www.androloji2022.org

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ (İSTANBUL-1992)

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

HİBRİT KONGRE

26-29 Mayıs 2022

TITANIC BEACH LARA, ANTALYA

22. KONGRE

Bilimsel Program ve Bildiri Özetleri Kitabı

TÜRK
ANDROLOJİ DERNEĞİ
(İSTANBUL–1992)

İÇİNDEKİLER

DAVET 4

KURULLAR.....5

BİLİMSEL PROGRAM 6-13

SÖZLÜ BİLDİRİLER 14-85

POSTER BİLDİRİLER 86-121

YAZAR DİZİNİ.....122

ÖNSÖZ

Değerli Endüstri Temsilcisi,

Türk Androloji Derneği tarafınca, 26-29 Mayıs 2022 tarihleri arasında düzenlenecek olan **Ulusal Androloji Kongresi** ile ilgili detaylı bilgileri içeren sponsorluk dosyası dikkat ve ilginize sunulmuştur.

Süregelen değerli desteğinize teşekkür eder, Türk Androlojisinin 2022 yılındaki en önemli etkinliğinde azami desteğinizin devamını dileriz.

Saygılarımızla

Ulusal Androloji Kongresi
Düzenleme Kurulu

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

ONURSAL BAŞKAN	Prof. Dr. Ateş Kadıoğlu
BAŞKAN	Prof. Dr. Mustafa Melih Çulha
GENEL SEKRETER	Prof.Dr. Fikret Erdemir
SAYMAN	Doç. Dr. Mustafa Kadıhasanoğlu
ÜYE	Prof. Dr. İsa Özbey
ÜYE	Prof. Dr. Murat Çakan
ÜYE	Prof.Dr. Sefa Resim
ÜYE	Prof. Dr. Metin Öztürk

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

FİGÜR KONGRE & ORGANİZASYON

Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center
No: 4 34360 Şişli / İstanbul - Turkey
Tel: 0 212 381 46 00 / Faks: 0 212 258 60 78
E-posta: androloji@figur.net

BİLİMSEL PROGRAM

26 Mayıs 2022 Perşembe

09:00-12:00	**Sözlü Bildiri Oturumu-1 (SS-01/SS-22)**	
	Moderatör: ***Metin Öztürk***	
12:00-12:40	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
	KURS: Genç uzman ve asistanlar için androlojinin temel taşları	
	Moderatör: ***Barış Altay***	
12:40-13:00	Ereksiyon fizyolojisinde merkezi sinir sisteminin rolü	***Murat Şambel***
13:00-13:20	Testis anatomisinin MikroTESE'de sperm bulma başarısına etkisi	***İsa Özbey***
13:20-13:40	Epididimin sperm motilitesindeki yeri	***Ramazan Aşcı***
13:40-14:10	Penil nörovasküler anatominin cerrahiye yansımasında ayrıntılar	***Ateş Kadıoğlu***
14:10-14:30	BPH patofizyolojisi: Yeni ne var?	***Ali Atan***
14:30-14:50	Vaz deferens, vezikulo-seminalis ve distal ejakülator kanal fizyolojisi	***İrfan Orhan***
14:50-15:10	**ARA**	
	KURS: Androlojide deney hayvan modelleri	
	Moderatör: ***İrfan Orhan***	
15:10-15:30	Deney hayvanlarında inmemiş testis / testis torsiyonu modeli	***Zülfü Sertkaya***
15:30-15:50	Deney hayvanlarında priapizm modeli	***Enes Kılıç***
15:50-16:10	Deney hayvanlarında Peyronie modeli	***Serkan Gönültaş***
16:10-16:30	Deney hayvanlarında erektil disfonksiyon modeli	***Aykut Çolakerol***
16:30-16:50	Erkek reprodüktif tıpta deney hayvanı üzerinde kök hücre kullanımı	***Yaşar Başağa***
16:50-17:10	Deney hayvanlarında Varikosel modeli	***Ozan Efesoy***
17:10-17:30	**ARA**	

26 Mayıs 2022 Perşembe

	KURS: Androloji laboratuvarı	
	Moderatör: ***Gülşen Aktan***	
17:30-17:50	Semenin WHO 2020 klavuzuna göre temel ve ileri incelenmesi	***Gülşen Aktan***
17:50-18:10	Sperm dondurma işlemlerinde izlenen yol nedir?	***Ayşe Altun***
18:10-18:30	İmmotil spermlerin histolojik	***Elif Kervancıoğlu Demirci***
18:30-19:40	**AKŞAM YEMEĞİ**	
	Erkek Cinsel Sağlığı ve İnfertilitesi	
	Moderatör: ***Ateş Kadıoğlu***	
19:40-20:00	Klinefelter sendromu olan erkekte güncel yaklaşım	***Mustafa Melih Çulha***
20:00-20:20	Current treatment of idiopatic hypogonadotropic hypogonadism	***Csilla Krausz***
20:20-20:40	Innovations in the medical treatment of male infertility	***Robert Brannigan***
20:40-21:00	Regenerative medicine in male infertility	***Thomas A. Masterson***
21:00-21:20	Erkek infertilitesinde besin desteği tedavileri	***Gökhan Çevik***
21:20-21:40	Which infertile men are suitable for anti-oxidant therapy?	***Ashok Agarwal***
21:40-22:00	Treatment algorithm of acute ischemic priapism in the light of the guidelines	***Faysal A.Yafi***

27 Mayıs 2022 Cuma

08:00-10:40	**Sözlü Bildiri Oturumu-2 (SS-023/SS-42)**	
	Moderatör: ***Haluk Erol***	
10:40-11:00	**ARA**	
	Erkek İnfertilitesi	
	Moderatör: ***Abdullah Armağan***	
11.00-11:20	DSÖ 2021 yeni semen parametreleri: Klinik uygulamayı değiştirdi mi?	***Barış Altay***
11:20-11:40	Covid-19 hastalığı ve aşılar sonrası üreme ve cinsel sağlık	***Arif Kalkanlı***
11:40-12:00	Spermin genital trakt boyunca fizyolojisinin in-vitro değerlendirmesi	***Mustafa Kadıhasanoğlu***
12:00 – 12:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
12:30-13:00	**Açılış ve Konuşmalar**	
	Mustafa Kadıhasanoğlu, Mustafa Melih Çulha, Ateş Kadıoğlu	
13:00-14:00	**Kadavrada Penil Protez İmplantasyon Cerrahisi**	
	M. Faruk Usta, Selahittin Çayan, Barış Altay	
	Erkek İnfertilitesi	
	Moderatör: ***Selahittin Çayan***	
14:00-14:20	Erkek infertilitesinde genetik değerlendirme: Yeni gelişmeler	***Hakan Gürkan***
14:20-14:40	Clinical scenarious with increased sperm DNA damage and treatment	***Suks Minhas***
14:40-15:00	Kanıta dayalı tıp verileri eşliğinde varikosel cerrahisinin başarısı	***Selahittin Çayan***
15:00-15:20	Semen mikrobiatalarının sperm hareketliliği üzerine etkisi	***Lütfi Canat***
15:20-15:40	Sperm DNA chromatin assay: When and to whom?	***Aleksander Khelaia***
15:40-16:00	**ARA**	

Boston Scientific
Advancing science for life™

27 Mayıs 2022 Cuma

Kadın Cinsel Sağlığı

Moderatör: ***Ercan Yeni***

16:00-16:20	Menopause and female sexual dysfunction: Diagnosis and treatment	***Rossella E Nappi***
16:20-16:40	Psychiatric evaluation of female sexual dysfunction	***Annamaria Giraldi***
16:40-17:00	Kadın genital estetik operasyonlarına genel bakış	***Süleyman Eserdağ***
17:00-17:20	Kadınlarda inkontinans tiplerinin cinsel siklusa etkisi	***M. Gökhan Çulha***
17:20-17:40	Transseksüel cerrahi öncesi endokrin değerlendirme ve tedavi	***Pınar Kadıoğlu***
17:40-18:00	Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tedavisi: Güncelleme	***Ercan Yeni***

Erkek Cinsel Sağlığı: Testosteron Yetersizliği

Moderatör: ***İsa Özbey***

18:00-18:20	Diagnosis and treatment of testosterone deficiency; what is in horizon?	***Hugh Jones***
18:20-18:40	Geç başlayan hipogonadizm tedavisinde sistemik yan etkilerin değerlendirilmesi ve tedavisi	***Muammer Kendirci***
18:40-19:00	Testosteron yetersizliği patofizyolojisinde diabet ve obezitenin yeri	***Sefa Resim***

19:00-19:30	**AKŞAM YEMEĞİ**

Erkek Cinsel Sağlığı

Moderatör: ***Mustafa Faruk Usta***

19:30-19:50	Bitmeyen sorun: Kronik pelvik ağrı sendromu ve erektil disfonksiyon	***Fikret Erdemir***
19:50-20:10	Update in neurobiology of orgasm	***Kevin E McKenna***
20:10-20:30	Penil Doppler ultrason ile ereksiyon hemodinamiğinin incelenmesi	***Caner Baran***
20:30-20:50	BPH tedavisinde kullanılan yeni enerji kaynaklarına (Bipolar, Rezum, Holep, Thulium...) bağlı ereksiyon ve ejakülasyon sorunları – Karşılaştırmalı analiz	***Önder Yaman***
20:50-21:10	Prematür - anejakülasyonda yeni tedavi alternatifleri	***Serkan Deveci***
21:10-21:30	Evidence-based role of restorative treatments in erectile dysfunction	***Ryan P.Terlecki***

28 Mayıs 2022 Cumartesi

08:00-10:00	**Canlı Cerrahi: Penil Protez implantasyonu** ***Ateş Kadıoğlu, Bilal Gümüş***	Coloplast
10:00-10:30	**ARA**	

Erkek İnfertilitesi

Moderatör: ***Bülent Semerci***

10:30-11:00	ICSI için en iyi spermi nasıl seçiyorum? - ***Ertan Kervancıoğlu*** - Laboratuvar - ***Oğuz Ekmekçioğlu*** - Klinik	
11:00-11:20	Üremeye yardımcı yöntemlerin endikasyonunda üroloğun rolü	***Barış Altay***
11:20-11:40	ROSI, IMSI, PICSI nin kanıta dayalı etkinliği	***Emre Bakırcıoğlu***

Pelvik Cerrahilerde Androlojik Bakış Açısı

Moderatör: ***Mustafa Melih Çulha***

11:40-12:00	Robotik radikal cerrahide sinir koruyucu teknikler: Yeni ne var?	***Volkan Tuğcu***
12:00-12:20	Radikal pelvik cerrahi sonrası penil rehabilitasyon gerekli mi?	***Mustafa Faruk Usta***
12:20-12:40	Proksimal uretral darlıklarda sinir koruyucu yaklaşım	***Abdurrahim İmamoğlu***
12:40-13:00	Kadınlarda uretroplasti yöntemleri	***Abdulmuttalip Şimşek***
13:00-13:50	**ÖĞLE YEMEĞİ**	

Erkek Cinsel Sağlığı

Moderatör: ***Ali Beytur***

13:50-14:10	Evidence based medical treatment of Peyronie's disease in 2022	***Eric Chung***
14:10-14:30	HPV ve erkek cinsel sağlığı	***Mesut Cilli***

Moderatör: ***Ateş Kadıoğlu***

14:30-14:50	Geleceği şekillendirecek sağlık trendleri	***Başbuğ Öke***

28 Mayıs 2022 Cumartesi

KURS: Penile Augmentation and Enhancement

Moderatörler: ***Ateş Kadıoğlu, Zülfü Sertkaya***

14:50-15:10	Mikropenis, Penis Dismorfik Bozukluk, Küçük Penis Anksiyetesi: Tanım, Epidemiyoloji, Fizik muayene ve psikolojik değerlendirme	***Zülfü Sertkaya***
15:10-15:30	Non-surgical treatments for penile enhancment (traction devices, vacuum devices, hormonal therapy, injections, implants)	***Juan Ignacio Martinez-Salamanca***
15:30-16:00	Penis ligamanlarının anatomisi, fizyolojisi ve penis uzatma cerrahileri	***Ateş Kadıoğlu***
16:00-16:20	Penile girth enhancement techniques	***Javier Romero Otero***

16:20-17:00 **Kadavrada Penil Protez İmplantasyon Cerrahisi**

Mustafa Melih Çulha, Metin Öztürk

Rigicon® Innovative Urological Solutions ANDROMED

Cinsel Sağlık ve İnfertilite

Moderatör: ***Metin Öztürk***

17:00-17:20	Testosteron, BPH ve prostat kanseri	***Murat Dursun***
17:20-17:40	Azospermik erkeğin değerlendirme algoritmi	***Hakan Taşkapu***
17:40-18:00	BPH medikal tedavisinde optimizasyon	***Metin Öztürk***
18:00-18:20	Exprience of surgical treatment of penile curvature in Kyrgyzstan	***Bolot Rısbaev***
18:20-18:40	İnfertil çift: Kadının endokrinolojik değerlendirilmesi	***Burçin Karamustafaoğlu Balcı***

Yarı Canlı Cerrahi

Moderatörler: ***Muzaffer Akçay***

18:40-19:00	Sinir koruyucu RPLND	***Eyüp Veli Küçük***
19:00-19:30	**AKŞAM YEMEĞİ**	

KURS: Penil Protez İmplantasyonu

Moderatörler: ***Ateş Kadıoğlu, Mustafa Melih Çulha***

19:30-19:50	Current status of salvage procedure in IPP	***Martin S. Gross***
19:50-20:10	Anatomical details of alternative reservoir placement	***Daniar Osmonov***
20:10-20:30	Lenghtening procedures during IPP	***Run Wang***
20:30-20:50	Peyronie's disease and IPP: What is new and important?	***Ateş Kadıoğlu***
20:50-21:10	Correction of glans deformities after penile prosthesis implantation	***Gerard D. Henry***
21:10-21:30	Simultaneous implantation of Mini-Jupette and penile prosthesis	***Tobias Kohler***

29 Mayıs 2022 Pazar

Pediatrik Androloji

Moderatör: ***Cankon Germiyanoğlu***

09:00-09:20	Adölesan varikosel cerrahi tedavisi	***Erhan Ateş***
09:20-09:40	Pediatrik dönem onkoloji tedavileri sonrası spermatogenezin korunması	***Murat Çakan***
09:40-10:00	Seksüel gelişim bozuklukları	***Deniz Demirci***
10:00-10:20	Çocuklarda konjenital penil kurvatür tamiri	***Tarkan Soygür***
10:20-10:40	İnmemiş testise bağlı testiküler fonksiyon bozuklukları	***Cankon Germiyanoğlu***
10:40-11:00	**ARA**	

Androlojide Önemli Başlıklar

Moderatör: ***Bilal Gümüş***

11:00-11:20	Androlojide önemli başlık: Hasta bilgilendirme	***Coşkun Kaya***
11:20-11:40	Androlojik cerrahiye bağlı olgular eşliğinde yaşanan medikolegal sorunlar	***Ahmet Serel***
12:00-12:20	Anti-aging amaçlı hormonoterapi	***Pınar Kadıoğlu***
12:20-13:00	Akılcı ilaç kullanımı	***Fikret Erdemir***
13:00	**KAPANIŞ**	

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01
Monosit-HDL Oranının Erektil Disfonksiyon Üzerine Etkisi

Ahmet Emin Doğan, Berk Yasin Ekenci, Tarık Küçük, Hilmi Sarı, Osman Raif Karabacak, Muhammet Abdurrahim İmamoğlu
SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Çalışmamızda monosit ile yüksek yoğunluklu lipoporetin kolestrol (HDL-K) oranının (MHO) erektil disfonksiyonla (ED) arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya yerel etik kurul onayı alınarak başlandı. Ocak 2021-eylül 2021 tarihleri arasında organik ED teşhisi konan 143 hasta ve herhangi bir sistemik hastalığı ve ED'si olmayan 140 hasta kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi. Tüm hastalardan 8 saatlik açlık sonrası, hemogram, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolestrol (HDL-K), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K), total kolesterol (TK), ve trigliseritler (TG), standart analizler kullanılarak ölçüldü. Hormon parametrelerinden folikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinizan hormon (LH) ve total testosteron seviyeleri ölçüldü. ED'nin varlığı Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF) anketinin beş maddelik versiyonu ile değerlendirildi. MHO, monositlerin HDL-C seviyelerine bölünmesiyle hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 59,6 ± 6.1 (yıl) iken, kontrol grubunun 59.7 ± 7.4 (yıl) olarak hesaplandı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.49). Boyları açısından da iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.45); ancak vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandığında, hasta grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğu görüldü (27.6 ± 4.1'ye karşı 25.7 ± 4.7 kg/m2; p=0.001). Kilo açısından da iki grup arasında anlamlı fark bulundu (82.2 ± 12.2'ye karşı 77.3 ± 14.3 kg; p=0.002). Hasta grubu ile kontrol grubu arasında total testosteron, FSH ve LH açısından istatistiksel fark saptanmadı (p değerleri sırasıyla 0.802, 0.086 ve 0.164) (Tablo 1). Hemogram parametreleri, kan lipid değerleri ve MHO ile ED arasındaki ilişki Tablo 1'de özetlenmiştir. IIEF-5 skorları değerlendirildiğinde, hasta grubunun ortalama kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olarak hesaplandı (9.8 ± 3.2'ye karşı 23.2 ± 1; p<0,001). Sonuçlar karşılaştırıldığında ED grubu ile kontrol grubu arasında trigliserit açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0.81). Nötrofil lenfosit oranı (NLO) (2.08 ± 1.14'e karşı 1.28 ± 0.62; p<0.001), total kolesterol (183 ± 37'ye karşı 170 ± 37 mg/dl; p=0.003), HDL-K (41.9 ± 9.9'a karşı 54.3 ± 11.7 mg/dl; p<0.001), LDL-K (119.5 ± 32.1'e karşı 106 ± 34.4 mg/dl; p=0.004) ve monosit (0.74 ± 0.17'ye karşı 0.55 ± 0.22 103/cm3; p<0.001) açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı. ED grubunda MHO 0.02 ± 0.006, kontrol grubunda ise 0.01 ± 0.006 olarak hesaplandı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p<0,001).

SONUÇ: MHO özellikle endotel disfonksiyonunu gösteren yeni bir inflamatuar belirteçtir. Çalışmamız, ED'li hastaların MHO değerlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. ED ve MHO arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirmek için daha fazla klinik araştırma çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endotelyal disfonksiyon, Erektil Disfonksiyon, Monosit-HDL Oranı

Erektil Disfonksiyon İle İlgili Parametrik Değerlerin, Demografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

	Hasta(n=143)	Kontrol(n=140)	p
Yaş (yıl)	59.6 ± 6.1 (41 – 76)	59.7 ± 7.4 (40 – 76)	0.49*
Boy (cm)	172.5 ± 5.8	173.3 ± 5.7	0.45*
Kilo (kg)	82.2 ± 12.2	77.3 ± 14.3	0.002*
VKİ (kg/m2)	27.6 ± 4.1	25.7 ± 4.7	0.001*
FSH (mIU/ml)	6.21 (0.89–44.90)	5.78 (1.60–23.10)	0.086*
LH (mIU/ml)	6.52 (1.40–52.30)	6.79 (2.63–14.00)	0.164*
Testosteron (ng/ml)	429.6 ± 160.1 (116 – 1084)	433 ± 129.8 (200 – 765)	0.802*
IIEF-5 (Ort ± SS)	9.8 ± 3.2 (5 –15)	23.2 ± 1 (22 –25)	<0.001*
NLO (Ort ± SS)	2.08 ± 1.14 (0.47 – 9.39)	1.28 ± 0.62 (0.39 – 3.88)	<0.001*
TG (mg/dl)	181 ± 115 (35 – 770)	169 ± 85 (33 – 444)	0.81*
TK (mg/dl)	183 ± 37 (108 – 290)	170 ± 37 (67 – 236)	0.003**
HDL-K (mg/dl)	41.9 ± 9.9 (23.9 – 76.2)	54.3 ± 11.7 (27.6 – 76.6)	<0.001*
LDL-K (mg/dl)	119.5 ± 32.1 (52 – 205)	106 ± 34.4 (11 – 160)	0.004*
Monosit (103/cm3)	0.74 ± 0.17 (0.35 – 1.18)	0.55 ± 0.22 (0.22 – 1.51)	<0.001*
MHO (/ng. HDL, mean ± SS)	0.02 ± 0.006 (0.01 – 0.04)	0.01 ± 0.006 (0.00 – 0.05)	<0.001*

*VKİ: Vücut Kitle İndeksi FSH: Folikül Stimülan Hormon LH: Lütenleştirici Hormon IIEF-5: Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi NLO: Nötrofil/Lenfosit Oranı TG: Trigliserit TK: Total Kolestrol HDL-K: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Kolestrol LDL-K: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolestrol MHO: Monosit/HDL Oranı *: Mann-Whitney U Test **: Student t Test*

SS-02
Vaskülojenik Erektil Disfonksiyonu Olan Hastalarda Prediktif Faktör Olarak Trombosit Sayısı, Ortalama Trombosit Hacmi ve Eozinofil Sayısı

Ahmet Emin Doğan, Görkem Özenç, Tarık Küçük, Hilmi Sarı, Ufuk Öztürk, Muhammet Abdurrahim İmamoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Bu çalışmada vasküler patolojilerle ilişkisi ortaya konulan trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi (MPV) ve eozinofil sayısı (EC) gibi hematolojik parametrelerin erektil disfonksiyon (ED) olan hastalarda araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya 283 hasta dahil edildi. Hastalar vaskülojenik ED olanlar (n=143) ve kontrol grubu (n=140) olarak 2 gruba ayrıldı. Ayrıntılı anamnez alındı, genital ve nörolojik muayeneler dahil olmak üzere fizik muayene yapıldı, gerekli kan tetkikleri alındı. Erektil fonksiyon International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) anketi kullanılarak değerlendirildi. Ortalama trombosit hacmi, platelet sayısı ve eozinofil seviyeleri iki grup arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hasta grubunda MPV ve plateler sayıları daha yüksekti ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (Sırasıyla 10.14±0.67 fL ve 9,78±0.6 fL; 255.22±53.2 hücre/µL ve 241.53±52.13 hücre/µL) (P <.05). Eozinofil sayıları açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. (0.20±0.14 hücre/µL ve 0.21±0.119 hücre/µL) (p:0.095).

SONUÇ: Yüksek MPV ve trombosit sayısı vaskulojenik ED için önemli bir prediktif faktödür ve ED etyolojisinin değerlendirilmesine yardımcı olabilir. Yeni çalışmalarla vaskülojenik ED'de antitrombosit tedavinin etkinliği de incelenmelidir.. Yüksek MPV ve trombosit sayısı olan ED hastalarında, ED'nin vaskuler hastalıkların ilk klinik belirtisi olabileceği unutulmamalı ve hastalar kardiyovasküler sistem ve serebrovasküler hastalıklar açısından da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: erektil disfonksiyon, eozinofil, ortalama trombosit hacmi, trombosit sayısı, vaskülojenik

Demografik Veriler ve Hemogram Parametreleri

	ED grubu	Kontrol grubu	p
Sayı	143 (%50,5)	140 (%49,5)	
Yaş	59,6 ± 6,1 (41-76)	59,7 ± 7,4 (40-76)	0,494*
IIEF-5	9,8 ± 3,2 (5-15)	23,2 ± 1 (22-25)	<0,001*
MPV (fL)	10,14 ± 0,67 (8,6-14,1)	9,78 ± 0,6 (9,1-12,2)	<0,001*
EC (103/µl)	0,20 ± 0,14 (0,01-0,67)	0,21 ± 0,11 (0,04-0,51)	0,095*
PLT (103/µl)	255,22 ± 53,2 (156-421)	241,53 ± 52,13 (151-368)	0,012*

**: Mann Whitney U test MPV: Ortalama TTrombosit Hacmi EC: Eozinofil Sayısı PLT: Platelet Sayısı IIEF-5: Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi*

SS-03
WNT-2 VE TGF BETA-1 genlerinin peyronie hastalığına eşlik eden patofizyolojik durumlarla ilişkisi

Abdullah Akkurt, Erdem Toprak
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada Peyronie hastalığı (PH) olanlarda WNT-2 ve TGF-β1 genlerinin ekspresyon artışının eşlik eden patofizyolojik durumlarla ilişkisi araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmaya Mayıs 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında hastanemizin Androloji polikliniğine PH tanısıyla yönlendirilen 57 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı, diabetes mellitus varlığı, hipertansiyon varlığı, lipid metabolizması bozuklukları, erektil disfonksiyon (ED) varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, Dupuytren kontraktürü (DK) varlığı kaydedildi. Hastalara WNT-2 ve TGF-β1 genlerindeki ekspresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 50,23±10,17 (30-69) idi. Hastaların % 45.6'sında diyabetes mellitus, % 19.1'inde hipertansiyon, % 14'ünde lipid metabolizması bozuklukları, % 5.3'ünde DK, % 40.4'ünde ED mevcuttu. Bu hastaların tamamında TGF-β1 gen ekspresyon artışı izlenirken %80.7'sinde WNT-2 ekspresyon artışı saptandı. WNT-2 ekspresyon artışının %52.6'sı heterozigot, %28.1'i homozigot dağılım gösterirken TGF-β1 gen ekspresyon artışı izlenen hastaların %96.5'i homozigot, %3.5'i heterozigot dağılım göstermekteydi. Bu genetik ekspresyon artışlarının komorbiditelerle ilişkisine bakıldığı zaman diyabetes mellitusu olan Peyronie hastalarında WNT-2 homozigot gen ekspresyonunun diyabetes mellitusu olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (P=0,03). Diyabetes mellitus dışındaki komorbiditelerde WNT-2 ve TGF-β1 gen ekspresyonu açısından anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: PH'de WNT-2 ve TGF-β1 gen ekspresyonlarında artış izlenmektedir. Diyabetes mellitusu olan Peyronie hastalarında WNT-2 homozigot gen ekspresyon artışı, diyabetes mellitusu olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olmaktadır. PH'nin diyabetik hastalarda daha sık görülmesinin patofizyolojik temelleri arasında genetik faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. PH ile ilişkili komorbid durumlarla PH'nin ortak genetik faktörlerinin olabileceği konusunda daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Peyronie hastalığı, gen ekspresyonu, WNT-2 ve TGF-β1

SS-04
Verumontanumun Korunmasıyla Yapılan TURP'nin Standart TURP ile Postoperatif Retrograd Ejakülasyon Açısından Karşılaştırılması

Bedreddin Kalyenci, Fatih Rüştü Yalçınkaya
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Anabilimdalı

AMAÇ: Verumontanumun 0,5 cm korunmasıyla yapılan TURP(trasüretral prostatektomi)'nin standart TURP ile postoperatif retrograd ejakülasyon oranlarını karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Şubat 2016 ile Ağustos 2020 arasında semptomatik BPH(bein prostat hiperplazisi) nedeniyle TURP yapılan 226 hasta retrospektif olarak tarandı.Hastalar 2 grupta incelendi.Grup A'da 106 hastaya verumontanum 0,5 cm korunacak şekilde TURP yapıldı.Grup B'de ise 120 hastaya standart TURP yapıldı.Postoperatif 1 yıl sonra IPSS(Uluslararası Prostat Semptom Skoru), HRQL(sağlıklı yaşam kalitesi skoru), Qmax(maksimum idrar akış hızı), PVR(işeme sonrası rezidüel idrar hacmi)ve retrograd ejakülasyon oranları karşılaştırıldı. BULGULAR: Gruplar arasında ameliyat süresi, kateterizasyon süresi, hemoglobin azalması ve hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.Her iki grupta IPSS, HRQL, Qmax, PVR de benzer bulgular izlendi.Grup A'da retrograd ejakülasyon açısından 106 hastanın 55'inde (%51.8) antegrad ejekülasyonun korunduğu, 38'inde (%35.85) retrograd ejekülasyon varlığı, Grup B'de ise 120 hastanın 31'inde(%26) antegrad ejekülasyonun korunduğu,89'unda ise (%74) retrograd ejakülasyon saptandı.

TARTIŞMA: Ejakülasyon süreci tipik olarak üç aşamaya bölünür: emisyon, ejeksiyon (veya penisin dışarı atılması) ve orgazm. Emisyon, sperm ve seminal sıvının posterior üretraya atılmasıyla birlikte seminal veziküllerin ve prostatın kasılmalarından oluşur.Sempatik sinirler (T10-L2) ve somatik sinirler (S2-S4) aracılık eder ve dış üriner sfinkterin gevşemesi ile birlikte bulbokavernozum ve pelvik taban kaslarının pulsatil kasılmalarını içerir. Ejeksiyon sınırlı gönüllü kontrolün olduğu sempatik bir omurilik refleksini içerir.Mesane boynu retrograd akışı önlemek için kapanır; bulbokavernöz, bulbospongiosus ve diğer pelvik taban kasları ritmik olarak kasılır ve dış üriner sfinkter gevşer. Üretral sfinkterin aralıklı kasılması proksimal üretraya retrograd akışı engeller.Orgazm, arka üretrada artan basınçtan kaynaklanan pudendal sinir duyusal uyaranların, verumontanumdan kaynaklanan duyusal uyaranların ve üretral bulbusun kontraksiyonunun ve serebral olarak işlenmesinin sonucudur. BPH yaşlı erkeklerde en sık görülen ve yaşam kalitesini ciddi derecede etkileyen hastalıklardan biridir.Medikal tedaviye yanıt alınamayan hastalarda BPH'ın altın standart tedavisi TURP'dir.TURP sonrası istenmeyen komplikasyonlardan biri retrograd ejakülasyondur ve BPH Kılavuzları TURP sonrası retrograd ejakülasyonun insidansını %73 (15-99) olarak bildirmiştir.Yüksek kaliteli çalışmalar şimdiye kadar sadece işeme fonksiyonlarını ele almış ve cinsel işlev sorunlarını göz ardı etmiştir.Geleneksel transüretral rezeksiyon tekniği geleneksel olarak "verumontanum çevresindeki apikal dokunun dikkatli bir şekilde çıkarılması" ile gerçekleştirilir. Antegrad ejakülasyonun korunması için parakolliküler ve verumontanumun 0,5 cm proksimalinde yer alan yerleşimli doku rezeke edilmemelidir. Bu esas olarak musculus ejaculatorius ve verumontanumun boşalma için önemi ile ilgilidir.Gelecekteki çalışmaların sadece işeme fonksiyonlarını tanımlamak yerine cinsel işlev bozukluklarını ele alması;hem ejakülasyon fonksiyon bozukluğunu azaltmak hem de ejakülasyonu korumayı amaçlayan erkekleri en uygun cerrahi stratejinin seçiminde güvenli bir şekilde ele almak amacıyla net hipotezler formüle etmesi gerekmektedir.

SONUÇ: BPH tedavisinde altın standard tedavi olan TURP'de teknik alternatifler bu zor prosedürün risklerini ve istenmeyen etklerini daha da aza indirebilir.Rezeksiyon sırasında verumontanum çevresindeki doku korunursa ameliyattan sonra neredeyse dört erkekten üçünde görülen retrograd ejakülasyondan kaçınılabilir.

Anahtar Kelimeler: Transüretral Prostat Rezeksiyonu,Retrograd Ejakülasyon,Verumontanum

Dermografik veriler

	Grup A ortalama(SD)	Grup B ortalama(SD)
n	106	120
Yaş(yıl)	69.45(6.42)	66,7 (10,27)
Prostat hacmi(cm³)	53.9(10.94)	54,5 (11,81)
PSA(ng/dl)	2,56(1,37)	2,23 (1,30)
PVR(ml)	96(22.58)	90,3 (30,3)
Qmax(ml/sn)	4.30(1.55)	4,9 (1.66)
IPSS	21.6(4.66)	20.9 (2.6)
HRQL	4.31(0.96)	4,9 (0,85)
Operasyon süresi(dakika)	63,5(13,5)	62,4 (12,19)
Kateterizasyon süresi(saat)	75,6(20,6)	76,5(21)
Hemoglobin düşüşü(g/dl)	1,3(0,12)	1,5(1)
Hastanede kalış(gün)	3,5(1,2)	3,7(1,3)
Retrograd ejakülasyon	55 (%51.8)	89(%74,1)
Antegrad ejakülasyon	51 (%48.1)	31(%25,9)

SS-05
Östrojen/Total testosteron oranının erektil disfonksiyon ve libido düşüklüğü ile ilişkisi

Fesih Ok
Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Siirt

GİRİŞ: Testosteron düşüklüğü olan erkeklerde erektil disfonksiyon (ED) ve libido düşüklüğü (LD) olduğu bilinmektedir. Östrojenin ise erkeklerde cinsel işlev bozukluğunu modüle eden bir faktör olarak nasıl bir rol oynadığı açık değildir. Son yıllarda, östrojenin kendi etkisinden çok, ED ve LD'nin testosteron ve östrojen arasındaki dengesizlikten etkilenebildiği düşünülmüştür. Çalışmanın amacı östrojen/ testosteron oranının ED ve LD ile ilişkisini, tanı ve tedavide olası yararını araştırmaktır.

Materyal-METHOD: Kliniğimize ED şikayeti ile başvuran hastalar Uluslar Arası Erektil İşlev (IIEF-5) formu ile değerlendirildi. Semptom Skoru <21 olanlar ED olarak kabul edildi. Libido durumu IIEF-15 formundaki 11 ve 12. Sorular kullanılarak değerlendirildi. Skoru 1 ile 5 arasında olan hastalarda LD olduğu kabul edildi. Skoru 6-10 arası olanların libidosu normal kabul edildi. Cerrahi sonrası ED gelişenler, Peyronie hastalığı, malignite öyküsü, son dönem böbrek veya karaciğer hastalığı, nörolojik hastalığı, hipogonadizmden farklı herhangi bir endokrin disfonksiyonu olan hastalar ve hipotalamo-pituiter-gonadal aksı etkileyen ilaç kullanan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Ed'si olan 49 hasta ve ED'si olmayan 30 hasta olmak üzere toplam 79 hasta çalışmaya dahil edildi. İki grup arasında demografik, klinik ve laboratuvar verilerin karşılaştırılması için Student T testi, Mann Whitney U testi ve Ki kare testleri kullanıldı. Değişkenler ve ereksiyon ve libido skorları arasındaki korelasyon için Sperman korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: ED olan hastaların ortalama yaşı 56.5±6.6 iken ED'si olmayanların 52.2±4.2 (p=0.003). ED'si olan 49 hastadan 22 (%44.9)'si hafif, 9 (%18.4)'u hafif-orta, 10 (%20.4)'u orta ve 8 (%16.3)'i şiddetli ED grubundaydı. ED'si olan hastalarda ortalama östrojen düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (21.5±3.9 vs 17.1±2.1, p<0.001). Bununla birlikte Total testosteron düzeyi ise anlamlı olarak daha düşüktü (4.31±0.7 vs 4.96±0.77, p=0.035).Bu nedenle Östrojen/Total testosteron düzeyi ED olanlarda belirgin bir şekilde daha yüksketi (5.34±2.3 vs 3.49±0.63, p<0.001) (Tablo 1).

Yaş (rho: -0.592, p=0.007) ve östrojen (rho: -0.699, p<0.001) düzeyi ile IIEF-5 skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki varken östrojen/total testosteron (rho: -0.857, p<0.001) ile IIEF-5 skoru arasında negatif yönde çok güçlü bir ilişki vardı. Benzer şekilde Yaş (rho: -0.559, p<0.001) ve östrojen (rho: -0.742, p<0.001) düzeyi ile IIEF-15 11 ve 12. sorular skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki varken östrojen/total testosteron (rho: -0.883, p<0.001) ile IIEF-15 11 ve 12. sorular skoru arasında negatif yönde çok güçlü bir ilişki vardı (Tablo 2).

SONUÇ: Östrojen/Total testosteron oranının yüksekliği ile hem ED hem de LD arasında güçlü bir ilişki vardır. Bu nedenle ED ve LD ile başvuran hastalarda östrojen ve total testosteron ölçümü yapmak yararlı olacaktır. ED ve LD'si olan östrojen/total testosteron yüksekliği olan hastalarda aromataz inhibitörü gibi anti östrojen tedavilerin kullanılmasını güçlü bir şekilde önerebilmek için prospektif, çok merkezli ve yüksek hasta sayısı ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Östrojen, total testosteron, erektil disfonksiyon, libido düşüklüğü

Tablo 2. Erektil disfonksiyon (IIEF-5 skoru) ve nicel değişkenler ve cinsel istek (IIEF-15'in 11. ve 12. maddeleri) ve aynı nicel değişkenler için Spearman korelasyonu.

