



TÜRK  
ANDROLOJİ DERNEĞİ  
(İSTANBUL-1992)

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

# 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024

ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

Bilimsel Program ve Bildiri Özetleri Kitabı

[www.androloji2024.org](http://www.androloji2024.org)



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

## ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Androloji Derneği tarafınca, 17-19 Mayıs 2024 tarihleri arasında düzenlenecek olan **23. Ulusal Androloji Kongresi** ile ilgili detaylı bilgileri içeren sponsorluk dosyası dikkat ve ilginize sunulmuştur.

Süregelen değerli desteğinize teşekkür eder, Türk Androlojisinin 2024 yılındaki en önemli etkinliğinde azami desteğinizin devamını dileriz.

Saygılarımızla

**23. Ulusal Androloji Kongresi**  
**Düzenleme Kurulu**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

## TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

<b>ONURSAL BAŞKAN</b>	Prof. Dr. Ateş Kadioğlu
<b>BAŞKAN</b>	Prof. Dr. Haluk Erol
<b>GENEL SEKRETER</b>	Prof. Dr. İsa Özbey
<b>SAYMAN</b>	Doç. Dr. Mustafa Kadıhasanoğlu
<b>ÜYE</b>	Prof. Dr. Mustafa Melih Çulha
<b>ÜYE</b>	Prof. Dr. Sefa Resim
<b>ÜYE</b>	Prof. Dr. Murat Çakan
<b>ÜYE</b>	Prof. Dr. Metin Öztürk

## ORGANİZASYON SEKRETERYASI



**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



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

## 17 Mayıs 2024, Cuma

### 10:30-11:30 Asistan ve Genç Uzmanlar İçin Androloji Kursu

**Moderatör: Ali Beytur**

10:30-10:45 Primer ve Rekürren Varikoselde Tanı

**Gürkan Yenice**

10:45-11:00 Onco-TESE

**Metin İshak Öztürk**

11:00-11:15 Penil Fraktüre Güncel Yaklaşım

**İsa Özbey**

11:15-11:30 Spermatogenezden Fertilizasyona Kadar Sperm Fiziyojisi

**Kaan Aydos**

### 11:30-12:30 Erkek Cinsel Sağlığı

**Moderatör: Haluk Erol**

11:30-11:45 Invasive Treatment Modalities in Patients with Premature Ejaculation (Hyaluronic Acid etc.)

**Giorgio Ivan Russo**

11:45-12:00 Çocuklarda Penil Deformite Tedavisi  
(Kurvatur-Torsiyon)

**Cankon Germiyanoğlu**

12:00-12:15 PDE5 İnhibitörlerinin Kullanımında Geline

**Murat Çakan**

Son Nokta

12:15-12:30 Erişkinde Konjenital Penil Kurvaturun

**Tolga Karakan**

Anatomik ve Fonksiyonel Sonuçları

### 12:30-13:00 Satellite Symposium

**Antioxidants in Male Infertility – Selection of Right Patient and the Right Nutraceutical**

**Moderatör: Ateş Kadioğlu**

**Konuşmacı: Ashok Agarwal**

ECZACIBAŞI  
İLAÇ PAZARLAMA

13:00-13:30 **ARA**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

## 17 Mayıs 2024, Cuma

13:30-16:00 **Canlı Cerrahiler**

**Moderatör: Bilal Gümüş**

Peyronie Hastasında Penil Protez İmplantasyonu  
**Ateş Kadioğlu (Salon 1)**



Fibrotik Peniste Penil Protez İmplantasyonu  
**Run Wang (Salon 2)**



Üç Parçalı Penil Protez İmplantasyonu  
**Melih Çulha (Salon 1)**



16:00-16:30 **Uydu Sempozyumu**

**Non-Obstrüktif Azoosperminin Medikal Tedavisi**  
**Moderatör: Haluk Erol**  
**Konuşmacı: Ahmet Halil Sevinç**



16:30-17:00 **Açılış Töreni, İstiklal Marşı, Saygı Duruşu ve Konuşmalar**

**Coşkun Kaya** Lokal Organizasyon Komitesi Adına

**İsa Özbey** Türk Androloji Derneği Genel Sekreteri

**Haluk Erol** Türk Androloji Derneği Başkanı

**Ateş Kadioğlu** Türk Androloji Derneği Onursal Başkanı



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

## 17 Mayıs 2024, Cuma

17:00-18:30

### **GAF Workshop 1: Interpretation of Basic and Advanced Semen Examination by WHO Sixth Manual**

**Chairman: Ashok Agarwal**

**Moderator: Germar M Pinggera**

**Co-Moderator: Mustafa Kadıhasanoğlu**

17:00-17:12

Insights from the WHO's Sixth Edition Laboratory Manual on Semen Analysis for Reproductive Professionals

**Barış Altay**

17:12-17:24

The Role of Artificial Intelligence in Andrology: Innovative Tool or Overhyped Technology?

**Tuncay Toprak**

17:24-17:36

Understanding and Addressing Oxidative Stress: Strategies for Measurement, Interpretation, and Management

**Pallav Sengupta**

17:36-17:48

Deciphering Sperm DNA Fragmentation (SDF): Techniques for Measurement, Interpretation, and Intervention

**Sulagna Dutta**

17:48-18:00

Exploring Genetic Testing in Male Infertility: An In-Depth Analysis

**Ekin Kuntsal**

18:00-18:10

Role of Varicocele Repair in Cases of Oxidative Stress and SDF: What is the Consensus?

**Ashok Agarwal**

18:10-18:30

Discussion and Closing

18:30-19:00

### **Androlojide Zor Olgular Paneli**

**Moderatör: Ateş Kadioğlu**

**Konuşmacılar: Run Wang, Giorgio Ivan Russo, Mustafa Kadıhasanoğlu**

19:00-19:30

### **Kadın Cinsel Disfonksiyonu**

**Moderatör: İlham Ahmedov, Shavkat Shavakhabov**

19:00-19:15

Kadınlarda Cinsel İstek Uyarılma, Orgazm ve Ağrı Bozukluklarının Nedenleri ve Tanısı

**Selcen Bahadır**

19:30-19:45

Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Tedavisinde Yeni Ne Var?

**Ercan Yeni**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

## 18 Mayıs 2024, Cumartesi

08:00-09:30 **Endoskopik Enükleasyon Kursu**

**Moderatör: Volkan Tuğcu**

08:00-08:15 BPH Cerrahisinde Kime Hangi Teknik?

**Volkan Tuğcu**

08:15-09:30 **Canlı Cerrahi**

Ejekülasyon Koruyucu Holey Cerrahisi

**Murat Arslan**

Holey Cerrahisi

**Yaşar Bozkurt**

**Ameliyathane Sorumlusu: Coşkun Kaya**



09:30-10:00 **Erkek Cinsel Sağlığı**

**Moderatör: Murat Çakan, Zufar Khakimhodjaev**

09:30-09:45 Peyronie Hastalığının Kanıta Dayalı Medikal Tedavisinde Yenilikler

**ESWT: Erhan Demirelli**

**Enjeksiyon: Caner Baran**

09:45-10:00 Priapizmde Cerrahi Tedavi Yöntemleri

**Şant ve Protez: Murat Dursun**

**Embolizasyon: Lütfi Canat**

10:00-10:30 **Uydu Sempozyumu**

**Clinical Applications for Exosomes in Andrology**

**Moderatör: Ateş Kadioğlu**

**Konuşmacı: Murat Dursun**





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

## 18 Mayıs 2024, Cumartesi

### 10:30-12:30 Androlojide Önemli Başlıklar

**Moderatörler: Ateş Kadioğlu, Taner Yusuf**

10:30-11:00	Declining Sperm Counts and Exploding Male Infertility- Is It Fact or Fiction?	<b>Ashok Agarwal</b>
11:00-11:15	Medical Management of Non-Obstructive Azoospermia	<b>Suks Minhas</b>
11:15-11:30	Hipogonadotropik Hipogonadizimli İnfertil Erkeklerde Tedavi	<b>Haluk Erol</b>
11:30-11:45	Distal Ejakülatör Kanal Patolojilerinde 20 yılda Ne Değişti?	<b>İrfan Orhan</b>
11:45-12:00	Uretral Rekonstrüksiyonda Erektile Disfonksiyon	<b>Abdulmuttalip Şimşek</b>
12:00-12:15	Selection of Right Sperm for IVF/ICSI	<b>Ranjith Ramasamy (online)</b>
12:15-12:30	PDE5 İnhibitörleri Kardiyovasküler Sistem için Risk mi Fayda mı?	<b>Erhan Ateş</b>
12:30-12:45	Robotik Radikal Cerrahiler ve Seksüel Fonksiyonda Güncelleme	<b>Eyüp Veli Küçük</b>

### 12:45-13:15 Uydu Sempozyumu

**Radikal Prostatektomi Sonrası Penil Rehabilitasyon Protokolünün Standardizasyonu**

**Moderatör: İsa Özbey**

**Konuşmacı: Mustafa Kadıhasanoğlu**

 **ABDİİBRAHİM**

### 13:15-13:30 ARA

### 13:30-14:30 Cerrahi Olarak Penil Uzatma ve Kalınlaştırma Kursu

**Moderatör: Melih Çulha**

13:30-13:50	How We Do Phalloplasty and Implantation of Penile Prosthesis in Transgender Patients?	<b>Wai Gin Lee (online)</b>
13:50-14:10	Kanıtla Dayalı Zemin Işığında Penis Uzatma Teknikleri	<b>Arif Kalkanlı</b>
14:10-14:30	Penile Enlargement Techniques: Which One is The Best?	<b>Gabriele Antonini (online)</b>





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

## 18 Mayıs 2024, Cumartesi

### 14:30-15:50 **Penil Protez Kursu**

**Moderatör: Barış Altay**

14:30-14:50	Anatomical Background of The Penile Prostehsis Implantation	<b>Daniar Osmonov</b>
14:50-15:10	Post-Priapism Penile Prosthesis Placement: When and How?	<b>Suks Minhas</b>
15:10-15:30	How to Manage Peroperativ Complications?	<b>Run Wang</b>
15:30-15:50	Penil Protez Komplikasyonları: Postoperatif Enfeksiyöz ve Non-Enfeksiyöz Komplikasyonlar	<b>Ateş Kadioğlu</b>
15:50-16:00	Tartışma	

### 16:00-16:50 **Asistan ve Genç Uzmanlar İçin Kök Hücre ve PRP Kursu**

**Moderatör: Metin İshak Öztürk**

16:00-16:10	Kök Hücre Kavramı, Biyolojisi ve Türleri	<b>Utku Ateş</b>
16:10-16:50	<b>Seksüel ve Reprodüktif Tıpta Kök Hücre ve PRP Tedavileri</b>	
16:10-16:30	Erectile Dysfunction	<b>Giorgio Ivan Russo</b>
16:30-16:40	Peyronie's Disase	<b>Samet Şenel</b>
16:40-16:50	Erkek İnfertilitesi	<b>Turgay Kaçan</b>

### 16:50-17:00 **ARA**

### 17:00-18:30 **GAF Workshop 2: Masterclass on Sperm Retrieval from the Genital Tract**

**Chairman: Ateş Kadioğlu**

**Moderator: Germar M. Pinggera**

**Co-Moderator: Barış Altay**

17:00-17:30	Navigating the Maze: Advanced Techniques in Sperm Retrieval	<b>Ateş Kadioğlu</b>
17:30-18:00	From Failure to Hope: Enhancing Sperm Retrieval in Non-Obstructive Azoospermia	<b>Germar M. Pinggera</b>
18:00-18:20	Microsurgical Aspiration from Epididymis and Vas Deferens: Video Presentations	<b>Giorgio Ivan Russo</b>
18:20-18:30	Discussion and Closing	

### 18:30-19:00 **19 Mayıs Atatürk'ü Anma ve Gençlik ve Spor Bayramı:**

**Milli Mücadele ve Eskişehir**

**Moderatör: İsa Özbey**

**Konuşmacı: Engin Kirli**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

**19 Mayıs 2024, Pazar**

**SALON A**

**09:00-11:00 Androlojide Önemli Başlıklar**

**Moderatör: Abdullah Armağan, Zarifjon Murodov**

09:00-09:15	Prostat Cerrahisinde Ejakülasyon Koruyucu Teknikler	<b>Hakan Taşkapu</b>
09:15-09:30	Genital Bölge Viral Patolojilerinde Değerlendirme ve Tedavi	<b>Mesut Çilli</b>
09:30-09:45	Kanıtı Dayalı Tıpa Göre Tamamlayıcı Tıbbın Androlojideki Rolü	<b>Coşkun Kaya</b>
09:45-10:00	Spermatogenez ve Spermiogenezin Genetik Regülasyonu	<b>Shahrashoub Sharifi</b>
10:00-10:15	Erkek İnfertilitesi ve Mikrobiyota	<b>Ali Yıldız</b>
10:15-10:30	Kronik Prostatitler - Pelvik Ağrı Sendromu	<b>Murat Şambel</b>
10:30-10:45	Sperm Kromatin Epigenetiği	<b>Aslı Metin Mahmutoğlu</b>
10:45-11:00	Erektile Disfonksiyon Tanısında Penil Doppler USG	<b>Levent Özcan</b>

**11:00-13:00 Androlojide Deney Hayvanı Modelleri**

**Moderatör: Muzaffer Akçay, Yavuz Onur Danacıoğlu**

11:00-11:15	Varikosel	<b>Aytaç Ateş</b>
11:15-11:30	Peyronie	<b>Gökhan Çevik</b>
11:30-11:45	Torsiyon	<b>Ozan Efesoy</b>
11:45-12:00	Priapizm	<b>Yavuz Onur Danacıoğlu</b>
12:00-12:15	ED	<b>Mehmet Akif Ramazanoğlu</b>
12:15-12:30	Hayvan Deneylerinde Kök Hücre	<b>Yaşar Başağa</b>
12:30-12:45	Hipogonadizm ve Kastrasyon	<b>Aykut Çolakerol</b>
12:45-13:00	Akılcı İlaç Kullanımı	<b>Murat Şambel</b>

**13:00 Kapanış**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

**19 Mayıs 2024, Pazar**

**SALON B**

08:00-09:00 **Tartışmalı Bildiri Oturumu (TP-01 / TP-20)**

**Oturum Başkanları: Yavuz Onur Danacıoğlu, Coşkun Kaya**

09:00-11:00 **Sözlü/Video Bildiri Oturumu – 1 (SS-01 / SS-25)**

**Oturum Başkanları: Arif Kalkanlı, Erhan Demirelli**

11:00-13:00 **Sözlü/Video Bildiri Oturumu – 2 (SS-26 / SS-49)**

**Oturum Başkanları: Caner Baran, Gürkan Yenice**



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

**SÖZLÜ  
BİLDİRİLER**



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-01 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Radikal Prostatektomi Sonrası Erektile Disfonksiyon Tedavisinde İzlenecek Klinik Süreç: Uluslararası Kılavuzların Entegre Edilmesi**

Mustafa Kadıhasanoğlu<sup>1</sup>, Volkan Tuğcu<sup>2</sup>, Lütfi Tunç<sup>3</sup>, İrfan Orhan<sup>4</sup>, Burak Turna<sup>5</sup>, Murat Arslan<sup>6</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>7</sup>

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

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

<sup>3</sup>Acıbadem Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>4</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

<sup>5</sup>İzmir Özel Sağlık Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>6</sup>Okan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Androloji Bilim Dalı

**AMAÇ:** Bu konsensusun amacı radikal prostatektomi sonrası meydana gelen erektil disfonksiyon (ED) için penil rehabilitasyonda var olan güncel bilgiyi kılavuzlar eşliğinde derleyerek klinisyenlere pratik uygulamalarında yol gösterici olmaktır.

