımı; 140 AMS Dynaflex, 244 AMS Malleable, 20 AMS Ambicor, 10 AMS Ultrex, 2 Mentor Excell, 48 Coloplast Malleable şeklindedir. Hastaların takip süresi ortalama 75 ay idi. (2-157 ay).

**BULGULAR:** Penil protez implantasyonu sonrası görülen spesifik komplikasyonlar ve oranlarımız şu şekildedir: Protez enfeksiyonu %2,5 (n=12), mekanik olarak cihaz hasarı %8,2 (n=38: 34 Dynaflex, 1 AMS malleable, 2 Ambicor, 1 AMS ultrex), protez dislokasyonu %3,4 (n=16: 5 AMS Malleable, 1 Dynaflex, 10 Coloplast malleable), pompayı kullanamama nedeniyle hasta memnuniyetsizliği %4,3 (n=20) iken yoğun eğitimden sonra bu oran %0,4 (n=2) oldu. Genel olarak tüm komplikasyon oranımız %14,7 (n=68) olarak bulundu.

**SONUÇ:** Klinik deneyimlerimizde penil protezlerin komplikasyon oranları ve hasta memnuniyetsizliği kabul edilebilir olarak bulunmuştur. Daha iyi sonuçlar elde edebilmek için uygun hasta seçimi, preoperatif doğru hasta hazırlığı, implante edilecek penil protez hakkında yeterli hasta bilgilendirilmesi ve uygun teknik kullanılması önemli olduğu bilinmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** enfeksiyon, mekanik hasar, komplikasyon, penil protez



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-08

### EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA KOMPLİKE OLMAYAN PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU SONRASI HASTA VE PARTNER MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Ahmet Tahra, Reşul Sobay, Abdurrahman İnkaya, Erdem Zengin, Eyüp Veli Küçük  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

**AMAÇ:** Erektil disfonksiyonu olan hastalarda komplike olmayan penil protez implantasyonu sonrası hasta ve partner memnuniyet oranlarına etkisinin gösterilmesi hedeflendi.

**MATERYAL-METOD:** Komplike olmayan şişirilebilir penil protez implantasyonu uygulanan 45 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta ve eş memnuniyeti, implantasyon öncesi ve sonrasında Uluslararası Erektil İşlev Formu (IIEF) ile değerlendirildi. Erektil Disfonksiyon Tedavi Memnuniyeti Envanteri (EDITS) anketi de postoperatif olarak değerlendirildi. Yaşam Kalitesi (QoL) Kısa form 36 genel sağlık formu (SF-36) ile preoperatif ve postoperative olarak değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Medyan yaş 56(32-66) idi. Erektil disfonksiyon etiyolojisi 18 hastada (% 42,8) kronik sistemik hastalık, 24 hastada (% 57,1) pelvik cerrahi idi. Penil protez implantasyonu sonrası medyan IIEF - 5 skorunda iyileşme 12 (11-13) idi. Postoperatif medyan EDITS skoru 79 idi (68-80). Medyan partner EDITS skoru 69 (60-79) idi. QoL (SF - 36, GH) skorunda medyan iyileşme 33 (26-41) idi.

**Yorum:** Seçilmiş olgularda penil protez implantasyonu çok yüksek hasta ve partner memnuniyet oranına sahiptir ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin pozitif etkisi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Erektil disfonksiyon, cerrahi, penil protez implantasyonu, Yaşam Kalitesi

**SS-09****TESTOSTERON YETMEZLİĞİNİN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE EREKTİL DİSFONKSİYON GİBİ KLİNİK BULGULARA ETKİSİ VE TESTOSTERON REPLASMAN TEDAVİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Rahmi Aslan, Recep Eryılmaz, Kerem Taken  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi*

**AMAÇ:** Bu çalışmada alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve erektil disfonksiyon gibi klinik bulguların testosteron ile ilişkisi ve testosteron replasman tedavisinin bu klinik bulgulardaki etkinliği araştırıldı.

**YÖNTEM:** Eylül 2016 ve EYLÜL 2018 tarihleri arasında polikliniğimize AÜSS nedeniyle başvuran hastalar serum total testosteron seviyelerine göre iki gruba ayrıldı. Grup 1'e serum total testosteron (TT) seviyesi 319 ng/dl'nin altında olan 34 hasta, GRUP-2'ye benzer yaş gurubunda olan TT seviyesi 320 ng/dl üstünde olan 40 hasta alındı. Hastalara IIEF ve IPSS formlarından oluşan ölçekler karşılıklı görüşme yolu ile doldurtuldu. Hastaların luteinizan hormon (LH), prolaktin, total testosteron (TT), serbest testosteron (ST), seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG), dehidroepiandrostenedionsülfat (DHEA-S), albumin, üroflowmetri, postmiksiyonel rezidü değerleri ve lipit profilleri ölçüldü. Ardından grup 1 deki hastalara androjen replasman tedavisi (ART) ve alfa bloker tedavi, grup 2 deki hastalara sadece alfa bloker tedavi başlandı. Hastalar tedavi sonrası 3. ayda kontrole çağırıldı ve tedavi öncesinde uygulanan tetkikler tedavi sonrasında da tekrarlandı.

**BULGULAR:** Her iki grubun ortalama yaş, BMI, kardiyovasküler ve metabolik hastalık oranları, luteinizan hormon (LH), prolaktin, seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG), dehidroepiandrostenedionsülfat (DHEA-S) değerleri benzerdi. Grup 1 ve grup 2 için ortalama TT sırası ile 226,5±12,5 ng/dl, 453,4 ± 25,1 ng/dl olarak hesaplandı. (p<0,05) grup 1 de ortalama IPSS skoru (16,8 ± 4,5) grup-2'ye ( ortal. IPSS: 11,3± 3,33) göre istatistiksel anlamlı oranda yüksek olarak hesaplandı. GRUP-1 de ortalama IIEF skoru ( 10,9±4,2) grup-2 ye (16,5±5,3) göre istatistiksel anlamlı oranda düşük hesaplandı. Tedavi sonrası 3 ayda ART+ ALFA BLOKER verilen grup-1 de sadece alfa- bloker verilen grup-2'ye göre HEM IPSS hem de IIEF değerlerinde istatistiksel anlamlı oranda iyileşme görüldü. (tedavi sonrası grup 1 ve grup-2 de sırası ile ortalama IPSS ve IIEF değerleri: 9,6±3,2, 15,4±4,5, 10,2±4,4, 16,2±5,3 )

**SONUÇ:** Verilerimiz testosteron yetmezliğinin IIEF, IPSS değerlerinde anlamı bozulmaya neden olduğunu göstermektedir testosteron replasman tedavisi ile hem AÜSS hem ED semptomları anlamlı olarak gerileyebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** AÜSS, Eretil Disfonksiyon, Testosteron Yetmezliği

**SS-10****LOKALİZE PROSTAT KANSERİ TANISI ALAN VE RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYONDA KEVERNOSAL HEMODİNAMİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Erdem Özbek<sup>1</sup>, Bilali Habeş Gümüş<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Özel Tınaztepe Torbalı Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir  
<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Manisa*

Bu çalışmanın amacı lokalize prostat ca tanısı almış ve RP operasyonu uygulanan hastaların preop ve postop erektil fonksiyonlarını değerlendirmek, operasyon sırasındaki arteriel ve venöz yaralanmanın erektil fonksiyon üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Bu amaçla lokalize prostata ca tanısı alan ve preop erektil fonksiyonları normal olan 20 hasta değerlendirildi. Hastaların erektil fonksiyonları İIEF anket formu ve 50 mg papaverin ile yapılan penil dopler ultrason ile değerlendirildi. İIEF skorları ortalama 21,78(22-25) olarak kaydedildi ve hastalarda preop erektil disfonksiyon saptanmadı. 20 hastaya preop 50 mg papaverin ile yapılan penil dopler ultrasonda; sağ sistolik akım ort 33,45 mmHg, sağ diastolik akım ort 3,48 mmHg, sol sistolik akım ort 34,20 mmHg, diastolik akım 3,63mmHg olarak ölçüldü, erektil disfonksiyon saptanmadı. RP sonrasında hastalar postop 3. ay ve 6. ayda tekrar erektil fonksiyonları açısından değerlendirildi. Hastaların 3. aydaki İIEF ort 6,89(22-25) olarak hesaplandı. 3. aydaki penil dopler değerleri; sağ kavernoiz sistolik 30,05 mmHg, sağ kavernoiz diastolik 4,68mmHg, sol kavernoiz sistolik 31,58 mmHg, sol kavernoiz diastolik 5,06 mmHg olarak ölçüldü. 6. aydaki İIEF değerleri ort 7,11(22-25) olarak hesaplandı. 6. aydaki penil dopler değerleri; sağ kavernoiz sistolik 35,40 mmHg, sağ kavernoiz diastolik 4,04 mmHg, sol kavernoiz sistolik 34,70 mmHg, sol kavernoiz diastolik 3,89 mmHg olarak ölçüldü. 3. ve 6. aydaki dopler ultrason sonuçları hem birbiri arasında hem de preoperatif sonuçlarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızın sonucunda postoperatif İIEF skorlarında düşme olan hastaların postopatif 3. ve 6. aydaki sistolik ve diastolik basınçlarında preop değerlerine göre anlamlı bir değişiklik bulunamadı. Sonuç olarak Rp sonrasında gelişen erektil disfonksiyondan arteriojenik etyolojiden ziyade nörojenik komponentin önplanda olduğunu düşündürmektedir. Bu konu üzerinde daha çok değerlendirme yapabilmek için vaka sayısının daha fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** prostat, kanser, ereksiyon





## SS-11 KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİNİN, EREKTİL DİSFONKSİYONLU HASTALARDA TADALAFİLDEN SAĞLANACAK KLİNİK YANITA ETKİSİ

İsmail Selvi<sup>1</sup>, Numan Baydilli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Karabük

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Metabolik sendrom bileşenlerinin ve kardiyovasküler morbiditenin erektil disfonksiyon (ED) patogeneğinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerin oral fosfodiesteraz tip 5 inhibitörlerinden sağlanacak tam erektil yanıt oranını da azaltabileceği öngörülmektedir. Ancak literatürü incelediğimizde, 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskini öngören Framingham risk skoruna göre yapılan sınıflandırmanın ED ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlayamadık. Çalışmamızda, Framingham skoruna göre risk gruplarına ayrılan ED hastalarında, tadalafil verilen klinik yanıtları değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Nisan 2016-Eylül 2017 arasında erektil disfonksiyon yakınmasıyla üroloji polikliniğine başvuran 45-70 yaş arası erkeklerden, Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) sorgulama formuna göre hafif ve hafif-orta şiddette ED saptananlar retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların, en az 3 aylık on demand tadalafil 20 mg tedavisi sonrasında kontrolde uygulanmış olan IIEF-5 formlarına göre tadalafil verdikleri yanıtlar kaydedildi. Klinik değerlendirme sırasında kaydedilmiş olan yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), kan basıncı değeri, total kolesterol, HDL düzeyleri, sigara kullanımı ve diyabet varlığı bilgilerine tam olarak ulaşılabilen 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu parametrelerle Framingham skoru hesaplanarak, 10 yıllık kardiyovasküler hastalık gelişme riskine göre hastalar düşük (skor <10), orta (skor 10-20 arasında) ve yüksek riskli (skor >20) olarak üç gruba ayrıldı. Üç grubun tadalafil verdikleri yanıtlar karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaşları 58.24±8.96 olan üç grupta, yaş (p=0.181), sigara içme oranı (p=0.390) ve başvuru anındaki IIEF-5 skoru açısından (p=0.116) gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Yüksek riskli grupta VKİ (p=0.001), hipertansiyon (p=0.005), diyabet görülme oranlarının (p=0.007), total kolesterol düzeyinin (p<0.001) daha fazla, HDL seviyesinin (p=0.005) ise daha düşük olduğu saptandı. Tadalafil sonrası yapılan değerlendirmede, yüksek riskli grupta IIEF-5 skoru diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptanırken (19.57±2.50, p<0.001); erektil fonksiyonda tam düzelmeleri her grup için sırasıyla %80, %77.3 ve %28.6 (p<0.001) olarak gözlemlendi (Tablo 1). Üç grupta tadalafil sonrasında gözlenen IIEF-5 skor artışları sırasıyla 6.60±2.72, 4.81±1.70, 2.26±2.15 olarak hesaplandı. Her üç grup kendi içerisinde tadalafilden sağlanan yanıt açısından ayrı ayrı incelendiğinde, IIEF-5 skorunda gözlenen bu artışların her grup için anlamlı olduğu saptandı (p<0.001) (Tablo 2). Ancak gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında, her ne kadar üç grupta da erektil fonksiyonda anlamlı artış saptansa da erektil fonksiyonda tam düzelmelerin, düşük ve orta riskli grupta anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. Yüksek riskli grupta hastaların çoğunda sağlanan klinik yanıt, hafif-orta şiddetli ED'den hafif şiddetli ED'ye geçiş şeklindeydi (p<0.001).

**SONUÇ:** Tüm ED nedenlerinde ilk basamak tedavide kullanılan oral fosfodiesteraz tip 5 inhibitörlerinin, hastaların yaklaşık % 70-85'inde tatmin edici sonuçlar oluşturduğu bilinmektedir. Ancak istenen etkiyi oluşturabilme potansiyeli daha düşük olan bireyleri tahmin etmek, belki de tedavi maliyetinde ve hastada veya partnerinde oluşabilecek anksiyete oranlarında azalma sağlayabilecektir. Çalışmamızda, 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskini öngören Framingham skoruna göre, yüksek riskli hastalarda ED oranlarında kısmi bir iyileşme sağlanmış olsa da erektil fonksiyonda tam geri dönüşün daha az oranda olduğunu gözlemledik. Framingham risk skorunun, bu anlamda ED olgularında tedaviye yanıtı öngörebilecek bir parametre olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Erektil disfonksiyon, Framingham skoru, IIEF-5, kardiyovasküler hastalık riski, tadalafil

Tablo 1

| Parametreler                                                                      | Grup I<br>(n:20)                         | Grup II<br>(n:22)                        | Grup III<br>(n:21)                       | Toplam<br>(n:63)            | p değeri   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Yaş.<br>(ortalama ± standart sapma)                                               | 55.30 ± 8.54                             | 60.32 ± 9.05                             | 58.86 ± 8.95                             | 58.24 ± 8.96                | † 0.181    |
| Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )<br>(ortalama ± standart sapma)           | 22.78 ± 2.13 <sup>a</sup>                | 23.74 ± 3.03 <sup>a</sup>                | 26.11 ± 3.18 <sup>b</sup>                | 24.23 ± 3.12                | † 0.001 *  |
| Sigara içme (n, %)<br>evet<br>hayır                                               | 12 (60.0)<br>8 (40.0)                    | 17 (77.3)<br>5 (22.7)                    | 16 (76.2)<br>5 (23.8)                    | 45 (71.4)<br>18 (28.6)      | ‡ 0.390    |
| Hipertansiyon (n, %)<br>var<br>yok                                                | 0 (0.0)<br>20 (100.0)                    | 7 (31.8)<br>15 (68.2)                    | 9 (42.9)<br>12 (57.1)                    | 16 (25.4)<br>47 (74.6)      | ‡ 0.005 *  |
| Diyabet (n, %)<br>var<br>yok                                                      | 0 (0.0)<br>20 (100.0)                    | 1 (4.5)<br>21 (95.5)                     | 6 (28.6)<br>15 (71.4)                    | 7 (11.1)<br>56 (88.9)       | ‡ 0.007 *  |
| Total kolesterol<br>(median, 25.-75. persentil)                                   | 158.00 <sup>a</sup><br>(154.25 – 160.00) | 165.00 <sup>b</sup><br>(155.00 – 179.75) | 205.00 <sup>c</sup><br>(168.00 – 230.00) | 165.00<br>(158.00 – 190.00) | § <0.001 * |
| HDL<br>(median, 25.-75. persentil)                                                | 47.00 <sup>a</sup><br>(38.50 – 53.75)    | 46.00 <sup>a</sup><br>(37.00 – 49.25)    | 36.00 <sup>b</sup><br>(33.00 – 43.50)    | 42.00<br>(36.00 – 48.00)    | § 0.005 *  |
| Framingham skoru<br>(ortalama ± standart sapma)                                   | 6.15 ± 1.92 <sup>a</sup>                 | 13.41 ± 2.32 <sup>b</sup>                | 24.57 ± 7.85 <sup>c</sup>                | 14.83 ± 8.94                | † <0.001 * |
| IIEF-5 skoru<br>(tadalafil öncesi)                                                | 15.95 ± 2.28                             | 17.36 ± 2.40                             | 16.90 ± 1.86                             | 16.76 ± 2.24                | † 0.116    |
| IIEF-5 skoru<br>(tadalafil sonrası)                                               | 22.55 ± 1.70 <sup>a</sup>                | 22.18 ± 2.01 <sup>a</sup>                | 19.57 ± 2.50 <sup>b</sup>                | 21.43 ± 2.46                | † <0.001 * |
| Erektil fonksiyonda tam<br>düzelmeleri oranı (n, %)<br>(IIEF-5 skoru >21 olanlar) | 16 (80.0)                                | 17 (77.3)                                | 6 (28.6)                                 | 39 (61.9)                   | ‡ 0.001 *  |

a, b, c: İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren gruplar farklı harflerle gösterilmiştir.

Aynı harfle belirtilen gruplar arasında istatistiksel bir fark yoktur.

† Anova ‡ Ki-kare § Kruskal-Wallis \* p < 0,05 (Gruplar arasında anlamlı fark var)

Hastaların demografik ve klinik verileri

**Tablo 2**

| Grup No          | Parametreler                     | Ortalama ± standart sapma | p değeri |
|------------------|----------------------------------|---------------------------|----------|
| Grup I (n: 20)   | IIEF-5 skoru (tadalafil öncesi)  | 15.95 ± 2.28              |          |
|                  | IIEF-5 skoru (tadalafil sonrası) | 22.55 ± 1.70              | <0.001 * |
|                  | IIEF-5 skorundaki artış miktarı  | 6.60 ± 2.72               |          |
| Grup II (n: 22)  | IIEF-5 skoru (tadalafil öncesi)  | 17.36 ± 2.40              |          |
|                  | IIEF-5 skoru (tadalafil sonrası) | 22.18 ± 2.01              | <0.001 * |
|                  | IIEF-5 skorundaki artış miktarı  | 4.81 ± 1.70               |          |
| Grup III (n: 21) | IIEF-5 skoru (tadalafil öncesi)  | 16.90 ± 1.86              |          |
|                  | IIEF-5 skoru (tadalafil sonrası) | 19.57 ± 2.50              | <0.001 * |
|                  | IIEF-5 skorundaki artış miktarı  | 2.26 ± 2.15               |          |

Her üç grubun kendi içerisinde, tadalafil öncesi ve sonrası erektile fonksiyon değerlendirilmesi Eşleşmiş örneklem t testi \* p <0,05 (Gruplar arasında anlamlı fark var)

**SS-12**

**EREKTİL DİSFONKSİYONLU HASTALARDA ATRİYAL ELEKTROMEKANİK SÜRENİN ARAŞTIRILMASI**

Adem Altunkol<sup>1</sup>, Ayşe Nur Topuz<sup>2</sup>, Mustafa Topuz<sup>3</sup>, Ergün Alma<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana, Türkiye

<sup>2</sup>Çukurova Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Bölümü, Adana, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Adana, Türkiye

**AMAÇ:** Atrial elektromekanik gecikmenin (AEMD) Atrial Fibrilasyon (AF) gelişimi için bir öncü olduğu bilinmektedir. Erektile disfonksiyonlu (ED) ve AF'si olmayan hastalarda AEMD'yi değerlendirmeyi amaçladık

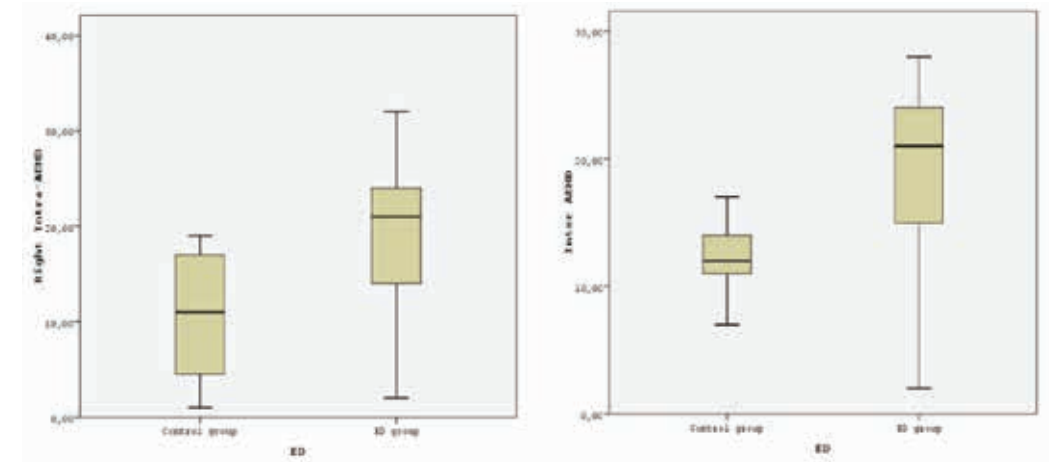
**MATERYAL VE METOD:** Üroloji kliniğinde değerlendirilen toplam 68 hasta çalışmaya alındı. ED tanısı almış 68'i hasta ve ED'si olmayan 44'ü kontrol grubu olarak değerlendirildi. ED tanısı için Uluslararası Erektile İşlev Formu (IIEF) kullanıldı. IIEF skoru ≤21 olanlar ED olarak değerlendirildi. İntra ve inter-AEMD Doppler görüntüleme ile ölçüldü.

**BULGULAR:** Atrial elektromekanik gecikme kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ED li hastalarda anlamlı olarak uzamıştır. Korelasyon analizinde IIEF skoru; sistemik kan basıncı, ve AEMD ile anlamlı olarak negative koreledir (sırasıyla r=-0.37, p=0.02; r=-0.27, p=0.024; r=-0.39, p=0.001).

**SONUÇ:** Çalışmamızın mevcut sonuçlarına göre, AF gelişimi açısından risk altında bulunan ED'li hastalarda AEMD risk sınıflamasında ucuz ve kolay bir yöntem olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** atrial elektromekanik gecikme, atrial fibrilasyon, doku Doppler görüntüleme, erektile disfonksiyon

**Figür 1. Çalışma grupları arasında İntra ve İnter AEMD değerleri**



**Tablo 1. Çalışma Gruplarının Temel Karakteristikleri**

|                              | ED grup<br>(n=68) | Kontrol grup<br>(n=44) | p değeri |
|------------------------------|-------------------|------------------------|----------|
| Yaş (yıl)                    | 46 ±14            | 41± 9                  | 0.14     |
| Hipertansiyon (n)            | 15(%28)           | -                      | 0.13     |
| DM (n)                       | 20(%37)           | -                      | 0.004    |
| KAH (n)                      | 10(%18)           | 1(%7)                  | 0.24     |
| Sigara (n)                   | 24(%45)           | 6(%53)                 | 0.67     |
| Vücut Kitle İndeksi(kg/m2 )  | 28.8 ± 4.6        | 27.42± 2.9             | 0.19     |
| Diastolik Kan Basıncı (mmHg) | 80.7 ±5.7         | 78.8 ±2.9              | 0.23     |
| Sistolik Kan Basıncı (mmHg)  | 127.6 ±13.9       | 117.7 ±8.1             | 0.01     |
| IIEF Skoru                   | 12.2± 5.3         | 29.1± 0.9              | <0.001   |
| Laboratuvar Parametreleri    |                   |                        |          |
| Trigliserid (mg/dL )         | 201.9 ± 108.5     | 216.4 ± 94.4           | 0.67     |
| LDL (mg/dL )                 | 134.6 ± 36.3      | 138.1 ± 29.4           | 0.73     |
| HDL (mg/dL )                 | 44.0 ± 8.0        | 42.0 ± 5.7             | 0.35     |
| Total Kolesterol (mg/dL )    | 196.0 ± 46.9      | 195.9 ± 40.7           | 0.99     |
| SerumGlukoz (mg/dL )         | 132.5 ± 70.0      | 92.0 ± 12.0            | 0.028    |
| Kreatinin (mg/dL )           | 0.98 ±0.3         | 0.96 ±0.2              | 0.21     |
| Hemoglobin (mg/dL )          | 14.7±1.3          | 14.9±1.3               | 0.49     |

ED: Eretil disfonksiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KAH: Koroner Arter Hastalığı,,  
IIEF: International Index of Erectile Function, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı.

## SS-13 PEYRONİE HASTALIĞI PREVELANSI

Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>, Murat Dincer<sup>1</sup>, Gökhan Çulha<sup>2</sup>, Emre Salabaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

Penil korpus kaverosom'un tunica albuginea'sının fibromatous bir bozukluğu olan Peyronie hastalığı (PD), ağrı, plak oluşumu, penis eğriliği ve plak kalsifikasyonu ile karakterizedir. PD sıklığı, erişkin erkekler arasında farklı yaşta ve hasta gruplarında% 0.4 ila% 20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. PD prevalansının özellikle ileri yaşlarda ve erektile disfonksiyon ve diabetes mellitus (DM) gibi komorbiditeler varlığında arttığı bilinmektedir. Hastaların bir doktora danışmak ve soruları cevaplamaktan çekinmeleri gerçeği, hastalığın teşhis edilememesine ve tedavi edilememesine neden olmaktadır. Buna göre, PD'nin gerçek prevalans oranları daha yüksek olarak kabul edilir. PD etiolojisinde yaş, obezite, hipertansiyon, DM, hiperlipidemi, sigara, ırk, Dupuytren hastalığı, otoimmün hastalıklar, erektile disfonksiyon, kemiğin Paget hastalığı, önceki üriner sistem ameliyatları, hiperürisemi ve cinsel partnerde veya hastanın kendisinde genital enfeksiyon gibi sebepler rol almaktadır. Bu popülasyon temelli anket çalışması, Türkiye'de> 30 yaşları arasındaki erkeklerde PD prevalansını belirlemeyi ve etiyolojik faktörleri değerlendirmeyi amaçlamıştır.

**YÖNTEM:** Çalışma Eurostat NUTS 1 sınıflamasına göre Türkiye'nin 12 bölgesinde gerçekleştirildi ve 1208 hastayı içeriyordu. Katılımcıların bölgelere göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere demografik özellikler ve temel sağlık durumu ile PD'nin tanı ve etiyolojisi hakkında sorular içeren anketler uygulandı. Anketlerin değerlendirilmesiyle olası PD tanısı kondu.

**BULGULAR:** Muhtemel PD sıklığı% 5,3 olarak belirlendi. (N = 63) ve PD'siz (n = 1119) katılımcıların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. PH'sız katılımcılarla karşılaştırıldığında, PD'li katılımcılar daha yaşlı ve sigara içenlerin ve DM, hipertansiyon ve kalp hastalarının oranı başarısızlık daha yüksekti.

**SONUÇ:** Olası PD prevalansı Türkiye'de% 5,3 idi. İleri yaşın yanı sıra sigara içimi ve özellikle DM, hipertansiyon ve kalp yetmezliği gibi yandaş hastalıkların varlığı PD sıklığını artıran faktörlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** peyronie hastalığı, prevelans, Türkiye

**Figür 1**



Peyronie

hastalığı

bölgesel

dağılımı





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-14 EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN HASTALARININ TADALAFİL 5MG VE 20 MG KULLANIM TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Senol Tonyalı, Cavit Ceylan*  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Erektile disfonksiyonu olan hastaların tadalafil 5 mg ve 20 mg seçimini etkileyen faktörleri ortaya koymak  
**MATERYAL VE METOD:** Erektile disfonksiyon şikayeti ile polikliniğe başvuran tüm hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Takip ziyaretinde hastalara tadalafil kullanıp kullanmadıkları, iki farklı tadalafil dozu ve kullanım hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuştur. Tadalafil kullanan ve farklı doz ve kullanımının farkında olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara ilaç seçimiyle ilgili sorulardan oluşan anket uygulandı.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 86 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması  $46.2 \pm 9.3$  yıl idi. 30 hasta (% 34.9) günde 5 mg, 56 hasta (% 65.1) ise 20 mg isteğe bağlı tadalafil tercih etmişlerdir. İki grubun tedavi seçimini etkileyen faktörlere göre karşılaştırılmasında, sürekli ilaç kullanmama isteği ( $p=0.000$ ), her zaman cinsel ilişki için hazır olma arzusu ( $p=0.000$ ) ve isteğe bağlı tedavinin yeterli olacağı düşüncesi ( $p=0.000$ ) anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Tedavi maliyeti ( $p=0.731$ ) ve yan etki korkusunun ( $p=0.257$ ) ilaç seçimi üzerine etkisi iki grupta benzer bulundu.

**SONUÇ:** Sürekli ilaç kullanmayı istememek ve cinsel ilişki için her zaman hazır olmayı arzulamak, erektile disfonksiyonu olan hastaların tedavi seçimini etkileyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, tadalafil, günlük tadalafil



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-15 PEYRONİ HASTALIĞINDA CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

*Mehmet Eflatun Deniz<sup>1</sup>, Umut Üna<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

**AMAÇ:** Peyronie hastalığı penisin tunica albuginea tabakasında fibröz doku birikimine bağlı peniste şekil bozukluğuna sebep olan bir hastalıktır. Çeşitli hastalıklarla beraber görülmesine rağmen etyolojik sebepler henüz tam aydınlatılmış değildir. Peniste meydana gelen şekil bozukluğuna bağlı olarak hastalarda kendine güven azlığı, erektile disfonksiyon ve hatta cinsel ilişkiye girememe durumları olabilmektedir. Çeşitli farmakolojik tedaviler olmasına rağmen cerrahi tedavi günümüzde altın standarttır. Biz de bu yayında kendi cerrahi tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Kliniğimizde ağustos 2015 ile temmuz 2018 tarihleri arasında ameliyat edilen 24 Peyronie hastasının dosyaları retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların 8'inin kurvatur derecesi ciddi olmamakla beraber ( $<60^\circ$ ) diğer 16'sının kurvatur derecesi ciddi ( $>60^\circ$ ) denilecek boyuttaydı. Kurvatur derecesi  $60^\circ$ 'nin altında olanlara Nesbit yöntemi ile penil kurvatur düzeltilirken, kurvatur derecesi  $60^\circ$ 'nin üstünde olanlar venöz greftleme yöntemiyle opere edildi. Hastaların ameliyat öncesi erektile disfonksiyonları, IIEF-5 skoru ve Peyronie hastalığı sorgulama formu sonuçları postoperatif değerleriyle karşılaştırıldı. Anatomi ve fonksiyonel açıdan başarı değerlendirildi.

**BULGULAR:** Nesbit yöntemiyle opere edilen 6 hastanın kurvatur derecesi  $44.16^\circ (\pm 2)$  idi. Postoperatif takiplerinde rezidü kurvatur izlenmedi. Bu hastaların preoperatif ortalama penis uzunluğu  $12.57 (\pm 3.1)$  cm iken postoperatif penil kısalma miktarı  $15 (\pm 9.2)$  mm olarak ölçüldü. Ameliyat öncesi hiçbir hastada erektile disfonksiyon yoktu. Venöz greftleme yapılan 18 hastanın kurvatur derecesi  $77.5^\circ (\pm 9.5)$  idi. Post operatif rezidü kurvatur derecesi  $15.41^\circ (\pm 9.8)$  olarak tespit edildi. Ameliyat öncesi penil uzunluk  $12.06 (\pm 2.4)$  cm iken hiçbir hastada penil boyunda kısalma olmadı. Bu teknikte ameliyat edilen hastaların 12'sinde erektile disfonksiyon vardı fakat sadece 2'si medikal tedaviden fayda görmediğini söyleyerek aynı seansta penil protez implantasyonu yapıldı.

**SONUÇ:** Peyronie hastalığında cerrahi altın standart yöntemdir. Penil kurvatur derecesi ve hastanın erektile disfonksiyon durumuna göre uygun ameliyat yöntemi seçilmelidir. Anatomi ve fonksiyonel başarı hastalar için oldukça tatmin edicidir.

**Anahtar Kelimeler:** Peyronie hastalığı, erektile disfonksiyon, penil kurvatur



**Tablo 1**

|                           | Nesbit        | Venöz greftleme |
|---------------------------|---------------|-----------------|
| Hasta sayısı              | 6             | 18              |
| Yaş ortalaması            | 61.16(±7.4)   | 60.77(±5.7)     |
| Ventral kurvatur          | 5             | 16              |
| Dorsal kurvatur           | 1             | 2               |
| Diyabet                   | 3             | 10              |
| Hipertansiyon             | 3             | 9               |
| Koroner arter hastalığı   | 0             | 2               |
| Kurvatur derecesi         | 44.16°(±2)    | 77.5°(±9.5)     |
| Penis uzunluğu(cm)        | 12.57 (± 3.1) | 12.06(±2.4)     |
| Rezidü kurvatur           | 0             | 15.41°(± 9.8)   |
| Penil kısalma(mm)         | 15 (± 9.2)    | -               |
| Preop Eretil disfonksiyon | 0             | 12              |

## SS-16

### RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PENİL DUYUDAKİ DEĞİŞİMİN ELEKTROFİZYOLOJİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: PİLOT ÇALIŞMA

Ali Yıldız<sup>1</sup>, Ekrem İslamoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Yüksel<sup>1</sup>, İbrahim Erol<sup>1</sup>, Kaan Karamık<sup>1</sup>, Tuncay Çakır<sup>2</sup>, Mutlu Ateş<sup>1</sup>, Murat Savaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji

<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon

Bu çalışmanın amacı radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarda penil duyudaki değişimleri elektrofizyolojik olarak incelemek ve RP sonrası gelişen erektil disfonksiyonda (ED) dorsal penil sinir (DPN) hasarının rolünü göstermek. RP yapılmaya elverişli 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Her hastaya operasyondan önce Clawson metodu uygulanarak penil sensoryal elektromiyografi (EMG) yapıldı ve International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) sorgulama formu doldurtuldu. Eretil fonksiyon sorgulanması ve elektrofizyolojik değerlendirme postoperatif 3.ve 6.aylarda tekrar yapıldı. Postoperatif IIEF-5 skorları ve EMG değerleri operasyon öncesiyle karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksekti ( $p>0.05$ ). operasyon sonrasındaki yapılan değerlendirmelerde IIEF-5 skorları sinir koruyucu cerrahi uygulanan grupta sinir korunmayan gruba göre anlamlı olarak yüksekti ( $p>0.05$ ). Sinir korunan grupta operasyon sonrası yapılan karşılaştırmalarda sinir iletim hızı (NCV) korunmaya gruba göre yüksek bulundu ancak bu değişim istatistiki olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). Ayrıca, postoperatif 3.aydaki NCV değerleri operasyon öncesi değerlerle karşılaştırıldığında istatistiki açıdan anlamlı olacak şekilde azalmıştı ( $p>0.05$ ). RP uygulanan hastalarda kavernöz sinir hasarına ve muhtemel DPN hasarına bağlı olarak, penil duyuda azalma gözlenmiştir. Bu azalmanın, RP sonrası ED ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dorsal penile nerve, erectile dysfunction, penile sensation, prostate cancer, radical prostatectomy

#### EMG değerlerinin ve IIEF-5 skorlarının RP öncesi ve sonrası karşılaştırılması

|                   | min-max | median | ortalama±sd | p      |
|-------------------|---------|--------|-------------|--------|
| IIEF-5 skor       |         |        |             |        |
| preop             | 5-25    | 18,0   | 17,8±6,4    |        |
| postop 3.ay       | 5-22    | 5,0    | 6,7±4,0     | 0,0000 |
| postop 6.ay       | 5-23    | 5,0    | 7,9±5,6     | 0,0000 |
| latency(ms)       |         |        |             |        |
| preop             | 1-3     | 2,3    | 2,2±0,5     |        |
| postop 3.ay       | 0-5     | 0,0    | 0,9±1,5     | 0,001  |
| postop 6.ay       | 0-3     | 1,4    | 1,2±1,2     | 0,002  |
| amplitude(mcvolt) |         |        |             |        |
| preop             | 2-9     | 3,9    | 4,3±2,0     |        |
| postop 3.ay       | 0-17    | 0,0    | 1,8±4,0     | 0,003  |
| postop 6.ay       | 0-11    | 1,8    | 3,0±3,4     | 0,045  |
| NCV(m/s)          |         |        |             |        |
| preop             | 15-65   | 37,3   | 34,8±13,8   |        |
| postop 3.ay       | 0-40    | 0,0    | 8,4±13,7    | 0,0000 |
| postop 6.ay       | 0-68    | 24,1   | 22,2±22,9   | 0,041  |



## SS-17 KRİPTOZOOSPERMİ, İMMOTİL SPERMİ VE GLOBOZOOSPERMİ DURUMUNDA İNTRASİTOPLAZMİK SPERM ENJEKSİYONU SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

*Sibel Bulgurcuoglu Kuran*

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Reprodüktif Endokrinoloji ve Infertilite Bilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi*

**AMAÇ:** Evli çiftlerde yaklaşık olarak %10-15 oranında infertilite görülmektedir ve bunların da yaklaşık %50'sini erkeğe bağlı nedenlerle oluşturmaktadır. Oositin başarılı bir şekilde fertilize olabilmesi, kaliteli embriyo gelişebilmesi ve gebelik elde edilebilmesi için sağlıklı sperm ihtiyacı duyulmaktadır. Sperm fonksiyonlarındaki hasar erkek infertilitesinin en sık nedenlerinden birisidir. Her ne kadar erkek faktöründe intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) rutin kullanılsa da sperm motilite, morfoloji, sayı gibi parametrelerinin ayrı ayrı başarıya etkisinin olduğu bilinmektedir. Özellikle baş anomalileri (megalo-pin head, globozoospermi vs.), ağır motilite kusurları ve sayının çok düşük olduğu (kriptoospermi) erkek faktörlü hastalarda hala başarı istenilen düzeyde değildir. Bu noktadan yola çıkılarak bu parametrelerin yanısıra DNA, akrozom yapısı ve motilite özellikleri temel alınarak daha ayrıntılı incelemelerin yapılabildiği yeni yöntemler de geliştirilmiştir. Çalışmamızda ağır erkek faktörü grubuna giren; kriptoospermi, saf immotil sperm ve globozoospermili hastalarda ICSI sonuçlarını incelemeyi hedefledik.

**MATERYAL-METOD:** Bu retrospektif çalışma kapsamında 2008-2018 tarihleri arasında ağır erkek faktörüne sahip 157 infertil çiftin intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu-embriyo transferi (ICSI-ET) siklusu değerlendirilmiştir. Hastalar üç gruba ayrılmıştır: 128 kriptoospermili, 20 saf immotil sperm, 9 globozoospermili hastalar şeklindedir. Tüm hastalara ICSI işlemi yapıldıktan sonra, döllenme, embriyo gelişimleri, gebelik ve canlı doğum oranları değerlendirilmiştir. Çalışma verileri, nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınılandı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Fisher-Freeman-Halton Exact test kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışma gruplarımızda, kadın ve erkek hasta yaşları, oosit sayısı ve maturasyon durumları, transfer edilen embriyoların kalitesi, gebelik ve canlı doğum oranları arasında bir farklılık gözlenmemiştir. Fakat immotil sperm grubunda fertilizasyon oranı, globozoospermi ve kriptoospermi gruplarına göre daha düşük saptanmıştır. Kriptoospermi grubunda ise ikinci günde gelişen iyi kaliteli embriyo oranları, globozoospermi ve immotil sperm gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

**SONUÇ:** Ağır erkek faktöründe, globozoospermi, immotil sperm ve kriptoospermi ICSI uygulaması yapılsa bile başarının en düşük olduğu hasta gruplarıdır. Bizim çalışmamızda da immotil sperm grubunda canlı sperm anlaşılmamasında sorun yaşanabildiğinden dolayı, diğer gruplara kıyasla fertilizasyon oranı daha düşük bulunmuştur. Ayrıca kriptoospermi grubunda, diğer gruplarda olduğu gibi ciddi bir akrozom ya da motilite kusuru olmadığı sadece sayı yetersizliği olduğu için, iyi kaliteli embriyoya ulaşma oranlarının daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak; kriptoospermi, immotil sperm ve globozoospermi grupları arasında elde ettiğimiz veriler, bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalara da benzer şekilde, nihayi başarı olan gebelik ve canlı doğum oranlarında farklılıklar göstermemektedir. Bu durumlar IVF' te ağır erkek faktörü olarak başarısı en düşük hasta gruplarını oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Globozoospermi, immotile sperm, kriptoospermi

Tablo 1

Tablo 1: Gruplar arası demografik dağılım sonuçları

|                                | Endikasyon              |                   |                          | P değeri             |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|
|                                | Globozoospermi<br>(n=9) | İmmotil<br>(n=20) | Kriptoospermi<br>(n=128) |                      |
| Kadın yaş (yıl)                | 31,56±4,56              | 29,15±4,86        | 29,82±4,77               | <sup>a</sup> 0,361   |
| Erkek yaş (yıl)                | 34,22±6,04              | 32,45±6,10        | 33,27±4,46               | <sup>a</sup> 0,333   |
| Kadın BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 25,86±2,59              | 25,76±4,73        | 25,47±4,13               | <sup>a</sup> 0,867   |
| Oosit sayısı                   | 6,56±5,50               | 9,25±7,43         | 9,69±4,95                | <sup>a</sup> 0,123   |
| Fertilizasyon oranı (%)        | 63,11±30,45             | 32,45±23,07       | 64,27±22,81              | <sup>a</sup> 0,001** |
| Gebelik oranı (%)              | Yok                     | 5 (71,4)          | 12 (80,0)                | <sup>b</sup> 0,133   |
|                                | Var                     | 2 (28,6)          | 3 (20,0)                 |                      |
| Doğum oranı (%)                | Yok                     | 6 (85,7)          | 12 (80,0)                | <sup>b</sup> 1,000   |
|                                | Var                     | 1 (14,3)          | 3 (20,0)                 |                      |

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>b</sup>Fisher Freeman Halton Test

\*\*p<0,01

BMI, vücut kütle indeksi





## SS-18 VARİKOSELLİ HASTALARDA TESTİKÜLER MİKROLİTYAZİSİN ERKEK İNFERTİLİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Erhan Ateş, Arif Kol  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

Testiküler mikrolityazis (TM), erkek infertilitesi ile ilişkisi bildirilmiş, benign ve malign birçok hastalık ile birliktelik gösterebilen nadir bir patolojidir. Çalışmamızda varikoselli hastalarda TM'in varikoselin klinik özelliklerinin ve varikoselden bağımsız olarak erkek infertilitesinin üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. İnfertilite nedeniyle başvuran ve klinik varikozel tanısı alan 205 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Fizik muayenede varikozel grade'i, skrotal ultrasonografide testis volümleri, testiküler ven çapı ve reflü durumunun yanı sıra TM saptanan hastaların lezyon sayısı ve tarafı gibi veriler kaydedildi. Hastalar, TM olan (grup 1) ve TM olmayan (grup 2) olarak iki gruba ayrılarak verileri karşılaştırıldı. İnfertilitenin şiddetini ve niteliğini belirlemek amacıyla total motil sperm sayısı (TMSC) hesaplanarak hastalar TMSC< 5 milyon (ciddi infertilite), 5-20 milyon (ılımlı infertilite) ve >20 milyon (normal) olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. Varikoselin klinik ve radyolojik bulguları açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Semen analizinde sperm sayısı ve TMSC grup 1'de, grup 2'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı. Semen volümü ve sperm motilitesi de Grup 1'de, Grup 2'ye göre düşüktü ancak bu fark istatistiksel anlamlı değildi. TMSC<5 milyon saptanması grup 1'de anlamlı yüksekti (Tablo 2). Lojistik regresyon analizi ciddi infertilite gelişme ihtimalininin TM varlığında varikoselden bağımsız olarak (odd ratio:3.81, %95 confidence interval: 1.11-30.5, p=0.038) arttığını gösterdi. Bu çalışmanın sonuçları TM'in, erkek infertilitesi için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ve varikoselli hastalarda TM varlığının, infertilite şiddetini artırıcı bir faktör olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Arkek infertilitesi, testiküler mikrolityazis, varikozel

Tablo 1

Table 1. Relationship between the presence of testicular microlithiasis and other variables

| Parameter                             | Group 1 (n:21)  | Group 2 (n:184) | p-value      |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Age (years), mean $\pm$ SD            | 32.7 $\pm$ 7.6  | 30.4 $\pm$ 7.1  | 0.145        |
| Varicocele Grade, n (%)               |                 |                 |              |
| I                                     | 13 (61.9)       | 75 (40.8)       | 0.252        |
| II                                    | 5 (23.8)        | 70 (38)         |              |
| III                                   | 3 (14.3)        | 39 (21.2)       |              |
| Varicocele side, n (%)                |                 |                 |              |
| Unilateral                            | 7 (33.3)        | 128 (69.6)      | 0.784        |
| Bilateral                             | 14 (66.7)       | 56 (30.4)       |              |
| Testicular volume (ml), mean $\pm$ SD |                 |                 |              |
| Right                                 | 14.9 $\pm$ 3.2  | 15.4 $\pm$ 3.5  | 0.587        |
| Left                                  | 12.9 $\pm$ 3.5  | 13.7 $\pm$ 3.4  | 0.784        |
| SVD (mm), mean $\pm$ SD               |                 |                 |              |
| Right                                 | 2.4 $\pm$ 0.7   | 2.8 $\pm$ 0.9   | 0.321        |
| Valsalva, Right                       | 2.7 $\pm$ 0.8   | 4.2 $\pm$ 3.9   | 0.174        |
| Left                                  | 2.8 $\pm$ 0.8   | 3.1 $\pm$ 1.2   | 0.423        |
| Valsalva, Left                        | 3.4 $\pm$ 0.7   | 3.8 $\pm$ 2.5   | 0.187        |
| Semen Analysis, mean $\pm$ SD         |                 |                 |              |
| Semen volume (ml)                     | 2.8 $\pm$ 1.3   | 3.4 $\pm$ 1.4   | 0.218        |
| Sperm count ( $\times 10^6$ /ml)      | 12.9 $\pm$ 26.4 | 20.3 $\pm$ 19.2 | <b>0.021</b> |
| Progressive sperm motility (%)        | 35.2 $\pm$ 21.7 | 40.3 $\pm$ 16.6 | 0.632        |
| TMSC ( $\times 10^6$ )                | 13.1 $\pm$ 17.9 | 27.5 $\pm$ 27.1 | <b>0.029</b> |
| Laboratory, mean $\pm$ SD             |                 |                 |              |
| FSH (mIU/ml)                          | 7.2 $\pm$ 5.5   | 6.1 $\pm$ 5.6   | 0.726        |
| Total testosterone (nmol/l)           | 20.5 $\pm$ 9.2  | 21.7 $\pm$ 7.9  | 0.688        |

SD, standard deviation; SVD, spermatic vein diameter; TMSC, total motile sperm count; FSH,

follicle-stimulating hormone

Testiküler mikrolityazis ve diğer değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisi

Tablo 2

|                                   |         | TMSS ( $\times 10^6$ ) |           | p-değeri  |
|-----------------------------------|---------|------------------------|-----------|-----------|
|                                   | <5      | 5-19.9                 | $\geq 20$ |           |
| Microlityazis (n, %)              |         |                        |           |           |
| (-)                               | 39 (75) | 51 (94.4)              | 94 (94.9) | 0.003 a,b |
| (+)                               | 13 (25) | 3 (5.6)                | 5 (5.1)   |           |
| TMSS, total motil sperm sayısı    |         |                        |           |           |
| a: <5 vs 5-19; b: <5 vs $\geq 20$ |         |                        |           |           |

Testiküler mikrolityazis ve ciddi infertilite arasındaki ilişki



## SS-19 TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI CİNSEL YAŞAMIN SEKSÜEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SQOL) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sedat Taştırmur, Mehmet Yılmaz, Erkan Ölcüçüoğlu, Yusuf Kaşap  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas SUAM, Üroloji Kliniği, Ankara

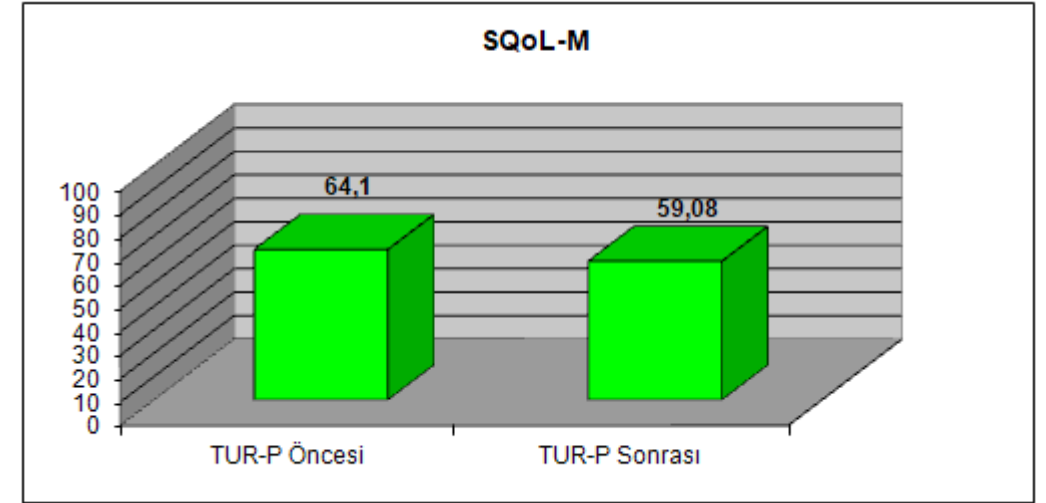
Transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) nun erektil fonksiyonu olumsuz etkilediğine dair daha fazla sonuç olmasına rağmen bu durum hala tartışılmaktadır. Bu çalışmada benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle yapılan TUR-P operasyonunun erektil fonksiyonlar ve cinsel hayat kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık. Bu amaç doğrultusunda BPH nedeniyle uygulanan TUR-P operasyonunun cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkilerini, TUR-P öncesi ve sonrası altıncı ayda parametrelerde meydana gelen değişiklikleri karşılaştırdık.