	IIEF-5 (Ereksiyon) skoru		IIEF-11-12 soru (Libido) skoru	
	rho	P değeri	rho	P değeri
Yaş	-0.592	0.007	-0.559	<0.001
BMI	-0.163	0.151	-0.157	0.168
Sigara	-0.265	0.018	-0.224	0.047
Hipertansiyon	-0.319	0.004	-0.274	0.015
AKŞ	-0.233	0.039	-0.210	0.063
Total kolesterol	-0.224	0.047	-0.195	0.085
LDL kolesterol	-0.203	0.073	-0.172	0.129
HDL kolesterol	0.150	0.188	0.158	0.165
Trigliserid	-0.026	0.823	-0.021	0.991
Bel çevresi	-0.083	0.469	-0.071	0.534
FSH	0.108	0.345	0.134	0.238
LH	0.302	0.077	0.319	0.074
PRL	0.045	0.695	0.050	0.659
Östrojen	-0.699	<0.001	-0.742	<0.001
Total testosteron	0.374	0.001	0.330	0.003
Östrojen/ Total testosteron	-0.857	<0.001	-0.883	<0.001

Tablo 1. Erektil disfonksiyonu olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	ED (n=49)	Non-ED (n=30)	p değeri
Yaş (yıl), ortalama±SD	56.5±6.6	52.2±4.2	0.003
BMI (kg/m2) ortalama±SD	28.3±2.1	27.7±2.2	0.184
Sigara, n (%)	10 (20.4)	8 (26.7)	0.520
Hipertansiyon, n (%)	5 (16.7)	8 (26.7)	0.520
AKŞ (mg/dl), ortalama±SD	96.2±7.8	92.5±7.9	0.106
Total kolesterol (mg/dl), ortalama±SD	212.3±6.4	209.5±6.1	0.557
LDL kolesterol (mg/dl), ortalama±SD	145.9±12.6	143.2±12.7	0.505
HDL kolesterol (mg/dl), ortalama±SD	50.2±3.4	48.1±2.7	0.226
Trigliserid (mg/dl), ortalama±SD	132.6±12.6	130.73±12.4	0.519
Bel çevresi (cm), ortalama±SD	100.22±4.7	98.8±4.8	0.747
IIEF-5 skoru, ortanca (ÇAG)	13 (9.5)	23 (2)	<0.001
ED kategorsi			
Hafif	22 (44.9)		
Hafif-orta	9 (18.4)		
Orta	10 (20.4)		
Şiddetli	8 (16.3)		
IIEF-15 (11 ve 12. Soru) skoru, ortanca (ÇAG)	4 (2)	9 (2)	<0.001
FSH (IU/L), ortalama±SD	5.46±0.2	5.63±0.3	0.339
LH (IU/L), ortalama±SD	5.49±0.3	5.72±0.2	0.135
Prolaktin (ug/L), ortalama±SD	12.3±1.7	12.5±1.8	0.505
Östrojen (pg/ml), ortalama±SD	21.5±3.9	17.1±2.1	<0.001
Total Testosteron (ng/ml), ortalama±SD	4.31±0.7	4.96±0.77	0.035
Östrojen/Testosteron, ortalama±SD	5.34±2.3	3.49±0.63	<0.001

SS-06
REZUM (su buharı termal terapisi) tedavisinin cinsel fonksiyonlar üzerine etkileri: ilk sonuçlarımız

Emir Akıncıoğlu[1], Alp Akyol[2], Burak Turna[2]
[1]Özel Sağlık Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Rezum sistemi (Boston Scientific, Marlborough, MA) benign prostat hiperplazisi (BPH) tedavisinde son yıllarda kullanılmaya başlanmış ve giderek popülerliği artan bir minimal invaziv cerrahi yöntemdir. Su buharı kullanılarak yaratılan termal enerjiyle obstruktif adenom dokularının ablate edilmesi hedeflenir. Rezum sistemini hastalar ve hekim açısından cazip kılan, diğer BPH cerrahi tedavi seçeneklerinde sıklıkla karşılaşılan retrograd ejekülasyon başta olmak üzere cinsel disfonksiyonların Rezum sonrasında çok daha az görülmesi ve genel anlamda cinsel fonksiyonları en iyi koruyan BPH tedavi modalitelerinden biri olarak kabul edilmesidir. Çalışmamızda tedavinin cinsel fonksiyonlar üzerine olası etkilerine dair ilk sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ekim 2020 – Mart 2022 arasında kliniğimizde tek cerrah tarafından Rezum tedavisi yapılan cinsel aktif 20 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hiçbirinin BPH sebebiyle önceden cerrahi girişim öyküsü yoktu. Ayrıca işeme disfonksiyonu ile ilgili olabilecek psikiyatrik, nörolojik hastalıklar veya travma öyküsü de bulunmamaktaydı. Tüm işlemler litotomi pozisyonunda işlemin ilk fazında fleksbl sistoskopi bakısı yapıldıktan sonra uygulandı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 56,6±9,58 (40-70), ortalama prostat volümü 72±23,86cc (40-140) olarak raporlandı. İşlem öncesi Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi 5 (IIEF-5) sırasıyla 21,8±3,39 (17-27) ve 17,8±3,31 (12-24) olarak ölçüldü. 20 hastanın 5'inde (%25) a-bloker ilaç kullanımına bağlı retrograd ejekülasyon şikayeti bulunmaktaydı. Ortalama işlem süresi 5,6±1,6 dakika (3-8), ortalama enjeksiyon sayısı 7,55±2,81 (3-11) olarak kaydedildi. Hastaların % 75'ine (16/20) median lob enjeksiyonu yapıldı, tüm hastalardaki ortalama median lob enjeksiyon sayısı 1,3±0,9 (0-3) olarak kaydedildi. Ortalama sonda kalma süresi 9,15±3,03 gün (7-14) olarak raporlandı. Post-operatif 1. ay sonunda IPSS skoru 9,85±6,12 (3-21) ve IIEF-5 skoru 17,1±4,42 (11-25) olarak kaydedildi. Birinci ay sonunda retrograd ejekülasyon oranı %20 (4/20) olarak raporlandı. Retrograd ejekülasyon tarif eden olgulardan bir tanesi operasyon sonrası alfa-bloker kullanmaya devam etmekte olup, retrograd ejekülasyonun işleme bağlı olup olmadığı net olarak tespit edilemedi. İşlem sonrası retrograd ejekülasyonu olan 3 hastanın ise öncesinde retrograd ejekülasyonu bulunmamaktaydı. Bununla birlikte işlem öncesi a-blokere bağlı retrograd ejekülasyon yakınması olan 5 hastanın 4'ü işlem sonrası alfa-bloker kullanımı bıraktıktan sonra herhangi bir ejekülasyon bozukluğu tarif etmezken; işlem öncesi retrograd ejekülasyon yakınması olmayan 15 hastanın 12'sinde Rezum sonrasında ejekülasyon bozukluğu görülmedi (%83,3). Hasta sayısının yetersizliği sebebiyle retrograd ejekülasyon gerçekleşen hastalarda bu durumu predikte edecek faktörler analiz edilememiş olup ileri zaman diliminde vaka sayısı ve gözlem süresindeki artış ile özellikle prostat volümü, median lob varlığı, enjeksiyon sayısı, volüme oranla yapılan enjeksiyon miktarı ve benzeri parametrelerin bu durumu predikte etmede bize yol göstereceğini umuyoruz.

SONUÇ: Rezum sistemi; transüretral rezeksiyon, lazer ile enükleasyon veya açık cerrahi prosedürler gibi tedavi yöntemlerine kıyasla başta ejekülasyon olmak üzere cinsel fonksiyonların korunması açısından daha güvenilir bir tedavi seçeneği olarak gözükmektedir. Etkinliğini tam olarak anlamak ve retrograd ejekülasyon gibi olası yan etkileri predikte etmek için daha çok sayıda hastada daha uzun süre gözleme ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: rezum, bph, retrograd ejekülasyon

SS-07
Peyronie hastalığında hemogram parametreleri, testosteron ve PSA düzeyleri arasındaki etkileşim

Tolga Açıkal, Selahittin Çayan, Murat Bozlu, Erdem Akbay
Mersin Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş ve Amaç: Peyronie hastalığında akut ve kronik fazın ayırıcı tanısında hemogram parametreleri son dönemde önem kazanmaktadır. Çalışmanın amacı Peyronie hastalığında hemogram parametreleri ile total testosteron ve total PSA (Prostat Spesifik Antijen) düzeyleri arasındaki etkileşimi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya polikliniğimize penil kurvatür ile başvuran ve kronik fazda Peyronie hastalığı tanısı konan 50 erkek ve Peyronie hastalığı saptanmayan 50 sağlıklı erkek kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Her iki grubun hemogram parametreleri, NLR (nötrofil lenfosit oranı), PLR (platelet lenfosit oranı) ve MER (monosit eozinofil oranı) değerleri ile total testosteron ve total PSA düzeyleri karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda hastaların yaş, penis eğrilik derecesi, plak boyu, hipertansiyon (HT), koroner arter hastalık (KAH) ve diyabetes mellitüs (DM) varlığı prospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması Peyronie grubunda 56,6 ± 9,49 yıl ve kontrol grubunda 56,6 ± 2,97 yıldır (p>0,05). Çalışmaya alınan Peyronie hastalarının klinik özelliklerinden HT varlığı %8, DM varlığı %18 ve KAH varlığı %4 olarak tespit edilmiştir. Penis eğrilik dereceleri incelendiğinde hastaların %40'ı 30°, %18'i 45°, %30'u 60° ve %12'si 90° dir. Plak boylarına bakıldığında ise hastaların %86'sı 1 cm ve %14'ü 2 cm olarak gözlenmiştir. Total testosteron ortalama değeri Peyronie grubunda, total PSA ortalama değeri ise kontrol grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 1). Ayrıca Peyronie grubunda plak boyu arttıkça total testosteron düzeyinin ve MER değerinin azaldığı gözlenmiştir.

Sonuçlar ve Tartışma: Peyronie hastalığında, hastalığın şiddetine bağlı olarak hemogramda kronik inflamatuvar parametrelerindeki artış, düşük testosteron ve yüksek PSA düzeyleri varlığı, Peyronie hastalığının diğer ürogenital organ patofizyolojisi ile olan etkileşimini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemogram, Peyronie, Total PSA, Total testosteron

Gruplarda anlamlı farklı olan parametreler

Parametreler	Peyronie grubu (n:50)	Kontrol grubu (n:50)	p değeri
Total Testosteron	3.09	4.17	0.000
Total PSA	2.00	1.10	0.040
MER	7.10	4.19	0.029

SS-08
COVİD-19 hastalığının serum testesteron seviyesi ve diğer hormon parametreleri üzerine etkisi var mı?

Emrullah Durmuş, Fesih Ok
Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji kliniği, Siirt

AMAÇ: COVİD-19 hastalığının serum testesteron ve diğer hormon paremetreleri üzerindeki etkilerini araştırmak

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Mart 2019-Eylül 2021 tarihleri arasında pandemi öncesinde üroloji polikliniğinde serum hormon seviyeleri kayıtlı olan ve en az 1 kez COVİD-19 hastalığını geçiren 85 hasta retrospektif olarak incelendi. Hipogonadizm nedeni ile hastalık öncesi düşük serum testesteron seviyelerine sahip hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar Toraks CT'de akciğer tutulumu olup olmamasına göre Grup-1 ve Grup-2 olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Serum FSH, LH, Total testesteron, Estradiol ve Prolaktin seviyeleri COVİD-19 hastalığını geçirmeden önceki değerleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup-1 de akciğer tutulumu olmayan 45 hasta ve grup-2 de akciğer tutulumu olan 40 hasta vardı. Her iki grupta hastalık öncesi ve sonrası FSH, LH, Estradiol ve Prolaktin değerleri açısından herhangi bir fark yoktu. Grup-1 de serum total testesteron seviyesi hastalığı geçirmeden önceki değerleri ile karşılaştırıldığında herhangi bir fark izlenmezken Grup-2'de hastalık sonrası total testesteron seviyesindeki düşüş anlamlı derecede belirgindi ($p<0.05$).

SONUÇ: Çalışmamızın sonunda akciğer tutulumu olan COVİD-19 hastalığının yoğun viral yüke maruziyet neticesinde testislerde de hücre hasarına sebep olarak serum testesteron seviyelerinde düşüşe sebep olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: COVİD-19, testesteron, Toraks CT

Hastalık öncesi ve sonrası hormon değerleri

	Grup-1	Grup-2	P değeri
	Önce Sonra	Önce Sonra	
FSH (mlu/ml)	3.2 ± 2.6 3.3 ± 2.7	3.4 ± 2.8 3.8 ± 2.3	0.52
LH (mlu/ml)	5.1 ± 3.1 5.2 ± 2.3	5.3 ±2.1 5.4 ± 2.6	0.84
Estradiol (pg/ml)	47.2±5.6 46.8±4.9	49.5±4.3 48.7±4.1	0.67
Prolaktin (mlu/ml)	16.4±3.7 15.6±3.4	17.2±4.1 16.6±3.9	0.73
Total testesteron (ng/ml)	4.78 ±1.7 4.65±1.6	4.32±1.2 2.28±1.6	0.01

Grup-1: CT negative, Grup-2: CT positive Normal Referans değerler: FSH: 1.7-12 mlu/ml, LH: 1.1-7.0 mlu/ml, Estradiol: <62 pg/ml, Prolaktin: 1.5-19 mlu/ml, Total testesteron: 2.5-5.0 ng/ml

SS-09
Priapism hakkındaki YouTube videolarının güvenilirlik ve yeterlilik analizi

Mehmet Yılmaz, Ibrahim Hacıbey, Yusuf Şahin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar SUAM, Üroloji Kliniği, İstanbul

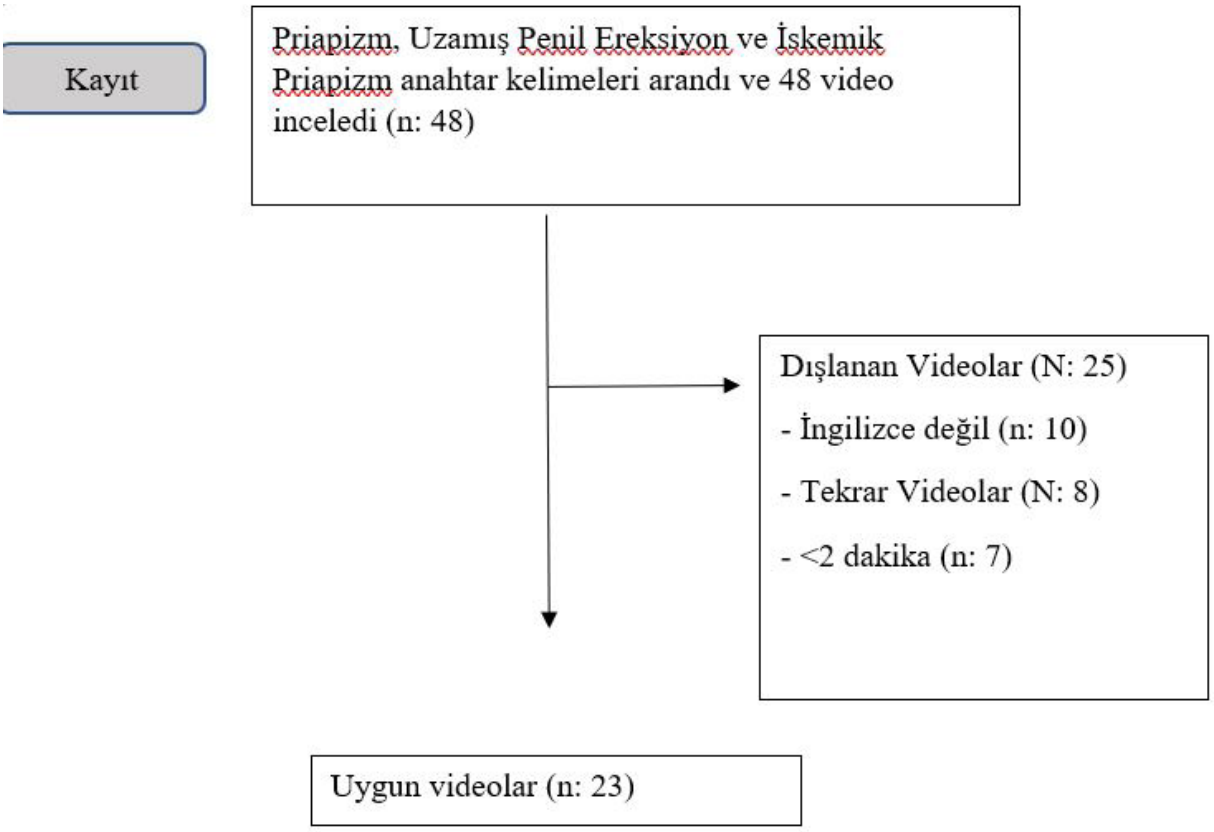
AMAÇ: Mevcut çalışma ile, priapism hakkındaki YouTube videolarının güvenilirliği, etkinliği ve kalitesi, bir puanlama sistemi kullanılarak değerlendirildi.

Gereç ve YÖNTEMLER: YouTube video taramaları için priapism, uzamış penil ereksiyon ve iskemik priapism anahtar kelimeleri kullanılarak açılan ilk 10 sayfadaki konu ile alakalı 48 video listelendi. 2 dakikadan kısa, ingilizce dışı bir dil içeriği, dublike videolar ile ses ya da alt yazı içermeme gibi dışlama kriterlerinden herhangi birine sahip olanlar listeden çıkarıldı ve geriye kalan 23 video çalışmaya dahil edildi. İçerik ve kalite analizi için valide edilmiş global kalite skoru (GQS) kullanılırken videoların bilgi ve eğitim değerini ölçmek için 2 androlog tarafından geliştirilen check list skoru kullanıldı. Video metadatası video güç endeksi (VPI) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Median görüntülenme sayısı 2576 (72-212481) olan videoların yükleme kaynağına göre en yüksek yüzdesi % 43,5 ile bireysel yüklemelere (n=10) ait iken bunu %34,8 akademik (n=8) ve %21,7 ile sağlık profesyonelleri (n=5) izledi. VPI, GQS ve check list skor ortalama ± SD değerleri sırası ile 9,86±12,98; 2,22±1,34 ve 4,09±2,67 olarak saptandı. Akademik videoların GQS ve check list skorları hem sağlık uzmanı yüklemelerine hem de bireysel yüklemelere nazaran istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanırken ($p< 0,05$) VPI bakımından bu üç grup arasında anlamlı fark görülmedi. Sağlık uzmanı ile bireysel yüklemeler arasında da bu üç parametre istatistiksel anlamlılık göstermedi. Video süresi bakımından akademik videolar en uzun ortalama süreye sahip olup bu parametre bireysel yüklemelerle arasında istatistiksel anlamlı farklılık gösterdi (p:0,027).

SONUÇ: Priapism konusunda YouTube videolarının sağlık profesyonellerine hastalık yönetiminde güvenilir ve kapsamlı bilgi sunduğunu söylemek zor olsa da akademik içerikli videoların sayısının artması ve ayrıca sağlık profesyonellerinin yüklemelerinde içerik ve kalite artışı ile bu sorunun aşılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: priapism, iskemik, youTube, video power index



Figür: Video seçiminin ve çalışma tasarımının akış şeması

Yükleme kaynağı açısından videoların analizi

Parametreler median (min–max)	Akademik kaynaklı	Sağlık Uzmanı kaynaklı	Bireysel kaynaklı	P değeri
Video Uzunluğu (sn)	1882 (360-3683)	419 (230-2731)	330 (124-899)	0,01
Yükleme sonrası geçen zaman (gün)	675 (30-1530)	570 (210-1680)	1800 (330-7140)	0,67
VPI	4,54 (0,48-49,56)	5,88 (0,42-20,85)	4,91 (0,14-36,61)	0,82
GQS	4 (1-5)	2 (1-3)	1 (1-2)	0,001
Check list skoru	7,5 (0-9)	4 (2-5)	2 (0-5)	0,009

SS-10

Penil Protez Uygulanan Hastalarda Preoperatif Penil Elastografik Ultrason Bulgularının ve Patolojik Doku Sonuçlarının Karşılaştırılması

Yunus Erol Bozkurt[1], Bilal Habeşi Gümüş[1], Fatih Düzgün[2], Nalan Neşe[3]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

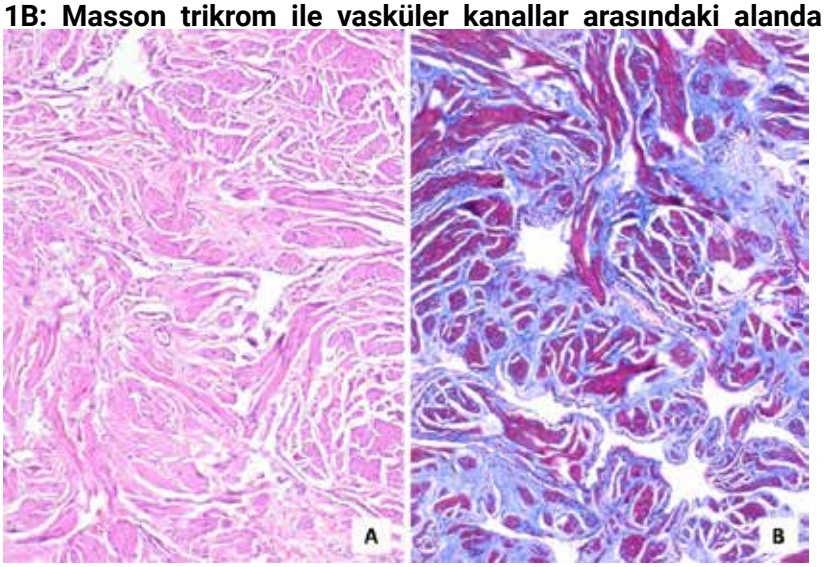
Amaç: Penil elastografı ve erektil disfonksiyon arasındaki ilişkinin histopatolojik analizi

Yöntem: Kliniğimize son 1 yıl içinde erektil disfonksiyon nedeniyle başvuran ve bu çalışmayı kabul eden 12 hasta dahil edildi. 12 hastaya ameliyat öncesi iki boyutlu shear wave elastografı görüntüleme yapıldı ve Pascal (kPa) olarak kaydedildi. Sağ ve sol kavernöz dokudan üçer adet olmak üzere her hastadan altı transvers kesit ölçümü yapıldı ve bu transvers (T) kesit ölçümleri sağ T1, sağ T2, sağ T3, sol T1, sol T2 ve sol T3 olarak kaydedildi.Penil protez yerleştirme operasyonu sırasında sağ ve sol kavernöz dokudan yaklaşık 0,5x0,5x0,5 cm doku örnekleri alındı. Doku örnekleri patoloji bölümüne gönderildi. Korpus kavernozumdaki kas lifleri ve elastik lifler tarafından kaplanan alanın yüzdesi yarı nicel olarak not edildi (kavernöz doku kas liflerinin oranı ve kavernöz doku elastik lif skoru). Elde edilen tüm veriler birbiriyle karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Kavernöz doku elastik lif skor verileri (Skor 1, 2 ve 3), kavernöz doku kas liflerinin yüzde verileri (%10,%20,%30… %100) ve shear wave elastografı verileri (kPa) karşılaştırıldı. Sonuçlar Kruskal Wallis Testine göre istatistiksel olarak anlamlı değildi. Patolojik veriler kendi içinde değerlendirildiğinde kavernöz cisim elastik lif skoru ile kavernöz cisim kas lifi yüzdesi karşılaştırıldı. Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testine göre veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: erektil disfonksiyon, penil protez, shear wave elastografı

Resim 1A: HE ile vasküler kanallar arasındaki alanda kas liflerinin %90 olduğu bir olgu. (x100) Resim 1B: Masson trikrom ile vasküler kanallar arasındaki alanda kas liflerinin %75 olduğu bir olgu. (x100)



Sağ ve sol korpus kavernozumlardan alınan doku örneklerinden formalinde tespit edilip parafine gömülü bloklar hazırlandı. Bloklardan elde edilen 4µ kalınlığındaki kesitler Hematoksilen&Eozin (HE), Masson-trikrom ve Verhoff'un elastik boyası ile boyandı. HE ve Masson-trikrom boyalı kesitler birlikte değerlendirilerek korpus kavernozumun vasküler kanalları arasındaki mesafede kas liflerinin ve kollajenize alanların oranına bakılarak kas liflerinin kapladığı alan yüzdesi semikantitatif olarak not edildi. Kas lifleri oranının azalışı bağ dokunun artışı olarak yorumlandı.

Preoperatif Penil Elastografi Verileri (kP)

	T1(Sağ)	T2(Sağ)	T3(Sağ)	Tort(Sağ)	T1(Sol)	T2(Sol)	T3(Sol)	Tort(Sol)
N	12	12	12	12	12	12	12	12
Ortalama Değer	18,6	19,05	19,70	19,12	18,65	17,62	17,09	17,79
Ortanca Değer	16,95	16,40	17,90	16,90	18,40	16,25	15,20	16,41
Std. Sapma	5,20	6,06	6,19	5,76	5,65	4,68	5,22	5,05
Minimum	11,60	12,50	13,20	12,70	12,20	14,10	12,10	13,10
Maksimum	29,30	32,10	33	31,47	34,20	31,70	31,40	32,40

SS-11
Testis Sonoelastografisinin Gonadotropik Hormon Düzeyleri Ve Sperm Parametreleri İle İlişkisi

Bilal Habeşi Gümüş[1], Mehmet Özbay[1], Yunus Erol Bozkurt[1], Fatih Düzgün[2], Fatma Taneli[3], Semra Kurutepe[4]
[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Manisa
[4]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

AMAÇ: Bu çalışmada testis elastografisi ile hormonal parametreler ve sperm parametreleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

METOD: Çalışmaya 136 kişi dahil edildi. 251 testis incelendi ve çalışmaya katılanların yaş ortalaması 30,1 idi. Testis dokusu sertliği skrotal ultrasonografik shear wawe elastografisi(SWE) ile ölçüldü. Kan örneklerinden gonadotropik hormonlar ve testosteron ölçüldü. Spermiyogram parametreleri manuel olarak çalışıldı.

BULGULAR: Kontrol grubu 66 kişiden, varikosel grubu ise 70 kişiden oluşuyordu. Kontrol grubunun testis sertlik dereceleri sağ testis için 4.29 kPa, sol testis için 4.23 kPa olarak ölçüldü. Varikosel grubu fizik muayeneye göre derece 1, 2 ve 3'e ayrıldı. Grup 1'de (grade 1) SWE ölçümleri sağ testiste 4.07±1.24 kPa, sol testiste 3.77±0.98 kPa idi. Grup 2'de SWE ölçümleri (grade 2) sağ testiste 4,31±1,40 kPa, sol testiste 3,98± 0,93 kPa idi. Grup 3'te SWE ölçümleri (grade3) sağ testiste 4.73± 1.50 kPa, sol testiste 3.99± 1.68 kPa idi. Kontrol ve varikosel grupları karşılaştırıldığında hormon ve sperm parametreleri istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kontrol ve varikosel gruplarının testis dokusu sertlik dereceleri arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktu. Gruplarda hormon ve spermiyogram bulguları da benzerdi.

SONUÇ: Testis share wave elastografisi kolay uygulanabilir, ucuz ve non invaziv bir tekniktir. Testis patolojileri hakkında detaylı bilgi verebilir. Varikosele ait doku sertliği değişiklikleri ile ilgili olarak varikosel ameliyatlarından önce doku sertliğinin bilinmesi sperm parametrelerinin düzelmesini öngördürtebilir. Ayrıca testis dokusunun histolojik özelliklerinden dolayı gelecekte daha hassas görüntüleme yöntemlerinin olması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Shear wave elastografi, varikosel, testis, testosteron

Çalışmaya Katılan Kişilerin Ortalama Yaşı ve Ortalama Testis Sertliği

	Hasta Sayısı	Değerlendirilen Testis Sayısı	Yaş	Sağ Testiküler Sertlik (kPa)	Sol Testiküler Sertlik (kPa)
	N	N	Ortalama	Ortalama	Ortalama
Kontrol	66	120	30,37	4,29	4,23
Grup 1	34	64	32,26	4,07	3,77
Grup 2	29	56	29,93	4,31	3,98
Grup 3	7	11	27,85	4,73	3,99

SS-12

Youtube platformundaki Kombine intrakavernöz enjeksiyon ve stimülasyon test videolarının kalite ve güvenilirlik analiz

Gökhan Çil, Yusuf Şahin, Mehmet Yılmaz, İbrahim Hacıbey, Ahmet Yaser Muslumanoglu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar SUAM, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada CIS hakkındaki YouTube videolarının güncel hayatta sağlık profesyonelleri yada hastalar için ne kadar güvenilir ve kaliteli içerik sunduğunu valide skorlamalar yanısıra bir puanlama sistemi kullanarak değerlendirdik.

Gereç ve YÖNTEMLER: Mart 2022'de YouTube'da " intrakavernöz enjeksiyon, penil enjeksiyon, CIS ve kombine intrakavernöz enjeksiyon ve stimülasyon" anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapıldı ve ilk 10 sayfada açılan videolar alaka düzeyine göre listelendi. 2 dakikadan kısa, ingilizce dışı bir dil içeriği yada dublike videolar ile ses ya da alt yazı içermeyenler çalışmadan çıkarıldıktan sonra her video, valide Global Quality Skor (GQS) ve bu konu için özel olarak 3 andolog tarafından oluşturulan bir check list değerlendirme aracıyla iki değerlendirici tarafından analiz edildi. Ayrıca video kalite değerlendirmesi için view ratio X like ratio/100 formülünden elde edilen video power indeksi (VPI) kullanıldı.

BULGULAR: Videoların yüklendiği an itibariyle platformdaki median süresi 695,50 (range 165-4175) ve median video uzunluğu 300 (range 120-1020) olarak saptandı. Videoların ağırlıklı yüklenme kaynağı sağlık bilgi siteleri (n=16; %53,3) iken bunu akademik (n=8; %26,7) ve sağlık profesyonellerine (n=6; %20) ait videolar izledi. %86,7 video faydalı içeriğe sahip iken %13,3 videonun yetersiz olduğu izlendi. Median GQS, check list skor ve VPI ise sırasıyla 3 (range 1-4), 5 (range 2-7) ve 32,5 (range 0,33-1762,12) idi. Akademik kanal tarafından üretilen videolarda GQS ve check list skorları daha yüksekti (p değerleri sırasıyla 0,07 ve 0,013). VPI bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi (p=0,338). Yapılan spearman's korelasyon analizi ile check list skoru ve GQS arasında pozitif korelasyon saptandı (r=0,857 ve p<0,001)

SONUÇ: YouTube daki kombine intrakavernöz enjeksiyon ve stimülasyon test videoları genel olarak kaliteli içeriği sahip olmakla beraber akademik kaynaklı videolar sağlık profesyonellerine yönelik daha kaliteli ve güvenilir içerik sunmaktadır. Günümüzde hastaların ilk başvuru kaynağı olarak interneti kullandıkları düşünülürse bu platformdaki sağlık profesyonellerince yüklenen ürünlerin içerik ve güvenilirlik seviyesinin artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: intrakavernozal enjeksiyon, Erektil disfonksiyon, CIS, youTube

Korrelasyon

Correlations

			Checklist_skor(0-7)	Global_quality_score(1-5)	Video_power_index
Spearman's rho	Checklist_skor(0-7)	Correlation Coefficient	1,000	,857**	,059
		Sig. (2-tailed)	.	<,001	,758
		N	30	30	30
	Global_quality_score(1-5)	Correlation Coefficient	,857**	1,000	-,015
		Sig. (2-tailed)	<,001	.	,937
		N	30	30	30
	Video_power_index	Correlation Coefficient	,059	-,015	1,000
		Sig. (2-tailed)	,758	,937	.
		N	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Yükleme kaynağına göre video parametreleri

Parametreler median (min–max)	Akademik kaynaklı	Sağlık Uzmanı	Sağlık Bilgi Sitesi	P değeri
Yükleme sonrası geçen zaman (gün)	690 (236-4175)	745 (403-3647)	665 (165-3993)	0,632
Video Uzunluğu (sn)	270 (180-1020)	300 (180-480)	330 (120-900)	0,724
GQS	4 (3-5)	3 (2-4)	3 (1-4)	0,012
Check list skoru	6,5 (5-7)	5 (3-7)	4,5 (2-6)	0,010
VPI	13,24 (0,35-615,63)	63,78 (1,21-1762,12)	32,50 (0,33-246,18)	0,558

SS-13
Trans erkeklerde penil protez implantasyonu sonuçları

Engin Telli, Naci Burak Çınar, İbrahim Erkut Avcı, Enes Malik Akdaş, Muhlis Ünal, Enes Abdullah Baynal, Mustafa Melih Çulha
Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş-AMAÇ: Transseksüel bireylerde, cinsiyet değiştirme sürecinin son adımındaki kadından erkeğe transgender operasyonu; histerektomi, ooferektomi, üretroplasti, skrotoplastiden oluşan rekonstrüktif bir prosedürdür. Neofallus yapılı trans bireyler cinsel ilişkiye girebilmek için penil proteze ihtiyaç duyar. Bu bildiride Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda trans erkeklere yapılan penil protez implantasyon operasyonu sonuçları paylaşılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: 2005-2021 yılları arasında 19 trans erkeğe toplamda 27 kez penil protez implantasyon operasyonu uygulanmıştır. Yaşları ortalama 26.4 (22-31), takip süreleri ise ortalama 26.3 aydır (4-58 ay). Operasyonlarda üç farklı tipte (AMS700 CX, Coloplast Titan, Rigicon İnfla10 X) üç parçalı şişirilebilir penil protez kullanılmıştır.

BULGULAR: Operasyon sonrası takiplerde hastaların 7'sinde çeşitli sebeplerle penil protez revizyonuna gidilmiştir. Revizyon sebepleri skrotal erozyon (n=2), glans düşüklüğü(n=1), penil protez malfonksiyonu (n=4) olmuştur. 1 vakada ise penil protez enfeksiyonu tespit edilmiştir.

SONUÇ: Hastalara operasyon sonrası, literatürde geçen Hasta ve Partner Memnuniyet Anketi uygulandı. Ankete göre; hastaların 18'i (%94.7) peniste tatmin edici hisse sahipti. 17 hasta (%89.4) protez şişirmeyi kolay olarak değerlendirirken, 16 hasta (%84.2) protezi indirmeyi kolay olarak değerlendirdi. Hastaların tümü penetran cinsel ilişki yaşamıştı ve sonuçtan memnundu. 15 hasta (%78.9) orgazma ulaştı. Partner memnuniyet oranı ise %89.4 idi. Sonuç olarak hastanemizde uygulanan trans erkeklerde çok parçalı penil protez implantasyonu, hem tıbbi sonuçlar açısından hem de hasta-partner memnuniyeti açısından literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdi.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet Disfrorisi, Neofallus, Penil Protez, Transgender

SS-14
Transgender erkeklerde falloplasti sonrası ürolojik komplikasyonlar

Naci Burak Çınar, Engin Telli, İbrahim Erkut Avcı, Enes Malik Akdaş, Serdar Baykal, Kutlucan Çakmak, Mustafa Melih Çulha
Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş-AMAÇ: Kadından erkeğe transgender cerrahisinde duyusal, estetik ve işlevsel bir fallusun oluşturabilmesi zorlu bir prosedürdür. En yaygın görülen komplikasyonlar ise neo-üretra rekonstrüksiyonu ile ilgilidir. Transseksüel hastalarda komplikasyon cerrahisinin başarı şansı yoğun skar dokusu, enfeksiyon eğilimi ve dokudaki beslenme bozukluğu nedeniyle azalmaktadır. Kocaeli Üniversite Tıp Fakültesi Üroloji Ana bilim dalında transgender operasyonlar sonrası ürolojik komplikasyonlar ile tarafımıza başvuran hastalar incelenmiştir.

Gereç YÖNTEM: 2006-2021 yılları arasında kliniğimize başvuran 29 transseksüel erkek hasta ürolojik komplikasyonlar nedeniyle tedavi edilmiştir.

BULGULAR: Ortaya çıkan komplikasyonlar içerisinde 6 hastada (%20,6) dev fallus, 3 hastada (%10,3) kıllı üretra, 11 hastada (%37,9) üretra darlığı, 5 hastada (%17,2) mea darlığı, 3 hastada (%10,3) skrotal kavite yetersizliği, 1 hastada (%3,4) deforme fallus, 3 hastada inkontinans (10,3), 3 hastada üretral fistül (%10,3) gözlemlendi. 6 hastada (%20,6) ise birden fazla komplikasyon tespit edildi.