**YÖNTEM:** Bu konsensus raporu için Pubmed veri tabanı Ocak 2024'e kadar taranarak İngilizce yazılmış yüksek kalitedeki çalışmalar, kanıta dayalı klinik kılavuzlar ve derlemeler gözden geçirilmiştir. Kaynak kılavuz olarak International Consultation on Sexual Medicine, American Urological Association, European Association of Urology, British Society for Sexual Medicine, UK Recommendations on Treatment for Post-Surgical Erectile Dysfunction ve International Panel for Guideline for Sexual Health Care for Prostate Cancer Patients kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Yayınlanmış kılavuzlarda cerrahi teknik ve metot olarak ereksiyon açısından net bir seçenek mevcut olmasa da literatüre bakıldığında yayınlanmış meta-analizlerde robotik cerrahinin hem açık hem laparoskopik seçeneklere göre erektil fonksiyonun geri dönüşü açısından daha üstün olduğu gösterilmiştir. Kılavuzların önerdikleri değerlendirme formları günlük pratikte sıkça kullanılan IIEF veya IIEF'ten türetilen SHIM'dir. Hastanın yaşının genç olması, operasyon öncesi normal erektil fonksiyonun (EF) bulunması ve bilateral sinir koruyucu cerrahi uygulanması durumunda cerrahi sonrası EF'nin korunması ihtimali yüksek olacaktır. Penil rehabilitasyonun kılavuzlarca kabul edilen amacı hastaların cinsel birleşmeyi sağlayabilecek yeterlilikte ereksiyona erişmelerine yardımcı olmaktır. Radikal prostatektomi sonrası ED tedavisinde kullanılan PDE5 inhibitörlerinin hastaların IIEF skorlarını artırdıkları ve penil kavernoza dokuların korunmasına imkân verdikleri gösterilmiştir. Rasyonel olarak değerlendirildiğinde erken dönemde penil rehabilitasyona başlamanın postoperatif erektil fonksiyonların geri dönmesine katkıda bulunmasının altında yatan sebep penil yapısal değişikliklerin önlenmesidir. Bu nedenle mümkün olan en erken dönemde, sonda alımından sonra penil rehabilitasyonun başlanması tedavinin etkinliğini arttıracaktır. Penil rehabilitasyonun ne kadar süre uygulanacağı ile ilgili net bir bilgi olmasa da tedavi etkili ise en az 12-18 ay devamı edilmesi uygun görülmektedir.

**Varılan SONUÇ:** Radikal prostatektomi sonrası ED erkeklerin ve partnerlerinin yaşam kalitesini en çok etkileyen komplikasyonlardan biridir. Penisin nörovasküler yapılarının prostata çok yakın komşuluğundan dolayı etkilenmeleri bunun en önemli sebebidir. Nörovasküler yapılarda meydana gelen hasarlanmalar ED'nin yanı sıra penis boyutlarında azalma da meydana getirmektedir. Penil rehabilitasyonun mümkün olan en kısa sürede başlanması ve hastanın tedaviye uyumu sağlanarak en az 12-18 ay kullandırılması penil yapıların korunmasına katkıda bulunacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** radikal prostatektomi, erektil disfonksiyon, penil rehabilitasyon



## SS-02 [Erkek Üreme Sağlığı]

### **First Report Unveiling Genetic Etiopathogenesis of Anejaculation: Involvement of Alpha-1a Adrenergic Receptor Gene in a in Familial Cases**

Shahrashoub Sharifi<sup>1</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>, Sukru Palanduz<sup>1</sup>, Ayla Sahin<sup>1</sup>, Ates Kadioglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, Division of Medical Genetics, İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey.

<sup>2</sup>Department of Urology, İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey

**AIM:** Disorders affecting ejaculation is only one of the many factors which may contribute to the pathogenesis of infertility. The genetic etiopathogenesis underlying anejaculation is not clear. It is important to elucidate the genetic etiology of anejaculation with respect to treatment options and genetic counseling.

**Material And Method:** This study examines a 28-year-old male and his 62-year-old father, both experiencing infertility due to anejaculation, characterized by the inability to ejaculate semen during sexual activity. However, the father had two children conceived through microscopic testicular sperm extraction (micro-TESE) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI) procedures. Conventional chromosome analysis and microdeletion of the Y chromosome analyses were performed for both individuals. Blood sugar (fasting), follicle-stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), prolactin (PRL), and total testosterone levels were examined. Testes were assessed upon physical examination and ultrasonographic imaging. The patients showed no signs of endocrine abnormalities, genital abnormalities, or neurological deficits that could contribute to ejaculatory dysfunction. The presence of a family history of similar symptoms or conditions served as a crucial criterion, indicating a potential genetic cause. Consequently, given that no gene associated with this disease has been identified, our initial approach involved investigating all coding regions. Therefore, Dual-based exome sequencing was performed using the MGISEQ-2000RS High-throughput Sequencing Set. Sanger sequencing was utilized to confirm the identified variant.

**RESULT:** We identified a novel variant in Alpha-1a Adrenergic Receptor (ADRA1A) in both patients. The identified variant (ENST00000380586.1:c.939G>T) affects a highly conserved aromatic region of the Alpha-1a Adrenergic Receptor (ADRA1A) which is the ligand (norepinephrine) binding site. It is also the same region where antagonistic drugs bind.

**DISCUSSION:** The Alpha-1a Adrenergic Receptor is known to play a significant role in regulating physiological functions in peripheral tissues, particularly in the prostate and urethra. We found that  $\alpha 1A$ -adrenoceptors, particularly the subtype  $\alpha 1A$ , are crucial for normal contractility in the vas deferens and sperm ejaculation, as evidenced by studies in mice with targeted disruption of this receptor. Additionally,  $\alpha 1$ -adrenoceptor antagonists, commonly used to treat lower urinary tract symptoms, have been associated with ejaculatory dysfunction, indicating the involvement of  $\alpha 1A$ -adrenoceptors in ejaculation. Our patients had a missense mutation affecting a critical region of the Alpha-1a Adrenergic Receptor, which is involved in ligand binding. We proposed several mechanisms through which mutations in this receptor, beyond the ligand-binding site, could lead to anejaculation. These mechanisms include impaired receptor coupling with G-proteins, altered receptor trafficking, conformational changes in receptor structure, and dysregulated downstream signaling pathways crucial for smooth muscle contraction. While our study sheds light on the potential genetic basis of anejaculation, further research is necessary to fully understand the functional consequences of these mutations and to develop targeted therapeutic interventions. Exploring these mechanisms will enhance our understanding of the pathophysiology of anejaculation and may lead to improved treatments for affected individuals. To our knowledge, this is the first report in the literature to date, and our findings may expand the knowledge on the field of anejaculation genetics.

**Anahtar Kelimeler:** Anejaculation, infertility, genetic etiology, ADRA1A



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

### SS-03 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Yapay zeka modellerinin cinsel işlev bozuklukları ile ilgili sorulara yanıt üretmedeki performansının değerlendirilmesi

Ufuk Çağlar, Ali Ayrancı, Ufuk Can Aksu, Oguzhan Yıldız, Huseyin Burak Yazılı, Resit Yusuf, Omer Sarılar, Faruk Ozgor

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

**GİRİŞ:** Erkekler cinsel işlev bozuklukları ile ilgili sorularına yanıt ararken profesyonel yardım öncesi sıklıkla çevrimiçi kaynaklara başvurmaktadırlar. Son yıllarda yapay zeka (YZ) teknolojilerindeki gelişmeler insanların birçok alanda bilgi edinme amaçlı YZ uygulamalarına başvurmasının yolunu açmıştır. Biz bu çalışmada en sık kullanılan YZ uygulamalarından ChatGPT ve Google Gemini (eski adıyla Google Bard)'ın cinsel işlev bozuklukları ile ilgili sorulara verdiği yanıtların kalitesini incelemeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Cinsel işlev bozuklukları erektil disfonksiyon, prematür ejakülasyon ve diğer ejakülasyon bozuklukları – cinsel isteksizlik olmak üzere üç alt kategoriye ayrıldı. Sosyal medya (Instagram, YouTube ve X), sağlık forumları ve hastane websiteleri taranarak her kategori için hastaların sıklıkla sorduğu 100'er soru elde edildi. Sorular tek tek ChatGPT 4 ve Google Gemini uygulamalarına İngilizce dilinde yöneltildi. Yanıtların tekrar üretilebilirliğini değerlendirmek amacıyla her soru farklı bir gün farklı bir bilgisayardan iki uygulamaya tekrar soruldu. Uygulamaların oluşturduğu yanıtlar ve yanıtlama süreleri not edildi. Androloji konusunda deneyimli iki üroloji uzmanı kör bir şekilde yanıtları değerlendirdi. Her bir yanıt için uzman klinisyenler evrensel kalite ölçeği (GQS) skoru hesapladı. GQS, 1 en düşük ve 5 en yüksek olmak üzere 5 puandan oluşan, yazılı ve görsel medikal bilgi kaynaklarının kalitesini değerlendirmeye yarayan bir araçtır. İki uzman tarafından aynı puanı alan yanıtlar için ortak puan not edilirken, iki uzmanın farklı yanıt verdiği durumlarda ortalama değer not edildi. Yanıtların tekrarlanabilirliği farklı zamanlarda oluşturulmuş yanıtların benzer bilgi ve ayrıntı düzeyinde ve aynı GQS skoruna sahip olması olarak tanımlandı. Yanıtların GQS skorları, tekrarlanabilirlik oranları ve oluşturulma süreleri iki uygulama arasında karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Gruplar arası GQS skoru, tekrarlanabilirlik ve süre karşılaştırmaları Tablo 1'de gösterilmiştir. Her üç alt kategori için de ChatGPT tarafından oluşturulan yanıtlar Google Gemini tarafından oluşturulan yanıtlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek GQS ortalamasına sahipti (3 kategori için de  $p = 0,001$ ). ChatGPT grubunda yanıtların tekrarlanabilirlik oranı %96,3 iken Gemini grubunda bu oran %94 olarak hesaplandı ( $p = 0,183$ ). ChatGPT'nin yanıt oluşturma süresi istatistiksel anlamlı düzeyde Gemini'den yüksek olarak hesaplandı (23,5 sn ve 7,2 sn;  $p = 0,001$ ).

**SONUÇ:** Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili sorulara ChatGPT, Gemini'ye kıyasla daha yavaş ancak daha yüksek kalitede yanıtlar oluşturmuştur. YZ uygulamaları androloji alanında her ne kadar yüksek doğrulukta yanıtlar oluştursa da medikal alanlarda hatalı ve eksik bilgilerin yaratabileceği muhtemel olumsuz sonuçlar ve YZ teknolojisi ile ilgili etik kaygılar olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** chatGPT, gemini, erektil disfonksiyon, prematur ejakülasyon, yapay zeka

**Tablo 1: Yapay zeka modellerinin etkinliğinin karşılaştırılması**

	ChatGPT 4	Google Gemini	P değeri
GQS skoru *			
Erektil Disfonksiyon	4,2 ± 0,8	3,6 ± 1,2	0,001
Prematür Ejakülasyon	4,1 ± 0,7	3,8 ± 1,1	0,001
Diğer Ejakülasyon Bozuklukları ve Cinsel İsteksizlik	4,1 ± 0,9	3,5 ± 1,2	0,001
Tekrarlanabilirlik, n (%)	289 (% 96,3)	282 (% 94,0)	0,183
Süre (sn)*	23,5 ± 10,7	7,2 ± 4,2	0,001

\* ortalama ± standart sapma, GQS: global quality scale

#### SS-04 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Prematür ejakulasyonun tedavisinde penisin koronal sulkusuna yapılan sirküler hyaluronik asit enjeksiyonunun etkinliği ve güvenilirliği

Kemal Ertaş<sup>1</sup>, Zülfü Sertkaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Memorial Dicle hastanesi

<sup>2</sup>Ando expertise Erkek cinsel sağlık ve estetik merkezi.

**GİRİŞ;** Prematür ejakulasyon sen sık rastlanan erkek cinsel fonksiyon bozukluğudur..Son yıllarda Hyaluronik asit (HA) enjeksiyonu, yüksek biyoyumuluğu ve yapısal özellikleri nedeniyle erken boşalmayı (PE) tedavi etmek için gelişen bir yöntem haline geldi.

**AMAÇ:** Prematür ejakulasyon (PE ) tedavisinde Penil coronal sulkus çevresine sirküler tarzda yapılan Hyaluronik asit(-HA) enjeksiyonunun etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda Ocak 2022 ile şubat 2024 tarihleri arasında polikliniğimize yaşam boyu devam eden PE şikayeti ile başvuran 32 hasta çalışmaya dahil edildi.Tedavi öncesi tüm hastaların ortalama IELT süreleri kaydedildi.1 cc HA penisin koronal sulkusuna sirküler tarzda enjekte edildi.1.3.ve 6.aylarda yapılan kontrollerde ortalama IELT süreleri ve komplikasyonlar kaydedildi.

**SONUÇLAR:** Tedavi öncesi Ortalama IELT tüm hastalar için  $123,6 \pm 23,18$  sn,İdi. Tüm hastaların ortalama IELT'si 1 ayda  $485,1 \pm 108,7$  sn'ye, 3 ayda  $345,2 \pm 55,3$  sn'ye ve 6 ayda  $302 \pm 112,7$  sn'ye yükseldi. Komplikasyon görülme sıklığı % 5,3 bulundu Hastalarda ciddi bir komplikasyon izlenmedi.En sık görülen komplikasyon enjeksiyon yerinde oluşan kızarıklık idi.

**TARTIŞMA:** Penisin Koronal sulkus çevresine sirküler tarzda HA enjeksiyonu yapma şeklindeki modifiye teknik PE tedavisinde etkili olup düşük komplikasyon oranları ile yeni bir HA enjeksiyon tekniği olma potansiyeline sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** prematür ejakulasyon,Hyaluronic asid,Penil coronal sulkus

#### enjeksiyon tekniği



*koronal sulkusa yapılan enjeksiyon tekniği görseli*





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-05 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Yaşam boyu devam eden Prematür ejakulasyonu (PE) olan sünnetli erkeklerde sirkümsizyon hattına yapılan nöral terapinin etkinliği ve güvenilirliği

Kemal Ertas<sup>1</sup>, Zülfü Sertkaya<sup>2</sup>, Osman Öncel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Memorial Dicle hastanesi Üroloji Kliniği

<sup>2</sup>Ando expertise Erkek cinsel sağlık ve estetik merkezi.