Üroloji kliniğimizde BPH tanısıyla TUR-P operasyonu yapılmak üzere yatırılan 56 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların operasyon öncesi IIEF-5 anketi ortalaması  $15,2 \pm 7,4$  olarak saptandı. Operasyon sonrası ise IIEF-5 anketi ortalaması  $14,1 \pm 8,4$  olarak saptandı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı ( $p > 0,05$ ) bulunmadı. TUR-P yapılan hastaların operasyon öncesi SQoL-M anketi ortalaması  $64,1 \pm 31,9$  olarak saptandı. Operasyon sonrası ise SQoL-M (Cinsel Yaşam Kalite Soru Formu-Erkek) anketi ortalaması  $59,08 \pm 31,9$  olarak saptandı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı ( $p > 0,05$ ) bulunmadı. Hastaların operasyon öncesi IPSS anketi ortalaması  $22 \pm 7,3$  olarak saptandı. Operasyon sonrası ise IPSS anketi ortalaması  $4,6 \pm 4,3$  olarak saptandı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) bulundu. Operasyon öncesinde transabdominal ultrasonografi ile ölçülen PVR değerleri ortalaması  $110,2 \pm 106,2$  cc olarak saptandı. Operasyon sonrası PVR değerleri ortalaması ise  $34,4 \pm 36$  cc olarak saptandı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) bulundu. Hastaların operasyon öncesi yapılan üroflowmetri tekniklerinde Qmax ortalaması  $9,4 \pm 3,5$  ml/sn olarak saptandı. Operasyon sonrası yapılan üroflowmetri tekniklerinde ise Qmax ortalaması  $19,1 \pm 6,2$  ml/sn olarak saptandı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) bulundu. Hastaların operasyon öncesi yapılan üroflowmetri tekniklerinde Qaver ortalaması  $4,4 \pm 1,7$  ml/sn olarak saptandı. Operasyon sonrası yapılan üroflowmetri tekniklerinde ise Qaver ortalaması  $9,8 \pm 3,8$  ml/sn olarak saptandı. Bu değerler de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,001$ ).

Çalışmamız geniş bir hasta grubunu içermemekle birlikte TUR-P operasyonunun cinsel yaşam üzerinde etkileri ile ilgili olarak bilgi vermektedir. Daha fazla sayıda hasta içeren ve daha fazla merkezde yapılacak çalışmalar ile TUR-P operasyonunun cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkileri üzerinde daha net veriler elde edilebilir. Buna bağlı olarak da hastalar operasyonun sonuçları hakkında daha iyi bilgilendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Seksüel fonksiyon, seksüel hayat kalitesi, transüretal prostat rezeksiyonu

Resim 1: Seksüel Yaşam Kalite Skoru (SQoL-M) grafiği



SQoL-M skorunun operasyon öncesi ve sonrası değerleri

Tablo 1

| Değerlendirilen parametreler | TUR-P öncesi (Ortalama±Standart Sapma) | TUR-P sonrası (Ortalama±Standart Sapma) | p değeri |
|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| IIEF-5                       | 15,232±7,463                           | 14,196±8,428                            | p=0,242  |
| SQoL-M                       | 64,107±31,931                          | 59,089±31,970                           | p=0,150  |
| IPSS                         | 22,017±7,302                           | 4,625±4,379                             | p<0,001  |
| PVR (ml)                     | 110,214±106,232                        | 34,418±36,008                           | p<0,001  |
| Q max (ml/sn)                | 9,428±3,536                            | 19,160±6,271                            | p<0,001  |
| Q ort (ml/sn)                | 4,482±1,716                            | 9,821±3,804                             | p<0,001  |

Hastaların TUR-P öncesi ve TUR-P sonrası 6. aydaki verilerinin istatistiksel olarak karşılaştırılması

## SS-20

### PREMATÜR EJAKÜLASYON VE EREKTİL DİSFONKSİYONLU ERKEKLERİN TEDAVİSİNDE GÜNLÜK PAROKSETİN / TADALAFİL KOMBİNASYONUNUN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİĞİ

Mehmet Gökhan Culha, Halil Lütfi Canat, Osman Can, Sait Ozbir, Süleyman Sami Çakır, Fatih Altunrende, Alper Otuncemur  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Erken boşalma (PE) ve erektil disfonksiyon (ED) erkeklerde en sık görülen cinsel bozukluklardır. ED, PE'li hastalar arasında yaygın olarak bildirilmiştir. Her ne kadar son kılavuzlar ilk olarak PE ve ED'li erkeklerde ED'yi tedavi etmeyi önerse de, bu öneri kanıtlara dayanmamaktadır ve bu hastalar için günlük paroksetin / tadalafil kombinasyon tedavisinin etkinliği ve güvenilirliği hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, PE'li ve ED'li hastaların tedavisinde günlük paroksetin ve tadalafil kombinasyonunun klinik etkinliğini ve güvenliğini geriye yönelik değerlendirmektir.

**METOD:** Ekim 2017 ile Ağustos 2018 arasında yapılan geriye dönük bu çalışmada, yaşam boyu / edinilmiş PE ve ED olan 38 hasta dahil edildi. Tüm hastaların tahmini intravajinal ejakülasyon latens süreleri (IELT) kaydedildi. Ayrıca, hastaların tedavi öncesi Prematür Ejakülasyon Profili (PEP) ve Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi -Erektil Fonksiyon (IIEF-EF) anketlerini doldurmaları istenmiştir. Hastalara 4 hafta boyunca günlük paroksetin 20 mg ve tadalafil 5mg tedavisi verilmiştir. Hastaların 4 haftalık tedaviden sonra IELT, PEDT, PEP ve IIEF-EF'teki değişimi analiz edildi. Geriye yönelik takibi olmayan, daha önce PE veya ED nedeniyle medikal tedavi altında olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 38,41 ± 8,48 idi. Dört haftalık tedavi periyodunun sonunda, hastaların ortalama IELT'si önemli ölçüde artmıştır (tedavi öncesi: 31.63 ± 11.18 saniye tedavi sonrası: 83,56 ± 114,45; p < 0,001). Benzer şekilde ortalama PEP indeksi skoru (tedavi öncesi: 0,91 ± 0,82, tedavi sonrası: 2,41 ± 1,03; p < 0,001) ve ortalama IIEF-EF'de (tedavi öncesi: 12,27 ± 4,81, tedavi sonrası: 22,16 ± 5,67; p < 0,001) anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir. Ciddi olmayan yan etki 4 hastada (% 10,52) meydana geldi ve bu hastaların 3'ü (% 7,89) tedaviyi bıraktı. En sık görülen yan etkiler baş ağrısı ve baş dönmesi idi.

**SONUÇ:** Günlük olarak kullanılan Paroksetin/ Tadalafil kombinasyon tedavisi, ED'si olan PE hastalarının IELT değerlerini ve hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümlerini önemli ölçüde geliştirmektedir. Bazı yan etkiler bildirilmiş olsa da, bunlar hafif ve geçici olmaktadır. PE ve ED'li hastaların tedavisinde paroksetin / tadalafil kombinasyon tedavisinin etkinliğini ve güvenilirliğini doğrulamak için ileri çalışmalar gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektil disfonksiyon, prematür ejakülasyon, paroksetin, tadalafil

## SS-21

### RETROGRAD EJAKULASYON TANISINDA YENİ BİR YÖNTEM: SUPRAPUBİK MESANE ASPIRASYONU

Hakkı Uzun<sup>1</sup>, Nezih Akça<sup>1</sup>, Merve Hüner<sup>1</sup>, Berat Sönmez<sup>2</sup>, Ahmet Onur Yüksek<sup>2</sup>, Yusuf Önder Özsağır<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Androloji Ünitesi, Üroloji Kliniği, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize  
<sup>2</sup>Üroloji Kliniği, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

**AMAÇ:** Retrograd ejakulasyon (RE) tanısı semen hacmi 1.5 ml'nin altında olduğu durumlarda postejakulatuar idrar (PEİ) örneğinde anlamlı sayıda sperm bulunması ile konulmaktadır. Ancak PEİ'de saptanan anlamlı sperm sayısı hakkında kesinlik yoktur. RE olmayan hastalarda PEİ'de sperme rastlanabilmektedir ve bu durumun üretrada geride kalan spermelerin idrarla süpürülmesi ile meydana geldiği düşünülmektedir. Bu yüzden, RE tanısında PEİ'de sperm saptanması yeterli bulunmamaktadır ve PEİ analizinin belirsizliğini ortadan kaldıracak yeni bir yöntem ihtiyacı duyulmaktadır. Suprapubik mesane aspirasyonu (SMA) çocuklarda idrar yolu infeksiyonunun tanısında altın standart olarak kabul edilmektedir. Bizim bilgilerimize göre SMA ile RE tanısına yönelik herhangi bir araştırma yapılmamıştır.

**MATERYAL METOD:** Androloji ünitemize infertilite şikayeti ile başvuran ve semen hacmi 2.5 ml'nin altında olan 14 hasta ve daha önce Üroloji kliniğimizde TURP yapılan 5 hasta çalışmaya dahil edildi. TURP yapılan hastalar kontrol olguları olarak kabul edildi. Tüm hastalardan semen örneği vermesi ve masturbasyon sonrası idrarlarını yapmamaları istendi. Ejakulasyon sonrası tüm hastalardan ilk idrarını yapmadan önce ultrasonografi eşliğinde 10 cc enjektörle suprapubik yolla mesaneden 10-15 ml arası idrar örneği alındı. Ardından hastalardan işeme ile tüm idrarlarını idrar kabına boşaltarak laboratuara getirmeleri istendi. Semen hacim, sperm konsantrasyonu ve motilite açısından analiz edildi. Suprapubik aspirasyonla ve işeme ile elde edilen idrar santrifüj edildi (5000 rpm, 15 dakika).

**BULGULAR:** 19 hastanın medyan yaşı 37 (25-62) olarak hesaplandı. Turp yapılmış hastaların hiçbirinde antegrad ejakulasyon gözlenmedi. Bu hastaların tümünde SMA ve PEİ örneklerinde çok sayıda sperme rastlandı. Düşük semen hacmi olan 12 hastanın sadece 4'ünde hem SMA hem PEİ analizinde sperm görüldü. Bu 4 hastanın 1'inde semen hacmi 2,1 ml olarak ölçüldü. Geri kalan 8 hastanın idrar örneklerinde sperme rastlanmadı. SMA'da sperm görülen 10 hastanın tamamında SMA'daki sperm sayısı PEİ'deki sperm sayısının altında saptandı. Azospermisi olan bir hastada SMA'da sperm saptanmazken PEİ'de çok sayıda sperme rastlandı (Tablo 1).

**SONUÇ:** Araştırmamız SBA'nın RE tanısında araştırıldığı ilk çalışmadır ve bilgilerimize göre daha önce rapor edilmemiş önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Birincisi, TURP yapılan tüm hastalarda suprapubik aspirasyonla mesanede sperm saptanmıştır ve SMA'nın RE tanısında önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. İkincisi, SMA'da sperm saptanan 9 hastanın tümünde suprapubik aspirasyonla elde edilen sperm sayısı postejakulatuar idrarla elde edilen sperm sayısından düşüktür. Bu sonuç bize RE olgularında spermelerin daha çok posterior üretrada biriktiğini, mesaneye az bir kısmının geçtiğini göstermektedir. Üçüncüsü, düşük semen volümlü bir hastada SMA ile sperm saptanmamış ancak PEİ örneğinde çok sayıda sperme rastlanmıştır ve hasta ejakulatuar disfonksiyon olarak kabul edilmiştir. Bu hastada semenin üretrada biriktiği düşünülmektedir. Bu sonuç SMA'nın semenin mesaneye geçmediği ejakulatuar disfonksiyon ve RE ayırıcı tanısında yararlı olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** retrograd ejakulasyon, idrar, suprapubik mesane aspirasyonu



**Tablo 1: İdrar ve semen analiz sonuçları**

| Etyoloji (n)                 | RE (+) | Sperm sayısı (ml) (SMA) | Sperm sayısı (ml) (PEI) | Sperm sayısı (ml) (semen) | Semen hacmi (ml) |
|------------------------------|--------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------|
| TURP (5)                     | 5      | 100.000-2.000.000       | 200.000-5.000.000       | -                         | -                |
| Düşük semen hacmi (12)       | 4      | 100.000-1.200.000       | 150.000-4.800.000       | 2.000.000-2.300.000       | 0.21-2.4         |
| Ejakulatuar disfonksiyon (1) | 0      | 0                       | 2.400.000               | 28.000.000                | 1.1              |
| Myotonik distrofi (1)        | 1      | 16.000.000              | 22.000.000              | -                         | -                |

SBA: Suprapubik mesane aspirasyonu PEI: Postejakulatuar idrar

**SS-22**

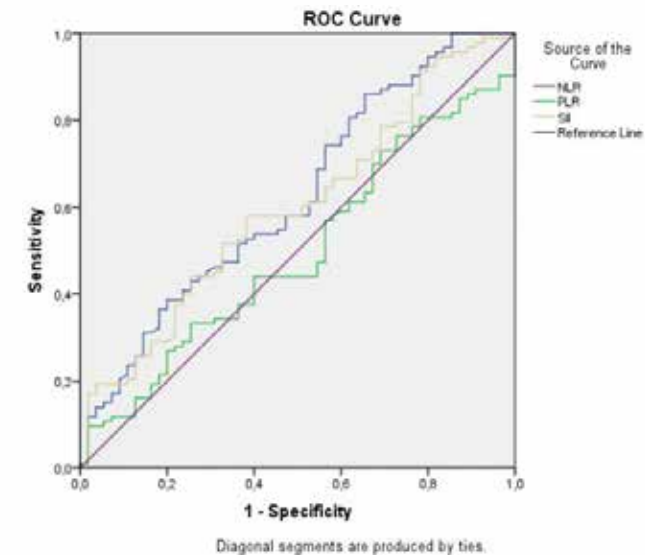
**HANGİ HEMOGRAM İNFLAMASYON İNDEKSİ EREKTİL DİSFONKSİYONLA EN ÇOK İLİŞKİLİDİR?**

*Hüseyin Beşiroğlu*

*Çatalca İlyas Çökay Devlet Hastanesi, İstanbul*

İnflamasyon erektil disfonksiyon (ED) patogeneğinde rol oynayan önemli bir mekanizmadır. Lenfosit, nötrofil ve trombosit sayıları üzerinden hesaplanan yeni bir indeks, sistemik immün inflamasyon indeksi, (SII) erektil disfonksiyon ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada amacımız hemogram üzerinden elde edilen immün inflamasyon indeksleri ile erektil disfonksiyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Bu araştırma kesitsel bir çalışma olup erektil disfonksiyonu olan 142 hasta (grup-1) ile kontrol grubunda da (grup-2) 102 hasta incelenmiştir. Hastalar diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obezite, hipogonadizm gibi metabolik hastalıklar yönünden; ayrıca nötrofil lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR) ve sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) gibi inflamasyon indeksleri açısından değerlendirildi. SII nötrofil x trombosit / lenfosit formülü ile hesaplandı. Sonuçlar Mann-Whitney U testi, ki-kare testi ve tek değişkenli-çok değişkenli lojistik regresyon istatistiksel analizleri ile incelendi. ED'li grupta diyabet, hipertansiyon ve dislipidemili hasta oranı daha yüksekti. İki grup arasındaki ortalama yaş açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Grup 1 ve 2'deki NLR sırasıyla  $2.33 \pm 0.94$  ve  $1.94 \pm 0.81$  olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Grup 1 ve 2'deki PLR sırasıyla  $105.33 \pm 41.52$  ve  $104.60 \pm 36.97$  olup anlamlı bir farklılık saptanmadı. Grup 1'deki SII  $537.91 \pm 269.74$ , grup 2'de ise  $450.59 \pm 260.06$  idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler, NLR ve SII artışı olan hastaların erektil disfonksiyona sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu ortaya koydu. Çalışmamızın bulgularına göre, hemogram inflamasyon indeksleri içinde NLR ve yeni bir immün inflamasyon indeksi (SII) ile erektil disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişkili mevcuttur. Neden-sonuç ilişkisini saptamak için iyi dizayn edilmiş prospektif, randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Erektil disfonksiyon, inflamasyon, sistemik immün inflamasyon indeksi



Erektil disfonksiyon hemogram inflamasyon indeksleri ROC eğrisi



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-23

### HİPOGONADOTROPIK HİPOGONADİZMLİ HASTALARDA TEDAVİ SONRASI SPERM ELDE EDİLMESİNDE PREDİKTİF FAKTÖRLER

*Taha Uçar<sup>1</sup>, Hüseyin Özgür Kazan<sup>1</sup>, Özgür Efiloğlu<sup>1</sup>, Bülent Can<sup>2</sup>, Bülent Erol<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Azospermik hipogonadotropik hipogonadizmlı hastalarda tedavi sonrası sperm elde edilmesi mümkündür. Kontrollerde FSH, LH ve testosteron seviyelerinde düzelme olsa da sperm elde edilemeyebilir. Çalışmada sperm elde edilmesinde prediktif faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

**MATERYAL METOD:** Toplamda 68 hasta incelendi ve verileri tam olan 47 hasta çalışmaya dahil edildi. FSH, LH, testosteron seviyeleri, testis volümleri not edildi. Semen analizinde azospermik olan hastaların tedavileri düzenlenerek takibe alındı. 6, 12, 18 aylık takiplerde semen analizi, kontrol FSH, LH, Testosteron seviyeleri ve testis volümleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** 47 hastanın 9(%19,1)'unda sperm elde edildi. İlk FSH değeri ortalama 0,95 mIU/mL, ilk LH değeri ortalama 0,33 mIU/mL, hasta başvurusundaki testis volümü ise 8,91 cc olarak belirlendi. Tedavi sonrası 6. ayda ortalama FSH değeri 2,37 mIU/mL, 12. ayda 2,56 mIU/mL olarak raporlandı. Tedavi sonrası 6. ayda Testosteron 5,03 ng/ml' ye, 12. ayda ise 6,96 ng/ml' ye yükseldi. Tedavi sonrası 12. ayda Testis boyutlarının ortalama 10,9 cc olduğu belirlendi. Yapılan univariate analizlerle sperm oluşumunda etkili tek faktörün ilk testis volümü olduğu saptandı (p:0.03). Testis volümü için yapılan ROC curve analizde eğri altında kalan alan %72 ve p: 0.045 olarak belirlendi. Testis volümü 10.5 cc ve üstünde olan hastalarda %68 sensitivite ve %70 spesifite ile tedavi ile sperm elde edilebileceği hesaplandı.

**SONUÇ:** Bakılan değişkenler içerisinde, tedavi öncesi testis volümünün, hipogonadotropik hipogonadizm tedavisi sonrası sperm elde edilmesinde en etkili faktör olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** fertilite, Hipogonadotropik Hipogonadizm, sperm



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-24

### HAYATBOYU VE EDİSEL PREMATÜR EJAKÜLASYON HASTALARININ HAYAT KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Mehmet Gökhan Çulha<sup>1</sup>, Mustafa Kadihasanoğlu<sup>2</sup>, Uğur Yücetaş<sup>2</sup>, Erkan Erkan<sup>2</sup>, Mahmut Gökhan Toktaş<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Prematür ejakülasyon (PE), boşalmayı kontrol etme veya erteleme yeteneğinde yetersizlik olarak tanımlanmakta ve hasta için memnuniyetsizlik ya da sıkıntı ile sonuçlanan bir durum olmaktadır. PE, erkeklerde ve kadın partnerlerinde anksiyete, depresyon ve sıkıntı dahil olmak üzere bir dizi olumsuz psikolojik etkiyle ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı hayatboyu ve edinsel PE hastalarının hayat kalitelerini değerlendirmektir. **METOD:** Çalışmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'ne PE şikayeti ile başvuran 160 erkek hasta ve 120 kontrol hastası dahil edilmiştir. Hastalar ISSM'nin belirlemiş olduğu PE kriterlerine göre 3 gruba ayrılmıştır (grup-1: hayatboyu PE, grup-2: edinsel PE, grup-3: normal kontrol grubu). Çalışmaya katılan her hastanın detaylı medikal öyküsü alınmış ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastaların intravajinal ejakülasyon latens süreleri (IELT) kaydedilmiş olup hastalara Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi-5(IIEF-5), Prematür Ejakülasyon Tanı Aracı (PEDT), Erkeklerde cinsel sağlık değerlendirme formu (SHIM), BECK depresyon ölçeği, STAI-1, STAI-2 anksiyete ve kaygı ölçeği ve SF-36 sorgulama formları doldurulmuştur. İstatistiksel analiz yöntemi olarak ANOVA ve Kruskal-Wallis yöntemleri kullanılmış olup post hoc analiz Tukey testi ve Mann-Whitney U test ile gerçekleştirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya 280 hasta dahil edilmiştir (grup-1 n=50, grup-2 n=110, grup-3 n=120). Gruplar arasında yaş, PEDT, IELT, IIEF-5, BECK, STAI-1 ve STAI-2 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı (Tablo-1). SF-36 sorgulama formu ile yapılan hayat kalitesi analizinde Fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji/canlılık ve emosyonel rol güçlüğü alt gruplarında PE hastalarının hayat kalitesi normal kontrol grubuna göre daha düşük izlenmektedir.

**SONUÇ:** PE hastaların hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Hem hayatboyu hem de edinsel PE hastalarının hayat kalitesi etkilenmekte ve bu etkilenme depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hayatboyu prematür ejakülasyon, edinilmiş prematür ejakülasyon, yaşam kalitesi

## SS-25 KRİPTORŞİDİZMLİ AZOOSPERMİK ERKEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE, Y KROMOZOM MİKRODELESYON ANALİZİ GERÇEKTEN GEREKLİ MİDİR?

*Numan Baydilli<sup>1</sup>, Emre Can Akınsal<sup>1</sup>, Muhammed Ensar Doğan<sup>2</sup>, Oğuz Ekmekçioglu<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri/Türkiye

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Y kromozomunda azospermi faktörlerinin (AZF) varlığı, azospermik erkeklerde yapılan sitogenetik ve moleküler çalışmalarda gösterilmiştir. AZF bölgelerinde yapılan delesyonun spermatogenezi bozduğu ve infertiliteye neden olduğu gösterilmiştir. Literatür incelendiğinde, kriptorşidizmi olan azospermik olgulardaki AZF delesyon oranı ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma olduğunu görmekteyiz. Kriptorşidizmi olan azospermik erkeklerde, Y kromozom mikrodelsiyonlarının varlığını araştırmayı ve bu hastalarda AZF bölgesinin klinik önemini değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamıza infertilite polikliniğine başvuran 20-50 yaş arası 108 kriptorşidizmlili azospermik erkek dahil edildi. Bu hastaların karyotip analizi, sperm sayısı ve hormonal parametreleri değerlendirildi. Y kromozomunun AZF-a, AZF-b ve AZF-c bölgelerine ait mikrodelsiyon değerlendirilmesi ve sitogenetik analiz yapıldı. Bu hastalarda ayrıca infertiliteye neden olabilecek diğer patolojiler araştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaşları  $30.68 \pm 5.33$  yıl olan 108 hastanın değerlendirmesinde sadece 3 (% 2.7) hastada AZFa, AZFb, AZFc ya da AZFb + c bölgesinin mikrodelsiyonları saptandı (Tablo 1). Çalışmamıza dahil edilen kriptorşidizmi olan bu azospermik olgularda, gözlenen sendrom olasılığının yüksek olduğunu, bununla beraber AZF delesyon oranının literatürde bildirilen oranlardan düşük olduğunu saptadık. Orşiopeksi ameliyatı geçirmiş ya da kriptorşidizmi olan azospermik infertil olgularda infertiliteye neden olabilecek diğer sorunların oranının yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu olgularda AZF delesyon olasılığının diğer nonobstrüktif azospermik olgulara göre belirgin şekilde az olduğunu saptadık.

**SONUÇ:** Kriptorşidizmlili azospermik olgularda, AZF delesyon oranı oldukça düşük olduğundan, bu hastalarda fizik muayene ve semen analizi sonrası endokrin değerlendirme yapmak ön tanı için genellikle yeterli olabilecektir. Bulgularımıza göre, sitogenetik analiz yapılmadan AZF delesyon değerlendirmesi yapmak gerekli değildir. Bu yaklaşımın infertil olgu değerlendirmesinde maliyeti belirgin şekilde azaltacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** AZF bölgesi, azospermi, kriptorşidizm, Y kromozom mikrodelsiyonları

Tablo

1

| Tanı                          | Sayı | AZF delesyonu |
|-------------------------------|------|---------------|
| Nonobstrüktif azospermi       | 71   | 1             |
| Klinefelter sendromu          | 15   | 0             |
| Hipogonadotropik hipogonadizm | 8    | 0             |
| Konjenital vazal agenezi      | 7    | 0             |
| 46XX erkek                    | 2    | 2             |
| Proksimal obstrüksiyon        | 2    | 0             |
| Tamısı belirsiz               | 2    | 0             |
| 47XYY                         | 1    | 0             |
| Toplam                        | 108  | 3             |

*İnfertilite yakınımasıyla gelen kriptorşidizmlili azospermik olgularda sitogenetik analize göre AZF delesyonu oranları*

## SS-26 RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ EREKTİL FONKSİYON DEĞERLENDİRMESİ NE ZAMAN YAPILMALI?

*Ali Yıldız, Kaan Karamık, Yasin Aktaş, Hakan Anıl, Ekrem İslamoğlu, Mutlu Ateş, Murat Savaş  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çalışmada hastaların transrektal ultrason yardımıyla prostat biyopsi (TRUS biyopsi) öncesi ve sonrasında erektile fonksiyonlarını değerlendirerek, radikal prostatektomi öncesi erektile fonksiyonun uygun değerlendirme zamanını belirlemeleyi amaçladık. 44 hastaya TRUS biopsi yaptık. Hastaların erektile fonksiyonlarını değerlendirmek için International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5)'in türkçeye validite edilmiş formunu kullandık. Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan, biopsiye elverişli olan 44 hasta dahil edildi. Her hasta biyopsi öncesi ve biyopsi sonrası 4 haftada değerlendirildi. Hastaların %50'si biyopsi öncesi potentsi. Biyopsi sonrası 1. ayda; 44 hastadan 29'unda (%66) erektile disfonksiyon (ED) gözlemlendi, 10 hastada hafif (%22.7), 14 hastada hafif orta (%31.8), 4 hastada orta (%9.1) ve 1 hastada (%2.3) ciddi derecede ED mevcuttu. Bu değişimler istatistiksel olarak anlamlıydı (% p<0.05). Biyopsinin erektile fonksiyon üzerine etkisi ihmal edilemez düzeydedir. Ancak; birkaç çalışmada da gösterildiği üzere bu etki geçicidir. Bundan dolayı, biz radikal prostatektomi öncesi erektile fonksiyonların değerlendirilmesi için en uygun zamanının TRUS biyopsi öncesi olduğunu düşünüyoruz. Aksi takdirde, Gerçek anlamda ED'si olmayan hastalar sinir koruyucu cerrahi uygulamasından mahrum kalabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, cerrahi öncesi erektile fonksiyon, prostat biyopsisi

### Prostat biyopsi öncesi ve sonrası hastaların IIEF-5 skorlarına göre dağılımı

|               | Biyopsi öncesi IIEF-5 n (%) | biyopsi sonrası 1.ay IIEF-5 n (%) | p değeri       |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------|
| ED yok        | 22 (%50)                    | 15 (%34)                          | 0.008          |
| Hafif ED      | 13 (29.5%)                  | 10 (22.7%)                        | 0.012          |
| Hafif-orta ED | 7 (15.9%)                   | 14 (31.8)                         | 0.20           |
| Orta ED       | 2 (4.5%)                    | 4 (9.1%)                          | Hesaplanamadı. |
| Ciddi ED      | 0                           | 1 (2.3%)                          | Hesaplanamadı. |

*hastalar n:44*



## SS-27

### PENİL PROTEZ İMPLANTASYONUNDA RETROPERİTONEAL BALON DİLATATÖR KULLANILARAK EKTOPIK REZERVUAR YERLEŞTİRİLMESİ

*Mustafa Gürkan Yenice, Kamil Gökhan Şeker, Emre Şam, Fatih Akkaş, Joshgun Huseynov, Selçuk Şahin, Abdullmuttalip Şimşek, Ali İhsan Taşçı*  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ - GİRİŞ:** Şişirilebilir üç parçalı penil protez (3p- IPP) rezervuarının rutin uygulamada yerleştirildiği bölge transversalis fasyasının altındaki Retzius alanıdır. Majör pelvik cerrahiler fibrozise yol açarak rezervuarın Retzius boşluğuna yerleştirilmesini zorlaştırabilir ve komplikasyon oranlarını artırabilir. Bu gibi durumlarda ektopik rezervuar kullanımı alternatif bir yöntemdir. Bu çalışmada retroperitoneal balon dilatator ile ektopik rezervuar yerleştirilen hastalara ait sonuçlarımızın sunulması amaçlandı.

**MATERYAL-METOD:** Aralık 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında infrapubik yaklaşımla 3p- IPP implantasyonu yapılan 3 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik, intraoperatif, postoperatif veriler ve komplikasyonlar prospektif olarak analiz edildi. Bu cerrahi teknik potansiyel epigastrik damar yaralanması ve olası komplikasyonları en aza indirerek yeterli bir boşluk üretmek için kullanıldı.

**BULGULAR:** Tüm hastalarda robotik transperitoneal radikal prostatektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması  $65,6 \pm 0,8$  yıl idi. Ortalama cerrahi süresi  $57,6 \pm 6,5$  dakika idi. İntraoperatif ve postoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon saptanmadı. Takiplerde hiçbir hastada rezervuar bölgesinde şişlik ve ele gelen rezervuar saptanmadı.

**SONUÇ:** Ektopik rezervuar kullanılarak yapılacak 3p- IPP implantasyonu cerrahisinde retroperitoneal balon dilatator güvenli bir diseksiyon alanı sağlamaktadır. Bu konuda kesin bir önermede bulunmak için, daha geniş seriler ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Penil protez, Radikal prostatektomi, Ektopik rezervuar

## SS-28

### Erişkin Gömük Penis

*Emrah Yakut*  
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Gömük penis, normal korporal yapısı ile normal uzunluğu olan penisin suprapubik yağ içinde gizli kalmasına denir. Gömük penis, sıklıkla pediatrik yaş grubunda görülen bir durum olmasına rağmen, özellikle obezite ile ilişkili olarak erişkin yaşlarda da görülebilmektedir. Erişkin hastaların büyük çoğunluğu obez olsa da, kilo verilmesi ile, özellikle suprapubik pannus nedeniyle sorun devam etmektedir. Sünnet sonrası skar kontraksiyonu, masif skrotal lenfödem, balanitis xerotika obliterans ve liken sklerozus, erişkin kazanılmış gömük penisin diğer sebepleridir. Erişkin gömük penis olgularında hem fiziksel (seksüel disfonksiyon, işeme zorluğu, cilt irritasyonu, idrar yolu enfeksiyonu vb.) hem de psikolojik sorunlar tespit edilmiştir. Erişkin gömük penis tedavisinde temelde farklı etiyolojik durumlara yönelik çok sayıda cerrahi teknik tanımlanmış olsa da gömük penis tedavisi için genel kabul görmüş standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Çalışmamızda, 31 yaş erkek hasta üzerinde deneyimlediğimiz erişkin gömük penis vakası üzerinden literatürdeki erişkin gömük penisleri derledik.

**VAKA:** 31 yaş erkek hasta işeme gücü nedeniyle tarafımıza başvurdu. 6 ay önce obezite cerrahisi geçirmiş olan hastaya yapılan fizik muayenede sünnet sonrası skar kontraksiyonuna bağlı olduğu düşünülen 0.5cm'lik bir açıklık izlendi ancak penise ulaşamadı. Hastaya eksplorasyon kararı verildi. Plastik cerrahi ve üroloji ekip olarak vakaya girildi. Skar bölgesi açıldı penis serbestleştirilip dışarı alındı. Ancak yeterli deri olmadığı için tam kat greft ile onarıldı. Takiplerinde greft iyileşmesi sağlanan hasta sorunsuz taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Erişkin gömük penisini temel problem den kaynaklanır; suprapubik yağlanma veskar oluşumu. Kilo alan erkeklerde suprapubik bölge, yağ birikimi için öncelikli alanlardır. Üstelik, kilo kaybı ile buradaki yağ genellikle varlığını devam ettirir. Bu nedenle, obezite hem erişkin gömük penisin en sık nedenlerindendir hem de var olan patolojiyi ağırlaştırır. Buna eşlik eden diabetes mellitus da, bozulmuş hijyenli genital bölgede enfeksiyonları ve buna bağlı skar oluşumunu artırır. Geçirilmiş operasyonlara bağlı veya idiyopatik genital lenfödem, travma, filariasis'e bağlı genital elefantiazis ve liken sklerozus, erişkin gömük penis patofizyolojisinde diğer etiyolojik faktörlerdir. Westerman ve ark., %87'si (13/15) biyopsi ile kanıtlanmış liken sklerozuslu hastaya, kendi tanımladıkları skrotal cilt flebi ile ventral kesi (VSSF) operasyonu uygulamışlar ve yaklaşık %75 başarı elde etmişlerdir. Obez hastaları dahil ettikleri halde, gömük penise katkı sağlayan suprapubik adipozitesi olanları çalışma dışı bırakmışlardır. Ghanem ve ark., %60'ı (6/10) obez olan hastalarına, gömük penis nedeniyle sadece kendi liposuction tekniklerini uygulamışlar ve falloplastiye benzer penis uzama sağladıklarını öne sürmüşlerdir. Ghanem ve ark., %60'ı (6/10) obez olan hastalarına, gömük penis nedeniyle sadece kendi liposuction tekniklerini uygulamışlar ve falloplastiye benzer penis uzama sağladıklarını öne sürmüşlerdir. Adham ve ark., liposuction ve abdominoplasti sonrası herniye cildin ve penopubik bileşkenin rektus kılıfına sabitlenmesini önermişlerdir.

**SONUÇ:** Erişkin gömük penis seyrek rastlanan ancak sosyokültürel olarak çok ağır sonuçlar doğurabilen bir patolojidir. Tedavi seçenekleri değişken olmakla beraber başarı oranları yüksek komplikasyon oranları ise nispeten düşüktür.

**Anahtar Kelimeler:** gömük penis, greft, rekonstruksiyon



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-29 İKİ PARÇALI İNFLATABLE PENİLE PENİL PROTEZ CERRAHİSİ YAPILAN HASTALARIMIZIN SONUÇLARI

*Onur Dede*  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Abd

**GİRİŞ:** Bu çalışmada iki parçalı şişirilebilir penil protez cerrahisi yapılan hastaların sonuçlarını ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Haziran 2014 Aralık 2018 tarihleri arasında AMS Ambicore penil protez cerrahisi yapılan 37 hastanın verileri geriye dönük değerlendirildi. Hastalara cerrahi için karar verilmeden penil intracavernozal papaverin testi ve penil doppler USG yapılmış burada ereksiyon sağlayamayan ve arteriyel veya venöz yetmezliği olan hastalar opere edilmiştir. Başarı ve komplikasyon oranları kaydedildi. Hasta memnuniyetini değerlendirmek için EDITS (Erectile Dysfunction Inventory was of Treatment Satisfaction) formu kullanıldı.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı  $51,6 \pm 9,6$  yılı. Hastalar ameliyat sonrası 1, ve 3. ayda kontrole çağrıldı. 3 ay sonunda memnuniyet değerlendirmesi yapıldı. Çitlerin değerlendirilmesinde 28 (%75) çift memnun olduklarını söyledi (skor: >3). Penil protez yerleştirildikten sonra hiçbir hastada protez çıkarılması gerektirecek komplikasyon olmadı. 3 hastada takip gerektiren hematoma gelişti, ek müdahale ihtiyacı olmadı.

**SONUÇ:** İki parçalı şişirilebilir penil protez organik erektil disfonksiyon tedavisinde yüksek başarı oranı, hasta ve partner memnuniyeti ve kabul edilebilir komplikasyon oranlarıyla etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Penil protez, erektil disfonksiyon, şişirilebilir



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-30 YENİDOĞAN PRIAPİZM OLGULARININ ETİYOLOJİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

*Ekrem Güner, Osman Özdemir*  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul

**GİRİŞ - AMAÇ:** Priapizm yenidoğan döneminde oldukça nadir görülen bir tablodur. Olguların etiyolojik değerlendirilmesinde genelde altta yatan bir neden bulunmamaktadır. Yenidoğan priapizmi non- iskemik tipte olup, çoğu zaman konservatif tedavi ile gerilemektedir. Bu çalışmada, yenidoğan priapizm olgularının demografik, etiyolojik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2000-2019 yılları arasında, Yenidoğan yoğun bakım servisi, Pediatri ve Üroloji Kliniklerinde yenidoğan priapizmi tanısı alan 11 olgunun klinik kayıtları gözden geçirildi. Olguların demografik özellikleri (yaş, doğum şekli, ek hastalık, anne ve babaya ait özellikler), etiyolojik faktörleri ve klinik özelliklerine (priapizm gözlenme zamanı, muayene bulguları, laboratuvar ve radyolojik tetkikleri, prenatal, natal ve postnatal özellikleri, tedavileri) ait veriler kaydedildi ve incelendi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 4 olguda vaginal doğum, 7 olguda ise sezeryan doğum hikayesi mevcuttu. Ortalama doğum kilosu 3251,45 kg olarak saptandı. 2 annede gebelikte sigara kullanımı, 2 annede bakteriyel vaginit, 1 annede folat eksikliği, 1 annede hipotiroidi ve 1 annede de preeklampsi öyküsü mevcuttu. Etiyolojik incelemelerde 1 priapizm olgusunda polisitemi saptandı, diğer olgular idiopatik olarak kabul edildi. Ek olarak 3 olguda D-Dimer yükseliği, 1 olguda ise Metilentetrahidrofolat Redüktaz (MTHFR) heterozigot 667ct gen mutasyonu saptandı. Neonatal dönemde sarılık tespit edilen 3 olguda fototerapi öyküsü bulunuyordu. Olguların ortalama priapizm gözlenme zamanı doğumdan sonra 5.27 gün idi. Tüm olguların muayenesinde penis rigid olarak palpe edildi. Renkli doppler USG ve kan gazı tetkikleri non- iskemik tip priapizmle uyumluydu. Tüm olgularda 50cc/kg/gün sıvı tedavisi ve konservatif yaklaşımla priapizmin gerilediği saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 5.81 gün olarak saptandı. Olguların uzun dönem takiplerinde priapizm atağı izlenmedi.

**SONUÇ:** Pediatrik androlojik bir acil olan yenidoğan priapizmi nadir görülen bir durumdur. Konservatif yöntemlerle başarılı sonuçlar elde edilir. Olguların etiyolojisinde altta yatan bir neden genellikle olmasa da hematolojik değerlendirme ayrıntılı olarak yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Priapizm, Yeni Doğan, Tedavi

### SS-31 ERKEK CİNSEL SAĞLIĞININ İHMAL EDİLEN YÖNÜ: PREMATÜR EJAKÜLASYON

Arif Kol, Erhan Ateş

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

**GİRİŞ:** Prematür ejakülasyon (PE), erkek cinsel işlev bozuklarının en sık görülen türü olup ejakülasyonun her zaman ya da neredeyse her zaman vajinal penetrasyon öncesi veya vajinal penetrasyondan sonraki 1 dakika içerisinde (Yaşam boyu PE) ya da daha önce normal ejakülasyon performansı olan bireylerde 3 dakika ve altında (edinsel PE) olması, ejakülasyonu geciktirmede yetersizlik ve bu durumun bireyde hayal kırıklığı, üzüntü, ruhsal sıkıntı ve cinsellikten kaçınma sorunlarını meydana getirmesi durumudur. Prevalansı %20-30 olup, ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Ülkemizde de yapılan çalışmalarda prevalans %20 olarak bildirilmektedir. Bu denli yaygın olmasına rağmen ABD’de yapılan bir araştırmada ürologların yaklaşık %75’i haftada 1 den az PE hastası gördüklerini rapor etmişlerdir. Sosyokültürel etkenler nedeniyle PE’nin kişiler tarafından cinsel işlev bozukluğu olarak algılanmaması buna neden olarak düşünülmüştür. Biz de bir yıl içinde PE tanısı konulan hastaların başvuru şikayetlerini ve eşlik eden komorbiditeleri değerlendirmeyi amaçladık.