SONUÇ: Trans erkek cerrahisinin büyük kısmının plastik cerrahi tarafından üstlenilmesine rağmen büyük oranda ürolojik komplikasyon görülmesi nedeniyle cerrahi kısmında ve takiplerinde multidisipliner bir yaklaşım içerisinde üroloji de bölümü yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Falloplasti, Fallus, Transgender

SS-15
İntrakavernözal Penil Enjeksiyon Tedavisi Hakkında Verilen Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi: Ön Çalışma Sonuçlarımız

Mehmet Erhan Aydın, Coşkun Kaya
Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Erektil disfonksiyon tedavisinde, PDE-5 inhibitörlerine cevap vermeyen hastalarda bir sonraki basamak intrakavernözal enjeksiyon tedavileri (İET) dir. İET her ne kadar hızlı etkili olsa da tedavi planlanan hastalara eğitim verilmesi gerekmektedir. Uygulama becerisi gerektirmesi ve tedavide uyum zorluğu nedeniyle hastaların tedaviyi yarım bırakma ihtimalleri vardır. Biz bu çalışmamızda İET öncesi hasta eğitimi için yapılandırılmış bilgilendirme videolarının verilen eğitim üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak-Mart 2022 tarihleri arasında kliniğimize erektil disfonksiyon nedenli başvuran ve İET planlanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, yaşadığı yeri, eğitim durumu ve medeni durumu bilgileri not edildi. Hastalar, internete erişebilecek teknolojik araçları olup olmamalarına göre sorgulandı. Teknolojik imkânı olmayan hastalar Grup-1, olan hastalar Grup-2 olarak gruplandırıldı. Her iki gruba aynı üroloji uzman doktor tarafından sözel olarak ilacı nasıl kullanıma hazır hale getirileceği ve penise uygulama yöntemi eğitimi verildi. Grup-2'deki hastalara sözel eğitime ek olarak https://www.youtube.com/watch?v=WcrzZz20RKM&t=166s internet adresindeki video, ev eğitimi olarak verildi. Hastalar, ilk tedavi uygulaması sonrasında kontrole çağrıldı ve hastalara tedaviyle ilgili 16 soru içeren anket (Resim-1) uygulandı ve sonuçlar Anket-1 olarak isimlendirildi. Yapılan yanlış sorular hakkında hastalara bilgi verildi. Hastalar 1 ay sonrasında tekrar kontrole çağrıldı ve aynı anket tekrar uygulandı, sonuçlar Anket-2 olarak isimlendirildi. Anket-1 ve 2 sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 14 hasta dahil edildi. Hastalar verilen eğitime göre 7 hasta grup-1, 7 hasta grup-2 olarak gruplandırıldı. Gruplar arasında demografik özellikler açısından fark saptanmadı (Tablo-1). Gruplar arasında anket sonuçları karşılaştırıldığında anket-1 sonuçları arasında anlamlı farklılık saptanmazken anket-2'de anlamlı farklılık olduğu görüldü (sırasıyla, p=0,261, p=0,001) (Tablo 2). Grup-1'deki hastaların Anket 1 ve 2 sonuçları değerlendirildi anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,083). Grup-2'deki hastaların Anket 1 ve 2 sonuçları değerlendirildi anlamlı farklılık saptandı (p=0,017) (Tablo 2).

SONUÇ: İntrakavernözal tedaviler hakkında hasta eğitimi verilirken sağlık profesyonellerince hazırlanmış eğitim videolarının kullanılması verilen eğitimin başarısını artırmaktadır. Böylece hastanın tedaviye uyumunun artacağını ve verilen eğitimin tedavi başarısına olumlu yönde etkisi olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: erektil disfonksiyon, tedavi, enjeksiyon, eğitim

Resim-1

İntrakavernözal enjeksiyon eğitim değerlendirme anketi

Tablo-1: Gruplar arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması/Tablo-2: Gruplar arasında ve kendi içinde Anket-1 ve 2'nin karşılaştırılması

Tablo-1: Gruplar arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması	Grup-1 (n:7)	Grup-2 (n:7)	p
Yaş (ortanca, min-maks)	60 (48-65)	61 (52-65)	0,535*
Yaşadığı yer (n, %) Şehir İlçe	4 (%57,1) 3 (%42,9)	5 (%71,4) 2 (%28,6)	0,500**
Eğitim durumu (n, %) İlköğretim Lise Üniversite	2 (%28,6) 2 (%28,6) 3 (%42,9)	1 (%14,3) 3 (%42,9) 3 (%42,9)	1,000**
Medeni durum (n, %) Evli Bekar	5 (%71,4) 2 (%28,6)	6 (%78,6) 1 (%14,3)	0,500**
Tablo-2: Gruplar arasında ve kendi içinde Anket-1 ve 2'nin karşılaştırılması	Grup-1 (n:7)	Grup-2 (n:7)	P
Anket-1 Toplam puan (ortanca, min-maks)	12 (11-13)	13 (10-15)	0,261*
Anket-2 Toplam puan (ortanca, min-maks)	13 (11-13)	15 (14-16)	0,001*
P	0,083***	0,017***	

**Mann-Whitney U, **Ki-kare, ***Wilcoxon testi*

SS-16
Penil kurvatür Cerrahisi Erken Dönem Sonuçlarımız

Harun Özdemir, Emin Taha Keskin, Metin Savun, Cemal Topal, Zülfü Sertkaya, Abdülmuttalip Şimşek, Halil Lutfi Canat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: Penil kurvatür hastalığı nedeniyle opere ettiğimiz hastalarımızın cerrahi sonuçlarıyla ilgili deneyimlerimizi analiz etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Haziran 2020 ile şubat 2022 tarihleri arasında penil kurvatür nedeniyle opere edilen 35 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Penil kurvatür derecesi >=30° olan, cerrahi teknik olarak penil plikasyon, nesbit plikasyon ve greftle onarım yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiş olup organik erektil disfonksiyonu olan ve/veya geçirilmiş penil cerrahi öyküsü olan (hipospadias vs) hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların kurvatür dereceleri, postoperatif komplikasyon oranı, hastanede yatış süresi ve postoperatif 3. ayda genel memnuniyet derecesi sorgulandı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 28,7 ± 12,6 olarak hesaplandı. Ortalama takip süresi 10 ay (2-20) olarak hesaplandı. Hastaların %85,8'sinde (n=30) konjenital penil kurvatür %14,2'sinde (n=5) palpe edilebilen peyronie plağı saptandı. Ortalama kurvatür derecesi 55.1°±19° olarak hesaplandı. 31 hasta (%90) postoperatif birinci gün eksterne edildi. 4 hastada (%10) ele gelen lezyon hissi mevcut olup bu hastaların tümünde greft kullanımı mevcut olduğu görüldü. Otuz üç hasta (%95) işlemden genel olarak memnun olduğu, kalan 2 hasta ise hipoestezi nedeniyle düşük memuniyet oranı saptandı. Hiçbir hastamızda girişim gerektirecek bir komplikasyon saptanmadı. 6 hastada (%17) tedavi gerektirmeyen, koitusa engel olmayan minimal rezidüel penil deviasyon (<20º) saptandı.

SONUÇ: Peyronie hastalığı ve konjenital penil kurvatür tedavisinde cerrahi tedavi yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları nedeni ile günümüzde yaygın olarak tercih edilen tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Penil kurvatür, Penil plikasyon, Peyroni hastalığı

SS-17
Fosfodiesteraz -5 İnhibitörü Ve Papaverin İle Yapılan Penil Doppler Ultrasonografi Sonrası Gelişen Priapizm Sonrası Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

Hakan Hakkı Taşkapu, Abdullah Altunhan, Arda Anıl Ferizli, Eren Erol, Mehmet Giray Sönmez
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Penil doppler ultrasonografi (PDU) erektil disfonksiyon ön tanılı hastalarda penisin vasküler durumunu değerlendirmek için yapılmaktadır. İşlem sırasında ereksiyon sağlamak için fosfodiesteraz -5 inhibitörleri (PDE-5), papaverin, alprostadil gibi ajanlar kullanılmaktadır. Bu çalışmada PDU sonrası gelişen priapizm sonrası cinsel fonksiyon durumunu değerlendirmek, PDE-5 inhibitörleri ve papaverin kullanımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmektir.

Gereç YÖNTEM: Erektil disfonksiyon ön tanılı hastalarda Penil doppler ultrasonografi (PDU) öncesi 60 mg intrakavernozal papaverin ve fosfodiesteraz -5 inhibitöriü olarak sildenafil 100 mg yada tadalafil 20 mg kullanılan ve işlem sonrası priapizm gelişen 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsel fonksiyon durumu Uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF-15) kullanılarak değerlendirildi. İşlem sonrası 4 saatten uzun ereksiyonun devam etmesi priapizm olarak kabul edildi. Hastaların tamamı intrakavernozal aspirasyon ile tedavi edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların hiçbirine şant gereksinimi olmadı.

BULGULAR: Hastalara arasında yaş ve ek hastalık açısından fark saptanmadı. ($p>0.05$) Priapizm süresi papaverin grubunda 415±94 dakika PDE-5 grubunda 394 ±115 dakika olarak ölçüldü ($p=0.63$). İki grup arasında işlem öncesi IIEF-15 skorları benzerdi. (bütün paramatreler için $p>0.05$) Papaverin grubunda priapizm sonrası erektil fonksiyon, cinsel memnuniyet, orgazmik işlev ve genel memnuniyet skorları anlamlı olarak daha düşük tespit edildi ($p=0.03$, $p=0.04$,$P=0,003$,$P=0.04$ sırasıyla). Cinsel istek skoru iki grup arasında farklı değildi ($P=0.1$).

SONUÇ: PDU için papaverin kullanılan hastalarda erektil fonksiyon, cinsel memnuniyet, orgazmik işlev ve genel memnuniyet skorları PDE-5 kullanımına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Aradaki bu farkın girişimsel olarak intrakavernozal ilaç verilmesi ile ilişkili olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Priapizm, Papaverin, Erektil Disfonksiyon,

Papaverin ve Fosfodiesteraz-5 İnhibitörleri Kullanımı

	Papaverin grubu n=11	PDE-5 grubu n=14	p
Yaş (yıl)	47 (32-70)	43 (30-62)	>0.05
Ek hastalık	4 (%36.3)	5 (%35.7)	>0.05
Priapizm süresi (dk)	415±94	394±115	0.6
Erektil Fonksiyon	16.18±7	20.71±4.6	0.03
Cinsel Memnuniyet	6.45±4.1	10±4	0.04
Orgazmik İşlev	5.91±2.8	9.36 ±1.4	0.003
Cinsel istek	6.4±1.9	7.79±2	0.1
Genel Memnuniyet	4.91±2.7	7.36±2.9	0.04

SS-18
Erektil disfonksiyonda, günlük 5 mg Tadalafil tedavisi alan hastaların IIEF skoruna göre karşılaştırılması

Caner Baran, Mehmet Ali Sezgin, Mehmet Ali Karagöz, Levent Özcan, Mehmet Gökhan Çulha, Alper Ötünçtemur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Erektil disfonksiyon, en az altı ay süreyle, cinsel ilişki için yeterli ereksiyonu sağlama ve/veya sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanır. Ülkemizde, 40 yaş üzeri erkeklerdeki erektil disfonksiyon prevelansı %33 olarak bulunmuştur. Erektil fonksiyonun değerlendirilmesinde uluslararası erektil işlev formu ereksiyon fonksiyonu (IIEF-EF) skoru yaygın olarak kullanılmakta ve 26 ve üzeri puan normal kabul edilmektedir. Erektil disfonksiyonun birinci basamak tedavisinde ise en yaygın kullanılan ilaçlar fosfodiesteraz-5 inhibitörleridir (PDE-5i). Bu çalışmada amaç, IIEF-EF skoru 25 ve altında olan erektil disfonksiyonlu hastalarda, günlük 5 mg tadalafil ile bir ay tedavi sonrası, IIEF-EF skoru >25 olan hastalar ile IIEF-EF skoru≤25 olan hastaların karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM: Eylül 2021 - Mart 2022 tarihleri arasında, erektil disfonksiyon nedeni ile üroloji polikliniğine başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. IIEF-EF skoru ≤25 olan, tedavide bir ay süre ile günlük 5 mg tadalafil uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tedavi sonrası IIEF-EF skoru ≤25 olanlar Grup-1, >25 olanlar Grup-2 olarak sınıflandırıldı. Her iki grup demografik değişkenler ile hastalık bağımlı değişkenler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Değerlendirmeye 98 hasta dahil edildi. Tedavi sonrası IIEF skoru ≤25 olan hasta sayısı 60 (Grup-1), 26-30 olan hasta sayısı 38 (Grup-2) olarak bulundu. Gruplar arasındki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında; hasta yaşı, hasta eşinin yaşı, sigara içme süresi tedavi öncesi IIEF skoru ve kan glukoz düzeyi açısından anlamlı fark bulundu (Tablo-1). Hastaların tedavi öncesi subjektif olarak değerlendirilen cinsel istek düzeyleri, hipertansiyon, kalp hastalığı ve diyabet oranları açsısından fark bulunmazken, Grup-1'deki hastalarda sabah ereksiyonlarını normal olarak değerlendiren hasta oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulundu (Tablo-2).

SONUÇ: Erektil disfonksiyonun 5 mg tadalafil ile tedavisinde, hasta ve eşinin yaşı, tedavi öncesi IIEF skoru, açlık kan şekeri düzeyi, sigara hikayesi ve sabah ereksiyonlarının normal olması, tatmin edici sonuçlar için önemli değişkenlerdir.

Anahtar Kelimeler: Erektil Disfonksiyon, Tadalafil, IIEF, sigara

Tablo-1

Tablo-1	Grup	Ortalama±SD	p-değeri
Yaş (Yıl)	Grup-1	50,0±10,8	**0,021**
	Grup-2	44,4±12,6	
Evlilik Süresi (Yıl)	Grup-1	26,1±12,6	0,4
	Grup-2	23,6±11,8	
Eş Yaşı (Yıl)	Grup-1	48,7±10,7	**0,041**
	Grup-2	42,9±13,2	
Sigara (Paket/Yıl)	Grup-1	18,6±17,6	**0,042**
	Grup-2	11±11,7	
Erektil Disfonksiyon Süresi (Ay)	Grup-1	30,3±33	0,45
	Grup-2	25,0±34,3	
Tedavi Öncesi IIEF Skoru	Grup-1	11,0±4,8	**<0,001**
	Grup-2	18,0±5,3	
Açlık Kan Şekeri (mg/dl)	Grup-1	127,3±64,1	**0,035**
	Grup-2	105,1±30	
LH (IU/L)	Grup-1	6,7±3,5	0,26
	Grup-2	5,9±2,2	
LDL (mg/dl)	Grup-1	108,4±55,1	0,83
	Grup-2	105,8±30,5	
Total Kolesterol (mg/dl)	Grup-1	169,9±46,4	0,87
	Grup-2	171,6±31,3	
Total Testosteron (mg/dl)	Grup-1	4,4±1,6	0,2
	Grup-2	4,8±1,4	
Vücut Kitle İndeksi	Grup-1	28,9±4,6	0,1
	Grup-2	27,4±3,9	

Tablo-2

	Grup-1(%)	Grup-2(%)	p değeri
Azalmış Cinsel İstek	63,3	37,7	0,47
Azalmış Sabah Ereksiyonu	67,2	32,8	0,017
Diyabet (+)	70,4	29,6	0,18
Hipertansiyon (+)	76,2	23,8	0,09
Kalp Hastalığı (+)	75	25	0,17

SS-19
Statin Tedavisinin Erektil Fonksiyon Üzerine Olan Etkisi

Mustafa Bilal Hamarat[1], Mustafa Metin[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya Şehir Hastanesi, Konya
[2]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Statin grubu ilaçlar hiperkolesterolemi hastalarında en sık reçete edilen ilaçlardır. Statinler LDL-kolesterol seviyelerini düşürürken endotelde nitrit oksit seviyesini artırarak endotel fonksiyonunu olumlu yönde etkileyebilir. Öte yandan kolesterol biyosentezinde yaptığı inhibisyonla testosteron seviyelerini düşürerek ereksiyon üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği öne sürülmüştür. Biz bu çalışmada statin kullanan hastaların İİEF-5 skorlarındaki değişimi, farklı gruptaki hastalarla kıyaslayarak statinlerin erektil fonksiyon üzerine olan etkilerini saptamaya çalıştık.

GEREÇ-YÖNTEM: 1 Temmuz 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasındaki Konya Şehir Hastanesi ve Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Androloji polikliniğine başvuran ve yapılan tetkikler sonrası hiperkolesterolemi saptanan, erektil disfonksiyon tanısı konan ve sistemde kayıtlı İEFF-5 skoru olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Tanı konulmasının ardından en az 3 ay geçen hastalar aranarak kontrol muayenesine çağrıldı ve bu hastalara İEFF 5 formu doldurtuldu. Hastalar kullanmış oldukları tedavilere göre gruplara ayrıldı. Grup 1'de herhangi bir tedavi kullanmayan hastalar, grup 2'de sadece statin kullanan hastalar, grup 3'te sadece PDE5 inhibitörü, grup 4'te ise statin+PDE5 inhibitörü kullanan hastalar mevcuttu. Hastaların, yaşları, ek hastalıkları, başlangıç değerlendirmesinde bakılan açlık kan şekeri, serum testosteron, serum lipit düzeyleri ve İEFF-5 skorları ile kontrol muayenesinde bakılan İEFF-5 skorları kaydedildi. Gruplar arasındaki İEFF-5 skor değişimleri analiz edildi. Verilerin analizinde IBM SPSS 22.0 (IBM SPSS Statistics, Sürüm 22.0 Armonk, NY: IBM Inc.) yazılımı kullanıldı.

BULGULAR: Grup 1'de 12, grup 2'de 18, grup 3'te 16, grup 4'te 13 hasta olmak üzere toplam 59 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başlangıçtaki yaş ortalaması, ortalama testosteron, glukoz ve LDL düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktu. Başlangıçtaki ortalama İİEF-5 skoru sırasıyla grup 1'de 12,83±3,06, grup 2'de 12,22±3,68, grup 3'te 11,31±3,53 ve grup 4'te 11,53±4,05 idi (p:0,688). Ortalama skor değişimleri sırasıyla grup 1'de -0,33±1,23, grup 2'de 0,94±1,96, grup 3'te 2,81±2,13 ve grup 4'te 3,23±1,87 idi (p:0,001). Grup1 ile grup 2 arasında skor değişimleri açısından anlamlı derecede fark yoktu (p: 0,256). Benzer şekilde grup 3 ile grup 4 arasında da istatiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p:0,919). Buna karşılık grup 3 ve 4, grup 1 ve 2 ile kıyaslandığında istatiksel olarak anlamlı düzeyde bir skor değişimi mevcuttu(p(1,3):0,001 p(1,4)<0,001 p(2,3):0,023 p(2,4):0,006). Grupların demografik verileri ve tedavi öncesi kan değerleri tablo1'de verilmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda erektil disfonksiyonu olan hiperlipidemi hastalarında statin kullanımının kontrol grubuna göre ortalama İİEF-5 skorlarını yükselttiğini fakat bunun istatiksel olarak anlamlı olmadığını saptadık. Ortalama İİEF-5 skorunda en fazla artışın PDE5 inhibitörü ile beraber statin kullanan grupta olduğu gözlendi. Statinlerin erektil fonksiyon üzerine olan etkisini saptayabilmek için daha yüksek sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Statin, Erektil Disfonksiyon, PDE5 İnhibitörü

Hastaların demografik verileri ve tedavi öncesi kan değerleri

Gruplar	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	p*
Yaş (Ortalama±SS)	55,58±7,14	55,44±7,62	53,06±8,07	55,61±5,85	0,721
Başlangıçtaki İİEF-5 Skoru (Ortalama±SS)	12,83±3,06	12,22±3,68	11,31±3,53	11,53±4,05	0,688
Testosteron (ng/dl) (Ortalama±SS)	378,29±192,81	335,28±163,9	299,07±114,34	320,01±149,53	0,604
Açlık Kan Şekeri (mg/dl) (Ortalama±SS)	113,50±28,66	112,11±45,66	122,18±64,42	129,76±65,13	0,800
LDL (mg/dl) (Ortalama±SS)	161,83±24,08	157,28±21,35	166,27±28,66	160,47±28,92	0,789
Ortalama takip süresi (ay) (Ortalama±SS)	4,16±1,12	4,27±1,74	3,68±0,94	3,54±0,91	0,442

**Oneway-Anova*

SS-20
Günlük Tadalafil ve Paroksetin Kombinasyon Tedavisinin Erektil Diskonsiyon ve Prematür Ejakülasyon Birlikteliğinde Etkisinin Değerlendirilmesi

Mehmet Gökhan Çulha[1], Osman Can[2], Bahadır Ermeç[1], Caner Baran[1], Mehmet Ali Karagöz[1], Mehmet Ali Sezgin[1], Lütfi Canat[2], Alper Ötünçtemur[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam&Sakura Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Erken boşalma (PE)ve erektil disfonksiyon (ED)erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluklarıdır. PE'li hastalar arasında yaygın olarak bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, PE ve ED birlikteliğinde günlük paroksetin ve tadalafil kombinasyonunun klinik etkinliğin güvenliğini değerlendirmektir

METOD: Ekim 2017 ile Aralık 2021 arasında, yaşam boyu / edinilmiş PE ve ED'si olan 81 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 istendi. Hastalara 4 hafta boyunca günde bir kez paroksetin 20 mg ve tadalafil 5mg tedavisi verilmiştir. Hastaların 4 haftalık tedaviden sonra IELT, 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 52'si yaşam boyu, 29'u edinsel PE şikayeti vardı. Hastaların yaş ortalaması 37,25±11,44 idi. Dört haftalık tedavi periyodunun sonunda hastaların ortalama IELT'si önemli ölçüde artmıştır (tedavi öncesi: 29,67±22,88 sn tedavi sonrası:108,65±48,91 sn p <0,001). Benzer şekilde ortalama PEP indeksi skoru (tedavi öncesı: 0,98±0,79, tedavi sonrası 2,14±1,09; p <0,001) ve ortalama IIEF-EF'de(tedavi öncesi: 12,27±5,01, tedavi sonrası,23,11±4,47; p<0,001)anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir Ciddi olmayan yan etki 7 hastada (% 10,52) meydana geldi (4 halsizlik, 3 baş ağrısı) ve bu hastaların 3'ü (% 3,70) tedaviyi bıraktı. Yaşam boyu ve edinsel PE+ED hastalarının karşılaştırılması yapıldığında ise her iki grupta da IELT, PEP ve IIEF-EF skorlarında anlamlı iyileşmeler izlenmiş olup (her biri için p<0,001) tedavi sonrası iki grup arasında benzer iyileşme skorları izlenmiştir (p>0,05)

SONUÇ: Günlük olarak kullanılan Paroksetin/Tadalafil kombinasyon tedavisi, ED'si olan PE hastalarının IELT sürelerini ve hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümlerini önemli ölçüde iyileştirmektedir.

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

SS-21
Covid-19 hastalığı geçirdim ereksiyon kalitem düşecek mi?

Lütfi İhsan Boyacı, Muhammed Emin Polat, Kazım Ceviz, Mecit Çelik, Hasan Batuhan Arabacı, Yusuf Kasap
Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ: Covid-19 hastalığı geçirmiş olan hastaların erektil fonksiyonlarını orta uzun vadede değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden bu yana Covid-19 PCR(Polymerase Chain Reaction) testi ile doğrulanmış olarak hastalığı geçirmiş olan ve hastalığı geçirmesinin üzerinden en az 6 ay geçmiş olan evli erkekleri çalışmaya dahil ettik. Ek hastalığı olan, geçirilmiş ürogenital cerrahi öyküsü, spinal kord cerrahi öyküsü, genital travma, epididimit, orşit, testis torsiyonu, kriptorşidizm öyküsü olan, yabancı madde kullanımı olan, kronik alkol kullanımı olan, düzenli ilaç kullanımı olan, bu süreçte birinci derece yakın kaybı olan, iş kaybı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Aynı zamanda anketimizde hastalara Covid-19 hastalığını geçirdikleri süreçte hastanede yatarak tedavi alıp almadıklarını, yoğun bakımda tedavi alıp almadıklarını,sigara kullanım durumlarını sorduk. Hastalardan Covid-19'a yakalanmadan önceki süreçlerini, Covid-19'a yakalandıktan sonraki ilk 6 aylık süreçlerini ve Covid-19'a yakalandıktan sonraki ilk 6-12 aylık süreçlerini dikkate alarak IIEF-5(Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi-5) formu doldurmaları istendi. Veriler istatiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 36 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 38,41±8,02 olarak saptandı. Sigara kullanan 6 (%16,7) kullanmayan 30 (%83,3) hasta mevcuttu. 3 (%8,3) hasta hastanede yatarak tedavi aldı. Yoğun bakımda takip edilen hasta olmadı. IIEF-5 skorları karşılaştırıldığında Covid-19 öncesi IIEF-5 skor ortalaması 22,41±3,24, Covid-19 geçirdikten sonraki ilk 6 aylık süreç için IIEF-5 skor ortalaması 20,58±4,10, Covid-19 geçirdikten sonraki 6-12 ay arasında IIEF-5 skor ortalaması 21,16±4,30 olarak saptandı. Covid-19 öncesi IIEF-5 skorları ile Covid-19 sonrası ilk 6 ay IIEF-5 skorları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptandı (p değeri=0,001). Covid-19 öncesi IIEF-5 skorları ile Covid-19 sonrası 6-12 ay arasındaki IIEF-5 skorları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptandı (p değeri=0,022). Covid-19 sonrası ilk 6 ay IIEF-5 skorları ile Covid-19 sonrası 6-12 ay arasında IIEF-5 skorları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p değeri=0,081).

SONUÇ: Covid-19 geçirmiş olan hastalarda orta-uzun vadede IIEF-5 skorlarına bakıldığında Covid-19 öncesine göre Covid-19 sonrası IIEF-5 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı ancak hastaların uzun vadede geriye dönük depresyon, duygudurum skorlamaları yapılamadığından hastaların bu süreçlerdeki duygudurumları değerlendirilemedi. Covid-19'un IIEF-5 skoru üzerine etkisini belirlemek için çalışmamızın; depresyon, duygudurum skorlamalarının da yapıldığı geniş katılımlı, prospektif, iyi tasarlanmış çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Erektil Fonksiyon, Cinsel sağlık

SS-22
Erektil disfonksiyonlu evli erkeklerde evlilik uyumunun araştırılması

Caner Baran, Eren Görkem Kutlutürk, Musab Ümeyir Karakanlı, Mustafa Erkoç, Erkan Merder, Emre Can Polat, Alper Ötünçtemur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Evli bireylerde sağlıklı cinsel ilişki, seksüel disfonksiyon olmadan, yeterli sıklıkta ve tatmin edici düzeyde cinsel ilişki, sevgi hissi, evlilikte uyum ve mutluluk ile düşük düzeyde evlilik çatışmasını kapsamaktadır. Evliliklerinde sıkıntı yaşayanlarda cinsel tatminin azaldığı ve cinsel disfonksiyon ihtimalinin arttığı bilinmektedir. Erkekte en sık görülen cinsel disfonksiyon erektil disfonksiyondur. Bu çalışmada amaç erektil disfonksiyonu olan evli erkeklerde, evlilik uyum düzeyini araştırmaktır.

YÖNTEM: Ocak-Nisan 2022 tarihleri arasında, Erektil Disfonksiyon şikâyeti ile Androloji polikliniğine başvuran evli erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Radikal cerrahi sonrası gelişen erektil disfonksiyon şikâyeti ile başvuran hastalar çalışma dışı bırakıldı. Evlilik uyumu değerlendirmesinde Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen evlilik uyum ölçeği (EUÖ) kullanıldı. Evliliğin niteliğini ölçen ve 15 maddelik bir ölçek olan EUÖ'nin güvenirlik ve geçerlik çalışması 1999 yılında Tutarel-Kışlak (1999) tarafından Türkçeye adapte edilerek tamamlanmıştır. Toplam 60 puan üzerinden, kesme noktası 43,5 olarak belirlenmiş, 44 ve üzeri puan alanların evlilik uyumu normal 43 ve altı puan alanların ise evlilik uyumu düşük olarak kabul edilmiştir. Hastaların başvuru sırasında, IIEF-EF skoru ile birlikte MAT skorları sorgu formu vasıtasıyla ölçüldü. İstatistiksel değerlendirme için, MAT skoruna göre evlilik uyumu düşük olan erkekler Grup-1, evlilik uyumu normal olan erkekler Grup-2 olarak sınıflandırıldı. Gruplar arasında demografik değişkenler ve erektil disfonksiyon bağımlı değişkenlerin karşılaştırılması yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 62 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda ortalama EUÖ skoru 42,7 olarak belirlenen sınırın altında bulundu. Grup-1'deki (düşük uyum) 30 hastanın ortalama EUÖ skoru 35,4 iken, Grup-2'deki (normal uyum) 32 hastanın ortalama EUÖ skoru ise 49,7 idi. Erektil disfonksiyonlu hastalarda belirlenen gruplar için, incelenen değişkenlerin hiç birisinde istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo-1).

SONUÇ: Erektil disfonksiyonlu erkeklerde genel olarak evlilik uyum skoru, Evlilik Uyum Ölçeği değerlendirilmesinde belirlenen kesme değerin altında bulunmuştur. Bununla birlikte evlilik uyum skoru normal/düşük karşılaştırılmasında, erektil disfonksiyon bağımlı değişkenler açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, erektil disfonksiyonun evlilik uyumu ile ilişkisini daha iyi ortaya koyabilmek için erektil disfonksiyonu olmayan erkekleri de içeren ve karşılaştırılmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Erektil disfonksiyon, evlilikte uyum ölçeği, IIEF, cinsel istek

Tablo-1

Sürekli Değişkenler	Grup-1 (N:30) (Ortalama±SD)	Grup-2 (N:32) (Ortalama±SD)	p değeri
EUÖ skoru	35,4±5,8	49,7±4,5	<0.001
Yaş	49,3±11,9	48,8±9,4	0.79
ED süresi (ay)	20,7±29,1	23±24,7	0.5
Eş yaşı	46,5±12,2	44,2±11,1	0.22
IIEF skoru	12,6±6,41	12,3±6,1	0.72
Kan Glukoz Düzeyi	112,1±49,5	116,5±46,7	0.67
Total Testosteron	4,26±1,4	4,12±1,5	0.72
Vücut Kitle İndeksi	28,1±4,7	29,6±4,4	0.13
Gruplu Değişkenler	Grup-1 (%)	Grup-1 (%)	p değeri
Normal Cinsel İstek	55,2	54,8	0.59
Normal Sabah Ereksiyonu	13,8	29	0.13
Kronik Hastalık (DM,HT,KH)	50	34,4	0.16
Sigara içen	63,3	62,5	0,58

Evlilik uyum düzeyi normal ve düşük hastaların karşılaştırılması. Grup-1: Evlilik uyum skoru düşük. Grup-2: Evlilik uyum skoru normal.

SS-23
Erektil disfonksiyon tedavisinde üç parçalı penil protez implantasyonu yapılıp ektopik rezervuar yerleştirilen hastalarda uzun dönem sonuçlarımız

Bilal Habeş Gümüş, Caner Buğra Akdeniz, Oğuzcan Erbatu, Mehmet Sinay Ünver, Ali Nofel Adilov
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

Erektil disfonksiyon, erkeklerde cinsel fonksiyon için gerekli olan penil ereksiyonun sağlanması ve sürdürülmesindeki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri, medikal ajanlar, vakum cihazları ve cerrahi tedaviler bulunmaktadır. Sıvı rezervuar içeren üç parçalı penil protezlerde uygulanan cerrahi yöntemde, geleneksel olarak rezervuar yerleştirmek için Retzius boşluğu kullanılmakta olup, özellikle pelvik cerrahi öyküsü olanlarda bu işlem komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu sebeple Retzius boşluğuna rezervuar yerleştirilmesine alternatif olarak yüksek submusküler rezervuar yerleştirme yöntemleri geliştirilmiştir. Yapılan güncel çalışmalarda yüksek submusküler rezervuar uygulamasının düşük komplikasyon oranlarıyla başarılı bir şekilde uygulandığı gösterilmekle beraber, rezervuarın yerleştirilen alandan retroperitoneal, intraperitoneal alanlara, eksternal oblik fasya düzeyine ve rektus kası laterali gibi alanlara migrate olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada, kliniğimizde 2014-2020 yılları arasında yüksek submusküler rezervuar yerleştirilen penil protez implantı ameliyatı uygulanan hastalarda penil protez memnuniyeti, yöntemin başarısı ve gelişen komplikasyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üroloji kliniğinde yüksek submusküler rezervuar yerleştirilen penil protez implantı ameliyatı uygulanmış hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 22 hasta, çalışmaya dahil edildi. Bu tarih aralığında opere edilen ancak il dışında ikamet edenler çalışmaya dahil edilemedi. Hastaların 2020 yılı içerisinde yapılan, rutin kontrol muayenelerinde çalışmadaki araştırmacılar tarafından protezin aktif çalışıp çalışmadığının kontrolü, kliniğimizde mevcut olan ultrason cihazı ile aktifleştirme öncesi ve sonrası submusküler rezervuarın yerinin ve hacminin değerlendirmesi, penil protez memnuniyeti açısından 11 sorudan oluşan, her soru 0 (en düşük) ile 4 (en yüksek) arası puanlandırılan EDITS (erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction) formunun doldurulması işlemleri uygulandı. Hastalar ameliyat sonrası 1.-2. yılında olanlar, 3.-4. yılında olanlar, 5.-6. yılında olanlar şeklinde gruplandırıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların median yaşı 53 (38-70) olarak hesaplandı. Ameliyat notları, hastane yatış süreci ve rutin kontrol muayeneleri incelendiğinde, hastalarda perop ve postop dönemlerde cerrahi veya protez ilişkili bir komplikasyon saptanmadı. Kontrol muayenelerinde 22 hastanın hepsinde protezin aktif çalıştığı görüldü. Tüm hastaların yapılan ultrason incelemesinde rezervuarların yerleştirilen alanda izlendiği, migrate olmadığı görüldü ve rezervuar volümünde cerrahi sonrasında kayıp olmadığı saptandı. 10 hastanın çeşitli nedenlerle çekilen abdomen MR tetkiklerinde rezervuar yerleşimi değerlendirilerek migrasyon olmadığı görüldü. 6 hastanın penil protezleri aktif çalıştığı halde protez kullanımına uyum sağlayamamak başta olmak üzere çeşitli sebeplerle penil protezi düzenli kullanamadığı tespit edildi. Cerrahi sonrası geçen süreye göreye oluşturulan gruplarda, 0-100 puan aralığına uyarlanan EDITS formu skorlarının median değerleri, 1-2. yılında olan 10 hastada 92 (43-100), 3-4. yılında olan 7 hastada 96 (36-100), 5-6. yılında olan 5 hastada 84 (36-96) olarak bulundu. Çalışmadaki tüm hastalarda ise 88 (36-100) olarak hesaplandı. 6 yıllık süreçte kliniğimizde yüksek submusküler rezervuar yerleştirilen penil protez implantı ameliyatı gerçekleştirilip çalışmaya dahil edilen ve kontrolleri gerçekleştirilen 22 hastanın hepsinde, penil protezin aktif çalıştığı,

cerrahiye bağlı bir komplikasyon gelişmediği, rezervuar migrasyonunun izlenmediği görüldü. Hastaların penil protez sonrası memnuniyet düzeyini ölçen EDITS formu skorları değerlendirildiğinde memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızdaki veriler yüksek submusküler rezervuar implantasyonun derin retropubik diseksiyon gerektirmemesi, komplikasyon oranlarının düşük olması, hasta memnuniyetinin yüksek olması nedeniyle başarılı bir yöntem olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın daha fazla hasta katılımı, daha uzun takip süreleriyle tedavi başarısının değerlendirildiği çalışmalara öncü olacağı, uygulanan cerrahi yöntemin düşük komplikasyon oranları, yüksek hasta memnuniyeti nedeniyle daha yaygın kullanımı konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: erektil disfonksiyon, penil protez, yüksek submusküler rezervuar

SS-24
Orak Hücreli Aneminin Testisler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesinde Elastografinin Etkinliği: Prospektif Bir Çalışma

Ömer Koraş[1], Sadık Görür[1], Hanifi Bayaroğulları[2], Gül İlhan[3], Fatih Gökalp[1], Murat Kaçmaz[3], Alican İlgezdi[2], Ekrem Yıldırak[1], Hakan Şıgva[1], Nezih Tamkaç[1], Sefa Burak Porgalı[1]
[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Hatay
[2]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay
[3]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hematoloji Anabilim Dalı, Hatay

AMAÇ: Sickle cell anemia (SCA) tanılı erkeklerde shear wave elastography (SWE) kullanımı ile kantitatif olarak testiküler doku sertlik değerlerini belirlemek ve elastografi sonuçlarının hasta semen analiz parametrelerinde ve hormon düzeyleri ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Metods: Hematoloji polikliniğinde SCA tanısı olup ve takipte olan 50 hasta üroloji polikliniğinde değerlendirildi ve Grup B olarak ayrıldı. Kontrol grubu olarak bir şikayeti olmayan 88 hasta Grup A olarak belirlendi. Bu iki grup hormon değerleri, spermiyogram parametleri, testis hacmi ve SWE değerleri açısından karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Total 28% of SCA patients had impaired sperm parameters. When testicular elastography was assessed, testicular volumes were significantly lower in SCA group (right testicular volume: control group=19.68 (15.12-24.18) and SCA groups=14.76 (12.77-18.12), p<0.001; left testicular volume: control group=16.59 (13.38-20.13) and SCA group=14.11 (11.06-17.32), p=0.015). Additionally, left testis middle stiffness and left testis inferior stifness were significantly higher in SCA group (p<0.001, and p=0.014, respectively). The age and hydria usage had a worse effect on sperm parameters in SCA patients (O.R.-0.161, SD=0.071, p=0.024 and O.R.-1.914, SD=0.921, p=0.038, respectively).