<sup>3</sup>Diyarbakır Dr Gazi yaşargil Eğitim araştırma hastanesi Nöroloji Kliniği

**GİRİŞ:** Prematür ejakülasyon erkeklerde en sık rastlanan cinsel fonksiyon bozukluğudur. PE altında bir çok faktör bulunduran karmaşık bir patofizyolojiye sahiptir. Erkek Sünneti penis üzerinde psikojenik ve organik etkileri olan travmatik bir hadisedir. Nöral terapi, yara izlerine, periferik sinirlere, otonom gangliyonlara, tetik noktalara, bezlere ve diğer dokulara lokal anestezi enjeksiyonu yapılması yoluyla kronik ağrı ve hastalıkları hafifleten bir tedavi sistemidir. Tedavi, birçok kronik rahatsızlığı başlatan veya yayan, işlevsiz otonom sinir sistemini normalleştirmeye dayanır.

**AMAÇ:** Yaşam boyu devam eden prematür ejakülasyonu olan sünnet olmuş olan erkeklerin sirkümsizyon skarına yapılan nöral terapinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek

**YÖNTEM:** Sünnet olmuş ve Yaşam boyu devam eden PE si olan 18-40 yaş arası 30 erkek çalışmaya dahil edildi. Prematür ejakülasyon için herhangi bir medikasyon kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. HT diyabet, kronik prostatit gibi Kronik hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. Tüm hastaların işlem öncesi IELT skorları kaydedildi Hastalara 72 saat arayla sirküm sizyon hattından sirküler tarzda intradermal ve subdermal alana 100 ml serum fizyolojik ile sulandırılmış %10 luk lidokain içeren solüsyondan 20 ml ineksiyon yapıldı. tedavinin bitiminden sonraki 1., 3. ve 6. Ayda hastalar kontrol edildi. Ortalama IELT süreleri kaydedildi. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

**SONUÇLAR:** Hastaların tedavi öncesi Ortalama IELT süreleri  $115,6 \pm 32,12$  sn, idi. Tüm hastaların IELT'si ortalama 1 ayda  $268,1 \pm 112,7$  sn'ye, 3 ayda  $235,2 \pm 71,2$  sn'ye ve 6 ayda  $212,5 \pm 71,2$  sn'ye yükseldi. komplikasyon görülme sıklığı %25,7 idi Hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon izlenmedi. En sık görülen komplikasyon enjeksiyon yerinde oluşan ekimoz idi.

**TARTIŞMA:** Prematür ejakülasyon tedavisinde nöral terapinin bu çalışmada ortaya koyduğumuz düşük komplikasyon ve sınırlı etkisi daha geniş serili ve plasebo kontrollü çalışmalarla desteklenirse umut verici bir tedavi yöntemi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** prematür ejakulasyon, sünnet, nöral terapi

## SS-06 [Erkek Üreme Sağlığı]

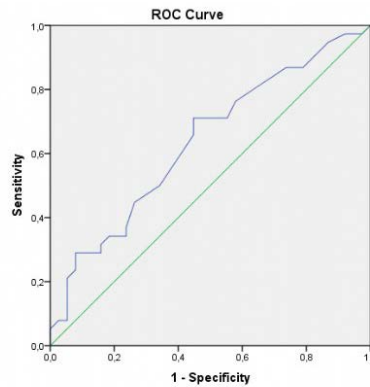
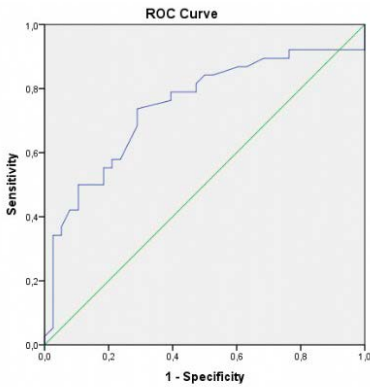
### Operasyon öncesi bakılan parametrelerin mikrovarikosektomi uygulanan hastalarda operasyon başarısını öngörücü rolü var mıdır?

Mehmet Kutlu Demirkol, Furkan Hasbolat, Mustafa Metin, Sefa Resim  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Mikrovarikosektominin başarısını tahmin etmek için çeşitli çalışmalar rapor edilmiştir. Operasyon başarısını öngörmede kullanılabilecek preop belirteçleri çalışmamıza dahil ederek değerlendirdik. Çalışmamızda inflamatuvar belirteçler, operasyon öncesi ven çapı ve reflü varlığı, hemogram değerleri, bağlanan damar sayıları, preop hormonlar operasyon başarısı açısından değerlendirmeye alındı. İnfertilite nedeniyle mikrovarikosektomi uygulanan 76 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ameliyat öncesi demografik özellikleri, hemogram, semen analizi gibi laboratuvar sonuçları ve klinik verileri kaydedildi. Toplam hareketli sperm sayısının en yüksek olduğu semen analizi ameliyat öncesi değerlendirmeye alındı. Ameliyat sonrası 6. ayda semen analizi ile kontrol yapıldı. Ameliyat sonrası semen analizinde toplam hareketli sperm sayısında %50'den fazla artış anlamlı bir iyileşme olarak tanımlandı. Ancak iyileşme tanımında preop toplam hareketli sperm sayısı 5 milyonun altında olan hastalarda en az %100 artış gerekiyordu. Hastalar semen parametrelerinde düzelme olanlar (Grup 1:38) ve düzelme olmayanlar (Grup 2:38) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tekli karşılaştırmada MPV, TMSC, sol ven çapı operasyon başarısını öngörmeye anlamlı bulundu. MPV, total motil sperm konsantrasyonu (TMSC), yaş, sol ven çapı bağımsız risk faktörlerinden oluşturulan çoklu regresyon modelinde TMSC ve MPV operasyon başarısını öngörmeye anlamlı bulundu (Sırasıyla p:0,05 OR:0,93, CI:0,89-0,98, p:0,03 OR:2,06 CI:1,07-3,96). Yaş ve sol ven çapı anlamlı bulunmadı. TMSC ve MPV için ROC eğrisinde eğri altında kalan alan sırasıyla (AUC) 0,745 ve 0,636 idi. Youden indeksine göre mikrovarikosektomi başarısı için TMSC'nin anlamlı cut off değeri 3,45 iken MPV için anlamlı cut off değeri 10,35 idi. (Sırasıyla duyarlılık: %73 ile %44, özgüllük: %71 ile %74, p < 0,001 ile p:0,41). Bu çalışmanın sonuçları preop MPV ve TMSC'nin mikrovarikosektomi yapılan hastalarda operasyon başarısını öngörmeye kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamasyon, mikrovarikosektomi, prediktif faktör, semen analizi

### Total motil sperm konsantrasyonu ve Mpv ROC analiz eğrisi



### Preop bakılan parametrelerin logistik regresyon analizi bulguları

	P DEĞERİ	OR	CI %95	
			ALT	ÜST
YAŞ	0,504	1,03	0,93	1,15
SOL VEN ÇAPI	0,067	1,36	0,97	1,90
TMSC	0,005	0,93	0,89	0,98
MPV	0,030	2,06	1,07	3,96



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

SS-07 [Erkek Cinsel Sağlığı]

**İnternal Üretrotominin Eretil Disfonksiyon Üzerindeki Etkisi**

İbrahim Oğulcan Canitez, Gökhan Çil

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**GİRİŞ:** Epidemiyolojik çalışmalara göre, 40 yaş üzerindeki bireylerde %30 ila %70 arasında değişen bir sıklıkla görülen erektil disfonksiyon (ED), alt üriner sistem semptomları (AÜSS), kronik hastalıklar (DM, HT vb.), sigara kullanımı ve depresyon gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilen bir durumdur. Üretral darlık sebebiyle internal üretrotomi yapılan hastalarda alt üriner sistem semptomlarında belirgin bir düzelme gözlemlenmektedir. Bu durumun hastaların ereksiyon bozukluklarında iyileşmeye neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda internal üretrotomi ile ED arasındaki ilişki araştırılmıştır.

**HASTALAR VE YÖNTEM:** Çalışmamızda Temmuz 2021- Ağustos 2023 tarihleri arasında üretral darlık nedeniyle internal üretrotomi yaptığımız 110 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların tedavi öncesi demografik verileri, üroflowmetrik değerleri ve IIEF skorları (uluslararası erektil işlev formu) kaydedildi. Hastalar, tedavi sonrası 6. Ayda tekrar değerlendirilerek tedavi öncesi değerlerle karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya yaş ortalaması  $68,25 \pm 11,45$  olan toplam 110 hasta dahil edildi. Darlık en sık bulbomembranoz üretrada saptandı (%87,3). Ortalama darlık uzunluğu  $4,4 \pm 1,5$  mm'ydi (Tablo 1). Preoperatif ve postoperatif altıncı aydaki maksimum idrar akış hızı ile ortalama idrar akış hızı karşılaştırıldığında, her iki parametrede de operasyon sonrasında anlamlı artış saptandı ( $p=0,04$ ,  $p=0,02$  sırasıyla). Hastaların preoperatif IIEF skorları ortalaması  $11,5 \pm 6,27$ , postoperatif 6. aydaki IIEF skorları  $11,73 \pm 6,73$  olarak bulundu. İki grup arasında IIEF skorları karşılaştırıldığında herhangi bir fark saptanmadı ( $p=0,8$ ), (Tablo 2).

**SONUÇ:** Çalışmamızın sonuçlarına göre, internal üretrotomi uygulanan hastalarda alt üriner sistem semptomlarında iyileşme gözlenirken, erektil disfonksiyon şikayetlerinde bir iyileşme sağlanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, İnternal üretrotomi, erkek cinsel sağlığı



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-08 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### **Mikro TESE Öncesi Hormonoterapi Kullanılarak Testosteron Seviyesi Yükseltilen Klinifelter Sendromlu Hastalarda Sperm Elde Etme Başarısı Artıyor Mu?**

Eyyup Sabri Pelit, Hasan Hacıkamiloğlu, Muhammed Nur Karadeniz, Bülent Katı, Mehmet Demir, İsmail Yağmur, Halil Çiftçi  
Harran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**GİRİŞ:** Klinefelter sendromu (KS), yaklaşık 500-600 fenotipik erkekten 1'inde görülen bir sex kromozomu anormalliğidir. KS infertil erkek hastaların %3'ünde, azospermik erkeklerin ise %11,9'una varan oranda mevcuttur. Mozaik olmayan (47,XXY) veya mozaik (47,XXY/46,XY) formlarda kendini gösterebilir ve Klinefelter hastalarının %85 mozaik olmayan 47,XXY karyotipi bulunur. KS hastalarında cerrahi sperm elde etme oranları ortalama %50 olup, %28- %69 aralığındadır.

Bu çalışmada, mikro TESE öncesi anastrazol verilen KS hastalarında sperm elde etme oranlarını göstermeyi amaçladık.

**MATERYA-METHOD:** 2018-2023 yılları arasında Harran Üniversitesi Üroloji Kliniğinde azospermi ile başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Toplam 227 hastadan 35'i KS olarak saptandı. Tüm hastalardan FSH, LH, östrodiol, total testosteron (TT) bakıldı ve eşleri infertilite açısından jinekolojik olarak muayene edildi. Fizik muayenede testis boyutları not edildi. Skrotal ultrasonografi ile testis boyutları kayıt altına alındı. TT düzeyi 250 ng/dl altında olan hastalara cerrahi öncesi 3-6 ay süre ile anastrazol 1mg 1x1 olarak başlandı ve aylık hormon kontrolü yapıldı TT düzeyi 250 geçen hastalarda tedavi altında iken mikro TESE yapıldı. Sperm elde edilen hastalar da ICSI prosedürü için sperm kriyoprezervasyon yapıldı. Sperm elde edilemeyen hastalardan testiküler örnek alınıp işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 28'i (%64) mikroTESE negatif, 10'u'i (%36) m-TESE pozitif hastaydı. Mikro TESE negatif (35 ± 6,1 yıl) hasta grubunun yaşı, mikro TESE pozitif (29 ± 5,1 yıl) grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (P = 0,03). Anastrazol tedavisi sonrası her iki grup hastaların total testosteron seviyelerinde anlamlı artış oldu ancak TESE pozitiflik oranlarında istatistiksel anlamlı fark gözlemlenmedi. TESE pozitif hastaların TT seviyeleri daha yüksek olmasına rağmen sperm elde etme oranı %36 olarak rapor edildi. Daha yüksek preoperatif TT düzeyleri, daha yüksek başarılı sperm elde etme olasılığı ile ilişkili gibi görünmemektedir (P 0,17). Testis hacmi, infertilite süresi değişkenlerinin başarılı sperm elde etme olasılığı ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir.

**SONUÇ:** Anastrozol tedavisi sonucu preoperatif yükseltilen TT düzeyi KS hastalarının sperm elde etme sonuçlarını etkilememektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Klinifelter sendromu, anastrazol, TESE

**Tablo 1.**

	TESE (+)	TESE (-)	P
n:38	10 (%36)	28 (%64)	
Yaş	29± 5,1	35 ± 6,1	0,03
İnfertilite süresi(yıl)	4 ± 3,1	5 ± 4,8	0,73
Testis boyutu (mm)	1,42 ± 0,96	1,87±1,02	0,56
Re-TESE	0	5	
T testosteron(ng/dl)*	109-285	98-268	0,17
Östrodiol pg/ml*	29,60 – 24,8	31,40 -27,30	0,68
FSH (mIU/ml)*	32,72- 27,13	37,18 – 33,46	0,43
LH (mIU/ml)*	21,23 – 20,13	27,01 – 26,65	0,42

\* anastrazol tedavi önce ve sonrası, p<0.05.



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-09 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Güney Türkiye depremi sonrası psikolojik stresle ilişkili Erektile Disfonksiyon**

Muharrem Baturu

Gaziantep Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

**PURPOSE:** This study aimed to explore the impact of psychological stress on erectile dysfunction (ED) in male patients following the Gaziantep-Kahramanmaraş earthquake. The investigation aimed to establish correlations between earthquake-induced stress and changes in sexual function using International Index of Erectile Dysfunction (IIEF), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scores.

**MATERIALS-METHODS:** A retrospective analysis was conducted on male ED patients from a Gaziantep urology clinic post-earthquake (March-August 2023). Patients with deteriorated erectile function post-earthquake (Group 1) and those with pre-existing ED experiencing worsened symptoms post-earthquake (Group 2) were included. Data collected encompassed sexual histories, IIEF scores, laboratory tests, and PHQ-9/GAD-7 evaluations. Patients were also evaluated mild and mild to moderate ED, moderate and severe ED according to IIEF erectile function.

**RESULTS:** 76 patients were evaluated (24 in Group 1, 52 in Group 2). Significant reductions in total IIEF scores (56.75±3.61 to 41.08±5.28 in group 1 and 48.05±4.85 to 33.26±6.06 in group 2) were observed post-earthquake in both groups ( $p<0.001$ ). PHQ-9/GAD-7 scores was 11.12±3.79/9.34±3.11 in mild and mild to moderate ED and 13.17±3.05/12.14±3.17 in moderate and severe ED ( $p=0.011, p<0.001$ , respectively). Negative correlations existed between PHQ-9/GAD-7 scores and IIEF erectile function ( $r=-0.274$  to  $-0.365$ ,  $p<0.05$ ) and total IIEF ( $r=-0.231$  to  $r=-0.365$ ,  $p<0.05$ ).