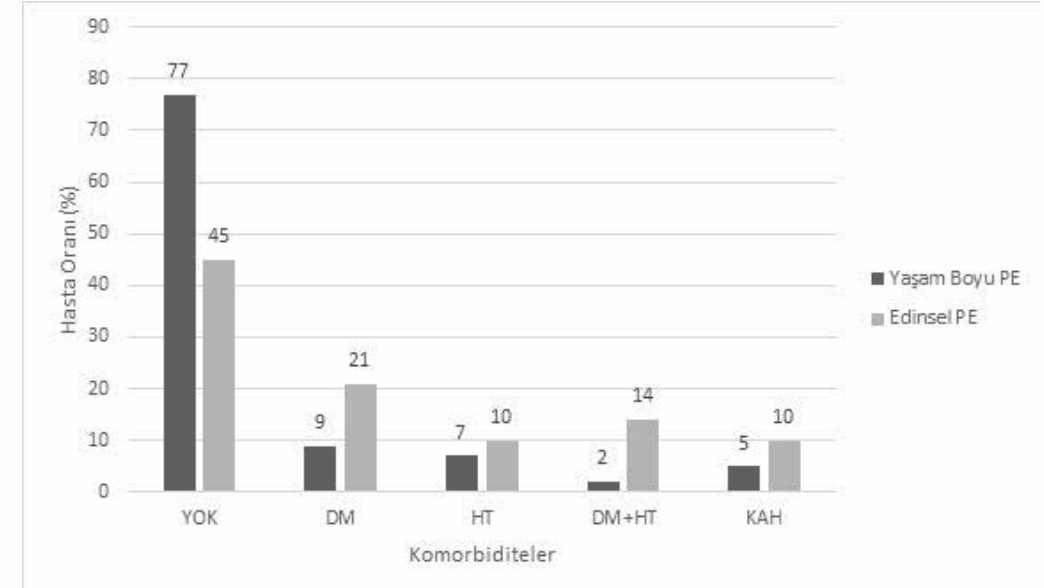
**MATERYAL-METOD:** Ocak-Aralık 2018 arasında üroloji polikliniğine ilk kez muayeneye gelen yaşları 18 ile 75 arasında değişen 2362 erkek hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, başvuru nedeni ve komorbiditeleri kaydedildi. Erken boşalma şikayeti ile başvuran ve başvuru nedeni erken boşalma olmadığı halde PE risk faktörüne sahip olan hastaların intravajinal ejakülasyon latans süreleri (IELT) sorgulandı. Uluslararası Cinsel Tıp Derneği’nin (ISSM) 2014 yılındaki tanımlamasına göre Yaşam boyu PE ve Edinsel PE olanlar çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** Prematür ejakülasyon tanısı konulan toplam 72 hastanın ortalama yaşı  $42,47 \pm 13,5$  yıl, 1 yıl içindeki PE insidansı %3,05 saptandı. Hastaların 43’ü (%59,7) yaşam boyu PE iken 29’ü (%40,3) edinsel PE idi. Prematür ejakülasyon tanısı konulan hastaların ilk başvuru şikayeti, %22,2 hastada erken boşalma iken, %77,8 hastada erektil disfonksiyon (ED), infertilite, alt üriner sistem semptomları (AÜSS), kronik prostatit gibi PE risk faktörleri idi (Tablo 1). Yaş azaldıkça infertilite ve erken boşalma şikayeti ile başvuru artarken, yaş arttıkça AÜSS ve ED ön plana geçmekteydi ( $p < 0.001$ ). Hastaların %36,1’i herhangi bir komorbiditeye sahipti (Resim 1). En sık saptanan komorbidite Diabetes Mellitus (DM) idi. Komorbiditesi olan hastalarda edinsel PE’ye sahip olma yaşam boyu PE’ye göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( $p=0,028$ ).

**SONUÇ:** Seksüel özgüven kaybına, erkeğin ve partnerinin seksüel tatmininde azalmaya ve hayat kalitesinde anlamlı bozulmaya yol açması nedeniyle PE önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumda rahatsızlık olarak algılanmaması ve sağlık kuruluşlarına daha çok eşlik eden komorbiditeler ile başvurması sırasında tespit edilmesi, PE’nin teşhis ve tedavisinin yeteri kadar yapılamamasına neden olmaktadır. Yakınma belirtmese bile risk faktörleri olan hastalarda PE’nin sorgulanması ile tanı ve tedavi mümkün olacak ve psikososyal etkilerin önüne geçilebilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Prematür ejakülasyon, risk faktörü, komorbidite

Şekil 1



Sistemik hastalıkların dağılımı. PE: Prematür ejakülasyon, DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner Arter Hastalığı

Tablo 1

|                      | Yaşam boyu PE<br>(n: 43) | Edinsel PE<br>(n: 29) | p     |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|-------|
| Başvuru nedeni (n,%) |                          |                       |       |
| Erken boşalma        | 12 (27.9)                | 4 (13.8)              |       |
| ED                   | 15 (34.9)                | 7 (24.1)              |       |
| İnfertilite          | 11 (25.6)                | 8 (27.6)              | 0.8   |
| AÜSS                 | 5 (11.6)                 | 8 (27.6)              |       |
| Kronik prostatit     | 0                        | 2 (6.9)               |       |
| Komorbidite (n,%)    |                          |                       |       |
| Var                  | 10 (23.25)               | 16 (55.2)             | 0.028 |
| Yok                  | 33 (76.75)               | 13 (44.8)             |       |

İlk başvuru nedeni ve komorbiditelerin PE ile ilişkisi, PE: Prematür Ejakülasyon, ED: Eretil Disfonksiyon, AÜSS: Alt Üriner Sistem Semptomları





## SS-32 MALLEABLE VE AMBİCOR PENİL PROTEZ CERRAHİLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Ömer Bayrak, Sakıp Erturhan, İlker Seçkiner, Mehmet Öztürk, Özcan Sevim, Haluk Şen, Ahmet Erbağcı  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** Malleable penil protez implantasyonu (M-PPI) ve ambikor penil protez implantasyonu (A-PPI) yapılan erektil disfonksiyon (ED) lu hastalarda, cerrahilere ait sonuçları, komplikasyonları ve memnuniyeti karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2013 -2018 yıllarında penil protez implantasyonu yapılan 142 ED' li hasta M-PPI (Promedon-Tube®, Cordoba, Argentina): 81, A-PPI (American Medical Systems, Minnesota, USA): 61 retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, vücut kitle endeksi (VKİ), sigara tüketimi, etyolojide rol oynayan faktörler, postoperatif 6. ay "Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction Questionnaire (EDTS)" skorları, penis boyutunda kısılma olup olmadığı ve meydana gelen komplikasyonlar kaydedildi.

**BULGULAR:** A-PPI takılan hastaların daha genç olduğu gözlemlendi ( $56.27 \pm 10.81$ , vs  $51.47 \pm 11.79$ ,  $p=0.009$ ). Diabetes mellitus, her iki grupta da en sık görülen etyolojik faktör olarak saptandı (70.3% vs 70.4%). M-PPI uygulanan 31 (%38.2) hastaya ve A-PPI uygulanan 44 (%72.4) hastaya ait EDTS formu skorlarına ulaşılabildi. EDTS skorlarının "Genel olarak, penil protezinizden memnun musunuz?", "Penil protez beklentilerinizin ne kadarını karşıladı?", "Penil protezinizi hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?" sorularında A-PPI lehine istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p=0.05$ ,  $p=0.048$ ,  $p=0.038$ ). Diğer 3 sorunun skorları açısından iki grup arasında fark görülmedi ( $p=0.447$ ,  $p=0.326$ ,  $p=0.365$ ). M-PPI yapılan hastaların 61.3% (19/31)'ü, A-PPI yapılan hastaların 56.8% (25/44)'si penis boyutunda kısılma olduğunu ifade etti ( $p=0.417$ ). Ortalama kısılma miktarı M-PPI grubunda  $2.1 \pm 0.45$  cm, A-PPI grubunda  $2.12 \pm 0.52$  cm olarak bildirildi ( $p=0.90$ ). Her 2 grup arasında komplikasyonlar açısından fark olmamakla beraber ( $p=0.570$ ); yara yeri enfeksiyonu gelişen 9 hastanın 7 (77.7%)'sinde ve protezi çıkartılan 3 hastanın tamamında (100%) diabetes mellitus öyküsü bulunmaktaydı.

**SONUÇ:** ED cerrahi tedavisinde, A-PPI yapılan hastalarda proteze bağlı memnuniyetinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Her 2 PPI arasında komplikasyonlar yönünden fark görülmesi de, özellikle diabetes mellitusu olan hastalar postoperatif komplikasyonlar açısından mutlaka uyarılmalıdır. Mevcut literatür verilerine göre kanıtlanmasa da penis boyutunda kısılma olabileceği hususunda hem M-PPI, hem de A-PPI uygulanan hastalar bilgilendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Penil protez, malleable, ambicor, hasta memnuniyeti, komplikasyon

## SS-33 VAJİNİSMUSTA ERKEK FAKTÖRÜ

Emrah Yakut  
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Vajinismus; vajinanın dış 1/3'ündeki pelvik kasların, cinsel ilişki sırasında istemsiz olarak devamlı kasılması sonucunda cinsel birleşmenin hiçbir şekilde gerçekleşmemesi ya da son derece acılı, ağrılı olması olarak tanımlanmaktadır. Normalde tamamen kadının kontrolünde çalışan vajinal kaslar, cinsel ilişki sırasında penis vajinaya girmeden hemen önce güçlü bir şekilde kasılır, bu durum da penisin içeriye girmesini neredeyse imkânsız hale getirir. Vajinismus aslında bir kaygı (anksiyete) bozukluğudur. Bu nedenle bazı seksologlar tarafından "cinsel fobi" veya "cinsel ilişki korkusu" olarak da tabir edilir. Özellikle en sık cinsel ilişkide acıdan korkma, vajinasının dar olduğunu düşünme, bir duvar olduğunu hissine kapılma, vajinanın sanki kapalıymış gibi hissedilmesi, ilk gecenin zor, ağrılı, acılı, çok kanamalı geçeceği, penisin idrar deliği, makad gibi yanlış bir yere gideceği düşünceleri ya da penisin vajinanın içinde sıkışıp kalabileceği (penis captivus) korkusu çok yaygındır. Eretil disfonksiyon herhangi bir cinsel etkinliği başlatmak veya sürdürmek için yeterli ereksiyonu sağlamada güçtür. Cinsel sorunlarla başvuran erkeklerde ilk sırada yer almaktadır. Tüm erişkin erkek popülasyonunun %10-20'sinde görülmektedir. Eretil disfonksiyonun nedenlerini organik ve psikojenik olarak ayırılır, psikojenik nedenler ise gelişimsel, etkileşimsel, psikiyatrik olmayan ve psikiyatrik nedenler olarak sınıflanır. Gelişimsel nedenler arasında en sık cinsel bilgi eksikliği, etkileşimsel nedenler arasında evlilik sorunlarını, psikiyatrik nedenler arasında ise en sık performans anksiyetesini sayabiliriz. Eretil disfonksiyonun tanısını koyarken organik psikojenik ayrımını yapmak gerekir. Vajinismus ile gelen çiftlerde normal çiftlerden daha sık rastlandığı bilinmektedir. Prematüre ejakülasyon erkeklerde sık görülen bir seksüel fonksiyon bozukluğu olmasına karşın, genellikle ifade edilmemekte ve tedavisiz kalmaktadır. Erkeklerin üçte ikisi yaşamlarının herhangi bir döneminde erken boşalma problemi yaşayabilirler. PE yirminci yüzyılın başlarında psikojenik bir hastalık olarak kabul edilmekte idi. Günümüzde, primer PE'nin çoğunlukla nöro-biyolojik kökenli ve sonradan gelişen PE'nin ise, hem medikal hem de psikolojik sebeplerle oluştuğu ileri sürülmekle birlikte, her iki tip PE'nin etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Yapılan deneysel çalışmalar ve özellikle 1990' lı yıllarda serotonin geri alım inhibitörleri ve klomipramin kullanılarak uygulanan ilaç tedavisi çalışmaları, PE'nin nöro-biyolojik temelini daha iyi anlaşılmasına imkan sağlamıştır. Yine vajinismus ile gelen çiftlerde erektil disfonksiyon gibi prematür ejakülasyon da daha sık görülmektedir. Çalışmamızda 2015-2018 yılları arasında cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisi konusunda uzmanlaşmış olan İstanbul, Ankara ve İzmir'deki 3 kliniğimize vajinismus ile gelen 482 çiftte erkek faktörünü irdelemeyi amaçladık. Kadın hastaların %88,3'ü tedaviye eşli katılırken, %11,7'si bireysel katılmışlardır. Kadınların %2,5'i, eşlerinin kişilik yapısını 'baskıcı-tutucu', %10,6'sı 'gergin-sinirli', %74,7'si 'aşırı anlayışlı-sabırlı', %1,9'u ise 'şiddet eğilimli' olarak tanımlamışlardır. %82,4'ü evliliklerinde başka bir sorun olmadığını belirtti. Eşli katılan kadın hastaların eşleri olan 425 erkek cinsel tecrübeleri ile ilgili sorgulandığında; %45,8'i cinsel tecrübeleri olduğunu, %38,5'i cinsel tecrübeleri olmadığını, %15,7'si çok az cinsel tecrübeleri olduğunu ifade etmişlerdir. Eşler, erkek cinsel sorunları açısından sorgulandıklarında; 425 erkeğin %77,4'ü cinsel sorunları olmadığını ifade etmiştir. Cinsel sorun yaşayan 111 erkeğin (%26,1) cinsel öyküleri alındığında 4'üne (%0,9) primer erektil disfonksiyon, 22'sine (%5,1) sekonder erektil disfonksiyon, 21'ine (%4,9) primer prematür ejakülasyon, 41'ine (%9,6) sekonder prematür ejakülasyon, 2'sine (%0,47) primer cinsel isteksizlik, 22'sine (%5,1) sekonder cinsel isteksizlik, 1 (%0,2) hastaya da geç boşalma tanısı konulmuştur. Sonuç olarak, vajinismus hastalarında erkek faktör iyi irdelenmeli normal popülasyondan daha sık karşılaşıldığı göz ardı edilmemeli gerekli bilişsel ve medikal tedaviler uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, prematür ejakülasyon, vajinismus



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-34 EREKTİL DİSFONKSİYONLU HASTALAR İLE TROMBOSİT AKTİVİTE GÖSTERGELERİ -MPV VE PDW- ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Mehmet Kutlu Demirkol, Bekir Türkay Demir, Sefa Resim, Osman Barut*  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**AMAÇ:** Trombosit aktivitesinin göstergelerinden olan ortalama trombosit hacmi(MPV) ve trombosit dağılım genişliği (PDW) değerlerinin vasküler hastalıklarda arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada Erektile Disfonksiyonu (ED) olan hastaların MPV ve PDW parametreleri ve ED şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

**MATERYAL VE METOD:** Temmuz 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında Sütçü İmam Üniversitesi Androloji Kliniğine ED ile başvuran hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Yaş, vücut kütle indeksi (VKİ), Uluslararası Erektile İşlev İndeksi-5 (IIEF-5) skorları, açlık kan şekeri, tam kan sayımı, lipid ve hormon profili değerleri ölçüldü. ED ile başvuran 154 hasta IIEF-5 skorlarına göre, şiddetli ED (37 hasta-%19.3), orta ED (35 hasta-%18.2), hafif-orta ED (43 hasta-%22.4) ve hafif ED (39 hasta-%20.3) gruplarına ayrıldı. Üroloji kliniğine başka şikayeti ile başvuran ve ED şikayeti olmayan (IIEF>21) 38 hasta(%19.8) hastadan kontrol grubu oluşturuldu. Çalışma ve kontrol grubunun trombosit sayısı, MPV ve PDW değerleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen toplam 192 hastanın ortalama yaşı  $51.82 \pm 10.79$  idi. ED olan ve kontrol grubundaki hastaların ortalama yaş, VKİ, AKŞ, total testosteron, trigliserit, total kolesterol ve LDL-kolesterol değerleri arasında istatistiksel farklılık izlenmedi ( $p>0.05$ ). ED hastalarının ortalama MPV ve PDW değerleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ve bu değerler sırasıyla MPV için  $10.37 \pm 0.90$  ve  $10.005 \pm 0.609$  ve PDW için  $12.37 \pm 2.03$  ve  $11.47 \pm 1.10$  idi ( $p<0.05$ ). ED hastalarının ortalama trombosit sayıları kontrol grubundan düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ve sırasıyla  $255.06 \pm 52.95$  ve  $255.44 \pm 48.22$  idi ( $p>0.05$ ). ED şiddeti grupları ile sırasıyla MPV, PDW ve trombosit sayısı arasında korelasyon izlenmedi ve sırasıyla  $r = 0.39$   $p=0.59$ ,  $r=0.044$   $p=0.54$  ve  $r = 0.03$   $p=0.68$  idi. Hastaların MPV, PDW ve trombosit sayıları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; PDW ile MPV arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardı ( $r=0.96$   $p<0.01$ ). Trombosit sayısının MPV ve PDW ile arasında zayıf negatif korelasyon vardı ve sırasıyla;  $r = -0.305$   $p<0.01$  ve  $r = -0.303$   $p<0.01$ . ED ve kontrol grubu karşılaştırıldığında PDW'nin kesme değeri  $>12.25$  istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildiği altında kalan alan  $0.62$ , ( $0.45-0.76$ ).

**SONUÇ:** ED hastalarında trombosit aktivasyonunu göstergesi olan MPV ve PDW değerleri yüksek olarak bulunmuştur ancak ED şiddeti ile aralarında istatistiksel anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Vaskülojenik ED ayırımının yapıldığı hastalarda daha yüksek özgünlük ve duyarlılığa sahip PDW kesme değeri elde edilebileceği kanaati oluşmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, trombosit, trombosit indeksleri, ortalama trombosit hacmi



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## SS-35 NONOBUSTRUKTİF AZOSPERMİLİ OLGULARDA SALVAGE MİKRO-TESE DENEYİMLERİMİZ

*Muhsin Balaban<sup>1</sup>, Hüseyin Aydemir<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya

**AMAÇ:** Nonobstruktif azospermi (NOA) tanısıyla salvage mikro-TESE (mikro cerrahi testiküler sperm ekstraksiyonu) uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2016 ile Aralık 2018 tarihleri arasında NOA tanısı ile mikro TESE yapılan 182 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan daha önce en az bir kez mikro TESE geçirmiş 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif fizik muayene, hormonal değerlendirme, karyotip ve Y-kromozom analizi tüm olgulara uygulandı. Tüm hastalara genel anestezi altında standart teknik kullanarak mikro TESE yapıldı. Hastaların yaşları, infertilite süreleri, genetik değerlendirme sonuçları, serum folikül stimulan hormon (FSH) ve testosteron seviyeleri ve histopatolojik özellikleri prediktif faktörler olarak değerlendirildi. Çalışmanın istatistiksel analizi IBM SPSS yazılımı ile yapıldı (ver. 22.0).

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması  $33,50 \pm 7,78$  yılı. İlk kez mikro TESE yapılan tüm NOA hastalarda sperm bulma oranı % 47.1 idi. Salvage Mikro-TESE yapılan hastalarda ise bu oran %31,80 (7/22) idi. Ortalama FSH düzeyi  $24,79 \pm 11,17$  IU/L idi. Sekiz hastaya altı ay süre ile human koryonik gonadotropin (HCG) uygulandı. İki hastada Y mikro delesyonu saptandı ve yedi hastada Klinefelter Sendromu tespit edildi. Klinefelter Sendromu saptanan hastaların birinde (%14,28) sperm bulunurken, karyotip analizi normal olan hastalarda bu oran %40 idi. Y kromozomu mikrodilesyonu olan iki hastadan birinde (%50) sperm bulundu. Histolojik değerlendirmede %59,09 oranında sertoli cell only sendrom, %22,72 oranında maturasyon arresti ve %18,18 oranında ise hipospermatogenesis tespit edildi. Hastalarda yaş, infertilite süresi, serum FSH ve testosteron seviyesinin salvage mikro-TESE'de sperm bulma oranını değiştirmediği saptanmıştır. Ancak sertoli cell only sendrom olmayanlarda sperm bulma oranı anlamlı derecede fazla idi ( $p=0,004$ ). Majör herhangi bir komplikasyon meydana gelmedi. Operasyon sonrasında erken dönemde en sık bel ve karın ağrısı (%56,5) ile karşılaşıldı.

**SONUÇ:** Daha önce başarısız Mikro TESE öyküsü olan NOA'li olgularda salvage mikro TESE önemli bir şans sunar. Bizim çalışmamız yüksek FSH seviyelerine rağmen sperm bulunabileceğini göstermektedir. Ayrıca NOA hastalarda histolojik bulgularda sertoli cell only sendromun olumsuz prediktif değere sahip olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Başarı, mikro-TESE, nonobstruktif azospermi



**Tablo 1 Salvage mikro TESE sonrası başarılı ve başarısız grupların karşılaştırması**

|                                                  | Başarılı n:7<br>(%31,81) | Başarısız n:15<br>(%68,18) | p                   |
|--------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| Yaş (yıl)<br>Ortalama±SS                         | 35,14±3,98               | 35±6,20                    | 0,944 <sup>1</sup>  |
| Ortalama infertilite süresi (yıl)<br>Ortalama±SS | 60,57±29,43              | 62±31,72                   | 0,972 <sup>1</sup>  |
| Ortalama FSH(IU/L)<br>Ortalama±SS                | 21,31±5,37               | 26,42±12,89                | 0,148 <sup>1</sup>  |
| Ortalama testosteron (nmol/L)<br>Ortalama±SS     | 35±6,20                  | 35±6,20                    | 0,158 <sup>1</sup>  |
| Hormon tedavisi (n)(%)                           | 2 (28,6)                 | 6 (40)                     | 0,604 <sup>2</sup>  |
| Histoloji n/N (%)                                |                          |                            |                     |
| -Sertoli cell only 13/22 (59,09)                 | 1 (14,3)                 | 12 (80)                    | *0,004 <sup>2</sup> |
| -Maturation arrest 5/22 (22,72)                  | 2 (28,6)                 | 3 (20)                     |                     |
| -Hipospermatogenesis 4/22 (18,10)                | 4 (57,1)                 | 0 (0)                      |                     |

<sup>1</sup>Mann-Whitney U Test <sup>2</sup>Pearson's Chi-Square Test \*Sertoli cell only olanlar ve olmayanlar olarak karşılaştırıldı

## SS-36

### VAS AGENEZİS TANISI KONAN İNFERTİL ERKEK HASTALARDA MİKROEPİDİDİMAL SPERM ASPIRASYONU VE İNTRASİTOPLAZMİK SPERM ENJEKSİYONU SONRASI FERTİLİTE ORANLARI

Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Mustafa Özbek<sup>2</sup>, Fatih Kocamanoğlu<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

<sup>2</sup>Öndokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

<sup>3</sup>İğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Iğdır

**GİRİŞ:** Vas agenezisi erkek infertilitesinin nadir karşılaşılan nedenidir. Vas agenezisi olan infertil erkeklerde mikroepididimal sperm aspirasyonu (MESA) ile sperm elde edilebilir. Bu çalışmada infertilite nedeniyle başvuran vaz agenezisi tanısı konmuş olgularda fertilitte oranları gözden geçirilmiştir.

**OLGULAR VE YÖNTEM:** Kliniğimizde 2013 – 2019 yılları arasında vaz agenezisi olan ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu yapılan 26 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgular, hormon profili, semen analizleri, ultrasonografi bulguları ve sonuçları bakımından değerlendirildi. Kistik fibrozis transmembran regülatör (CFTR) gen mutasyonları incelendi. ICSI yapılan olguların gebelik oranları ve canlı bebek oranları belirlendi.

**BULGULAR:** Vas agenezis tanısı fizik inceleme, ultrason ve ardışık iki sperm analizinde azoospermi ile kondu. Olguların 21'inde bilateral (% 80,8) ikisinde sağ taraflı tek (% 7,7), ikisinde ise sol taraflı tek (% 7,7) vas agenezisi, bir olguda da bilateral rudimenter vas saptandı (% 3,8). Testis volümleri sağda ve solda ortalama sırasıyla 23,9 ± 1,7 ve 22,6 ± 4,4 ml idi. Olguların üçünde (%11,5) eş zamanlı sol varikosel, 12'sinde seminal veziküler (% 46,2) ve dördünde renal anomali (% 14,4) saptandı. Olguların 13'ünde normal 46 XY karyotipi (% 50,0), 16'sında (%61,5) CFTR gen mutasyonu saptandı. İki olguya bilateral (% 7,7), 10'una sağ (%38,5), 14'üne sol (%53,8) MESA, dört olguya ise MESA + TESE yapıldı. Olguların tamamında sperm elde edildi. ICSI yapılan olguların 9'unda (%34,6) gebelik sağlanırken, olgu başına ortalama 8,5 (2 - 23). ICSI gerçekleştirildi ve hasta başına embriyo gelişimi ortalama 4,8 (1 - 20) idi. Gebelik sağlanan dokuz olgunun (% 34,6) yedisi canlı doğumla (%26,9), ikisi ise abortusla (% 8) ile sonuçlandı. Canlı doğumla sonuçlanan olguların tamamında embriyo kalitesi Grade 1 ve Grade 2 seviyesinde idi. D110H mutasyonlu 2 olgu ve IVS87T mutasyonu olan bir olgu canlı bebek sahibi olurken dört olguda gen mutasyonu gözlenmedi. Olguların demografik, hormonal ve gen mutasyon alt grupları Tablo 1'de verilmiştir.

**SONUÇ:** Vaz agenezisine bağlı azoospermik olgularda MESA yöntemi ile anlamlı gebelik oranlarına ulaşılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Fertilitte, genetik mutasyon, vas agenezi, yardımcı üreme teknikleri





**Tablo 1. Olguların Demografik, klinik bulguları ve fertilité oranları**

|                                             |                    |
|---------------------------------------------|--------------------|
| Olgu Sayısı                                 | 26                 |
| Yaş (Ortalama ± Standard sapma, min-maks)   | 34,7 ± 5,2 (24-44) |
| Agenetik Vas deferens (n, %)                |                    |
| Bilateral                                   | 21 (80,8)          |
| Sol taraflı                                 | 2 (7,7)            |
| Sağ taraflı                                 | 2 (7,7)            |
| İki taraflı rudimenter                      | 1 (3,8)            |
| Eş Zamanlı patolojiler (n, %)               |                    |
| Böbrek anomalisi                            | 2 (7,7)            |
| Tek taraflı renal agenez                    | 2 (7,7)            |
| Polikistik böbrek hastalığı                 | 12 (46,2)          |
| Seminal vezikül anomalisi                   | 3 (11,5)           |
| Varikosel                                   | 12 (46,2)          |
| Epididim korpus/kuyruk agenezi              |                    |
| Hormonal profil (Ortalama ± Standard sapma) |                    |
| FSH*                                        | 3,2 ± 1,5          |
| LH**                                        | 4,9 ± 2,2          |
| Total testesteron                           | 4,1 ± 1,2          |
| Prolaktin                                   | 12,4 ± 4,1         |
| Estradiol                                   | 21,0 ± 10,2        |
| Semen analizi (Ortalama ± Standard sapma)   |                    |
| Volüm                                       | 0,98 ± 0,6         |
| Sperm konsantrasyonu                        | 0                  |
| Motilité                                    | -                  |
| Morfoloji                                   | -                  |
| Uygulanan yardımcı üreme tekniği (n, %)     |                    |
| MESA***                                     | 26 (100)           |
| MESA + TESE#                                | 4 (15,3)           |

|                                                        |                  |
|--------------------------------------------------------|------------------|
| Karyotip analizi (n, %)                                | 13 (50,0)        |
| Normal 46 XY                                           | -                |
| Y mikrodelsiyonu                                       | 16 (61,5)        |
| CFTRŞ gen mutasyonu                                    | 1                |
| V470T                                                  | 1                |
| V470M Homozigot varyant                                | 3                |
| V470M Heterozigot varyant, 2789+5G                     | 2                |
| Delta508F                                              | 1                |
| V470M                                                  | 3                |
| IVS87T@                                                | 3                |
| D110H@                                                 | 1                |
| V470M, C154=A>G, 508D                                  | 1                |
| F508, G85E, V470M, 470C1540>6                          |                  |
| Olgu başına ortalama ICSI& / Embryo gelişimi           | 8,5 (2 – 23)     |
| ICSI                                                   | 4,8 (1-20)       |
| Embriyo gelişimi                                       |                  |
| Embriyo kalitesi (n, %) / gebelik sayısı / canlı doğum |                  |
| Grade 1                                                | 6 (23,1) / 3 / 2 |
| Grade 1 ve Grade 2                                     | 5 (19,2) / 2 / 2 |
| Grade 1ve Grade 3                                      | 2 (7,7) / 0 / 0  |
| Grade 2                                                | 3 (11,5) / 2 / 2 |
| Grade 2 ve Grade 3                                     | 2 (7,7) / 1 / 1  |
| Grade 3                                                | 6 (23,1) / 1 / 0 |
| Grade 4                                                | 1 (3,8) / 0 / 0  |
| Fertilité (n, %)                                       | 9 (34,6)         |
| Gebelik                                                | 7 (26,9)         |
| Canlı Doğum                                            |                  |

\*FSH, follikül stimüle edici hormon, \*\* LH, luteinizan hormon, \*\*\*MESA, mikroepididimal sperm aspirasyonu, #TESE, testiküler sperm ekstraksiyonu, &ICSI, intrasitoplazmik sperm ekstraksiyonu, ŞCFTR, kistik fibrozis transmembranregülatör, @D110Hmutasyonlu2olguveIVS87Tmutasyonuolanbirolguçanlıbebebsahibi olmuştur.



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



### SS-37

#### PENİS FRAKTÜRÜNÜN ERKEN DÖNEM CERRAHİ TEDAVİSİ VE UZUN DÖNEM SONUÇLARI

*Resul Sobay, Ahmet Tahra, Abdurrahman İnkaya, Ferhat Yakup Suçeken, Erdem Zengin, Eyüp Veli Küçük  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

**AMAÇ:** Penis fraktür, acil tanı ve cerrahi onarım gerektiren nadir bir durumdur. Yaklaşık 10 yıllık süre boyunca opere edilen penis fraktörü hastalarının klinik ve fonksiyonel sonuçları gözden geçirildi.

**MATERYAL-METOD:** 2008-2018 yılları arasında cerrahi ile onaylanmış bir penis fraktörü olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Eretil fonksiyon ve memnuniyet, ameliyattan 1 yıl sonra Uluslararası Eretil İşlev Formu IIEF anketleri ile değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** 76 ardışık hasta dahil edildi. Ortanca yaş 45 (22-67) idi. Hastalar tanı konduktan hemen penis deglove edilerek ameliyat edildi. Hastaların hastaneye başvurmalarını geciktirmelerine bağlı olarak ortalama bakım gecikmesi 1.13 gün (3s-5g) idi. Olguların % 75'inde bir kırılma sesi mevcut idi, hızlı detümesans ve üretroraji sırasıyla % 67 ve % 12'sinde gözlemlendi. Olguların % 13,1'i bilateral fraktür, % 10,5'i de üretral yaralanma tespit etti. Kavernöz fraktür hattı ortalama uzunluğu 1.55 cm (0,5-3 cm) idi. Postoperatif 11 hastada 30 dereceden az kurvatur tespit edildi. Hastaların % 86 'dan fazlası estetik ve cinsel aktivite sonuçlarından memnun kaldı. Ortalama IIEF puanı 24,2 olarak belirlendi.

**YORUM:** Penis fraktür cerrahisi sonrası erken tamir yapıldığında postoperatif düşük komplikasyon oranı ve tatmin edici fonksiyonel sonuç gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Penis fraktörü, Cerrahi tedavi, Eretil fonksiyon

**VIDEO SUNUMLARI**

## VS-01

### KUMSAATİ DEFORMİTESİNİN EŞLİK ETTİĞİ PEYRONİE HASTALIĞINDA PLAK İNSİZYONU VE VENÖZ GREFT UYGULAMASI: VIDEO SUNUM

*Hüseyin Özgür Kazan, Özgür Efiloğlu, Bülent Erol  
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**AMAÇ:** Peyronie hastalığı, penil deformiteye yol açan, tunica albuginea'nın fibrotik hastalığıdır. En sık olarak dorsal eğrilik görülürken, bunu laterale ve ventrale doğru olan eğrilikler izler. Kumsaati deformitesi ise oldukça nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu video sunumda, lateral ve kumsaati deformitesi olan bir hastaya uygulanan tunica albuginea insizyonu ve venöz greft uygulaması gösterilecektir.

**VAKA:** 64 yaşında erkek hasta kliniğimize penil eğrilik ve ilişki sırasında ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede, midpenil dorsalden sol laterale uzanan 3 cm'lik bir plak palpe edildi. Hastanın erekte penisini çektiği fotoğraflarda sola 60 derece eğrilik ve kumsaati deformitesi olduğu görüldü. Bir yıllık medikal tedaviden sonra ağrı şikayeti geriledi. Hastalığın stabil fazında operasyon planlandı. Sirkumsizyon insizyonu ile penis cildi deglove edildi. Buck fasyasına ulaşıp insizyon yapıldı. Lateral diseksiyonla nörovasküler demet diseksiyonu gerçekleştirildi ve askıya alındı. 21 gauge branül yardımıyla artifisyonel ereksiyon oluşturuldu. Penisin sola 60 derece ve dorsale 30 derece kurvatur ile birlikte kumsaati deformitesi gözlemlendi. Marker kalem ile deformiteye yol açan tunikal kısım işaretlendi. Diğer taraftan safen venden 10 cm'lik bir kısmı eksize edildi. Greft iki eşit parçaya ayrıldı ve köşeleri sabitlendi. İki uzun kenardan olmak üzere iki parça birbirine sütüre edildi. Kullanılana kadar da greftin nemli tutulmasına özen gösterildi. Ardından fibrotik plak üzerinden ters Y insizyonu yapıldı. İnsizyonun her iki tarafındaki fibrotik tunika albuginea kenarları eksize edildi. Öncelikle bir kenardan, 4-0 vicryl sütürler ile kontinü bir şekilde greft, defektif tunikal alana sütüre edildi. Artifisyonel ereksiyon ile penil kurvaturün düzeldiği görüldü. Buck fasyası 3-0 vicryl sütür ile kontinü şekilde kapatıldı. Ardından da cilt sirkumsizyon hattı kapatıldı.

**SONUÇ:** Peyronie hastalığında, en zorlu eğriliklerde bile tunica albuginea insizyonu ve venöz greftleme tekniği uzun dönemde, diğer greftlere göre tatmin edici sonuçlara sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** kumsaati deformitesi, peyronie, venöz greft

## VS-02

### 4 MM'LİK TESTİS TÜMÖRÜNE ULTRASON EŞLİĞİNDE İŞARETLEME İLE ORGAN KORUYUCU CERRAHİ

*Hakkı Hakan Taşkapu<sup>1</sup>, Mehmet Giray Sönmez<sup>1</sup>, Gökhan Ecer<sup>1</sup>, Muzaffer Tansel Kılınç<sup>1</sup>, Süleyman Bakdık<sup>2</sup>, Ahmet Öztürk<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye*

**GİRİŞ:** Ultrasonun yaygın kullanımıyla birlikte küçük asemptomatik testisküler kitlelerin tanısında da artış olmuştur. Radikal orşiektomi testis kanserinin standart tedavisi olmasına karşın; son yıllarda bilateral testis kanseri ve küçük testiküler kitlelerin tedavisinde umut verici onkolojik ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle testis koruyucu cerrahinin yeri artmıştır. 2 cm'den küçük testis kitlelerinde uygun hastalara testis koruyucu tedavi yapılabilmesi önerilmektedir. Fakat kitlenin küçük olması cerrahi sırasında bulunabilirliği ve eksizyonu zorlaştırmaktadır. Literatürde özellikle küçük testis tümörleri için organ koruyucu tekniği gösteren az sayıda yayın vardır. Bizde 4 mm çaplı oldukça küçük testis tümörü olan hasta da yaptığımız parsiyel orşiektomi olgusunu ve kullandığımız tekniği paylaşmak istedik.

**OLGU:** 33 yaşında erkek hasta kliniğimize sol skrotal ağrı nedeniyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede testiste tümör palpe edilmedi. Testis tümör markerları olan alfa fetoprotein (AFP), human koryonik gonadotropin (HCG) ve laktik dehidrogenaz (LDH) değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya yapılan Skrotal Doppler USG'de sol testiste kanlanma gösteren 4x3.5 mm'lik hipoeoik solid kitle saptandı. Abdominal tarama amaçlı tüm batin ve Toraks BT görüntüleme yapıldı. BT'de uzak organ metastazına dair bulgu saptanmadı.

**CERRAHİ TEKNİK:** Teknik videoda detaylı olarak anlatılmıştır.

**SONUÇ:** Nonpalpabl kitlelerdeki malignite oranının düşüklüğü ve radikal orşiektomi sonrası hastalardaki psikolojik, erektil ve fertilitateyle ilgili sorunlar nedeniyle testis koruyucu yaklaşımlar önem arz etmektedir. Bu yüzden intraoperatif radyoloji desteği alınabilen ve operasyonla eş zamanlı frozen section yapılabilen merkezlerde uygun endikasyonda ki hastalara, testis koruyucu yöntemler başarı ile uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Organ Koruyucu Cerrahi, Parsiyel Orşiektomi, Testis Tümörü, Ultrasonografi





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## VS-03 EŞ ZAMANLI BİLATERAL PARSİYEL ORŞİEKTOMİ VE MİKROTESE: VIDEO SUNUMU

*Mehmet Çağlar Çakıcı, Özgür Efilioğlu, Asif Yıldırım, Bülent Erol  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği*

Amaç: Peroperatif görüntüler eşliğinde sunduğumuz bu vakada eş zamanlı bilateral testis tümörünün aynı seansta testis koruyucu yöntemle tedavisi ve bilateral sperm ekstraksiyonu anlatılması amaçlandı. Olgu: 23 yaşında erkek hasta 3 günlük bilateral olan ağrısız testiküler şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik incelemede sol testis orta kesimde ve sağ testis üst kesimde yaklaşık 2 cm'lik kitlesel lezyon palpe edildi. Serum laktat dehidrogenaz düzeyi 198 IU/L, alfa-fetoprotein düzeyi 40,8 ng/ml, beta-human koryonik gonadotropin düzeyi 11,8 IU/L olarak sonuçlandı. Skrotal renkli doppler ultrasonografisi sağ testis 17x21x38 mm olup üst kesimde hipoekojen 10x11x14 mm kitle ve sol testis 21x21x38 mm olup orta kesimde 15x22x22 mm hiperekojen, heterojen kitlesel lezyon olarak raporlandı. Medeni durumu bekar olan hastanın semen analizinde azospermi mevcuttu. Torakoabdominal görüntüleme metastaz saptanmadı. Hastaya eş zamanlı mikroTESE ve bilateral parsiyel orşiektomi gerçekleştirildi. İntraoperatif hazır bulunan embriyolog tarafından RBC solüsyonunda hasta başı ekim gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede sağ testiküler kitle 15x10x7 mm boyutunda rete testis invazyonu bulunan seminom olup lenfovasküler invazyon bulunmamaktaydı (pT1a). Sol testiküler kitle ise 22x15x12 mm boyutunda lenfovasküler invazyon izlenmeyen mikst germ hücreli tümör (%90 embriyonel, %10 yolk sac) olarak raporlandı (pT1a). İntraoperatif yapılmış olan sperm ekstraksiyonundan sperm elde edilmiş olan hastanın serum marker değerleri postoperatif dönemde normal aralıkta seyretti. Hastanın 3. ay yapılan torakoabdominal BT'sinde paraaortik büyüğü 16 mm LAP olup tümör markerları normal aralıktaydı. 6. ay kontrolünde asemptomatik olan hastanın torakoabdominal görüntülemesinde metastaz saptanmadı. Serum marker değerleri de normal aralıkta olan hastanın testiküler manyetik rezonans görüntülemesinde de nüks kitlesel lezyon gözlenmedi. Sonuç: Testis tümörlerinde parsiyel orşiektomi ile birlikte eş zamanlı mikroTESE ve kriyoprezervasyonun yapılması gerekmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi sonrası azospermi gelişen hastalarda sperm eldesi için gereken süre ve sperm elde edilme ihtimali belirsizdir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilateral, cerrahi, mikroTESE, orşiektomi, parsiyel, TESE, testis koruyucu



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## VS-04 PENİL PROTEZLİ HASTADA BUKKAL MUKOZA ÜRETROPLASTİ

*Fatih Yalçınkaya, Emin Ozan Akay, Fatih Sandıkçı, Alihan Kokurcan, İbrahim Güven Kartal  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara*

**GİRİŞ:** Uzun bulber ve penil üretra darlıklarında mukozal greft ile üretroplasti uygulaması yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda bukkal mukoza yapısı gereği üretra onarımlarında en ideal greft materyali olarak kabul edilmektedir. Bu vakamızda nadir olarak karşımıza çıkabilecek penil protezli hastada bukkal mukoza üretroplasti vakasının sunulması amaçlanmıştır.

**OLGU:** Radikal prostatektomi operasyonu sonrası erektil disfonksiyon nedeniyle penil protez uygulaması yapılan hastanın takiplerinde üretra darlığı gelişti. Hastaya öncesinde internal üretrotomiler uygulandı. Tekrarlayan üretra darlığı olan hastanın, son kontrolünde darlık uzunluğu 5cm olarak tahmin edildi. Bukkal mukoza üretroplasti kararı verildi ve operasyon uygulandı. Post-operatif 3.haftada retrograd üretrografi kontrolü sonrası üretral sondası çekildi.

**SONUÇ:** Bukkal mukozal greft üretroplastisi tekrarlayan çoklu ve 2 cm'den uzun üretra darlıklarında uygun tedavi şeklidir. Yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları mevcuttur. Penil protezli olgularda da başarılı şekilde gerçekleştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Penil protez, bukkal mucoza, üretroplasti



## VS-05 FLEXİBLE SİSTOSKOP YARDIMLI TRANSEKSİYONSUZ UÇ-UCA ÜRETROPLASTİ

*Fatih Yalçınkaya, Emin Ozan Akay, Fatih Sandıkçı, İbrahim Güven Kartal, Orhan Yiğitbaşı*  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, Ankara

Bulbar üretra, anterior üretral darlıklar için yaygın bir lokalizasyondur. Bu darlıklar idiyopatik (% 40), iatrojenik (% 35), inflamatuvar (% 10), travmatik (% 15) nedenlerle ortaya çıkmaktadır. İnternal üretrotomi, 1 cm den küçük darlıklar için tedavi olarak kabul edilir. Bununla birlikte, tekrarlayan darlıklar ve endoskopik yöntemlerle sonuç vermeyen darlıklar ve 1 cm den daha uzun darlıklar için üretroplastisi tercih edilir. Üretroplastisi, sırayla transeksiyonlu ve transeksiyonsuz methodlar olarak 2 seçenekle gerçekleştirilir. Andrich ve Mundy, bulber üretra darlıklarında üretraya transeksiyon yapmadan, darlık eksizyonu ve uç-uca anastomoz onarımını tanımladılar. Transeksiyonsuz bulber üretroplastisi, geleneksel bulber üretroplastinin ve özellikle eksizyon ve uçtan uca anastomozun sonuçlarını pozitif yönde çoğaltmayı amaçlamaktadır, ve ayrıca korpus spongiosum ve vaskülarizasyonunun trakseksiyonuna gerek kalmadan bize prosedürün kısa süreli ve uzun süreli morbiditesini minimize etmeyi sağlar. Biz bu sunumla, travma sonrası flexible sistoskop yardımcı, transeksiyonsuz uç uca bulber üretroplastisi vakasını sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Travmatik pelvik fraktür sonrası üretra yaralanması olmuş 30 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Öncelikle, fiziksel ve radyolojik muayene yaptık ve darlığın özellikleri ve okalizasyonu görüntüleme protokolleriyle belirlendi. Transeksiyonsuz uç-uca bulber üretroplastisi başarıyla uygulandı. 3 hafta sonra, postoperatif olarak sonda çekilmesi açısından retrograd üetrogram ile değerlendirildi ve üretral sonda çekildi.