CONCLUSION: Hastalığın süresi ve uygulanan ilaçlar SWE'sindeki sonuçlarla değerlendirilerek hastaların spermatogenezi hakkında bilgi sahibi olunabilir. Çalışmamızda SWE ölçümleri için kullanılan yöntemin hızlı olduğunu ve SCA li testislerde hasarın şiddetini değerlendirmek için günlük klinik pratikte tanı ve takip için güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğine inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Shear wave elostografi, Ultrasonografi, Orak hücreli anemi, Testis, Erkek infertilitesi

Table 1. Demographic parameters of the groups

	Control	SCA	p value
Age (years)a	25.00 (22.00-29.00)	28.00 (24.00-34.00)	0.003*
BMIa	23.48 (21.68-26.57)	21.51 (20.80-23.73)	0.002*
Drug intakeb			
Absent	84 (95.5%)	7 (14.0%)	<0.001#
Hydroxyurea	0 (0.0%)	36 (72.0%)	<0.001#
Supplements	1 (1.1%)	7 (14.0%)	<0.001#
Hormonal therapy	3 (3.4%)	0 (0.0%)	<0.001#
LH(IU/mL)a	4.10 (3.34-5.37)	6.38 (4.30-7.57)	<0.001*
FSH(IU/mL)a	4.30 (2.90-6.90)	9.70 (7.60-12.80)	<0.001*
Total testosterone (ng/mL)a	5.00 (3.71-6.30)	4.55 (3.60-5.75)	0.172
Estradiol(pg/mL)a	34.45 (25.90-43.20)	33.65 (27.40-38.10)	0.980
Prolactin(pg/mL)a	8.31 (6.70-11.23)	9.80 (8.40-15.26)	0.009*
Total semen volume (mL)a	3.00 (2.00-3.50)	3.00 (2.00-3.00)	0.155
Total sperm count (mil) a	83.00 (50.00-142.00)	45.00 (20.00-66.00)	<0.001*
Sperm concentration (mil/mL)a	28.45 (21.30-50.00)	20.00 (14.90-23.00)	<0.001*
Sperm morphology (normal form %)a	5.00 (4.00-6.00)	3.00 (2.00-4.00)	<0.001*
Sperm motility (PR+NP)a	40.6 (29.0-54.6)	31.00 (24.00-38.00)	0.008*

*a Data expressed as median and inter quartile range b Data expressed as count and frequency SCA: Sickle Cell Anemia, BMI: Body mass index, LH: Luteinizing hormone, FSH: Follicular stimuli hormone, PR: Progressive motility, NP: Non-progressive motility, mil: Million, mL: Mililitre * Mann-Whitney U test was used # Pearson's chi-square test was used Bold values are statistically significant.*

SS-25
Tekrarlayan Üriner Retansiyonu Olan Benign Prostat Hiperplazisi Hastalarında Bipolar Radyofrekans Termoterapinin Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

Aykut Demirci
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Giriş: Erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte prostat bezinin büyümesi ve buna bağlı olarak alt üriner sistem semptomlarının gelişmesi benign prostat hiperplazisi (BPH) olarak tanımlanmaktadır. Üriner retansiyonun en sık nedeni BPH hastalığıdır. BPH hastalarında tekrarlayan üriner retansiyon gelişmesi cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Buna rağmen yüksek komorbidite veya hastanın cerrahi istememesi gibi nedenlerle her hastaya operasyon uygulanamamaktadır. Biz de BPH tedavisinde bipolar radyofrekans termoterapi (RF) yönteminin bu grup hastalarda üriner sistem semptomları ve erektil fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

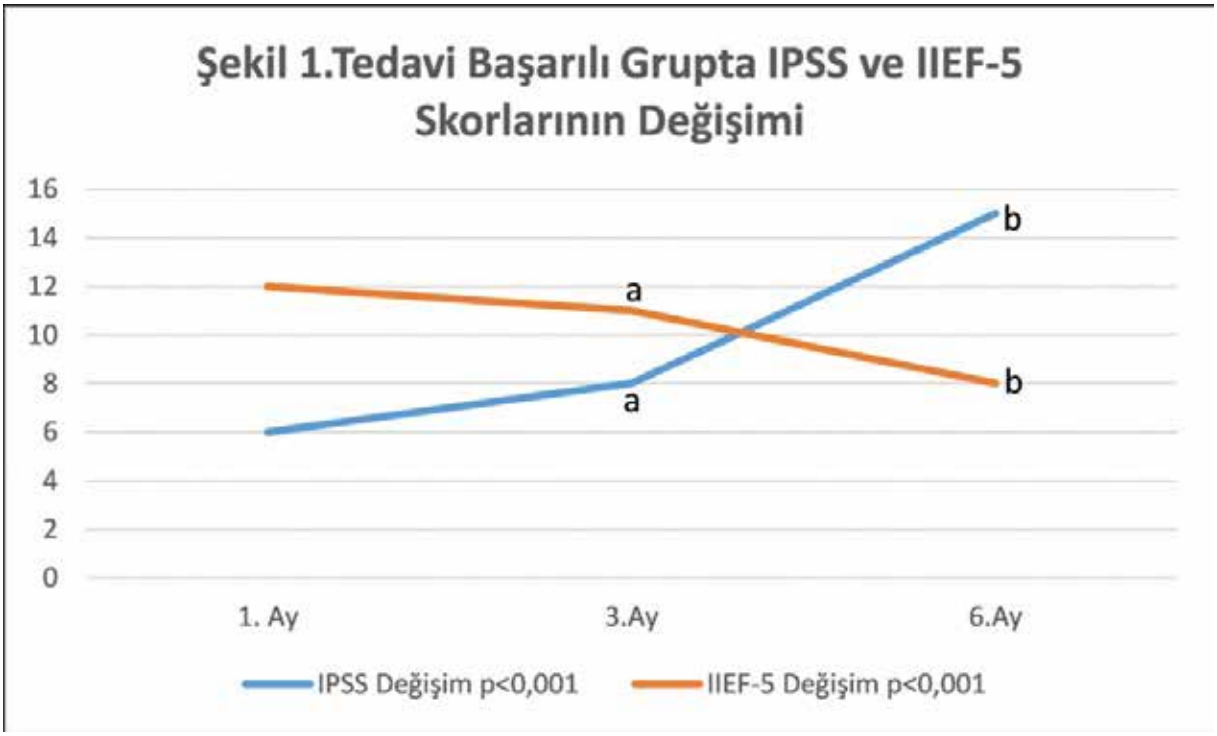
Materyal-Metod: Ocak-Eylül 2019 tarihleri arasında Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji kliniğinde RF yapılan tekrarlayan üriner retansyion öyküsü olan 33 hastayı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların yaş,vücut kitle indeksi (BMI),sigara kullanımı,charlson komorbidite indeksi (CCI),PSA (ng/ml),prostatik üretra uzunluğu (mm),prostat hacmi (ml),tedavi sonrası 1.,3. ve 6. ay olan IPSS (Uluslararası Prostat Semptom Skoru) ve IIEF-5(Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi) skorları kaydedildi. RF sonrası üriner retansiyon problemi devam eden hastalar tedavi başarısız grup (Grup 1,s=11),ortadan kalkan hastalar başarılı grup (Grup 2,s=22) olarak ayrıldı.

Bulgular: RF başarı oranı 65,6% olarak tespit edildi. Gruplar arasında ortalama yaş, median vücut kitle indeksi (BMI),sigara kullanımı,median charlson komorbidite indeksi (CCI),ortalama PSA (ng/ml),prostatik üretra uzunluğu (mm),prostat hacmi (ml) bakımından bir fark izlenmedi (p>0,05,Tablo 1). Tedavi başarılı grupta sırasıyla median (IQR) IIEF ve IPSS skorları bakımından 1.ay[12(6,5);6(4)],3.ay[11(4,5);8(4)] ve 6.ay [8(4,5);15(3,5)] fark olduğu görüldü (p<0,001,Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda RF tedavisinin tekrarlayan üriner retansiyonu olan BPH hastalarında yüksek başarı oranına sahip olduğu görülmüştür.Fakat tedaviden fayda gören hastalarda zaman içinde erektil fonksiyonların azalabileceği ve alt üriner sistem semptomlarınında artabileceği akılda tutulmalıdır. Bu yüzden RF yapılan hastaların yakın takip edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Benign Prostat Hiperplazisi, Bipolar Radyofrekans Termoterapi, Erektil Disfonksiyon

Şekil 1.Tedavi Başarılı Grupta IPSS ve IIEF-5 Skorlarının Değişimi



a vs.1 ay ve 6. ay p<0,05 b vs. 1.ay ve 3.ay p<0,05 IPSS(Uluslararası Prostat Semptom Skoru),IIEF-5 (Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi)

Tablo 1.Demografik ve Klinik Özellikler Bakımından Grupların Karşılaştırılması

	Grup 1 (s=11)	Grup 2 (s=21)	p Value
Yaş*	73,18±10,06	68,76±14,33	0,37
BMI**	26(10,3)	26,4(8)	0,96
CCI**	4(2)	3(2)	0,42
Sigara (n,%) İçiyor İçmiyor	2(33,3) 9(34,6)	4(66,7) 17(65,4)	0,95
PSA (ng/ml)**	3,97±0,98	3,53±1,47	0,06
Prostatik Üretra Uzunluğu (mm)*	42,47±16	37,9±10,5	0,34
Prostat Hacmi (ml)*	54,72±17,22	47,52±13,57	0,28

*Grup 1(Tedavi Başarısız),Grup 2(Tedavi Başarılı) *(ortalama±standart sapma),**(Median,IQR),BMI (Body Mass Index),CCI(Charlson Comorbidity Index)*

SS-26
Gri zonda PSA değerine sahip hastalarda, hematolojik ve serum testosteron, testosteron/PSA oranının prostat kanserini öngörmede rolü

Abdullah Gül[1], Salim Zengin[1], Özgür Ekici[2], Çağlar Boyacı[1]
[1]SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa
[2]Sağlık Bakanlığı Nusaybin Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mardin

AMAÇ: PSA'nın salgılanması ve üretimi androjenik kontrol altındadır ve prostat kanseri (PCa) androjen bağımlı bir kanserdir. Literatürde PCa ile serum testosteron düzeyi arasında çelişkili sonuçları barındıran çalışmalar mevcuttur. Rektal tuşesi normal olan, gri zonda (2,5-10 ng/ml) serum PSA düzeylerine sahip hastaların ≥3/4'ünün prostat biyopsi sonucu benign gelmektedir ve bu hastalar biyopsiye bağlı komplikasyonlara maruz kalabilmektedirler. Biz de bu ön çalışmamızda, risk sınıflamasının doğruluğunu artırmak ve gereksiz fazladan biyopsi oranlarını azaltmak amaçlı, biyopsi öncesi hematolojik parametreler, serum testosteron, PSA ve türevleri ve bunların oranlarını içeren verilerin PCa'yı öngörmedeki rolünü ve hipogonadizmle, klinik anlamlı ve klinik anlamsız PCa arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

METHOD: Eylül 2021 tarihi sonrası gri zonda serum PSA düzeyine sahip olan ve fizik muayenesi normal olan hastalar prospektif olarak değerlendirildi. Biyopsi öncesi, hastalardan aç karnına sabah kan tetkikleri alındı ve total testosteron düzeyi <12 nmol/L olan hastalar hipogonadizmli kabul edilerek, serum hormon değerleri başka bir gün tekrarlandı ve doğrulandı. 12 kadran biyopsi alınan hastalar patoloji sonucuna göre; BPH (Grup 1) ve Epstein kriterlerine göre klinik anlamsız (Grup 2) veya klinik anlamlı (Grup 3) olacak şekilde sınıflandırıldı. Primer ve sekonder hipogonadizmli hastalar çalışma dışı bırakıldı. Veriler gruplar arasında istatistiksel olarak kıyaslandı ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 64,41 ± 6,43 yıl olan toplamda 137 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 40'nda (%29,2) hipogonadizm mevcut iken; bunların 10'u (%7,3) ağır, 30'u (%21,9) hafif hipogonadikti. 103 (%75,2) hastanın prostat patolojisi BPH gelirken, 34 (%24,8) hastanın patolojisi prostat adenokarsinomu geldi. PCa patolojili hastaların 14'ü (%41,2) klinik anlamsız PCa iken, 20'si (% 58,8) klinik anlamlı PCa çıktı. Klinik anlamlı PCa'lı hastalarda hipogonadizm oranı anlamlı derecede yüksekti (p=0,048) (Tablo 1). Hastaların demografik, hematolojik ve serum hormon parametreleri kıyaslandığında, hasta yaşı, serbest/total PSA oranı ve PSAD gruplar arasında anlamlı olarak farklı bulundu (Tablo 2).

SONUÇ: Ön çalışmamız, gri zonda PSA düzeylerine sahip hastalarda, testosteron ve türevlerinin, NLR, PLR gibi hematolojik parametrelerin, klinik anlamlı PCa'yı öngörmede, mevcut Epstein kriterlerine ek bir katkı sağlamadığını göstermekle birlikte, klinik anlamlı PCa'lı hastalarda hipogonadizm oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın sonuçlarından çıkarımımızla, hipogonadizmli serum PSA değeri gri zonda olan hastalarda klinik anlamlı PCa'nın aklımızda özellikle bulunması gerektiğini düşünmekteyiz. Bulgularımızı doğrulamak ve/veya desteklemek amaçlı daha fazla hasta sayılarını içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Belirteç, Epstein, hipogonadizm, prostat kanser, prostat spesifik antijen, testosteron

Tablo 2. Gruplar arasındaki verilerin kıyaslanması (n=137)

Tablo 2. Gruplar arasındaki verilerin kıyaslanması (n=137)

Veriler	Grup 1 (n=103)	Grup 2 (n=14)	Grup 3 (n=20)	p değeri
Yaş, yıl	63,5 ± 6,4	67,1 ± 6,4	66,7 ± 5,8	**0,028*+**
VKİ, kg/m^2	29,5 ± 3,3	28,6 ± 3,4	30,6 ± 2,8	0,133
Sigara kullanımı, n(%)				
Evet	52 (50,48)	7 (50)	7 (35)	0,462
Hayır	51 (49,52)	7 (50)	13 (65)	
Prostat Volümü, cc	75,9 ± 34,1	68,2 ± 39,4	60,2 ± 23,1	0,197
Total PSA, ng/mL	6,3 ± 1,8	6,1 ± 2,1	6,8 ± 1,7	0,330
Serbest PSA, ng/mL	1,5 ± 0,8	1,2 ± 0,6	1,1 ± 0,8	0,143
s/t PSA oranı	0,23 ± 0,1	0,19 ± 0,1	0,16 ± 0,1	**0,003*+&**
PSA dansitesi	0,09 ± 0,04	0,11 ± 0,06	0,13 ± 0,05	**0,017*+&**
Total Testosteron (TT), nmol/L	15,3 ± 5,5	16,9 ± 4,4	15,2 ± 6,8	0,370
TT/tPSA oranı	2,7 ± 1,4	3,1 ± 1,3	2,2 ± 0,8	0,187
Nötrofil (10^3 /mL)	4,8 ± 1,8	5,4 ± 1,4	4,7 ± 1,3	0,268
Lenfosit (10^3 /mL)	2,1 ± 0,6	2,3 ± 1,1	2,2 ± 0,7	0,967
Trombosit (10^3 /mL)	245,6 ± 67,3	250,4 ± 76,1	238,1 ± 47,1	0,933
NLR	2,4 ± 1,2	2,6 ± 1,2	2,2 ± 0,8	0,731
PLR	120,5 ± 42,9	143,7 ± 68,1	116,9 ± 39,1	0,536

*Grup 1 vs Grup 2; + Grup 1 vs Grup 3; & Grup 2 vs Grup 3

Tablo 1. Grupların, serum testosteron düzeylerine göre kıyaslanması

Testosteron Düzeyi	Grup 1	Grup 2	Grup 3	p değeri
<12 nmol/L	30 (%29,1)	1 (%7,7)	9 (%45)	0,048
≥ 12 nmol/L	73 (%70,9)	13 (%92,3)	11 (%55)	

SS-27
Varikoseli olan hastalarda boy ile varikoz ven çapı arasındaki ilişki: Retrospektif bir analiz

Mehmet Yilmaz[1], Mustafa Karaarslan[2], Mehmet Emin Şirin[3]
[1]Freiburg Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Freiburg, Almanya
[2]Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl, Türkiye
[3]Özel Aksaray İnova Hastanesi, Üroloji Bölümü, Aksaray, Türkiye

GİRİŞ: Varikosel güncel üroloji ve androloji pratiğinde çok sık karşılaşılan erkek infertilitesi nedenlerinden biridir. Etiyolojik ve genetik risk faktörlerinin yanı sıra, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi antropometrik indekslerin varikosel ile ilişkisi merak konusudur. Bu çalışmada, varikoseli olan erkek hastaların VKİ ve boy ölçümleri ile varikoz ven çapları arasındaki ilişkiyi araştırmak istedik.

MATERYAL-METOD: 2019-2022 yılları arasında merkezimizde gerçekleştirilen mikroskopik varikoselektomi uyguladığımız erkek hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya unilateral varikoseli olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, boy, kilo bilgileri, preoperatif spermiyogram parametreleri, preoperatif skrotal doppler ultrasonografideki varikoz ven çapları, muayene bulgularına göre varikosel dereceleri kaydedildi. Hastalar VKİ'lerine göre obez (≥30.0), fazla kilolu (25.0-29.99) ve normal kilolu (18,5-24,99) olarak üç gruba ayrılarak sol variköz ven çapları karşılaştırıldı. Sol variköz ven çapı ile hastaların boy ve VKİ arasında korelasyon analizi gerçekleştirildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 76 sol varikoseli olan erkek hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaş 26,8 ± 5 yıl, ortalama boy 177,2 ± 6,8 cm, ortalama VKİ 24,8 ± 4,1 kg/m2, ortalama sol variköz ven çapı 3,5 ± 0,7 mm olarak bulundu. Ortalama semen volümü 3,2 ± 1 ml, sperm konsantrasyonu 41,9 ± 29,8 x 106/ml, total sperm sayısı 133,3 ± 92,8 x 106, total motilite sayısı 32,5 ± 29,9 x 106, sperm morfolojisi %23,4 ± 24,6'idi. Ortalama sol variköz ven çapı obez hastalarda, fazla kilolu ve normal kilolu hastalara göre daha kısa olarak saptandı ancak gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (sırasıyla; 3,07 ± 0,6 mm; 3,5 ± 0,6 mm ve 3,51 ± 0,7 mm; p>0.05). VKİ ile sol variköz ven çapı arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmazken (p>0.05), hastaların boyu ve sol variköz ven çapları arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r: 0.280, p:0.014).

SONUÇ: Çalışmamızda varikoseli olan erkeklerin boyları ile varikoz ven çapları arasında ilişki saptadık. Uzun boylu erkekler varikosel açısından risk altında olabilir. Daha fazla hasta sayısı ile gerçekleştirilecek prospektif randomize çalışmaların, antropometrik özellikler ile varikosel arasındaki ilişkiye ışık tutacağına ve varikosel etiyolojisini daha iyi anlamamızı sağlayacağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: boy, doppler, varikosel, varikoz, VKİ

Fig.1

Tablo 1: Varikosel hastalarının demografik ve laboratuvar verileri

	Ortalama ± SD
Yaş, yıl	26,8 ± 5
Boy, cm	177,2 ± 6,8
VKİ, kg/m²	24,8 ± 4,1
Sol variköz ven çapı, mm	3,5 ± 0,7
Semen volüm, ml	3,2 ± 1
Sperm konsantrasyonu [10^6/ml]	41,9 ± 29,8
Total sperm sayısı [10^6]	133,3 ± 92,8
Total motilite sayısı [10^6]	32,5 ± 29,9
Sperm morfoloji, %	23,4 ± 24,6
Varikosel grade, n(%)	
1	2(2.6)
2	35(46.1)
3	39(51.3)

VKİ; vücut kitle indeksi

Tablo 2: VKİ'ye göre sol variköz ven çaplarının karşılaştırılması

	Sol varikoz ven çapı	p
VKİ		0.19
Normal (18,5-24,99)	3,51 ± 0,7	
Fazla kilolu (25.0-29.99)	3,5 ± 0,6	
Obez (≥30.0)	3,07 ± 0,6	

Tablo 1 ve 2

Tablo 3: Boy ve VKİ'nin sol variköz ven çapı ile Spearman's korelasyonu

	r	p
Boy - sol variköz ven çapı	0,280	0.014
VKİ - sol variköz ven çapı	-0,084	0.47

SS-28
Oligoastenoteratozoospermili Subfertil Olgularda Fiziksel Aktivite ve Antioksidan Gıda Desteğinin Seminal Antioksidan Kapasite, Sperm DNA Fragmantasyon İndeksi ve DNA Kromatin Niteliği Üzerine Etkileri

Mesut Şengül[1], Gülgez Neslihan Taşkurt Hekim[2], Ramazan Aşcı[1], Sezgin Güneş[2]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tibbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bilinen ve bilinmeyen birçok faktöre bağlı artmış reaktif oksijen türleri (ROS) spermatogenez ve sperm olgunlaşmasını etkileyerek erkek kısırlığına yol açmaktadır. Bu çalışmada idiyoptik subfertil olgularda egzersiz ve antioksidan gıda desteğinin seminal antioksidan kapasite, sperm DNA fragmantasyon indeksi, sperm kromatin niteliği ve sperm parametrelerine etkisi araştırılması amaçlanmıştır.

OLGULAR ve YÖNTEM: Çalışma, Mart-Kasım 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görülen idiyopatik oligoastenoteratozospermili subfertil erkekleri kapsamaktadır. Tüm olgulara üç ay süreyle haftada 3-4 gün, en az 45 dakika (haftalık toplam en az 150 dk-600 MET) orta şiddette fiziksel aktivite önerildi. Toplam 48 olgu tam (basit) randomizasyon ile iki gruba ayrıldı. Birinci gruba (grup 1) günlük 2000 mg L-karnitin, 2000 mg fruktoz, 932 mg asetil L-karnitin, 225 mg vitamin C, 115 mg sitrik asit, 50 mg koenzim Q10, 14 mg çinko, 115 µg selenyum, 3750 µg vitamin B12, 500 µg folik asit içeren gıda desteği önerilirken, ikinci gruba (grup 2) antioksidan gıda desteği verilmedi. Tedavi öncesi ve sonrası semen analizi, hormonal değerlendirme, IPAQ anket formu ile fiziksel aktivite, Troloks eşdeğeri antioksidan kapasite (TEAC) ile seminal antioksidan kapasite, TUNEL yöntemi ile DNA fragmantasyon indeksi ve anilin mavisi boyaması ile sperm kromatin yapısı ölçüldü. İstatistiksel analiz Mann Whitney-U ve Wilcoxon testleri ile yapıldı

BULGULAR: Grup1 ve 2' nin sırasıyla ortalama yaşları 33,54±3,6 ve 32,8±6,8, VKI 28,1±5,4 ve 28,3±3,5, 0. ay fiziksel aktivite değerleri 435,25±304,2 ve 498,12±353,4'dü. Değerler arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Tedavi sonrası grupların TAC değerleri arasında istatistiksel fark yoktu ($p=0,972$). Antioksidan tedavi verilen olguların SDF indeksi ($p=0,003$) ve histon/protamin oranı ($<0,001$) önemli oranda azalırken, grup 2 deki azalma istatistiksel olarak önemli değildi.

SONUÇ: İdiopatik erkek infetilitesinde antioksidan gıda desteği sperm konsatrasyonunu ve sperm nükleer stabilizayonunu önemli oranda artırmakta olup sadece orta düzeydeki fiziksel aktivite idiopatik infertil erkeklerde sperm konsantrasyonunu iyileştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: infertilite, antioksidan kapasite, sperm DNA fragmantasyonu, histon, protamin

SS-29
Stres inkontinans tedavisinde duloksetin'in kadın cinsel fonksiyonlarına etkisi

Melih Bıyıkoğlu[1], Elife Kettaş[1], Mustafa Sesli[1], Samet Şenel[2], Selahittin Çayan[1], Erdem Akbay[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Mersin
[2]Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Cerrahi dışı stres inkontinans tedavi seçenekleri arasında bir serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) olan Duloksetin kullanılmaktadır. Ancak Duloksetin'in depresyon tedavisinde kullanıldığında cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği bilinmektedir. Çalışmamızda Duloksetin'in cinsel aktif kadın hastalarda stres inkontinans tedavisi ile birlikte cinsel aktivite ve depresyon üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize stres inkontinans nedeniyle başvuran ve bu sebeple Duloksetin tedavisi başlanan 27 cinsel aktif hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, hipertansiyon (HT) varlığı, diyabetes mellitüs (DM) varlığı, guatr varlığı, migren varlığı, gebelik, normal doğum ve sezaryen (C/S) ile doğum sayıları, geçirilmiş abdominal cerrahi varlığı, sıvı tüketimi miktarı ve şikâyet süresi verileri prospektif olarak incelendi. Hastalara duloksetin tedavisi başlanmasından önce ve kullanmaya başladıktan 2 ay sonra olmak üzere iki kez kadın seksüel fonksiyon indeksi (FSFI), Beck depresyon ölçeği ve inkontinans hayat kalitesi (I-QOL) ölçeği uygulandı. Duloksetin tedavisinin ilgili ölçekler üzerinden seksüel fonksiyon, depresyon durumu ve hayat kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlandı. Karşılaştırmalarda normal dağılan veriler için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, normal dağılmayan veriler için ise Wilcoxon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortanca yaşı 50 (26-65) yıl, ortanca BKİ ise 29.1 (17.8-37.4) kg/m2 idi. Duloksetin tedavisi sonrasında hastaların FSFI ve I-QOL ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme izlendi (ortanca FSFI: 22.1 puan vs. 27.3, $p<0.001$, ortanca I-QOL: 55.4 vs. 90 puan, $p<0.001$). Ayrıca FSFI'nin tüm parametreleri için ayrı ayrı olmak üzere anlamlı iyileşme izlendi ($p<0.001$). Bunun yanı sıra tedavi sonrası hastaların Beck depresyon testi skorunda istatistiksel olarak anlamlı düşüş izlendi (ortanca Beck depresyon puanı: 4 vs 1 puan, $p<0.001$). Hastaların tedavi öncesi ve sonrası ilgili ölçek puanlarının karşılaştırmalı analizi tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuçlar ve Tartışma: Çalışmamızda stres üriner inkontinansın tedavi seçeneklerinden biri olan ve aynı zamanda bir serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) olan duloksetin, cinsel aktif kadın hastalarda stres üriner inkontinans, depresyon ve cinsel aktivite üzerine olumlu yönde etki etmektedir. Duloksetin, tek başına cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmesinin yanı sıra, gerek stres inkontinans tedavisindeki etkinliği gerekse antidepresan etkinliği aracılığıyla, dolaylı olarak kadın cinsel aktivitesine olumlu yönde etki etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stres inkontinans, duloksetin, kadın cinsel sağlığı

Tablo 1

Tablo 1. Stres inkontinans nedeniyle duloksetin tedavisi verilen cinsel aktif kadınlarda tedavi öncesi ve sonrası kadın seksüel fonksiyon indeksi (FSFI), Beck depresyon ölçeği ve inkontinans hayat kalitesi (I-QOL) ölçeklerinin sonuçlarının karşılaştırılması

Parametreler (Ortanca [min-maks])	n=27		p
	Tedaviden önce	Tedaviden sonra	
FSFI	22.1 (2-31)	27.3 (2-34.4)	<0.001
Arzu	2.4 (1.2-4.8)	4.2 (1.2-5.4)	<0.001
Uyarılma	3.3 (0-5.1)	4.2 (0-5.7)	<0.001
Lubrikasyon	3.6 (0-5.1)	4.8 (0-5.7)	<0.001
Orgazm	4 (0-5.6)	4.8 (0-5.6)	<0.001
Memnuniyet	3.6 (0.8-6)	4.8 (0.8-6)	<0.001
Ağrı	3.2 (0-6)	4.4 (0-6)	<0.001
Beck depresyon ölçeği	4 (0-56)	1 (0-14)	<0.001
I-QOL ölçeği	55.4 (20-93.6)	90 (71.8-100)	<0.001

FSFI: Kadın seksüel fonsksiyon indeksi, **I-QOL**: İnkontinans hayat kalitesi

SS-30
Penil protez fraktürünün eşlik ettiği üretra darlığında perineal insizyon ile penil protez çıkartılması ve uç uca üretroplasti

Fatih Yanaral[1], Nazım Furkan Günay[2], Sami Şekkeli[2], Ufuk Çağlar[2], Burak Üçpınar[2], Akif Erbin[2], Mehmet Fatih Akbulut[2], Ömer Sarılar[2], Faruk Özgör[2]
[1]Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Penil protez fraktürü nadir görülen bir komplikasyondur. Tedavisi protezin çıkartılması ve aynı veya farklı bir operasyonda tekrar penil protez koyulmasıdır. Tekrarlayan üretra darlığının ise altın standart tedavi yöntemi üretroplastidir. Bu video bildirisinde penil protez fraktürü ve eşlik eden üretral darlığı olan bir hastada uyguladığımız perineal insizyonla eş zamanlı protez çıkartılması ve uç uca üretroplasti ameliyatını sunuyoruz.

OLGU: 54 yaşında hasta idrar yapamama ve cinsel ilişkiye girememe şikâyeti ile başvurdu. Herhangi bir sistemik hastalığı olmayan hastada 20 sene önce yapılan malleable penil protez implantasyonu ve iki kez internal üretrotomi öyküsü mevcuttu. Yaklaşık 2 yıldır penil protezde yeterli sertlik olmadığından ilişkiye girememe şikayeti vardı. Üriner retansiyon sonrası başarısız üretral foley kateter denemeleri sonrası sistostomi tatbiki yapılmış ve 2 aydır idrar drenajı sistostomi ile sağlanmakta idi. Yapılan fizik muayene ve radyolojik görüntülemeleri sonrası bulber üretrada 2 cm üretra darlığı ve fraktür olmuş malleable penil protez tespit edildi. Eş zamanlı üretroplasti ve protez çıkartılması kararı alındı.

YÖNTEM: Litotomi pozisyonunda perineal orta hat insizyon yapıldı. Katlar geçildikten sonra penis perineye invagine edildi. Her iki taraf corpus caversosumdan malleable protezleri çıkartıldı. Kavernöz dokular irrige edildi. Kavernöz onarım sonrası penis normal pozisyona alındı ve üretra diseksiyonuna geçildi. Üretra askıya alındı, penoskrotal bileşkeye kadar diseke edildi, darlık segmenti eksize edildi. Anastomozun gergin olmaması için ek olarak korporeal seperasyon yapıldı ve üretraya 4/0 vicryl ile uç uca anastomoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon gözlenmeyen hasta ameliyat sonrası 3. günde taburcu edildi. Ameliyat sonrası 14. gün sondası, 16. gün sistostomisi alındı. 1.ay kontrol üroflowmetrisinde maksimum akış hızı 27 ml/sn saptandı, postmiksiyonel rezidü idrar yoktu. Altıncı ay kontrolününde takipleri normal olan hasta pandemi döneminde COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetti.

SONUÇ: Üretroplasti esnasında perineal insizyondan penil proteze yönelik girişimler eş seanslı olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Penil Protez, Fraktür, Üretroplasti, Üretral darlık

SS-31
Prostat Median Lobu Olan ve Olmayan Hastalarda Tadalafil ve Dutasterid Kombinasyonunun Alt Üriner Sistem Semptomları ve Erektil Fonksiyonlara Etkisi

Mehmet Gökhan Çulha, Caner Baran, Mehmet Ali Sezgin, Bahadır Ermeç, Mehmet Ali Karagöz, Emre Can Polat, Alper Ötünçtemur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı prostat median lobu olan ve olmayan erkek hastalarda günlük tadalafil+dutasterid tedavisinin alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve erektil fonksiyonlara olan etkisini değerlendirmektir.

METOD: Ocak 2018-Aralık 2022 tarihleri arasında AÜSS/ED nedeniyle Üroloji Polikliniği'ne başvuran 40 yaş üstü erkek hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların detaylı medikal ve cinsel öyküsü alındı. AÜSS sorgulaması için Uluslararası Prostat Semptom İndeksi, ED sorgulaması için Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-Erektil Fonksiyon bölümü kullanıldı. Hastaların PSA, Total testosteron seviyeleri kaydedildi. Üroflowmetre ile maksimum idrar akım hızı (Qmax) ölçüldü. Transabdominal ultrason ile prostat volümü, median lob varlığı, median lob hacmi ve post miksiyonel rezidü idrar hacmi (PMR) ölçüldü. Ardından orta ve şiddetli AÜSS mevcut prostat hacmi 40 cc üzeri olan hastalar orta lobu olan ve olmayanlar şeklinde 2 gruba ayrıldı. Hastalara günlük tadalafil 5mg ve dutasterid 0,5 mg tedavisi başlandı. Hastaların IPSS, IIEF-EF, Qmax, PV ve PMR değişimleri 24 haftalık tedavi sonunda karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 96 hasta dahil edilmiştir (42 median lobu olan(grup-1), 54 median lobu olmayan(grup-2)). Hastaların yaş ortalaması 56,25±13.47, BMI ortalaması 29.12±7.76 idi. Hastaların ortalama IPSS değeri 14,25±6.69, IIEF-EF değeri 12.11±9.93 idi. Ortalama PSA değeri 2.25±1.36 ng/ml, total testosteron değeri 345,67±123,21 ng/dl, ortalama PV 46.71±23.22 ml, Qmax değeri 8.24±3,36 m/sn, PVR 54,32±25,52 ml idi. Her iki grup arasında başlangıç IPSS, IIEF-EF, PSA ve Qmax değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Günlük tadalafil+dutasterid tedavisi sonrası 24. Hafta kontrollerinde hastaların ortalama IPSS değeri 5,42±4.09(p<0,001), IIEF-EF skoru 20.97±3,67p<0,001), PV 38,20±10,68 ml(p=0,021), Qmax değeri 12,45±7,68 m/sn(p<0,001) olarak saptandı. Grupların başlangıç ve 24. Hafta parametrelerin değişiminde her iki grupta da tedavi başlangıcına göre IPSS, IIEF-EF ve Qmax değerlerinde anlamlı iyileşmeler izlenmiştir. İki grubun 24.hafta verileri karşılaştırıldığında ise grup-2'deki IPSS düşüşünün grup-1'e göre daha fazla olduğu (p=0,012) IIEF-EF skorları(p=0,034) ve Qmax (p=0,001) değerlerinin grup-1'e göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo-1). 24. hafta sonunda 2 hastada kas ağrısı ve dispepsi, 1 hastada ise cinsel isteksizlik saptanmıştır.

SONUÇ: AÜSS/ED bulunan erkek hastalarda günlük tadalafil+dutasterid tedavisi etkili ve güvenilir bir tedavi kombinasyonudur. Median lob varlığında tadalafil+dutasterid tedavisinden alınan yanıt düşmektedir. AÜSS/ED tedavisinde tadalafil+dutasterid kombinasyonunun etkisinin değerlendirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: AÜSS, Erektil disfonksiyon, tadalafil, dutasterid, median lob

Tablo-1

	Grup-1(Median Lob+)	Grup-2(Median Lob-)	p
IPSS	6,61±3,92	4,79±2,33	0,012
IIEF-EF	19,03±5,44	21,98±6,03	0,034
PV	39,01±21,77	37,82±15,89	0,067
Qmax	11,37±6,00	13,56±4,98	0,001
PVR	21,45±6,67	20,87±5,45	0,358

Tedavi sonrası hastaların karşılaştırılması

SS-32
Stres üriner inkontinanslı kadın hastalarda pelvik taban kas egzersizlerinin cinsel fonksiyona etkisi

Muhammed Arif İbiş, Fahri Erkan Sadioğlu, İhsan Barış Müldür, Kubilay Sarıkaya, Mehmet Çiftçi, Çağrı Şenocak, Ömer Faruk Bozkurt
Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Stres inkontinanslı kadın hastalarda pelvik taban kas egzersizlerinin kadın cinsel fonksiyonlarına etkisini araştırmak.