**CONCLUSION:** This research suggests a plausible connection between the Gaziantep-Kahramanmaraş earthquake and heightened ED cases. Psychological stress post-earthquake may contribute to worsened ED symptoms. Further investigations are warranted to comprehensively understand the interplay between natural disasters and sexual dysfunction, essential for optimizing patient care in challenging situations.

**KEYWORDS:** Erectile dysfunction, Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), International Index of Erectile Dysfunction (IIEF), Earthquake

**Anahtar Kelimeler:** ERECTILE DYSFUNCTION, PSYCHOLOGICAL STRESS, EARTHQUAKE



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-10 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### **Integrated Multi-Omics Approach for Investigating Molecular Insights into Non-Obstructive Azoospermia and Association with Potential Cancer Susceptibility**

shahrashoub sharifi<sup>1</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>, Ayla Şahin<sup>1</sup>, Özden Özcan<sup>1</sup>, Serdar Turan<sup>2</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>2</sup>, Kıvanç Çefle<sup>1</sup>, Şükrü Öztürk<sup>1</sup>, Şükrü Palanduz<sup>1</sup>

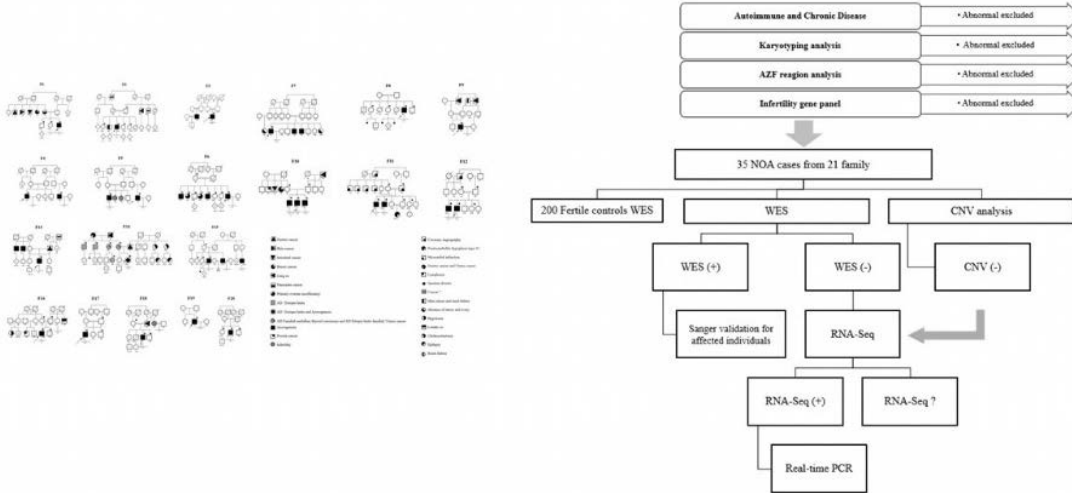
<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, Division of Medical Genetics, Istanbul Medical Faculty, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Urology, Istanbul Medical Faculty, Istanbul, Turkey

Non-Obstructive Azoospermia (NOA), affecting approximately 1% of all men and representing about 10% of cases among infertile men, exhibits clinical heterogeneity, suggesting the likely influence of diverse acquired and genetic factors. Epidemiological data indicate a correlation between azoospermia and increased morbidity and mortality rates, hinting at a potential shared etiology between NOA and certain chronic diseases, including cancer. Given that around 50% of NOA patients exhibit a positive outcome following testicular sperm extraction (TESE), elucidating genetic factors in NOA patients holds significance not only for patient health but also for the well-being of future offspring. Despite significant advancements in genomic studies, a considerable portion of individuals with NOA still eludes diagnosis. The genetic intricacy of NOA, characterized by a spectrum of mutations spanning multiple genes and regulatory regions that impact gene expression, poses formidable challenges for comprehensive genomic analysis. Transcriptomics offers a promising complement to genomics, providing insights into gene expression patterns and alternative splicing. This comprehensive approach enhances our understanding of disease mechanisms, particularly in conditions like NOA, where genomic analysis alone may not capture the full complexity. To date, most NOA transcriptomic studies have focused on specific tissues. However, understanding the potential link between cancer and azoospermia, suggesting shared genetic factors, necessitates investigations beyond tissue-specific approaches. Analyzing blood samples offers a non-invasive way to explore systemic causes and connections to cancer or other NOA-related conditions. Blood-based assays also provide opportunities for diagnosing, classifying subtypes, and understanding systemic effects. Building upon these insights, our research protocol investigates the underlying factors potentially influencing the development of both cancer and azoospermia using a multi-omic approach from blood tissue (Fig. 1). In the research conducted, variants were identified in 18 different genes among 35 NOA cases out of 20 families. Among these genes, four (MEIOB, USP26, TERB1, SPO11) were previously associated with NOA, while fourteen genes (NOTCH3, CEP68, DMRT1, RBBP7, HUWE1, CEP97, H3C13, RBMXL3, HIRIP3, DHX37, MAST2, ESX1, ADAD2, ESR1) have been reported in a limited number of studies, and some have not been reported. These genes are mainly involved in meiosis and DNA repair pathways. In the subsequent phase of the study, transcriptome analyses were conducted, particularly emphasizing the examination of alternatively spliced mRNAs and the mechanisms regulating gene expression in patients. This focus was directed towards individuals for whom potential disease causes remained unidentified through DNA-based analysis and who exhibited additional diseases alongside azoospermia. A total of 19,876 genes were analyzed, identifying 7,233 differentially expressed genes (DEGs) via RNA-Seq between patients and controls, using strict criteria ( $p < 0.01$ ,  $FC > 2$  or  $< 1/2$ ). Functional enrichment analysis of “final DEGs” revealed enriched pathways (GO, REAC, WS, KEGG) using hypergeometric test, with Benjamini-Hochberg correction (FDR,  $p < 0.01$ ) for rigorous significance control. Protein-protein interaction study highlighted pathways associated with disease mechanisms, including repair, immune response, and cellular processes regulation. This knowledge significantly advances our understanding of NOA, revealing underlying molecular mechanisms and laying a foundation for future research to enhance diagnostics, therapeutics, and patient outcomes.

**Anahtar Kelimeler:** Multi-omic approach, Transcriptomics, Male infertility, Molecular interactions, Non-obstructive Azoospermia, Regulatory network.

**Workflow diagram for**



Workflow diagram for "Integrated Multi-Omics Approach for Investigating Molecular Insights into Non-Obstructive Azoospermia and Association with Potential Cancer Susceptibility" study

*Workflow diagram for Integrated Multi-Omics Approach for Investigating Molecular Insights into Non-Obstructive Azoospermia and Association with Potential Cancer Susceptibility study*



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-11 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Varikosektomi Sonrası Spermioyogram İyileşmesini Makine Öğrenmesi ile Tahmin Etmek

Coşkun Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Erhan Aydın<sup>2</sup>, Özer Çelik<sup>3</sup>, Aykut Aykaç<sup>1</sup>, Özgür Özbek<sup>2</sup>, Canan Baydemir<sup>4</sup>, Mustafa Sungur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eskişehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

<sup>3</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Fakültesi, Matematik Bölümü - Bilgisayar Bilimleri, Eskişehir

<sup>4</sup>Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Kocaeli

**GİRİŞ:** Spermatik damarların genişlemesi olan varikozel, erkeklerde sık görülen bir durumdur ve androlojik sorunlara yol açabilir. Fertiliteyi çeşitli mekanizmalar yoluyla etkilediği düşünülmektedir ancak kesin mekanizma henüz tanımlanmamıştır. Varikozel tedavisinde erkeklerin varikosektomiden fayda sağlayıp sağlamayacağı bir tartışma konusudur, literatürde bu işlemin başarı ve başarısızlık oranlarına ilişkin çok sayıda çalışma ve meta-analiz yapılmıştır. Araştırmacılar, ameliyattan sonra başarıyı tahmin etmek için ameliyat öncesi laboratuvar ve radyolojik bulguları kullanmışlardır.

Yapay zekanın bir alt kümesi olan makine öğrenimi (MÖ), tıpta son on yıldır kullanılmaktadır. Ürolojide MÖ'ye artan ilgiye rağmen, bilgimiz dahilinde, varikosektomi başarısının MÖ modelleri kullanılarak tahmin edilmesine yönelik yalnızca 1 çalışma yapılmıştır.

Bu çalışmada, MÖ kullanarak varikosektomi sonrası spermioyogramdaki iyileşmeye yönelik klinik belirleyicileri geleneksel istatistiksel yöntemlerle belirlemeyi ve tahmin modelini oluşturmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Klinik varikozeli ve anormal spermioyogramı olan, varikosektomi ameliyatı geçirmiş erkek hastalar retrospektif HBYS'den tarandı. Demografik ve ölçümsel veriler, fizik muayene bulguları, hematolojik, radyolojik ve spermioyogram parametreleri değerlendirildi. Hastalar ameliyat sonrası spermioyogramında tamamen düzelme olan (Grup 1) ve düzelme olmayan (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. MÖ algoritmaları olarak Extra Trees Classifier, Average Blender, Light Gradient Boosting Machine Classifier, eXtreme Gradient Boosting Classifier, Logistic Regression ve Random Forest Classifier teknikleri kullanıldı.

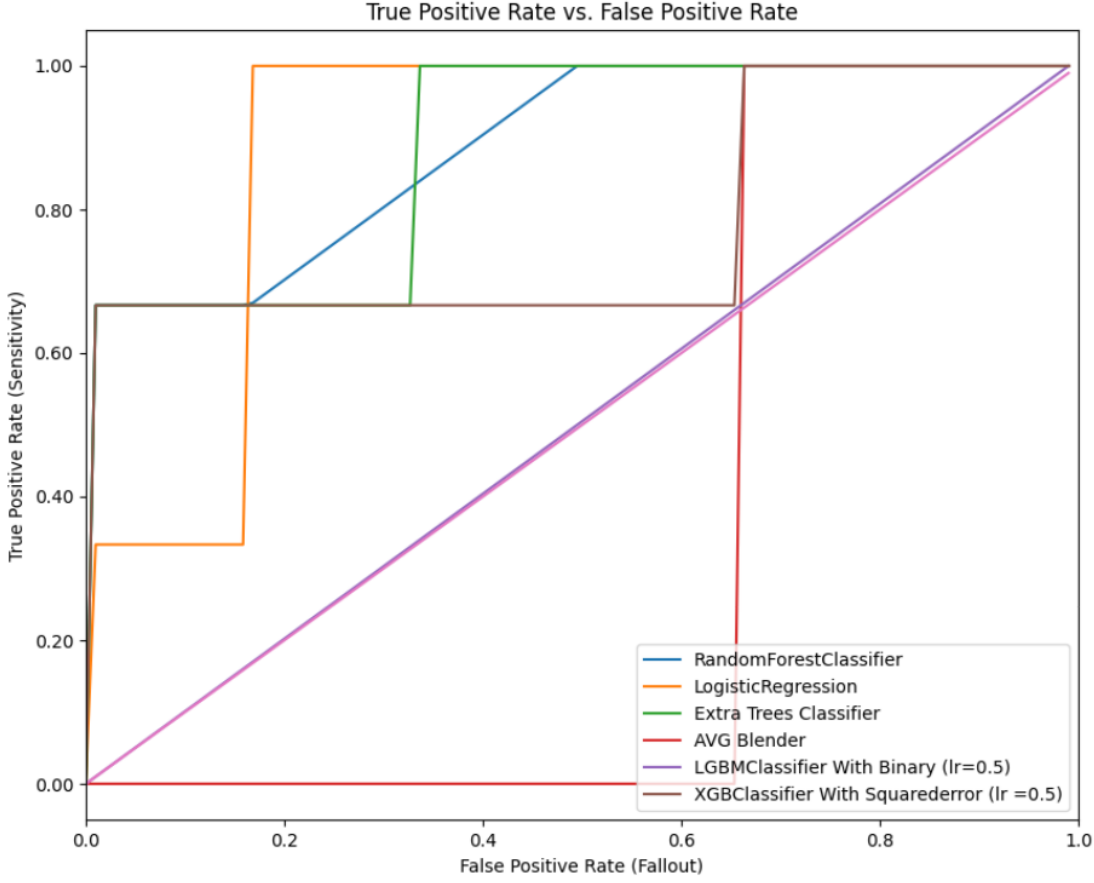
**BULGULAR:** Çalışmaya 41 erkek dahil edildi. Hastaların 12'si (%29,3) Grup 1 ve 29'u (%70,7) Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması Grup 2'ye göre daha düşüktü ( $p=0,02$ ). Ayrıca grup 1'deki sperm konsantrasyonu, toplam sperm sayısı, toplam ileri hareketli sperm sayısı, hemoglobin ve nötrofil değerleri Grup 2'ye göre daha yüksekti ( $p < 0,05$ ) (Tablo-1). Logistic Regression algoritması, 0,889 Eğri Altındaki Alan (ROC-AUC) ile doğruluk oranlarına (%88,9) göre tahminler açısından en iyi MÖ tekniği olarak bulundu (Tablo-1) (Şekil-1).