**SONUÇ:** Transeksiyonsuz yaklaşım, geleneksel üretroplastinin morbiditesini en aza indirmek için genel bir yaklaşımın parçasıdır. Eksizyon ve uç-uca anastomotik üretroplastisi, iyi ve uzun süreli sonuçlara sahipken, bukkal mukozal greft kullanılarak yapılan striktürotomi ve yama üretroplastisi, azalmış post-operatif yan etkileri ile mükemmel sonuçlar elde ediliyor gibi görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Üretroplastisi, transeksiyonsuz, sistoskopi, uç-uca

## VS-06 KORPUS KAVERNOZUM İNVAZYONU OLAN PRİMER ÜRETRA TÜMÖRÜ OLGUSU

*Mustafa Suat Bolat<sup>1</sup>, Fatih Kocamanoğlu<sup>2</sup>, Recep Büyükalpelli<sup>2</sup>, Ramazan Aşçı<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun  
<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Primer üretra tümörleri, genitoüriner sistemin nadir görülen tümörlerindendir. Bu videoda sunumunda korpus kavernoza invaze primer üretra tümörü olan bir erkek olguda cerrahi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**OLGU VE METOD:** Sık idrara gitme, idrara sıkışma hissi, hematüri ve idrarını tam boşaltamama yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 68 yaşındaki erkek hastanın, üretra darlığı nedeniyle 4 ay önce dış merkezde internal üretrotomi öyküsü mevcuttu. Fizik bakıda penis ventral yüzünde bulboz üretra ile tam olarak ayrımı yapılamayan yaklaşık 3x6 cm boyutlarında ağrısız sert kitle palpe edildi. Üretroskopide bulboz üretra seviyesinden başlayarak, eksternal sfinkterin hemen distaline kadar uzanan ve üretra pasajını tamamen kaplayan solid kitle lezyonu gözlemlendi. Prostatik üretra ve mesane bulguları normaldi. Kitleden endoskopik punch ve trucut biyopsi alındı. Kılavuz üzerinden 16 Fr foley kateter mesaneye yerleştirildi. Biyopsi örneği primer üretra tümörü olarak rapor edildi. Manyetik rezonans incelemede penil üretra proksimalinden başlayarak distale uzanan ve üretrayı tamamen içine alarak önde sağ kavernoöz cismi infiltre eden, sol kavernoöz cisim ile doğrudan komşuluğu olan tümöral kitle rapor edildi. Hastaya radikal penektomi, sistoprostatektomi ve ileal kondüit planlanarak litotomi pozisyonunda radikals penise sirküler insizyon yapıldı. Suspansör ligamentler ve venöz pleksus kontrol altına alınarak serbestleştirildi ve penis, prostat apeksi görülene kadar diseke edildi. Ardından perineye ters lambda insizyonu yapıldı ve penis bu insizyondan geçirilerek dışarı alındı. Kavernoöz cisimler ve üretra prostat apeksi seviyesinde kesilerek radikal penektomi gerçekleştirildi. Prostatik üretradan cerrahi sınır kontrolü için yapılan frozen inceleme sonucunda tümör rapor edilmedi. Hastanın ilave komorbiditeleri nedeniyle sistoprostatektomi ve ileal kondüit işlemi ikinci seansta gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Radikal penektomi örneğinin histopatolojik tanısı, orta dereceli diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Cerrahi sınır negatif idi. Sistoprostatektomi spesmeninin incelemesinde prostata lokalize Gleason 3+3 adenokarsinom saptandı. Lenf nodlarında tümör infiltrasyonu saptanmadı. Olgu, bütün cerrahi sınırları negatif, lokalize primer üretra adenokarsinomu ile birlikte eş zamanlı lokalize prostat adenokarsinom olarak kabul edildi. Metastatik hastalığı olmayan hastaya kemoterapi ve radyoterapi yapılmadı. Hasta postoperatif beşinci ayda halen tümörsüz olarak takip edilmektedir.

**SONUÇ:** Primer üretra tümörlerinde görülen semptomlar, üretra darlığı semptomlarını taklit edebilir. Hastalığın tanı ve tedavisinde gecikme, mortalite ve morbiditeyi artıracığından, üretra darlığını düşündürecek semptomları olan hastalarda primer üretra tümörleri daima akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Adenokanser, darlık, tümör, üretra



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



**13. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



#### **VS-07**

### **ÜRETRAL STRİKTÜR CERRAHİSİNDE NON-TRANSECTİNG YÖNTEMİN EREKTİL FONKSİYONU KORUMADA ÖNEMİ**

*Alihan Kokurcan, Berk Yasin Ekenci, Fatih Sandıkcı, Orhan Yiğitbaşı, İbrahim Güven Kartal, Emin Ozan Akay, Aşır Eraslan, Fatih Yalçınkaya*  
*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara*

**GİRİŞ:** Üretral striktür, fibroze bağlı olarak üretra lümeninde daralma ile kendini gösteren alt üriner sistem hastalığıdır. Etiyolojide sık görülen sebepler arasında üriner sistem enfeksiyonu, ürogenital travma, üretral kataterizasyon öyküsü sayılabilmektedir. Striktürün etyolojisi, yeri, uzunluğu; hastanın üretral cerrahi öyküsü ve erektil fonksiyonu göz önüne alınarak farklı cerrahi yöntemleri seçilebilmektedir. Literatür bilgileri ile uzun segmental darlığı olan ve erektil fonksiyonu korunması gereken kişilerde flep yada greft kullanılarak yapılan augmentasyon üretroplastileri ile Non-Transecting yöntem kombine edilerek uygulandığında başarılı olduğu gözlenmiştir.

**OLGU SUNUMU:** 76 yaşında erkek hasta kliniğimize alt üriner sistem semptomlarıyla(AÜSS) başvurdu. Hastanın anamnezinde 25 yıl önce kolon kanseri ve 12 yıl önce üretra taşı nedeniyle opere edildiği ve bu dönemlerde kendisine üretral kataterizasyon yapıldığı öğrenildi. Hastaya Retrograd Üretrografi(RGÜ) çekildi. RGÜ'de penil üretrada yaklaşık 5 cm'lik darlık alanı izlendi. Lokal anestezi altında sistoüretroskopi planlandı. Sistoüretroskopiye fossa navicularisin 3 cm proksimalinde fleksible sistoskopyun geçişine izin vermeyen ileri derecede darlık saptandı. Hastanın erektil fonksiyonu Uluslararası Eretil Fonksiyon Skalası(IIEF-5) ile değerlendirildi. IIEF-5 skoru 19(Kategori 4, hafif) olarak hesaplandı. Hastanın operasyonu daha önce üretral cerrahi öyküsü ve IIEF-5 skoru göz önüne alınarak Non-Transecting Bukkal Mukoza Üretroplasti olarak gerçekleştirildi. Postoperatif sıkıntısı olmayan hastanın 21. günde üretral katateri çekildi. 1. yıl takibinde AÜSS tekrarlamadığı ve IIEF-5 skorunda gerileme olmadığı gözlemlendi.

**SONUÇ:** Literatürdeki bulgulara benzer olarak anlatılan olgu sunumunda da Non-Transecting yöntemler üretral striktür tedavisinde erektil fonksiyonları korumada efektif bir yöntem olduğu anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil fonksiyon, Non-Transecting, Üretroplasti

## **POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ**





## PP-01 PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU ÖNCESİ VAKUM EREKSİYON CİHAZI: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

*Onder Canguven, Raidh A. Talib  
Hamad Sağlık Kurumu, Doha, Katar*

**AMAÇ:** Penil protez (PP) implantasyonu erektil disfonksiyon (ED) için kabul edilebilir, kesin bir çözüm sunar ve diğer tedavi seçenekleri arasında en yüksek hasta memnuniyet oranına sahiptir. PP cerrahisi, cinsel fonksiyonu yeniden kurmak ve yaşam kalitesini artırmak için yapılan seçmeli bir işlemdir, hastanın algılanan memnuniyeti öncelikli hedeftir. Çalışmalar, vakum ereksiyon cihazının (VEC) penis rehabilitasyonuna yardımcı olabileceğini ve hastalarda hem uzunluk hem de çevredeki penis büzülmesini önleyebileceğini göstermektedir. Ameliyat öncesi penil uzunluktaki değişiklikleri ve cerrahi kolaylık ve sonuçlarla ilişkili yararları değerlendirmek için hasta popülasyonumuzda PP implantasyon ameliyatından önce bir ay süreyle VEC kullanmanın sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** ED için PP implantasyonu isteyen elli bir hasta ameliyat öncesi günde 10-15 dakika en az otuz gün VEC kullanımı (VEC grubu; n = 25) veya kontrol grubu (VEC-olmayan grubu; n = 26) olarak randomize edildi. Bazal ve ameliyat günü gerilmiş penis uzunlukları (GPU), tedavi görevlerine bir kişi tarafından kaydedildi. İmplantı gerçekleştiren cerrahlar ile birlikte dilatasyon kolaylığının subjektif analizi yapıldı.

**BULGULAR:** Bazal GPU ölçümleri VEC ve VEC-olmayan gruplarda sırasıyla  $10.71 \pm 1.28$  cm ve  $10.87 \pm 1.26$  cm idi. Cerrahi gününde GPU ölçümleri VEC ve VEC-olmayan gruplarda sırasıyla  $11.50 \pm 1.33$  cm ve  $11.06 \pm 1.34$  cm idi. VEC-olmayan gruba karşılaştırıldığında, VEC grubunun GPU 'nun ortalama değeri anlamlı bir şekilde ortalama 0,79 cm arttı ( $p < 0,05$ ). Ek olarak, VEC kullanıldıktan sonra daha rahat bir dilatasyon gözlemlendi.

**SONUÇLAR:** PP implantasyon ameliyatından önceki ay boyunca günlük VEC kullanımı ameliyat öncesi penis uzunluğunu önemli ölçüde artırır ve bunun sonucunda intraoperatif olarak daha rahat dilatasyon sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, penis protezi, penis uzunluğu, vakum ereksiyon cihazı

## Hastaların demografik özellikleri ile bazal ve ameliyat günü alınan ölçümleri

|                                           | VED (n=25)        | Non-VED (n=26)    |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Age ( $\pm$ SD)                           | 56.12 $\pm$ 10.59 | 54.19 $\pm$ 12.35 |
| Erectile Dysfunction in years ( $\pm$ SD) | 4.28 $\pm$ 2.54   | 3.846 $\pm$ 2.60  |
| SPL-1                                     | 10.71 $\pm$ 1.28  | 10.87 $\pm$ 1.26  |
| SPL-2                                     | 11.50 $\pm$ 1.33* | 11.06 $\pm$ 1.34  |
| HbA1c (% $\pm$ SD)                        | 8.54 $\pm$ 1.96   | 8.26 $\pm$ 2.04   |
| Hematocrit( $\pm$ SD)**                   | 41.68 $\pm$ 4.32  | 44.88 $\pm$ 4.87  |
| Luteinizing Hormone ( $\pm$ SD)           | 4.32 $\pm$ 0.56   | 5 $\pm$ 1.07      |
| Smoking n (%)***                          | 10 (40%)          | 8 (30.2%)         |
| Cardiovascular disease n (%)***           | 4 (16%)           | 7 (26.9%)         |
| Hypertension n (%)***                     | 13 (52%)          | 13 (50%)          |
| Diabetes Mellitus n (%)***                | 19 (76%)          | 17 (65.4%)        |

\* $p < 0.05$  Difference of SPL in VED-using group; \*\* $p < 0.005$  in both groups; \*\*\* $p > 0.05$  in both groups. VED: Vacuum Erection Device; SPL-1: Stretched Penile Length at baseline; SPL-2: Stretched Penile Length at the day of surgery (one-month after in VED and non-VED groups)



## PP-02 MALİGN PRIAPİZM OLGU SUNUMU

*Murat Demir, Sefa Alperen Öztürk, Tayfun Çiftçi, Taylan Oksay  
Süleyman demirel üniversitesi tıp fakültesi, üroloji anabilim dalı, isparta*

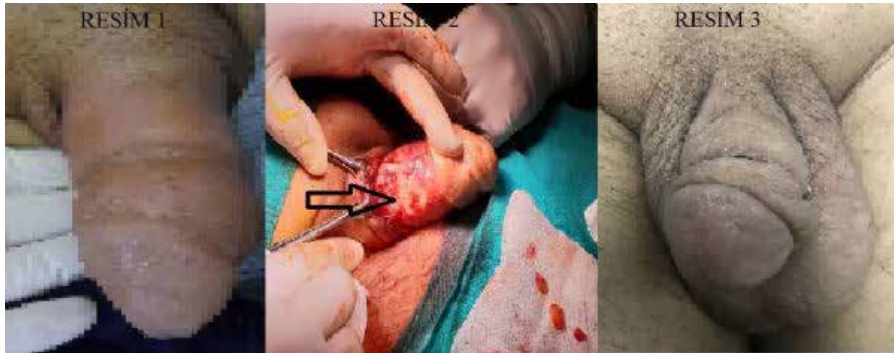
**GİRİŞ:** Priapizm, stimülasyon veya cinsel ilgi ile ilişkili olmayan, 4 saatten uzun süren, sürekli ve istenmeyen bir ereksiyon hali olarak tanımlanır. Etiyolojide ağırlıklı olarak hematolojik (lösemi, orak hücreli anemi), nörolojik, farmakolojik nedenler olmasına karşın nadiren kansere bağlı metastazlar da yer almaktadır. Malign priapizm düşük akımlı (iskemik) priapizm sınıfında yer almaktadır. Penise metastazların primer kaynağını genellikle ürogenital sistem (prostat, mesane) ve gastrointestinal sistem (kolon) oluşturur. Mesane tümörü nedeniyle malign priapizm gelişen hastanın tedavi sürecini sizlere sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 69 yaşında, erkek hasta yaklaşık 5 aydır olan ağrısız pıhtılı hematüri şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Uygulanan Transüretral mesane rezeksiyonu (TUR-MT) sonucu patolojisi; yüksek dereceli kasa invaziv ürotelyal karsinom (T2G3) gelen hastaya radikal sistektomi+ileal loop+bilateral genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Sistektomi patolojisi; tümör mesane içine sınırlı, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunda pozitif lenf nodu yok, cerrahi sınırlar negatif (T2N0M0) olarak sonuçlandı. Evreleme amaçlı görüntülemelerinde akciğer ve batin içinde herhangi bir metastaz saptanmadı. Hasta yaklaşık 9 ay sonra polikliniğimize şiddetli ağrı ve peniste inmeyen ereksiyon şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Priapizm saptanan hastaya yapılan Penil magnetik rezonans incelemesinde (MRI) tunica albuginea ve kavernoza cisimlerde yer yer nodüler formasyon görülen lezyonlar saptandı. Hastaya cerrahi olarak T şant ve degloving yapılarak MR da tarif edilen alanlardan tanı amaçlı biyopsi uygulandı (Resim 2). Sağ kavernoza cisimden alınan örneklerde yüksek dereceli ürotelyal karsinom metastazı tespit edilen hastaya penektomi önerilmesine rağmen hastanın işlemi kabul etmemesi dolayısıyla kemoterapi tedavisine karar verildi. 6 kür Gemsitabin+Sisplatin tedavisi planlanan hastanın 5. ay kontrolünde herhangi bir şikayeti olmadan takibe devam edilmektedir (Resim 3).

**SONUÇ:** Penis metastazı nadir olarak görülmesine rağmen malignitesi olan hastalarda peniste ele gelen nodül ve priapizm durumlarında akla getirilmelidir. Tedavi seçeneklerinde penektomi önerilen bir tedavi olmasına rağmen konservatif tedavi, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi seçenekleri de mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Malignite, priapizm, tedavi

### Malign priapizm



## PP-03 ÜREME HÜCRELERİ VE GONAD DOKULARININ SAKLANMA KRİTERLERİ

*Kasım Ertaş<sup>1</sup>, Özgür Eroğlu<sup>1</sup>, Serdar Yüksek<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği / Van  
<sup>2</sup>Milli Eğitim Bakanlığı KMTAL Kiraz / İzmir*

Resmi Gazete'de yer alan 30.09.2014 tarih ve 29135 sayılı yönetmelikte üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanma kriterleri maddeler halinde sıralanmıştır. Üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri hakkında yönetmelikte yer alan gonad dokularının saklanma kriterleri hakkında bilgi sahibi olunması amacı ile bu araştırma yapılmıştır. Adı geçen yönetmeliğin 20. Maddesi 3.sirasında, kadınlarda üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbi zorunluluk halleri maddeler halinde anlatılmıştır, bunlar aşağıda sıralanmıştır. Yönetmelikte; "a) Kemoterapi ve radyoterapi gibi gonad hücrelerine zarar veren tedaviler öncesinde, b) Üreme fonksiyonlarının kaybedilmesine yol açacak olan ameliyatlarda (yumurtalıkların alınması gibi operasyonlar) öncesinde, c) Düşük over rezervi olup henüz doğurmamış veya aile öyküsünde erken menopoz hikâyesinin üç uzman tabipten oluşan sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi durumunda. (4) İkinci ve üçüncü fıkrada belirtilen zorunlu hallerde, üreme hücreleri ve gonad dokuları, verici adaya ait EDTA'lı kan örneği merkezde uygun şartlarda saklanır. (6) Bu maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarında belirtilen numuneler, merkezlerde en fazla beş yıl süreyle saklanır. Beş yıldan fazla saklanması Bakanlığın iznine tabidir. Saklanan numunelerin değerlendirmeleri, sayımları ve tekrar kullanılmasını engelleyecek şekilde imhası ilgili müdürlük bünyesinde kurulacak komisyon marifetiyle yapılır". Maddeleri yer almaktadır. Sonuç olarak, bakanlığın izni dahilinde yapılan uygun kriyoprezervasyon işlemleri neticesinde infertil hastaların sağlıklı, canlı doğumlar gerçekleştirmesi sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yönetmelik, Kryo, Gonad Saklama



## PP-04

### MAY THE RATIOS OF NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE AND PLATELET-TO-LYMPHOCYTE BE PREDICTORS OF SEMEN QUALITY IN VARICOCELE PATIENTS?

*Abdullah Gul*

*The Ministry Of Health, University of Health Sciences, Van Education and Research Hospital, Department of Urology, Van, Turkey*

**OBJECTIVES:** Varicocele is dilatation of pampiniform venous plexus in spermatic cord due to venous reflux. It has been shown that varicocele induces an inflammatory event that could play a detrimental role in spermatogenesis. We aimed to evaluate the relationship between semen parameters and inflammatory mediators among the patients with varicocele and men without varicocele.

**METHODS:** We collected the data of 241 men examined between July of 2015 and 2018 in our hospital. The men were divided into 4 groups as control and varicocele groups including 3 grades. In addition to demographic characteristics, semen parameters and hematologic values including MPV, platelet, neutrophil, lymphocyte were recorded. Also, the ratios of neutrophil-to-lymphocyte(NLR) and platelet-to-lymphocyte(PLR) were calculated. Firstly, control and varicocele groups regardless of grades were compared using Mann-Whitney U test. Thereafter all groups were compared to each other with Kruskal-Wallis test and spearman correlation was applied for analyses involving variables.

**RESULTS:** It has been shown that all the parameters without patient age were associated significantly between the groups (Table 1). As varicocele grade increased, the values of MPV, neutrophil, NLR and PLR were increasing while the values of platelet, lymphocyte and semen parameters were decreasing. Although neutrophil and lymphocyte were statistically similar between the groups of grade 1 and grade 2 varicocele, but not similar between the others, NLR and PLR were statistically different between the grade 1 varicocele group and grade 2 one.

**CONCLUSION:** The precense of varicocele may result in chronic inflammation in testes and that might be exacerbated by an increase in varicocele grade, which is more likely one of the reasons of the reduction of semen quality.

**Anahtar Kelimeler:** Inflammation, lymphocyte, neutrophil, ratio, semen quality, varicocele

## Data Belonging to The Patients

|                                                                                                       | No varicocele<br>(n=70) | Grade 1<br>Varicocele<br>(n=74) | Grade 2<br>Varicocele<br>(n=58) | Grade 3<br>Varicocele<br>(n=39) | P value |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| Age (year)                                                                                            | 27.54± 6.07             | 27.28± 5.83                     | 27.82± 6.42                     | 26.76± 7.11                     | >0.05   |
| MPV (fl)                                                                                              | 7.89± 0.97              | 8.63± 1.22                      | 9.11± 1.53                      | 9.92± 1.72                      | <0.001  |
| Platelet (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )                                                          | 245.20± 82.14           | 238.35± 74.25                   | 224.40± 55.36                   | 205.50± 33.25                   | <0.001  |
| Neutrophil(10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )                                                         | 4.03± 1.48              | 4.21± 1.35                      | 4.22± 1.57                      | 4.83± 1.36                      | <0.01   |
| Lymphocyte(10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )                                                         | 2.89± 0.81              | 2.63± 0.92                      | 2.47± 1.08                      | 2.19± 1.11                      | <0.01   |
| NLR                                                                                                   | 1.41± 0.93              | 1.67± 1.03                      | 1.78± 1.24                      | 2.23± 1.25                      | <0.01   |
| PLR                                                                                                   | 86.22± 45.73            | 92.61± 40.18                    | 93.95± 33.12                    | 97.81± 19.76                    | <0.01   |
| Semen parameters                                                                                      |                         |                                 |                                 |                                 |         |
| Volume (mL)                                                                                           | 3.48± 0.93              | 3.32± 1.07                      | 3.27± 1.22                      | 2.91± 1.38                      | <0.01   |
| Concentration (10 <sup>6</sup> /mL)                                                                   | 49.36± 16.82            | 38.95± 14.28                    | 31.67± 15.52                    | 19.78± 12.08                    | <0.001  |
| Total sperm count (10 <sup>6</sup> )                                                                  | 138.42± 51.66           | 92.78± 44.32                    | 73.51± 28.90                    | 31.74± 19.26                    | <0.001  |
| Normal morphology (%)                                                                                 | 5.83± 1.95              | 4.23± 1.51                      | 3.38± 1.46                      | 1.28± 1.13                      | <0.001  |
| Progressive motility (%)                                                                              | 48.32± 11.95            | 40.18± 14.12                    | 35.38± 13.56                    | 26.72± 10.15                    | <0.001  |
| MPV: Mean Platelet Volume<br>NLR: Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio<br>PLR: Platelet-to-Lymphocyte Ratio |                         |                                 |                                 |                                 |         |





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-05

### TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİNİN ALT ÜRİNER SİSTEM VE EREKTİL FONKSİYONLARA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Rahmi Aslan<sup>1</sup>, Kasım Ertaş<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi

<sup>2</sup>VAN bölge eğitim ve araştırma hastanesi

**AMAÇ:** Günümüzde prostat kanserikesintanısı için transrektal ultrason rehberliğinde prostat biyopsisi altın standart olarak kabul edilmektedir ancak hem işlem sırasında hissedilen ağrı hem de işlem sonrasında Alt üriner sistem ve erektil fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir. Biz de bu çalışmada transrektal ultrasonografi eşliğinde alınan çoklu prostat biyopsilerinin alt üriner sistem ve erektil fonksiyonlara etkisini araştırmayı amaçladık

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışma 2017 -2018 tarihleri arasında polikliniğimiz de PSA sı 4 ng/ml nin üzerine olan ve/veya anormal dijital rektal muayene bulgusu tespit edilen ve her birisinden 12 kor biyopsi alınan toplam 82 hasta alındı. Eretil fonksiyonları ve alt üriner sistem semptomlarındaki değişiklikleri belirlemek için uluslararası prostat semptom skoru ve uluslararası erektil fonksiyon indeksi (UEFI) işlem öncesi ve işlem sonrası 1. 4. Ve 8 haftada yüz yüze görüşme yolu ile doldurtuldu. Hastaların işlem öncesi ve işlem sonrası diğer demografik ve klinik verileri kaydedildi.

**BULGULAR:** Ortalama uluslararası semptom skoru (UPSS), biyopsi öncesi 10,12±3,21 olarak hesaplanırken biyopsi sonrası 1. 4. Ve 8 haftada sırası ile 18,3±2,6, 15,1±6,3 ve 12,8±5,5 olarak hesaplandı. UPSS deki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Ortalama UEFI işlem öncesi 15,3±8,2 olarak tespit edilirken işlem sonrası 1. 4. Ve 8 haftalarda sırası ile 7,4±5,6, 10,8±7,2, 14,3±6,5 olarak hesaplandı. UEFI deki bu değişimler 1. ve 4. Hafta için istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0,05) 8. haftadaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

**SONUÇ:** Transrektal prostat biyopsisi, alt üriner sistem fonksiyonlarında ve erektil fonksiyonlarda kısa-orta dönemde anlamlı oranda bozulmaya neden olmaktadır. Prostat biyopsi işlemi öncesi bu yan etkiler açısından hastalar bilgilendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Alt üriner sistem semptomları, erektil fonksiyonlar, transrektal prostat biyopsisi



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-06

### SADECE PENİL FRENULUMA UYGULANAN % 5 LİDOKAİN-PRİLOKAİN KREM ERKEN BOŞALMA TEDAVİSİNDE ETKİLİ BİR YÖNTEM OLABİLİR

*Tuncay Taş*

*İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul Cerrahi Hastanesi Üroloji İstanbul,*

**GİRİŞ:** Sünnet derisinin bir kıvrımı olan penil frenulumun (PF) işlevi hakkında çok az şey bilinmektedir. Prematür ejakülasyon (PE) önleme açısından PF uzatılması ve frenulectomy yapılmasını öneren çalışmalar mevcuttur. Araştırmalar PE'li erkeklerde tüm penise ya da glansa lidokain-prilokain kremi uygulamanın tedavide etkin olduğunu ortaya koymuştur. Topikal anestezi ajanların oral tedaviye bir alternatif olduğu Avrupa Üroloji Derneği tanı ve tedavi kılavuzunda yayınlanmıştır. Bu çalışmada sadece PF'ye uygulanan %5 lidokain-prilokain kremi PE'de etkinliğini değerlendirdik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamız, İstanbul Cerrahi Hastanesinde Ürolojiye başvuran, yaşam boyu veya edinilmiş PE şikayeti olan 22 hastayı içerdi. Hastalara hem DSM-IV kriterlerine hem de ISSM tanımlarına göre ömür boyu veya kazanılmış PE tanısı kondu. Hastalar rastlantısal olarak % 5 lidokain-prilokain (grup 1) kullanan 15 hasta ve plasebo benzeri krem kullanan 7 hasta olarak iki gruba ayrıldı (grup 2). Tıbbi öyküde yaşam boyu PE'li hastalar bir dakikadan az intravajinal boşalma gecikme süresine (IELT), edinilmiş PE'li hastalar ise klinik olarak anlamlı ve rahatsız edici ve yaklaşık 3 dakikadan daha az IELT'ye sahipti. Tüm hastalar evli ya da sürekli cinsel partnere sahipti. Eretil disfonksiyonu olan ve genitoüriner sistem enfeksiyonu gibi cinsel fonksiyon bozukluğu için organik faktörleri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar cinsel ilişkiden 15 dk önce sadece PF'ye 0,5 gr % 5 lidokain-prilokain kremi uyguladı (resim). Ayrıca cinsel temastan önce penislerini yıkamaları istendi. Hastalar beş uygulama sonunda değerlendirildi.

**BULGULAR:** IELT grup 1'de, grup 2'den anlamlı olarak daha uzundu (P <0.001) (Tablo). Grup 1'den 11 erkekte daha uzun IELT vardı. Grup 2'de hiçbir erkek daha uzun IELT'ye sahip değildi. Grup 1'de bir hasta tekrarlayan beş cinsel ilişkiden sadece birinde penis hassasiyetinde ve ereksiyon probleminde bir azalma olduğunu bildirdi. Bir hastada IELT süresi değişmedi. IELT, 3 hastada sadece 30 saniye ile 1 dakika uzadı ve memnun kalmadıklarını bildirdiler. Bu uygulamanın topikal duyarsızlaştırıcı kremlerin dezavantajı olan penis uyuşukluğu dezavantajını azalttığını gördük.

**SONUÇ:** Lidokain-prilokain anestezi kremi sadece penil frenulumu uygulanması PE için etkili bir tedavi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** erken boşalma, lidokain, penil frenulum, prilokain

#### Anestezik krem uygulama alanı



#### Değerlendirmelerin sonuçları

| Değişken                                        | Grup 1              | grup 2              |
|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| N                                               | 15                  | 7                   |
| Ortalama yaş, yıl                               | 38,2 (aralık 25–54) | 37,4 (aralık 26–48) |
| Ortalama (SEM): başlangıç IELT, dk              | 1.27 (0.7)          | 1.38(0.8)           |
| Ortalama (SEM): IELT, dk / beş ardışık uygulama | 7.22 (0.8)*         | 1.52(0.9)           |
| Daha uzun IELT                                  | 11 (%73,3)          | 0 (0%)              |
| * (P<0.001)                                     |                     |                     |

#### PP-07

#### YÜKSEK HEMOGLOBİNA1C DÜZEYLERİ ARTMIŞ PROSTAT VOLÜMÜ İLE İLİŞKİLİDİR

Hüseyin Beşiroğlu<sup>1</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>

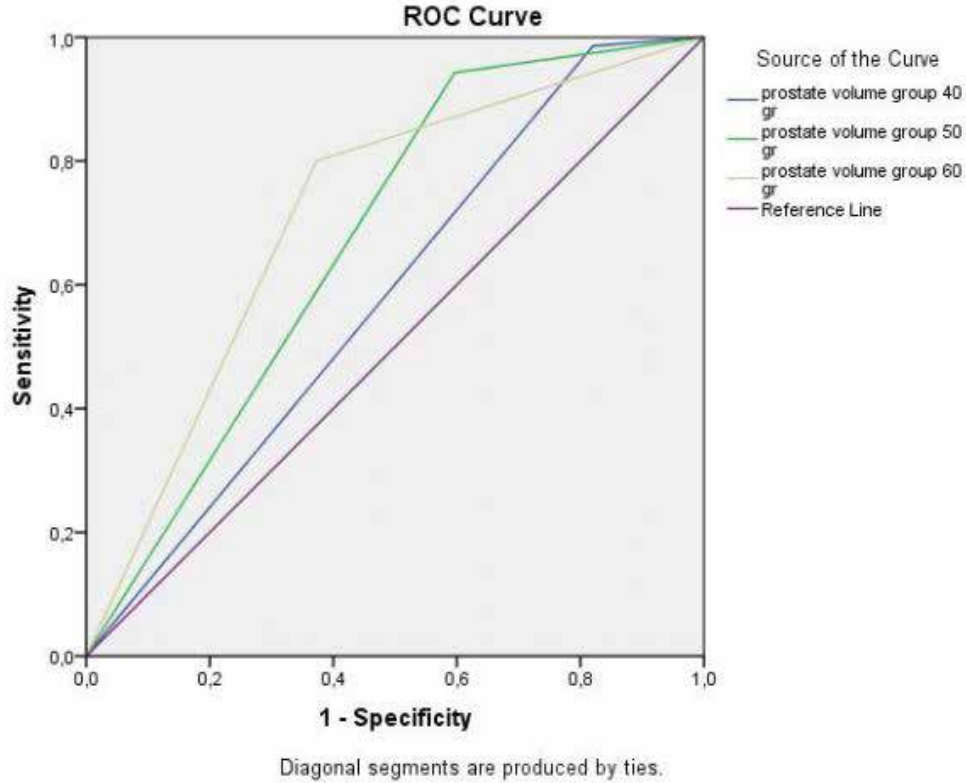
<sup>1</sup>Çatalca İlyas Çökay Devlet Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya

Diabetes mellitus ile benign prostat hiperplazisi/alt üriner sistem semptomları arasındaki ilişki hakkında son yıllarda bazı çalışmalar mevcuttur. Ancak, glisemik kontrolün göstergesi olan hemoglobin A1c düzeyinin benign prostat hiperplazisi/alt üriner sistem semptomları ile ilişkisi hakkında bilgiler sınırlıdır. Bu nedenle, bu çalışmada hemoglobinA1c ile benign prostat hiperplazisi/alt üriner sistem semptomları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık. Çalışma modeli cross-sectional (kesitsel) olup 2015-2017 yılları arasında, alt üriner sistem semptomları ile tarafımıza başvuran hastalar değerlendirildi. HbA1c değeri 6,5 üzerinde ve altında olan prostat hiperplazili hastalar iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, boy, kilo, IPSS, üroflowmetri Q max, miksiyon sonrası rezidüel volüm, prostat volümü, PSA, testostereon, lipid profili ve HbA1c değerleri karşılaştırıldı. İstatistiksel inceleme SPSS 20 kullanılarak yapıldı. Nicel verilerin karşılaştırılmasında Student' t test, Mann-Whitney U test kullanıldı. ROC eğrisi ile HbA1c değerinin prostat volümü üzerinde duyarlılık-özellik değerlendirildi. Spearman korelasyon testi ile HbA1c düzeyi ile prostat volümü arasında korelasyon analizi yapıldı. HbA1c < 6.5 (grup-1) olan 128 hasta ile HbA1c > 6.5 (grup-2) olan 70 hasta değerlendirildi. Grup-2 nin vücut kitle indeksi daha yüksek saptandı. Testostereon seviyesi grup-2 de daha düşük olarak belirlendi. Prostat volümü grup-1 ve grup-2 de sırasıyla 55 (20-200) ve 80 (40-240) olup ikinci grupta anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi (p<0.0001). Q max değeri 2. grupta anlamlı olarak düşük, miksiyon sonrası rezidüel volüm de anlamlı olarak yüksek hesaplandı. Prostat volümü ile HbA1c arasında yapılan duyarlılık-özellik analizi ROC eğrisinde 40 gr, 50 gr, 60 gr prostat volümleri için AUC değerleri sırasıyla 0.583, 0.673, ve 0.714 olarak hesaplandı. Korelasyon grafiğinde prostat volümü ile HbA1c düzeyleri arasında anlamlı lineer bir ilişki saptandı. Prostat volümü ile HbA1c arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup bu ilişki yüksek prostat volümlerinde daha belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. BPH lı hastalar sadece ürolojik semptomlara yönelik değil, aynı zamanda glisemik kontrol açısından da değerlendirilmeli ve gerekirse tedavi edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** benign prostat hiperplazisi, diabetes mellitus, HbA1c, prostat volümü

### HbA1c ile 40ml, 50 ml ve 60 ml prostat volümü sınır değerleri için ROC eğrisi



### PP-08 METABOLİK SENDROM VE EDİNİLMİŞ PREMATÜR EJAKÜLASYON İLİŞKİSİ

Mustafa Erkoç<sup>1</sup>, Murat Burak Keşkin<sup>1</sup>, Huseyin Besiroğlu<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Çalışmamızdaki amaç metabolik sendromun(MetS) prematür ejakülasyon(PE) ile bağımsız bir risk faktörü olarak ilişkisini saptamaktır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmamıza Şubat 2017 ve Şubat 2019 arasındaki Beylikdüzü Devlet Hastanesine prematüre ejakülasyon şikayetiyle başvuran 329 hasta dahil edildi.Çalışmada multivariate analiz uygulandı. Multivariate analizde risk faktörlerinin tanımlamalarında International Index of Erectile Function (IIEF) skoru, Uluslararası Prostat Semptom Skoru( IPSS),Serum testosteron seviyesi, Ulusal prostatit semptom indeksi(NIH-CPSI) ve MetS kriterleri incelenmiştir. MetS tanı kriterleri için IDF(International Diabetes Federation) kriterleri kullanılmıştır.

**BULGULAR:** 329 erkek hastanın 34(%10.3)'ünde edinilmiş PE tespit edilirken 42(%12.7) sinde de MetS tespit edilmiştir. Multivariate analizde Edinilmiş PE ile IIEFF skoru(p<0.01), NIH-CPSI ağrı skoru (p=0.28), MetS varlığı(p=0,012) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**SONUÇ:** MetS varlığı edinilmiş PE için bağımsız risk faktörüdür. Bu yüzden MetS tanı ve tedavisi kazanılmış PE önlemek için önemli bir rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, Metabolik Sendrom, Prematür Ejakülasyon





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-09

### ŞİDDETLİ EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN HASTALARDA İNTRAKAVERNOZAL ENJEKSİYON TEDAVİSİNİN ÖNEMİ VE UZUN DÖNEMDE TEDAVİDEN AYRILMA NEDENLERİ

*Ali Kemal Uslubaş, Mehmet Esat Kösem, Efe Bosnalı, İbrahim Erkut Avcı, Naci Burak Çınar, Mustafa Melih Çulha*  
Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

**AMAÇ:** Şiddetli erektil disfonksiyon(ED)lu olgularda, intrakavernozal enjeksiyon (İKE) tedavisinin uzun dönem etkinliğini ve yıllar içerisinde tedaviden ayrılma nedenlerini araştırmak.

**YÖNTEM:** Değişik etyolojileri olan 136 olgu için İKE tedavisi planlandı. 1996-2018 yılları arasında ortalama yaşı  $54 \pm 5,7$  yıl olan hastalar tedavi için trimix (Prostoglandin E1+Phentolamine+Papaverine) kullandılar. Hastalar altı aylık periyotlar ile izlendi. İlacın etkinliği ve olası komplikasyonlar sorgulandı. Her yıl tedaviden ayrılan hastalar belirlendi ve tedaviden ayrılma nedenleri araştırıldı. İstatistiksel analiz için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı ve  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya katılan tüm olgular PDE5 yanıtı ve PDE5 inhibitörü kullanmak istemeyen hastalardı. Tedaviyi bırakma oranları ilk yıl 9 olgu (%6,6), ikinci yıl 12 olgu (%8,8), üçüncü yıl 19 olgu (%13,9) ve on yıl sonunda toplam 38 olgu (%27,9) tedaviyi bıraktı. Hastaların tedaviden ayrılma nedenleri, 12 (%8,8) olguda tedavi maliyetinin yüksek oluşu, 9 (%6,6) olguda gelişen yan etkiler, 7 olguda (%5,1) yetersiz yanıt, 5 olguda (%3,6) tedaviyi kullanma zorluğu, 3 hastada (%2,2) libido kaybı ve 2 hastada (%1,4) ereksiyonun normale dönmesidir. Tedavinin sürdüğü ilk beş yılda tedaviden ayrılma nedenleri çoğunlukla, yan etki, ereksiyonun geri kazanılması ve tedavinin uygulanma zorluğudur. İkinci beş yıllık periyotta ise çoğunlukla libido kaybı, yüksek tedavi maliyeti, ve yetersiz yanıt ayrılma nedenleridir. Tedaviyi sürdüren diğer hastaların tümü iyi etkinlik ve tatminkar bir cinsel ilişki bildirmişlerdir.

**TARTIŞMA:** Şiddetli ED'li olgularda İKE tedavisi, PDE5 inhibitörleri çağında olmamıza rağmen etkilidir. Tedaviden ayrılma oranları ve nedenleri yıllara göre değişkenlik gösterse de olguların çoğunluğu tedaviyi yıllarca sürdürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, intrakavernozal enjeksiyon, erektil disfonksiyon tedavisi



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-10

### TERATOAZOSPERMİDE OKSİDATİF STRES VE PARAOKSONAZ-1 FENOTİP DAĞILIMI

*Habib Akbulut, Fatih Gevher*  
Bezmialem vakıf üniversitesi, Üroloji Ana bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, infertil ve normal sperm değerleri olan fertil erkeklerde; paraoksonaz-1 (PON1) fenotip dağılımını ve serum PON1, arilesteraz, oksidatif stres indeks, total antioksidan kapasite, katalaz ve tiol seviyelerini belirlemektir.

**YÖNTEM:** Çalışmaya 184 teratoospermik infertil ve 72 normal sperm değerlerine sahip fertil erkek dahil edildi. PON1 fenotip dağılımını saptamak için çift substrat metodu kullanıldı. Sperm morfolojisi Kruger kriterlerine göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** TAS, katalaz ve tiol seviyelerinin teratoospermik erkeklerde, normal sperm değerlerine sahip fertil erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. TOS, PON1 ve arilesteraz seviyelerinde anlamlı bir farklılık yoktu. Sperm morfolojisi ile katalaz ve tiol seviyeleri arasında pozitif bir korelasyon vardı. Teratoospermik erkeklerde AA fenotipi daha baskın iken, normal sperm değerlerine sahip fertil erkeklerde AB ve BB fenotipi daha sıkı.

**SONUÇ:** PON1 fenotip dağılımı infertil erkeklerin bozuk sperm morfolojisinde önemli bir rol oynayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, antioksidan, paraoksonaz



## PP-11 TROMBOSİT HACMİ, TROMBOSİT DAĞILIM GENİŞLİĞİ VE TROMBOSİT GİBİ TROMBOSİT İNDEKSLERİ PEYRONİE HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?

*Süleyman Sami Çakır, Osman Can, Halil Lütfi Canat  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

Peyronie hastalığı (PH), penisin tunika albuginea tabakasında fibroz plak oluşumu ile karakterize bağ dokusu bozukluğudur. PH prevalansının% 0.4–9 arasında olduğu bildirilmiştir. PH'nin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, tunica albuginea'nın tekrarlayan mikrovasküler travması en yaygın kabul gören hipotezdir. Rekürren travmaya bağlı enflamatuvar yanıt bağ dokusunu etkiler ve tunika albugineada fibrotik değişikliklere neden olur. Trombosit kaynaklı büyüme faktörü (PDGF), öncelikle trombositler tarafından üretilir. PDGF, fibroblastların proliferasyonunu ve myofibroblastlara farklılaşmasını indükler ve aynı zamanda plak kalsifikasyonunda ve ossifikasyonunda rol oynar. Trombosit aktivitesini gösteren ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit dağılım genişliği (PDW) ve plateletcrit (PCT), hastalık patofizyolojisinde trombosit fonksiyonunun standart göstergeleridir.

MPV değerlerinin vasküler bozuklukları veya vasküler enflamatuvar bozukluklara neden olan sepsis, diabetes mellitus, miyokard enfarktüsü ve kronik enflamatuvar bozukluklar gibi hastalıkları gösteren birçok çalışmada arttığı bulunmuştur. Trombositlerin yukarıda belirttiğimiz enflamatuvar süreçteki rolünü göz önüne alarak, inflamasyonun tipik olduğu hastalığın akut aşamasında MPV, PDW ve PCT değerlerinde meydana gelen değişikliklerin hastalığın öngörülmesinde ve kısmen etiyolojinin öngörülmesinde önemli olabileceğini düşündük. Aralık 2015 ile Mayıs 2018 arasında androloji polikliniğine başvuran ve son üç ay içinde enfeksiyöz bir hastalık geçirmeyen 92 akut evrede Peyroni hastası ve 80 sağlıklı erkek çalışmaya dahil edildi. PH tanısı, penil plağın manuel muayenesinden sonra renkli doppler ultrason ile doğrulandı. Akut faz, hastalık süresi ve ağırlı ereksiyon varlığı ile belirlendi. Penil kurvatur derecesi intrakavernöz papaverin enjeksiyonu yapılarak tespit edildi. Eretil fonksiyon valide edilmiş International Index of Erectile Function-5 items (IIEF-5) formu ile değerlendirildi. Tam kan sayımı, trombosit ve trombosit indeksleri aynı laboratuvar da otomatik hematoloji analizörü kullanılarak ölçüldü. Tüm numuneler, etilen diamin tetraasetik asit (EDTA) ile kaplanmış vacutainer tüpleri kullanılarak toplandı. Kan örnekleri alındıktan sonra, ölçüm en uygun zaman olan iki saat içinde yapıldı. Kategorik veriler Fisher's exact testi ve Pearson'in ki-kare testi kullanılarak analiz edildi. P değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. PH'li tüm hastalar akut fazdaydı ve bu hastaların 57'sinde (% 61.9) ağırlı ereksiyon vardı. Renkli doppler ultrason ile ölçülen ortalama plak büyüklüğü 13.3 ± 8.8 (2-49) mm idi. Her iki grup arasında yaş, VKİ ve CRP, IIEF-5 skorları ve testosteron düzeyleri açısından fark bulunmadı (p> 0,05). PH varlığı iki grup arasındaki tek farktı. Gruplar arasında trombosit sayısında veya trombosit indeksleri olan MPV, PDW ve PCT değerleri arasında fark bulunmadı (Tablo 1). Sonuç olarak çalışmamızda PH ve trombosit indeksleri arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Daha büyük serili ve kesitsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Peyroni hastalığı, ortalama trombosit hacmi, trombosit indeksleri

### Gruplara göre trombosit sayısı ve trombosit indeksleri

|            | Peyronie hastaları | Peyronie olmayan hastalar | p değeri |
|------------|--------------------|---------------------------|----------|
| PLT (K/uI) | 251.1±58.6         | 235.9±55.3                | 0.078    |
| PDW(§)     | 16.8 (8.3–24.1)    | 17.1 (9.9–22.5)           | 0.243    |
| PCT (%)    | 0.20 (0.13–0.41)   | 0.21 (0.10–0.33)          | 0.762    |
| MPV (§)    | 9.7±1.0            | 9.3±1.1                   | 0.163    |

PLT, Platelet; PDW, Platelet distribution width; PCT, Plateletcrit; MPV, Mean platelet volume.

## PP-12 VARİKOSELİN ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ (MPV), TROMBOSİT DAĞILIM GENİŞLİĞİ (PDW) VE TROMBOSİT SAYISI (PLT) İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?

*Mehmet Özen, Mustafa Aydın, Lokman İrkilata, Mustafa Kemal Atilla, Turgut Serdaş, Sedat Yahşi, Mahmut Ulubay, Acun Saylık, Emrah Küçük, Reha Ordulu, Hakan Yıldız, Ramazan İnan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**AMAÇ:** Bu çalışmada varikozel ile Ortalama trombosit hacmi(MPV), trombosit dağılım genişliği (PDW) ve trombosit sayısı (PLT) arasındaki ilişki göstermeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2012-2019 yılları arasında kliniğimizde varikoselektomi operasyonu yapılan 174 olgu değerlendirmeye alındı. Ayrıca sağlıklı olduğu bilinen 103 olgu, kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Her iki gruptaki olguların MPV, PDW ve PLT değerleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Varikozel olgularında MPV değeri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek izlenmiştir (9,6±1,3; 8,5±0,94; p=0,001). PDW değeri varikozel grubunda anlamlı olarak düşük izlenmiştir (15,1±2,1; 16,6±0,56; p=0,001). PLT değeri ise varikozel grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (234±50; 252±56, p=0,07).