Gereç YÖNTEM: Mayıs 2021- Ekim 2021 tarihleri arasında polikliniğimize stres inkontinans şikayeti ile başvuran ve tedavi olarak sadece pelvik taban kas egzersizi önerilen, premenopozal 32 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Pelvik organ prolapsusu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. En az 6 ay takipli hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ- (FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI))'in türkçeye validite edilmiş formu tedavi öncesi ve sonrasında kullanılmıştır.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 39.4 ± 4.8 idi. Ortalama takip süresi 7.2 ± 0.8 ay idi. Hastaların 3 (%9.4)'ünün normal vajinal doğum sayısı 0 iken, 24 (%75)'ünün 1-3 ve 5 (%15.6)'inin ise 4'den fazla idi. Hastaların ortalama beden kitle indeksleri tedavi öncesi ve sonrası sırasıyla 31.5 ± 3.4 ve 30.1 ± 3.3 idi. Tedavi öncesi ve sonrası BMI değerlerinde anlamlı fark saptanmadı. Günde 1 veya daha fazla ped kullanımı inkontinans olarak tanımlandı. Hastaların 25 (%78.1)'i sadece pelvik taban egzersizinden fayda gördü. Tedavi öncesi FSFI skoru 25.3 ± 2.5 iken tedavi sonrası FSFI skoru 25.8 ± 2.6 bulundu (p=0.388). Formunun alt grup analizlerinde ise ortalama puanlar tedavi öncesi ve sonrası sırasıyla; istek için 5 ± 1.1 ve 5.1 ± 1, uyarılma için 4.5 ± 1.1 ve 4.7 ± 0.8, lubrikasyon için 4.7 ± 1.4 ve 4.8 ± 1.1, orgazm için 3.8 ± 0.8 Ve 4 ± 1.3, memnuniyet için 4 ± 1.2 Ve 4.1 ± 1.3 ve ağrı için 3.2 ± 1 ve 3.1 ± 0.9 olarak bulundu (Tablo 1). Tedavi sonrasında ağrı hariç tüm alt gruplarda ve toplam puanda artış gözlense de farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

SONUÇ: Stres inkontinansa sahip kadın hastalarda FSFI skorları düşüktür. Hastalar tarafından bildirilmese de bu hasta gruplarında cinsel fonksiyonlar hekimler tarafından dikkatli bir şekilde sorgulanmadır. Tedavi sonrası stres inkontinanstaki ciddi iyileşmeye rağmen cinsel fonksiyonlardaki iyileşmenin yetersiz olması, kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının multifaktöriyel olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: cinsel, egzersiz, inkontinans, pelvik, stres, üriner

Tablo 1: Tedavi öncesi ve sonrası kadın cinsel işlevleri

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p değeri
FSFI*	25.3 ± 2.5	25.8 ± 2.6	0.388
Cinsel İstek	5 ± 1.1	5.1 ± 1	0.685
Cinsel Uyarılma	4.5 ± 1.1	4.7 ± 0.8	0.386
Lumbrikasyon	4.7 ± 1.4	4.8 ± 1.1	0.773
Orgazm	3.8 ± 0.8	4 ± 1.3	0.589
Memnuniyet	4 ± 1.2	4.1 ± 1.3	0.794
Ağrı	3.2 ± 1	3.1 ± 0.9	0.787

FSFI: FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

SS-33
İdiyopatik İnfertilite Hastalarında Covid-19 Enfeksiyonunun Semen Parametrelerine Etkisi

Nusret Can Çilesiz
Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Aralık 2019 tarihinden itibaren dünyayı etkisi altına alan koronavirüs hastalığı (Covid-19) ciddi akut reaspiratuar sendrom tablosu (SARS-Cov-2) olarak tanımlanmıştır. Covid-19 ajanının respiratuar sistemdeki etkisini Anjiotensin converting enzim (ACE-2) reseptörlerini yerleşmesiyle açıklanmıştır. ACE-2 reseptörlerinin erkek genital sisteminde leydig hücreleri, sertoli hücreleri ve prostatik epitelde de exprese olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar Covid-19 enfeksiyonu geçiren ve iyileşen hastalarda yakın dönemde sperm parametrelerinde kötüleşme olabileceğini göstermiştir. Covid-19 enfeksiyonu sonrası sağlıklı gönüllülere göre sperm konsantrasyonu, total sperm sayısı ve motilite oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmamızda idiyopatik infertilite hastalarında Covid-19 enfeksiyonu ile semen parametrelerini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmamızda Haziran 2021- Şubat 2022 arasında infertilite nedeni ile başvuran erkek hastalar arasında yapıldı. Çalışmaya semen analizi verebilen idiyopatik infertilite hastaları dahil edildi. Hastaların yaş, sosyodemografik özellikleri, ek hastalıkları, alışkanlıkları, geçirilmiş operasyon öyküleri kaydedildi. Hastaların ürogenital muayene ve anamnezinde pirmer/sekonder infertilite, skrotal veya inguinal cerrahileri, daha önceki medikal veya cerrahi tedavileri, testis boyutları, varikosel varlığı/derecesi, hidrosel veya spermatosel varlığı kaydedildi. Dışlama kriterleri (Azospermi, kromozom anomalileri, hiper/hipogonadotropik hipogonadizm, inguino-skrotal cerrahileri olanlar, varikosel gibi) infertilitenin saptanabilen nedenlerinin mevcudiyeti ve Covid-19 aşılaması olması olarak kabul edildi. Hastaların son 1 yıl içerisinde semptomatik veya asemptomatik Covid-19 enfeksiyonu (Reverse Transkriptaz -PCR veya Bilgisayarlı Tomografi bulguları) geçirip geçirmediği sorgulandı ve kaydedildi. Hastalar Covid-19(+) ve Covid-19(-) olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grubun 3 günlük cinsel perhiz sonrası verdiği semen örneklerinin WHO 2021 kriterlerine uygun olarak sonuçlanan analizleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 42 idiyopatik infertilite hastası dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 31,7±5,4 olarak hesaplandı. Her iki grubun sosyodemografik özellikleri, ek hastalıkları, alışkanlıkları bakımından benzer olduğu analiz edildi ($p>0.05$). Hastaların %40.4 ünde (n=17) Covid-19 enfeksiyonu geçirmiş olduğu tespit edildi. Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin %58.8 inin (n=10) asemptomatik enfeksiyon geçirdiği, %42'sinde (n=7) semptomatik olduğu ve semptomatik olanların ise %13 ünde (n=1) hastane yatışı öyküsü olduğu görüldü. Covid-19 enfeksiyonu sonrasında başvuruya kadar geçen ort. süre 9.6 ay (4-17) olduğu görüldü.

Hastaların ort. semen volümü 3,23±0,8 ml olduğu, ort. sperm konsantrasyonu 49,12±28,43 milyon/ml, progresif motilite yüzdesi %34,9±17,2 olduğu tespit edildi. Sperm morfolojisine göre normal yapıda olanların ortalaması %3 olduğu hesaplandı.

Semen volümü açısından Covid-19(+) ve Covid-19(-) olanların (3,05±0,7ml vs 3,36±0,6 ml) benzer olduğu (p>0.05), Covid-19(+) olanların ortalama sperm konsantrasyonu Covid-19(-) grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (41,72±17,4 vs 58,7±21,9; p=0.021). Progresif sperm hareketliliği parametresinde Covid-19(+) grubu ort daha düşük olsa da her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edildi (34,05±20,96 vs 44,00±16,94; p=0.12). Normal sperm morfolojisi açısından da her iki grubun arasında (3.47±1.42 3.09±1.41; p=0.41) anlamlı fark gözlenmedi.

Oligospermi oranının Covid-19(+) grubunda (%29 vs %4.5; p=0.03) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Astenospermi oranının Covid-19(+) grubunda daha fazla (%45.4 vs %17.2; p=0.06) olmasına rağmen istatistiksel anlamlı fark görülmedi. Teratospermi oranı (%40 vs %17; p=0.11) her iki grupta benzerdi.

SONUÇ: Bu çalışmada Covid-19 enfeksiyonunun literatüre uygun olarak sperm konsantrasyonunda azalmaya neden olduğu, oligospermi ve astenospermi oranlarının daha fazla olduğu tespit edildi. Uzun dönemde dahi sperm konsantrasyonunda düşüklük olmasının Covid-19 enfeksiyonu sonrası spermatogenezisin moleküler düzeyde incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, semen parametreleri, sperm konsantrasyonu, idiyopatik infertilite

SS-34
Ağrının Varikoselektomi Sonrası Operasyon Başarısı Tahmini Üzerindeki Rolü

Mehmet Erhan Aydın, Aykut Aykaç, Coşkun Kaya
Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Varikosel, pampiniform pleksustaki venlerin dilatasyonuyla oluşur ve erkeklerin %20'sinde görülür (1). Venlerin dilatasyonu sonucu testis sıcaklığı yükselir. Bu nedenle spermatogenez, testosteron üretimi olumsuz etkilenebilir ve testiste atrofi gelişebilir (2).

Varikosellerin çoğu asemptomatiktir. Hastalar kozmetik nedenlerle başvurabilir veya infertiliteyle başvuran erkeklerde yapılan bir fizik muayene sırasında tanı konabilir (3). Varikoselde ağrının etiyolojileri arasında pampiniform pleksustaki venlerin nöral lifleri sıkıştırması, değişen testis sıcaklığı, oksidatif stres, toksik metabolitlerin reflüsü, artan hidrostatik basınç ve hipoksi yer alır (4).

Literatürde varikoseli olan hastalarda ağrının klinik sonuçları tahmin etmedeki rolüne ilişkin sınırlı veri mevcuttur (4,5). Bu çalışmada ağrı varlığının varikoselektomi sonrası klinik sonuçlarla ilişkili olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2018- Ocak 2022 tarihleri arasında hastanemizde varikosele sekonder anormal sperm parametreleri nedeniyle varikoselektomi yapılan hastalar hastane bilgi yönetim sisteminden tarandı. Operasyon öncesi ve operasyon sonrası 3.ayda spermiyogram verileri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Azospermik hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara subinguinal varikoselektomi uygulandığı görüldü. Hastaların yaşı, geliş şikâyeti, vücut kitle indeksi, fizik muayene, görüntüleme sonuçları ve operasyon tarafı not edildi. İyileşme kriteri, postoperatif spermiyogramda toplam hareketli sperm sayısında %50'den fazla artış olarak belirlendi (6).

Hastalar; geliş şikâyeti ağrı olmayan (Grup-1) ve ağrı olan (Grup-2) olmak üzere 2 gruba ayırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 38 hasta dahil edildi. Geliş şikâyeti ağrı olmayan 24 hasta grup-1, ağrı olan 14 hasta grup-2 olarak gruplandırıldı. Gruplar arasında yaş, VKİ, varikosel tarafı, varikosel derecesi, USG'de dilate ven çapı karşılaştırıldı.

Grup-2'de hastalarda bilateral varikosel olmadığı görüldü (p=0,049). USG'de ölçülen ven çapı grup-2'de daha yüksek olarak bulundu (p=0,007) (tablo-1).

Gruplar arasında preoperatif ve postoperatif semen parametreleri karşılaştırıldı. İleri hareketli sperm yüzdesi, operasyon sonrası grup-1'de daha yüksekti. Operasyon sonrası ileri hareketli sperm yüzdesi ve morfoloji açısından grup-1'de daha fazla artış olduğu görüldü. İyileşme kriterine göre değerlendirme yapıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. (Tablo-2)

SONUÇ: Bu çalışma sonuçlarıyla, varikoseline ağrı eşlik eden hastalarda semen parametrelerinde iyileşme-

nin daha az olacağı yönünde bir tahmin yürütülebilir. Bulguları desteklemek için daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça:
1. Leslie, S. W., Sajjad, H., & Siref, L. E. (2020). Varicocele. StatPearls.
2. Pastuszak AW, Wang R. Varicocele and testicular function. Asian J Androl. 2015 Jul-Aug;17(4):659-67.
3. Lomboy JR, Coward RM. The Varicocele: Clinical Presentation, Evaluation, and Surgical Management. Semin Intervent Radiol. 2016 Sep;33(3):163-9.
4. Paick S, Choi WS. Varicocele and Testicular Pain: A Review. World J Mens Health. 2019 Jan;37(1):4-11.
5. Punjani N, Wald G, Gaffney CD, Goldstein M, Kashanian JA. Predictors of varicocele-associated pain and its impact on semen parameters following microsurgical repair. Andrologia. 2021;00:e14121.
6. Kondo Y, Ishikawa T, Yamaguchi K, Fujisawa M. Predictors of improved seminal characteristics by varicocele repair. Andrologia. 2009 Feb;41(1):20-3.

Anahtar Kelimeler: varikosel, varikoselektomi, ağrı, spermiyogram, infertilite

Tablo-1: Gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması / Tablo-2: Gruplar arasında semen parametrelerinin ve klinik sonuçların karşılaştırılması

Tablo-1: Gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması	Grup-1 (n:24)	Grup-2 (n:14)	P
Yaş (median, min-maks)	24 (17-41)	24 (17-39)	0,224*
Vücut kitle indeksi (median, min-maks)	26,04 (19,38-34,48)	25,83 (21,6-31,98)	0,705*
Varikoselektomi tarafı (n, %) Sağ Sol Bilateral	0 (%0) 18 (%75) 6 (%25)	0 (%0) 14 (%100) 0 (%0)	0,049**
Varikosel derecesi (n, %) Derece 2 Derece 3	12 (%50) 12 (%50)	5 (%35,7) 9 (%64,3)	0,304**
Ven çapı (median, min-maks)	3 (2,4-5)	4 (3-7)	0,007*
Tablo-2: Gruplar arasında semen parametrelerinin ve klinik sonuçların karşılaştırılması	Grup-1 (n: 24)	Grup-2 (n: 14)	P
Sperm konsantrasyonu (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	11,2 (0,6-230,8) 26,05 (1,3-76) 8,35 (-181,3-65)	9,55 (2,5-163,6) 21 (2,2-106) 4,25 (-88-36,9)	0,880* 0,754* 0,535*
Toplam sperm sayısı (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	35 (3-346,2) 79 (2,5-372,4) 19,88 (-222,4-300,9)	36,6 (5,6-309,6) 68,6 (6,7-353,5) 27,85 (-137-129,9	0,952* 0,952* 0,716
İleri hareketli sperm yüzdesi (A+B) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	23 (1-65) 36,5 (7-76) 11,5 (-25-46)	28 (0-55) 18,5 (0-70) ,5 (-3-25)	0,555* 0,014* 0,014*
Morfoloji (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	3,5 (1-9) 6 (2-10) 2 (-3-6)	4,5 (2-8) 4,5 (1-7) 0,5 (-3-3)	0,557* 0,57* 0,014*
İleri hareketli sperm sayısı (A+B) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	7,97 (0,36-193,87) 25,18 (0,63-167,58) 7,87 (-99,78-149,705)	8,74 (0-121) 7,74 (0-124,7) -0,92 (-49,7-99,14)	0,762* 0,173* 0,061*
İyileşme (n, %) Yok Var	9 (%37,5) 15 (%62,5)	10 (%71,4) 4 (%28,6)	0,046**

**Mann-Whitney U, **Fisher's Exact Test*

SS-35
Trombosit Parametrelerinin Varikoselektomi Operasyon Başarısını Tahminindeki Rolü

Mehmet Erhan Aydın, Coşkun Kaya, Aykut Aykaç
Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Varikosel erkek infertilitesi ile ilişkili vasküler hastalıklarından biridir. Literatürde varikoselin sistemik venöz hastalık ile ilişkili olduğunu doğrulayan çalışmalar mevcuttur (1).

Yapılan bazı çalışmalarda ortalama trombosit hacmi (MPV) ve plateletkrit (PCT) gibi trombosit hacim indekslerinin (PVI) vasküler hastalıkların patofizyolojisi için önemli belirteçler olduğu bulunmuştur (2-4). Varikosel ve daha yüksek PVI ile tanımlanan trombosit aktivasyonu arasında klinik bir ilişki olduğunu öne süren çalışmalar da vardır (5,6).

Varikoseli olan hastalarda trombosit hacim parametrelerinin infertilite üzerindeki etkilerini araştıran çalışma sayısı azdır. Biz bu çalışmada, anormal spermiyogramı olan varikosel hastalarında trombosit hacim parametrelerinin varikoselektomi sonrası başarı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2018- Ocak 2022 tarihleri arasında hastanemizde varikosele sekonder anormal sperm parametreleri nedeniyle varikoselektomi yapılan hastalar hastane bilgi yönetim sisteminden tarandı. Operasyon öncesi ve operasyon sonrası 3.ayda spermiyogram verileri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Azospermik hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara subinguinal varikoselektomi uygulandığı görüldü. Hastaların yaşı, geliş şikâyeti, vücut kitle indeksi, fizik muayene, görüntüleme sonuçları ve operasyon tarafı not edildi. Operasyon öncesi yapılan tam kan sayımı laboratuar sonucundan trombosit sayısı, MPV, PCT değerleri kaydedildi. İyileşme kriteri, postoperatif spermiyogramda toplam hareketli sperm sayısında %50'den fazla artış olarak belirlendi (7).

Hastalar; iyileşme kriterine göre iyileşme olmayan (Grup-1) ve iyileşme olan (Grup-2) olmak üzere 2 gruba ayırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 38 hasta dahil edildi. İyileşme olmayan 14 hasta grup-1, iyileşme olan 24 hasta grup-2 olarak gruplandırıldı. Gruplar arasında yaş, VKİ, varikosel tarafı, varikosel derecesi, USG'de dilate ven çapı karşılaştırıldı (Tablo-1).

Gruplar arasında trombosit hacim parametreleri karşılaştırıldığında MPV değeri grup-1'de anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo-2).

SONUÇ: Çalışmamıza göre MPV yüksekliği varikoselektomi sonrası tedavi başarısını belirleme açısından kötü prognostik faktör olarak tanımlanabilir.

Kaynakça:
1. Kiliç S, Aksoy Y, Sincer I, Oğuz F, Erdil N, Yetkin E. Cardiovascular evaluation of young patients with varicocele. Fertil Steril. 2007 Aug;88(2):369-73.
2. Berger JS, Eraso LH, Xie D, Sha D, Mohler ER 3rd. Mean platelet volume and prevalence of peripheral artery disease, the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. Atherosclerosis. 2010 Dec;213(2):586-91.
3. Mutlu H, Artis TA, Erden A, Akca Z. Alteration in mean platelet volume and platicrit values in patients with cancer that developed thrombosis. Clin Appl Thromb Hemost. 2013 Jun;19(3):331-3.
4. Xia W, Li Y, Wang B, Chen J, Wang X, Sun Q, Sun F, Li Z, Zhao Z. Enhanced Store-Operated Calcium Entry in Platelets is Associated with Peripheral Artery Disease in Type 2 Diabetes. Cell Physiol Biochem. 2015;37(5):1945-55.
5. Bozkurt Y, Soylemez H, Sancaktutar AA, Islamoglu Y, Kar A, Penbegul N, Atar M, Bodakci MN, Hatipoglu NK. Relationship between mean platelet volume and varicocele: a preliminary study. Urology. 2012 May;79(5):1048-51.
6. Mahdavi-Zafarghandi R, Shakiba B, Keramati MR, Tavakkoli M. Platelet volume indices in patients with varicocele. Clin Exp Reprod Med. 2014 Jun;41(2):92-5.
7. Kondo Y, Ishikawa T, Yamaguchi K, Fujisawa M. Predictors of improved seminal characteristics by varicocele repair. Andrologia. 2009 Feb;41(1):20-3.

Anahtar Kelimeler: varikosel, varikoselektomi, trombosit, spermiyogram, infertilite

Tablo-1: Gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması / Tablo-2: Gruplar arasında trombosit hacim parametrelerinin karşılaştırılması

Tablo-1: Gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması	Grup-1 (n:14)	Grup-2 (n:24)	P
Yaş (median, min-maks)	24 (17-34)	26 (17-41)	0,274*
Vücut kitle indeksi (median, min-maks)	25,44 (19,38-32,41)	26,04 (21,47-37,48)	0,751*
Varikoselektomi tarafı (n, %) Sağ Sol Bilateral	0 (%0) 13 (%92,9) 1 (%7,1)	0 (%0) 19 (%79,2) 5 (%20,8)	0,383**
Varikosel derecesi (n, %) Derece 2 Derece 3	5 (%37,5) 9 (%64,3)	12 (%50) 12 (%50)	0,506**
Ven çapı (median, min-maks)	4 (2,6-4)	3,35 (2,4-5)	0,138*
Tablo-2: Gruplar arasında trombosit hacim parametrelerinin karşılaştırılması	Grup-1 (n: 24)	Grup-2 (n: 14)	P
Platelet (×103/µl) (median, min-maks)	180 (130-332)	253 (169-382)	0,093*
MPV (fL) (median, min-maks)	11,1 (8,5-13,2)	9,65 (6,17-11,9)	0,049*
PCT (%)(median, min-maks)	0,21 (0,15-0,31)	0,24 (014-0,36)	0,379*

**Mann-Whitney U, **Fisher's Exact Test (Trombosit: 150-450 ×103/µl, MPV 5,7-12 fL, PCT 0,01-0,35 %)*

SS-36
Monoflaman ve multiflaman sütür materyallerinin üretroplasti başarısı üzerine etkisinin karşılaştırılması

Fatih Yanaral[1], Ufuk Çağlar[2], Arda Meriç[2], Çağlar Dizdaroğlu[2], Mehmet Fatih Akbulut[2], Akif Erbin[2], Ömer Sarılar[2], Faruk Özgör[2]
[1]Memorial Şişli Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Üretral darlık, üretral epitel ve korpus spongiozumun fibrozisine bağlı olarak üretral lümenin daralmasıdır. Üretra darlıklarının tedavisinde üretral dilatasyon, internal üretrotomi ve üretroplasti uygulanabilir. Üretroplasti, %90'a varan uzun süreli yüksek başarı oranları ile altın standart tedavi yöntemidir. Mevcut kılavuzlar, endoskopik tedavinin başarısızlığından sonra veya uzun darlıklarda üretroplasti önermektedir. Üretroplasti ameliyatı uç uca anastomoz veya greft yardımlı augmentasyon üretroplasti şeklinde uygulanabilmektedir. Cerrahi sonrası başarı oranı üzerine etkili birçok etken vardır. Biz de bu çalışmamızda üretroplasti yapılan hastalarda anastomoz esnasında kullanılan monoflaman ve multiflaman sütürlerin cerrahi sonuçlar üzerine etkisini karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya üçüncü basamak sağlık kuruluşunda Mart 2017-Mart 2022 yılları arasında üretra darlığı nedeniyle uç uca üretroplasti veya bukkal mukozal greft üretroplasti uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, operasyon öncesi ve operasyon sonrası bulguları, komplikasyonlar, operasyon başarıları retrospektif olarak incelendi. Operasyon başarısı takiplerde ek girişim gerekliliği olmaması olarak kabul edildi. 18 yaşından küçük hastalar, pelvik radyoterapi öyküsü olan hastalar, takipleri düzensiz ve verileri eksik hastalar çalışma dışı bırakıldı. Anastomoz sırasında kullanılan emilebilir sütür materyaline göre hastalar 4/0 multiflaman polyglactin (Vicryl) ve 4/0 monoflaman poliglikolid-ko-kaprolakton (Biosyn) kullanılanlar olmak üzere (sırasıyla Grup 1 ve Grup 2) iki gruba ayrıldı. İki grup kaydedilen veriler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 82 hasta dahil edildi (Grup 1: 47, Grup 2: 35 hasta). Hastaların median yaşları Grup 1 için 53, Grup 2 için 52 idi (p= 0,771). Üretra darlığı etyolojileri enfeksiyon, iyatrojenik travma ve idiyopatik olarak sınıflandırıldı ve gruplar arasında fark yoktu (p= 0,871). Hastaların geçirilmiş üretra darlığı cerrahisi ve üretrotomi intern sayıları benzerdi (sırasıyla p= 0,349 ve p= 0,387). Darlık lokalizasyonları açısından gruplar arasında fark saptanmadı (p= 0,960). Darlık uzunlukları iki grup için de median 3,5 cm idi (p= 0,661). Grup 1 için başarı oranı %76,6 iken Grup 2'de bu oran %82,8 idi ve gruplar arasında fark saptanmadı (p= 0,088). Komplikasyonlar erken dönem ve geç dönem olarak iki gruba ayrıldı. İki grupta komplikasyon oranları benzerdi (p= 0,598).

SONUÇ: Üretroplasti, üretra darlığı tedavisinde yüksek başarı oranı ile uygulanan bir yöntemdir. Anastomoz esnasında kullanılan monoflaman ve multiflaman sütürler üretroplasti başarısı üzerine benzer orana sahiptirler. Cerrah tercihi veya malzeme teminine göre her iki sütür materyali de anastomoz esnasında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi başarı, sütür, üretra darlığı, üretroplasti

Tablo 1: Hasta özellikleri, Tablo 2: Postoperatif verilerin karşılaştırılması

Tablo 1: Hasta özellikleri

	Multiflaman (N= 47)	Monoflaman (N=35)	*P*
Yaş*	53 (36-63)	52 (35-60)	0,771
Etiyoloji			0,871
Enfeksiyon	6 (12,8%)	3 (8,6%)	
İyatrojenik	21 (44,7%)	18 (51,4%)	
Travma	13 (27,6%)	8 (22,9%)	
İdiyopatik	7 (14,9%)	6 (17,1%)	
Diyabetis Mellitus varlığı	5 (10,6%)	2 (5,7%)	0,693
Koroner arter hastalığı varlığı	8 (17,0%)	6 (17,1%)	0,988
Vücut Kitle İndeksi**	26,7±4,9	27,1±3,8	0,672
Sigara kullanımı	14 (29,8%)	9 (25,7%)	0,685
Geçirilmiş operasyon öyküsü			0,349
Yok	14 (29,8%)	6 (17,1%)	
Üretrotomi intern (ÜİÜ)	29 (61,7%)	24 (68,6%)	
Üretroplasti	4 (8,5%)	5 (14,3%)	
Geçirilmiş ÜİÜ sayısı*	1 (0-4)	2 (1-3)	0,387
Preoperatif maksimum idrar akım hızı (ml/sn)*	7 (5-8)	7 (3-8)	0,832
Preoperatif postmiksiyonel rezidü (ml)*	80 (75-120)	90 (80-100)	0,438
Preoperatif sistostomi varlığı	22 (46,8%)	15 (42,8%)	0,722
Darlık yeri			0,960
Penil	5 (10,6%)	5 (14,3%)	
Bulber	31 (65,9%)	23 (65,7%)	
Membranöz	7 (14,9%)	5 (14,3%)	
Panüretral	4 (8,5%)	2 (5.7%)	
Darlık uzunluğu (cm)*	3.5 (2,5-4)	3,5 (2-6)	0,661

* median (25th percantile-75th percantile),
** mean±standard deviation

Tablo 2: Postoperatif verilerin karşılaştırılması

	Multiflaman (N= 47)	Monoflaman (N=35)	*P*
Takip süresi (ay)*	21 (25-33)	24 (18-30)	0,215
Başarı oranı	36 (76,6%)	29 (82,8%)	0,489
Postoperatif maksimum idrar akım hızı (ml/sn)*	24 (19-30)	23 (19-28)	0,632
Komplikasyon	16 (34,0%)	10 (28,6%)	0,598
Erken dönem			
Ağrı	7	5	
Hematom	2	2	
Ateş	2	1	
Geç dönem			
Yara yeri enfeksiyonu	2	-	
Ejekülasyon bozukluğu	2	1	
Hematüri	1	1	

* median (25th percantile-75th percantile)

SS-37
Mikrocerrahi Testiküler Sperm Ekstraksiyonu uygulanan nonobstrüktif azoospermik hastaların demografik, klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi: Tek merkezli, tek cerrahlı bir çalışma

Mecit Çelik, Kazım Ceviz, Lütfi İhsan Boyacı, Öner Odabaş, Ahmet Deniz Tuzluoğlu
Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Nonobstrüktif azospermi (NOA) sebebiyle mikroskobik testiküler sperm ekstraksiyonu (mTESE) uygulanan kişilerin demografik, klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi

GEREÇ-YÖNTEM: Ankara Şehir Hastanesi Üroloji kliniğinde tek cerrah tarafından nonobstrüktif azospermi tanılı hastalara Şubat 2019-Nisan 2022 tarihleri arasından yapılan toplam 49 mTESE operasyonu retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, geçirdiği operasyonlar, genetik anamoliler, infertilite süresi, serum folikül stimülan hormon (FSH), total testosteron düzeyleri, testiküler histopatolojik bulguları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 49 hastanın 30 (%61.2)'unda mTESE pozitif sonuç,19 (%38.8)'unda mTESE negatif sonuç saptandı.Hastaların ortalama yaşları 33,0±5,1 olarak saptandı. Hastaların cerrahi özgeçmişlerinde 4 hastada bilateral orşiopeksi,3 hastada sol varikoselektomi 1 hastada bilateral varikoselektomi ve 18 'inde mTESE operasyonu öyküsü mevcuttu. Yapılan genetik analizlerde 3 hastada Klienfelter Sendromu 2 hastada ise AZFc gen delesyonu tespit edilmiş,2 Klienfelter hastasında sperm elde edilirken AZFc delesyonu olanlarda sperm elde edilememiştir. İnfertilite süresi 1 ile 15 yıl arasında saptandı. Hormon profiline göre hastalar değerlendirildiğinde sperm elde edilen grupta ortalama FSH değeri 15.7 U/L olup, sperm elde edilemeyen grupla aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.(P=0.4) Total testosteron düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde de gruplar arasında herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır (P=0.5) Histopatolojik özelliklerine göre yapılan sınıflamada mTESE başarısı hipospermatogenez (HS) olan hastalarda %70.6, Sertoli Cell Only (SCO) olan hastalarda %38.5, maturasyon arresti (MA) olan hastalarda %0, tübüler hyalinizasyon olan hastalarda (TH) %100, ve normal spermatogenez (NS) olanlarda %100 olarak saptandı.MA grubundaki hastaların hiçbirinde sperm elde edilemezken tam tersine normal spermatogenezin görüldüğü grubun tamamından sperm elde edilmesine rağmen bu değerlerin mTESE işleminde sperm elde edilmesi ile arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

SONUÇ: Yapılan bu değerlendirmede mTESE başarısını etkileyebileceği düşünülen faktörlerden anlamlı bir sonuç elde edilememiş olup çalışmamızda hastanemizde yapılan mTESE işlemine dair sonuçlar paylaşılmıştır. Hasta sayısının yetersiz oluşu faktörlerin anlamlılığı konusundaki yorumlarımızı güçsüz kılmıştır.Bu sonuçların iyi dizayn edilmiş, geniş hasta serili çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: mTESE, erkek infertilitesi, yardımcı üreme teknikleri, nonobstürüktif azospermi

Demografik klinik ve histopatolojik veriler

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

Hasta sayısı (n)	49
Yaş*	33,0±5,1
FSH**	14,6±2,07
Testosteron*	4,8±1,5
Sperm (+)	30(%61,2)

*Mean+SD **Mean+SE Sperm (+): TESE ile sperm elde edilen hastalar

FSH: follicle-stimulating hormone Aralıklar: FSH (1,4-18,1 U/L); testosterone: (1,64-7,53 ug/L)

Tablo 2. Testiküler histopatolojiye ve sperm elde etme oranları arasındaki ilişki

	mTESE sonucu		
	Negatif	Pozitif	
Testis Patolojisi	N (%)	N (%)	p
Hipospermatagonez (HS)	5(26,3%)	13(43,3)	0,8
Sertoli Cell Only (SCO)	9(47,4%)	6(20,0%)	0,4
Maturasyon arresti (MA)	5(26,3%)	0(0,0%)	0,06
Tübüler hiyalizasyon (TH)	0(0,0%)	4(13,3%)	0,5
Normal spermtogenez (NS)	0(0,0%)	7(23,3%)	0,2

P<0,05 is defined as statistical significance.

Tablo 3. Geçirilen operasyonlar ve genetik anamoliler

	mTESE sonucu	
	negatif	pozitif
Genetik anamoliler		
Klienfelter Sendromu	1	2
AZFc delesyonu	2	0
Geçirilmiş operasyonlar		
Bilateral oşiopeksi	2	2
Sol Varikoselektomi	1	2
Bilateral varikoselektomi	1	
mTESE		

SS-38
Klinefelter Sendromlu mTESE uygulanmış hastalar ile genetik analizi normal mTESE uygulanan Hastalarımızın karşılaştırılması: Tek Merkez Deneyimlerimiz

Gökhan Çevik[1], Hakan Çakıcı[2], Hakan Akdere[3]
[1]Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne
[2]Özel Optimed Hastanesi, Çerkezköy
[3]Trakya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ: Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğine infertilite nedeniyle başvuran azospermik hastalardan Klinefelter sendromu (nonmozaik 47,XXY) olanlar ile olmayan hastaların klinik, laboratuar, patoloji bulguları, mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (mTESE) ile sperm bulma başarıları karşılaştırıldı.

MATERYAL-METOD: Kasım 2012 – ocak 2021 tarihleri arasında erkek infertilitesi nedeniyle üroloji polikliniğine başvurmuş hastaların semen parametrelerinde azospermi görülen ve genetik analizde klinefelter tanısı konulmuş 18 hastanın mTESE sonuçları, testis patolojileri; genetik analizleri normal olan ve mTESE uygulanmış 113 hastanın verileri ile retrospektif olarak değerlendirilerek karşılaştırıldı.

BULGULAR: Kasım 2012 – Ocak 2021 tarihleri arasında infertilite nedeniyle başvuran non obstruktif azospermi tanılı hastaların 47 tanesine Klinefelter tanısı konulmuştur. Bu hastaların 18'sine mTESE operasyonu yapılmıştır. 4 tanesinde canlı sperm bulunmuştur. (Hastaların %22.2'si). Bu hastaların yaş ortalaması 36.31 (20-51 arası), ve ortalama FSH düzeyi 36.6mIU/ml (2,63-63.98 arası) idi.

Genetik analizi normal olan 113 hastanın 64'ünde canlı sperm bulunmuştur (Hastaların %56,6'sı). Bu hastaların yaş ortalaması 33.725 (24-50 arası), ortalama FSH düzeyi 20.025 mIU/ml (1,2- 49 mIU/ml arası) idi.Klinefelter tanısı konulan ve Genetik analizi normal olan azospermik hasta grupları karşılaştırıldığında hastalarda FSH düzeyleri ve mTESE ile sperm bulma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ($p<0.05$).

SONUÇ: Klinefelter sendromu ve mTESE uygulanan azospermik hastaların FSH düzeylerindeki yükseklik dikkat çekici idi. Çalışmamızda Klinefelter sendromu ve normal genetik analizi olan hasta grubu arasında sperm bulma oranlarında anlamlı fark saptandı. FSH düzeyleri istatistiksel anlamlı olarak Klinefelter grubunda daha yüksekti.

Anahtar Kelimeler: Klinefelter Sendromu, Erkek İnfertilitesi, Azospermi

SS-39
Stres Üriner İnkontinansa Eşlik Eden Koital İnkontinansta Duloksetin ve Orta Uretra Askı Cerrahisi Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Bahadır Ermeç, Mehmet Gökhan Çulha, Caner Baran, Eren Görkem Kutlutürk, Levent Özcan, Emre Can Polat, Mustafa Erkoç, Alper Ötünçtemur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, orta uretra askı cerrahisi (TOT ve TVT) ve duloksetin tedavilerinin stres üriner inkontinansa (SUI) eşlik eden koital inkontinans üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

METOD: Ekim 2018-Eylül 2021 tarihleri arasında Üroloji Polkliniği'ne SUI nedeniyle başvuran ve tedavi alan, premenapozal ve son 6 aydır aktif cinsel ilişkisi olan hastaların verileri geriye yönelik incelendi. Hastalar duloksetin 2*40 mg ve TOT/TVT yapılan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların tedavi öncesi demografik verileri, günlük ped sayısı, ICIQ-SF skorları, koital inkontinans varlığı sorgulandı. Hastalara 3 aylık duloksetin tedavisi sonrası ve TOT/TVT operasyonu sonrası 3. Ay semptomları yeniden değerlendirildi. Tedavi ile ilgili komplikasyonlar kayıt edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 43 duloksetin kullanan ve 47 TOT/TVT yapılan olmak üzere 90 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 47,45±13,02, BMI ortalaması 31,03±6,72 idi. Hastaların ICIQ-SF skoru ortalaması 12,25±7,76, Günlük ped sayısı 3,31±2,69 idi. Yaş, BMI, ICIQ-SF skoru ve günlük ped sayısı her iki grup için benzerdi (p>0,05). Duloksetin tedavisi alan grupta 29 hasta (%67,44), TOT/TVT yapılan grupta 34 hasta (%72,34) cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını tarif etmektedir. Hastalara uygulanan tedavi sonrası ICIQ-SF skorları 4,03±3,51'e, ped sayısı ise 0,72±0,45'e gerilemiştir (p<0,001). Her iki grup karşılaştırıldığında her iki grupta da tedavi öncesi değerlere göre anlamlı iyileşme saptanmıştır (p<0,001). Duloksetin tedavisi alan ve koital inkontinans tarifleyen gruptaki kadınlardan 23'ü (%79,31)'i tedavi sonrası koital inkontinans yaşamadıklarını tarif etmişlerdir. TOT/TVT cerrahisi geçiren hastalarda ise 31 hastanın (%91,12) koital inkontinans şikayeti geçmiştir. Her iki tedavide de koital inkontinans önemli ölçüde azalmışken oran olarak TOT/TVT yapılan grupta daha fazla fayda gören hasta olmuştur. Duloksetin tedavisi alan hastalardan 7'sinde mide bulantısı ve uykusuzluk gibi yan etkiler görülmüş ancak ilacı bıraktıracak kadar ciddi bir yan etki görülmemiştir. TOT/TVT yapılan grupta ise 2 hastada perop hemoraji gelişmiş 1 hastada kan transfüzyonu ihtiyacı olmuştur.