**SONUÇ:** Logistic Regression algoritması varikosektomi sonrası spermioyogramın tamamen düzelmesinin tahmin edilmesinde kullanılabilir. Önümüzdeki yıllarda vaka sayısının artmasıyla birlikte daha detaylı MÖ çalışmalarına ihtiyaç duyulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** spermioyogram, varikosektomi, makine öğrenmesi, yapay zekâ



Şekil 1





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

**Tablo-1. Postoperatif spermiyogramı normal olan ve olmayan hastaların verilerinin karşılaştırılması**

	Normal olan (N=12)	Normal olmayan (N=29)	P
Yaş	23,75 ± 4,75	28,59 ± 6,36	0,02*
VKİ	26,08 ± 3,74	25,67 ± 3,72	0,75*
Geliş Şikâyeti Ağrı İnfertilite Testiste Şişlik	3 (%25) 5 (%41,7) 4 (%33,3)	8 (%27,6) 18 (%62,1) 3 (%10,3)	0,194***
Varikosel Tarafı Sağ Sol Bilateral	0 (%0) 11 (%91,7) 1 (%8,3)	0 (%0) 24 (%82,8) 5 (%17,2)	0,463***
Varikosel Grade Grade 2 Grade 3	6 (%50) 6 (%50)	14 (%48,3) 15 (%51,7)	0,92***
Varikosel Ven Çapı	3,75 (2,4 - 5,9)	3,7 (2,6 - 7)	0,839**
Sperm Sayısı/ml	17,45 (9,3 - 70)	7,4 (0,3 - 72)	0,008**
Toplam Sperm Sayısı	85,75 (19,2 - 256,7)	25,2 (1,65 - 309,6)	0,009**
İleri Hareketli A+B	29,5 ± 14,74	19,55 ± 17,59	0,09*
Toplam İleri Hareketli Sperm Sayısı	19,55 (2,88 - 38,42)	2,21 (0 - 107,1)	0,000**
Morfoloji	4 (2-8)	2 (1-8)	0,060**
Hemoglobin	15,92 ± 0,83	15,17 ± 1,01	0,03*
Nötrofil	4,58 (2,2 - 8,59)	3,49 (1,97 - 14,9)	0,034**
Lenfosit	2,44 ± 0,6	2,46 ± 0,76	0,93*
Monosit	0,66 (0,29 - 0,82)	0,55 (0,34 - 1,02)	0,447**
Platelet	254,98 ± 64,39	232,07 ± 60,47	0,29*
RDW	12,4 (1,8 - 13,2)	12,1 (10,1 - 18,3)	0,785**
MPV	9,46 ± 1,63	9,78 ± 1,98	0,63*
PCT	0,24 ± 0,05	0,22 ± 0,05	0,43*
Nötrofil/Lenfosit	1,84 (0,98 - 5,51)	1,46 (0,82 - 8,56)	0,080**
Monosit/Lenfosit	0,25 ± 0,08	0,24 ± 0,09	0,79*
Platelet/Lenfosit	111,04 ± 36,05	99,41 ± 31,25	0,31*
Tablo 2. Makine Öğrenimi Algoritmalarının Prognoz Tahmin Sonuçları.	ROC-AUC	Doğruluk	
Random Forest Classifier	0.889	0.778	
AVG Blender	0.333	0.667	
Logistic Regression	0.889	0.889	
LGBM Classifier	0.5	0.667	
Extra Trees Classifier	0.889	0.778	
XGB Classifier	0.778	0.778	

\*Student t testi, \*\*Mann Whitney U, \*\*\*Ki kare AVG Blender: Average Blender, LGBM: Light Gradient Boosting Machine, XGB: eXtreme Gradient Boosting



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

### SS-12 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Penektomi olgusu eşliğinde Penis Sivil Ateşli Silah Yaralanmaları: Afyonkarahisar İl Deneyimi

Burhan Baylan, Muhammed Ali Ulucak, Berkay Eren  
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**GİRİŞ:** Genitoüriner organ yaralanmaları tüm travmaların %10'unu oluşturur.(1,2) En sık etkilenen organlar böbrekler, ardından skrotum, mesane ve penistir. Penis tüm genitoüriner yaralanmaların % 10-16'sında yer alır.(3,4) Penetran penis yaralanmaları nadirdir ve bu nedenle çoğu seri tipik olarak savaştan sonra veya büyük metropol alanlarından bildirilmiştir.(3-6) Kliniğimizin penis ateşli silah yaralanmalarındaki deneyimini penektomi yapılan bir olgu eşliğinde sunuyoruz.

**MATERYAL-METOD:** Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Üroloji Kliniğinde 2015-2023 yılları arasında penis ateşli silah yaralanması tanısı ile takip ve tedavi edilen 28 hasta retrospektif incelendi. Demografik veriler, penis yaralanmalarının kapsam ve kaynağı, tanı yöntemleri ve tedavisini içermektedir. İlgili görüntüleme çalışmaları gözden geçirilmiştir. Takipler çoğu hasta için ilk klinik kontrol randevusu ile sınırlıydı.

**SONUÇLAR:** Demografik veriler ve yaralanma kaynakları Tablo 1'de verilmiştir. Yaralanma kaynaklarının silahlı saldırı, silah temizlik esnasında kaza ile ateşleme ve rastgele ateşleme sonrası yorgun mermi olduğu gözlenmektedir. 28 hastanın 10'unda sadece penis cilt yaralanması mevcuttu. Üretral yaralanması olan 6 hastanın birinde izole üretral yaralanma diğer 2 hastada eşlik eden korpus kavernosum yaralanması mevcuttu. 6 üretral yaralanmanın 4'ünde kısmi ve 2'inde tam bozulma görüldü. 1 vakada, mermi penis derisinin hemen altında bulundu. Tanısal değerlendirme amaçlı kullanılan yöntemler preoperatif ve intraoperatif, sistografi, retrograd üretrografi (RÜG), abdominal ve pelvis bilgisayarlı tomografisi, skrotal Ultrasonografi'yd.

Penis ateşli silah yaralanmalarının yönetimi Tablo 2'de listelenmiştir. Cerrahi eksplorasyon endikasyonları; büyük veya genişleyen penil hematoma neden olan korpus kavernosum yaralanmaları, korpus kavernosum yaralanmasını düşündüren radyolojik bulgular ve pozitif preoperatif RUG bulgularıydı. Korporeal ve/veya üretral yaralanmalarda degloving yaklaşım tercih edildi. Genel olarak, skrotal eksplorasyon ayrı bir skrotal insizyon ile gerçekleştirildi.

Üretral yaralanmalarda, Foley kateterinin yerleştirilmesi onarım veya reanastomozdan önce doğrulandı ve kateter onarımdan 1-2 hafta sonra çıkarıldı. Av tüfeği ile suprapubik bölgeden bitişik atış yapılan bir hastada suprapubik bölgede cilt altı tam kat doku kaybı gelişti.(Resim 1) Hastanın midpenil düzeyde penis cilt defekti bilateral korpus kavernosum doku kaybı meydana geldi. Hastaya cerrahi debritleme uygulandı. Hastanın takiplerinde penis distal 13 cm'lik kesimde korpus kavernosumlar ve üretrada nekroz (Resim2-3) gelişmesi üzerine hastaya parsiyel penektomi, üretrektomi ve perineal üretrostomi (Resim 4) uygulandı.

**TARTIŞMA:**Penissivilateşlisilahyaralanmaları,genitoürinerorgantravmalarının nadir nedenleridir.(9)Askeri vesivilateşli silah yaralanmaları arasında farklılıklar vardır. askeri yaralanmalar genellikle çok daha büyük ölçüdedir, çünkü yüksek hızlı mermilerden kaynaklanırlar, daha fazla doku kaybı üretirler. Sıklıkla üreterdiversiyon ve aşamalı onarım gerektirir. Bu çalışma, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin peniste ateşli silah yaralanmaları ile ilgili 5 yıllık deneyimini özetlemektedir. Tüm penetran penis yaralanmaları için RUG önerilmiştir, çünkü tüm hastaların yarısına kadar üretral tutulum olduğu söylenmektedir.(10) Bununla, çalışmamızda vakaların % 21,4'ünde üretral yaralanma bildirmiştir. Bu da RUG'nin vakaların duruma göre kullanımını desteklemektedir.(8,9) Serimizde yer alan tüm hastaların yaklaşık %28'i konservatif olarak tedavi edildi, çünkü penis yaralanmaları yüzeyseldi. Bazı araştırmacılar tüm penetran genital travmalarda eksplorasyon yapılmasını önermiş olsalar da, daha yeni, büyük sivil seriler seçilmiş hastalarda nonoperatif tedavi anlayışımızı desteklemektedir.(7,8,11)

**SONUÇ:** Penis ateşli silah yaralanmalarının çoğu, önemli oranda morbiditeden sorumlu olan diğer bölgelerin yaralanmaları ile ilişkilidir. Kanıtlanmış veya şüpheli kavernoza, üretral veya testis yaralanma olan hastalarda cerrahi eksplorasyon ve onarım zorunludur. İşeme ve erektil fonksiyon sonuçları olması nedeniyle primer onarım tercih edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Penis, ateşli silah yaralanması, penektomi, primer onarım

### Ateşli silah yaralanma sonrası penektomi olgusu

Resim 1



Resim 2



### Penis ateşli silah yaralanmalarının demografik özellikleri ve tedavi yönetimi

yaş	32 (17-58)
Yaralanma kaynağı	N=28
Saldırı	18
Kendini yaralama	7
Yorgun Mermi	3
Yaralanma bölgesi	N=28
Sadece penis	18
Penis ve eşlik eden sekonder alan	10
Sadece Cilt	10
Korpus Kavernosum	8
Üretra	6
Glans	2
Testis	3
Spermatik kord	2
Eşlik eden abdominal yaralanma	5
Mesane yaralanması	1
Tedavi	N=28
Konservatif yaklaşım	8/28
Cerrahi yaklaşım	20/28
Glans veya deri bölgesi debritleme	10/20
Yalnız Korpus kavernosum onarımı	5/20
Korpus kavernosum ve üretra	4/20
Parsiyel Penektomi ve ürektomi	1/20
Orşiektomi	3/20



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-13 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Polizoospermik Hastaların Fertilité Değerlendirmesi

Mehmet Gürçan<sup>1</sup>, RİFAT BURAK ERGÜL<sup>1</sup>, Ahmet Halil Sevinç<sup>3</sup>, Samet Şenel<sup>4</sup>, murat dursun<sup>2</sup>, Ates Kadioglu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Androloji Bilim Dalı, İstanbul.

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul.

<sup>4</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara.

**AMAÇ:** Sperm konstanstrasyonu semen volümü, sperm motilitesi ve sperm morfolojisi ile birlikte semen analizindeki en önemli dört parametreden biridir. Polizoospermi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 semen analizi kılavuzunda sperm konsantrasyonunun >169 milyon/ml'nin üzerinde olması durumu olarak tanımlanmıştır. Literatürde polizoospermi ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, polizoospermili olguları diğer sperm parametreleri ile birlikte değerlendirerek erkek fertilitesi üzerine etkilerini araştırmaktır.

**YÖNTEMLER:** Çalışmada 2013-2023 yılları arasında infertilite nedeniyle değerlendirilen, sperm konsantrasyonu 169 milyon/ml üzerinde olan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların yaş, testis volümleri, geçirilmiş skrotal cerrahi öyküleri, geçirilmiş inflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıkları, sigara kullanımı gibi karakteristik özellikleri kaydedilmiştir. Hastaların sperm konsantrasyonlarının yanında semen volümü, sperm motilitesi, sperm morfolojisi gibi semen parametreleri değerlendirildi. Hastaların hormon parametreleri (FSH, Total Testesteron), varsa skrotal USG bulguları not edildi. Bu çalışmada soliter testis, testis travma öyküsü, kriptoorşidizm öyküsü, azospermi, epididim faktörü veya kromozomal anomaliler gibi tanımlanabilir erkek faktörü olan hastalar dışlandı. Retrospektif olarak, yapılan 44510 semen analizi sonucu değerlendirildi. Semen analizinde sperm konsantrasyonu >169 Milyon/ml olan 59 hasta saptandı. Bu hastalardan 17'sinin fertilité durumları değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Polizoospermi saptanan 59 hastanın semen analizleri ve fertilité durumu değerlendirilebilen 17 hastanın semen parametreleri ve diğer sonuçları ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Polizoospermisi olan 59 hastanın yaş ortalaması 36,5±9,7 (19-59) saptanmıştır. Semen analizleri değerlendirildiğinde semen volümü ortalama 2,29 ± 1,28 (0,23-4,91), sperm konsantrasyonu ortalama 218,5 ± 51 Milyon/ml (170-460), motil sperm oranı ortalama %20,5±15,5 (0-68), normal sperm morfoloji oranı ortalama %2,5 ± 1,8 (0-9) saptanmıştır. Semen volümü 2 ml'nin altında olan hastalar retrograd ejakülasyon açısından tekrar değerlendirilmiş ve 18(%30,5) hastada retrograd ejakülasyon saptanmıştır. Hastalardan 18'inde (%30,5) semen volümü <1,4 ml, 45'inde (%76,2) sperm motilitesi <%32 olarak saptanmıştır. Hastaların 15'inde(%25,4) hem semen volümü <1,4 ml hem de sperm motilitesi <%32 saptanmıştır. (Tablo 1)

17 hastanın verileri incelendiğinde yaş ortalaması 39,7 ± 8,3 (22-52) saptanmıştır. Semen analizleri değerlendirildiğinde semen volümü ortalama 2,02 ± 1,4(0,23-4,91), sperm konsantrasyonu ortalama 231,8 ± 53,4 Milyon/ml (176-344), motil sperm oranı ortalama %28,4 ± 14,3 (2-52), normal sperm morfoloji oranı ortalama % 2,2 ± 1,5 (0-5) saptanmıştır. Hastaların 9 (%52,9) hastada retrograd ejakülasyon saptanmıştır. Hastalardan 8'inde (%47) semen volümü <1,4 ml, 45'inde (%82,3) sperm motilitesi <%32 olarak saptanmıştır. Hastaların 7'sinde(%41,1) hem semen volümü <1,4 ml hem de sperm motilitesi <%32 saptanmıştır. Hastaların laboratuvar incelemelerinde testosteron düzeyi ortalama 4,38 ± 1,82 (1,45-8,2) ng/ml, FSH düzeyi ortalama 4,26 ± 2,1(1,71-8,5) mIU/ml'dir. Hastalarda 4'ü(%23,5) bekardı, 4'ü (23,5) spontan olarak çocuk sahibi olmuştur. Hastalardan 9'u (%53) primer infertil olarak saptanmıştır (Tablo 2).

**TARTIŞMA:** Erkek infertilitesinin tanımlanabilir risk faktörleri arasında sperm üretim bozuklukları, ejakulatuar kanallarındaki tıkanıklıkları, sperme karşı antikör varlığı, testis travması, hormonal bozukluklar, anatomik problemler, varikösel, geçirilmiş hastalıklar, enfeksiyonlar ve bazı ilaçlar bulunur. Literatürde polizoospermi ile erkek infertilitesi arasında ilişkiyi gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Polizoospermi nedeniyle tetkik edilen ve androloji polikliniğinde takiplerine devam eden hastaların %53,5'ü primer infertil olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular polizoospermiminin açıklanamayan erkek infertilitesinde bir etyolojik faktör olabileceğini göstermektedir. Polizoospermi ve infertilite arasındaki ilişki ile ilgili literatürde az sayıda çalışma mevcut olup bu grupların daha iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Polizoospermi, Retrograd Ejakülasyon, Semen Analizi



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo 1 ve Tablo 2**

<b>Tablo 1</b>	
HASTA ÖZELLİKLERİ (n=59)	SONUÇLAR
Yaş	39,7 ± 8,3
Semen Volümü (ml)	2,29 ± 1,28
Sperm Konsantrasyonu (M/ml)	218,5 ± 51
Motil Sperm Oranı (%)	28,4 ± 14,3
Normal Sperm Morfoloji Oranı	2,5 ± 1,8
Retrograd Ejekülasyon	18 (%30,5)
Semen Volümü <1,4 ml	18 (%30,5)
Sperm Motilitesi <%32	45 (%76,2)
Semen Volümü <1,4 ml ve Sperm Motilitesi <%32	15 (%25,4)
<b>Tablo 2</b>	
HASTA ÖZELLİKLERİ (n=17)	SONUÇLAR
Yaş	36,5 ± 9,7
Semen Volümü (ml)	2,02 ± 1,4
Sperm Konsantrasyonu (M/ml)	231,8 ± 53,4
Motil Sperm Oranı (%)	28,4 ± 14,3
Normal Sperm Morfoloji Oranı	2,2 ± 1,5
Retrograd Ejekülasyon	9 (%52,9)
Semen Volümü <1,4 ml	8 (%47)
Sperm Motilitesi <%32	14 (%82,3)
Semen Volümü <1,4 ml ve Sperm Motilitesi <%32	7 (%41,1)
Transrektal USG (n=5)	
Normal	2 (%44)
Anormal	3 (%66)
Sağ Testis Volümü (ml)	19,6± 2,46
Sol Testis Volümü (ml)	18,76 ± 2,38
FSH (mIU/ml)	4,26 ± 2,1
Testestoron (ng/ml)	4,38 ± 1,82
Fertilite	
Bekar	4(%23,5)
Fertil	4(%23,5)
İnfertil	9(%53)



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-14 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Peyronie Hastalarında Medikal Tedavinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Mehmet Gürcan<sup>1</sup>, Arda Tunç Aydınoglu<sup>1</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>, Ates Kadioglu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Androloji Bilim Dalı, İstanbul.