**SONUÇ:** Varikozel olgularında, sağlıklı bireylere göre daha yüksek MPV değeri izlenirken; daha düşük PDW ve PLT değerleri izlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Varikozel, trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi, trombosit sayısı, trombosit dağılım genişliği



## PP-13 PENİS YÜZEYEL DORSAL VEN TROMBOZU (MONDOR HASTALIĞI): 23 VAKANIN SUNUMU

Basri Çakıroğlu<sup>1</sup>, Tuncay Taş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hisar Intercontinental Hastanesi Üroloji, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul Cerrahi Hastanesi Üroloji, İstanbul

**GİRİŞ:** Penil yüzeysel venöz tromboz nadir ve az bilinen iyi huylu genital durumdur; literatürdeki en geniş olgu serileri 25 ve 30 hastayı tanımlamaktadır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2009 ile Ocak 2018 arasında üroloji polikliniğinde penil mondor hastalığı (PMH) tanısı ile tedavi ve takibi yapılan 23 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar için anamnez, yüzeysel ven renkli doppler ultrasonografi ve rutin laboratuvar analiz (kan sayımı, elektrolitler ve pıhtılaşma testleri) uygulandı. Seküel aktiviteden kaçınma NSAID, anti-koagülan ajanlar ve topical Arnica montana kullanımını içeren konservatif yaklaşım uygulandı. Tedavinin 1. hafta ve 3., 5., 8. haftalarında ve 3. ayda takip muayeneleri yapıldı. Klinik iyileşme değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmamızda hastalarımızın ortalama yaşı 42.4 (SD:11.12) medyan yaşı 44, yaş aralığı 22 ile 66 aralığındaydı. Hastaların BMI 28.5 (SD: 2.48) ve aralığı 22.91 ile 34.31 idi. Hastaların semptomlarının başlangıcı ve kabulleri arası süre ortalama 9.35 (SD: 13.42) medyanı 4 gün olup semptomlarının başlangıcı ve kabulleri arası en az süre 1 gün en uzun süre 60 gündü. Hastalarımızın tamamı peniste ağrısız palpable kord semptomu ile kliniğimize başvurmuştu. Hastalarımızın 20'sinde tromboze damar dışardan belirgindi. Tromboz çapı ortalama 3.09 ± 1.04 mm ve medyanı 3 mm (dağılım 1.8-5) idi. Tıkalı damarların çapı 1.3 ile 4.7 mm arasında değişiyordu. Standart laboratuvar testleri normaldi. 8 hastada lezyonların koronal sulkusun hemen altında sulkusa paralel sert lezyon olduğu (video) ve diğer 15 hastada dorsal peniste cord-like lezyon olduğu görüldü (resim). Venöz renkli doppler ultrasonografi sonuçları tüm hastalar için benzerdi. Doppler ultrasonografide yüzeysel venin lümeninde renk dolgunluğu ve akış spektrumu gözlenmedi. Etyolojide 8 hastada uzamış cinsel aktivite, 5 hastada uzamış mastürbasyon, 3 hasta da vakum erreksiyon cihazı, 7 hasta idiopatik izlendi. Hastaların sadece birinde daha önce PMH öyküsü gelişimi mevcuttu. Konservatif tedavi kullanılarak 23 vakanın 21'inde düzelme elde edildi. 2 olguda trombektomi gerekli oldu. Takipte 2 hastada tekrarlayan atak görüldü.

**SONUÇ:** Penil Mondor hastalığı oldukça nadir olmakla birlikte, hastalarda belirgin anksiyeteye sebep olur. Çalışmamızda etyolojide travmanın etkinliğini ortaya koymuş olduk. Çoğunlukla konservatif tedavi ile kendiliğinden düzelir, nadiren konservatif ile düzelmeyen hastalarda cerrahi tedavi gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Mondor hastalığı, penis, yüzeysel venöz tromboflebit

Resim: Dorsal penisdeki görünür kordlar





## PP-14 PEYRONİE HASTALARINDA SİLDENAFİL SİTRAT KULLANIMININ SONUÇLARI

Murat Topcuoğlu<sup>1</sup>, Murat Çakan<sup>2</sup>, Sevgin Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi E.A.H Üroloji Kliniği, Alanya

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı E.A.H Üroloji Kliniği

<sup>3</sup>Kozan Devlet Hastanesi

**GİRİŞ:** Peyronie hastalığı (PD) penil tunika albuginea tabakasının lokalize fibroz plak oluşumu ile karakterize ağrı, eğrilik ve erektil disfonksiyona (ED) yol açabilen bir fibrotik hastalıktır. Bu çalışmanın amacı erektil disfonksiyon bulunan peyronie hastalarında bir PDE-5 inhibitörü olan sildenafil sitratın etkisini araştırmaktır.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Çalışmaya peyronie hastalığıyla birlikte erektil disfonksiyon (ED) bulunan 94 hasta dahil edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 (n=57) kolşisin ve pentoksifilin tedavilerine ilave olarak PDE-5 inhibitörleri alan; grup 2 (n=37): çeşitli nedenler ile PDE5 inhibitörlerini alamayıp sadece kolşisin ve pentoksifilin alan hastalar. Erektil disfonksiyon değerlendirilmesi IIEF-5 skor değerlendirme formu ile yapıldı. Ağrı durumu hastaların ifadesine göre değerlendirildi. Penisteki eğrilik değerlendirilmesi için ofotograf veya intrakavernozal enjeksiyon kullanıldı. Peyronie plakları B-mode gri skala ultrasonografi kullanarak tespit edildi. Plak eni ve boyu olarak ölçülerek toplam plak alanı bulundu. Hastalar tedavi başladıktan sonraki 6. ayda plak boyutu, ağrı durumu ve eğrilik derecesi bakımından tekrar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Gruplar yaş, peyronie hastalık süresi, ortalama plak boyutu, eğrilik derecesi ve erektil disfonksiyon değerlendirilmesi açısından benzerdi. Tedavi sonrası ağrı azalma grup 1 de %71.4 hastada saptanırken bu oran grup 2 de %50 idi (p<0.05). Penil eğrilikte düzelme grup 1 de %50 hastada tespit edilirken grup 2 de bu oran %63.2 bulundu (p=0.373). Ortalama eğrilik açısında ki değişim her iki grup için sırasıyla 18.9° ve 19.1 idi (p=0.957). Grup 1 de plak boyutunda azalma olan hasta sayısı 37 iken (%64.9) grup 2 de 15 (%40.5) idi (p<0.05).

**SONUÇ:** Erektil disfonksiyon eşlik eden PD hastalarında sildenafil sitrat tedavisi ağrı ve plak boyutunda azalmaya etkili gibi görünmektedir. PDE-5 inhibitörlerinin uzun dönem devamlı kullanımında antifibrotik etkileri bazı deneysel hayvan modellerinde ve kısıtlı sayıda klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bununla birlikte bu ilaçların PD tedavisinde kullanımı için büyük sayıda hasta içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Peyronie Hastalığı, PDE-5 İnhibitörleri, Antifibrotik

## PP-15 AZOSPERMİK HASTALARDA MİKRO TESE İLE ÜÇ FARKLI ZAMANDA ELDE EDİLEN SPERMLERLE YAPILAN İCSI SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: RETROSPEKTİF ANALİZ

Erkan Erdem<sup>1</sup>, Aytaç Şahin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ota-jinemed Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

**AMAÇ:** Ejakülatta hiç sperm bulunmaması azospermi olarak adlandırılmakta ve erkeklerin %1'inde, infertilite yakınması olanların ise %10-15'inde saptanmaktadır. Azospermi, obstruktif (OA) ve non-obstruktif (NOA) nedenlere bağlı olabilir. Azospermik hastalardan sperm elde etmek için günümüzde sıklıkla mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (m-TESE) uygulanmakta, elde edilen testiküler sperm ile intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) yapılarak sağlıklı gebelikler elde edilebilmektedir. Bu çalışmada, oosit toplama günü veya önceki gün m-TESE yapılarak elde edilen taze sperm ve daha önce elde edilmiş dondurulmuş sperm ile yapılan ICSI sikluslarının sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2008 - Nisan 2017 tarihleri arasında hastanemiz İVF Ünitesinde m-TESE yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Kayıtlarına ulaşılan, düzenli takipleri yapılmış 342 azospermik hasta (117 OA ve 225 NOA olgusu) çalışmaya dahil edildi. Aynı gün m-TESE yapılanlar 1. grup, 24 saat önce m-TESE yapılanlar 2. grup, daha önce m-TESE yapıp sperm dondurulduğu hastalar ise 3. grup olarak sınıflandırıldı.

**BULGULAR:** Motil spermatozoa, 117 OA hastalarından tamamından (%100) ve NOA hastalarından ise 118'inde (%52,4) olmak üzere toplam 235 hastada elde edildi. 150 hastada (85 OA, 65 NOA) sperm aynı gün, 51 hastada (24 OA, 27 NOA) bir gün sonra kullanıldı. 34 hastada ise (8 OA, 26 NOA) bulunan sperm daha sonra kullanılmak üzere donduruldu. Bu gruplarda yapılan ICSI sonuçları değerlendirildiğinde OA grubunda fertilizasyon sayısı ve oranları sırasıyla 56 (%65,8), 16 (%66,6) ve 5 (%62,5), klinik gebelik sayısı ve oranları 30 (%35,2), 9 (%37,5) ve 3 (%37,5), canlı doğum sayısı ve oranları 26 (%30,5), 7 (%29,1) ve 2 (%25,0) olarak bulundu. NOA grubunda ise fertilizasyon sayısı ve oranları 46 (%70,7), 19 (%70,3) ve 18 (%69,2), klinik gebelik sayısı ve oranları 24 (%36,9), 10 (%37,0) ve 10 (%38,4), canlı doğum sayısı ve oranları 20 (%30,7), 8 (%29,6) ve 8 (%30,7) olarak bulundu.

**SONUÇ:** İVF-ICSI uygulamalarında dondurulmuş sperm kullanımı ya da m-TESE işleminin oosit toplama günü veya 1 gün önce yapılması arasında fertilizasyon, gebelik ve canlı doğum oranları açısından fark yoktur.

**Anahtar Kelimeler:** Infertilite, azospermi, m-TESE, spermatozoa, gebelik

Tablo 1- Hastaların karşılaştırmalı bulguları

|                         | OA hastaları (n=117) | NOA hastaları (n=225) | p değeri |
|-------------------------|----------------------|-----------------------|----------|
| Erkek yaşı (yıl)        | 34,2 ± 5,4           | 35,3 ± 3,4            | p>0,05   |
| Kadın yaşı (yıl)        | 30,3 ± 2,9           | 30,6 ± 3,3            | p>0,05   |
| Infertilite süresi (ay) | 28,2 ± 7,8           | 30,3 ± 6,5            | p>0,05   |
| Testis hacimleri (ml)   | 12,5 ± 2,6           | 9,8 ± 3,4             | p>0,05   |
| FSH değerleri (mIU/ml)  | 11,7 ± 3,7           | 13,7 ± 5,4            | p>0,05   |
| Motil sperm bulma oranı | 117 (%100)           | 118 (%52,4)           | p>0,05   |

OA: Obstruktif Azospermi, NOA: Non-Obstruktif Azospermi, FSH: Folikül Stimülant Hormon,

Hastaların karşılaştırmalı bulguları ve Gruplara göre ICSI sonuçları



## PP-16 TESTİKÜLER TORSİYON/DETORSİYON İLE İSKEMİ REPERFÜZYON HASARI YAPILAN RATLARDA KOLŞİSİNİN KORUYUCU ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kerem Han Gözükarı<sup>1</sup>, Oğuzhan Özcan<sup>2</sup>, Tümay Özgür<sup>3</sup>, Yusuf Selim Kaya<sup>1</sup>, Okan Tutuk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Hatay

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Hatay

<sup>3</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay

<sup>4</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Hatay

**AMAÇ:** Kısa dönem kolşisin kullanımının deneysel hayvan modelinde oluşturulan torsiyon detorsiyon sonrası gelişen iskemi reperfüzyon hasarını önlemedeki yerini araştırmak

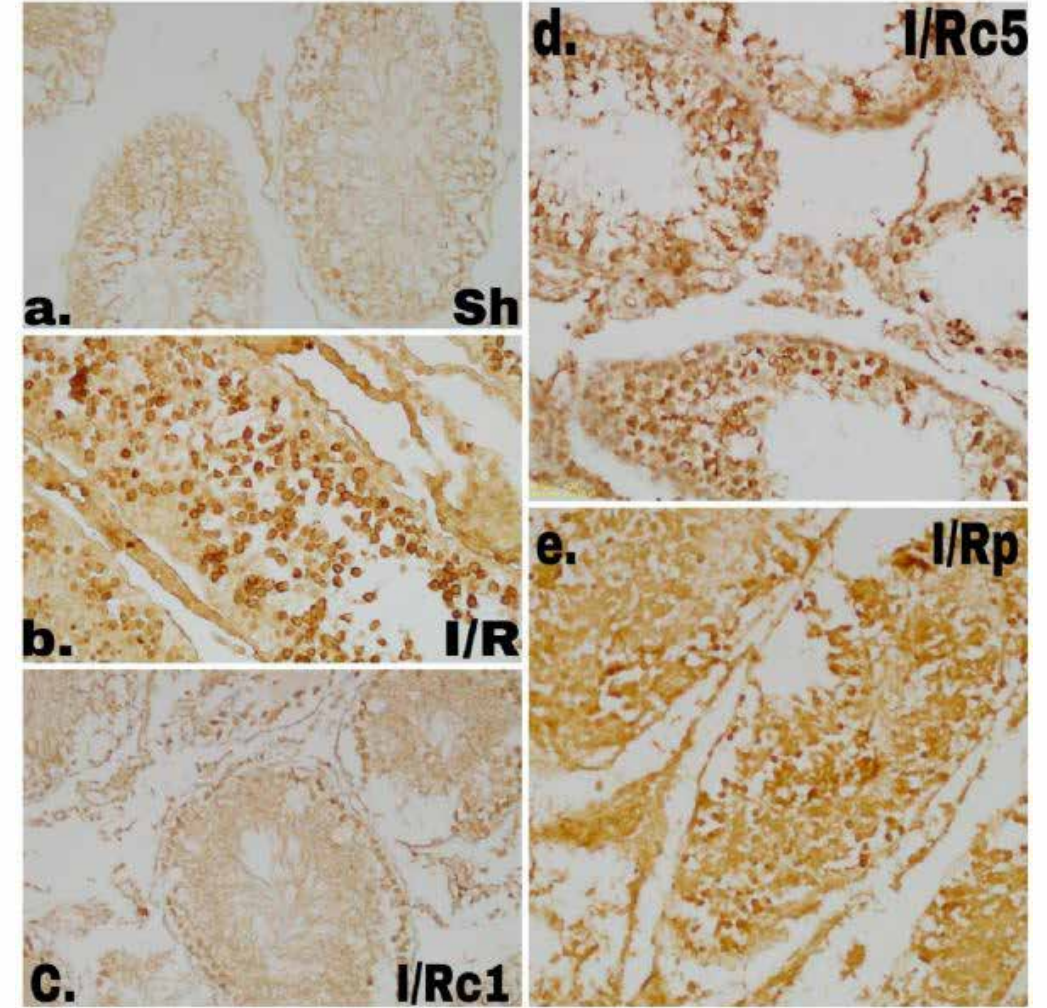
**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmaya alınan 40 Wistar albino yetişkin erkek rat (n = 8) sham grubu, iskemi-reperfüzyon (I/R) grubu, I/R ve per-operatif tek doz kolşisin alan grup (I/Rc1), I/R ve posoperatif 5 gün kolşisin alan grup (I/Rc5), I/R ve 5 gün placebo alan grup (I/Rp) olmak üzere 5 gruba ayrıldı. Testiküler torsiyon modeli testisin saat yönünde 720° döndürülmesinden sonra bu şekilde 3 saat bekletilmesiyle oluşturuldu. Grup I/Rc1'de detorsiyondan 30 dakika önce, p.o. 1 mg/kg mL kolşisin infüzyon şeklinde bir kez verildi. Grup I/Rc5'de, kolşisin p.o. günde bir kez 5 gün boyunca devam edildi. Oksidatif stresi değerlendirmek için doku malondialdehit (MDA), superoksit dismutaz (SOD), glutatyon peroksidaz (GPx) ve katalaz (CAT) değerleri ölçüldü. Apoptozis Caspase-3 boyanmasıyla ve germ hücre hasarı ortalama seminiferous tübül çapı (MSTD), germinal hücre kalınlığı (GECT), ve ortalama testicular biyopsi skoru (MTBS) ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** I/Rc5 grubunda I/R grubuna göre azalmış protein MDA seviyesi ve artmış SOD, CAT ve GPx seviyeleri saptandı (p<0.05). MSTD, GECT, ve JS değerleri I/Rc5 grubunda doğal olarak testis hasarı beklenen I/R grubuna göre iyileşmiş bulundu (p < 0.005). Apoptotik indikatör olarak Caspase 3 pozitifliği I/Rc5 grubunda anlamlı olarak I/R, I/Rc1, ve I/Rp gruplarına göre daha düşük bulundu. (p<0.05)

**SONUÇ:** Torsiyon rat modelinde definitive cerrahi tedavi sonrası kolşisinin tamamlayıcı tedavi olarak kullanılması iskemi reperfüzyon hasarını ve apoptozisi azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** iskemi reperfüzyon hasarı, kolşisin, testis torsiyonu

Figür 1 Tüm gruplarda Caspase 3 boyanma durumu



a. Caspase 3'ün Sham grubunda düşük ekspresyonu b. I/R grubunda artmış Caspase 3 ekspresyonu c. I/Rc1 grubunda Caspase 3 ekspresyonu d. I/Rc5 grubunda azalmış Caspase3 ekspresyonu e. I/Rp grubunda anlamlı Caspase 3 ekspresyonu



## PP-17

### Erektile disfonksiyon şiddeti ile aort sertliği arasındaki ilişki

Erhan Demirelli<sup>1</sup>, Ahmet Karagöz<sup>2</sup>, Ercan Öğreden<sup>1</sup>, Ural Oğuz<sup>1</sup>, Aslı Vural<sup>2</sup>, Mefail Aksu<sup>1</sup>, Mehmet Karadayı<sup>1</sup>, Orhan Yalçın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

**AMAÇ:** Önceki çalışmalarda aort sertliğinin erektil disfonksiyonu (ED) olan hastalarda artmış olduğu bildirilmiş olsa da, ED şiddeti ile aort sertliği ilişkisini gösteren herhangi bir çalışma yoktur. Biz de bu çalışmada ED şiddeti ile aortic stiffness arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Bu prospektif çalışmada ED olan hastalar International Index of Erectile Function (IIEF) skorlarına göre hafif, orta ve ağır olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Hafif ED grup 1, orta ED grup 2 ve ağır ED grup 3 olarak isimlendirildi. Grup 1' de 35, grup 2' de 32 ve grup 3' de 33 hasta vardı. Tüm hastaların yaşları kaydedildi. Açlık kan şekeri (AKŞ), total kolesterol (T.kol), trigliserid (TG), HDL-kolesterol (HDL), LDL-kolesterol (LDL), total testosteron (T.tes), serbest testosteron (S.tes) değerleri ölçüldü ve kaydedildi. Aort sertliği, pulse wave velocity (PWV) ve augmentasyon indeksi (AIX) ölçümleriyle belirlendi. Daha sonra gruplar arasında bu parametreler açısından fark olup olmadığı araştırıldı.

**BULGULAR:** Grup 1, grup 2 ve grup 3' de yaş ortalamaları sırasıyla 47.6, 55.4 ve 58.5 idi. Çalışma grupları arasında yaş ortalamaları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklı idi ( $p < 0,0001$ ). Ancak gruplar arasında laboratuvar parametrelerinin ortalama veya medyan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi ( $p > 0,05$ ). AIX ortalama değerleri grup 1' de 18.5, grup 2' de 22.2 ve grup 3' de 18.9 olarak hesaplandı ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p = 0,386$ ). PWV ortalama değerleri grup 1, grup 2 ve grup 3' de sırasıyla 7.26, 8.30 ve 8.78 olarak hesaplandı. PWV değerleri gruplar arasında anlamlı derecede farklı idi ( $p < 0,0001$ ). (Tablo 1)

**SONUÇ:** Bu çalışma sonucunda ED şiddeti artışı ile birlikte aort sertliği derecesinin arttığı belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, Aort sertliği, Augmentasyon indeksi, Nabız, dalga basıncı

Tablo 1

|           | Grup 1 (Hafif ED) (n=35) | Grup 2 (Orta ED) (n=32) | Grup 3 (Şiddetli ED) (n=33) | p        |
|-----------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|
| AIX (%)   | 18.5±10.5                | 22.2±13.9               | 18.9±11.4                   | = 0.386  |
| PWV (m/s) | 7.26±1.33                | 8.30±1.32               | 8.78±1.48                   | < 0.0001 |

Çalışma gruplarının AIX ve PW verileri

## PP-18

### TESTOSTERON DÜZEYİNİN PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI GELİŞEN İNFEKTİF KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİ

Cahit Şahin, Osman İpek, Cihangir Ali Çetinel, Onur Telli, Oktay Akça  
SBU Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** İnfektif komplikasyonlar, transrectal ultrason-prostat biopsi (TRUS-Bx) sonrası gelişebilen en önemli komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. testosteronun prostat patofizyolojisi ve erektil fonksiyon üzerine etkilerinin bilinmemektedir. Bu çalışmamızda, testosteronun TRUS-Bx sonrası gelişen infektif komplikasyonlar ile ilişkisi araştırıldı.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Hastanemizde prospektif olarak TRUS kılavuzluğunda standart 12 kor prostat iğne biyopsisi uygulanan 580 olgu çalışmaya alındı. Tüm olguların yaş, prostat volum (PV), Post-miksiyonel residu (PMR), Diyabetes melitus (DM), Hipertansiyon ve sabah aç karınla alınan Serum testosteron düzeyi belirlendi. İnfektif komplikasyon, üriner trakt enfeksiyonu veya sepsis olarak belirlendi. Olgular infektif komplikasyonlar olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak, testosteron düzeyleri ve diğer veriler açısından analiz edildi.

**BULGULAR:** Olguların ortalama yaşı 67.85±54.62 yıl, PV 47.56±14.12 ml, PSA 2.75±13.81 ng/ml, AKŞ 107.23±36 ve Serum testosteron düzeyi 471.20±264 mg/l' idi. Olguların 35'inde (%6) İnfektif komplikasyon gelişti. Gruplar arası karşılaştırmada, sadece DM ( $p = 0,004$ ) ve testosteron düzeyi infektif komplikasyonlar açısından istatistiksel anlamlılıkta olup, testosteron anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü ( $p = 0,001$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamızda, testosteron düzeyi ve infektif komplikasyonlar arasında gözlemlediğimiz anlamlı ilişkinin, komplikasyonları öngörmeye değeri olabilir. Bu konuda çok merkezli ve geniş serili çalışmalara ihtiyacı vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Transrektal ultrason prostat iğne biyopsisi (TRUS-Bx), İnfektif komplikasyon, testosteron





## PP-19 RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI EREKTİL DİSFONKSİYONDA GEÇ PENİL REHABİLİTASYON

Özgür Efilioğlu, Muhammet Çiçek, Hüseyin Özgür Kazan, Ayberk İplikçi, Asif Yıldırım, Bülent Erol  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Radikal prostatektomi ve radikal sistoprostatektomi sonrası gelişen erektil disfonksiyon (ED) oldukça yaygındır. Sinir koruyucu cerrahi yöntemler uygulanmaya çalışılsa da deneyimli merkezlerde bile ameliyat sonrası ED sık görülmektedir. Erken ve geç dönemde PD5I ve intrakavernozal enjeksiyonla tedavi edilen hastalarda erektil fonksiyonlarda iyileşme sağlanabilir.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde prostat kanseri veya mesane kanseri tanısıyla Ocak 2013-Aralık 2018 tarihleri arasında radikal prostatektomi veya radikal sistoprostatektomi yapıp postop ED nedeniyle polikliniğe başvuran ancak postop erken dönem rehabilitasyon alamayan hastaların kayıtları retrospektif olarak tarandı. Rehabilitasyon için oral PD5I ve bimix (alprostadil+ papaverin) intrakavernozal enjeksiyon (ICI) kullanıldı. Postop ortalama tedaviye başlama süresi 3,4 ay ±1 aydı. Dışlama kriterleri sonrası 60 hastanın demografik özellikleri, komorbidite durumları, cerrahi öyküleri, tedaviye devam ve tedaviden fayda görme oranları kaydedildi.

**BULGULAR:** 60 hastanın 46'sına oral PD5I, 14 hastaya PD5I kullanımı kontrendike olması nedeniyle ICI tedavisi başlandı. PD5I başlanan 46 hastadan oral tedaviden fayda görerek tedaviye devam eden 8 hasta mevcuttu (%17). PD5I'dan memnun olmayan ve tekrar polikliniğe başvuran tüm hastalar ve komorbiditeleri nedeniyle PD5I kullanamayan hastalara ICI başlandı. ICI tedavisi verilen 41 hastanın 15'i tedaviden fayda görerek tedaviye devam etti. ICI yanıtı olmayan hastalara penil protez implantasyonu tedavisi seçeneği sunuldu. 4 hastaya penil protez implantasyonu yapıldı. Hastaların demografik özellikleri ve tedavi yanıt oranları tablo-1 de verildi.

**SONUÇ:** Erken dönemde başlanamayan rehabilitasyon nedeniyle peniste muhtemelen oluşan fibrozise bağlı başarı oranları düşüktür.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, penil rehabilitasyon, intrakavernozal enjeksiyon, tedavi başarısızlığı

**Tablo 1**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Yaş±SD                             | 62,6±6.6   |
| Vücut kitle indeksi(ort)           | 27,5       |
| Tedaviye başlama süresi±SD (ay)    | 3,4 ±1     |
| Sigara                             | 21 (35)    |
| Alkol                              | 22 (36)    |
| Radikal prostatektomi              | 51 (85)    |
| Radikal sistektomi                 | 9 (15)     |
| Diabetes Mellitus                  | 12 (20)    |
| Hipertansiyon                      | 21 (35)    |
| Koroner arter hastalığı            | 10 (16)    |
| PD5I başlanan                      | 46 (76)    |
| Primer ICI başlanan                | 14 (23)    |
| PD5I fayda gören/ PD5-I kullanan   | 8/46 (17)  |
| ICI fayda gören / ICI kullanan     | 15/41 (36) |
| Penil protez implantasyonu yapılan | 4 (6)      |



## PP-20 Persistan Müllerian Kanal Sendromu ve Bilateral İntraabdominal Testis Tümör Birlikteliği

Osman Barut, Sefa Resim  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**GİRİŞ:** Persistan Müllerian Kanal Sendromu (PMKS) erkek fenotipinde müllerian artıklarının (tuba uterina, uterus ve vajenin 1/3 üst kısmı) bulunmasıyla karakterize bir sendromdur. Fetal sertoli hücrelerinden müllerian inhibitör faktör (MIF) salınım eksikliği sonucu oluşan nadir bir erkek psödohermafroditizmdir. Bu çalışmada 18 yaşındaki erkek hastada bilateral intraabdominal testis tümörü ile birlikte olan PMKS olgusu sunulmuştur.

**OLGU:** Karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri ile polikliniğimize başvuran hastada batın sağ alt kadranda yaklaşık 14x10 cm boyutunda ele gelen mobil, ağırlı kitle tespit edildi. Bilateral testisler skrotal kesede palpe edilemedi. Labarotuvarda; hemogram normal, serum AFP:7059 ( N:05-5,5 IU/ml ), B-HCG:48,9 (N:<2 mIU/ml) ve LDH:2254 (N:<248 U/L) olarak tespit edildi. USG'de pelvik bölgede mesane komşuluğunda 132 x 66 mm'lik düzgün sınırlı heterojen lezyon alanı ve batın BT'de mesane superiorunda yaklaşık 16 x 14 cm boyutta kistik, kalsifiye alanlar içeren, septasyon gösteren lobule konturlü kitle lezyonu tespit edildi (Şekil 1). Batın eksplorasyonunda bilateral testislerin normal ovarian pozisyonunda olduğu görüldü. Sağ gonad yaklaşık 12x8 cm boyutunda ve rüptüre görünümde izlendi. Sol gonadın sol ovarian pozisyonunda yaklaşık 8x7 cm'lik boyutta ve çevre dokulardan belirgin sınırlarla ayrılmış olduğu görüldü ve bilateral radikal orşiektomi yapıldı. Yine mesane posteriorunda rudimenter uterus ve fallopian tüpleri benzeri yapılar eksize edildi. Patolojik değerlendirilmede; sağ testiste mixt germ hücreli tümör (seminom (%80), embriyonel karsinom (%15) ve yolk sak (%5) ), Sol testiste gonadoblastom ve intratubuler germ hücre neoplazisi tespit edildi. Paratestiküler bölgede serviks uteri, endometrium ve tuba uterina mevcuttu. Karyotip analizi sonucu 46 XY olarak gelen hasta, onkoloji kliniğine yönlendirildi.

**SONUÇ:** PMKS oldukça nadir görülen bir erkek psödohermafrodit tipidir. Tek taraflı inmemiş testisi olup karşı tarafta inguinal hernisi mevcut hastalarda yada iki taraflı inmemiş testisi olup radyolojik ve biyokimyasal veriler sonucu testis tümörü ihtimali nedeniyle opere edilen hastalarda rastlantısal olarak görülen müllerian yapıların varlığında PMKS akılda tutulmalıdır. Bilateral testis tümörü ihtimali yüksek olan bu vakalarda müllerian yapılarında çıkartılması uygun tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Testis tümörü, Persistan Müllerian Kanal Sendromu, psödohermafroditizm

**PP-21**  
**SOL VARİKÖSELEKTOMİ PLANLANAN SKROTAL AĞRILI HASTALARDA TESTİSLERE AİT ARTERİYAL ÖLÇÜMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

*Caner Ediz, Ömer Yılmaz, Serkan Akan, Muhammed Cihan Temel, Hüseyin Hayit, Hasan Hüseyin Tavukçu*  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Sol varikoselektomi öncesi sağ ve sol testiste yapılan arteriyal ölçümlerin karşılaştırılması.  
**GEREÇ ve YÖNTEM:** Son 6 ay içerisinde kliniğimize başvuran 18 yaş üzeri 21 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Varikösel sebebi ile skrotal ağrısı bulunan ve herhangi bir cerrahi öyküsü bulunmayan hastalar çalışmaya alındı. Ameliyat öncesi vasküler yapılar arteriyal açıdan testiküler mediastinum ve spermatik kord, venöz yapılar ise sol renal ven hizasından değerlendirildi. Arteriyal değerlendirmede rezistif index (Ri), tepe sistolik akım(PS) ve diyastol sonu akım (ED) ölçüldü. Tüm hastalarda ağrı değerlendirmesi açısından VAS skoru kullanıldı. Hastaların spermiogramları ve işlem öncesi testesteron düzeyleri kayıt altına alındı. Normal olan sağ testis ile varikösel saptanan sol testis verileri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastalara ait veriler Tablo1 ve 2'de özetlenmiştir. Ortalama 3,95 internal ven ligate edilirken, 0,23 eksternal ven ligasyonu uygulandı. İstatistiksel analizde sağ ve sol testis mediastinum end diyastolik basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,017).

**SONUÇ:** Variköseli olan hastalarda skrotal ağrısı etkileyen vasküler nedenleri açıklamak ve varikoselektomi ameliyatının bu veriler ve ağrı üzerindeki etkisini bulmak amacıyla yapılan bu çalışma halen devam etmekte olup sağ ve sol testis karşılaştırıldığında arteriyal açıdan anlamlı fark sadece end diyastolik değerlendirmede saptanmıştır. Postoperatif değerlerin karşılaştırılması, çalışma tamamlandığında yapılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Varikösel, skrotal ağrı, vasküler yapı, spermatik arter, testiküler arter, mediastineal arter

**Tablo 1**

| Ortalama Yaş    | Ortalama VAS skoru | Ortalama Testosteron | Ortalama Testis hacmi | Ortalama Sperm sayısı | Ortalama Toplam Sperm motilitesi (A+B) |
|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------|
| 25.9(18-37) yıl | 3.57(1-7)          | 563.39 ng/dl         | 16.79 mm3             | 28.81 mil/ml          | %54.64                                 |

*Hastaların tanımlayıcı genel özellikleri*

**PP-22**  
**PENİSTE BOĞULMAYA YOL AÇAN METAL YÜZÜK: OLGU SUNUMU**

*Serkan Gönültaş, Ersin Gökmen, Oktay Özman, Taha Göv, Mustafa Asım Avcı, Nusret Can Çilesiz, Burak Arslan, Enver Özdemir*  
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**GİRİŞ:** Penisin, daraltıcı cihazların yerleştirilmesine bağlı boğulması ciddi bir durumdur. Penis daraltıcılar genelde ereksiyonun uzun süreli sağlanması için kullanılır. Penis ve skrotal daraltıcı cihazlar uzun süreli kaldığında peniste veya skrotumda yaralanmalara, iskemi ve doku nekrozu ile giden organ kaybına neden olabilir. Burada penis köküne daraltıcı cihaz yerleştiren bir hastadan ve daraltıcıyı minimal invaziv yöntemle çıkarma işleminden bahsedeceğiz.

**OLGU:** Şizofreni tanısı olan ve evden kaçan, 2 gün sonra penise metal yüzük takmış şekilde bulunan hasta, ailesi tarafından acil servisimize getirildi. Alınan anamnezde yüzüğü penise neden taktığı anlaşılmadı. Yapılan fizik muayenede hastanın penisi rijid ereksiyon halinde, yoğun ödemli, iskemiye bağlı siyanotik ve cildinde ekfoliatif alanlar izlendi. Mesane glob vesikale olarak palpe edildi. Hastadan tam kan sayımı, biyokimya ve koagülasyon ve ELISA görüldükten sonra hasta acil şartlarında ameliyathaneye alındı. Rejyonel anestezi ve sedasyon sonrası sitofiks takıldı ve iki adet 19 Gauch kelebek iğne glanstan corpus kavernosumlara yerleştirilip, penis sıvazlanarak semi-ereksiyon haline getirildi. Yüzük kayganlaştırıcı jel eşliğinde çıkarılmak istendi ancak yoğun penil ödem nedeniyle çıkarılamadı. Daha sonra metal kesici makas yardımıyla hastanın penisindeki yüzük iki farklı noktadan kesilerek çıkarıldı. Hastaya koban(elastik sıkı bandaj) bandaj yapılarak gözlem altına alındı. Penil ödem ve ağrı için antiinflamatuvar tedavi başlanan hasta post op 3. günde spontan miksiyonu gözlemlendikten sonra sistofiks alınıp taburcu edildi. Haftalık kontrollerinde penil cildin rejenerasyonu olduğu ve ödemin gerilediği görüldü. 3. Hafta sonunda penis görünüşü tamamen doğal izlendi, erektil fonksiyonlarda bozulma olmadığı öğrenildi.

**SONUÇ:** Penis sıkıştırıcı araçlara bağlı penis boğulmaları ürolojik aciliyet teşkil eder ve zamanında müdahale edilmezse penistepenoskrotal yaralanmaların dışında, sürecin gecikmesine sekonder hayati risk oluşturacak patolojilere (septik şoka bağlı multiorgan yetmezliği) yol açabilir. Penise ve hastaya zarar vermeden penis sıkıştırıcısını çıkarmak asıl amaçtır. Lokal ısı artışına sebep olan spiral testere vb. alet kullanımı penil dokuda termal hasara sebebiyet verebileceği için vakada metal kesici makas kullanılması uygun görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Penis, Metal Yüzük, Metal Kesici Makas

**Resim-1**



*Süreç*

*Yönetimi;A-B-C*





## PP-23

### Seminal pH ve likefaksiyon süresi motilite ve morfoloji üzerinde etkili midir?

*Mehmet Kutlu Demirkol, Sefa Resim, Osman Barut*

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

**AMAÇ:** Semen analizi infertilite etiyolojisi araştırmasında temel tetkiktir. Semen parametrelerinden sperm konsantrasyonu, motilite ve morfoloji infertilite üzerinde yüksek etkisi sahiptir. Seminal pH ve likefaksiyon süresi gibi diğer semen parametrelerinin bu ana parametrelerle olan ilişkisi hakkında yeterli kadar çalışma yoktur. Bu çalışmada, infertilite şikayeti olan hastaların semen parametrelerinin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

**MATERYAL VE METOD:** Ekim 2018-Aralık 2018 arasında androloji kliniğine infertilite şikayetiyle başvuran 700 hastanın verileri tarandı. Azospermi, şiddetli oligospermisi (<1 milyon/ml) olan ve birden fazla analizi olanların çıkarılmasıyla 396 hastanın semen analizi değerlendirmeye alındı. Sperm konsantrasyon, motilite ve morfoloji normal olan ve olmayan gruplarda seminal pH ve likefaksiyon süreleri arasındaki farklar Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Seminal pH ve likefaksiyon süreleri alt gruplara ayrılarak konsantrasyon, motilite ve morfoloji arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $32.7 \pm 6.5$ , pH'si  $8.0 \pm 1.01$  range (6,5-10) ve likefaksiyon süresi  $26.8 \pm 9.2$  range (10-55) idi. 396 hastanın 118'inde (%29.8) oligoastenoteratospermi (OAT) mevcuttu. Sperm sayısı, motilite ve morfoloji normal ve anormal olan grupların semen pH ve likefaksiyon süreleri karşılaştırıldığında; ileri sperm hareketliliği alt gruplarında pH (p:0,002) ve likefaksiyon süresi (p:0,011) ve morfoloji alt gruplarında sadece pH (p: 0,0001) değerleri istatistiksel anlamlı olarak farklıdır. Astenoteratospermi (AT) olanların olmayanlara göre semen pH ve likefaksiyon sürelerindeki farklılık anlamlı iken (sırasıyla p: 0,000 ve p:0,006), OAT'ı olan ve olmayanların parametreleri arasındaki farklılık anlamlı değildir. Semen pH alt gruplarındaki (<7.2, 7.2-8.0 ve 8<) sperm ileri hareketliliği (p:0,009) ve morfoloji (p:0,013) değerlerini arasında istatistiksel anlamlı farklılık mevcut iken, likefaksiyon süresi alt gruplarındaki (0-15, 15-30, 30-45 ve 45-60 dak.) semen parametreleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**SONUÇ:** Çalışmamızda semen pH'si ve likefaksiyon süresinin motilite ve morfoloji parametreleri ile olan ilişkisinin değerlendirilmesinde pH'nın ilişkisinin daha belirgin olduğu, likefaksiyon süresinin ileri hareketlilik ile kısmi bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Hasta sayısının daha fazla olduğu bir çalışma ile bu ilişkilerin daha net ortaya konulabileceği kanaati oluşmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, semen analizi, semen pH ve likefaksiyon süresi

## PP-24

### 3-PORT VE KONVANSİYONEL EKSTRAPERİTONEAL LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA EREKTİL FONKSİYONUN KARŞILAŞTIRILMASI; 3-PORT LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ İLK SONUÇLARI

*Erhan Ateş<sup>1</sup>, Yiğit Akın<sup>2</sup>, Arif Kol<sup>1</sup>, Osman Köse<sup>2</sup>, Saçit Nuri Görgeç<sup>2</sup>, Serkan Özcan<sup>2</sup>, Yüksel Yılmaz<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Aydın*

*<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir*

**AMAÇ:** Prostat kanseri nedeniyle 3-port ve konvansiyonel yöntemle ekstraperitoneal laparoskopik radikal prostatektomi (eLRP) uygulanan hastaların postoperatif erken dönem erektıl fonksiyonlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Eylül 2016 ve Ekim 2018 arasında prostat kanseri nedeni ile eLRP yapılan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Modifiye Heilbronn tekniği (Resim 1) ile eLRP uygulanan hastalar 3 port ile eLRP yapılan ve konvansiyonel eLRP yapılanlar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların erektıl fonksiyonlarını değerlendirmek için preoperatif ve postoperatif 6. ayda uluslararası erektıl fonksiyon indeksi-5 (IIEF-5) formu kullanıldı. IIEF-5 skoru >21 olan hastalar potent, IIEF-5 skoru <11 ise ciddi erektıl disfonksiyon (ED) olarak kabul edildi. Preoperatif dönemde potent olan hastalardan 3-port eLRP ve konvansiyonel eLRP yapılanların postoperatif 6. aydaki IIEF-5 skorları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Toplamda eLRP uygulanan 92 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 23'ü 3-port eLRP, 69'u konvansiyonel eLRP hastası idi. Ortalama hasta yaşı  $63.4 \pm 6.10$  yıl, tanıdaki ortalama prostat spesifik antijen (PSA) değeri  $10.7 \pm 8.55$  ng/dL olarak bulundu. Gruplar arasında yaş, PSA, preoperatif ve postoperatif gleason skoru, klinik ve patolojik evre, nörovasküler demet korunma oranı, cerrahi sınır pozitiflik oranı ve postoperatif kontinans ve 6. ayda erektıl fonksiyon açısından 3-port ve konvansiyonel teknik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

**SONUÇ:** Onkolojik, cerrahi ve erken dönem fonksiyonel sonuçlar bakımından konvansiyonel yöntemle benzer olan 3-port eLRP, daha iyi kozmetik sonuçlarla erektıl fonksiyonları da koruyarak prostat kanserinin tedavisinde minimal invaziv cerrahi yaklaşım olarak güvenle tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** 3-port laparaskopi, radikal prostatektomi, erektıl disfonksiyon, prostat kanseri

## Resim 1



A. 3 port girişi, B. Bilateral sinir koruma, C. Postop görünüm



**Tablo 1**

|                                 | 5 Port<br>(n=69) | 3 Port<br>(n=23) | p      |
|---------------------------------|------------------|------------------|--------|
| Yaş (Ortalama±SS)               | 63.1±6.02        | 64.0±6.41        | 0.043  |
| Operasyon Süresi (Medyan, KAF)  | 155 (70)         | 120 (34)         | 0.001  |
| Cerrahi Sınır (n, %)            |                  |                  |        |
| Negatif                         | 56 (81.2)        | 21 (91.3)        | 0.341  |
| Pozitif                         | 13 (18.8)        | 2 (8.7)          |        |
| Sinir Koruyucu (n, %)           |                  |                  |        |
| Yok                             | 22 (31.9)        | 9 (39.2)         | 0.2    |
| Var                             | 47 (68.1)        | 14 (60.8)        |        |
| Intraop Kan Transfüzyonu (n, %) |                  |                  |        |
| Yok                             | 59 (85.5)        | 22 (95.7)        | 0.280  |
| Var                             | 10 (14.5)        | 1 (4.3)          |        |
| Postop Kan Transfüzyonu (n, %)  |                  |                  |        |
| Yok                             | 65 (94.2)        | 23 (100)         | 0.569  |
| Var                             | 4 (5.8)          | 0 (0)            |        |
| Preop Hb (Ortalama±SS)          | 14.5±1.21        | 14.5±1.30        | 0.832  |
| Postop Hb (Ortalama±SS)         | 10.8±1.62        | 10.6±1.31        | 0.581  |
| Ereksiyon (n, %)                |                  |                  |        |
| Yok                             | 33 (47.8)        | 13 (56.5)        | 0.470  |
| Var                             | 36 (52.2)        | 10 (43.5)        |        |
| Kontinans (n, %)                |                  |                  |        |
| Yok                             | 61 (88.4)        | 20 (87)          | >0.999 |
| Var                             | 8 (11.6)         | 3 (13)           |        |
| Preop PSA (Ortalama±SS)         | 10.4±8.31        | 11.7±9.34        | 0.525  |
| Postop PSA (Ortalama±SS)        | 0.46±3.61        | 0.04±0.08        | 0.444  |
| Preop Gleason Skor (n, %)       |                  |                  |        |
| 5                               | 2 (2.9)          | 5 (21.7)         |        |
| 6                               | 41 (59.4)        | 13 (56.5)        |        |
| 7                               | 21 (30.4)        | 5 (21.7)         | 0.099  |
| 8                               | 3 (4.3)          | 0 (0)            |        |
| 9                               | 2 (2.9)          | 0 (0)            |        |
| Postop Gleason Skor (n, %)      |                  |                  |        |
| 5                               | 0 (0)            | 3 (13)           |        |
| 6                               | 43 (62.3)        | 10 (43.5)        |        |
| 7                               | 18 (26.1)        | 8 (34.8)         | 0.082  |
| 8                               | 3 (4.3)          | 2 (8.7)          |        |
| 9                               | 5 (7.2)          | 0 (0)            |        |

| Klinik Evre (n, %)            |           |          |       |
|-------------------------------|-----------|----------|-------|
| 1b                            | 1 (1.4)   | 1 (4.3)  |       |
| 1c                            | 24 (34.8) | 9 (39.1) |       |
| 2a                            | 23 (33.3) | 8 (34.8) | 0.370 |
| 2b                            | 14 (20.3) | 1 (4.3)  |       |
| 2c                            | 7 (10.1)  | 4 (17.4) |       |
| Patolojik Evre (n, %)         |           |          |       |
| 2a                            | 9 (13)    | 5 (21.7) |       |
| 2b                            | 5 (7.2)   | 3 (13)   |       |
| 2c                            | 29 (42)   | 8 (34.8) | 0.709 |
| 3a                            | 20 (29)   | 6 (26.1) |       |
| 3b                            | 6 (8.7)   | 1 (4.3)  |       |
| PSA; Prostat Spesifik antijen |           |          |       |

*Her iki grubun demografik, cerrahi, onkolojik ve fonksiyonel sonuçların karşılaştırılması*

## PP-25

### PROLAKTİNOMA NEDENİYLE KABERGOLİN TEDAVİSİ ALAN ORAK HÜCRE ANEMİLİ HASTANIN KABUSU: STUTTERİNG PRIAPİZM

Erhan Ateş<sup>1</sup>, Ahmet Emre Yıldız<sup>1</sup>, Arif Kol<sup>1</sup>, Mustafa Ünüboğ<sup>2</sup>, Haluk Erol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

<sup>2</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Aydın

**GİRİŞ:** Genellikle 3 saat içinde spontan rezolüsyona uğrayarak kendini sınırlayan iskemik priapizm ataklarıyla karakterize Stuttering (tekrarlayan) priapizm, çocuklarda sıklıkla orak hücre anemisi gibi hematolojik bozukluklar ile ilişkili iken, erişkinlerde genellikle idiyopatiktir. Moleküler temelleri ve patofizyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte, muhtemel mekanizmalar; çeşitli nedenlerle oluşabilen anormal molekül sinyalizasyonunun neden olduğu artmış düz kas gevşemesi, peniste azalmış vazokonstriksiyonla sonuçlanan nitrik oksit (NO) imbalansı ve fosfodiesteraz tip 5 (PDE5) disregülasyonu olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla uykuda başlar ve ereksiyon uyardıktan sonra da devam edebilir. Ayrıca, bu durum cinsel aktivite ile birlikte ve cinsel aktivitenin süresinin uzunluğu ile de ilişkili olabilir. Tedavideki amaç, iskemik priapizm tedavi yaklaşımıyla aynı prensipler doğrultusunda akut atakların acil tedavisi ve sonraki atakların engellenmesidir. Bu amaçla kullanılan ilaçlar, dolaşımdaki testosteron miktarını azaltmaya yönelik hormonal ve kavernoöz düz kas tonusunu artırmaya yönelik ilaçlar olarak temelde iki grupta incelenebilir. Prolaktinoma hipofizden laktotrop hücrelerinden kaynaklanan ve aşırı prolaktin (PRL) sekresyonuna neden olan bir adenomdur. Hiperprolaktineminin neden olduğu gonadotropin inhibisyonu, erektile disfonksiyon, infertilite, libido kaybı, güçsüzlük, jinekoma gibi hipogonadizm semptomları ile kendini gösterir. Tedavisinde Kabergolin ve Bromokriptin gibi dopamin agonistleri kullanılmaktadır. Biz de orak hücre anemisi olan prolaktinomali hastada gelişen stuttering priapizm tedavisinde yaşanan zorlukları ve hastalığın yönetimini sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Tip-2 diabetes mellitus, talasemi intermedia ve 10 yaşından beri orak hücre anemisi tanılı ve splenektomize 42 yaşındaki erkek hastada, erektile disfonksiyon, libido kaybı ve PRL yüksekliği saptanması üzerine çekilen manyetik rezonans görüntüleme'de (MRG) hipofiz adenomu tespit edilerek, endokrinoloji tarafından, prolaktinomada ilk seçenek olan Kabergolin tedavisi başlandı. Kabergolin tedavisiyle PRL düzeyi, ereksiyon ve libidosu normale dönen hastada birkaç ay sonra priapizm atakları gelişmesi üzerine dış merkezde ketokonazol başlanmış. Tedaviye rağmen 2 ayda 5 priapizm atağı gelişen hastada korporal aspirasyon ve semptomimetik ajan uygulaması ile atakların akut tedavisi yapıldı. Kabergolin tedavisini kendisi kesen hastada bu süreçte priapizm gelişmedi. Ancak MRG'de adenom boyutunda artış ve PRL seviyesinde yükselme saptanması üzerine yeniden kabergolin başlanan hastada 8 aylık sürede 7 priapizm atağı gelişmesi üzerine finasterid 5 mg başlandı. Hastada 5 aylık ataksız dönem sonrası 2 ayda 6 atak tekrarı üzerine bicalutamid 50 mg ve tadalafil 5 mg kombinasyonu başlandı. İki ayda 13 atak daha gelişen hastanın kabergolin ile tedavisi endokrinoloji tarafından kesilerek bromokriptin 5 mg'a geçildi. Bromokriptin tedavisi altında da 2 ayda 3 atak gelişen hastanın PRL düzeyi nedeniyle bromokriptin dozu 10 mg'a çıkıldı. Sonraki 10 aylık sürede priapizm gelişmedi.