SONUÇ: Koital inkontinans, SUI hastalarında göz ardı edilen bir semptomdur. Stres inkontinansa bağlı koital inkontinans için hem duloksetin 2*40 mg tedavisi hem de orta uretra askı cerrahileri olumlu sonuçlar vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans, orta uretra askı cerrahisi, duloksetin, koital inkontinans

SS-40
HoLEP Cerrahisi Sonrası Erektil ve Ejakülasyon Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Mehmet Akif Diri, Güçlü Gürlen
VM Medical Park Mersin Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

AMAÇ: Benign Prostat Hiperplazisine (BPH) bağlı Alt Üriner Sistem Semptomları (AÜSS) için halihazırdaki mevcut cerrahi tedaviler sonrası cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Çalışmamızın amacı, Prostatın Holmium Lazer Enükleasyonu (HoLEP) sonrası cinsel ve boşalma fonksiyonunu değerlendirmektir.

METOD: Mayıs 2019-Şubat 2022 tarihleri arasında BPH tedavisi için HoLEP uygulanan erkek hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Operasyon öncesi ve HoLEP sonrası birinci ay verileri karşılaştırıldı. Tüm HoLEP işlemi iki cerrah tarafından (MAD ve GG) yapıldı. Erektil fonksiyon ve ejakülasyon özellikleri, Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-Erektil Fonksiyon (IIEF-EF) ve Erkek Cinsel Sağlık Anketi-Ejakülasyon fonksiyonu (MSHQ-EJ) anketleri ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 286 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 58,62±12,24 idi. Preoperatif IPSS ortalaması 18,67±4,42, IIEF-EF ortalaması 18,5±5,09, MSHQ-EJ ortalaması 21,97±2,26 idi. Hastaların prostat volümü ortalaması 83,25±27,79 ml idi. Postop 1. ay sonunda IPSS ortalaması 4,67±3,91'e gerilerken, IIEF-EF skoru 19,01±6,67(p=0,358), MSHQ-EJ skoru 12,03±7,21(p=0,02) oldu. Operasyon sonrası komplikasyonlar incelendiğinde 12 hastada pıhtı retansiyonu, 7 hastada parneteral antibiyoterapi sonrası düzelen üriner sistem enfeksiyonu izlendi.

SONUÇ: Sonuç olarak HoLEP cerrahisi sonrası hastalarda AÜSS'de gerileme izlenirken, erektil fonksiyonların korunduğu, ancak ejakülasyon ile ilgili hastaların sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. HoLEP cerrahisinin erektil ve ejakülasyon fonksiyonlarına etkisinin daha net anlaşılabilmesi için uzun takipli, daha geniş hasta sayısında karşıulaştırılmalı çalışmalar yapılmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HoLEP, AÜSS, erektil fonksiyon, ejakülasyon

SS-41

Azospermik erkeklerde saptanan Y-kromozomu mikrodelesyonlarının in vitro fertilizasyon başarısı üzerine etkilerinin gösterilmesi üzerine retrospektif çalışma

Ferruh Acet[1], Nahit Öğüt[2], Mehmet Bülent Semerci[2], Ahmet Barış Altay[2], Erol Tavmergen[1], Ege Tavmergen Göker[1]
[1]Ege Üniversitesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,İzmir
[2]Ege Üniversitesi,Üroloji Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Genel olarak infertilite, en az bir yıl korunmasız ilişki sonrasında hamile kalamama olarak tanımlanır. Etyolojik faktörler arasında izole kadın faktörü %40-50, izole erkek faktörü %30, erkek ve kadın faktörleri faktörlerin %20'sini oluşturur. Obstrüktif olmayan azospermili erkeklerin yaklaşık %12'sinde saptanan bir karyotip anomalisi, erkek infertilitesinde genetik etiyolojinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Aynı zamanda nonobstrüktif azospermi veya oligospermisi olan erkeklerin %6-18'inde Y kromozomunda mikrodelesyonlar vardır. Normal bir fenotipik görünüme sahip olmasına rağmen idiyopatik infertilitesi olan erkeklerin %10-20'sinde fertilite için gerekli olan Y kromozomunun uzun kolundaki AZF bölgelerinden bazıları yoktur. Sitogenetik olarak tanımlanamayan bu bölgelere AZFa, AZFb ve AZFc adı verilir. AZF bölgesi, Y kromozomunun uzun kolunun 11.23 bölgesinde yer alır. Sitogenetik ve moleküler çalışmalar, Y kromozomu delesyonlarının anormal spermatogenez ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu tek üçüncül merkez çalışmasının amacı, mikroTESE yapılan azospermi hastalarında AZF mikrodelesyon sıklığını belirlemektir. Ayrıca bu hasta grubunda yardımla üreme teknolojisi (YÜT) sonuçları da değerlendirilmiştir.

Araç ve yöntemler:

Çalışma popülasyonu. Çalışma için 2010-2022 yılları arasında Ege Üniversitesi Tüp Bebek Merkezi'ne infertilite tedavisi için başvuran 712 azospermik erkek dahil edildi. Kontrol grubu olarak Y mikrodelesyonu olmayan azospermik hastalar seçildi.

Semen analizi: Çalışmaya dahil edilen erkeklerden alınan semen örnekleri WHO kriterlerine göre değerlendirildi.

Y Kromozomu Mikrodelesyonunu Tespit Etme Yöntemleri0 ChromoQuant AZF PCR (Solna) kiti ile kapiller elektroforez ile yapıldı. Bu deneklerin her biri primer olarak yedi AZF lokusu için test edildi: AZFa (sY84, sY86), AZFb (sY127, sY134) ve AZFc (sY254, sY255, sY160 heterokromatin). Dahili kontroller SRY (Yp11.3) ve ZFX/Y (Yp11.31 Xp 21.3) idi. Kit içeriğine göre PCR kurulumu yapıldı.

Yumurtalık stimülasyonu için protokol: Tüm hastalarda over stimülasyonu için gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) antagonist protokolü kullanıldı. Embriyo sayısı ve mevzuata göre embriyo transfer edildi

İstatistiksel analiz: Değişkenler, anormal dağılmış değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Bu retrospektif çalışmaya kliniğimize başvuran toplam 35 azospermik hasta dahil edildi. Olguların 14'ünde (%40) AZFc bölgesinde mutasyon, 11'inde (%31.4) AZFb ve AZFc mutasyonları saptandı. 10 vakada (mikrodelesyonu olan hastaların % 22,8'inde) sadece AZFb mikrodelesyonu gözlendi. (eşlik eden kromozom anomalisi)

Her iki grupta IVF döngüsü özellikleri ve gebelik sonuçlarının karşılaştırmasını göstermektedir. Gerekli gonadotropin dozu ve alınan toplam oosit sayısı benzer olmasına rağmen mikrodelesyonlu hasta grubunda klinik gebelik ve canlı doğum oranları anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla %21.6'ya karşı %43 ve %18.9'a karşı %36). (Tablo 3)

Tartışma: Çalışmamızda azospermik erkeklerde spermatogenezi kontrol eden AZF bölgesinin Y kromozomu üzerindeki mikrodelesyonlar araştırıldı.İnfertil azospermik erkeklerin %4,91'inde Y mikrodelesyonu saptadık ve bu önceki çalışmaların bulgularıyla uyumluydu. Bu mikrodelesyonların en yüksek oranı AZFc bölgesindedir. Daha az sıklıkla (%1-5) AZFb bölgesinde mikrodelesyonlar saptanır. Çalışmamızda literatürdeki diğer yayınların çoğundaki gibi olguların %40'ında AZFc mutasyonu saptanmış, aksine izole AZFb mutasyonu %22,8'inde ve kombine mutasyonlar %31.4'ünde gözlenmiştir. AZFbc insidansı ülkemizde Avrupa ülkelerine göre daha yüksek ve Asya ülkelerine benzerdir. AZFb mutasyonlu erkeklerde TESE ile sperm elde etme oranının düşük olduğuna dair yayınlar olmasına rağmen, çalışmamızda 2 olguda ICSI için uygun sperm bulundu. Sonuç olarak; AZF mikrodelesyon hastalarında düşük sperm kalitesi, ICSI için uygun sperm seçimini zorlaştırmaktadır. Bu durumda embriyonik gelişim, döllenme ve gebelik sonuçlarında azalmaya yol açar.

Anahtar Kelimeler: Azospermi, Fertilizasyon,ICSI,TESE,Ymikrodelesyonu,

TABLO 3

Table 3 Cycle characteristics and IVF outcomes of the groups

	AZF microdeletion (n:35)	Control (n:677)	p
Variables	Mean ± SD	Mean ± SD	
Total dose of gonadotropins (IU)	2276.6 ± 803.5	2360.0 ± 816.5	0.62
Number of OR	11.5 ± 8.77	11.92 ± 5.79	0.75
MII oocyte	9.09 ± 7.57	12.23 ± 6.56	0.43
Fertilised oocyte rate (%)	51	74	<0.005
Cleaved embryo rate[a] (%)	75	91	0.035
Grade 1-2 embryo rate (%)	41.58	51.2	0.025
Clinical pregnancy rate (%)	21.6	43	<0.005
Live birth rate (%)	18.9	36	0.015

[a] Percentage of the total number of embryos
[b] Percentage of the total number of embryos.

SS-42
Mikro-TESE uygulamasında en doğru yaş aralığı nedir ? Tek Merkez Deneyimlerimiz

Göktan Alptuğ Öz[1], Hakan Çakıcı[2], Caner Özer[1], Burak Bilir[3], Gökhan Çevik[3], Hakan Akdere[1]
[1]Trakya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne
[2]Özel Çerkezköy Optimed Hastanesi, Üroloji, Tekirdağ
[3]Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Üroloji, Edirne

GİRİŞ: Azospermi, infertilite için değerlendirilen erkeklerin yaklaşık %10'unda saptanmaktadır. Non-obstruktif azospermi (NOA) bir spermatogenez bozukluğudur ve azosperminin %60'ını oluşturur. NOA hastalara uygulanan güncel cerrahi tedavi mTESE'dir. Bu çalışmada, kliniğimizde geriye dönük olarak yapmış olduğumuz mTESE operasyonları değerlendirilerek erkek yaşının mTESE'de sperm bulmada etkili bir faktör olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve YÖNTEMLER: 2011-2021 yılları arasında, m-TESE olan 113 erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. mTESE sırasındaki eş yaşı, evlilik süresi, infertilite süresi, daha önce bir çocuğa sahip olup olmaması, sigara içme durumu, kronik bir hastalığı olup olmaması, eğitim derecesi, infertilite için herhangi bir tedavi varlığı, önceki tedavinin başarısı, önceki skrotal ameliyatlar tüm hastalar için kaydedildi. Veriler SPSS programı kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı. $P<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 33,5 ± 4,2 idi. Toplam sperm elde etme oranımız %54,3 idi. Ortalama eş yaşı ve m-TESE zamanında evlilik süresi sırasıyla 31,5 ± 3,2, 8,6 ± 2,2 ' idi. Hasta yaşı, sigara içme durumu, kronik hastalığı varlığı, eğitim derecesi, önceki skrotal ameliyatlar, varikosel durumu, karyotip analizi, Y kromozomu mikrodelesyon analizi ya da hormonoterapi varlığının sperm elde etme oranını etkilemediği saptanmıştır. Erkeklerde yaş 35 yılı aştığında sperm elde etme oranı anlamlı derecede azalmıştır.

SONUÇ: 35 yaşın altındaki erkeklerde sperm elde etme olasılığı daha yüksek olarak bulundu. Diğer faktörler istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Anahtar Kelimeler: infertilite, mikro-TESE, non-obstruktif azospermi

POSTER BİLDİRİLER

PP-01
Penil protez cerrahisinde lokal vankomisin kullanımının enfeksiyona etkisi

Onur Dede[1], Mansur Dağgulli[1], Mazhar Utanğaç[1], Gülay Dede[2]
[1]Dicle Üniversitesi Üroloji Kliniği
[2]Sağlık Bakanlığı Gazi Yaşargil Eah. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

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 Nisan 2012 tarihleri arasında penil protez cerrahisi yapılan 42 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 51.2±11.8 yıldı. Ortalama hastanede kalış 3.14±1.11 gündü. Ortalama operasyon süresi 54.4±11.2 dakika olarak ölçüldü. Hastaların 34'ü diabetes mellitus, 8'i 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 cerrahisisinin 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: penil protez, enfeksiyon, vankomisin

PP-02

Aynı Seansta Tek İnsizyonla Malleable Penil Protez ve Artifisyel Üriner Sfinkter İmplantasyonu Yapmak Doğru mu?; Olgu Sunumu

Hüseyin Biçakçioğlu, Kadir Eryılmaz, Sefa Alperen Öztürk, Taylan Oksay, Sabri Aydemir
Süleyman Demirel Üniversitesi,ÜrolojiBilim Dalı,Isparta

GİRİŞ: Radikal prostatektomi(RP) tekniklerinde gelişmelere rağmen postoperatif dönemde hastaların yaşam kalitesini ciddi ölçüde bozan erektil disfonksiyon(ED) ve üriner inkontinans (Üİ) görülebilir. RP sonrası ED oranları % 70.4-% 74.7;Üİ ise % 20.2 -% 21.3 arasında değişmektedir. Literatürde RP sonrası medikal tedavilere yanıtsız Üİ ve ED hastalarının yaklaşık %3'üne artifisyel sfinkter(AF), yaklaşık %5 'ine ise penil protez (PP) implantasyonu yapılmıştır. Bu olgumuzda RP sonrası ED ve Üİ gelişen, malleable penil protez(mPP) ve AS implantasyonunu takiben erken dönemde Üİ'ye bağlı dermatitin tedavisine yaklaşımı sunmayı amaçladık.

OLGU: Özgeçmişinde kolon kanseri nedeniyle 2011'de parsiyel kolektomi olan ve kemoterapi aldığı bilinen 72 yaşında erkek hastaya 2020'de RP ve bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Preoperatif PSA değeri 5,9'du. Patoloji sonucu Gleason skoru 4+4, cerrahi sınırlar negatif, patolojik evre T2 olarak raporlandı. Postoperatif kontrollerinde PSA değeri 0.008'di. RP sonrası ED ve Üİ şikayetleri görüldü. Hastanın penil doopler usg'sinde papaverin enjeksiyonu sonrası ereksiyon gözlenmedi ve arteriyel yetmezlik tanısı koyuldu. Total Üİ'si olan hasta konservatif ve medikal tedaviden fayda görmedi. Hastaya aynı seansta AS+PP takılması planlandı. İlk tercih olan 3 parçalı şişirebilir PP maliyet nedeniyle hasta tarafından kabul edilmedi ve mPP takılması kararlaştırıldı. Aynı seansta penoskorotal insizyonla AS ve mPP takılan hasta post-operatif 1. günde sondası çekilerek taburcu edildi. Postperatif 7.günde pubik bölge, skrotum, penis gövdesi ve özellikle glansta hiperemik, kaşıntılı, kabuklanma gösteren lezyonlarla başvurdu.(Resim-1). Hastanın WBC'si 8.000, CRP'si 2, tam idrar tahlilinde 2 lökosit mevcuttu. İdrar kültüründe üreme olmadı. İdrar Ph 'ı 6.0'ydı. Dermatoloji bölümüne danışılan hastada asidik idrar irritasyonuna bağlı dermatit ön tanısı konuldu. AS'nin aktive edilmesi için ortalama 6 hafta beklenmesi önerildiğinden hastanın Üİ'si devam ediyordu. Penis mPP'ye bağlı ereksiyon halindeydi (yatar pozisyonda 90 derece açıyla). Bu nedenle üretradan kaçan idrar doğrudan genital bölge cildine temas ediyordu. İdrar ile temasın önüne geçilmesi amacıyla 14F silikon üretral sonda takıldı. Tenezme bağlı sonda kenarından idrar kaçırması ve cilt irritasyonunu devam eden hastaya solifenasin 10mg ve mirabegron 50mg başlandı. Bu tedavilerden fayda görmeyen hastaya suprapubik sistostomi takıldı. Sistostomi sonrası hastanın idrar kaçırması son buldu. Medikal tedaviyle birlikte yatışının 5. gününde hastanın kliniği düzeldi.

TARTIŞMA: RP sonrası gelişen ED ve Üİ'nin tedavisinde en başarılı yöntem PP ve AS implantasyonudur. Bu cerrahilerde en korkulan komplikasyon enfeksiyondur. Enfeksiyonun önlenmesi amacıyla uzun yıllar iki prosedürün aynı seansta yapılmasından kaçınılsa da 2003'te Wilson ve ark. tek skrotal insizyon ile implantasyon tekniği geliştirdi. Enfeksiyon ve başarı açısından tek seansta yapılan PP +AS implantasyonunun ardışık seanslarda uygulananlardan dezavantajlı olmadığı; maliyet, operasyon ve iyileşme süresi parametrelerinde daha yüz güldürücü olduğu belirtilmiştir.

SONUÇ: Litaratürde aynı seansta mPP+AS implantasyonu sonrası idrar irritasyonuna bağlı dermatit geçiren bir olguya rastlamadık. Bizim olgumuzda asidik idrar PH'sının cilt irritasyonu sonrası ciddi dermatite neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Dermatite bağlı yara yeri enfeksiyonu ve insizyon hattının açılması sonrasında en korkulan komplikasyon olan protez enfeksiyonuyla karşılaşma riski artacaktır. Benzer olgularda hızlı davranılmalı, üretral kateterin yeterli olmadığı olgularda hastaya suprapubik katater yerleştirilmesi düşünülmelidir. Tek vakalık da olsa bu tip komplikasyonlardan kaçınmak için aynı seansta PP+AS implantasyonu planlanan hastalarda malleable yerine 3 parçalı şişirilebilir PP tercih edilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: artifisyel sfinkter,penil protez,malleable penil protez

PP-03
Penil Fraktür Olgularımız: 55 Hastanın Retrospektif Analizi 10 Yıllık Deneyim

Ali Çift, Mehmet Özgür Yücel, Bedreddin Kalyenci, Sait Sever, Can Benlioğlu
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Adıyaman

GİRİŞ: Penil fraktür ereksiyon halindeki penise şiddetli ve bükülmeye yol açacak ani bir güç uygulanması sonucunda ortaya çıkan korpus kavernozumlarda tunika albugineanın rüptüre olması durumudur. Anamnez ve fizik muayene bulguları klinik tanı için yeterlidir ve ek görüntüleme yöntemlerine genelde ihtiyaç duyulmamaktadır. Cerrahi müdahale rutin tedavi şekli olup, yırtılmış olan tunika albugineanın onarımı ile olur.

AMAÇ: Bu çalışmada son 10 yılda penil fraktür nedeniyle kliniğimize başvuran hastaların etyolojisi, tanı, tedavi ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metodlar: Ocak 2012 ile Ocak 2022 tarihleri arasında penil fraktür nedeniyle üroloji servisimize başvuran ve takibi yapılan 55 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların semptomları, fizik muayene bulguları, etyoloji, konservatif izlem, cerrahi müdahale, lokalizasyon, üretral yaralanma. operasyon sonrası penil deviasyon derecesi durumları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 35,9 (16-61) idi. Hastaların tamamında peniste morarma, şişlik ve eğrilik geliştiği şeklinde tipik penil fraktür anamnezi vardı. Fizik muayenede hastaların tamamında penil şişlik, ekimoz ve hematom mevcut idi. Radyolojik tetkiklere ihtiyaç halinde başvuruldu. Etyoloji olarak 40 hastada (%72,8) zorlu seksüel ilişki, 10 hastada (%18,2) mastürbasyon ve/veya Taghaandan manevrası (erekte penisi bükerek detümesans sağlanması), 5 hastada (%9) yatakta ters dönme ve çarpma durumu belirlendi. Fizik muayenede peniste morarma, şişlik ve deviasyonu minimal olan 5 hastada (%9) cerrahi tedavi gerekmeksizin konservatif tedavi ile takip edildi. 50 hastaya (%91) cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi eksplorasyonda 4 hastada korpus kavernozumlarda yaralanma saptanmadı, sadece yüzeyel dorsal ven rüptürü saptandı. Yüzeyel dorsal ven proksimal ve distalden bağlenarak eksize edildi. iki hastada %3,63 iki taraflı korpus kaveronozum yaralanması ve 4 hastada (%7,3) üretral yaralanma saptandı ve onarıldı. Hastaların uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesinde 5 hastada (%9.1) 30 derecenin altında penil deviasyon, 3 hastada (%5,5) erektil fonksiyonlarda azalma şikayeti saptandı. Bu 3 hastanın 50 ve üzeri yaşta olduğu, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu belirlendi.

SONUÇ: Penil fraktür giderek artan sıklıkta rapor edilen bir ürolojik acil hastalıktır. En sık neden olarak zorlu seksüel ilişki ve penil manüplasyonlar sebep olmaktadır. Genellikle klinik olarak tanı konulur. Şüpheli vakalarda çeşitli radyolojik değerlendirmeler yapılabilir. Seçilmiş bazı vakalar konservatif olarak tedavi edilebilir. Günümüzde önerilen tedavi şekli erken cerrahi müdahaledir.

Anahtar Kelimeler: Penil Fraktür, Üroloji, Acil, Tanı, Tedavi.

Bulgular

Yaş(yıl)		35,9 (16-61)
Etyoloji; n(%)	Zorlu seksüel ilişki	40 (%72,8)
	mastürbasyon	10 (%18,2)
	Yatakta ters dönme	5 (%9)
Tedavi; n(%)	Konservatif takip	5 (%9)
	Cerrahi eksporasyon	50 (%91)
Cerrahi eksplorasyonda; n(%)	Tek taraflı Corus cavernozum yaralanması	49 (%89)
	Dorsal ven rüptürü	4 (%7,2)
	İki taraflı corpus cavernozum yaralanması	2 (%3,6)
	Üretra yaralanması	4 (%7,3)
Uzun dönem sonuçlar; n(%)	Penil deviasyon 30 dereceden az	5 (%9)
	Erektil disfonksiyon	3 (%5,5)

dermografik veriler

PP-04
Üretral Yaralanmanın Eşlik Ettiği Penil Fraktüre Yaklaşım

Mehmet Özgür Yücel, Bedreddin Kalyenci, Ferhat Çoban, Ali Çift, Can Benlioğlu
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Ana Bilim Dalı, Adıyaman

Giriş: Penil fraktür tunika albugineadaki ayrışma sonucu korpus kavernozumda oluşan travmatik rüptür olarak tanımlanır.Genellikle şiddetli cinsel ilişki yada mastürbasyondan sonra görülür. Penil fraktür olan hastaların yaklaşık olarak %10–20'sinde üretral yaralanma mevcuttur. Görüntüleme yöntemlerinden penil doppler USG (ultrasonografi), pelvik MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ve üretranın değerlendirilmesi için retrograd üretrografi yapılabilir. Biz bu çalışmada, penil fraktürle gelen hastamıza klinik yaklaşımımızı ve özellikle üretral yaralanmalı penil fraktürlerin tanı ve tedavisinde nelere dikkat edilmesi gerektiğini sunmayı amaçladık.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta acil servise cinsel ilişki sırasında penisten kırılma sesi gelmesi ve sonrasında peniste morarma, şişlik ve üretradan kan gelmesi şikayetiyle başvurdu.Fizik muayenede orta derecede penis hematomu skrotum ve batına yayılmamış olarak izlendi.Measında kan izlenen hastaya retrograd üretrografi çekildi.Üretrografide kontrast maddenin korpus kavernozuma geçtiği görüldü ve eksplorasyon kararı alındı. Penis cildi deglove edildi. Penis sağ yan duvarda midpenil seviyede corpus cavernozumdan başlayıp corpus spongiosumuda içine alacak şekilde 1,5 cm laserasyon izlendi. 16 fr üretral katater ile hasta kateterize edildi. Üretra spatülize edilerek 4,0 vicryl yardımıyla primer onarımı yapıldıktan sonra 2,0 vicryl yardımıyla corpus cavernozumda primer sutüre edildi.Serum fizyolojikle yapay ereksiyon oluşturularak hem tunikal kaçak hem de penil kurvatür değerlendirildi.Sonrasıda katlar kapatıldı ve koban bandajı sarılarak pansuman yapıldı.Postoperatif ilk pansuman ameliyat sonrası 2. gün yapıldı.Sonda postoperatif 10. gün alındı.Ameliyat sonrası 3. ve 6. aylarda hasta kotrollere çağırıldı.İşeme semptomları, erektil disfonksiyon (ED) ve penis eğriliği self-görüntüleme imajlarıyla değerlendirildi.Semptomların değerlendirilmesinde Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve UluslararasıErektil Fonksiyon Endeksi (IIEF) kullanıldı. üroflovmetrik ölçüm yapıldı. IPSS: 4, IIEF 28,üroflowmetri de Qmax 25 ml/sn izlendi.

Tartışma: Öykü ve fizik muayene ile çoğu hastada penil fraktür tanısı konulabilmektedir. Hasta tipik olarak penisin bükülmesi esnasında bir çatlama sesi ve bunun hemen sonrasında ani ereksiyon kaybı, peniste açılanma, ağrı, şişlik ve ekimozun gelişmesi ile hastaneye başvurur. Hematüri, meada kan ve işeme semptomları olan hastalarda üretra yaralanmasından şüphelenilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır. Retrograd üretrografi (RGÜ) üretra yaralanması tanısında çok yüksek hassasiyete sahiptir.Üretra yaralanması olan olguların çok hızlı bir şekilde (24 saat içinde) operasyona alınması ve emilebilir sütürlerle onarılması gerekir. Uzun dönem komplikasyon oranları primer cerrahi onarım sayesinde %30 dan %4 seviyesine inmiştir.Tunikadaki yırtığa geniş hematom ve üretral yaralanma eşlik etmiyorsa komplikasyonsuz spontan iyileşmenin mümkün olabildiğini raporlamışlardır fakat konservatif tedavi ile takip edilen üretral yaralamanın eşlik ettiği penil fraktür hastalarının %33'ünde konservatif takip sonrası işeme disfonksiyonu ve penil deviasyon bunun yanında %80'inde ağrılı ereksiyon, penil kurvatür, penil nodül ve erektil disfonksiyon raporlayan çalışmalar mevcuttur.Primer cerrahi onarım yapılan hastalarda ise sadece %10 oranında ağrılı ereksiyonlar raporlanmıştır ve erken cerrahi onarı-

mın önemini vurgulamışlardır.Palpe edilebilir tunikal defekt ve sınırlı hematom olan vakalarda lateral küçük insizyon ile cerrahi onarım yapılabilmektedir.Ancak kontralateral ve üretral yaralanmaların tanısı ve tedavisine imkan tanıdığı için distal degloving insizyonu en yaygın kullanılan insizyondur.Postoperatif dönemde ereksiyon supresyonu amacıyla oral östrojen veya diazepam preparatları kullanılabilmektedir.

Sonuç: Penil fraktür acil ürolojik bir durumdur ve kısa süre içinde cerrahi onarım yapılması uzun dönem komlikasyonlarını önemli ölçüde azaltmaktadır.Penil fraktürü olan hastalar üretra yaralanması açısından iyi değerlendirilmelidir.External meada kan görülen ve üretrorajisi olan hastalarda preoperatif retrograd üretrografi çekilerek üretral yaralanma olup olmadığı araştırılmalıdır.Üretral yaralanması olan hastalara eşzamanlı primer üretral onarım yapılmalıdır.

1)üretroraji 2)retrograd üretrografi(corpus cavernozumlara kontrast geçişi) 3)deglove sonrası sınırlı hematom 4)üretra yaralanmasının eksplorasonu 5)primer süturasyon 6)serum fizyolojik ile yapay ereksiyon

PP-05
Olağandışı penil fraktür olgusu: Vaka sunumu

Levent Özcan, Caner Baran, Mehmet Gökhan Çulha, Mustafa Erkoç, Mehmet Ali Karagöz, Emre Can Polat, Alper Ötünçtemur
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Penil fraktür (PF) ereksiyon halindeki penisin künt travmaya maruz kalması sonucu korpus kavernozum bütünlüğünü oluşturan tunika albugineadaki yırtılma olarak tanımlanır. Genelllikle cinsel ilişki sırasında erekte penisin sympisis pubis veya perineye çarpması ile oluşur. Ayrıca ereksiyonu sonlandırmak için yapılan manipülasyonlar sırasında veya flask penise gelen künt travmalar sonucu da olabilmektedir. Cinsel ilişki sırasında olan laserasyonlar çoğunlukla ventral veya lateral yüzde oluşur. Neredeyse daima laserasyon suspansatuvar ligamentin distalinde oluşmakta ve travmanın geldiği yöne göre çoğunlukla tek kavernöz cisimde olmaktadır. % 10-22 arasında korpus spongiozum ve üretra yaralanmaları eşlik edebilir. Hastalar fraktürü beklenmedik bir kırılma sesi ve peniste ağrıyı takiben aniden tümesansın kaybolması olarak tarif ederler. Peniste şişme ve ekimoz olur. Yırtılma tek taraflı ise penis sağlam tarafa deviye olur. Korporeal defektin palpasyonu mümkün olsa da şişme ve hematom buna engel olabilir. Üretral yaralanma da varsa üretradan kan gelebilir, hasta idrarını zor yapar veya hiç yapamaz. Buck fasyasının da rüptüre olduğu durumda kan ve idrar Colles fasyası boyunca skrotum, suprapubik bölge ve perineye ekstravaze olmakta ve karakteristik "kelebek işareti" oluşmaktadır.

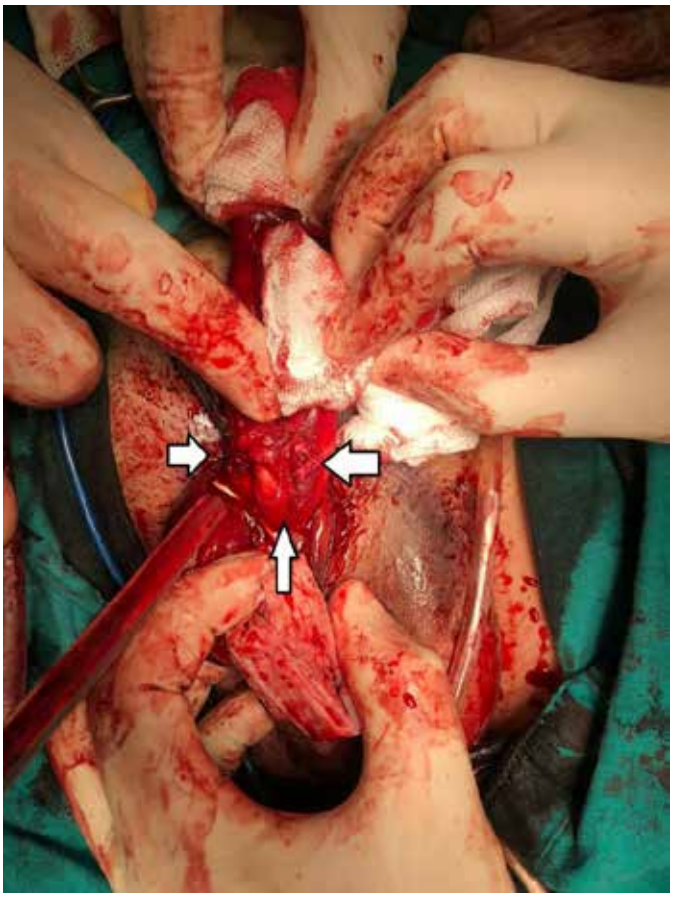
OLGU: 29 yaşında erkek hasta, cinsel ilişki esnasında aniden ortaya çıkan ereksiyon kaybının eşlik ettiği penisteki ağrı, şişlik, renk değişikliği, şekil bozukluğu yakınmalarıyla acil servise müracaat etti. Olayın 2 saat önce olduğu ve idrarını rahat yaptığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede; penis dorsalinde hematom, palpasyonda ağrı, peniste ventrale deviyasyon saptandı. Hastada penil fraktür düşünüldü. Hasta, onamının alınmasını takiben cerrahi onarım için ameliyata alındı. Penise, sirkümsizyon hattından subkoronal insizyonla penis cildi radikse kadar deglove edildi. Mevcut hematom boşaltıldı, yapılan değerlendirmede her iki korpus kavernozumda yaralanma ile corpus spongiozumda yırtılma ve üretrada kısmi yaralanma saptandı. Hastaya 18 F Foley kateter takılmasını takiben korpus kavernozumlardaki yırtık 2.0 vikril, üretradaki yaralanma ise 5.0 PDS kullanılarak aralıklı sütüre edildi. Kanama kontrolü sonrası, penis cildindeki insizyon 4.0 vikril ile sütüre edilerek penis baskılı bandaja alındı.

Tartışma: PF tanısında öykü ve fizik muayene yeterli olmaktadır. Üretral meada kan görülmesi, idrar yapamama veya kanlı idrar durumunda üretral yaralanma düşünülmelidir. Bu bulguların olmaması üretral yaralanmayı dışlamaz. Vakamız bu duruma örnektir. Üretral yaralanma şüphesi halinde retrograt ürerografi önerilse de günümüzde cerrahi sırasında fleksibl sistoskopi yapılması uygulanır olmuştur. Şüphede kalınan durumlarda ultrasonografi, penil renkli doppler ultrasonografi, kavernözografi ve manyetik rezonans inceleme gibi yöntemler kullanılabilir. Biz bu vakamızda fizik muayene ile fraktür tanısını koyduk. PF vakalarının standart tedavisi acil cerrahi girişimdir. Soğuk uygulama, baskılı bandaj, antibiyotik ve antienflamatuar ilaçları içeren konservatif tedavi cerrahi tedaviyi reddeden olgularda kullanılabilir. Cerrahi tedavide, hematom boşaltılmakta, yırtılmış tunika albuginea tamir edilmesi amaçlanır. PF tedavisinde er-

ken cerrahi onarım, konservatif tedavi ile karşılaştırıldığında düşük morbiditesi, iyi fonksiyonel sonuçları ve hastanede kısa kalış süresi nedeniyle önemli avantajlara sahiptir ve tedavide önerilen yöntemdir. Erken cerrahi onarım ile penil kurvatür, fibrotik plak oluşumu, ağrılı ereksiyon gibi komplikasyonlar büyük oranda önlenmekte, cinsel fonksiyon korunmaktadır. Lokalize hematomlu, tunikal defektin palpe edilebildiği uygun olgularda küçük lateral insizyonla onarım yapılabilir. Genellikle tercih edilen yöntem bizim de uyguladığımız her üç korporal yapıya ulaşımı kolaylaştıran sirkumsizyon insizyonu ve degloving tekniğidir. Sonuç olarak, tipik anamnez ve fizik muayene bulgularıyla penil fraktür tanısının kolaylıkla konulabileceğini ve cerrahi onarımın en uygun tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Penis, Fraktür, Üretral yaralanma

Her iki kavernöz cisimde yaralanma, corpus spongiozumda yırtılma



PP-06
Penil fraktür sonuçlarımız: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi deneyimi

Gökhan Şahin, Ahmet Emre Yıldız, Mustafa Tıpırdamaz, Erhan Ateş, Arif Kol, Haluk Erol
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Penil travmalar ürogenital travmaların %2'sini oluşturmaktadır. Künt ve penetran olarak 2'ye ayrılır. Künt travmaların en sık başvuru şekli penil fraktürdür. Penil fraktür korpus kavernozumları saran tunika albuginea'nın rüptürü olarak tanımlanır. En sık cinsel ilişki esnasında penisin partnerin perine bölgesine travması veya masturbasyon esnasında meydana gelir. Diğer sebepler; ereksiyon halinde yatakta penis üzerine dönmek ve detümesans sağlamak için penisi aşırı fleksiyona getirmek(taqaandan)'tir.

Klasik olarak hastalar çıtlama sesi duyulması sonrası ağrı, ani detümesans ve peniste ekimoz ile başvururlar. Fizik muayene ve öykü tanı koymada genellikle yeterlidir ancak bazı olgularda görüntüleme yöntemlerine gereksinim duyulabilmektedir. Bazı penil fraktür vakaları için penil ultrasonografi, kavernozografi, retrograd üretrografi, renkli doppler ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılabilir.