**AMAÇ:** Peyronie hastalığı (PH) tunica albuginea'da fibrotik plak oluşumu ile karakterize, peniste ağrı, deformite ve erektil disfonksiyon ilişkili bir hastalıktır. Farklı ülkelerde gerçekleştirilen araştırmalara göre, Peyronie hastalığının (PH) yaygınlığı %0,39 ile %20,3 arasında değişmektedir. PH'nin insidansı 50 ile 59 yaşları arasında pik yapmaktadır. Peyronie hastalığı akut ve kronik faz olmak üzere iki aşamadır. Akut faz genellikle hastalığın başlangıcından 12-18 aya kadar süregelen aşamadır. Bu dönemin karakteristik özelliği flask veya ereksiyon halinde peniste ağrı ve deformitenin progresse olmasıdır. Kronik faz ise genellikle 18 aydan sonra ağrının geçtiği ve deformitenin stabilize olduğu aşamadır. Medikal tedavide literatürde değişik ajanlar tanımlanmıştır. Bu çalışmada kolşisin, pentoksifilin ve tadalafil kombine tedavisinin Peyronie hastalığının akut fazında etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**YÖNTEMLER:** Peyronie hastalığı nedeniyle 2004-2016 yılları arasında başvuran ve medikal tedavide tadalafil, kolşisin ve pentoksifilin kombine tedavisi uygulanan 116 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve dahil edilmiştir. Bütün hastaların demografik verileri, medeni durumu, Peyronie hastalığı başlangıç yaşı, Peyronie hastalığı başlangıcından medikal tedaviye kadar geçen süre, tedavi süreleri, başvuru anında ağrı varlığı, tedavi öncesi deformite dereceleri, medikal tedavi seçenekleri, medikal tedaviden alınan yanıtlar, medikal tedavi sonrası ağrının devam edip etmediği, medikal tedavi sonrası deformite dereceleri, medikal tedavi sonrası cerrahi işlem yapılan hastaların oranı, hastaların komorbiditeleri, eşlik eden erektil disfonksiyon varlığı ve sigara kullanım öyküleri not edildi.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya dahil edilen 116 hastanın yaş ortalaması 54,1±9,4 (27-76), hastalardan 14'ü(%12) bekar, 102'i(%88) evliydi. Hastaların ortalama Peyronie başlangıç yaşı 53,7±9,6 (27-75), Hastaların 17'sinde(%14,6) Diyabetes Mellitus(DM), 21'inde(%18,1) hipertansiyon(HT), 18'inde(%15,5) kardiyovasküler hastalıklar(KVH) mevcuttu. 49(%37,7) hastada sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların 66'inde (%56,8) eşlik eden erektil disfonksiyon şikayetleri mevcuttu. Ortalama PH başlangıcından tedavi başlangıcına kadar geçen süre ortalama 5,6±4,0(1-24) ay, ortalama tedavi süresi 9±5(1-36) aydır. Hastaların 42'ünde (%36,2) başvuru anında penil ağrı mevcuttu, 41'inde (%35,3) başvuru anında penil ağrı yoktu. Hastaların 33'ünün (%28,5) ağrı anamnezine ulaşamadı. Medikal tedavi sonrasında başvuru sırasında ağrı olan hastaların 17'ünde (%40,4) ağrı geçerken, 13'sinde (%30,9) ağrı devam etmekteydi. 12(%29,7) hastanın tedavi sonrası ağrı bilgisine ulaşamadı. Hastaların tedavi öncesi ortalama deformite dereceleri 39,7±16,01 (5-90) dereceydi. Tedavi sonrası deformitenin ortadan kalktığı hasta sayısı 7(%6), deformitenin azaldığı hasta sayısı 18(%15,5), deformitenin sabit kaldığı hasta sayısı 47(%40,5), deformitenin progresse olduğu hasta sayısı 31(%26,7) saptanmıştır. 13 (%11,2) hastanın tedavi sonrası deformite bilgilerine ulaşamadı. Medikal tedavi alan 42(%36,2) hastaya çeşitli cerrahi prosedürler uygulanmıştır. 11 hastaya Nesbit prosedürü, 17 hastaya venöz greft uygulaması (IVP), 1 hastaya penil plikasyon, 8 hastaya Nesbit prosedürü + venöz greft uygulaması, 3 hastaya penil protez implantasyonu (PPI), 2 hastaya PPI + Nesbit prosedürü uygulanmıştır. (Tablo 1)

**TARTIŞMA:** Literatürde Peyronie hastalığının medikal tedavisinde çeşitli ajanlar kullanılmaktadır ve standardize edilmiş bir tedavi stratejisi bulunmamaktadır. Bu çalışmada literatürde de en sık uygulanan oral medikal ajanlar olan tadalafil, pentoksifilin ve kolşisinin ağrı ve deformite üzerindeki etkinliği değerlendirilmiştir. Ağrı şikayeti olan hastaların %40,4'i medikal tedaviden fayda görmüştür. Deformitenin ortadan kalkması, azalması veya stabilize olması medikal tedavinin faydası olarak değerlendirildiğinde hastaların %62,06'sı medikal tedaviden fayda görmüştür. Literatürde Peyronie hastalığının akut döneminde oral medikal tedavi seçeneklerinin etkinliği ile ilgili çalışmalar az sayıda olup bu grupların daha iyi tanınmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolşisin, Tadalafil, Peyronie hastalığı, Pentoksifilin



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo 1**

Hasta Özellikleri	Sonuçlar
Yaş	54,1 ± 9,4
Medeni Durum	
Evli	102 (%88)
Bekar	14 (%12)
PH başlangıç yaşı	53,7 ± 9,6
Komorbiditeler	
DM	17 (%14,6)
HT	21 (%18,1)
KVH	18 (%15,5)
Sigara öyküsü	49 (%37,7)
Eretil disfonksiyon	66 (%56,8)
PH başlangıcından tedavi başlangıcına kadar geçen süre	5,6 ± 4,0
Penil ağrı	
Var	42(%36,2)
Yok	41(%35,3)
Bilinmiyor	33(%28,5)
Tedavi sonrası penil ağrı	
Var	17(%40,4)
Yok	13(%30,9)
Bilinmiyor	12(%29,7)
Tedavi öncesi deformite derecesi ortalama	39,7 ± 16,01
Tedavi sonrası deformite derecesi	
Kaybolan	7 (%6)
Regrese	18 (%15,5)
Stabil	47 (%40,5)
Progrese	31 (%26,7)
Bilinmiyor	13 (%11,2)
Cerrahi işlem uygulanan hastalar	42
Nesbit prosedürü	11 (%26,2)
IVP	17(%40,4)
Penil Plikasyon	1 (%2,4)
PPI	3 (%7,1)
IVP + Nesbit prosedürü	8 (%19)
PPI + Nesbit prosedürü	2 (%4,7)





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-15 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### İnfertilite Nedeniyle Androloji Bilim Dalına Başvuran Hiperspermik Hastaların Fertilitesinin Değerlendirilmesi

Mehmet Gürçan<sup>1</sup>, Melin İnci Mercan<sup>3</sup>, İlyas Hakan Ulaş<sup>3</sup>, Ahmet Halil Sevinç<sup>4</sup>, Samet Şenel<sup>5</sup>, İlker Teke<sup>1</sup>, Alper Otunçtemur<sup>6</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>, Ates Kadioglu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Androloji Bilim Dalı, İstanbul.

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul.

<sup>5</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara.

<sup>6</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul.

**AMAC:** Semen hacmi sperm konstanstrasyonu, sperm motilitesi ve sperm morfolojisi ile birlikte semen analizindeki en önemli parametrelerden biridir. Ejekülat hacminin (2-7 günlük cinsel perhizden sonra refleksejonik ereksiyon ile elde edilen) normal aralığı 1,4-6,0 ml'dir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 semen analizi kılavuzunda semen volümü>6,0 ml olması durumu hiperspermi olarak tanımlanır. Literatürde hipersperminin değerlendirildiği az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı hiperspermili olguları diğer sperm parametreleri ile birlikte değerlendirilerek erkek fertilitesi üzerine etkilerini araştırmaktır.

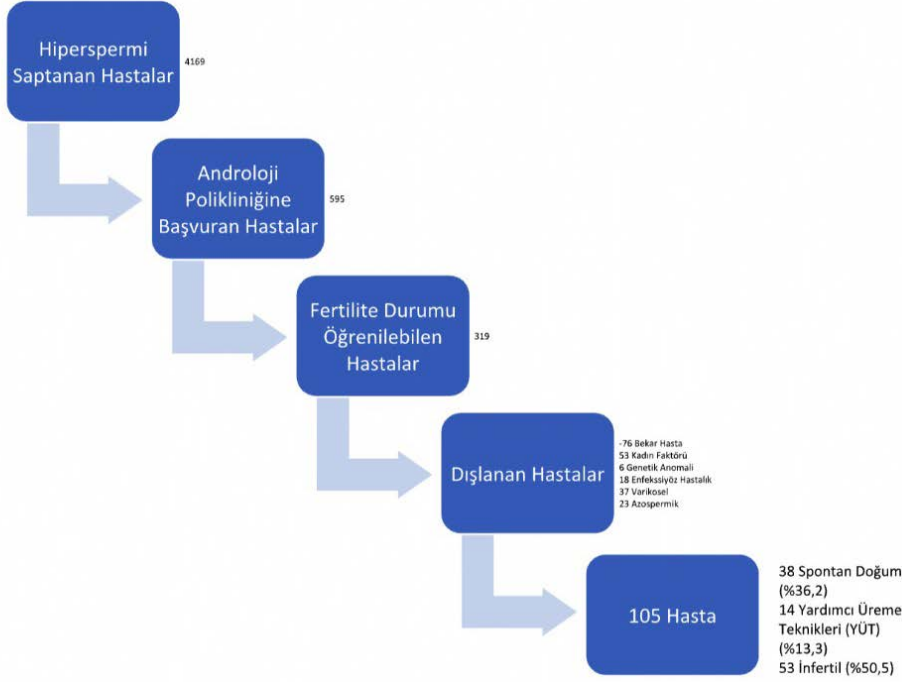
**YÖNTEMLER:** Çalışmada 2013-2023 yılları arasında infertilite nedeniyle değerlendirilen semen volümü >6ml olan 18 yaşından büyük olan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların yaş, kronik hastalıkları, testis volümleri, geçirilmiş skrotal cerrahi öyküleri, geçirilmiş inflamatuvar ve infeksiyöz hastalıkları, sigara kullanımı ve BMI gibi karakteristik özellikleri kaydedildi. Hastaların semen volümlerinin yanında sperm konsantrasyonu, sperm motilitesi, sperm morfolojisi gibi semen parametreleri değerlendirildi. Hastaların hormon parametreleri (FSH, Total Testosteron), varsa skrotal USG bulguları not edildi. Sperm konstanstrasyonu <5 Milyon olan hastaların karyotip ve Y kromozom mikrolezyon bulguları belirtildi. Bu çalışmada soliter testis, testis travma öyküsü, kriptoörşidizm öyküsü, varikosel, azopermi, epididim faktörü veya kromozomal anomaliler gibi tanımlanabilir erkek faktörü olan hastalar ve kadın faktörünün eşlik ettiği hastalar dışlandı. Semen analizinde semen volümü >6 ml olan 4169 hasta retrospektif olarak tarandı. Bu hastalardan androloji polikliniğine infertilite nedeniyle başvuran hasta sayısı 1514 olarak saptandı. Takiplerine devam eden hasta sayısı 595 olarak bulundu. Telefonla ulaşılabilen 313 hastanın fertilite durumları not edildi.

**SONUÇLAR:** 313 hastanın 76'sı bekarıdı. 237 hastanın 53'ünün eşinde anatomik veya hormonal açıdan kadın faktörü mevcuttu. Bunların 31'inde hormonal, 22'sinde anatomik faktörler mevcuttu. 184 hastadan 5 tanesinin genetik incelemesinde otozomal anomali, 1 tanesinde AZFc mutasyonu mevcuttu. 1 hastada testis tümörü nedeniyle radikal orşiektomi öyküsü mevcuttu. 18 hasta epididimit/epididimorşiti geçirmişti. 160 hasta incelendiğinde 34'nde(%21,2) sol, 3'ünde(%1,8) bilateral olmak üzere 37'sinde(%23,1) varikosel mevcuttu. 23 hastanın semen analizinde azospermi mevcuttu (%14,4). 105 hastanın fertilite durumu diğer faktörler dışlanarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen 105 hastanın yaş ortalaması 34,51± 5,69 (21-49)'dir. Hastaların semen analizleri incelendiğinden ortalama semen hacmi 6,89±0,99(6-11,32) ml, ortalama sperm konsantrasyonu 22,2 ± 9,9(0,1-96) M/ml, motil sperm oranı ortalama %38,84±15,6(0-83), normal sperm morfoloji oranı ortalama %1,4(0-6) saptanmıştır. Hastaların laboratuvar incelemelerinde testosteron düzeyi ortalama 5,07 ± 2,33(1,21-15) ng/ml, FSH düzeyi ortalama 5,2± 3,39(0,11-18,54) mIU/ml'dir. Testis volümleri sağ testis için ortalama 17,9 ± 3,64(10-30) ml, sol testis için ortalama 17,41± 3,84(4-30) ml saptanmıştır. 48 hastanın sigara anamnezi mevcuttu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 26,69± 3,35(19,91-44,98) kg/m<sup>2</sup>'dir. 105 hastanın 38'i(%36,2) spontan olarak, 14'ü(%13,3) yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olmuştur. (Tablo 1)

**TARTIŞMA:** Erkek infertilitesinin tanımlanabilir risk faktörleri arasında sperm üretim bozuklukları, ejakulatuar kanallarındaki tıkanıklıkları, sperme karşı antikor varlığı, testis travması, hormonal bozukluklar, anatomik problemler, varikosel, geçirilmiş hastalıklar, infeksiyonlar ve bazı ilaçlar bulunur. Literatürde hiperspermi ile erkek infertilitesi arasında ilişkiyi gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır. İnfertilite nedeniyle androloji polikliniğine başvuran hiperspermik (semen volümü >6 ml) hastalar, diğer infertilite nedenleri dışlanarak değerlendirildiğinde %50,5 infertil olarak saptanmıştır. Bu bulgular hipersperminin açıklanamayan erkek infertilitesinde bir etyolojik faktör olabileceğini göstermektedir. Hiperspermi ve infertilite arasındaki ilişki ile ilgili literatürde az sayıda bilgi mevcut olup bu grupların daha iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperspermi, İnfertilite, Semen Analizi