**SONUÇ:** Stuttering (tekrarlayan) priapizm çocuklarda sıklıkla orak hücre anemisi gibi hematolojik bozukluklar ile ilişkili iken, erişkinlerde genellikle idiyopatiktir. Priapizm ataklarının, çocukluk çağından beri orak hücreli anemi tanısı olan hastada erişkin yaşta gelişmesinde kabergolin tedavisinin tetikleyici olduğunu düşündürmüştür. Nitekim literatürde de kabergolin tedavisi ile gelişen priapizm tek bir olgu bildirilmiştir. Bu gibi zor vakaların yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemi anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Orak hücre anemisi, prolaktinoma, kabergolin, stuttering priapizm

## PP-26

### KRONİK PROSTATİT / KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMU OLAN HASTALARDA, SEMEN REAKTİF OKSİJEN TÜREVLERİ SEVİYELERİ EREKTİL FONKSİYON İLE KORELEDİR

İlter Alkan<sup>1</sup>, Meral Yüksek<sup>2</sup>, Halil Lütfi Canat<sup>1</sup>, Mehmet Gökhan Çulha<sup>1</sup>, Çiğdem Arabacı<sup>3</sup>, Muammer Bozkurt<sup>4</sup>, Murad Başar<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>4</sup>Muş Devlet Hastanesi

<sup>5</sup>Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji ve Androloji Kliniği

Kronik Prostatit / Kronik Pelvik Ağrı Sendromu (CP / CPPS) genellikle erektile disfonksiyonla (ED) ilişkilidir. Bununla birlikte, ED oluşumunun altında yatan patofizyolojik mekanizmalar CP / CPPS'li hastalarda hala belirsizdir. Bu çalışmanın amacı, kategori IIIA CP/CPPS'li erkeklerin semeninde süperoksit anyonu (O<sub>2</sub> • -) ve total reaktif oksijen türlerinin (ROS) üretimi ve bunların ED ile ilişkisini araştırmaktır.

Bu prospektif çalışmaya kategori IIIA CP / CPPS'li 33 erkek alındı. Kontrol grubu 13 sağlıklı erkekte oluşuyordu. Toplam ROS ve O<sub>2</sub> • - üretimi sırasıyla luminol ve lucigenin bağımlı kemilüminesans (CL) yöntemleriyle hesaplandı. ED, IIEF-5 anketi kullanılarak değerlendirildi.

CP / CPPS'li hastalar, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek seminal total ROS ve O<sub>2</sub> • - düzeylerine sahipti (2.9±0.5 RLU vs. 2.4±0.2 RLU, p<0.001; luminol-dependent CL ve 2.5±0.4 RLU vs. 2.3±0.2 RLU, p=0.02; lucigenin-dependent CL). Seminal O<sub>2</sub> • - ve ROS düzeyleri ile IIEF-5 skorları arasında negatif korelasyon vardı (sırasıyla r = -0.556, r = -0.536; p<0.001).

Bu sonuçlar O<sub>2</sub> • - / ROS aşırı üretiminin CP / CPPS hastalarında ED gelişim etiyolojisindeki önemli mekanizmalardan biri olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik prostatit, Semen reaktif türevleri, Erektile disfonksiyon

**Tablo 1**

|                                      | CONTROL (n:13) |        | CP/CPPS (n = 33) |        | p                         |
|--------------------------------------|----------------|--------|------------------|--------|---------------------------|
|                                      | Mean ± SD      | Median | Mean ± SD        | Median |                           |
| ROS Luminol <sup>a</sup>             | 314.3 ± 147.7  | 275.5  | 161.5 ± 2996.2   | 650.0  | <b>0.001</b> <sup>m</sup> |
| Log (ROS + 1) Luminol <sup>a</sup>   | 2.4 ± 0.2      | 2.4    | 2.9 ± 0.5        | 2.8    | <b>0.000</b> <sup>m</sup> |
| ROS Lucigenin <sup>a</sup>           | 198.8 ± 75.9   | 197.0  | 512.4 ± 514.9    | 281.0  | <b>0.019</b> <sup>m</sup> |
| Log (ROS + 1) Lucigenin <sup>a</sup> | 2.3 ± 0.2      | 2.3    | 2.5 ± 0.4        | 2.5    | <b>0.020</b> <sup>m</sup> |

Boldfaced values indicate significant difference

CP/CPPS chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, ROS reactive oxygen species, Log logarithm

<sup>a</sup>RLU /1.0 × 10<sup>6</sup> spermatozoa/mL

<sup>m</sup>Mann-Whitney U test

<sup>n</sup>number of subjects

Semen ROS seviyeleri



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



## PP-27

### İKİ PARÇALI ŞİŞİRİLEBİLİR PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU SONRASI HASTA VE PARTNER MEMNUNİYET DEĞERLENDİRİLMESİ

*Fatih Yanaral, Ufuk Çağlar, Çağlar Dizdaroğlu, Mazhar Ortaç, Abdullah Esmeray, Ömer Sarılar, Faruk Özgör  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye*

**AMAÇ:** Medikal tedaviye cevap vermeyen ciddi erektil disfonksiyonu olan hastalarda penil protez implantasyonu önerilmektedir. Çalışmamızın amacı, iki parça şişirilebilir penil protez implantasyonu sonrası hastaların memnuniyetini değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde 2015 ve 2018 yılları arasında iki parçalı penil protez (AMS Ambicor) implantasyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi ve hastaların klinik bilgileri detaylı olarak kaydedildi. Hastalara yüzyüze ve telefonla EDITS (Erektil Disfonksiyon Tedavi Memnuniyeti Anketi) formu doldurularak hastaların ve eşlerinin penil protez memnuniyet dereceleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 22 hasta değerlendirildi. Yaş ortalaması  $57.95 \pm 6.16$  (dağılım 40-67) idi. Ortalama takip süresi  $29.04 \pm 14.48$  aydı. İki olguda (% 9) tekrar operasyona gereksinimi oldu. Bir olguda mekanik cihaz yetersizliği, bir olguda enfeksiyon nedeniyle revizyon cerrahisi yapıldı. Ortalama ameliyat süresi ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresi sırasıyla  $102 \pm 29$  dk ve  $1.8 \pm 0.66$  gündü. Erektil disfonksiyon etiyolojileri; radikal pelvik cerrahi (% 41), diyabet (% 37) ve vasküler kaynaklı (% 22) idi. EDITS anketi sonuçları tabloda verilmiştir.

**SONUÇ:** EDITS kullanarak, 2 parçalı penil protez kullanmanın kolay olduğunu, ancak erkeklerin eşlerinden daha fazla memnuniyet oranına sahip olduğunu bulduk. Yüksek tedavi başarısı olan 2 parçalı penil protez, uygun hasta seçimi ve yeterli preoperatif bilgi ile yapılması halinde, ka-bul edilebilir komplikasyon ve revizyon oranları ile organik erektil disfonksiyonun tedavisinde etkili ve güvenli bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** 2 parçalı penil protez, EDITS, Erektil disfonksiyon, Penil protez

### EDITS sorgulama formu

Genel olarak, penil protezinizden memnun musunuz?

Hiç memnun değilim: 6 (%27)

Kısmen memnunum: 2 (%9)

Çok memnunum: 14 (%64)

Penil protez beklentilerinizin ne kadarını karşıladı?

Hiç karşılamadı: 6 (%27)

Bir kısmını karşıladı: 3 (%14)

Tamamını karşıladı: 13 (%59)

Penil protez sürekli kullanım için ne kadar uygun?

Hiç uygun değil: 4 (%18)

Kısmen uygun: 7 (%32)

Çok uygun: 11 (%50)

Penil protezi kullanmak sizin için kolay oluyor mu?

1:Hiç kolay değil: 4 (%18)

Kısmen kolay: 7 (%32)

Çok kolay: 11 (%50)

Cinsel birleşme esnasındaki hissetme ( zevk) yetinize güveniniz nasıl?

Hiç yok: 6 (%27)

Kısmen var: 3 (%14)

Tam: 13 (%59)

Eşiniz sonuçtan memnun mu?

Hiç memnun değil: 9 (%41)

Kısmen memnun: 4 (%18)

Çok memnun: 9 (%41)





## PP-28 EREKTİL DİSFONKSİYON İLE MONOSİT SAYISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Erhan Aydın, Serkan Yarimoğlu, Yasin Ceylan, Gürkan Cesur, Serdar Çelik, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci  
SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Erektile disfonksiyon (ED), penis ereksiyonunun oluşmaması ve/veya sürdürülmesi olarak tanımlanan erkeklerde en sık görülen cinsel bozukluklardan biridir. Yapılan çalışmalarda inflamasyon ve endotel disfonksiyonunun ED'de önemli bir role sahip olduğunu kanıtlamıştır. Monositler, inflamasyonda pro-inflamatuar ve pro-oksidan sitokinlerin üretimi için en önemli hücre tipleridir ve artmış monosit sayısı inflamasyonla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada monosit sayısı ile ED arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Polikliniğimize başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. ED olan 169 ve 100 kontrol olmak üzere 269 hasta çalışmaya alındı. ED tanısı IIEF (International Index of Erectile Function) skorlaması kullanıldı. ED tanılı hastalar monosit sayısı açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 57,06±8,08 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 57,59±14,73 idi (p=0,703). ED risk faktörleri açısından karşılaştırıldığında hipertansiyon oranları sırasıyla %50,1 ve %43,7 (p=0,34); diyabetes mellitus oranları sırasıyla %41,7 ve %35,1 idi (p=0,21). Gruplar arasında HgA1c oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,960). Monosit sayısı ED grubuna kıyasla kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek olarak bulundu (sırasıyla 0,51±0,15 mm<sup>3</sup> ve 0,72±0,99 mm<sup>3</sup>; p=0,008).

**SONUÇ:** Bir inflamasyon marker olan monosit ve ED ile ilgili yaptığımız bu çalışmada ED olan hastalarda monosit sayısı daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın kısıtlılığı hasta sayısının az olmasıdır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla hasta ile yapılan ileri klinik ve araştırma çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, monosit, endotelial disfonksiyon, inflamasyon

## PP-29 ERİŞKİN GÖMÜK PENİS TEDAVİSİNDE SERBEST DERMAL GREFT KULLANIMI: 7 OLGUDA UZUN SÜRE İZLEM SONUÇLARI

Mehmet Esat Kösem<sup>1</sup>, Ali Kemal Uslubaş<sup>1</sup>, Efe Bosnalı<sup>1</sup>, İbrahim Erkut Avcı<sup>1</sup>, Murat Üstüner<sup>2</sup>, Melih Çulha<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli  
<sup>2</sup>Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

**GİRİŞ:** Sirkumsizyon ve hipospadias cerrahi girişimlerinde komplikasyon olarak geniş cilt kaybı olduğunda, erişkinlerde penis cilt altında gömük olarak kalmaktadır. Çalışmamızda tedavisi yapılan olguların uzun dönem izlem sonuçlarını araştırdık.

**HASTALAR VE YÖNTEM:** 1997-2017 yılları arasında yaşları 18-32 arasında değişen 7 olgu gömük penis nedeniyle tedavi edildi. 5 olguda sirkumsizyon iki olguda ise hipospadias cerrahileri penisin cilt altında gömülü olarak kalmasına yol açmıştır.

**CERRAHİ METOD:** Sirkumsizyon insizyonu sonrası, artifisyal ereksiyon oluşturularak penisdeki cilt defekti belirlendi. Femoral bölge dış yüzünden dermatom bıçağı ile dermal greft alınarak defekt kapatıldı.

**SONUÇLAR:** Hiçbir olguda preop ve postop komplikasyon olmadı. Kateterleri postop 3. gün çekilen olgular 5-6 günde taburcu edildiler. Ortalama izlem süresi 29 (5-41) aydır. Hiçbir olguda greft kaybı ve kontraktürü olmadı. İki olgu greft bölgesinde his kaybından yakındı.

**TARTIŞMA:** Çalışmamızdaki sonuçlara göre, erişkin gömük penisin cerrahi tedavisinde otolog dermal greft kullanımı etkili bir yöntem olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin gömük penis, deri grefti, cilt kaybı



## PP-30 ÜRETERAL STENTİN ERKEK CİNSEL FONKSİYONU ÜZERİNE ETKİSİ

*Ramazan Topaktaş, Mehmet Akyüz  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ:** Üreter taşı tedavisinde üreterorenoskopi standart tedavi modalitelerinden biridir. Üreterorenoskopi sonrası sık kullanılan üreteral Double J (DJ) stentler güvenilir ve pratik olmalarına karşın bazı istenmeyen yan etkilere neden olabilirler. Çalışmamızda, üreter taşı tedavisi sonrası sıklıkla kullanılan üreteral stentin genç erkeklerin cinsel fonksiyonu üzerindeki olası etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM-GEREÇ:** Mayıs 2013 ile Nisan 2016 tarihleri arasında kliniğimizde 18-50 yaş aralığında üreter taşı nedeni ile üreterorenoskopi yapılan toplam 112 erkek hasta çalışmaya alındı. Son 1 yılda düzenli cinsel ilişkisi bulunmayanlar, geçirilmiş ürogenital cerrahisi, nörojenik mesanesi ve benign prostat hiperplazisi olanlar, çalışma dışı bırakıldı. Tek taraflı DJ stent takılan (Grup 1) ve takılmayan (Grup 2) olarak 2 gruba ayrıldı. Her iki gruptaki hastalara preoperatif, postoperatif 1. ve 3. aylarda International Index of Erectile Function (IIEF) doldurtuldu ve hastaların skorları operasyon öncesi sonuçlar ile karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları ve ortalama kateterizasyon süreleri sırasıyla 41.6±11.7 yıl (dağılım, 19-50) ve 16±5.9 gün (dağılım, 10-30) idi. Toplam hastaların 67'sine (%59.8) DJ kateter takılmış iken (Grup 1), 45'ine (%40.1) takılmamıştır (Grup 2). Grup 1'de preoperatif, postoperatif 1. ve 3. aylardaki IIEF ortalamaları sırasıyla 19.5±4.5, 17.6±5.1 ve 19.1±4.2 idi. Grup 2'de IIEF ortalamaları ise sırasıyla 20.2±5.2, 18.1±4.9 ve 19.6±4.9 idi. Üreteral stent takılan ve takılmayan gruplar arasında IIEF sonuçları açısından istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 1).

**SONUÇ:** Çalışmamızdan elde edilen bulgular eşliğinde üreterorenoskopi sonrası DJ stent yerleştirilmesinin erkek cinsel fonksiyonunda anlamlı bir bozulmaya neden olmadığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Üreterorenoskopi, seksüel fonksiyon, üreteral stent, IIEF

**Tablo 1**

|                        | DJ VAR<br>(n:67) | DJ YOK<br>(n:45) | P     |
|------------------------|------------------|------------------|-------|
| DEĞİŞKEN               | ORTALAMA± SD     | ORTALAMA± SD     |       |
| Yaş                    | 42.3±11.7        | 41.1±10.1        | >0.05 |
| Preoperatif IIEF       | 19.5±4.5         | 20.2±5.2         | >0.05 |
| Postoperatif 1.ay IIEF | 17.6±5.1         | 18.1±4.9         | >0.05 |
| Postoperatif 3.ay IIEF | 19.1±4.2         | 19.6±4.9         | >0.05 |

DJ kateter takılan ve takılmayan grup verilerinin karşılaştırması.

## PP-31 OLİGOSPERMİK HASTALARDA SPERM KONSANTRASYONU İLE FSH, LH VE TESTOSTERON DEĞERLERİNİN ARASINDAKİ İLİŞKİNİN LINEER REGRESYON ANALİZİ İLE ORTAYA KONULMASI

*Kasım Ertaş<sup>1</sup>, Serdar Yüksek<sup>2</sup>, Özgür Eroğlu<sup>3</sup>, Ender Cem Bulut<sup>1</sup>, Ahmet Şahan<sup>4</sup>, Murat Demir<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği / VAN

<sup>2</sup>Millî Eğitim Bakanlığı, KMTAL Kiraz /İZMİR

<sup>3</sup>Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi / VAN

<sup>4</sup>İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İSTANBUL

Sperm sayısının normalden daha düşük olması ile tanımlanabilen oligospermimin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Sperm sayısı veya sperm kalitesi düşük erkeklerin yaklaşık yüzde 40'ında gözlenen varikosel, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, virüsler, boşalma problemlerine yol açan yaralanmalar, tümörler, kanser, geçmiş ameliyatlara, beta blokerler, antibiyotikler ve tansiyon ilaçları, hormon sorunları, kimyasallara ve ağır metallerle maruz kalma, testislerin etrafındaki sıcaklık artışı, uyuşturucu, sigara, alkol kullanımı ve kilo problemleri sperm üretimini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada hastanemizin etik kurul onayı müsaadesince değerlendirilen 78 oligospermi hastasının sperm parametrelerinden konsantrasyon ile FSH, LH ve testosteron değerlerinin arasındaki ilişki lineer regresyon analizi ile ortaya konulmuştur. Hastaların sperm konsantrasyonları 5,03 M/ml ile 14,4 M/ml arasında değişmektedir. Lineer regresyon analizi sonuçlarına göre denklemin tahmin gücünü gösteren "Adjusted R Square" değeri 0,470 bulunmuştur. Buna göre modelin tahmin gücü %47' dir. "Sig." değeri 0.000 < 0.05 olduğu için oluşturulan modelin anlamlı bir model olduğu yorumu yapılmıştır. Lineer regresyon analizi sonuçlarına göre, oligospermik hastalarda FSH ve testosteronun sperm konsantrasyonu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu (p = 0,000 / p = 0,002), LH değerinin konsantrasyon üzerinde etkisi olmadığı (p = 0,670) tespit edilmiştir. Alt gruplara ayrılmamış oligospermi hastalarında sperm konsantrasyonu ile FSH, testosteron arasında ilişkiyi ortaya koyan modelin tahmin gücünün nispeten düşük olması oligospermimin hormonal faktörlerin dışında farklı nedenlerinin de olmasından kaynaklanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Oligospermi, Sperm konsantrasyonu, FSH, LH, Testosteron, Lineer regresyon



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-32 EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİNDE DÜŞÜK YOĞUNLUKLU ŞOK DALGASI TEDAVİSİNİN DİYABETLİ HASTALARDA SONUÇLARI

*Onur Dede*  
Dicle Üniversitesi tıp fakultesi üroloji AD

**AMAÇ:** Düşük yoğunluklu ekstrakorporeal shockwave terapisinin (Li-SWT) erektil disfonksiyonu olan diabetes mellitus (DM) hastalarında etkisini, güvenilirliğini ve hasta memnuniyetini değerlendirmek

**YÖNTEM:** Retrospektif bir çalışma olup üroloji kliniğine 22 ED hastası dahil edildi. Dahil edilme kriterleri, Uluslararası Erektıl Fonksiyon Endeksi (IIEF-5) 8-18 arasında olması, 6 aydan uzun süre erektil disfonksiyon şikayetleri bulunması ve Ereksiyon Sertlik Skoru (EHS) 2 veya altında olmasıydı. Hastalar psikiyatrik ve hormonal olarak normal ve PDE5i tedavisine yanıt vermemekteydi. Seçilen vakaların DM tanısı mevcuttu. Tedavi her seansta 1500 atış, haftada 3 gün, 2 hafta boyunca yapıldı.

**BULGULAR:** Yirmi iki hasta alındı, ortalama yaş  $51 \pm 5,78$  yıl olarak bulundu; Li-SWT'den önceki IIEF-5 skoru, üçüncü ayda ve Li-SWT'den sonraki altıncı ayda  $13,13 \pm 2,7$ ;  $17,81 \pm 3,2$ ;  $17,86 \pm 3,16$  olarak hesaplandı ( $p < 0,01$ ). İstatistiksel bir artışla IIEF-5 tedaviden sonraki 3. ayda alındı ( $p < 0,01$ ). 3 ve 6. aylarda IIEF-5 skorları benzerdi ( $p: 0,9$ ). Ortalama EHS skorları  $2,22 \pm 0,42$ ;  $2,86 \pm 0,46$ ;  $3,0 \pm 0,43$  çalışmanın 3 ayında anlamlı artış saptandı ( $p < 0,01$ ).

**SONUÇ:** Li-SWT medikal tedaviye yanıt vermeyen DM'a bağlı erektil disfonksiyonu olan hastalarda hastanın ereksiyon fonksiyonlarını düzeltmekte güvenli ve önemli bir rol oynamaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Li-swt, erektil disfonksiyon, diabet



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-33 PEYRONİE HASTALIĞI OLANLARDA 3 BOYUTLU BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN PENİL DEFORMİTE DEĞERLENDİRMESİNDEKİ ETKİNLİĞİ: PİLOT ÇALIŞMA

*Abdulkadir Özmez<sup>1</sup>, Mazhar Ortaç<sup>1</sup>, Gökhan Çevik<sup>2</sup>, Hakan Akdere<sup>2</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi  
<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

**GİRİŞ:** Peyronie Hastalığı (PD) olanlarda penisin tedavi öncesi anatomik ve fonksiyonel değerlendirilmesi tedavi seçiminde çok önemlidir.

**AMAÇ:** Çalışmanın amacı, Peyronie Hastalığı olan hastalarda, artifisyonel penil ereksiyonda otofotografi, kombine intrakavernöz enjeksiyon stimülasyon testi (CIS) ve üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (3D CT) ile penil deformitenin değerlendirilmesi ve üç farklı yöntemin karşılaştırılmasıdır.

**METOD:** PD olanların penil deformiteleri tedavi öncesinde otofotografi, intrakavernosal vazoaktif ajanın enjeksiyonunun ardından gonyometre kullanılarak, 3 boyutlu BT değerlendirme yöntemleri ile karşılaştırılarak korelasyonları araştırıldı.

**TEMEL SONUÇ ÖLÇÜTLERİ:** Otofotografi, CIS ve 3D CT ile penil eğriliğin değerlendirilmesi

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 36 hastanın yaş ortalaması  $58 \pm 8,25$  (36-72) yaş olup, hastalığın başlangıcından beri geçen süre ortalama  $25 \pm 24$  ay (2-144) idi.

Otofotografi, CIS ve 3D CT kullanılarak ölçülen penis eğriliklerinin dereceleri sırasıyla  $24^\circ$  (0-80),  $40^\circ$  (0-90) ve  $34^\circ$  (0-80) olarak belirlendi. Üç yöntem kullanılarak tüm hastaların penis eğriliğini değerlendirmek için genel korelasyon analizi yapıldığında; otofotografi ile CIS arasında ( $rs: 0,72$ ,  $p < 0,001$ ) ve otofotografi ile 3D CT ( $rs: 0,56$ ,  $p < 0,001$ ) arasında orta düzeyde bir korelasyon saptanırken, CIS ile 3D CT arasında güçlü bir korelasyon tespit edildi ( $rs: 0,78$ ,  $p < 0,001$ ).

Erektıl disfonksiyonu olan ve olmayan hastalar arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde; ED'li hastalarda CIS ile otografi arasındaki korelasyon gücünde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptandı ( $0,629 - 0,925$   $p < 0,05$ ); ancak ED olmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ( $0,694$  vs  $0,813$ ,  $p > 0,05$ ).

**SONUÇ:** 3D CT'nin otofotografiye üstünlüğü ve birçok parametrede CIS ile güçlü korelasyonu gösterilmiştir. Ancak, 3D CT'nin CIS değerlendirmesinden daha fazla bilgi vermediği bulundu. Mevcut limitasyonlar ve maliyet artışı, PD değerlendirmesinde 3D CT kullanımını sınırlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Peyroni Hastalığı, Penil deformite, değerlendirme metodları



## PP-34 KONVANSİYONEL VE MİKROSKOPİK VARİKOLEKTOMİ YAPILAN HASTALARIMIZIN SEMEN ANALİZ SONUÇLARI

*Murat Demir, Kasım Ertas*  
*Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Van*

**AMAÇ:** Erkek infertilitesinin bilinen en sık sebebi varikoseldir. Bu çalışmanın amacı infertilite nedeniyle yapılan konvansiyonel ve mikroskobik varikosektomi sonuçlarını karşılaştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Konvansiyonel varikosektomi yapılan 15 hasta ve mikroskobik varikosektomi yapılan 15 hastanın postop 3. ayda semen analiz sonuçları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Konvansiyonel gruptaki 5 olgu grade 2 iken, 10 olgu grade 3, 8'i sol varikosel iken 7'si bilateral idi. Mikroskobik grupta ise 7 olgu grade 2, 8 olgu grade 3, 10'u sol varikosel, 5'i bilateral idi. Konvansiyonel grupta ortalama spermsayısı postop 3. ayda 13.5 milyondan 15.8 milyona yükselirken, mikroskobik varikosektomi grubunda 14.2 milyondan 20.1 milyona yükselmiştir. İleri doğru sperm hareketliliği 1. grupta %23.2'den %32.7'e yükselirken, 2. grupta %25.2'den %34.8'e yükseldiği gözlemlendi. 1. grupta 4 olguda nüks izlenirken, 2. grupta nüks izlenmemiştir. Sonuç: Bu bulgular ışığında mikroskobik varikosektominin konvansiyonel yöntemden daha etkin olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Varikosel, infertilite, sperm

### Postop Konvansiyonel Ve Mikroskopik Varikosektomi Sonuçları

|               | Preop-Konvansiyone | Postop-Konvansiyonel | Preop-Mikroskopik | Postop-Mikroskopik |
|---------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| Sperm Sayısı  | 13.5 milyon        | 15.8 milyon          | 14.2 milyon       | 20.1 milyon        |
| İleri Hareket | %23.2              | %32.7                | %25.2             | 34.8               |
| Nüks          |                    | 5                    |                   | 0                  |

## PP-35 NÖTROFİL LENFOSİT VE PLATELET LENFOSİT ORANLARININ EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALIĞINDAKİ ROLÜ

*Aykut Demirci<sup>1</sup>, Berat Cem Özgür<sup>2</sup>*  
*<sup>1</sup>Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*  
*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**GİRİŞ:** Penil nörolojik, vasküler ve düz kas elemanlarının intakt ve koordineli çalışmamasına bağlı olarak ereksiyonu sağlamada kalıcı yetersizlik meydana gelmesi klinikte erektil disfonksiyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizde çalışmamızda erektil disfonksiyon hastalarında NLR ve PLR değerlerinin tanı aşamasındaki yerini araştırmayı amaçladık.

**MATERYAL - METOD:** Ekim 2017-Mart 2018 tarihleri arasında üroloji polikliniğimize başvurmuş 63 hasta çalışmaya vaka grubu olarak dahil edildi. ED tanısı olmayan hemogram bakılmış, klinik ve demografik özellikleri aynı olan 80 erkek hasta da kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Sağlık açısından önemli komorbiditeler Charlson Komorbidite İndeksi (CCI) ile skorlandı.

Hastalardan IIEF-5 skoru 0-10 ve 11-25 arasında olanlar sırasıyla ağır ve hafif-orta ED olarak sınıflandırıldı. Ağır ED grubuna 33, hafif-orta ED grubuna 30 hasta dahil edildi. Hastaların ve kontrol grubunun hemogram testlerinde nötrofil lenfosit ve platelet lenfosit oranları bakıldı.

**BULGULAR:** Hafif-orta ED grubunda 43.1±11.9, ağır ED grubunda yaş ortalaması 51.8±12.1'di. Hafif-orta ED grubuna göre ağır ED grubunun yaş ortalaması daha yüksek idi (p=0.019). Hafif-orta ED grubu ve ağır ED grubunun CCI düzeyi sırasıyla 1 (0-2), 1 (1-3) olup istatistiksel olarak ağır ED grubunun CCI daha yüksek idi (p=0.010). Kontrol grubu ED hastalarıyla yaş ortalaması ve CCI bakımından benzerdi (p=0.092, p=0.480; p>0.216).

Hafif-orta ve ağır ED grubunun tedavi öncesi IIEF-5 skoru sırasıyla 15.5 (13.0-18.0), 5.0 (3.0-7.0)'di; ciddi grubun IIEF-5 düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.001). CCI düzeyi arttıkça ve yaş ilerledikçe IIEF-5 düzeyi azalmaktaydı (r=-0.454 ve p<0.001; r=-0.376 ve p=0.002).

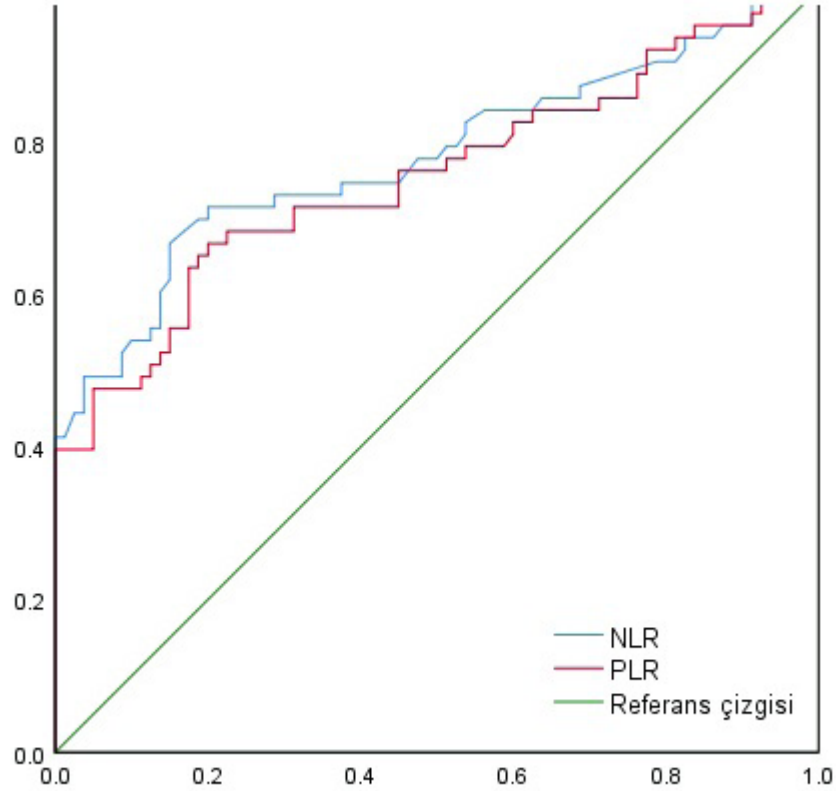
Hafif-orta ED grubu ile ağır ED grubu arasında NLR ortalamaları sırasıyla 1.83±0.45 ve 1.93±0.85 idi (p=0.566). Hafif-orta ED grubu ile ağır ED grubu arasında PLR ortalamaları sırasıyla 107.1±28.01 ve 117.2±27.6 idi (p=0.155). Hafif-orta ED, ağır ED ve tüm vaka grubuyla karşılaştırıldığında NLR ve PLR düzeyi kontrol grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (1.32±0.29, p<0.001; 88.6±18.71, p<0.001). Grupları birbirinden ayırt etmede NLR ölçümlerine ait en iyi kesim noktası 1.565 idi. Bu noktadaki NLR'nin sensitivitesi %66.7, spesifisitesi %85.0'di. Grupları birbirinden ayırt etmede PLR ölçümlerine ait en iyi kesim noktası 105.735'di. Bu noktadaki PLR'nin sensitivitesi %66.7, spesifisitesi %80.0 idi.

**SONUÇ:** Erektile disfonksiyon erkekler için önemli bir cinsel problemdir ve bu konuda yapılan çalışmalar halen aydınlatılamamış yönlerin olması nedeniyle önem kazanmaktadır. Hafif-orta ve ağır ED gruplarında NLR ve PLR değerleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı ölçüde yüksek seyretmektedir (p<0.001).

**Anahtar Kelimeler:** Erektile Disfonksiyon, Nötrofil Lenfosit Oranı, Platelet Lenfosit Oranı

Şekil 1

p<0.05



NLR-PLR ROC Eğrisi Grafiği

### PP-36

### ÜROTELYAL KARSİNOMA SENKRON GÖRÜLEN PENİL SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU OLGU SUNUMU

*Alihan Kokurcan, İbrahim Güven Kartal, Görkem Özenç, Anar Aghayev, Emin Ozan Akay, Orhan Yiğitbaşı, Aşır Eraslan, Fatih Yalçınkaya*  
*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara*

**GİRİŞ:** Penil kanserler endüstrileşmiş toplumlarda 1-2/100.000 sıklığında görülmektedir. En sık skuamöz hücreli karsinom (SHK) olarak görülen penil tümörler için yaygın risk faktörleri içerisinde Human Papilloma Virüs enfeksiyonu, sigara, fimozis ve liken sklerozis bulunmaktadır. Penil kanserler primer yada böbrek ve/veya mesane kanserlerine senkron gelişebilir. Bu olgumuzda mesane karsinomu tedavisi sonrası senkron olarak gelişen penil SHK hastası sunulmuştur.

**OLGU SUNUMU:** Yetmiş iki yaşındaki erkek hastaya; mesane ve üretradaki ürotelyal karsinom nedeniyle radikal sistoprostektomi, genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu ve ürektomi uygulandı. Metastazi olmayan hasta takibe alındı. Hasta post-operatif 6. ayında glans penisini kaplayan parşömen kağıdı görüntüsündeki deri lezyonuyla kliniğimize başvurdu. Yapılan eksizyonel biyopside orta derece diferansiye SHK karsinom tanısı konuldu. Uygulanan penektomi ve bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonunda, patoloji sonucu korpus spongiosum ve kavernoza infiltrat SHK (T2N0M0) olarak geldi. Peroperatif takibinde sıkıntısı olmayan hastanın penektomi sonrası 6. Ayda çekilen F18-Fluorodeoksiglukoz Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayarlı Tomografisinde akciğerlerde SHK'a bağlı metastatik nodüller tespit edildi. Bunun üzerine tıbbi onkoloji servisine devir edilen hasta sistemik tedavi uygulanırken yaşamını kaybetti.

**SONUÇ:** Penil kanserler nadir görülmekle beraber başka kanserlerle senkron ve metakron olarak görülebilmektedir. Penil SHK ve ürotelyal karsinomun senkron olarak görülmesi, bildiğimiz kadarıyla literatürde günümüze kadar bildirilmemiştir. Ürotelyal karsinom nedeniyle ürektomi yapılan hastalarda penis lezyonları geliştiğinde ayrıntılı değerlendirme gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Penektomi, Penil Kanser, Skuamöz Hücreli Karsinom

### Penektomi

### Materyali



## PP-37 ANADOLU TANRISI PRIAPOS VE PRIAPİZM

*Ekrem Güner, Kamil Gökhan Şeker, Yusuf Arıkan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul*

**GİRİŞ- AMAÇ:** Priapos, Yunan mitolojisinde bereket tanrısıdır. Antik Yunan kültürü eşzamanlı olarak Anadolu'da da yaşanmıştır. Priapos, yerel bir Anadolu tanrısı olup özellikle de doğduğu yer olan Lapseki (Lampsakos, Mysia) şehrinin gurur kaynağı olmuştur. Erekte penis "Phallus" olarak adlandırılmıştır. Tanrı, fallusu ile dikkat çekmiş, onun erekte penisinin yansımaları günümüze kadar gelmiş, kökenini Priapos'dan alan Priapizm de tıp literatürü içinde yerini almıştır. Bu çalışmada, Priapos'u, onun erekte "phallus" u ile Priapizm arasındaki ilişkinin kaynağını ve nedenlerini ortaya koyacağız.

**MATERYAL - METOD:** Priapos ile ilgili literatür araştırılmış, nümismatik web sitelerindeki antik paralarda ve arkeoloji müzelerinde fallus, fallus muska-kolye ve tanrı Priapos örnekleri araştırılmış ve incelenmiştir.

**BULGULAR:** Figürlerinde küçük ve çirkin bir adam olarak ifade edilen Priapos'un penisi kendi kadar uzun olarak betimlenmiştir. (Şekil 1a,b) Dikkat çekici büyük penisi olan Tanrı Priapos erkek genital organların koruyucusu olmuş, erkeklik, cinsellik, güç, üreme ve doğurganlığın tanrısı olarak kabul edilmiştir. Priapos kültü, antik Yunan ve Roma döneminde, insanların tanrıdan cinsel ve fiziksel güç, iktidar, maddi bolluk ve bereket beklentileri ile yayılmıştır. Roma döneminde insanlar boyunlarına minyatür fallus (fascinum) objelerini kötü şansa, kötülüğe ve kötü gözlemlere karşı koruyucu tılsım olarak takmışlardır. (Şekil 1c) Priapizm, tarihte ilk olarak Mısır'da yazılmış ve M.Ö. 1550 yıllarına tarihlenen Ebers papirüsünde belirtilmiştir. Antik Yunan döneminde ise Priapizm'in ilk tanrısı yaklaşık M.Ö.300'lerde Apamealı Demetrius tarafından yapılmıştır. Çok tanrılı Yunan mitolojisinde Priapos'un dışında Dionysus, Pan ve Hermes büyük penisleriyle dikkat çeken tanrılar olmuştur. Başka rakipleri olmasına rağmen, Priapizm hastalığındaki penisin tanrı Priapos'un penisi ile ilişkilendirilmesi ve Priapizmin ismini Priapos'tan alması merak uyandırmıştır. Bunun başlıca nedeni, Priapos kültürünün anlatımında ve görsel sunumunda priapizmde olduğu gibi her zaman büyük, erekte ve dik bir penisin kullanılmış olmasıdır. Priapizm hastalığında sürekli erekte haldeki penis ile Priapos'un penisinin görsel benzerliği de bu seçimde önemli rol oynamıştır. (Şekil 1d)

**SONUÇLAR:** Erkek cinsel organına tapınma ve ibadet olarak tanımlanan fallik kült (Phallic cult veya Phallic worship), Antik Yunan ve Roma'da kendini Priapos kültü içinde göstermiş, tanrının en önemli özelliği olan "fallus"u, erkeklik, güç, iktidar, bereket ve yaşamın tek kaynağı olarak görülmüştür. Tanrı'nın penisinin Priapizmde olduğu gibi sürekli olarak dik durması, onu Priapizmin isim babası yapmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Priapos, Priapizm, Üroloji Tarihi, Androloji

## Resim 1



1a Tanrı Priapos Figürü, Efes Arkeoloji Müzesi, Türkiye (M.S. 2. yüzyıl) 1b Tanrı Priapos Resmedilmiş Bronz Para, Nicopolis Antik Şehri, Bulgaristan (M.S. 193-211) 1c Roma Dönemi Bronz Fallik Amuletler (M.S. 1.-2. yüzyıl) 1d Tanrı Priapos Freski, Napoli Ulusal Arkeoloji Müzesi, İtalya (M.S. 1. yüzyıl)



**PP-38**  
**SERUM TOTAL TESTOSTERON DÜZEYİ ORGANİK NEDENLİ EREKTİL DİSFONKSİYON TANISINDA KULLANILABİLİR Mİ?**

*Turgay Ebiloğlu<sup>1</sup>, Sinan Akay<sup>2</sup>, Bahadır Topuz<sup>1</sup>, Selçuk Sarıkaya<sup>1</sup>, Erdim Sertoğlu<sup>3</sup>, Ömer Faruk Karataş<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi

<sup>2</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Servisi

<sup>3</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Servisi

**AMAÇ:** Organik nedenli erektil disfonksiyon tanısında testosteron değerlerini değerlendirmek ve tanı için kullanılabilecek bir testosteron eşik değerleri saptamak.