Flaskhalde2mmolantunikaalbugineakalınlığıereksiyondurumunda0,25-0,5mm'yekadarincelirvetravmayaaçık birhalalır.Penilfraktürtanısıkoyulduğundacerrahieksplorasyonvetunikaalbugineanınonarılmasıönerilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde penil fraktür tanısı alan hastaların takip ve tedavi sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

Method: Temmuz2013 - Aralık2022 tarihleri arasında acil servise penil fraktür şüphesi ile başvuran ve tarafımızca takip/tedavisi yapılan 28 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Penil fraktür tanısı detaylı anamnez ve fizik muayeneyle koyuldu. Gerekli görülen hastalar penil ultrasonografi ile değerlendirildi. Üretral yaralanma açısından tüm hastalarda mikroskopik hematüri araştırıldı. Yaş, travma sonrası cerrahiye kadar geçen süre, tunikal defektin uzunluğu ve lokalizasyonu ile acile başvuru şikayeti analiz edildi.Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde hastanın erektil fonksiyonu, penil kurvatür ve penil plak gelişim durumu sorgulandı.

Bulgular: Penil fraktür tanısı alan 28 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 37.42 ± 10.45'ti. Etyolojik faktör 16 hastada(%57,1) cinsel ilişki, 6 hastada(%21,4) erekte penisin elle bükülmesi, 4 hastada(%14,3) yatakta penis üzerine dönme olarak saptandı. Tanı anında 27 hastada(%96,4) penil ekimoz, 24 hastada(%85,7) penil şişlik, 18 hastada(%64,2) ani detümesans, 18 hastada(%64,2) çıtlama sesi, 17 hastada(%60,7) penil ağrı, 1 hastada(%3,5) üretral kanama saptandı. 13 hastaya(%46,4) penil ultrasonografi yapıldı. Bu hastaların 4'ünde tunikal defekt saptanmadı. Penil ultrasonografide tunikal defekt saptanmayan 4 hasta ve 5mm tunikal defekt saptanan 1 hasta cerrahi eksplorasyonu kabul etmedi ve konservatif takip edildi. 23 hastaya(%82,2) cerrahi eksplorasyon uygulandı. Travma sonrası cerrahiye kadar geçen süre ortalama 4.54 ± 2.16 saat idi. Cerrahi eksplorasyon uygulanan 4 hastada tunikal defekt saptanmadı. 19 hastada saptanan tunika albuginea defekti 2-0 emilebilir sutür ile onarıldı. Ortalama tunikal defekt uzunluğu 15.52 ± 5.9mm saptandı. Tunikal defekt 1 hastada(%5,2) distal, 6 hastada(%31,5) proksimal ve 12 hastada(%63,1) midpenil lokalizasyonda; 12 hastada(%63,1) sağ tarafta, 5 hastada(%26,3) sol tarafta ve 2 hastada(%10,5) bilateral olarak saptandı. 1 hastada

komplet üretral ayrılma izlendi ve 4-0 emilebilir sutür ile onarıldı. Cerrahi uygulanan hastalarda ortalama yatış süresi 1.39 ± 0.95 gün olarak saptandı. Taburculuk sonrası kontrollerinde 1 hastada ılımlı penil kurvatür saptandı ve hiç bir hastada erektil disfonksiyon görülmedi.

SONUÇ: Penil fraktür ürolojik acil bir durumdur. Tanıda genellikle anamnez ve fizik muayene yeterli olmaktadır. Üretral yaralanma şüphesi olan olgularda ek tanı yöntemleri kullanılarak üretral yaranma açısından değerlendirilmelidir. Penil fraktür saptandığında uzun dönem komplikasyonları önlemek için en kısa zamanda cerrahi eksplorasyon ve tunika albuginea defektinin onarımı yapılmalıdır. Taburculuk sonrası kontrollerde hastalar erektil fonksiyon, penil kuvatür ve penil plak gelişimi açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: genital trauma, penile fracture, penile fracture surgery

PP-07
Kliniğimizde Son 7 Yıl İçerisinde Penil Protez Revizyonu Yapılan Olguların Değerlendirilmesi

Mehmet Giray Sönmez, Hakan Hakkı Taşkapu, Eren Erol, Abdullah Altunhan, Arda Anıl Ferizli
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Erektil disfonksiyonun tanı ve tedavisi geçmiş yıllarda psikojenik temelinin araştırılması ve testosteron preparatlarının takviyesine dayanmaktadır.Fosfodiesteraz-5 inhibitörlerinin kullanımı erektil disfonksiyon tedavisinde anlamlı bir düzelme ve iyileşme sağlamıştır.Penil protez implantasyonu ise ED tedavisinde medikal tedaviden yanıt alınamayan olgularda önemini korumaktadır.

AMAÇ: Erektil disfonksiyonun cerrahi tedavisinde en etkili ve en sık kullanılan tedavi metodlarından biri penil protez implantasyonudur.Günümüzde erektil disfonksiyonun cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılan protez tipleri; malleable, 2 parçalı şişirilebilinir ve 3 parçalı şişirilebilinir protezlerdir.Bu cerrahi işlemde gerek perop gerekse post op komplikasyonlar görülebilmektedir.Bu komplikasyonlar içerisinde protez enfeksiyonu güncelliğini korumaktadır.Diğer yandan protez mekaniğinde her geçen gün iyileştirmeler sağlansa da protez mekaniğindeki arızaya bağlı revizyonlar görülmektedir.Bu sunumuza son yedi yıl içerisinde kliniğimizde yapılan penil protez revizyonu olgularını, revizyon sebeplerini ve sonuçlarını sunmayı planlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde son 7 yıl içerisinde erektil disfonksiyon nedeni ile takipli medikal tedavi yanıtsız hastalarda gerçekleştirilen 77 penil protez cerrahisi olan hastaları değerlendirdik.Bu hastalar içerisinde 6 hastada penil protez revizyonu ihtiyacı oldu.Bu hastalarımızın revizyon sebeplerini incelediğimizde 4 hastamızda protez mekaniğinde arıza olması nedeni ile aktif çalışmadığı gözlendi ve aynı seansta hastalarımıza penil protez revizyonu yapıldı.1 hastamızda enfeksiyon gelişmesine bağlı revizyon yapılmış olup 1 hastamızda travmaya bağlı protez işlev kaybına bağlı revizyon yapılmıştır.

SONUÇ: Penil protez implantasyonu erektil disfonksiyon tedavisinde etkili bir cerrahi yöntem olup güncelliğini korumaktadır.Gerek kullanılan protez materyallerindeki gelişmeler gerekse enfeksiyon vb komplikasyonların engellenmesine yönelik perop ve post op tedavilerin spektrumundaki gelişmeler penil protez implantasyonu cerrahisinin başarısını arttırmaktadır.Protez implantasyon cerrahisindeki bu gelişmler erektil disfonksiyon hastaları ve cerrah tarafından tatmin edici sonuçlar doğursa da bazı durumlarda protez revizyonu ihtiyacı doğabilmektedir.Cerrahi prensiplere bağlı olarak yapılan protez revizyonlarında komplikasyon veya mekanik sorun ortadan kaldırılmakta ve cerrahi tedavi sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erektil Disfonksiyon, Penil Protez, Protez Revizyonu

Tablo 1 KLİNİĞİMİZDE SON 7 YILDA YAPILAN REVİZYON VAKALARI

	YAŞ	Ek Hastalık (1 DM,2 HT, 3 KAH, 4 KOAH, 5 Ürolojik Malignite, 6 Diğer	İlk Takilan Protez (1 Malleable, 2 Şişirilebilir 2 Veya 3 Parçalı)	Protezin Aktif Kullanım Süresi	Revizyon İle Takılan Protez (1 Malleable, 2 Şişirilebilir 2 Veya 3 Parçalı)	Revizyon Nedeni (1 Enfeksiyon, 2 Travma, 3 Mekanik Arıza)
HASTA 1	61	5	2	7	2	3
HASTA 2	38	6	2	1	1	3
HASTA 3	67	1	2	3	2	2
HASTA 4	62	4	2	5	2	3
HASTA 5	59	1	2	2	2	1
HASTA 6	54	2,3	2	3	2	3

PP-09
Varikoselli bireylerde varikoz ven çapı ile semen parametreleri arasında bir ilişki var mı? Retrospektif bir çalışma

Mehmet Emin Şirin[1], Mustafa Karaarslan[2], Mehmet Yilmaz[3]
[1]Özel Aksaray İnova Hastanesi, Üroloji Bölümü, Aksaray, Türkiye
[2]Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl, Türkiye
[3]Freiburg Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Freiburg, Almanya

Giriş: Varikoseli olan erkeklerde fizik muayenenin yanında skrotal doppler ultrasonografi (USG) günümüzde tanıda önemli rol oynamaktadır. Skrotal doppler USG'de varikoz ven çapında artış ve reflü, varikoselli bireylerde beklenen bulgulardandır. Bu çalışmada, varikoseli ve varikoz ven çapı > 3 mm olan ve reflü tespit edilen erkeklerde varikoz ven çapı ile semen parametreleri arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: 2019-2022 yılları arasında merkezimizde gerçekleştirilen mikroskopik varikoselektomi uyguladığımız erkek hastaların verileri retrospektif olarak incelendi ve çalışmaya tek taraflı varikoseli olan hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, preoperatif skrotal doppler ultrasonografide tespit edilen varikoz ven çapları, preoperatif spermiyogram parametreleri, muayene bulgularına göre varikosel dereceleri kaydedildi. Skrotal doppler USG'de varikoz ven çapı > 3 mm olan hastalar (reflüsü olanlar) çalışmaya dahil edildi. Hastaların variköz ven çapları ile semen parametreleri arasında korelasyon analizi gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 60 sol varikoseli olan erkek hastalar dahil edildi. Hastaların ortalama yaş 26 ± 4,7 yıl, ortalama sol varikoz ven çapı 3,7 ± 0,6 mm'dir. Ortalama semen volümü 3,2 ± 1,1 ml, sperm konsantrasyonu 42 ± 31,9 x 10^6/ml, total sperm sayısı 132,4 ± 92,2 x 10^6, ileri hareketli sperm sayısı 9,6 ± 17,3 x 10^6, yerinde hareketli sperm sayısı 16 ± 16,7 x 10^6, sperm morfolojisi %21,3 ± 23,7'idi (Resim 1-Tablo 1). Semen parametreleri ile sol varikoz ven çapı arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda varikoselde görülen varikoz vendeki genişlemenin semen parametrelerini etkilemediğini gördük. Daha yüksek hasta sayısı ve prospektif dizayn edilen çalışmalar ile varikoz ven çapı ile semen parametreleri arasındaki ilişki daha net bir şekilde ortaya koyulacaktır. Böylece varikoselin semen parametrelerini bozmasının mekanizması daha net anlaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: doppler, sperm, varikosel, varikoz ven

Resim 1

Tablo 1: Varikosel hastalarının demografik ve laboratuvar verileri

	Ortalama ± SD
Yaş, yıl	26 ± 4,7
Sol varikoz ven çapı, mm	3,7 ± 0,6
Semen volüm, ml	3,2 ± 1,1
Sperm konsantrasyonu [10^6/ml]	42 ± 31,9
Total sperm sayısı [10^6]	132,4 ± 99,2
İleri hareketli sperm sayısı [10^6]	9,6 ± 17,3
Yerinde hareketli sperm sayısı [10^6]	16 ± 16,7
Sperm morfoloji, %	21,3 ± 23,7
Varikosel grade, n(%)	
1	2 (3.3)
2	21(35)
3	37(61.7)

VKİ; vücut kitle indeksi

Tablo 2: Sperm parametrelerinin sol variköz ven çapı ile Spearman's korelasyonu

	Sperm konsanstrasyonu 106/ml	Total sperm sayısı, 106	Morfoloji	İleri hareketli	Yerinde hareketli
Sol varikoz ven çapı, mm	-0,046	-0,026	0,091	-0,116	-0,006

PP-10
Prostat Absesinin Perkütan Perineal Drenaj ile Tedavisi

Mehmet Özgür Yücel, Can Benlioğlu, Bedreddin Kalyenci, Ali Çift
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Anabilimdalı

Giriş: Prostat absesi nadir bir ürolojik acildir.Enterobacteriacae (özellikle Escherichia coli) ve Staphylococcus aureus en yaygın nedensel organizmalardır.Diabetes mellitusu, böbrek yetmezliği ve immün süprese olan ve devamlı üreteral kateterizasyon yapan hastalar risk altındadır.Üretral kateterizasyon, alt üriner sistem enstrümantasyonu ve prostat biyopsisi olası predispozan faktörler arasındadır.Bu çalışmada ultrasonografi eşliğinde perkütan transperineal prostat abse drenajı uygulayarak tedavi ettiğimiz bir olguyu sunmak, tanı ve tedavi seçeneklerini tartışmak istedik.

76 yaşında erkek hasta, 1 haftadır devam eden dizüri, ateş yüksekliği, pelvik ve perineal ağrı şikayetleriyle başvurduğu iç hastalıkları polikliniğinde üriner sistem enfeksiyonu ön tanısıyla yatırılmış.Özgeçmişinde daha önce BPH+mesane taşı tanısıyla dış merkezde operasyon planlandığı öğrenildi.İç hastalıkları servisinde ampirik başlanan seftriakson tedavisinin 3.gününde hala şikayetlerinin devam etmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi.Hastanın ateşi 40 ºC, nabzı 130/dk, kan basıncı 90/60 mmHg olarak ölçüldü.Fizik muayenesinde perineal bölgede dokunmakla şiddetli hassasiyet ve sertlik tespit edildi.Parmakla rektal muayenede fluktuasyon tespit edildi.Laboratuar tetkiklerinde; tam idrar tahlilinde nitrit (+), piyüri mevcuttu, idrar kültüründe üreme yoktu. Kan lökosit sayısı 14.900/mm³, hemoglobin 9,5 g/dL, trombosit 150.000 mm³, CRP 17.7 mg/dL, procalcitonin 26 ng/mL, sedimantasyon 60 mm/h, üre 17 mg/dl, kreatinin 0,8mg/dl tespit edildi.Pelvik Bilgisayarlı tomografi (BT)'de mesane taşlarının yanı sıra prostat inferior kesimden başlayıp penis köküne doğru uzanım gösteren, en geniş yerinde transvers çapı 4,5*3,5 cm olan periferi kontrastlanan hipodens koleksiyon alanları (abse) tespit edildi.Olguya %2 lidokain ile lokal anestezi uygulandıktan sonra ultrasonografi eşliğinde transperineal perkütan prostatik abse drenajı yapıldı ve 50 ml pürülan mayi boşaltıldı.Drenaj sonrası 24.saatte hastanın ateşi düştü semptomları tamamen geriledi.Boşaltılan materyalden kültür antibiyogram çalışıldı.Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz üreten Eschercia Coli üredi.Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek imipenem silastatin 4*500 mg başlandı.Tedavisine 4 hafta boyunca parenteral devam edildi.Drenaj sonrası 2.Günde yapılan US'de abse odağı izlenmedi.Hasta BPH+Mesane taşları için operasyon planına alındı.

Tartışma: Prostat apseleri genelde asendan enfeksiyonlarla gelişir.Asendan yolla gelen enfeksiyon ajanları intraprostatik reflü ile birlikte prostat parankimi içine yerleşip akut enflemasyona yol açar.Prostat apsesi gelişiminde diğer bir önemli yol ise hematojen yol olup bu yolla en sık Stafilococcus aureus enfeksiyona yol açmaktadır.Hikâye ve fizik muayene ile prostat apsesi tanısı koymak oldukça zordur.Görüntüme yöntemlerinden TRUS, BT ve MRI ile tanı konulabilir.Prostat apsesinin tanı ve tedavisini geciktirmek ciddi morbidite ve hatta mortaliteye neden olup, temel tedavisi apse drenajı ve uygun antibiyoterapidir.Tedavide 1cm altındaki abselerde antibiyoterapi yeterliyken daha büyük abselerde antibiyoterapiye ek olarak aspirasyon veya kontinü drenaj yapılması önerilir.Cerrahi drenaj en iyi yöntem olmasına rağmen altın standart yöntem henüz tanımlanamamıştır.Perineal insizyon ve drenaj, perkütan transperineal drenaj, prostatın transüretral rezeksiyonu cer-

rahi drenaja alternatif yöntemlerdir.Son zamanlarda TRUS eşliğinde yapılan prostat apsesi drenajı hem kolay hemde düşük komplikasyon oranlarına sahip olması nedeniyle tercih edilmektedir.TRUS eşliğinde apse drenajı transrektal veya perkütan transperineal olarak yapılabilmektedir.Transperineal yaklaşımda daha fazla ağrı, komşu organ yaralanması, kanama gibi komplikasyonlar transrektal yaklaşıma göre daha fazla olabilmektedir. Uygun olmayan tedavi veya gecikmiş tanı durumunda komplikasyonlar spontan abse rüptürü üretra, mesane, perine ve rektuma doğru fistül oluşumu ve ayrıca % 3 ile % 16 arasında mortalite oranına sahip septisemidir.

Sonuç: Prostat apsesi nadir görülen bir klinik tablo olup tedavisinde, antibiyoterapi ile birlikte düşük komplikasyon oranı ve yüksek kür başarısı ile perkütan transperineal apse drenajı tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Abse, Prostat, Transperineal aspirasyon

Resim1

PP-11
46,XX SRY(+) Cinsiyet Gelişim Bozukluğu; Nadir Bir İnfertilite Nedeni

Emin Taha Keskin, İbrahim Orkunt Ayaz, Cemal Topal, Halil Lütfi Canat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Azospermi ve infertilite nedeni araştırılan hastalarda 46,XX SRY (+) cinsiyet gelişim bozukluğu nadir tanı konulan bir hastalık olup tanı konulan 31 yaşındaki vakamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: 31 yaşında 2,5 yıllık evli olan hastamız primer infertilite şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede pubik kıllanmanın normal olduğu, penis boyunun normal sınırlar içinde olduğu, bilateral testislerin ise küçük ve yumuşak kıvamda olduğu saptandı. 3 kez yapılan semen analizlerinin hepsinde azospermi saptanmış olup spermatozoaya rastlanılmadı. Hormonal değerlendirmede serum testosteron seviyesinin normal olduğu (3,53 ng/ml), FSH ve LH düzeylerinin de sırasıyla 16,8 ve 15,4 mIU/ml olup normalden yüksek olduğu görüldü. Doppler ultrasonografisinde sağ testis boyutları 10x10x27 mm, sol testis boyutları ise 10x15x18mm olup bilateral atrofik testislerin skrotum içerisinde olduğu gösterildi. Karyotip analizinde 46, XX saptanmış olup FISH yöntemiyle SRY gen bölgesinin X kromozomunun üzerinde mevcut olduğu gösterildi. Hastanın periferik kanından izole edilen DNA örneğinde Y mikrodelesyonu taraması amacıyla, AZFa, AZFb ve AZFc gen bölgelerine ait gen lokuslarının tamamında delesyon tespit edildi. Hastaya 46, XX SRY(+) DSD tanısı konuldu.

TARTIŞMA: İnfertilite şikayeti olan erkeklerde tanı koyulan 46,XX cinsiyet gelişim bozukluğu (DSD) ilk defa 1964 yılında tanımlanan nadir bir durum olup yenidoğanlarda görülme sıklığı 1:20 000 dir. Hastaların %90'ı doğumda normal bir erkek fenotipine sahip olduğu için bu hastalığın tanısı genellikle puperteden sonra konmaktadır. 46,XX DSD'li hastalar normal fenotipin yanında ambigus genitale ve gerçek hermafrodit gibi başka fenotipik şekillerde de görülebilmektedir. Bu hastalar azospermi nedeniyle araştıtılırken tanı almakta ve hastaların %80'inde normal pubik kıllanma, normal bir penis boyuna karşı testis volümlerinde azalma saptanmaktadır. Moleküler genetik analizlerde 46,XX DSD hastalarının çoğunda X kromozomuna transloke olmuş SRY geni gösterilmektedir. Bu durum, normalde Y kromozomu üzerinde taşınan SRY gen bölgesinin, kromozom eşleşmesi sırasında X kromozomuna geçmesi ile ortaya çıkmaktadır. 46 XX DSD hastalarında Y kromozomu yokluğuna bağlı olarak normalde Y kromozomunun uzun kolu üzerindeki azospermiye neden olan ve Azospermik Faktör (AZF) olarak bilinen gen aileleri (AZFa, AZFb, AZFc ve AZFd) bulunmamakta olup bu hastalar eksik Y kromozomu nedeniyle infertil olmaktadırlar. Bu hastalar çocukluk ve adölesan dönemlerinde normal serbest testosteron seviyelerine sahiptir. Ancak erişkin dönemde testosteron seviyeleri azalabilir ve hipergonadotropik hipogonadizme saptanabilmektedir.

SONUÇ: Azospermi ve infertilite nedeni araştırılan hastalarda, vakanın moleküler düzeydeki genetik testler ile tanımlanması önemli bir basamağı oluşturmaktadır. Bunun için hastanın semen analizinin yanında kan ve DNA örneklerinde rutin kromozomal karyotip, SRY FISH analizi ve Y kromozomu mikrodelesyonu gibi moleküler testlerin mutlaka yaptırılması gerekmektedir. Bu hasta grubuna testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) uygulansa bile sperm bulunamayacağı bilgisi anlatılmalı ve test sonuçlarına göre ailenin uygun bir genetik danışma alması için genetik polikliniğine yönlendirilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet Gelişim Bozukluğu, Erkek infertilitesi, SRY geni

PP-12
İnfertilitenin nadir görülen bir nedeni: 48XXYY Sendromu

Hatice Zoroğlu[1], Fikret Erdemir[1], Nejmiye Akkuş[2]
[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Erkek infertilitesinin etiyolojisinde ürogenital anormallikler, varikosel, inmemiş testis, genital sistem enfeksiyonları, metabolik ve endokrin bozukluklar, immünolojik problemler, kanser, sistemik hastalıklar, ilaçlar, radyoterapi ve genetik nedenler gibi doğuştan veya sonradan edinilmiş birçok faktör bildirilmiştir.Erkek infertilitesinin etiyolojisinde son yıllarda özellikle oligospermi ve azospermik hastalar başta olmak üzere genetik çalışmaların giderek daha fazla araştırıldığı görülmektedir. İnfertilitede genetik inceleme, etiyolojik faktörün ortaya konulması, gelecekteki danışmanlık ve gebelik potansiyelini öngörmesi açısından önemlidir. 47XXY olarak bilinen Klinefelter sendromu, nonobstrüktif azoopsermlerin %10'u kadarında ve 500-1000 canlı doğumda bir görülebilir. Klinefelter sendromunun çeşitli varyantları bildirilmiştir. 48XXYY sendromu ilk olarak 1960 yılında Muldal ve arkadaşları tarafından anöploidi olarak tanımlanmıştır. Burada Klinefelter sendromunun çok nadir bir varyantı olan 48XXYY genetik tanısı konulan bir olgu sunulacaktır.Jinekomasti nedeniyle endokrinoloji polikliniğinde takip edilen 32 yaşındaki erkek hasta infertilite değerlendirmesi için kliniğimize sevk edildi. Hastanın penis ereksiyonu normaldi, ancak hiç evlenmemişti ve cinsel partneri yoktu. Hastanın söylneneleri anlamada güçlük çektiği farkedildi. Hastanın boyu 187 cm, ağırlığı 98 kg, vücut kitle indeksi 28,08 kg m-2, tansiyonu 125/80 mmHg idi. Ek olarak, enukoid yapı, uzun ekstremitelr ile testis volümlerinin atrofik olduğu saptandı. Kan testosteron seviyesi düşük olan hastanın FSH ve LH değerleri yüksekti. Bu bulgularla yapılan genetik incemede 48XXYY sendromu tespit edildi. Hastaya genetik danışmanlık verilerek sustanon başlandı.

Anahtar Kelimeler: Erkek, infertilite, 48XXYY, genetik

48 xxyy

Resim 1. Olguya ait genetik inceleme

PP-13
Prostat'ın çok nadir görülen patolojisi: Yüksek Dereceli B Hücreli Lenfoma

Yavuz Özdemir[1], Gökhan Çevik[2]
[1]Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi
[2]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Prostat kaynaklı Non-Hodgkin Lenfoma nadirdir. Prostat spesifik antijen(PSA) ve transrektal ultrason tanıya yardımcı olmaz. Survi ve tedavi seçenekleri, immün-histolojik alt tip ve evreye bağlıdır. Prostat lenfomasına bağlı olarak gelişen alt üriner sistem semptomları, transüretral rezeksiyonun yanı sıra sistemik tedavilere dirençli olabilir.

OLGU: 41 yaş erkek hasta, Tekirdağ Şehir Hastanesi Üroloji polikliniğine idrar yapamama şikayeti ile başvurdu. Hastaya yapılan ultrasonografide (USG) prostat volümünün artmış olduğu, mesane içine prostat dokusunun indante görünümünde olduğu tespit edildi. Hastanın 500cc Postmiksiyonel Rezidü (PMR) idrarı mevcuttu. Hasta kesik kesik ve düşük miktarlarda idrar yaptığı için üroflowmetre değerlendirmesi yapılamadı. Foley sonda katater takıldı. Glob vesicale boşaltıldı. Bakılan laboratuar parametrelerinde PSA 1.19 ng/mL, Üre 39 mg/dL Kreatinin 0.79 mg/dL beyaz küre(WBC) 5.34 10^9/L Hemoglobin 15.3 g/dL platelet 235 10^9/L olarak değerlendirildi. Tam İdrar Tahlilinde Eritrosit 4+ olarak değerlendirildi. Diğer idrar parametreleri normaldi. Hastanın çekilen kontrastsız tüm batın bilgisayarlı tomografisinde karaciğer ve dalak boyutlarında artış, prostat gland boyutlarında artış olduğu raporlandı. Hastaya TUR-P planlandı. Yapılan sistoskopik incelemede prostat sağ lob'dan köken alan ve loju tama yakın kapatan nodül tespit edildi. Ardından hipertrofik prostat loblarına transüretral rezeksiyon işlemi uygulanarak loj açıldı. Postop 1. gün hasta taburcu edildi. 5. gün sondası alındı. Postop kontrolünde Hastanın idrarını rahat bir şekilde yaptığı görüldü. Postop kontrolünde postmiksiyonel rezidu(PMR) idrarın kalmadığı tespit edildi. Hastanın patoloji raporu "Yüksek Proliferatif Aktiviteye Sahip B fenotipli Lenfoma" olarak raporlandı. Hastaya evreleme amacıyla PET-CT çekimi yapıldı. "Boyunda tanımlanan alanlarda hafifhipermetabolik lenf nodları izlenmiştir; (primer hastalığın tutulumu?/ reaktif hiperplazi?). Supradiyafragmatik ve infradiyafragmatik alanlarda, tanımlanan lokalizasyonlarda patolojik FDG tutulumu göstermeyen lenf nodları izlenmiştir; (primer hastalığın tutulumu?/ reaktif hiperplazi?) İnceleme alanına giren vücudun diğer kesimlerinde FDG afiniteli malignite lehine bulgu saptanmamıştır." olarak raporlandı. Hasta hematoloji'ye yönlendirildi.

SONUÇ: Prostat kaynaklı Non Hodgkin Lenfoma (NHL), prostat kanserlerinin %0.09'unu ve tüm NHL'nin %0.1'ini oluşturur. Literatürde Foliküler lenfomalar, Burkitt lenfomalar, mantle hücreli lenfomalar ve mukoza ile ilişkili lenfoid doku lenfomaları gibi çeşitli prostat NHL alt tipleri rapor edilmiştir. Literatür taramasında bizim vakamızda tespit edilen yüksek proliferatif aktiviteye sahip B fenotipli Lenfoma'nın çok nadir görüldüğü belirtilmektedir. Prostat kaynaklı lenfoma insidansı düşük olmasına rağmen, medikal tedaviye dirençli idrar yolu obstrüktif semptomları olan prostat hipertrofisi vakalarında, ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu nadir hastalık için tedavi yöntemleri de tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Transüretral Rezeksiyon Prostat, Non-Hodgkin Lenfoma, Prostat, Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

BT görüntüsü coronal kesit

Prostat kaynaklı Yüksek Proliferatif Aktiviteye Sahip B fenotipli Lenfoma

PP-14
Ateşli silah ile bilateral testis yaralanması ve başarılı onarımı

Saparali Sulaimanov, Gökhan Şahin, Mustafa Tıpırdamaz, Ahmet Emre Yıldız, Arif Kol, Erhan Ateş
Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

Genitoüriner sistem yaralanmaları bütün travmaların yaklaşık %10 kadarını oluştururken, dış genital organ yaralanmaları bu yaralanmaların %40-60'ını oluşturur(1,2). Phonsombat ve ark. penetran dış genital organ travmalarını değerlendirdikleri 110 hastalık serilerinde, bu yaralanmaların %49 ASY'ya bağlı olarak ortaya çıktığını ve testiküler yaralanma oranının 3 hastada bilateral olmak üzere %60 olduğunu bildirmişlerdir(2). Bu makalede ateşli silah yaralanmalara (ASY) bağlı testiküler yaralanmada, testis koruma oranları %75 olarak bildirilmişken diğer bazı yayınlarda sivillerde görülen ASY'lerde testis koruma oranları %30-50 arasında bildirilmiştir(2,3,4). Dış genital organ yaralanmalarında testosteron replasmanı gereksinimini azaltmak, potensi korumak için orşiektomiden kaçınılmalıdır. Olgumuzda bilateral testisleri koruyarak testosteron replasman zorunluluğunu ortadan kaldırdık.

20 yaşında erkek hasta kasım 2021 de Adnan Menderes Üniversite hastanesi acil servisine ASY nedeni ile başvurdu. Tarafımızca yapılan fizik muayenede genital bölgede penis ve skorotum kapsayan multipl saçma giriş yerleri ve ona bağlı skrotum dokusunda defekler görüldü. Multipl yaralanmalrı nedeni ile ameliyata alınan hastaya tarafımızca penoskrotal kesi yapıldı. Bilateral testis dokularının parçalandığı ve tunika albugineanın bütünlüğünün bozulduğu görüldü. Testisin nekroze dokular alınarak tunikal albuginea onarıldı. Penis inferiorunda korpus spongiozum içinden 2 adet adet saçma parçası çıkarıldı, üretranın salim olduğu görüldü.

Hastanın 3. ayda yapılan kontrolünde normal ereksiyonunun olduğu ögrenildi. Skoral usg'de bilateral testisler atrofik testis lehine yorumlandı. Spermiogram testi azospermi geldi. Total testesteron 2,8 nmol/l saptandı.

Genital yaralanmalar her ne kadar nadir görülseler de organ ve fonksiyon kaybına neden olabileceği bilinmeli, takip ve tedavisi itinayla yapılmalıdır. Öncelikli hedef organ ve fonksiyonları korumaya yönelik olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: testis yaralanması, ateşli silah, skrotum

Resim 1

Hastanın sol testisinin ameliyat sırasındaki onarılmadan önceki görüntüsü.

PP-15
Penil Mondor Hastalığı için yeni bir etyoloji:COVID-19 enfeksiyonu

Kamil Gökhan Şeker, Doğukan Sökmen, Anar Mammadov, Volkan Tuğcu
Liv Hospital Vadistanbul, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ- AMAÇ: Penil Mondor hastalığı, esas olarak genç ve orta yaşlı erkekleri etkileyen, penisin yüzeyel dorsal venlerinin tromboflebitidir. SARS-CoV-2'nin neden olduğu Koronavirus hastalığı 2019 (COVID-19), sık görülen trombofili insidansı ile ilişkilidir ve enfeksiyon sırasında/sonrasında protrombotik durumlar bildirilmiştir. COVID-19'un tromboz patofizyolojisi üzerindeki doğrulanmış etkisine dayanarak SARS-Cov-2 enfeksiyonu ile penil Mondor hastalığı arasındaki ilişki literatürde yeni olgu sunumları olarak bildirilmektedir. Bu bildiride COVİD-19 enfeksiyonu sonrası gelişen penil Mondor hastalığı ve tedavisinin sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: 18 yaşındaki hasta penis dorsal yüzeyinde ağrılı sertlik şikayeti ile başvurdu. Tıbbi öyküsünde bir ay önce COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi.COVİD-19 aşı öyküsü yoktu. Kronik bir hastalığı ve penil Mondor hastalığı için bilinen risk faktörü bulunmuyordu.

BULGULAR: Fizik muayenede penis dorsal yüzde yaklaşık olarak 3-4 cm uzunluğunda sicim şeklinde ağrılı, sertlik palpe edildi. Laboratuvar bulgularında anormallik yoktu. Penil renkli doppler ultrason trombeflebiti doğruladı. Hastaya 2.kuşak sefalosporin 2x1, diklofenak sodyum 2x1, mukopolisakkarit polisülfat jel 2x1, asetilasalisilik asit 500mg 1x1 oral farmakolojik tedavi düzenlendi. 4 haftalık tedavi ve cinsel perhiz sonrası kontrolde tamamen iyileşme saptandı.Tedaviye bağlı herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ: SARS-CoV-2 enfeksiyonu, protrombotik bir duruma ve ardından arteriyel ve venöz patoloji riskine yol açan inflamatuar bir yanıtla ilişkilidir. Sonuç olarak, COVID-19 enfeksiyonu sonrası hastalarda penil Mondor hastalığı şeklinde tromboz gelişme olasılığı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID 19,Tromboflebit, Mondor, SARS-CoV-2

PP-16
Priapizm'de Distal Şant Uygulaması 10 yıllık Tek Merkez Deneyimlerimiz

Göktan Alptuğ Öz[1], Gökhan Çevik[2], Burak Bilir[1], Caner Özer[1], Hakan Akdere[1]
[1]Trakya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne
[2]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Priapizm cinsel uyarı olsun yada olmasın 4 saatten uzun süren ereksiyon olarak tanımlanır. Ereksiyon süresi ile korporal fibrozise bağlı erektil disfonksiyon gelişme ihtimali arasında bilinen bir ilişki mevcuttur. Priapizmin acil tanı ve tedavisindeki temel amaç ereksiyon kabiliyetinin ve penis uzunluğunun etkilenmesini önlemektir.

METERYAL ve METOD: Trakya Üniversitesi Hastanesi Üroloji Kliniği priapizm veritabanından 2011 ile 2021 yılları arasında distal şant uygulanan hastaların verileri çıkartıldı. Çalışmaya distal şant operasyonu uygulanmış toplam 7 hasta dahil edildi. Çalışmada hastaların ereksiyonunun başlangıcıyla sağlık kuruluşuna başvuruları arasında geçen zaman, sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra opere edilene kadar geçen zaman, uygulanan şant türleri, re-operasyon yapılanlar, yatış süreleri, takip süreleri ve son takiplerinde elde edilen IIEF-5 skorları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Priapizm nedeniyle distal şant uygulanan hastaların verileri tablo-1 de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması 56,4±16,4 idi. Çalışmada hastaneye en erken başvuru saatinin 20. saat; en geç başvuru saatinin ise 96. saat olduğu görüldü. Toplam 4 hastaya (%57,1) ilk basamak olarak t-shunt operasyonu uygulandı, bu hastalardan 2'sinde nüks görüldü ve Al-Ghorab operasyonu uygulandı. Hastaların 3'üne (%42,8) ilk basamak tedavi olarak Al-Ghorab operasyonu uygulandı. Hastaların ereksiyon kalitesi IIEF-5 skoruna göre değerlendirildi. Priapizm ile başvuran hastalardan IIEF skoru sonucuna göre 6 hastanın (%85,7) sonucu "ciddi", Priapizm sonrası penil protez takılan 1 hastanın (%14,2) sonucu ise "hafif" olarak bulundu.

SONUÇ: Priapizm başladıktan sonraki geçen zaman kavernöz dokunun oksijenizasyonunun bozulmasına sekonder olarak erektil disfonksiyon gelişmesinin en önemli sebebidir. Priapizm ile başvuran hastalarda, özellikle de bu çalışmada olduğu gibi hastaneye geç başvuru yapan vakalarda penil protez seçeneği düşünülmeli ve hastaya erken dönemde bu tedavi seçeneği anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Priapizm, T-Shunt, Al-Ghorab, Erektil Disfonksiyon

Hastaların Genel Özellikleri

Yaş	56,4±16,4
Ereksiyon sonrası başvuru arasındaki zaman (saat)	50,0±29,3
Başvuru sonrası operasyon arasındaki zaman (saat)	16,2±24,6
Yatış süresi (gün)	5,7±1,9
Takip süresi (ay)	64,1±40,7

PP-17
Erektil Disfonksiyonlu Hastalarda İntrakavernozal Alprostadil Kullanım Alışkanlıkları Ve Etkinliğin Değerlendirilmesi

Mehmet Giray Sönmez, Hakan Hakkı Taşkapu, Abdullah Altunhan, Arda Anıl Ferizli, Eren Erol
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada erektil disfonksiyon nedeniyle ikinci basamak tedavide intrakavernozal alprostadil uygulanarak tedavi edilen hastaların etkinliğine ek olarak ilaç kullanımı kolaylığı, kullanım süresi, alışmada ki zorluklar gibi faktörlerin değerlendirilmesi araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Erektil disfonksiyon nedeniyle tedavi gören, birinci basamak tedavi modalitelerinden yetersiz yanıt alınan, ikinci basamak tedavide intrakavernozal alprostadil uygulanan ve ara vermeden 12 haftadan daha uzun süre tedaviye devam eden 40 hastanın verileri incelendi. Cinsel fonksiyon durumu IIEF-15 formu ve ereksiyon derecesi (1-10 puan) değerlendirildi. Ek olarak kullanım süresi self-uygulamaya geçen doz, zorlanılan sebepler, tedaviye ara verme sebepleri araştırıldı.