**Şekil 1**



**Tablo 1**

Hasta Özellikleri (n=105)	Sonuçlar
Yaş	34,51 ± 5,69
Semen Volümü (ml)	6,89 ± 0,99
Sperm Konsantrasyonu (M/ml)	22,2 ± 9,9
Motil Sperm Oranı (%)	38,84 ± 15,6
Normal Sperm Morfoloji Oranı	1,4
Sağ Testis Volümü (ml)	17,9 ± 3,64
Sol Testis Volümü (ml)	17,41 ± 3,84
FSH (mIU/ml)	5,2 ± 3,39
Testestoron (ng/ml)	5,07 ± 2,33
Sigara	48
BMI	26,69 ± 3,35
Fertilite	38 (%36,2)
Spontan Fertil	14 (%13,3)
Yardımcı Üreme Teknikleri ile Fertil	53 (%50,5)
İnfertil	



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-16 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Sistemik inflamasyon belirteçlerinin peyronie hastalığı ile ilişkisi

Hakan Cakir<sup>1</sup>, Ufuk Çağlar<sup>2</sup>, Faruk Ozgor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fulya Acibadem Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

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

**AMAÇ:** Çalışmamızda tam kan sayımında kolayca hesaplanabilen sistemik inflamasyon belirteçlerinin peyronie hastalığı ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2017- Ocak 2024 tarihleri arasında peyronie hastalığı nedeniyle tedavi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta demografik verileri ve laboratuvar sonuçları hastane veri tabanından ulaşılarak retrospektif olarak not edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, vücut kitle indeksi ve komorbiditeler) ile 1:1 eşleşecek şekilde aynı hasta sayısında kontrol grubu oluşturularak verileri not edildi. 18 yaş altı hastalar, bilinen hematolojik veya onkolojik hastalığı olan hastalar, peyronie hastalığı aktif döneminde olan hastalar, aktif enfeksiyonu olan hastalar ve verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Sistemik enflamatuvar belirteçler hemogram parametrelerinin oranları ile hesaplandı. (NLR: nötrofil-lenfosit oranı, LMR: lenfosit-monosit oranı, PLR: platelet-lenfosit oranı, NER: nötrofil-eozinofil oranı). SII indeks formülü: (nötrofil sayısı x platelet sayısı)/lenfosit sayısı idi. Hasta demografik verileri ve inflamatuvar belirteçler peyronie grubu ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya her grupta 42 hasta olacak şekilde toplam 84 kişi dahil edildi. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi, ASA skoru ortalamaları gruplar arasında benzerdi. Komorbiditeler (hipertansiyon, diyabetis mellitus ve koroner arter hastalığı) ve sigara kullanım oranları da gruplar arasında benzer hesaplandı. Sistemik enflamatuvar belirteçlerden NLR, LMR, PLR ve SII değerleri gruplar arasında benzer hesaplandı. NER değeri peyronie grubu için  $33.5 \pm 12.1$  idi ve kontrol grubundaki  $20.1 \pm 10.5$  değerine göre istatistiksel olarak yüksekti.

**SONUÇ:** Çalışmamızın sonuçları sistemik inflamatuvar belirteçlerden sadece NER değerinin peyronie hastalığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Kan hücrelerinden eozinofil diğer kan hücrelerine kıyasla peyronie hastalığı patofizyolojisi ile ilgili olabileceği öngörülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** eozinofil, peyronie, sistemik inflamasyon indeksi



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo 1: Hasta demografik verilerinin ve sistemik inflamatuvar belirteçlerin gruplar arasında karşılaştırılması**

	Peyronie (n: 42)	Kontrol (n: 42)	P değeri
Yaş (yıl)	57.0±9.8	58.2±10.4	0.816
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	25.6±5.5	25.4±6.3	0.739
ASA skoru	1.6±0.6	1.4±0.6	0.315
Hipertansiyon	24 (57.1%)	23 (54.8%)	0.826
Diyabetis mellitus	12 (28.6%)	13 (30.9%)	0.811
Koroner arter hastalığı	8 (19.0%)	6 (14.3%)	0.558
Sigara kullanımı	16 (38.1%)	19 (45.2%)	0.507
Preoperatif inflamatuvar belirteçler			
NLR	2.7±1.2	2.4±1.1	0.314
LMR	3.6±2.9	3.8±1.3	0.673
PLR	123.3±35.4	142.4±52.7	0.145
NER	33.5±12.1	20.1±10.5	<b>0.001</b>
SII	546.3±272.4	665.5±242.7	0.178

NLR: nötrofil-lenfosit oranı, LMR: lenfosit-monosit oranı, PLR: platalet-lenfosit oranı, NER: nötrofil-eozinofil oranı, SII: sistemik inflamatuvar indeks



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-17 [Prostat ve Üretra Hastalıkları]

#### **Bipolar prostat enükleasyonu (BipolEP) yapılan hastalarda perimontanal doku bırakmanın retrograd ejakülasyona etkisi**

Gönenç Kuş, Kadir Eryılmaz, Sefa Alperen Öztürk, Taylan Oksay, Mustafa Bozlu  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Prostat bezi androlojide merkezi bir rol oynar. Hem infertilite hem de cinsellikte rol oynamakla beraber ejakülasyon ve orgazmda önemli rol oynar. Bu durum androlojik semptomlar ile prostat patolojileri arasındaki ilişkiyi açıklayabilir. Benign prostat hiperplazisi (BPH), 50 yaş ve üzeri erkeklerin yaklaşık %80'inde alt üriner sistem semptomlarından (AÜSS) sorumludur. BPH'nin klinik değerlendirmesinde ilk aklımıza AÜSS gelmekte olup ilişkili cinsel bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Bu cinsel işlev bozuklukları içerisinde BPH ile bağlantılı ejakülasyon bozuklukları nadir de olsa görülür. AÜSS ile başvuran hastaların yaklaşık %30'unda ejakülasyon bozuklukları mevcuttur. Günümüzde BPH'nin cerrahi olarak altın standart tedavisi transüretral rezeksiyondur (TURP). Literatüre baktığımızda; TURP sonrası %50-70 oranında retrograd ejakülasyon görülmektedir. Yine aynı şekilde transüretral insizyon (TUIP) sonrası retrograd ejakülasyon %21-35 oranında görülmekte. Yapılan çalışmalara bakıldığında lazer veya bipolar enerji ile enükleasyon yapılan vakalarda verumontanum önünde yaklaşık 1 cm'lik doku bırakıldığında retrograd ejakülasyonun %11-36 oranında olduğu görülmüştür. Klasik TURP veya enükleasyonla karşılaştırıldığında retrograd ejakülasyonun azaldığı gözlemlenmiştir. Biz de kliniğimizde Haziran 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında cinsel olarak aktif ve yeterli ejakülasyona sahip 60 hastaya bipolar prostat enükleasyonu (BipolEP) uyguladık. Bu hastaların yaş, prostat hacmi, IEFF ve demografik verileri dokümanete edildi. Hastaların yaş ortalaması 67,3 saptanırken ortalama prostat hacmi 83,14 cc olarak saptandı. Hastaların 19'unda verumontanum önünde yaklaşık 1 cm'lik doku bırakıldı. Postoperatif dönemde 5 hastada retrograd ejakülasyon görülürken, 14 hastada antegrad ejakülasyon görüldü. Bu 19 hastanın 12'sinde alfa bloker kullanımı mevcut idi. Hiçbir hastanın preoperatif dönemde retrograd ejakülasyonu mevcut değildi. Postoperatif dönemde retrograd ejakülasyon oranımız yaklaşık olarak %26,3 olarak saptanmış olup antegrad ejakülasyon oranımız ise %73,6 saptandı. Literatüre baktığımızda; cerrahi yaklaşımdan bağımsız şekilde, anatomik olarak perimontanal doku korunmasının postoperatif dönemde retrograd ejakülasyonu önlemede önemli olduğu gösterilmiştir. Yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler literatürü desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** BipolEP, perimontanal doku, retrograd ejakülasyon



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

### SS-18 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### İnsülin Direncinin Göstergesi Olarak Yeni Bir Parametre; Triglicerid Glukoz İndeksi: Eretil Disfonksiyonu Öngörür mü?

Levent Özcan, Hasan Cem Yakut, Adil Maraz, Mustafa Erkoç, Emre Can Polat, Alper Ötünçtemur  
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji ABD, İstanbul

**GİRİŞ:** Eretil disfonksiyon (ED) erkeklerde görülen ve biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyokültürel sorunlarla ilişkili olabilen çok boyutlu bir hastalıktır. ED, obezite, hipertansiyon (HT), dislipidemi, egzersiz eksikliği, sigara ve insülin direncinin (IR) patolojide belirleyici bir rol oynadığı diabetes mellitus (DM), metabolik sendrom (MetS) gibi endokrin metabolik hastalıklarla ilişkilidir. Birçok çalışma alt üriner sistem semptomları (AÜSS), ED ve IR varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Bazı çalışmalar IR'nin, BPH olan hastalarda ED'nin belirleyicilerinden biri olduğunu bildirmiştir. IR'yi saptamak için altın standart yöntem glukoz klempidir. Homeostatik Model Değerlendirmesi (HOMA-IR) ve Kantitatif İnsülin Duyarlılığı Kontrol İndeksi (QUICKI) yöntemleri, IR'yi belirlemek için insülin ve glukoz seviyelerini kullanan glukoz klempine alternatif yöntemlerdir. Ancak insülin testinin pahalı olması ve gelişmiş ülkelerdeki çoğu laboratuvarında insülin testi yapılamaması bu indekslerin erişilebilirliğini sınırlamaktadır. Simental-Mendía ve arkadaşları tarafından geliştirilen trigliserit-glikoz indeksi (TyG), açlık serum glikoz ve trigliserit değerleri ile hesaplanan basit, ucuz ve kolay erişilebilir bir IR belirteçidir. Çalışmalar, TGI'nin IR için uygun bir tanı aracı olduğunu, hatta bazı durumlarda HOMA-IR'den daha iyi olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada TyG indeksi ile ED arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Materyal metod Polikiniğimize BPH'a bağlı AÜSS ile ilk defa başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalarda rutin AÜSS tetkiklerinin yanında serum trigliserid düzeyleri kaydedildi. Hastaların yaş, boy, kilo bilgileri kaydedildi. ED tanı ve sınıflaması için 5 soruluk Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) anketi kullanıldı. Kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar, testesteron eksikliği olanlar, prostat kanseri şüphesi olanlar ile genital muayenede anomali saptanan (atrofik testis, penil plak vb.) hastalar ve daha önce diyabet tanısı almış olanlar çalışma dışı bırakıldı.

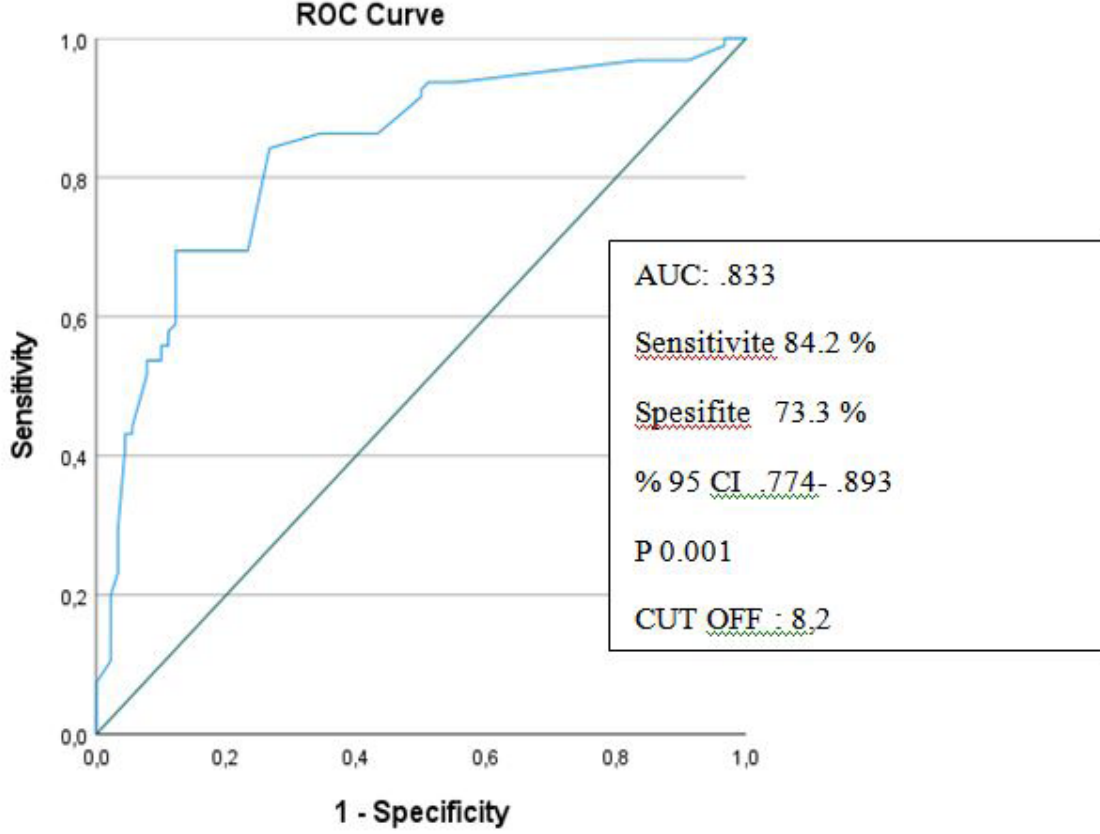
TyG indeksi logaritmik bir ölçekle ifade edilir ve aşağıdaki formülle hesaplanmıştır:  $\ln$  [açlık trigliseritleri (mg/dL) x açlık glukozu (mg/dL)/2]

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 185 hastanın 95 inde ED saptandı. TyG 'nin medyan değeri ED olan grupta 8.5 iken olmayan grupta 8.1 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p=0.001$ ). ROK eğrisi kullanılarak TyG nin optimal cut off değeri 8.2 olarak bulundu. TyG'nin ED'yi öngörmedeki duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %84.2 ve %73.3 olarak bulunmuştur. TGI nin 8.2 nin üzerinde olduğu 104 hastanın 80 inde ED saptanırken, 8.2 nin altında olan 81 hastanın 66 sında ED saptanmamıştır. Buna göre pozitif prediktif değer % 76.9, negatif prediktif değer % 81.5 olarak bulunmuştur. ED'yi öngören ve gruplar arası farkın anlamlı çıktığı TGI, sigara kullanımı ve VKİ değerleri lojistik regresyon ile değerlendirildi. Univariate analizde her üç değişkeninde ED öngörmede etkili olduğu bulurken yapılan multivariate analiz sonucunda ED yi öngörmede TGI' nin VKİ' den daha etkili olduğu görüldü. (sırası ile  $p = 0.001$ ,  $B = 2,528$   $\text{Exp}(B) = 12.534$ , CI [5.103-30.786];  $p = 0.001$ ,  $B = 0.712$ ,  $\text{Exp}(B) = 2.038$ , CI [1.575-2.636];  $p = 0.003$ ,  $B = 1.592$   $\text{Exp}(B) = 0.203$ , CI [0.072-0.572]).