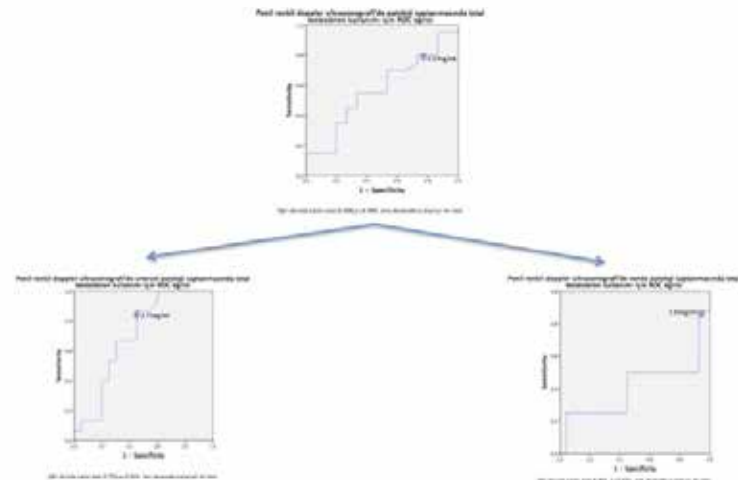
**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Eylül 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında birinci ve ikinci basamak tedavi seçeneklerine cevap vermeyen erektil disfonksiyon nedeni ile penil renkli dopler ultrasonografi (PRDU) yapılmış 57 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Penil renkli dopler ultrasonografi'de arteriyel patoloji saptanan hastalar grup 1 (G1), venöz patoloji saptanan hastalar grup 2 (G2), normal bulgular saptanan hastalar grup 3 (G3) olarak tanımlandı. Serum total testosteron değerleri ile tanımlanan gruplar arasındaki ilişki değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 57 hasta değerlendirildi. Grup 1'de 22 hasta, G2'de 13 hasta, G3'de 22 hasta mevcut idi. Gruplar arasındaki serum total testosteron değerleri tablo 1'de sunuldu (Tablo 1). Grup 1 ve G2, G1 ve G3, G4 ve G3 arasında serum total testosteron açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (sırası ile p=0.220, 0.267, 0.551). Grup 1 ve G2 için saptanan testosteron eşik değeri tablo 2'de sunuldu (Şekil) (Tablo 2).

**SONUÇ:** Gruplar arasında ortalama total testosteron oranları yakın olsa da, organik bir neden saptamak amacı ile total testosteron 2.57ng/ml eşik değeri, arteriyel yetmezlik saptamak için 2.71ng/ml eşik değeri, venöz yetmezlik saptamak için 1.92ng/ml eşik değeri kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, total testosteron, organik neden

**Resim**



ROC eğrileri

**Tablo 1 ve 2**

| TABLO 1                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Total testesteron seviyesi     | Total testesteron seviyesi | Total testesteron seviyesi | Total testesteron seviyesi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| PRDU bulguları:                                                                                                                                                                                                                                                                          | Minimum                        | Maksimum                   | Ortalama                   | Std. Sapma                 |
| Arteriyel yetmezlik                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2.61                           | 6.94                       | 4.0708*, **                | 1.28299                    |
| Venöz yetmezlik                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.21                           | 6.73                       | 3.0080*, ***               | 2.14165                    |
| Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.59                           | 5.88                       | 3.4947**, ***              | 1.33287                    |
| *arteriyel ve venöz yetmezlikte total testesteron karşılaştırması p=0.220<br>**arteriyel yetmezlikli ve normal bulguları olan hastalarda total testesteron karşılaştırması p=0.267<br>***venöz yetmezlikli ve normal bulguları olan hastalarda total testesteron karşılaştırması p=0.551 |                                |                            |                            |                            |
| TABLO 2                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Total testesterone eşik değeri | Duyarlılık                 | Duyarlılık                 |                            |
| Herhangi bir organik patoloji                                                                                                                                                                                                                                                            | 2.57ng/ml                      | 80%                        | 40%                        |                            |
| Arteriyel yetmezlik                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2.71ng/ml                      | 80%                        | 50%                        |                            |
| Venöz yetmezlik                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.92ng/ml                      | 80%                        | 20%                        |                            |

**PP-39  
PENİL PROTEZ CERRAHİSİNDE LOKAL VANKOMİSİN KULLANIMI**

*Onur Dede  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi*

**GİRİŞ:** Protez cerrahisinin en önemli komplikasyonu protez enfeksiyonudur. Enfeksiyon en sık etkenler staphylococcus epidermidis ve st.aureus bakterileridir ve bu bakterilerin rifampisin direnci %15-30 arasında değişmektedir. Vankomicine direnç ise sıfıra yakındır. Enfeksiyondan korunmak için ameliyat öncesi rutin yapılan temizlik ve vaka sırasında rifampisin lavajı yaygın kullanılmaktadır. Bu çalışmada özellikle iki parçalı şişirilebilir penil protez cerrahisi sırasında protez lavajı için vankomisin kullandığımız hastaların sonuçları paylaşmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Haziran 2014 Ocak 2019 tarihleri arasında penil protez cerrahisi yapılan 27 hastanın verileri geriye dönük değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, ko-morbiditeleri, cerrahi sonrası komplikasyon oranları kaydedildi. Hastalara operasyondan 1 saat önce 1. kuşak sefalosporin verildi, operasyon sırasında rifampisin ile lavaj yapıldı. Protez ölçümü alındıktan sonra 2 gr vankomisin ile protez takılmadan önce protezin tümü ve insizyon bölgesi yıkandı.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı 54.2±12.7 yıldı. Ortalama hastanede kalış 3.24±1.12 gündü. Ortalama operasyon süresi 58.4±12.3 dakika olarak ölçüldü. Hastaların 24'ü diabetes mellitus, 3'ü peyroni zemininde gelişen erektil disfonksiyon hastasıydı. Penil protez yerleştirildikten sonra hiçbir hastada lokal enfeksiyon veya enfeksiyon ile ilişkili komplikasyon gelişmedi. Hastalarda lokal vankomisine bağlı yan etki görülmedi.

**SONUÇ:** Penil protez cerrahisinin en korkulan komplikasyonu enfeksiyondur. Vankomisin lavajı özellikle ortopedi ve protez cerrahisi yapılan bir çok klinikte kullanılmasına rağmen ürolojide yeni kullanılan bir tekniktir. Özellikle dirençli suşlardan korunma açısından yüksek başarı oranına sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Vancomisin, penil protez, enfeksiyon

**PP-40  
AZOSPERMİK VE ŞİDDETLİ OLİGOSPERMİK OLGULARDA KARYOTİP ANALİZ SONUÇLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

*Osman Barut, Mehmet Kutlu Demirkol, Emre İsak, Sefa Resim  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

**AMAÇ:** Çalışmamızda, infertilite nedeniyle kliniğimize başvuran ve spermiogram tetkikinde nonobstrüktif azospermi (NOA) ve şiddetli oligospermi saptanan erkek hastalardaki karyotip analiz sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Kliniğimize 2008 – 2015 yılları arasında infertilite şikayetiyle başvuran azospermik (n=241) ve ciddi oligospermik (n=154) hasta çalışmaya dahil edildi. Genetik analizi yapılan hastalardan alınan kan örneklerinde bakılan follikül stimüle edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH), estradiol (E2) ve testosteron hormonlarının değerleri incelendi.

**BULGULAR:** Ortalama FSH hormonu 16,68 ± 15,47 mIU/mL (0,70-66,57), ortalama LH düzeyi 9,01 ± 7,70 mIU/mL (0,30-42,50) olup, ortalama E2 33,29 ± 17,25pg/mL (11,80-86,00) olarak hesaplandı. Testosteron değeri ortalaması 310,64 ± 182,38 ng/mL (5,00-993,00) idi. Genetik analiz yapılan 395 hastadan 315 (%79.7)' inde herhangi bir delesyon görülmüdü. Genetik anomali saptanan 78 hastanın 41(%10.4)' inde klinefelter sendromuna (KS) rastlandı. Geriye kalan 39 (%9.9) hastada ise otozomal kromozomlarda anomali saptandı. En sık görülen kromozomal anomaliler: 46,XY,9qh+, (n=9,%2.2); 46,XY,1qh+, (n=7, %1.8); 46,XY,inv(9)(p11;q13), (n=5, %1.3) olarak tespit edildi (Tablo).

**SONUÇ:** Literatürdeki diğer çalışmalar ile kıyaslandığında KS ve otozomal kromozom anomali olan hastalarda oransal olarak farklılıkların saptanmasının nedeni genetik analiz bakılan hasta popülasyonuna, taramada kullanılan gen bölgelerindeki farklılığa ve demografik özelliklerin bölgeler arasındaki farklılığına bağlı olabilir. Çalışmamızın ülkemizde NOA ve şiddetli oligospermi hastalarındaki genetik anormallik oranlarının belirlenmesinde faydalı bir kaynak olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek, infertilite, Karyotip Analizi

**İnfertil Erkek Hastalarda Karyotip Analiz Sonuçları**

|                         | N   | Frekans % |
|-------------------------|-----|-----------|
| Delesyon saptanmamışlar | 315 | 79,7      |
| Klinefelter             | 41  | 10,4      |
| 1qh+                    | 7   | 1,8       |
| inv(9) (p12,q13)        | 2   | 0,5       |
| 9qh+                    | 9   | 2,2       |
| inv(9) (p11,q13)        | 5   | 1,3       |
| q11.2                   | 4   | 1,0       |
| inv(9)(p11;q12)         | 1   | 0,3       |
| t(5;9)(p13;p21)         | 3   | 0,8       |
| Yqh+                    | 4   | 1,0       |
| 16qh+                   | 4   | 1,0       |



## PP-41 RAT MODELİNDE İZOTİRETİNOİN TEDAVİSİNİN SPERMATOGENEZ ÜZERİNE UZUN DÖNEM ETKİSİ

Abdullah Çirakoğlu<sup>1</sup>, Sevda Önder<sup>2</sup>, İsmail Nalbantı<sup>1</sup>, Erdal Benli<sup>1</sup>, Ahmet Yüce<sup>1</sup>, Hatice Hancı<sup>3</sup>, Yeliz Kaşko Arıcı<sup>4</sup>, Orhan Baş<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Ana Bilim Dalı

<sup>4</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

<sup>5</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Sürekli hücre siklusunun devam ettiği spermatogenez dış etkilere karşı çok hassastır. Akne tedavisinde yaygın kullanılan izotiretinoinin etkinliğini hücre siklusunu durdurarak gösterdiği düşünülmektedir. İzotiretinoinin testisler ve spermatogenez üzerine etkisi ile ilgili literatürde çelişkili bilgiler mevcuttur. Bu nedenle çalışmamızda oral isotretinoinin testis dokusu ve spermatogenez üzerine uzun dönem etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir rat çalışması planladık

**MATERYAL - METOD:** 4-8 haftalık yirmidört erkek Wistar-albino rat her grupta 6 rat olacak şekilde randomize olarak 4 gruba ayrıldı. Grup 1 (n=6) 7.5 mg/kg/gün, Grup 2 (n=6) 30 mg/kg/gün isotretinoin (Roaccutane, Roche, Basel, Swiss) ayçiçeği yağında çözündürülerek gastrik gavaj yoluyla 4 hafta verildi. Sham grubuna (n=6) ise aynı süre zarfında sadece ayçiçeği yağı verildi. Kontrol grubu (n=6) standart yem ve su ile beslendi. 4. haftadan sonra tüm hayvanlar standart yem ve su ile beslenerek 4 hafta takip edildi. Sekizinci haftanın sonunda tüm hayvanlar sakrifiye edildi. Tüm hayvanların testisleri bilateral eksize edilerek epididimis ve testis dokuları analizler için birbirlerinden ayrıldı. Histopatolojik inceleme ve seminifer tübül çapı ile epitel kalınlığı ölçümleri için testis dokuları hematoksilin ve eozin ile boyandı. Apoptosis, seminifer tübül epitelinde DNA fragmentasyonunu tespit etmek için TUNEL boyama kullanılarak incelendi. Sperm sayısı ve motilite değerlendirmesi Makler sperm counting chamber ile ışık mikroskopunda x 100 büyütme yapıldı.

**BULGULAR:** İzotiretinoin kullanan gruplarda sperm sayısı, motilitesi, vitality, diameter of seminiferous tubule, germinal epithelium thickness azalmış, apoptotik indeks artmış olarak saptandı.

**SONUÇ:** Çalışmamızda ratlarda normal ve yüksek doz izotiretinoin kullanımının uzun dönemde sperm sayısı, hareketliliği ve canlılığında azalmaya neden olduğu, seminifer tübül çaplarında azalma, bazal membranlarında incelleme ve apoptotik indeksde artışa neden olduğu gösterildi.

**Anahtar Kelimeler:** İzotiretinoin, Spermatogenez, Uzun dönem etkisi

## PP-42 İNFERTİL ERKEKLERDE TEKRARLAYAN MİKRO-TESE SONUÇLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Fuat Kızılay, Buğra Yıldız, Bülent Semerci, Adnan Şimşir, Serdar Kalemci, Barış Altay  
Ege Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Hangi hastaların ve mikro-TESE işleminin kaç tanesinin başarılı olacağı konusunda net bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmada, tekrarlayan mikro-TESE olan erkeklerde sperm eldesi oranlarının ve bu oranları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL VE METODLAR:** Sperm eldesi için mTESE uygulanan toplam 346 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar mTESE operasyon sayısına göre gruplara ayrıldı. Hastaların karyotip analizi, Folikül-Stimulan Hormonu (FSH) ve hasta dosyalarından testosteron değerleri, varikosel varlığı ve testis hacimleri kaydedildi. Sperm eldesi oranları gruplar arasında karşılaştırıldı ve başarılı sperm eldesini öngören faktörler değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** mikro-TESE, 244 hastada bir kez, 73 hastada 1-2 kez ve 29 hastada 3-4 kez uygulandı. Preoperatif FSH değerleri ve postoperatif testiküler histopatolojisi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardı (p = 0.004 ve p < 0.001). Daha önce mikro-TESE uygulanmayan grupta sperm eldesi oranı 1-2 kez ve 3-4 kez TESE uygulanan gruplardan daha yüksekti (p = 0.028). Ek olarak, testis hacmi, histolojisi, karyotip analizi ve Y-kromozom mikrodesezonyu, başarılı sperm eldesini öngören faktörlerdi (sırasıyla, p = 0.011, p = 0.039, p = 0.002 ve p < 0.001).

**TARTIŞMA:** Sonuçlarımız mikro-TESE işleminin deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığında tekrarlayan operasyon oranını düşürdüğünü göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu, non-obstrüktif azoospermi, sperm eldesi





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-43 PENİL KURVATÜR CERRAHİSİNDE BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Atılım Adıgüzel, Erdem Zengin, Abdurrahman İnkaya, Resul Sobay, Eyüp Veli Küçük  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Penil kurvatur cerrahisinde başarıyı etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçladık.  
**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde 2010-2017 tarihleri arasında penil kurvatur nedeniyle opere ettiğimiz 50 hastanın verilerini retrospektif olarak toplayıp değerlendirdik.

Çalışmaya dahil etme kriterimiz 30 °ve daha fazla kurvatur olması ve kurvaturün cinsel ilişkiye mani olmasıdır. Eretil disfonksiyonu olan ve 30° 'den az kurvaturü olan hastaları çalışmamıza dahil etmedik. Hastalar; yaşlarına, daha önce ürolojik cerrahi girişim geçirmelerine, cerrahileri sırasında kullanılan sütür materyallerine, kurvaturlerinin yönü ve derecelerine, penis uzunluklarına göre kategorize edildi. Hastaların postoperatif 3.ayda penis uzunlukları ve kurvatur dereceleri ölçüldü ve IIEF—5 skorları değerlendirildi. Başarı kriterleri; hastaların postoperatif IIEF-5 anket skorunun >20 olması, IIEF-5 anketinin 3. Sorusuna verilen cevabın > 3 olması, postoperatif rezidü kurvatur olmaması ve Edits hasta memnuniyeti anketinden 40 ve üzerinde puan almış olması(toplam 11 soru- 55 puan) olarak belirlendi.

**BULGULAR:** Hastaların yaşları 9-70 arasında değişmektedir. Ortalama yaş 47,28±16 idi. Toplam 12 hastamız 60 yaşın üzerinde, 38 hastamız 60 yaşın altında idi. Hastaların 35'inde ventral kurvatur, 8' inde dorsal kurvatur, 7' sinde lateral kurvatur mevcuttu. Hastaların 9' unda 30°- 2 45° arası, 21'inde 46°-60° arası, 20'sinde ise 60°den fazla kurvatur mevcuttu.

Toplam 6 hastamızda penis boyunda 1.5±0,9 cm kısalma gözlemlendi. Toplam 8 hastamızda 5°-15° arasında rezidü kurvatur gözlemlendi. Hastaların 26'sında operasyon sırasında emilemeyen polyester sütür materyali, 24' ünde emilebilen vikril sütür materyali kullanılmıştı.

Hastaların %80' inde postoperatif 3. ayda penislerinde ele gelen sütür hissi yoktu. 10 hastada ise dokunarak ele gelen sütür hissi mevcuttu.

Rezidü kurvatur nedeniyle tekrar opere ettiğimiz hastamız olmadı. Major komplikasyon gördüğümüz hiçbir hastamız olmadı.

**SONUÇ:** Konjenital veya edinilmiş penil kurvaturün tedavisinde cerrahi yöntemlerin başarısı çok yüksektir. Çalışmamızda operasyon sırasında emilemeyen polyester sütür materyali kullanılması, hastaların 60 yaşın altında olması ve kurvatur derecelerinin 60° 'den az olması, cerrahi başarısını arttıran faktörler olarak tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Penis, kurvatur, plikasyon



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## PP-44 VAJİNİZMUS HASTASINA YAKLAŞIM

*Emrah Yakut  
Memorial Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara*

Vajinismus, vajinanın dış 1/3'ündeki pelvik kasların cinsel ilişki sırasında istemsiz olarak devamlı kasılması sonucunda cinsel birleşmenin hiçbir şekilde gerçekleşmemesi ya da son derece acılı, ağrılı olması olarak tanımlanmaktadır. Normalde tamamen kadının kontrolünde çalışan vajinal kaslar, cinsel ilişki sırasında penis vajinaya girmeden hemen önce güçlü bir şekilde kasılır, bu durum da penisin içeriye girmesini neredeyse imkânsız hale getirir. Çoğunlukla bu belirtilere cinsel birleşmeden kaçınma eşlik eder (APA2000, Butcher 1999). Bunun dışında vajinal giriş ile ilgili zorluklar jinekolojik muayeneler ya da tampon yerleştirme gibi cinsel ilişki dışında kalan durumlarda da ortaya çıkabilir. Vajinismus hastalarında, hastalığının derecesine bağlı olarak istemsiz kas kasılmaları başta lomber, inguinal ve gluteal bölge ve bacaklar olmak üzere tüm vücutta yaygın bir şekilde görülebilmektedir. Çalışmamızda 3 yıl(2015-2018) boyunca cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisi konusunda uzmanlaşmış olan İstanbul, Ankara ve İzmir'deki 3 kliniğimize cinsel birleşme olmaması şikayeti ile başvuru primer vajinismus tanısı konulan 482 kadın hastanın demografik bilgilerini, tedavi protokolümüzü ve sonuçlarımızı sunmayı amaçladık. Araştırmaya katılan 482 kadın hastanın median yaşı, 28 (yaş aralığı 18-54), eşlerinin median yaşı, 29 (yaş aralığı 20-62) olarak hesaplandı. Kadın katılımcıların %94,6'sı evli, %4,3'ü bekar, %1'i dul olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların evlilik süresi, ortalama 18,2 ay olup 4 gün ile 15 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı tablo. 'da görüldüğü gibi kadınlarda ve eşlerinde en yüksek oranı, %48,7 ve %40,2 ile üniversite mezunları oluşturmaktadır. Kadın hastaların meslek durumuna baktığımızda %37,5 oranında ev hanımı, %28 oranında memur, %20,3 oranında özel sektör çalışanı olduklarını görmekteyiz. Eşlerin ise büyük çoğunluğunu %32,6 ile memurlar oluştururken %18,6'sının işçi, %18,6'sının serbest meslek sahibi, %18,4'ünün özel sektör çalışanı olduğunu görmekteyiz. Eşlerin tanışma süresi ise ortalama 48 ay olup 2 ay ve 27 yıl aralığında değişmektedir. Çiftlerin %88,8'i flörtleşerek, %10,6'sı görücü usulü ile, %0,6'sı ise kaçarak evlenmeye karar verdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %83,6'sı eşleri ile akrabalık durumu olmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %8,7'si Türkiye dışından gelerek kliniğimize başvurmuşlardır. Yurtdışından başvuruları çoğunlukla Almanya, Hollanda, İsviçre, Avusturya gibi Türk vatandaşlarının yoğun olarak yaşadığı ülkeler oluşturmaktadır. Türkiye'den başvuran hastaların %58,4'ü İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa'da ikamet ederken, % 32,5'i diğer şehirlerden başvurmuşlardır. Hastaların çocukluk dönemlerini geçirdikleri il sorgulandığında; %50,4 oranında İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa'da büyüdüklerini, %49,6 oranında ise diğer illerde büyüdükleri saptanmıştır. Hastaların aile yapısını saptamak üzere sorulan sorulara verilen cevaplar doğrultusunda; kadınların %12,6'sı yetiştirilme tarzlarını sıkı, %62,9'u orta ve %17,6'sı ise rahat olarak tanımlamaktadır. Kadınların %25,3'ü aile yapılarını dini, %56,9'u geleneksel ve %10,8'i modern olarak tanımlamıştır. Kadın katılımcıların %97,2'si ebeveynleri tarafından, %2,5'i aile büyükleri tarafından büyütüldükleri belirtmişlerdir. %30'u ailedeki otoriteyi anne, %32,7'si baba, %23,2'si her ikisi olarak tanımlamışlardır. Ailede vajinismus öyküsü sorgulandığında katılımcıların %11,2'si aile vajinismus öyküsü olduğunu belirttiler. Hastaların %94,7'si başvuru nedenlerinin cinsel sorunu çözmek, %5,3'ü çocuk istemi olduğunu belirtirlerken %40,1'i sorunlarından ailelerinin bilgisi olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %87 sine 3 seans %9 una 5 seans ve %4 üne 7 seans bilişsel davranışçı terapi(BDT) uygulanmış ve başarılı olunmuştur.

Sonuç olarak, BDT'nin vajinismuslu kadınlar ve eşleri için uygun bir tedavi yaklaşımı olduğu ve cinsel işlevlerde düzelmeler sağladığı, evlilik uyumunu arttırdığı ve depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** bilişsel davranışçı tedavi, cinsel ilişki, vajinismus



## PP-45

### TÜRK TOPLUMUNDAKİ YAŞLI ERKEKLERDE İŞEME POZİSYONUNUN İŞEME SONRASI REZİDÜEL İDRAR HACMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Cavit Ceylan, Şenol Tonyalı, Serkan Doğan, Sedat Yahşi, Emre Uzun  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Türk toplumundaki erkeklerde işeme pozisyonunun işeme sonrası idrar miktarı post-voiding rezidü (PVR) üzerine etkisini araştırmak.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2017-2018 yıllarında alt üriner sistem semptomu (AÜSS) ile polikliniğe başvuran ve PSA yüksekliği nedeni ile ultrasonografi eşliğinde transrektal iğne biyopsisi (TRİB) planlanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, üroflowmetri parametreleri maksimum idrar akım hızı (Q max), ortalama idrar akım hızı (Q ortalama), transrektal ultrasonografide prostat hacimleri ve PVR değerleri kayıt edildi. Hastalar işeme alışkanlığına göre iki gruba ayrıldı: Grup1= Ayakta işeme alışkanlığı olan hastalar; Grup 2= Çömelerek işeme alışkanlığı olan hastalar.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 88 hasta dahil edildi. İki grubun karşılaştırılmasında sırasıyla PSA düzeyleri, prostat hacimleri, üroflowmetride işenen hacim, Q max, Q ort ve PVR açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.993$ ,  $p=0.887$ ,  $p=0.449$ ,  $p=0.093$ ,  $P=0.209$ ,  $p=0.063$ ). Yaş ve prostat hacmi ile PVR arasında istatistiksel olarak güçlü bir korelasyon gösterildi ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ).

**SONUÇ:** Yaşlı Türk erkek popülasyonunda ayakta ve çömelerek işemenin işeme sonrası mesanede kalan idrar hacmi üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ayakta işeme, çömelerek işeme, post-voiding rezidü, benign prostat hiperplazisi

## PP-46

### AKTİF İZLEM HASTALARIMIZIN CİNSEL FONKSİYONLARINI ETKİLEYEN PARAMETRELER

Murat Tüken, İsmail Evren  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Düşük dereceli prostat kanserinde aktif izlem küratif tedavilerin morbiditelerinden kaçınmak için giderek daha yaygın bir yönetim stratejisi haline gelmiştir. Ancak hastalığın kendisine bağlı ve aktif izlem protokollerinin yarattığı stres faktörleri hastaların cinsel fonksiyonlarını etkileyebilir. Biz bu çalışmamızda aktif izlemdeki hastalarımızın cinsel fonksiyonlarını etkileyebilecek parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Düşük dereceli prostat kanseri tanısı alarak aktif izlem yapılan ve çalışmamız şartlarını sağlayan 78 hastanın verileri incelendi. Hastaların yaşları, gleason skorları, biyopsi sayıları, aktif izlem süreleri kayıt edildi. Hastaların alt üriner sistem semptomlarını, erektil fonksiyonlarını ve depresyon durumlarını değerlendirmek için sırasıyla Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), Uluslararası Erektil İşlev Formu (IIEF-5) ve Beck depresyon ölçeği doldurtuldu. IPSS skoru 0-7 olanlar hafif, 8-19 olanlar orta ve 20-25 olanlar şiddetli semptomatik olarak üç gruba ayrıldı. IIEF-5'e göre hastaların erektil fonksiyonları 5 kategoriye ayrıldı; 5-7: ciddi erektil disfonksiyon (ED), 8-11: orta ED, 12- 16: hafif-orta ED, 17-21: hafif ED, 22-25: ED yok.

**BULGULAR:** Çalışmamıza dahil edilen aktif izlemdeki hastalarımızın ortalama yaşı 62,54; ortalama PSA değeri 5,8 ng/ml ve ortalama takip süreleri 19 ay idi. Hastaların ortalama IIEF skoru 18,4 olarak bulundu, %38'ünde erektil disfonksiyon (ED) yok, %24'ünde hafif ED, %14'sinde hafif-orta dereceli ED, % 13'ünde orta ED ve % 11'inde ciddi ED olduğu belirlendi. Ortalama BECK depresyon skorları 13,2 olarak bulundu. Aktif izlem süreleri bir yıldan az olan hastaların BECK depresyon skorları anlamlı yüksek bulundu. Orta veya şiddetli depresyonu olan hastalarda IIEF-5 skorları istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulundu. Ayrıca IPSS e göre orta veya şiddetli alt üriner sistem semptomları olan hastalarda IIEF-5 skorları daha düşük bulundu ancak aradaki fark anlamlı değildi. Hastaların IIEF-5 skorlarıyla hastaların yaşı, serum PSA değerleri ve biyopsi sayıları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktu.

**SONUÇ:** Aktif izlem yapılan prostat kanseri hastalarında bilgi eksikliğine bağlı anksiyete ve iyi yönetilmeyen alt üriner sistem semptomları cinsel fonksiyonları etkileyebilir. Bu grup hastalarımızda idrar semptomlarının tedavisi, hasta bilgilendirilmesi ve psikolojik destekle anksiyetenin azaltılması cinsel sağlığa katkıda bulunabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aktif izlem, erektil disfonksiyon, prostat kanseri



## PP-47

### AKNE VULGARİS TEDAVİSİNDE SİSTEMİK RETİNOİD KULLANAN KADIN HASTALARIN CİNSEL İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Gökhan Çulha<sup>1</sup>, Nagihan Sahillioğlu<sup>2</sup>, Recep Burak Değirmençepi<sup>1</sup>, Halil Lütfi Canat<sup>1</sup>, Ece Nur Değirmençepi<sup>2</sup>, Emek Kocatürk<sup>2</sup>, Alper Ötünçtemur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Akne vulgaris, özellikle genç yetişkinlerde yaygın bir deri hastalığıdır. Sivilce tedavisinde kullanılan retinoidler, A vitamini ve tüm türevlerinden oluşan kimyasal sınıftır. Literatürde retinoid tedavisiyle ilgili birçok yan etki tanımlanmış olmasına rağmen, bu tedavinin özellikle kadınlarda cinsel işlev üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, akne vulgaris tedavisinde sistemik olarak kullanılan retinoidin kadın cinsel işlevlerine etkisini araştırmaktır.

**Metod:** Ocak 2018 ile Haziran 2018 arasında akne vulgaris tanısı ve sistemik retinoid tedavisi alan 46 kadın çalışmaya alındı. Hastaların medikal ve cinsel öyküsü ve fizik muayene bulguları kaydedildi. Akne derecesini belirlemek için Global Akne Derecelendirme Ölçeği (GAGS) kullanıldı. Sistemik retinoid tedavisi uygulandı (0,5-1,0 mg / kg / gün). Her hastada, Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) ve BECK depresyon ölçeği, retinoid tedavisinden önce ve 2 ay sonra dolduruldu. Düzenli cinsel ilişkisi olmayan, hormonal bozukluğu olan, kronik SSRI kullanımı ve pelvik cerrahi / radyoterapi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 29,48 ± 4,62 (21-42) idi. Ortalama vücut kitle indeksi 22,22 ± 3,06 (18,21-28,58) kg/m<sup>2</sup> idi. Akne vulgarisin ortalama başlangıç süresi 24 ± 17,07 aydı. Hastalar haftada 2,22 ± 0,73 (1-4) kez cinsel ilişki yaşadılar. Ortalama GAGS skoru 18,96 ± 6,8 idi. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası BECK skorlarında anlamlı fark yoktu (p > 0,05). Tedavi sonrası FSFI skorları tüm alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (Tablo-1) (p < 0,001). Hastalar kayganlaşma ve ağrı alt ölçek puanlarında en fazla azalmayı gösterdi.

**Sonuç:** Retinoid ve türevleri sistemik olarak kullanıldığında kadın cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etki çoğunlukla tüm alt boyutlarda görülürken özellikle kayganlaşma ve ağrı alt gruplarında daha şiddetli olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akne vulgaris, kadın cinsel işlev bozukluğu, retinoid

**Tablo-1: Retinoid Tedavisi Öncesi ve Sonrası FSFI Skorları**

|                  | Tedavi Öncesi | Tedavi Sonrası | p değeri |
|------------------|---------------|----------------|----------|
| FSFI-İstek       | 4.70±0.99     | 4.46±1.09      | <0.001   |
| FSFI-Uyarılma    | 4.88±0.32     | 4.43±0.90      | 0.001    |
| FSFI-Lubrikasyon | 5.44±0.69     | 4.13±0.74      | <0.001   |
| FSFI-Orgazm      | 4.54±0.78     | 4.21±0.87      | <0.001   |
| FSFI-Doyum       | 4.62±0.82     | 4.17±0.81      | <0.001   |
| FSFI-Ağrı        | 5.43±0.66     | 4.00±1.03      | <0.001   |
| FSFI-Toplam      | 29.60±4.02    | 25.41±4.37     | <0.001   |

## PP-48

### İNFERTİL ERKEK HASTALARDA SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: 7 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Osman Barut<sup>1</sup>, Caner Ölmez<sup>1</sup>, Mehmet Kutlu Demirkol<sup>1</sup>, Sefa Resim<sup>1</sup>  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**AMAÇ:** 7 yıllık bir süreçte androloji polikliniğine refere edilen infertil çiftlerden erkek hastalarda demografik özellikler ile semen ve hormon profillerini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Androloji Bilim Dalı polikliniğine, 2008 – 2015 yılları arasında, infertilite şikayetiyle başvuran 2950 erkek hastalardaki demografik özellikleri ile semen ve hormon profilleri değerlendirildi. Semen örneği 4-6 hafta ara ile 2 kez, 3-6 günlük cinsel perhiz sonrası alındı ve en geç 1 saat içinde değerlendirildi.

**BULGULAR:** Polikliniğe başvuran hastaların yaş ortalaması 31,79 ± 6,59 yıl iken eşlerinin yaşları ortalaması 27,87 ± 5,89 yıl idi. 2875 hastanın evlilik süresi ortalaması 5,84 ± 4,68 yıl saptanırken, 2898 hastanın ortalama infertilite süreleri 4,76 ± 4,30 yıl olarak tespit edildi. Korunma süreleri incelendiğinde 2947 hastanın ortalaması 0,39 ± 1,18 yıl idi. Polikliniğe başvuran 2950 hastadan, 2784 adet sağ testis volümü ortalaması 20,55 ± 5,91 mL ve 2793 hastanın sol testis volümü ortalaması 20,06 ± 5,78 mL olarak tespit edildi. Hastalardan alınan kan örneklerinde follikül stimüle edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH) ve Testosteron hormonları incelendiğinde 1204 hastadan bakılan FSH 8,62 ± 10,41 mIU/mL, 1000 hastada bakılan LH 5,71 ± 4,92 mIU/mL olup, 1110 hastadaki Testosteron ortalaması ise 316,72 ± 200,16 ng/dL olarak saptandı. Aspermia olan hastalar sperimde sayı, motilite, vitalite, morfoloji hesaplamalarında ortalama dahil edilmemiştir. Azoospermia hastaları ise sperimde sayı hesaplamasına dahil edilmiş fakat sperm morfoloji, vitalite ve motilite hesaplamalarına dahil edilmemiştir (Tablo 1).

**SONUÇ:** Erkek faktör değerlendirmesi, detaylı anamnez ve fizik muayene sonrasında, en az 2 kez yapılmış semen analizini içermelidir. Semen analizi bulgularına göre patofizyolojiye yönelik düzeltilebilir olanlar ortadan kaldırılmalı, spontan gebeliğe ulaşılamayan olgularda çiftler yardımcı üreme tekniklerine yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek, infertilite, semen analizi

### Kan, semen ve testis volümlerinin ortalama, minimum ve maksimum değerleri

|                   | N    | ORTALAMA±SD     | MINİMUM DEĞER | MAKSİMUM DEĞER |
|-------------------|------|-----------------|---------------|----------------|
| Sağ Testis Volümü | 2784 | 20,55 ± 5,91    | 1,50          | 34,00          |
| Sol Testis Volümü | 2793 | 20,06 ± 5,78    | 1,50          | 33,00          |
| FSH               | 1204 | 8,62 ± 10,41    | 0,10          | 68,50          |
| LH                | 1000 | 5,71 ± 4,92     | 0,10          | 42,50          |
| Testosteron       | 1110 | 316,72 ± 200,16 | 1,00          | 1223,00        |
| Semen Volüm       | 2295 | 3,13 ± 1,59     | 0,10          | 13,00          |
| Semen Volüm 2     | 1890 | 3,20 ± 1,63     | 0,10          | 12,00          |
| Sperm Sayısı      | 1981 | 40,09 ± 35,55   | 0,00          | 240,00         |
| Sperm Sayısı 2    | 1647 | 39,61 ± 34,65   | 0,06          | 238,00         |





|                   |      |               |      |       |
|-------------------|------|---------------|------|-------|
| Vitalite          | 1283 | 61,15 ± 16,32 | 0,00 | 90,00 |
| Vitalite 2        | 1223 | 61,12 ± 17,16 | 0,00 | 89,00 |
| Ph                | 2073 | 7,77 ± 0,43   | 6,00 | 10,00 |
| Ph 2              | 1701 | 7,79 ± 0,43   | 6,00 | 10,00 |
| Motilite          | 1933 | 34,23 ± 15,44 | 0,00 | 63,00 |
| Motilite 2        | 1696 | 34,28 ± 18,12 | 0,00 | 68,00 |
| Sperm Morfoloji   | 2103 | 2,9 ± 4,23    | 0,00 | 27,00 |
| Sperm Morfoloji 2 | 1703 | 1,12 ± 1,22   | 0,00 | 20,00 |

## PP-49

### İNATÇI HEMATOSPERMİNİN MINİMAL İNVAZİV TEDAVİSİ; BİR OLGU SUNUMU

*Murat Demir, Osman Ergün, Sefa Alperen Öztürk, Alim Koşar  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta*

**GİRİŞ:** Hematospermi ejakülatın içinde kan olması anlamına gelmektedir. Genellikle benign karakterde olmasına rağmen akut olması, hastalarda ciddi anksiyeteye neden olabilmektedir. Hemosperminin insidansı konusunda literatürde yeterli bilgi yoktur. Ancak prevalansının 40 yaş öncesinde yüksek olduğu bildirilmektedir. Hematospermi rahatsızlığı belirli bir süre içerisinde uygun medikal tedaviler ile genellikle geçmektedir. İnatçı sık tekrarlayan ve medikal tedavilere cevap vermeyen hematospermisi olan hastalarda transüretral ejakülatör kanal rezeksiyonu, transperitoneal laparoskopi ve seminal veziküloskopi yapılabilir. İnatçı ve medikal tedavilere cevap vermeyen hematospermisi olan, genç ve cinsel yönden aktif olgularda, transrektal ultrasonografi (TRUS) eşliğinde seminal vezikül kist aspirasyonunun başlangıç tedavisi olarak yukarıda bahsettiğimiz tedavi yöntemlerinden önce kullanılabileceğini düşünmekteyiz bu amaçla bu olgu sunumu yapıldı.

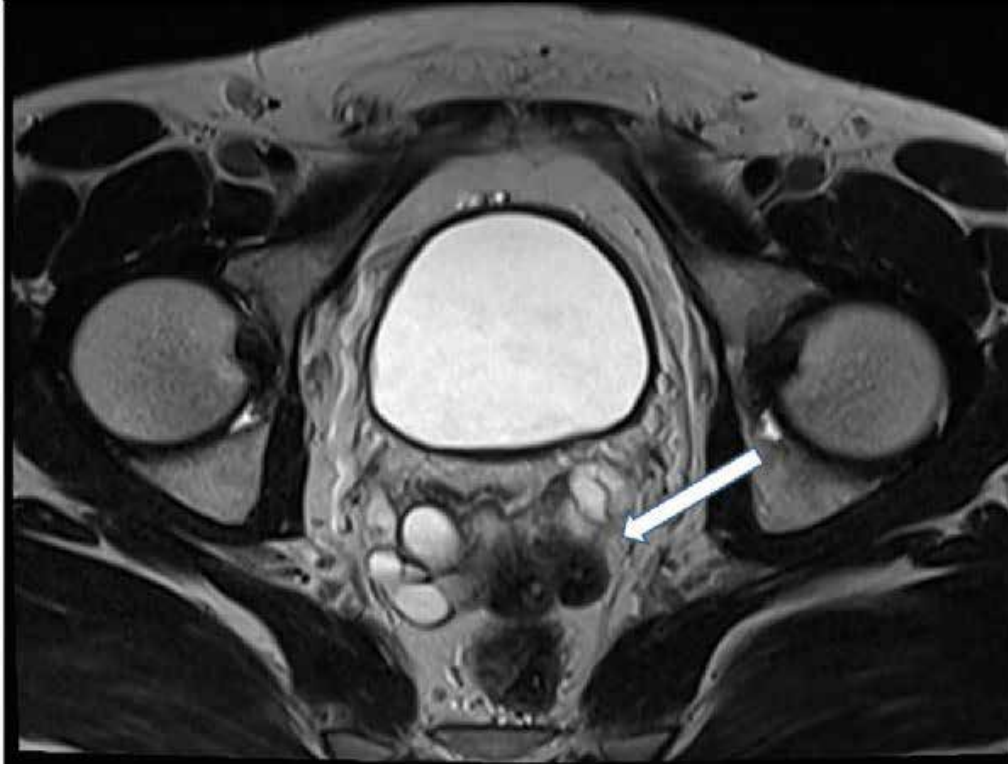
**OLGU:** 20 yaşında erkek hastanın 2 yıldır ara ara olan ve değişik medikal tedavilere rağmen geçmeyen inatçı hematospermi şikayeti vardı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bakılan tam idrar tahlilinde 6 eritrosit görüldü. Hastanın spermiyogramında ejakülat volümü 1cc, pH>8,15 ve sperm sayısı yoğun hemospermi nedeni ile değerlendirilemedi. Hastanın çekilen alt abdomen magnetik rezonans görüntülemesinde prostat bezi posterior kesiminde 25x23x27 mm boyutlarında kontrastlanma göstermeyen lezyon saptandı. Bulgular öncelikle hemorajik utrikül kisti lehine değerlendirilmiştir. Ek olarak hemorajik sol seminal vezikül kisti tespit edildi (resim 1). Hastaya sistoskopi yapıldı. Her iki üreter orifisi olağan görünümde ve mesane normal idi. Mesane boynu ile verumontanum arasında MR da bahsedilen utrikül kisti gözlemlenmedi. Rektal masaj sonrası verumontanumdan hemorajik içerik boşaldığı gözlemlendi. Hastaya tedavi olarak TRUS eşliğinde seminal vezikül kist aspirasyonu yapıldı. Alınan içeriğin patolojisi hemorajik kist içeriği ile uyumlu geldi. Hastanın 10.ay kontrolünde aktif şikayeti yok ve hematospermisi mevcut değildi.

**SONUÇ:** İnatçı sık tekrarlayan ve medikal tedavilere cevap vermeyen hematospermisi olan, genç ve cinsel yönden aktif olgularda TRUS eşliğinde aspirasyon minimal invaziv bir yöntem olması nedeni ile başlangıç tedavisi olarak denenebilir diye düşünüyoruz

**Anahtar Kelimeler:** Ejakülasyon, hematospermi, minimal invaziv tedavi



## Magnetik rezonans görüntüleme sol seminal vezikülde hemorajik içerik



## PP-50 VARİKOSEL SONRASI AKUT SKROTUM

*Murat Demir, Kasım Ertaş  
Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üroloji Ana Bilim Dalı, Van*

19 yaşında erkek hasta bir haftadır süren sol testis ağrısı ve şişliği şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol testis şiş, ağrılı, skrotum ödemli izlendi. Hastanın sol subinguinal insizyonu mevcut idi. Hastanın öyküsünde bir hafta önce dış merkezde konvansiyonel yöntemle sol varikoselektomi operasyonu mevcut idi. Hastanın hemogram, C-reaktif protein (CRP) ve diğer laboratuvar bulgularında özellik saptanmadı.. Hastaya çekilen seri skrotal doppler ultrasonografilerde spektral incelemelerde hastanın sol testisinde arteriyel akım izlenmemesi üzerine hastaya orşiektomi yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Varikoselektomi, arter, orşiektomi

### Orşiektomi



*nekröz testis*



## PP-51 VARİKOSEL TANISINDA TAM KAN SAYIMI PARAMETRELERİNİN PREDİKTİF ROLÜ

*Senol Tonyalı, Mehmet Yılmaz, Cavit Ceylan*  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Varikozel pampiniform pleksusun anormal venöz dilatasyonu ve tortiyozitesidir. Bazı çalışmalarda varikozelin sistemik varikozite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Platelet hacim indekslerinin vasküler bozukluklarda artışı bildirilmiştir. Bu çalışmada tam kan sayımı parametrelerinin özellikle platelet sayısı ve hacim indekslerinin varikozel tanısı ve takibinde pratik bir araç olup olamayacağını ortaya koymaya çalıştık.

**MATERYAL VE METHOD:** Hastanemizde grade 2 veya 3 klinik varikozel nedenli varikozektomi olan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. İncelenen parametreler hastaların demografik bilgileri ve tam kan sayımı parametrelerini hemoglobin, beyaz küre (WBC), platelet, ortalama platelet hacmi (MPV) and platelet dağılım genişliği (PDW) içermektedir. Varikozeli, aktif enfeksiyonu ve damar patolojisi olmayan hastalar kontrol grubunu oluşturdu.

**BULGULAR:** Çalışmaya 61 kontrol, 62 varikozel hastası olmak üzere 123 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı  $28.6 \pm 6.2$  yıl idi. Ortalama preoperatif hemoglobin, WBC, platelet, MPV and PDW değerleri sırasıyla  $15.5 \pm 1$  g/dL,  $7.5 \pm 1.6$   $10^3/\mu\text{L}$ ,  $(236 \pm 53.4) \times 10^3/\mu\text{L}$ ,  $9.3 \pm 1.1$  (fL) and  $15.2 \pm 3.9$  (%) idi. Varikozel hastaları ile kontroller arasında yaş, ortalama Hb, Wbc ve MPV açısından fark yok idi. Fakat varikozel grubunda ortalama preoperative platelet sayısı kontrollerden daha düşük ve PDW değeri kontrollerden daha yüksek idi. Tablo 1

**SONUÇ:** Bazı çalışmalarda normal MPV değerine karşın PDW anormal trombopoez ile ilişkili bulunmuştur. Biz çalışmamızda PDW'yi varikozel grubunda kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulduk. Bu yüzden, PDW varikozel tanısının teyidi ve varikozektomi sonrası takipte pratik bir araç olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Varikozel, platelet, MPV, PDW

Tablo 1

Tablo 1. Hasta ve kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

| Değişken                                           | Varikozel (n=61) | Kontrol (n=62) | P değeri |
|----------------------------------------------------|------------------|----------------|----------|
| Yaş (yıl)                                          | 28±6.8           | 29.1±5.5       | 0.096    |
| Ortalama Preoperatif Hb (g/dL)                     | 15.6±0.9         | 15.4±1.1       | 0.455    |
| Ortalama Preoperatif WBC $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 7.4±1.6          | 7.6±1.6        | 0.482    |
| Ortalama Preoperatif PLT $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 222±47           | 249±56         | 0.006    |
| Ortalama Preoperatif MPV (fL)                      | 9.3±1.1          | 9.4±1          | 0.419    |
| Ortalama Preoperatif PDW (%)                       | 16.2±4.5         | 14.2±2.8       | 0.001    |

## PP-52 EREKTİL DİSFONKSİYONDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE TROMBOSİT SAYISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

*Mehmet Erhan Aydın, Serkan Yarımoglu, Yasin Ceylan, Gürkan Cesur, Serdar Çelik, Tarık Yoncu,*  
*Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci*  
SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Eretil disfonksiyon (ED), penis ereksiyonunun oluşmaması ve/veya sürdürülmesi olarak tanımlanan erkeklerde en sık görülen cinsel bozukluklardan biridir. Ateroskleroz, endotelial disfonksiyon ve inflamasyon gibi vasküler patolojiler ED'ye neden olabilirler. Trombosit aktivasyonu, aterotrombotik süreçte ve inflamatuvar vasküler yanıtta önemli bir rol oynar. Ortalama trombosit hacmi (MPV), trombositlerin fonksiyonel değişikliklerini ve aktivasyonunu tahmin etmek için kullanılır. Bu çalışmada ED olan hastalar ile kontrol grubunda MPV değerlerini karşılaştırmayı amaçladık.