BULGULAR: Hastaların ortalama kullanım süresi 21.38 ay olarak ölçüldü. Hastaların ortalama minumum 2.23 dozdan sonra self-uygulamaya geçtiği saptandı. 12 haftadan sonra %50 hastanın uygulamaya ara verdiği, ara verme sebepleri olarak %10 uygulama güçlüğü, %55 yetersiz ereksiyon yanıtı, %25 zaman, %10 ek sağlık sorunları nedeniyle ilaca ara verdiği saptandı (Tablo 1). IIEF-15 parametreleri ve ereksiyon derecesinin uygulama sonrası anlamlı düzeldiği saptandı. (bütün parametreler için $p<0.05$)(Tablo 2)

SONUÇ: İntrakavernozal alprostadil cinsel fonksiyonlar üzerinde anlamlı düzelme sağlasada girişimsel bir uygulama olduğu için, hastaların alışmada zorluk çektikleri, minumum 2 dozdan sonra self-uygulamaya geçildiği, ilacı bırakma sebebinin de çoğunlukla yetersiz ereksiyon yanıtına bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alprostadil, Erektil Disfonksiyon, İntrakavernözal Enjeksiyon

Tablo 1: Alprostadil Kullanım Alışkanlığı İle İlgili Genel Parametreler

Yaş (yıl)	62.82±5.25 (44-72)
Kullanım süresi (ay)	21.38±12
Self-uygulamaya geçen doz ort±SD (median)	2.23 ±2 (1-15)
Uygulamaya ara veren hastalar n (%)	20 (%50)
Uygulamaya ara verme sebepleri n (%) **1-maliyet** **2 uygulama güçlüğü** **3 yetersiz ereksiyon yanıtı** **4 zaman** **5 ek sağlık sorunları**	 0 2 (10) 11 (55) 5 (25) 2 (10)

Tablo 2: Alprostadil İle İlgili Cinsel Fonksiyon Parametreleri

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
Erektil Fonksiyon	9.27±4.96	15.4±8.4	0.001
Cinsel Memnuniyet	3.7±2.6	6.65±3.7	<0.001
Orgazmik İşlev	3.65±2.4	5.58 ±3.2	0.006
Cinsel istek	5.7±1.9	6.4±1.8	0.03
Genel Memnuniyet	4.17±1.7	5.36±2.9	0.04
Ereksiyon derecesi	2.35±1	5.88±2.4	<0.001

PP-18
İnfertilite nedeniyle genetik analiz yapılan erkek hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi

Mahmut Ulubay[1], Kemal Bala[1], Reha Ordulu[1], Özlem Sezer[2], Ekrem Akdeniz[1], Mustafa Kemal Atilla[1]
[1]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği

GİRİŞ: İnfertilite çiftlerin yaklaşık %15'ini ilgilendiren klinik bir sorundur ve erkek faktörü infertil çiftlerin %20 'sinden tek başına sorumludur. Erkek infertilitesinde özellikle non-obstruktif azospermik ve ileri derecede oligospermik (<5 milyon/mL) olgularda hem cinsiyet kromozomlarında hem de otozomal kromozomlarda oluşan genetik patolojiler araştırılmalıdır. Çalışmamızda, infertilite nedeniyle genetik olarak değerlendirilen olguların sonuçları değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi'ne infertilite nedeniyle başvuran olguların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Genetik değerlendirme yapılan 41 olgu çalışmaya dahil edildi ve hastaların sosyodemografik özellikleri ve klinik sonuçları incelendi. Çalışmamız ilgili yönergelere ve yönetmeliklere (Helsinki Deklerasyonu ve Uluslararası İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzları) uygun olarak yürütüldü.

BULGULAR: Çalışmamıza yaş ortalaması 33.26 ± 6.96 yıl olan toplam 41 hasta alındı. Ortalama infertilite süresi 43.24 ± 31.45 aydı ve 5 (%12.2) hastaya daha önce varikoselektomi yapılmıştı. Azospermi nedeniyle genetik incelemeye gönderilen hasta sayısı 32 (%78) idi. 12 (%29.26) hastada genetik anomali tespit edildi. Bu hastaların yedi tanesinde kromozomal anomaliler görülürken, beş hastada gen mutasyonları saptandı. Kromozomal anomali olanlarda beş olguda 47, XXY (Klinefelter Sendromu), bir olguda 47, XYY ve bir olguda 45,XY,rob (13;14)(q10;q10) gözlendi. İki hastada CFTR gen mutasyonu izlenirken; birer hastada NR5A1, USP9Y ve WDR11 gen mutasyonu izlendi. Çalışmamızda Y kromozomu mikrodelesyonu ise saptanmadı.

SONUÇ: Genetik faktörler erkek infertilitesinde önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızın en büyük eksikliği hasta sayımızın az olmasıdır ancak bu eksikliğine rağmen çalışmamız erkek infertil olgularda genetik faktörlerin oranlarını vermesi açısından önemlidir. Çalışmamızda, azospermik veya ağır oligospermik hastalarda en sık Klinefelter Sendromu başta olmak üzere kromozom anomalileri görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Azospermi, Genetik inceleme, İnfertilite, Klinefelter Sendromu

PP-19
Non-obstrüktif azospermili hastalardaki genetik anomali sıklığı

Gökhan Çeker, İbrahim Orkunt Ayaz, Harun Özdemir, Özgür Deniz Tataroğlu, Halil Lütfi Canat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: İnfertilite, çiftlerin 1 yıl süreyle düzenli korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen çocuk sahibi olamaması olarak tanımlanır. Toplumdaki sıklığı %10-15 olup giderek artma eğilimi göstermektedir. Erkek infertilitesi tanısı anamnez, fizik muayene, hormonal değerlendirme ve en az iki semen analizinin WHO kriterlerine göre değerlendirilmesi ile konulur. Ejekülatta sperm hücresi bulunmaması durumuna azospermi denilir. Azospermi genel erkek popülasyonunun %1'inde, infertil erkek popülasyonunun ise %10-15'inde görülmektedir. Azospermi obstrüktif ve nonobstrüktif olarak iki gruba ayrılır. Obstrüktif azospermi etyolojisinde intratestiküler veya ekstratestiküler yolaklarda sperm hücrelerinin geçişini durdurucak obstrüksiyon vardır. Nononbstrüktif azospermide ise sperm üretimini bozan genetik, hormanal, yapısal bozuklar veya hasta öyküsünde radyoterapi, travma, cerrahi öyküsü, viral orşit, kriptorşidizm gibi nedenler mevcuttur.

GEREÇ-YÖNTEM: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin kurulduğu günden itibaren yaklaşık 2 yıllık süreçte kliniğimize başvuran nonobstrüktif azospermili hastaların kesitsel olarak genetik ve hormonal bozukluklarının değerlendirilmesi yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 134 azospermik hasta dahil edilmiştir. Bu hastalardan 18'inde farklı yapısal genetik anomaliler, 15'inde ise Y kromozom mikrodelesyonları mevcut idi. 1 hastada yapısal ve kromozomal ortak delesyon mevcut idi. Azospermik hastaların %23,88'sinde (n:32) genetik kusur tespit edildi

SONUÇLAR: Hastalar içerisinde en sık görülen kromozomal anomali Klinefelter sendromu idi 5 hastada görüldü. Y kromozom mikrodelesyonlarından en sık olarak komplet AZFc gen mutasyonu en sık görülmüştür. Azospermik hastalarda genetik anomaliler azımsanmayacak oranda fazla görülmektedir. Tek merkez sonuçlarımız literatür ile benzer düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: Azospermi, infertilite, Nonobstrüktif Azospermi

Azospermili hastalardaki genetik bozuklukların dağılımı

Kromozomal Anomaliler	Y kromozom mikrodelesyonları
47XXY Kleinfelter Sendromu (n:5)	AZFc komplet delesyonu (n:5)
46XY 9qh+ heterokromatin varyant (n:3)	AZFd ve c; Y delseyonları (n:3)
46XY İnv (9) (p11q13) (n:2)	AZFc parsiyel delesyonu (n:2)
Kistik Fibrozis	AZFb delesyonu (n:2)
45X, 46XY	AZFa, b ve c delesyonu
45XY der (13;14) (q10;q10)	AZFb ve c komplet delesyon
46XY Kallmann Sendromu	Parsiyel AZFa delesyonu
46,X inv(Y)	
46XY inv9 p11q13	
46XY inv (Y)(p11,2q11.23)pat	
46XY İNV 9 q13q34 delesyon	

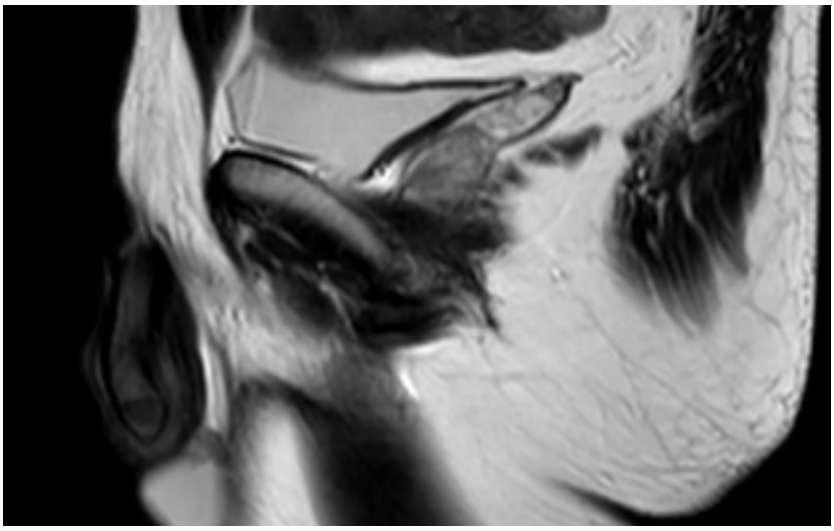
PP-20
Penil Myointimoma: Olgu Sunumu

Kemal Yılmaz[1], Necip Pirinççi[2], Fatih Osmanlıoğlu[2], Tunç Ozan[2], Ahmet Karakeçi[2], Rıdvan Cantürk[2], Nida Canpolat[3], İrfan Orhan[2]
[1]T.C. Sağlık Bakanlığı, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya, Türkiye
[2]Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
[3]Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Penisin mezenkimal tümörlerinden olan myointimoma çok nadir görülen bir tümör olup kan damarlarının intimal hücrelerinden köken alan benign karakterli yumuşak doku tümörüdür. Olgumuz; 26 yaşında bir aydır peniste ele gelen sertlik ile polikliniğimize başvurmuş olup yapılan muayenesinde, glans penis ve penis gövdesi bileşkesinde endofitik yaklaşık 1 cm lik kitle palpe edilmesi üzerine olguya penil USG yapılıp, Usg'de sol korpuskavernozum distal kesimde 15x8 mm boyutunda hafif ekojen,çevre kavernozal doku ile ara planları net olarak seçilemeyen lezyon alanı izlenmesi üzerine hastaya MR çekildi. MR raporunda Penis 1/3 distalinde, glans penis komşuluğunda, sol kavernöz cisimde koronalde 10x12 mm boyutunda dinamik incelemelerde erken arteriel kontrast tutup kontrastlanması sebat eden, T2A'da hipointens yoğun fibrozis içeren tümoral lezyon tespit edilmesi üzerine (Resim 1) hastaya eksizyonel biyopsi uygulandı. Histopatolojik raporu myointimoma ile uyumlu geldi. Peniste kendini ülseratif olmayan endofitik kitle olarak belli eden benign bir tümör olan myointimoma olgumuzu çok nadir görüldüğünden dolayı paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Benign, Penis, Tümör

Resim 1



PP-21
Erektil disfonksiyonlu erkeklerde tek başına HDL düzeyi prediktif olabilir mi ?

Abdullah Akkurt, Caner Ölmez, Süleyman Çankaya
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: HDL nin tek başına ereksiyon problemi olan erkeklerde prediktif belirteç olarak kullanışlılığını araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda 2021-2022 yılları arasında erektil disfonksiyonla başvuran 107 olgunun hdl düzeyleri retrospektif olarak taranarak verileri incelendi. Hastaların yaş aralığı 25-80 arasındaydı. Dışlama kriteri olarak DM,hipoandrojenemi,prostatik cerrahi geçirmiş olma,KKH olarak belirlendi ve bu tanıları olan hastalar kapsam dışı bırakıldı. MED-CAL istatistik programı kullanıldı

BULGULAR: Hastaların ortalama HDL düzeyi 32 ng /dl bulundu. Biyokimya kaynaklarında erkeklerde HDL düzeyinin 50 ng / dl nin üzerinde olması gerektiği göz önüne alınınca ereksiyon problemi olan olgulardaki HDL düzeyinin anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Daha kapsamlı ve hasta sayılarının daha çok olduğu çalışmalara ihtiyaç olmakla beraber çalışmamızın bir fikir verebileceği düşünüldü

Anahtar Kelimeler: hdl, erektil disfonksiyon,dislipidemii

PP-22
Orşiopeksi sonrası gelişen testis tümörü olgu sunumu

Yavuz Özdemir[1], Gökhan Çevik[2]
[1]Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji, Tekirdağ
[2]Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Üroloji, Edirne

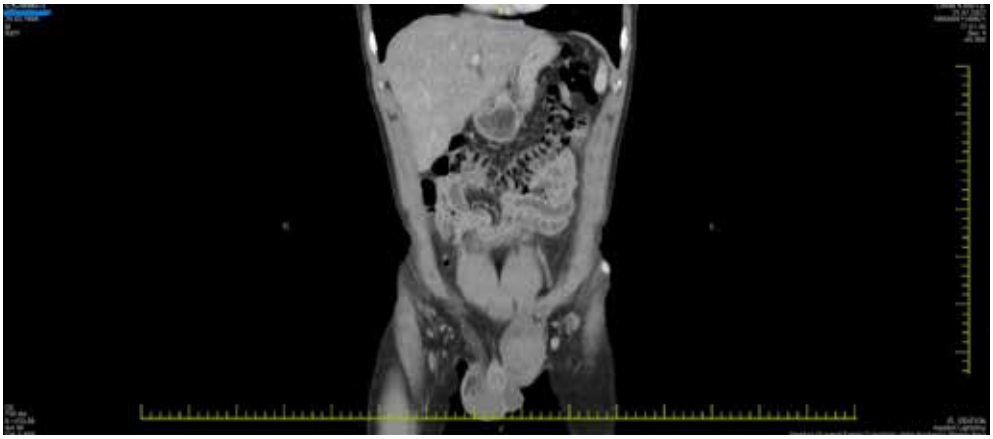
GİRİŞ: İnmemiş testis, testisin zamanında müdahale ile skrotum'a indirilmemesi halinde testis tümörü gelişimi açısından yüksek riskli bir durumdur ve bu nedenle zamanında orşiopeksi işleminin yapılması önemlidir. Literatüre baktığımızda güncel yayınlar, orşiopeksi cerrahisinin 1 yaşından önce yapıldığı takdirde fertilite potansiyelinin yüksek oranda korunduğunu, 10-11 yaşından önce yapılan orşiopeksinin, kriptorşidizm ile ilişkili artan testis kanseri riskine karşı koruma sağladığını belirtmektedir. Yaşamın ilk birkaç ayında testisler kendiliğinden inebileceğinden orşiopeksi 6 aylıktan önce yapılmamalıdır. Yine orşiopeksinin en uygun zamanının 6 ila 12 ay arasında olduğu literatürde beilrtilmektedir. Bu zaman aralığında yapılan orşiopeksi, kriptorşidizmi olan çocuklarda fertilizasyon potansiyelini koruyabilir ve testis malignitesine karşı koruma sağlayabilir. Testis tümörlerinin çoğunluğu germ hücreli tümörlerdir. Cerrahi tedavisinde radikal orşiektomi altın standarttır. Bu olguda 8 yaşındayken sol orşiopeksi cerrahisi geçiren hastanın 25 yıl sonra gelişen sol testis tümörü nedeniyle yaptığımız tedavi ve sonuçlar paylaşılmaktadır.

OLGU: 33 Yaşında erkek hasta, sol inguinal şişlik ve ağrı şikayeti ile Tekirdağ Şehir Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol inguinal bölgede ele gelen sertlik, hassasiyet tespit edildi. Hastadan istenen b-hcg 16.54 mIU/mL ve AFP 47.59 ng/mL değerlerinin yüksek olduğu görüldü. Skrotal Doppler USG'de "Sol inguinal kanal distal kesimi, skrotum bileşkesinde yaklaşık 65x41x80 mm boyutlarında içerisinde kistik dejenere alanlar bulunan, RDUS incelemede kitle içerisinde vaskülarizasyonun görüldüğü heterojen özellikte kitle lezyon izlenmiştir (testis tm?)." olarak raporlandı. Çekilen kontrastlı Torakoabdominal BT de "Sol inguinal kanalda batın içi ile net olarak bağlantısı bulunamayan, muhtemel sol testis kaynaklı 48x45 mm aksiyel planda ölçülen, sol hemisktrotuma uzanan kitlesel lezyon imajı izlenmektedir (Sol testis kaynaklı malign neoplazm?) Histopatolojik verifikasyon önerilir." olarak raporlandı. Hasta operasyona alındı. İnguinal insizyon ile testise ulaşıldı. İnguinal kanal açılarak yüksek inguinal orşiektomi tamamlandı. Patoloji raporu "Tümör boyutları: 6x5,5cm, histolojik tip: mikst germ hücreli tümör (%90 seminom, %10 yolk sac tümör, postpubertal tip), tümör yayılımı: hiler yumuşak doku, lenfovasküler invazyon: görülmedi. cerrahi sınırlar: intakt. bölgesel lenf nodu: bulunamadı. patolojik stage: pt2n. ilave BULGULAR: germ hücreli neoplazi in situ." olarak raporlandı. operasyondan 3 hafta sonra bakılan b-hcg <0.1 mIU/mL, AFP 6 ng/mL değerlerinin normal sınırlarda olduğu tespit edildi. Hasta medikal onkoloji'ye yönlendirildi.

SONUÇ: Geç farkedilen ve orşiopeksi işlemi geç yapılan hastalarda, yaşam boyu testis tümör gelişim riski yüksek olup, bu hastaların yakından takip edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Orşiopeksi, Testis Tümörü, İnmemiş Testis.

Resim 1



Sol inguinal testis tümörü BT coronal kesit görüntüsü

PP-23
Testis Histopatolojisinin mTESE'nin Tekrarlanmasına Etkisi: Tek Merkez Klinik Deneyimlerimiz

Göktan Alptuğ Öz[1], Caner Özer[1], Burak Bilir[1], Hakan Çakıcı[2], Gökhan Çevik[3], Hakan Akdere[1]
[1]Trakya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne
[2]Özel Çerkezköy Optimed Hastanesi, Üroloji, Tekirdağ
[3]Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Üroloji, Edirne

GİRİŞ: Azospermi, normal popülasyonda %1-2 oranında görülürken infertil hastalarda bu oran %15 düzeyinde görülmektedir. Azospermi obstruktif ve nonobstruktif olarak ikiye ayrılır. Primer patolojiye yönelik tedavi yapılamadığında sperm elde etme tekniği olarak günümüzde en sık mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (mikroTESE) tekniği kullanılmaktadır. MikroTESE tekniğinde en önemli prognostik faktör testis histopatolojisidir ancak mikroTESE yapılmadan patoloji sonucu bilinmemektedir. MikroTESE uygulanan hastalarda spersmenler johnsen skorlaması ile patolojik skorlamaya tabi tutulur. Bu çalışmamızda mikroTESE uygulanan hastalardan alınan patoloji sonuçlarında johnsen skorlarının ikinci mikroTESE başarısını öngörmedeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde 2011-2021 yılları arasında iki defa mikroTESE operasyonu olan 7 hastanın demografik verileri, johnsen skorları, geçirilmiş skrotal operasyon öyküleri, genetik değerlendirmeleri ve ikinci mikroTESE başarıları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların johnsen skorları 1-5 ve 6-10 olanlar olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup SPSS kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 32,8 ± 4,7 idi. Değerlendirmeye alınan tüm hastaların genetik testleri normaldi. Johansen skoru 1-5 arasında olan ve ikinci mikroTESE yapılan 3 hastadan 2 (%66,6) sinde sperm elde edildi. Johnsen skorlaması 6-10 olan 4 hastanın 3 (%75)' ünde başarı elde edildi. Hastaların hiç birisinin skrotal cerrahi öyküsü yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: MikroTESE operasyonlarında sperm elde etme başarısını etkileyen pek çok parametre vardır. Çalışmamızda johnsen skorlamasında 6-10 arasında olan hastaların ikinci mikroTESE' de sperm bulma şanslarının daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Histopatolojik değerlendirme ikinci mikroTESE kararında önemli bir parametre olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: azospermi, infertilite, mikro-tese, testis patolojisi

Soyisim İsim	Soyisim İsim	Pub Number
ACET, Ferruh	ACET, F.	SS-41
AÇIKAL, Tolga	AÇIKAL, T.	SS-07
ADİLOV, Ali Nofel	ADİLOV, A. N.	SS-23
AKBAY, Erdem	AKBAY, E.	SS-29, SS-07
AKBULUT, Mehmet Fatih	AKBULUT, M. F.	SS-30, SS-36
AKDAŞ, Enes Malik	AKDAŞ, E. M.	SS-13, SS-14
AKDENİZ, Caner Buğra	AKDENİZ, C. B.	SS-23
AKDENİZ, Ekrem	AKDENİZ, E.	PP-18
AKDERE, Hakan	AKDERE, H.	PP-16, PP-23, SS-38, SS-42
AKINCIOĞLU, Emir	AKINCIOĞLU, E.	SS-06
AKKURT, Abdullah	AKKURT, A.	PP-21, SS-03
AKKUŞ, Nejmiye	AKKUŞ, N.	PP-12
AKYOL, Alp	AKYOL, A.	SS-06
ALTAY, Ahmet Barış	ALTAY, A. B.	SS-41
ALTUNHAN, Abdullah	ALTUNHAN, A.	PP-17, SS-17, PP-07
ARABACI, Hasan Batuhan	ARABACI, H. B.	SS-21
AŞCI, Ramazan	AŞCI, R.	SS-28
ATEŞ, Erhan	ATEŞ, E.	PP-14, PP-06
ATİLLA, Mustafa Kemal	ATİLLA, M. K.	PP-18
AVCI, İbrahim Erkut	AVCI, İ. E.	SS-13, SS-14
AYAZ, İbrahim Orkunt	AYAZ, İ. O.	PP-11, PP-19
AYDEMİR, Sabrı	AYDEMİR, S.	PP-02
AYDIN, Mehmet Erhan	AYDIN, M. E.	SS-15, SS-34, SS-35
AYKAÇ, Aykut	AYKAÇ, A.	SS-34, SS-35
BALA, Kemal	BALA, K.	PP-18
BARAN, Caner	BARAN, C.	PP-05, SS-20, SS-18, SS-22, SS-31, SS-39
BAYAROĞULLARI, Hanifi	BAYAROĞULLARI, H.	SS-24
BAYKAL, Serdar	BAYKAL, S.	SS-14
BAYNAL, Enes Abdullah	BAYNAL, E. A.	SS-13
BENLİOĞLU, Can	BENLİOĞLU, C.	PP-03, PP-04, PP-10
BİÇAKÇİOĞLU, Hüseyin	BİÇAKÇİOĞLU, H.	PP-02
BİLİR, Burak	BİLİR, B.	SS-42, PP-16, PP-23
BIYIKOĞLU, Melih	BIYIKOĞLU, M.	SS-29
BOYACI, Çağlar	BOYACI, Ç.	SS-26
BOYACI, Lütfi İhsan	BOYACI, L. İ.	SS-21, SS-37
BOZKURT, Ömer Faruk	BOZKURT, Ö. F.	SS-32
BOZKURT, Yunus Erol	BOZKURT, Y. E.	SS-10, SS-11
BOZLU, Murat	BOZLU, M.	SS-07
ÇAĞLAR, Ufuk	ÇAĞLAR, U.	SS-30, SS-36
ÇAKICI, Hakan	ÇAKICI, H.	PP-23, SS-42, SS-38
ÇAKMAK, Kutlucan	ÇAKMAK, K.	SS-14

Soyisim İsim	Soyisim İsim	Pub Number
CAN, Osman	CAN, O.	SS-20
CANAT, Halil Lutfi	CANAT, H. L.	SS-16
CANAT, Halil Lütfi	CANAT, H. L.	PP-11, PP-19
CANAT, Lütfi	CANAT, L.	SS-20
ÇANKAYA, Süleyman	ÇANKAYA, S.	PP-21
CANPOLAT, Nida	CANPOLAT, N.	PP-20
CANTÜRK, Rıdvan	CANTÜRK, R.	PP-20
ÇAYAN, Selahittin	ÇAYAN, S.	SS-29, SS-07
ÇEKER, Gökhan	ÇEKER, G.	PP-19
ÇELİK, Mecit	ÇELİK, M.	SS-21, SS-37
ÇEVİK, Gökhan	ÇEVİK, G.	PP-13, PP-16, SS-38, PP-22, PP-23, SS-42
CEVİZ, Kazım	CEVİZ, K.	SS-21, SS-37
ÇİFT, Ali	ÇİFT, A.	PP-03, PP-04, PP-10
ÇİFTÇİ, Mehmet	ÇİFTÇİ, M.	SS-32
ÇİL, Gökhan	ÇİL, G.	SS-12
ÇİLESİZ, Nusret Can	ÇİLESİZ, N. C.	SS-33
ÇINAR, Naci Burak	ÇINAR, N. B.	SS-13, SS-14
ÇOBAN, Ferhat	ÇOBAN, F.	PP-04
ÇULHA, Mehmet Gökhan	ÇULHA, M. G.	PP-05, SS-20, SS-18, SS-31, SS-39
ÇULHA, Mustafa Melih	ÇULHA, M. M.	SS-13, SS-14
DAĞGULLİ, Mansur	DAĞGULLİ, M.	PP-01
DEDE, Gülay	DEDE, G.	PP-01
DEDE, Onur	DEDE, O.	PP-01
DEMİRCİ, Aykut	DEMİRCİ, A.	SS-25
DİRİ, Mehmet Akif	DİRİ, M. A.	SS-40
DİZDAROĞLU, Çağlar	DİZDAROĞLU, Ç.	SS-36
DOĞAN, Ahmet Emin	DOĞAN, A. E.	SS-02, SS-01
DURMUŞ, Emrullah	DURMUŞ, E.	SS-08
DÜZGÜN, Fatih	DÜZGÜN, F.	SS-10, SS-11
EKENCİ, Berk Yasin	EKENCİ, B. Y.	SS-01
EKİCİ, Özgür	EKİCİ, Ö.	SS-26
ERBATU, Oğuzcan	ERBATU, O.	SS-23
ERBİN, Akif	ERBİN, A.	SS-30, SS-36
ERDEMİR, Fikret	ERDEMİR, F.	PP-12
ERKOÇ, Mustafa	ERKOÇ, M.	PP-05, SS-22, SS-39
ERMEÇ, Bahadır	ERMEÇ, B.	SS-20, SS-31, SS-39
EROL, Eren	EROL, E.	PP-17, SS-17, PP-07
EROL, Haluk	EROL, H.	PP-06
ERYİLMAZ, Kadır	ERYİLMAZ, K.	PP-02
FERİZLİ, Arda Anıl	FERİZLİ, A. A.	PP-17, SS-17, PP-07
GÖKALP, Fatih	GÖKALP, F.	SS-24

Soyisim İsim	Soyisim İsim	Pub Number
GÖRÜR, Sadık	GÖRÜR, S.	SS-24
GÜL, Abdullah	GÜL, A.	SS-26
GÜMÜŞ, Bilal Habeş	GÜMÜŞ, B. H.	SS-23
GÜMÜŞ, Bilal Habeşi	GÜMÜŞ, B. H.	SS-10, SS-11
GÜNAY, Nazım Furkan	GÜNAY, N. F.	SS-30
GÜNEŞ, Sezgin	GÜNEŞ, S.	SS-28
GÜRLEN, Güçlü	GÜRLEN, G.	SS-40
HACIBEY, İbrahim	HACIBEY, İ.	SS-12
HACİBEY, Ibrahim	HACİBEY, I.	SS-09
HAMARAT, Mustafa Bilal	HAMARAT, M. B.	SS-19
HEKİM, Gülgez Neslihan Taşkurt	HEKİM, G. N. T.	SS-28
İBİŞ, Muhammed Arif	İBİŞ, M. A.	SS-32
İLGEZDİ, Alican	İLGEZDİ, A.	SS-24
İLHAN, Gül	İLHAN, G.	SS-24
İMAMOĞLU, Muhammet Abdurrahim	İMAMOĞLU, M. A.	SS-02, SS-01
KAÇMAZ, Murat	KAÇMAZ, M.	SS-24
KALYENCİ, Bedreddin	KALYENCİ, B.	PP-03, PP-04, PP-10, SS-04
KARAARSLAN, Mustafa	KARAARSLAN, M.	PP-09, SS-27
KARABACAK, Osman Raif	KARABACAK, O. R.	SS-01
KARAGÖZ, Mehmet Ali	KARAGÖZ, M. A.	PP-05, SS-20, SS-18, SS-31
KARAKANLI, Musab Ümeyir	KARAKANLI, M. Ü.	SS-22
KARAKEÇİ, Ahmet	KARAKEÇİ, A.	PP-20
KASAP, Yusuf	KASAP, Y.	SS-21
KAYA, Coşkun	KAYA, C.	SS-15, SS-34, SS-35
KESKİN, Emin Taha	KESKİN, E. T.	PP-11, SS-16
KETTAŞ, Elife	KETTAŞ, E.	SS-29
KOL, Arif	KOL, A.	PP-14, PP-06
KORAŞ, Ömer	KORAŞ, Ö.	SS-24
KÜÇÜK, Tarık	KÜÇÜK, T.	SS-02, SS-01
KURUTEPE, Semra	KURUTEPE, S.	SS-11
KUTLUTÜRK, Eren Görkem	KUTLUTÜRK, E. G.	SS-22, SS-39
MAMMADOV, Anar	MAMMADOV, A.	PP-15
MERDER, Erkan	MERDER, E.	SS-22
MERİÇ, Arda	MERİÇ, A.	SS-36
METİN, Mustafa	METİN, M.	SS-19
MÜLDÜR, İhsan Barış	MÜLDÜR, İ. B.	SS-32
MUSLUMANOGLU, Ahmet Yaser	MUSLUMANOGLU, A. Y.	SS-12
NEŞE, Nalan	NEŞE, N.	SS-10
ODABAŞ, Öner	ODABAŞ, Ö.	SS-37
ÖĞÜT, Nahit	ÖĞÜT, N.	SS-41
OK, Fesih	OK, F.	SS-08, SS-05

Soyisim İsim	Soyisim İsim	Pub Number
OKSAY, Taylan	OKSAY, T.	PP-02
ÖLMEZ, Caner	ÖLMEZ, C.	PP-21
ORDULU, Reha	ORDULU, R.	PP-18
ORHAN, İrfan	ORHAN, İ.	PP-20
OSMANLIOĞLU, Fatih	OSMANLIOĞLU, F.	PP-20
ÖTÜNÇTEMUR, Alper	ÖTÜNÇTEMUR, A.	PP-05, SS-20, SS-18, SS-22, SS-31, SS-39
ÖZ, Göktan Alptuğ	ÖZ, G. A.	PP-16, PP-23, SS-42
OZAN, Tunç	OZAN, T.	PP-20
ÖZBAY, Mehmet	ÖZBAY, M.	SS-11
ÖZCAN, Levent	ÖZCAN, L.	PP-05, SS-18, SS-39
ÖZDEMİR, Harun	ÖZDEMİR, H.	SS-16, PP-19
ÖZDEMİR, Yavuz	ÖZDEMİR, Y.	PP-22, PP-13
ÖZENÇ, Görkem	ÖZENÇ, G.	SS-02
ÖZER, Caner	ÖZER, C.	PP-16, PP-23, SS-42
ÖZGÖR, Faruk	ÖZGÖR, F.	SS-30, SS-36
ÖZTÜRK, Sefa Alperen	ÖZTÜRK, S. A.	PP-02
ÖZTÜRK, Ufuk	ÖZTÜRK, U.	SS-02
PİRİNÇÇİ, Necip	PİRİNÇÇİ, N.	PP-20
POLAT, Emre Can	POLAT, E. C.	PP-05, SS-22, SS-31, SS-39
POLAT, Muhammed Emin	POLAT, M. E.	SS-21
PORGALI, Sefa Burak	PORGALI, S. B.	SS-24
SADİOĞLU, Fahri Erkan	SADİOĞLU, F. E.	SS-32
ŞAHİN, Gökhan	ŞAHİN, G.	PP-14, PP-06
ŞAHİN, Yusuf	ŞAHİN, Y.	SS-09, SS-12
SARI, Hilmi	SARI, H.	SS-02, SS-01
SARIKAYA, Kubilay	SARIKAYA, K.	SS-32
SARILAR, Ömer	SARILAR, Ö.	SS-30, SS-36
SAVUN, Metin	SAVUN, M.	SS-16
ŞEKER, Kamil Gökhan	ŞEKER, K. G.	PP-15
ŞEKKELİ, Sami	ŞEKKELİ, S.	SS-30
SEMERCİ, Mehmet Bülent	SEMERCİ, M. B.	SS-41
ŞENEL, Samet	ŞENEL, S.	SS-29
ŞENGÜL, Mesut	ŞENGÜL, M.	SS-28
ŞENOCAK, Çağrı	ŞENOCAK, Ç.	SS-32
SERTKAYA, Zülfü	SERTKAYA, Z.	SS-16
SESLİ, Mustafa	SESLİ, M.	SS-29
SEVER, Sait	SEVER, S.	PP-03
SEZER, Özlem	SEZER, Ö.	PP-18
SEZGİN, Mehmet Ali	SEZGİN, M. A.	SS-20, SS-18, SS-31
ŞIGVA, Hakan	ŞIGVA, H.	SS-24
ŞİMŞEK, Abdülmuttalip	ŞİMŞEK, A.	SS-16

Soyisim İsim	Soyisim İsim	Pub Number
ŞİRİN, Mehmet Emin	ŞİRİN, M. E.	PP-09, SS-27
SÖKMEN, Doğukan	SÖKMEN, D.	PP-15
SÖNMEZ, Mehmet Giray	SÖNMEZ, M. G.	PP-17, SS-17, PP-07
SULAİMANOV, Saparali	SULAİMANOV, S.	PP-14
TAMKAÇ, Nezih	TAMKAÇ, N.	SS-24
TANELİ, Fatma	TANELİ, F.	SS-11
TAŞKAPU, Hakan Hakkı	TAŞKAPU, H. H.	PP-17, SS-17, PP-07
TATAROĞLU, Özgür Deniz	TATAROĞLU, Ö. D.	PP-19
TAVMERGEN, Erol	TAVMERGEN, E.	SS-41
TAVMERGEN GÖKER, Ege	TAVMERGEN GÖKER, E.	SS-41
TELLİ, Engin	TELLİ, E.	SS-13, SS-14
TIPIRDAMAZ, Mustafa	TIPIRDAMAZ, M.	PP-14, PP-06
TOPAL, Cemal	TOPAL, C.	PP-11, SS-16
TOPRAK, Erdem	TOPRAK, E.	SS-03
TUĞCU, Volkan	TUĞCU, V.	PP-15
TURNA, Burak	TURNA, B.	SS-06
TUZLUOĞLU, Ahmet Deniz	TUZLUOĞLU, A. D.	SS-37
ÜÇPINAR, Burak	ÜÇPINAR, B.	SS-30
ULUBAY, Mahmut	ULUBAY, M.	PP-18
ÜNAL, Muhlis	ÜNAL, M.	SS-13
ÜNVER, Mehmet Sinay	ÜNVER, M. S.	SS-23
UTANĞAÇ, Mazhar	UTANĞAÇ, M.	PP-01
YALÇINKAYA, Fatih Rüştü	YALÇINKAYA, F. R.	SS-04
YANARAL, Fatih	YANARAL, F.	SS-30, SS-36
YILDIRAK, Ekrem	YILDIRAK, E.	SS-24
YILDIZ, Ahmet Emre	YILDIZ, A. E.	PP-14, PP-06
YILMAZ, Kemal	YILMAZ, K.	PP-20
YILMAZ, Mehmet	YILMAZ, M.	SS-09, SS-12
YİLMAZ, Mehmet	YİLMAZ, M.	PP-09, SS-27
YÜCEL, Mehmet Özgür	YÜCEL, M. Ö.	PP-03, PP-04, PP-10
ZENGİN, Salim	ZENGİN, S.	SS-26
ZOROĞLU, Hatice	ZOROĞLU, H.	PP-12

TÜRK
ANDROLOJİ DERNEĞİ
(İSTANBUL–1992)