**MATERYAL-METHOD:** Polikliniğimize başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. ED olan 169 ve 100 kontrol olmak üzere 269 hasta çalışmaya alındı. ED tanısı IIEF (International Index of Erectile Function) skorlaması kullanıldı. ED tanılı hastalar trombosit sayısı ve MPV değerleri açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması  $57.06 \pm 8.08$  ve kontrol grubunun yaş ortalaması  $57.59 \pm 14.73$  idi ( $p=0.703$ ). ED risk faktörleri açısından karşılaştırıldığında hipertansiyon oranları sırasıyla %50,1 ve %43,7 ( $p=0.34$ ); diyabetes mellitus oranları sırasıyla %41,7 ve %35,1 idi ( $p=0.21$ ). HgA1c değerleri her iki grupta da benzerdi ( $p=0.960$ ). Trombosit sayısı ED olan hastalarda kontrol grubuna göre daha düşük bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla  $242.946 \pm 62.226/\text{mm}^3$  ve  $255.190 \pm 70.917/\text{mm}^3$ ;  $p=0.140$ ) ve MPV değerleri her iki grupta da benzerdi ( $p=0.956$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamızda ED hastaları ve kontrol grubu arasında trombosit sayısı ve MPV değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamadık. Bu çalışmanın kısıtlılığı hasta sayısının az olmasıdır. ED hastalarında trombosit aktivasyonunu araştırmak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, ortalama trombosit hacmi, inflamasyon, endotel disfonksiyonu





## PP-53 ED HASTALARINDA BPH /AÜSS GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

*Murat Topcuoğlu<sup>1</sup>, Murat ÇAkan<sup>2</sup>, Sevgin Yılmaz<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi E.A.H Üroloji Kliniği, Alanya

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı E.A.H Üroloji Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Kozan Devlet Hastanesi, Adana

**AMAÇ:** Benign prostat hiperplazisine bağlı alt üriner sistem semptomları (BPH/AÜSS) ve erektil disfonksiyon (ED) sıklıkla birlikte olan 2 önemli hastalıktır. Yapılan çok sayıda çalışmaya rağmen etyopatogenez net değildir. Bu çalışmamızda, ED bulunan hastalarda BPH/AÜSS gelişmesinin risk faktörleri araştırılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Toplam 365 ED hastası BPH/ AÜSS eşlik edip etmediğine göre 2 gruba ayrıldı: Grup 1 ED+BPH/AÜSS (n=269) ve grup 2 ED (n=88). Hastaların üriner semptomları ve erektil fonksiyon durumu IPSS ve IIEF-5 anket formlarına göre değerlendirildi. Gruplar yaş, sigara-alkol kullanımı ve diabetes mellitus (DM), koroner arter hastalığı (KAH), hipertansiyon (HT) ve hiperlipidemi gibi risk faktörleri açısından incelendi. Her iki grup serum lipid profili, açlık kan şekeri ve testesteron düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Grup 1'de ortalama yaş 60 yıl grup 2'de 54.5 yıl idi (p <0.001). IIEF-5 skoru grup 1'de 7.32 ve grup 2'de 7.98 idi (p=0.100). Ortalama IPSS skoru grup 1'de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p <0.001). Gruplar sigara-alkol kullanımı, hipertansiyon ve diabetes mellitus sıklığı açısından benzerdi (p>0.05). Hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı sıklığı ise grup 1'de anlamlı olarak daha yüksekti (p <0.001). Laboratuvar tetkiklerine bakıldığında her iki grup da serum açlık glikozu, HDL ve testesteron değerleri benzerdi (p>0.05). Serum kolesterol, trigliserit ve LDL düzeyi ise grup 1'de anlamlı derecede daha yüksekti (p<0.001).

**SONUÇ:** Çalışmamızda KAH ve hiperlipidemi'nin ED hastalarında BPH/LUTS gelişiminde etkili faktörler olduğu yönünde bilgiler elde edilmiştir. Bu risk faktörlerine yönelik tedaviler BPH/AÜSS gelişiminin önlenmesinde ve tedavisinde katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** AÜSS, ED, Hiperlipidemi

## PP-54 MERKEZİMİZDE NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİ NEDENİYLE M-TESE UYGULANAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Bahadır Topuz, Turgay Ebiloğlu, Adem Emrah Coğuplugil, Mustafa Vurucu, Ömer Faruk Karataş  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji AD, Ankara*

**AMAÇ:** Merkezimizdeki mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (m-TESE) sonuçlarımızı sunmak.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Eylül 2016-Mart 2018 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde m-TESE uyguladığımız 35 non-obstrüktif azospermi (NOA) hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Serum hormon değerleri, spermatogenez belirteçleri, m-TESE'de sperm saptanma oranı değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 35.58±5.43 (22-44) olarak saptandı. Eş yaşı ortalaması 30.4±5.24 (20-41) olarak saptandı. Hastaların evlilik süresi 4.54±2.42 (2-11), infertilite süresi 2.9±1.8 (1-8) yıl olarak saptandı. Etiyolojik olarak hastalar şu şekilde sınıflandırıldı: 18 (%51.4) hasta idiyopatik, 13 (%37.1) hasta hipergonadotropik hipogonadizm (hiper-hipo) ve 4 (%11.4) hasta kayıp. Bu hastaların hormon değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalara uygulanan m-TESE sonrası sperm elde etme oranları Tablo 2'de gösterilmiştir. Toplam 35 hastanın 21'inde (%60) m-TESE ile sperm elde edilmiştir. Toplam 35 hastanın 12'sinde spermatogenez belirteci mevcut idi. Hiçbir grupta spermatogenez belirteçleri ile m-TESE'de sperm elde etme oranları arasında anlamlı birliktelik bulunmamıştır (p>0.05). Hormonal tedavi verilen hastaların idiyopatik ve hiper-hipo grubundaki başarı oranları %25 (4 hastadan 1 tanesi) ve %100 (2 hastanın tümü) olarak saptanmıştır. Hormonal tedavi verilmeyen hastaların idiyopatik ve hiper-hipo grubundaki başarı oranları %71.4 (14 hastanın 10 tanesi) ve %54.5 (11 hastanın 6 tanesi) olarak saptanmıştır. Görüldüğü gibi, idiyopatik grupta hormon tedavisi verilmeyen hastalarda, hiper-hipo grubunda ise hormon tedavisi verilen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da fazla miktarda sperm elde edilmiştir (sırası ile p=0.093, 0.224).

**SONUÇ:** Merkezimizde NOA'da en sık idiyopatik ve hiper-hipo hastalarında gözlenmektedir. Spermatogenez belirteçleri m-TESE'de sperm elde etme başarısını net olarak göstermemektedir. Özellikle hiper-hipo hastalarda hormon tedavisi ile m-TESE'de sperm elde etme başarısının artabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mikroskopik-TESE, non-obstrüktif azospermi, spermatogenez belirteçleri



Tablo 2

| Etiyoloji         | PCNA   | Lim15  | ESX1   | TEX101 | Sperm<br>elde<br>etme | Sayı | Yüzde | Doku histopatolojisi     |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|------|-------|--------------------------|
| <b>İdiyopatik</b> |        |        |        |        |                       |      |       |                          |
|                   | -      | -      | -      | -      | -                     | 3    | 30    | 1 SCO*, 1 MA**, 1 NSQ*** |
|                   | -      | -      | -      | -      | +                     | 7    | 70    | 1 STY, 1 MA, 2 NSQ, 1_   |
|                   | -      | -      | -      | -      | Toplam                | 10   | 100   |                          |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | -                     | 2    | 50    | 1 MA, 1 HSG****          |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | +                     | 2    | 50    | 1 SCO, 1_                |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | Toplam                | 4    | 100   |                          |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0      | 0      | -                     | 2    | 66.7  | 1 STY****, 1 SCO         |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0      | 0      | +                     | 1    | 33.3  | 1_                       |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0      | 0      | Toplam                | 3    | 100   |                          |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | -                     | 0    | 0     | 1_                       |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | +                     | 1    | 100   | 1 NSQ                    |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | Toplam                | 1    | 100   |                          |
| <b>Hiper-hipo</b> |        |        |        |        |                       |      |       |                          |
|                   | -      | -      | -      | -      | -                     | 4    | 44.4  | 1 STY, 1 SCO, 1 HSG, 1_  |
|                   | -      | -      | -      | -      | +                     | 5    | 55.6  | 2 SCO, 1 NSQ, 1_         |
|                   | -      | -      | -      | -      | Toplam                | 9    | 100   |                          |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | -                     | 1    | 33.3  | 1_                       |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | +                     | 2    | 66.7  | 1_                       |
|                   | 0      | 0      | 0      | 0      | Toplam                | 3    | 100   |                          |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | -                     | 0    | 0     | -                        |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | +                     | 1    | 100   | 1_                       |
|                   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | 0-20   | Toplam                | 1    | 100   |                          |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | -                     | 0    | 0     | -                        |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | +                     | 1    | 100   | 1_                       |
|                   | 21-100 | 21-100 | 21-100 | 21-100 | Toplam                | 1    | 100   |                          |

\*-sertos cell only, \*\*-matürasyon arresti, \*\*\*-nomospermatogenez, \*\*\*\*-hipospermatogenez,

\*\*\*\*\*-spermatogenik yetmezlik

## PP-55

### ERKEN BOŞALMA VE MASTÜRBASYON ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MI?

Muzafer Akçay

Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Masturbasyon ile Prematür ejakülasyon (PE) arasındaki ilişki olup olmadığını öğrenmeye çalıştık  
**KULLANILAN YÖNTEMLER:** Hastaların kendi kendilerine doldurduğu bir form 122 heteroseksüel erkek hastaya dağıtıldı. PE sorunu olan 70 katılımcının grubuna "çalışma grubu", PE sorunu olmayan 52 hastanın yer aldığı gruba "kontrol grubu" denildi. Çalışma grubundaki hastaların 46'sında sürekli PE var iken 24'ünde PE sonradan gelişmişti. Her iki grubun yaş, BMI ve Prematür ejakülasyon tanı skorları kaydedildi. Her iki grupta aynı formu doldurdu. Katılımcılara cinsel hayatları, ejakülasyon durumları ve masturbasyonla ilgili 22 adet soru yöneltildi.

**BULGULAR:** Çalışma grubunun ortalama yaşı  $38.55 \pm 7.6$  (23-53) iken kontrol grubunun  $35.56 \pm 6.81$  (23-54) idi. PE olan erkeklerin BMI daha fazla idi ( $p=0.008$ ). PE olan erkeklerin masturbasyon yapma süreleri (3-5 yıl), PE olmayanlara göre (5-10 yıl) daha kısa idi. Ayrıca PE olan erkekler, PE olmayanlara göre daha az sıklıklarla masturbasyon (1-2 gün/ay vs. 1-2gün/hafta) yapmaktadır. Bununla birlikte bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı değillerdi. PE ile masturbasyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu.

**SONUÇ:** PE ile masturbasyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu.

**Anahtar Kelimeler:** Masturbasyon, prematür ejakülasyon, cinsel yaşam



## PP-56 NORMAL VE OLİGOSPERMİK HASTALARDA SPERM HACMİ VE KONSANTRASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kasım Ertaş<sup>1</sup>, Özgür Eroğlu<sup>1</sup>, Serdar Yüksel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği / Van

<sup>2</sup>Millî Eğitim Bakanlığı KMTAL Kiraz / İzmir

Pretestiküler, testiküler ve posttestiküler patolojiler seminal sıvı hacmi ve konsantrasyonu etkilemektedir. Seminal sıvı, yardımcı bezlerin salgılarından oluşmakta ve semen hacmindeki azalma, prostat veya seminal vezikül gibi bu bezlerin hastalığını veya işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Hormonal akstaki bozukluklar, tıkanıklar, enfeksiyonlar ve testis disfonksiyonları bu patolojilerin oluşma nedenleri arasındadır. Enfeksiyon tek başına azospermi veya oligospermi nedeni olmasa da infertiliteye yol açabilmektedir. Gonore, tüberküloz ve bazı bakteriyel enfeksiyonlar sırasında meydana gelen iltihabi reaksiyonlar üreme kanallarında tıkanıklıklara yol açarak sperm konsantrasyonu ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada sperm konsantrasyonu 10 milyon / mm<sup>3</sup>'den daha düşük olan oligospermi hastaları ve normal grup değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre oligospermik hastaların sperm konsantrasyonu ortalama 6,35 m/mm<sup>3</sup>, std. sapma 2,91 (N = 223), sperm hacimleri ortalama 3,16 cm<sup>3</sup>, std. sapma 1,54 (N = 223) ve hacim ve konsantrasyonları arasındaki korelasyon 0,054 (p = 0,419) olarak hesaplanmıştır. Normal grubun sperm konsantrasyonu ortalama 59,52 m/mm<sup>3</sup>, std. sapma 38,62 (N = 1345), sperm hacimleri ortalama 2,90 cm<sup>3</sup>, std. sapma 1,47 (N = 1345) ve hacim ve konsantrasyonları arasındaki korelasyon -0,216 (p = 0,000)'dır. Sonuç olarak oligospermik hastalarda sperm hacmi ve konsantrasyonu arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiş, normal grupta ise sperm hacmi ve konsantrasyonu arasında negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni normal grupta prostat ve seminal veziküllerin salgılarındaki artışın sperm sıvısını daha seyreltik hale getirerek konsantrasyonu düşürmesi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sperm konsantrasyonu, Sperm Hacmi, Oligospermi

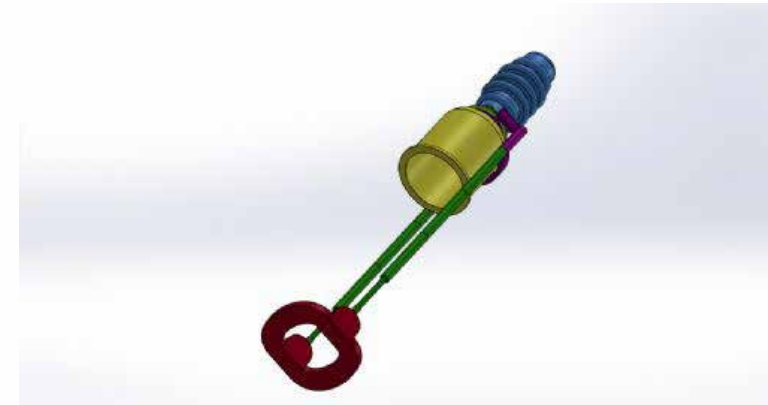
## PP-57 PEYRONİE HASTALIĞI TEDAVİSİNE İNNOVATİF BİR YAKLAŞIM; KOMBİNE TRAKSİYON+VAKUM CİHAZI

Hakan Akdere, Mehmet Gürkan Arıkan, Gökten Öz, Mustafa Ozan Ataçer, Atınç Tozsın  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D.

Bu çalışmada Peyroni Hastalığı(PH)'nda etkinliği kanıtlanmış traksiyon ve vakum cihazlarını bir arada buluşturan yeni bir alet tasarlandı. Teknik çizimleri tamamlanarak üretimi için gerekli işlemler planlandı. Peyronie Hastalığı Tunika Albuginea'nın hastalığı olup ereksiyonda ağrı, palpabl plak, penil deformite ve olguların bir kısmında erektil disfonksiyon ile karakterizedir. Hastalık akut ve kronik fazdan oluşmaktadır. Akut faz ağrılı ve plak oluşma sürecidir. Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamayan PH'nda akut fazda, peniste tekrarlayan mikrotravmalar sonucu, kanın subtunikal alana sızmasına bağlı fibrin ve trombosit birikimi oluşmaktadır. Fibrin ve trombosit birikimi sonucunda kemotaktik ajanlar salınır ve bölgeye makrofaj, lenfosit, sitokin ve inflamatuvar hücreler göç ederek akut inflamasyona neden olur. Özellikle Transforming Growth Faktör-b1 (TGF-b1) bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır. Sitokinler, TGF-b1, Platelet Derive Growth Faktör (PDGF); fibroblast aktivasyonu yapar ve fibroblastlar miyofibroblastlara dönüşür. Ekstrasellüler matrikste kollajen-III birikimi artar. Tedavide pek çok medikal tedavi denenmesine rağmen bugün için kesin bir tedavi modalitesi bildirilmemiştir. Yapılan çalışmalar traksiyonun etkisiyle miyofibroblast transformasyonu azaltmakta ve kollajenaz aktivitesini artırmaktadır. Bu tedaviyle penis boyunda 1,5-4 cm uzama ve eğrilikte ortalama 5-25 derece düzelme olmaktadır. Vakum tedavisinde aynı etkiyi görebilmekteyiz. Etkinlik hipoksi ile indüklenebilir faktör-1a (HIF1-a), TGF-b1, düz kas alfa aktin ve apoptozisdeki azalmalar, matrix metalloproteinaz 8 (MMP8), endotelial nitrik oksit sentaz (eNOS) artış ile etkili olmaktadır. İki tedavinin kombine edildiği herhangi bir çalışma bildirilmemiştir. Geliştirdiğimiz bu alet ile ayarlanabilir kurvatur karşıtı traksiyon ve vakum ereksiyonları aynı anda yapabilecektir (Resim). Ayrıca bu süreçleri elektronik olarak kontrol etme imkanı da olacak. Bu cihazın PH'nın tedavisinde önemli bir ilerleme ve inovatif bir gelişme olacağı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Peyronie, Vakum, Traksiyon, Ereksiyon

Figür-1



**Traksiyon+ Vakum**

**Cihazı**



## PP-58 SPERM ELDE EDİLEBİLEN FARKLI INFERTİL OLGU ALT GRUPLARINDA GEBELİK VE DOĞUM ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

*Numan Baydilli, Emre Can Akınsal, Oğuz Ekmekçioglu  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri*

**AMAÇ:** IVF (In Vitro Fertilizasyon) için testiküler ya da epididimal girişim yapılmış ve sperm elde edilebilen olgularda gebelik ve doğum oranlarını değerlendirmek.

**OLGULAR VE YÖNTEM:** Son 12 yılda testiküler ya da epididimal girişim yapılmış ve sperm elde edilebilen infertil olgu alt gruplarında gebelik ve eve bebek götürme oranları değerlendirildi. İnferil olguların 283'üne 354 girişim yapılmıştı.

**BULGULAR:** Konjenital (vazal agenezi) ya da edinsel proksimal obstrüksiyonlu ya da ejakülatör disfonksiyonlu azoospermik olgularda ve Klinefelter sendromlu olgularda gebelik ve canlı bebek elde etme oranı en yüksekti. 46XY/nonostrüktif azoospermik ve ejakülatta spermi olduğu halde testiküler girişim yapılan olgularda ise oranlar yarı yarıya düşüktü. İstatistiksel değerlendirme yapılmadı.

**SONUÇ:** Klinefelter sendromlu veya bir şekilde ejakülatör kanal obstrüksiyonlu ya da disfonksiyonlu olgularda sperm bulunduğu takdirde sperm kalitesinin iyi olma olasılığı yüksek görünmektedir. Nonobstrüktif ya da spermlı olgularda ise muhtemelen nedeni aydınlatılamayan hasarlı sperm üretimi olma olasılığı yüksektir. Bu durumların hasta bilgilendirirken göz önünde tutulmasında fayda vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek infertilitesi, gebelik oranı, in vitro fertilizasyon

### İnfertil alt gruplarda gebelik ve doğum sayıları

| Tanı                                            | Olgu | Testiküler / epididimal girişim | Gebelik olan kişi (n:%) | Gebelik olan girişim (n:%) | Doğum gerçekleşen kişi (n:%) | Doğum olan olay | Düşük olan kişi | Düşük olan olay | Gebelik var, sonrası bilinmiyor | Halen gebelik sürüyor |
|-------------------------------------------------|------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|
| Vazal agenezi                                   | 74   | 102                             | 37 (50)                 | 40 (39)                    | 22 (30)                      | 24              | 9               | 10              | 0                               | 6                     |
| Ejakülatta sperm var                            | 69   | 78                              | 16 (23)                 | 17 (22)                    | 9 (13)                       | 9               | 4               | 4               | 2                               | 2                     |
| 46XY-NOA                                        | 63   | 80                              | 12 (19)                 | 12 (15)                    | 10 (16)                      | 10              | 1               | 1               | 1                               | 0                     |
| Proksimal Obstrüksiyon/ ejakülatör disfonksiyon | 51   | 67                              | 22 (43)                 | 22 (33)                    | 17 (33.3)                    | 17              | 4               | 4               | 0                               | 1                     |
| Klinefelter                                     | 26   | 27                              | 10 (38)                 | 10 (37)                    | 8 (31)                       | 8               | 2               | 2               | 0                               | 0                     |
| Toplam                                          | 283  | 354                             | 97 (34)                 | 101 (29)                   | 66 (23.3)                    | 68              | 20              | 21              | 3                               | 9                     |

NOA: Non obstrüktif azoospermi

## PP-59 SEMEN ANALİZİNDE DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

*Kasım Ertaş<sup>1</sup>, Özgür Eroğlu<sup>1</sup>, Serdar Yüksek<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği / Van  
<sup>2</sup>Milli Eğitim Bakanlığı KMTAL Kiraz / İzmir*

İnfertilite tedavisi için başvuran çiftlerde en kolay ve bir o kadar da önemli olan ilk inceleme yöntemi semen analizidir. Bu analiz bir erkeğin üreme kabiliyetini tespit etmek için kullanılan başlıca yöntemlerden biridir. Üroloji Tanı Merkezine başvuran hastadan ayrıntılı öykü ve fizik muayene semen analizi öncesi gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada, Üroloji Tanı Merkezine başvuran hastaların doğru değerlendirilmesini ve hastaya yönelik en uygun tedavi yöntemi verilmesini sağlayan, semen analizi hakkında bilgi verilecektir. Sperm analizi öncesinde hasta ile ilgili bilgilerin hastadan öğrenilmesi gerekir. Bu sebeple hastanın spermiyogram analiz formunu doldurması gerekir.. Sperm verirken dikkatli olunmalıdır, numunenin tamamı steril sperm numune kabının içine boşaltılmalıdır. Kadın infertilitesinin teşhisinin konulması erkek infertilite teşhisinden daha zor ve uzun bir süreci içermektedir. Erkek infertilitesinin belirlenmesinde, önemli ve bir o kadarda Sperm sayısı, motilitesi ve morfolojisinin değerlendirilmesinde bazı laboratuvarlar kompüter sistemlerini kullanırken çoğu laboratuvarlar ise manuel yöntemleri tercih etmektedir.

Androloji laboratuvarına teslim edilen semen numunesinin incelemesine 10-30 dakika sonra başlanmakta, ilk önce likefaksiyon süresine bakılmaktadır. 30 dakikayı aşan numuler viskoz olarak kabul edilmektedir. Bu durumda likefaksiyona yardımcı olacak işlemler uygulanması gerekir. Semen numunesinin görünümü parlak,sarı-gri renkte, Volümü 1,4-1,7 ml arasında, pH >7,2 olmalıdır. Semen örneğinin viskozitesi artmış ise, pastör pipeti ile pipetleme esnasında 2 cm veya daha uzun ipliklenme oluşturur.

Semen örneğinin mikroskopik incelemesi X20 'lik objektifte makler sayım kamarası ile yapılır.1 ml'deki sayı 12-16 X 10<sup>6</sup>/ml olmalıdır. Hareket ise (a+b+c)=38-42, (a+b)=31-34 olmalıdır. Kruger incelemesi için 5 milyonun üzerinde olan numuneler lama yayılır, kuruduktan sonra tespit edilir ve sıralı boyalardan geçirilir. Hazırlanan semen preparatları X100 objektifte immersiye yağ damlatılarak en az 200 hücre sayılacak şekilde incelenir. Kruger normal değeri %3-4 olmalıdır. Morfoloji incelemesinde spermin tüm anatomik yapısı incelenerek; baş, boyun, kuyruk anomalileri belirlenmektedir.

Semen örneğinde diğer hücrelerinde değerlendirilmesi gerekir, bunlar: immatür sperm hücreleri, lökosit hücreleridir. Aglutinasyon varlığı mevcut ise sonuç kağıdına not edilmesi gerekmektedir. Sperm hücreleri %100 hareketsiz ise canlılık testi yapılmalıdır.

Semen analizinin donanımlı bir laboratuvar ekibi tarafından yapılması ile hasta doğru değerlendirilecek ve tedavisine yönelik en uygun tedavi yöntemi seçilmiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Semen, Spermiyogram, Kruger



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



DİZİN



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## YÖNETİCİLER ve KONUŞMACILAR DİZİNİ

Rakamlar sayfa numarasını göstermektedir.

|                       |             |                  |                   |
|-----------------------|-------------|------------------|-------------------|
| <b>-A-</b>            |             | <b>-K, N-</b>    |                   |
| Ahmedov I.            | 8           | Kadıhasanoğlu M. | 5                 |
| Akdere H.             | 8           | Kadioğlu A.      | 3, 4, 5, 7, 8     |
| Altay B.              | 3, 5, 7     | Kadioğlu P.      | 7                 |
| Armağan A.            | 6           | Kalkanlı A.      | 3, 7              |
| Aşçı R.               | 4, 7        | Karaman İ.       | 10                |
| Ateş E.               | 5           | Kendirci M.      | 7                 |
| Aydın M.              | 5, 7        | Keskin M. Z.     | 3                 |
|                       |             | Khelaia A.       | 4                 |
|                       |             | Koca O.          | 4                 |
| <b>-B-</b>            |             | Kozacıoğlu Z.    | 3                 |
| Başar M.              | 9           | Küçük E. V.      | 5                 |
| Bayrak Ö.             | 10          | Nane I.          | 4                 |
| Brannigan R.          | 4, 8        |                  |                   |
| Bulgurcuoğlu Kuran S. | 9           |                  |                   |
|                       |             | <b>-O, Ö-</b>    |                   |
| <b>-C, Ç-</b>         |             | Orhan İ.         | 3, 4, 5, 7        |
| Canat L.              | 7           | Ortaç M.         | 10                |
| Castane R.            | 7           | Öz E.            | 8                 |
| Çakan M.              | 5, 8        | Özbek E.         | 4, 7              |
| Çayan S.              | 5, 7        | Özbey İ.         | 4, 7              |
| Çevik G.              | 3           | Özkuvancı Ü.     | 10                |
| Çilesiz N.            | 3           | Öztürk M.        | 3, 4, 5, 7, 8     |
| Çolakerol A.          | 3, 7        |                  |                   |
| Çulha M.              | 6, 7        | <b>-P, R-</b>    |                   |
| Çulha M. G.           | 3           | Pazır Y.         | 3                 |
|                       |             | Resim S.         | 5, 6, 7, 9        |
| <b>-D, E-</b>         |             | <b>-S, Ş-</b>    |                   |
| Direk N.              | 6           | Salabaş E.       | 9                 |
| Ekmekçioğlu O.        | 3, 7        | Semerçi B.       | 5, 8              |
| Erdemir F.            | 3, 5, 7, 10 | Serel A.         | 10                |
| Erkan E.              | 7           | Shavakhabov S.   | 6                 |
| Ermeç B.              | 8           | Şamlı M.         | 3, 7              |
| Erol B.               | 6, 8        | Şimşek A.        | 10                |
| Erol H.               | 4           |                  |                   |
| Ersay A. R.           | 9           | <b>-T, U-</b>    |                   |
|                       |             | Taş T.           | 3, 7              |
| <b>-G-</b>            |             | Tavmergen E.     | 9                 |
| Gökçe A.              | 4, 6, 7     | Tavukçu H. H.    | 3, 7              |
| Gönültaş S.           | 3, 7        | Tek M.           | 3                 |
| Gümüş B.              | 5, 7, 9     | Tellaloğlu S.    | 4                 |
| Gümüş B.              | 8           | Uçar T.          | 3, 7              |
| Güvenç Taşdelen C.    | 8           | Usta M. F.       | 3, 4, 5, 7, 8, 10 |
| <b>-H, İ-</b>         |             | <b>-V, Y-</b>    |                   |
| Hakimhodjaev Z.       | 4, 6        | Vendeira P.      | 4, 8              |
| Hellstrom WJG         | 4, 8        | Yaman Ö.         | 3, 5              |
| İpekçi T.             | 3           | Yeni E.          | 8                 |



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## YAZARLAR DİZİNİ

Rakamlar sunum numarasını göstermektedir.

|                |                            |                     |                                   |
|----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <b>-A-</b>     |                            | <b>-B-</b>          |                                   |
| Adıgüzel, A.   | PP-43                      | Bakdık, S.          | VS-02                             |
| Aghayev, A.    | PP-36                      | Balaban, M.         | SS-35                             |
| Akan, S.       | PP-21                      | Barut, O.           | SS-34, PP-20, PP-23, PP-40, PP-48 |
| Akay, E. O.    | PP-36, VS-04, VS-05, VS-07 | Baş, O.             | PP-41                             |
| Akay, S.       | PP-38                      | Başar, M.           | PP-26                             |
| Akbulu, H.     | PP-10                      | Baydilli, N.        | SS-11, SS-25, PP-58               |
| Akça, N.       | SS-21                      | Bayrak, Ö.          | SS-32                             |
| Akça, O.       | PP-18                      | Benli, E.           | PP-41                             |
| Akçay, M.      | PP-55                      | Besiroğlu, H.       | SS-22, PP-07, PP-08               |
| Akdere, H.     | SS-05, PP-33, PP-57        | Bolat, M. S.        | SS-04, SS-36, VS-06               |
| Akın, Y.       | PP-24                      | Bosnalı, E.         | PP-09, PP-29                      |
| Akınsal, E. C. | SS-25, PP-58               | Bozkurt, M.         | PP-26                             |
| Akkaş, F.      | SS-27                      | Bulgurcuoğlu Kuran, | S. SS-17                          |
| Aksu, M.       | PP-17                      | Bulut, E. C.        | PP-31                             |
| Aktaş, Y.      | SS-26                      | Büyükalpelli, R.    | VS-06                             |
| Akyüz, M.      | PP-30                      |                     |                                   |
| Alkan, İ.      | PP-26                      | <b>-C-</b>          |                                   |
| Alma, E.       | SS-12                      | Can, B.             | SS-23                             |
| Altay, B.      | PP-42                      | Can, O.             | SS-06, SS-20, PP-11               |
| Altunkol,      | A. SS-12                   | Canat, H. L.        | SS-06, SS-20, PP-11, PP-26, PP-47 |
| Altunrende,    | F. SS-06, F. SS-20         | Canguven, O.        | PP-01                             |
| Anıl, H.       | SS-26                      | Cesur, G.           | PP-28, PP-52                      |
| Arabacı, Ç.    | PP-26                      | Ceylan, C.          | SS-14, PP-45, PP-51               |
| Arikan, M. G.  | PP-57                      | Ceylan, Y.          | PP-28, PP-52                      |
| Arikan, Y.     | PP-37                      | Coğuplugil, A. E.   | PP-54                             |
| Arslan, B.     | PP-22                      | Culha, M. G.        | SS-06, SS-20, SS-24, PP-47        |
| Aslan, R.      | SS-09, PP-05               |                     |                                   |
| Aşçı, R.       | SS-04, SS-36, VS-06        | <b>-Ç-</b>          |                                   |
| Ataçer, M. O.  | PP-57                      | Çağlar, U.          | PP-27                             |
| Atalay, H. A.  | SS-06                      | Çakan, M.           | PP-14, PP-53                      |
| Ateş, E.       | SS-18, SS-31, PP-24, PP-25 | Çakıcı, M. Ç.       | VS-03                             |
| Ateş, M.       | SS-16, SS-26               | Çakır, S. S.        | SS-20, PP-11                      |
| Atilla, M. K.  | PP-12                      | Çakır, T.           | SS-16                             |
| Avci, İ. E.    | PP-09, PP-29               | Çakıroğlu, B.       | PP-13                             |
| Avci, M. A.    | PP-22                      | Çelik, S.           | PP-28, PP-52                      |
| Aydemir, H.    | SS-35                      | Çetinel, C. A.      | PP-18                             |
| Aydın, M. E.   | PP-28, PP-52               | Çevik, G.           | SS-05, PP-33                      |
| Aydın, M.      | PP-12                      |                     |                                   |





# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla



## YAZARLAR DİZİNİ

*Rakamlar sunum numarasını göstermektedir.*

|                      |                             |                 |                            |
|----------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Çınar, N. B.         | PP-09                       | Eroğlu, Ö.      | PP-03, PP-31, PP-56, PP-59 |
| Çırakoğlu, A.        | PP-41                       | Erol, B.        | SS-23, PP-19, VS-01, VS-03 |
| Çiçek, M.            | PP-19                       | Erol, H.        | PP-25                      |
| Çiftçi, T.           | PP-02                       | Erol, İ.        | SS-16                      |
| Çilesiz, N. C.       | PP-22                       | Ertaş, K.       | PP-03, PP-05, PP-31, PP-34 |
| Çimen, H. İ.         | SS-01                       |                 | PP-50, PP-56, PP-59        |
| Çulha, G.            | SS-13                       | Erturhan, S.    | SS-32                      |
| Çulha, M. G.         | PP-26                       | Eryılmaz, R.    | SS-09                      |
| Çulha, M. M.         | PP-09                       | Esmeray, A.     | PP-27                      |
| Çulha, M.            | PP-29                       | Evren, İ.       | PP-46                      |
| <b>-D-</b>           |                             |                 |                            |
| Dede, O.             | SS-29, PP-32, PP-39         | Gevher, F.      | PP-10                      |
| Değirmenci, T.       | PP-28, PP-52                | Gökçe, M. İ.    | SS-07                      |
| Değirmen-tepe, E. N. | PP-47                       | Gökmen, E.      | PP-22                      |
| Değirmen-tepe, R. B. | SS-06, PP-47                | Gönültaş, S.    | PP-22                      |
| Demir, B. T.         | SS-34                       | Görgel, S. N.   | PP-24                      |
| Demir, F.            | SS-03                       | Göv, T.         | PP-22                      |
| Demir, M.            | PP-02, PP-31, PP-34, PP-49, | Gözükara, K. H. | PP-16                      |
|                      | PP-50                       | Gül, A.         | PP-04                      |
| Demirci, A.          | PP-35                       | Gümüş, B. H.    | SS-10                      |
| Demirelli, E.        | PP-17                       | Güner, E.       | SS-30, PP-37               |
| Demirkol, M. K.      | SS-34, PP-23, PP-40, PP-48  | Günlüsoy, B.    | PP-28, PP-52               |
| Deniz, M. E.         | SS-15                       | Hancı, H.       | PP-41                      |
| Dincer, M.           | SS-13                       | Hayit, H.       | PP-21                      |
| Dizdaroğlu, Ç.       | PP-27                       | Huseynov, J.    | SS-27                      |
| Doğan, M. E.         | SS-25                       | Hüner, M.       | SS-21                      |
| Doğan, S.            | PP-45                       |                 |                            |
| Dursun, M.           | PP-07                       |                 |                            |
| <b>-E-</b>           |                             |                 |                            |
| Ebiloğlu, T.         | PP-38, PP-54                | İbiş, M. A.     | SS-07                      |
| Ecer, G.             | VS-02                       | İnan, R.        | PP-12                      |
| Ediz, C.             | PP-21                       | İnkaya, A.      | SS-08, SS-37, PP-43        |
| Efiloğlu, Ö.         | SS-23, PP-19, VS-01, VS-03  | İpek, O.        | PP-18                      |
| Ekenci, B. Y.        | VS-07                       | İplikçi, A.     | PP-19                      |
| Ekmekçi-oğlu, O.     | SS-03, SS-25, PP-58         | İrkilata, L.    | PP-12                      |
| Eraslan, A.          | PP-36, VS-07                | İsak, E.        | PP-40                      |
| Erbağcı, A.          | SS-32                       | İslamoğlu, E.   | SS-16, SS-26               |
| Erdem, E.            | PP-15                       |                 |                            |
| Ergün, O.            | PP-49                       |                 |                            |
| Erkan, E.            | SS-24                       |                 |                            |
| Erkoç, M.            | PP-08                       |                 |                            |
| Ermeç, B.            | SS-05                       |                 |                            |

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>-K-</b>        |                     |
| Kadıhasanoğlu, M. | SS-24               |
| Kadioğlu, A.      | SS-05, SS-13, PP-33 |
| Kalemci, S.       | PP-42               |
| Karadağ, M. A.    | SS-03               |
| Karadayı, M.      | PP-17               |

## YAZARLAR DİZİNİ

*Rakamlar sunum numarasını göstermektedir.*

|                 |                            |                 |                            |
|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Karagöz, A.     | PP-17                      | Özgör, F.       | PP-27                      |
| Karamık, K.     | SS-16, SS-26               | Özgür, B. C.    | PP-35                      |
| Karataş, Ö. F.  | PP-38, PP-54               | Özgür, T.       | PP-16                      |
| Kartal, İ. G.   | PP-36, VS-04, VS-05, VS-07 | Özman, O.       | PP-22                      |
| Kasap, Y.       | SS-19                      | Özmez, A.       | PP-33                      |
| Kaşko Arıcı, Y. | PP-41                      | Özsağır, Y. Ö.  | SS-21                      |
| Kaya, Y. S.     | PP-16                      | Öztürk, A.      | VS-02                      |
| Kazan, H. Ö.    | SS-23, PP-19, VS-01        | Öztürk, M.      | SS-32                      |
| Keske, M.       | SS-03                      | Öztürk, S. A.   | PP-02, PP-49               |
| Keskin, M. B.   | PP-08                      |                 |                            |
| Kılınç, M. T.   | VS-02                      |                 |                            |
| Kızılay, F.     | PP-42                      | <b>-R, S-</b>   |                            |
| Kocamanoğlu, F. | SS-04, SS-36, VS-06        | Resim, S.       | SS-34, PP-20, PP-23, PP-40 |
| Kocatürk, E.    | PP-47                      |                 | PP-48                      |
| Kokurcan, A.    | PP-36, VS-04, VS-07        | Sahillioğlu, N. | PP-47                      |
| Kol, A.         | SS-18, SS-31, PP-24, PP-25 | Salabaş, E.     | SS-13                      |
| Koşar, A.       | PP-49                      | Sandıkçı, F.    | VS-04, VS-05, VS-07        |
| Köse, O.        | PP-24                      | Sarıkaya, S.    | PP-38                      |
| Kösem, M. E.    | PP-09, PP-29               | Sarılar, Ö.     | PP-27                      |
| Kutluhan, M. A. | SS-02                      | Savaş, M.       | SS-16, SS-26               |
| Küçük, E.       | PP-12                      | Saylık, A.      | PP-12                      |
| Küçük, E. V.    | SS-08, PP-43, V. SS-37     | Seçkiner, İ.    | SS-32                      |
| Nalbant, İ.     | PP-41                      | Selvi, İ.       | SS-11                      |
|                 |                            | Semer-ci, B.    | PP-42                      |
|                 |                            | Serdaş, T.      | PP-12                      |
|                 |                            | Sertoğlu, E.    | PP-38                      |
| <b>-O, Ö-</b>   |                            | Sevim, Ö.       | SS-32                      |
| Oğuz, U.        | PP-17                      | Sobay, R.       | SS-08, SS-37, PP-43        |
| Oksay, T.       | PP-02                      | Solak, V. T.    | SS-07                      |
| Ordulu, R.      | PP-12                      | Sönmez, B.      | SS-21                      |
| Ortaç, M.       | SS-05, PP-27, PP-33        | Sönmez, G.      | SS-03                      |
| Otunctemur, A.  | SS-20                      | Sönmez, M. G.   | VS-02                      |
| Ozbir, S.       | SS-20                      | Suçeken, F. Y.  | SS-37                      |
| Öğreden, E.     | PP-17                      |                 |                            |
| Ölçücüoğlu, E.  | SS-19                      | <b>-Ş-</b>      |                            |
| Ölmez, C.       | PP-48                      | Şahan, A.       | PP-31                      |
| Önder, S.       | PP-41                      | Şahin, A.       | SS-02, PP-15               |
| Ötünçtemur, A.  | SS-06, PP-47               | Şahin, C.       | PP-18                      |
| Öz, G.          | PP-57                      | Şahin, S.       | SS-27                      |
| Özbek, E.       | SS-10                      | Şam, E.         | SS-27                      |
| Özbek, M.       | SS-04, SS-36               | Şeker, K. G.    | SS-27, PP-37               |
| Özcan, O.       | PP-16                      | Şen, H.         | SS-32                      |
| Özcan, S.       | PP-24                      | Şimşek, A.      | SS-27                      |
| Özdemir, E.     | PP-22                      | Şimşir, A.      | PP-42                      |
| Özen, M.        | PP-12                      |                 |                            |
| Özenç, G.       | PP-36                      |                 |                            |



# 13. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

18 - 21 NİSAN 2019  
Hilton Dalaman Sarıgerme,  
Muğla

## YAZARLAR DİZİNİ

*Rakamlar sunum numarasını göstermektedir.*

### -T-

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| Tahra, A.      | SS-08, SS-37        |
| Taken, K.      | SS-09               |
| Talib, R. A.   | PP-01               |
| Taş, T.        | PP-06, PP-13        |
| Taşçı, A. İ.   | SS-27               |
| Taşkapı, H. H. | VS-02               |
| Taştemur, S.   | SS-19               |
| Tavukçu, H. H. | PP-21               |
| Telli, Ö.      | PP-18               |
| Temel, M. C.   | PP-21               |
| Toktaş, M. G.  | SS-24               |
| Tonyalı, Ş.    | SS-14, PP-45, PP-51 |
| Topaktaş, R.   | PP-30               |
| Topcuoğlu, M.  | PP-14, PP-53        |
| Toprak, T.     | SS-02               |
| Topuz, A. N.   | SS-12               |
| Topuz, B.      | PP-38, PP-54        |
| Topuz, M.      | SS-12               |
| Tozsin, A.     | PP-57               |
| Tutuk, O.      | PP-16               |
| Tüken, M.      | PP-46               |

### -U, Ü-

|                |              |
|----------------|--------------|
| Uçar, T.       | SS-23        |
| Ulubay, M.     | PP-12        |
| Uslubaş, A. K. | PP-09, PP-29 |
| Uzun, E.       | PP-45        |
| Uzun, H.       | SS-21        |
| Ünal, U.       | SS-15        |
| Ünüböl, M.     | PP-25        |
| Üstüner, M.    | PP-29        |

### -V, Y-

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| Vural, A.      | PP-17                      |
| Vurucu, M.     | PP-54                      |
| Yahşi, S.      | PP-12, PP-45               |
| Yakut, E.      | SS-28, SS-33, PP-44        |
| Yalçın, O.     | PP-17                      |
| Yalçinkaya, F. | PP-36, VS-04, VS-05, VS-07 |
| Yaman, Ö.      | SS-07                      |
| Yanaral, F.    | PP-27                      |
| Yarimoğlu, S.  | PP-28, PP-52               |
| Yenice, M. G.  | SS-27                      |

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| Yıldırım, A.  | PP-19, VS-03               |
| Yıldız, A. E. | PP-25                      |
| Yıldız, A.    | SS-16, SS-26               |
| Yıldız, B.    | PP-42                      |
| Yıldız, H.    | PP-12                      |
| Yılmaz, M.    | SS-19, PP-51               |
| Yılmaz, Ö.    | PP-21                      |
| Yılmaz, S.    | PP-14, PP-53               |
| Yılmaz, Y.    | PP-24                      |
| Yiğitbaşı, O. | PP-36, VS-05, VS-07        |
| Yonguç, T.    | PP-52                      |
| Yüce, A.      | PP-41                      |
| Yücetaş, U.   | SS-24                      |
| Yüksel, A. O. | SS-21                      |
| Yüksel, M.    | SS-16, PP-26               |
| Yüksel, S.    | PP-03, PP-31, PP-56, PP-59 |

### -Z-

|            |                     |
|------------|---------------------|
| Zengin, E. | SS-08, SS-37, PP-43 |
|------------|---------------------|



## BİLİMSEL 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  
Web: www.androloji.org.tr

## ORGANİZASYON SEKRETERYASI



### FIGÜR KONGRE ve ORGANİZASYON A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center  
No:4 34360 Şişli / İstanbul - Türkiye  
Tel: 0 212 381 46 00 Pbx  
Faks: 0 212 258 60 78  
E-posta: androloji@figur.net  
Web: www.androloji2019.org