**SONUÇ:** TyG indeksi, ED tanısında yararlı olabilecek IR'yi belirlemek için basit, ucuz ve kolayca bulunabilen bir indekstir. Daha fazla hasta sayısı ile prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil Disfonksiyon, İnsülin Direnci, Triglicerit Glukoz İndeks

### ROK analizi ile cutoff belirlenmesi



### Hastaların karakteristik özellikleri

	EREKTİL DİSFONKSİYON				
	VAR		YOK		P
YAŞ (yıl)	60 (46-65)		60 (50-65)		0.85a
GLUKOZ (mg/dl)	110 ( 70-110)		110 (60-115)		0.64a
TRİGLİSERİD (mg/dl)	100 (60-220)		75 (45-200)		0.001a*
TGI	8,5 (8-9,4)		8,1 (7,6-9,3)		0.001a*
BOY (m)	1,75 (1,65-1,85)		1,74 (1,65-1,85)		0.55a
KİLO (kg)	80 (60-110)		70 (60-100)		0.001a*
VKİ	25,8 (2-33,7)		22,8 (22-34,6)		0.001a*
BEL ÇEVRESİ (cm)	103 (80-110)		93 (90-108)		0.001a*
TESTOSTERON (µg/dl)	3.8 (3-5.9)		3.8 (3.1-6.1)		0.14a
TGI < 8.2	15 ( % 18.5)		66 ( %81.5)		0,001b*
TGI > 8.2	80 ( %76.9)		24 ( %23.1)		0,001b*
HİPERTANSİYON (N,%)	VAR	41 (51,2)	VAR	39 (48,8)	0,54b
	YOK	54 (51,4)	YOK	51 (48,6)	0,54b
SİGARA (N,%)	İÇİYOR	33 (73,3)	İÇİYOR	12 (26,7)	0,001b*
	İÇMİYOR	62 (44,3)	İÇMİYOR	78 (55,7)	0,001b*

a: Mann-Whitney U test, b: Chi-Square test, \*: istatiksels anlamlı (p < 0.005)



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-19 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Mikro-TESE Öncesi Yapılan Varikosektomi Sperm Elde Etme Başarısını Etkiliyor Mu?

Eyyup Sabri Pelit, İbrahim Halil Gördağ, İbrahim Demir, Bülent Katı, İsmail Yağmur, Mehmet Demir, Halil Çiftçi  
Harran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**GİRİŞ:** Klinik varikozel erkeklerin %10-20'sinde, primer infertilitesi olan erkeklerin %35-40'ında, sekonder infertilitesi olan erkeklerin ise %80'e varan oranlarda tespit edilmektedir. Varikozel hastaların %4-14'ünde oligozoospermiden azospermiye kadar değişen anormal sperm sayı düşüklüğüne neden olabilir. Bu çalışmada kliniğimizde non-obstrüktif azospermi nedeni mikro -TESE öncesi varikosektomi yapılan hastaların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**MATERYAL METOD:** 2018-2023 yılları arasında Harran Üniversitesi Üroloji Kliniğinde azospermi ile başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Toplam 227 hastadan 19'unda klinik varikozel saptanıp subinguinal mikroskobik varikosektomi yapıldı. Varikosektomi operasyonundan sonra 3.,6.,9.,12. aylarda spermiyogram bakıldı, azospermik devam eden hastalara mikro-TESE planlandı. Tüm hastalardan işlem öncesi periferik kandan kromozom analizi ve Y mikro delesyonu istendi. FSH, LH, östrodiol, total testosteron (TT) bakıldı ve eşleri infertilite açısından jinekolojik olarak muayene edildi. Fizik muayenede testis boyutları varikozel derecesi not edildi. Skrotal ultrasonografi ile testis boyutları ve varikozel mevcudiyeti kayıt altına alındı. Sperm elde edilen hastalar da ICSI prosedürü için sperm kriyoprezervasyon yapıldı. Sperm elde edilemeyen hastalardan testiküler örnek alınıp işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Toplamda yaş ortalaması  $28 \pm 6,1$  yıl olan 19 hasta dahil edildi. Klinik olarak palpable varikozel olanlar çalışmaya dahil edildi. Ortalama 12 aylık varikosektomi takibi sonrasında hiçbir hastada ejakülatta hareketli spermatozoa gözlenmedi. Çalışmaya dahil edilen 19 hastadan 13 (%63)'ünde sperm elde edildi. Hastaların hormon parametrelerinde herhangi bir anormallik yoktu. Mikro-TESE negatif olan 6 hastanın, 1'inde Sertoli cell-only, 2'sinde matürasyon arrest, 3'ünde hipospermatogenez paterni mevcuttu

**SONUÇ:** Varikozeli olan nonobstrüktif azospermik erkeklerde varikosektomi sonrası yapılan mikro TESE' de sperm elde etmek oranları, diğer azospermik hastalarda yapılan mikro-TESE'den daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** varikozel, azospermi, varikosektomi

**Tablo1.**

n:19	
Yaş (yıl)	$28 \pm 6,1$
İnfertilite süresi(yıl)	$4 \pm 2,8$
Testis boyutu (mm)	$14,42 \pm 4,26$
TESE (+)	13 (%63)
TESE (-)	6 (%37)
<b>Varikozel</b>	
Grade 1	0 (%0)
Grade 2	7 (%36)
Grade 3	12 (%64)
FSH (mIU/ml) *	$12,72 \pm 17,11$
LH (mIU/ml) *	$6,02 \pm 7,71$
Östrodiol pg/ml*	$19,55 \pm 9,55$
T. testosteron(ng/dl)*	$344 \pm 72,15$
<b>Patoloji</b>	
Hipospermatogenes	3 (%50)
Matürasyon arrest	2 (%33)
Sertoli cell only	1 (%16)





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-20 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Eretil disfonksiyon olan hastalarda Trigliserit Glukoz İndeks ile günlük Tadalafil 5mg tedavisine yanıt arasında bir ilişki var mı?

Levent Özcan, Adil Maraz, Hasan Cem Yakut, Mehmet Gökhan Çulha, Emre Can Polat, Alper Ötünçtemur  
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji ABD, İstanbul

**GİRİŞ:** Eretil disfonksiyon (ED), tatmin edici bir cinsel performansla izin verecek kadar ereksiyona ulaşamama veya ereksiyonu sürdürmemeye durumudur. Çalışmalara göre, metabolik sendromlu hastalar arasında ED prevalansı üç kat daha fazladır. Metabolik sendrom, yüksek düzeyde reaktif oksijen türlerine maruz kalan dokularda daha yüksek NO tüketimi ile birlikte NO sentezi ve salınımındaki azalmaya bağlı olarak endotel disfonksiyonu ile sonuçlanan merkezi bir mekanizma olan insülin direnci (IR) ile karakterizedir. Vasküler endotel disfonksiyonu ED gelişiminde merkezi bir rol oynamaktadır. IR'nin insüline dirençli obez farelerde vasküler endotelin-b reseptörünü indüklediği gösterilmiştir, bu da erektil dokuda artan reaktif oksijen türleri, endotel disfonksiyonuna ve vazokonstriksiyonun ilerlemesinden oluşur. ED'nin ilk basamak tedavisinde çeşitli fosfodiesteraz tip 5 inhibitörleri (PDE-5i) önerilmektedir. PDE-5 inhibitörleri ED hastalarının %30'unda fayda göstermeyebilir. Literatürde ED tedavisine yanıt tahmin etmek için C-reactive protein (hs-CRP), neutrophil-lymphocyte (NLR) ve platelet-lymphocyte oranı (PLR) gibi farklı inflammatuar belirteçler önerilmiştir. IR'yi saptamak için altın standart yöntem glukoz klempidir. Homeostatik Model Değerlendirmesi (HOMA-IR) ve Kantitatif İnsülin Duyarlılığı Kontrol İndeksi (QUICKI) yöntemleri, IR'yi belirlemek için insülin ve glukoz seviyelerini kullanan glukoz klempine alternatif yöntemlerdir. Ancak insülin testinin pahalı olması ve gelişmemiş ülkelerdeki çoğu laboratuvarında insülin testi yapılamaması bu indekslerin erişilebilirliğini sınırlamaktadır. Simental-Mendia ve arkadaşları tarafından geliştirilen trigliserit-glikoz indeksi (TGI), açlık serum glikoz ve trigliserit değerleri ile hesaplanan basit, ucuz ve kolay erişilebilir bir IR belirtecidir. Çalışmalar, TGI'nin IR için uygun bir tanı aracı olduğunu, hatta bazı durumlarda HOMA-IR'den daha iyi olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın amacı insülin rezistansının belirteci olarak TGI'nin tadalafil 5 mg cevabını öngörmedeki etkisini belirlemektir.

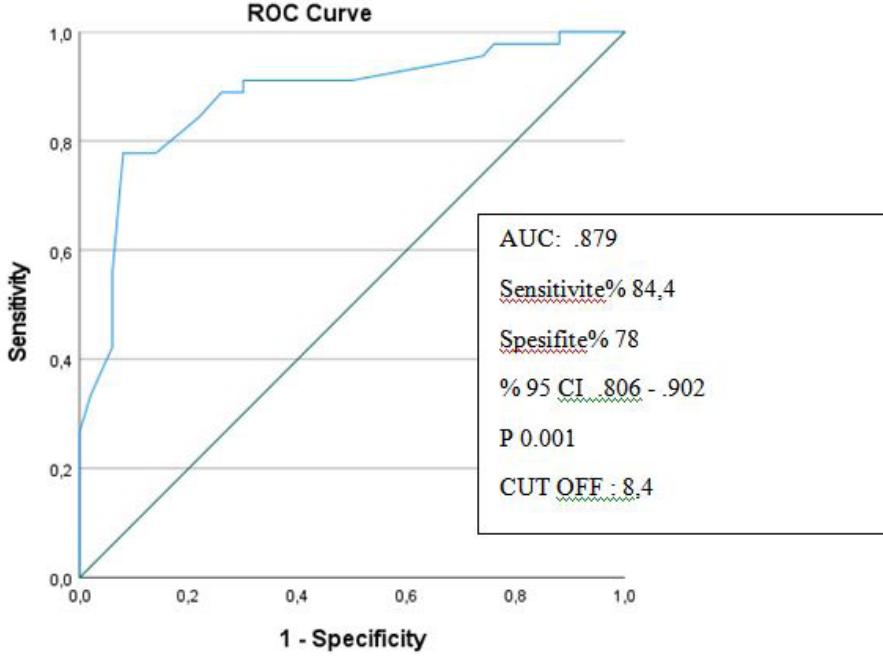
**MATERYAL METOD:** 2020-2023 yılları arasında Üroloji kliniğimize başvuran BPH ile ilişkili LUTS nedeniyle başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Dahil edilme kriterleri, AÜSS nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaların Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) skoru <22 olup herhangi bir ED tedavisi almamış, ve tedavi için en az 3 ay boyunca günde 5 mg tadalafil kullanan hastalar olarak belirlendi. İskemik kardiyak veya serebrovasküler hastalığı, Peyronie hastalığı, pelvik cerrahi veya pelvik travma öyküsü olan hastalar, sekonder hipogonadizm, hipertiroidizm, konjestif kalp yetmezliği öyküsü olan hastalar ile erektil fonksiyonu etkileyebilecek ilaçları kullanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Günlük 5 mg Tadalafil'e yanıt, tedavinin üç ay sonrasında Global değerlendirme sorusu (GAQ) ile değerlendirilmiştir. Hastalar GAQ'ya verdikleri yanıtlara göre iki gruba ayrılmıştır ('evet' = yanıt veren, 'hayır' = yanıt vermeyen). TGI indeksi logaritmik bir ölçkle ifade edilir ve aşağıdaki formülle hesaplanmıştır:  $\ln [\text{açlık trigliseritleri (mg/dL)} \times \text{açlık glukozu (mg/dL)} / 2]$

**BULGULAR:** 50 (% 52,6) hastada tadalafil yanıtı gözlemlendi. TGI medyan değeri bu hastalarda 8.3 iken yanıt vermeyen grupta 8.7 idi. Bu fark istatistiksel anlamlı bulundu ( $p=0.001$ ). TGI için yanıtı öngörmede cut of değeri 8.4 bulundu (sensitivite % 84.4, spesifite % 78). Ayrıca TGI'nin yanıtı öngörmede pozitif prediktif değeri %84.8 olarak bulundu. Yanıtı öngören ve gruplar arası farkın anlamlı çıktığı TGI ve sigara kullanımı değerleri lojistik regresyon ile değerlendirildi. Multivariate analiz sonucunda ED'yi öngörmede TGI'nin sigara kullanımından daha etkili olduğu görüldü. (sırası ile  $p=0.001$ ,  $B=2.822$ ,  $\text{Exp}(B)=16.843$ ,  $\text{CI}[5.872-49.171]$ ).

**SONUÇ:** TGI, ED hastalarında günde 5 mg tadalafil tedavisinin sonucunu tahmin etmek için uygun maliyetli ve hızlı bir test olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, Tadalafil 5mg, Trigliserit Glukoz İndeks

### ROK analizi ile cutoff değerinin belirlenmesi



### Hastaların karakteristik özellikleri

	TADALAFİL 5 MG YANITI				
	VAR		YOK		P
YAŞ (yıl)	60 (45-60)		59 (50-65)		0.209a
GLUKOZ (mg/dl)	90 (70-110)		110 (80-110)		0.001a*
TRİGLİSERİD (mg/dl)	100 (60-180)		120 (70-220)		0.001a*
TGI	8,3 (8-9,2)		8.7 (8.2-9.4)		0.001a*
BOY (m)	1,75 (1,65-1,85)		1.75 (1,65-1,8)		0.80a
KİLO (kg)	79 (60-90)		80 (60-100)		0.72a
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25,8 (22-32)		25,8 (22-33,7)		0.91a
BEL ÇEVRESİ (cm)	103 (80-108)		103 (90-110)		0.50a
TESTESTERON (µg/dl)	3.85 (3 - 5.9)		3.8 (3.1-5.5)		0.20a
TGI < 8.4	39 (%15.2)		7 (%84.8)		0,001b*
TGI > 8.4	80 (% 76.9)		24 (% 23.1)		0,001b*
HİPERTANSİYON (N,%)	VAR	20 (40)	VAR	22 (48,9)	0.253b
	YOK	30 (60)	YOK	23 (51,1)	0.253b
SİGARA (N,%)	VAR	21 (42)	VAR	34 (75,6)	0.001b*
	YOK	29 (58)	YOK	11 (24,4)	0.001b*

a: Mann-Whitney U test, b: Chi-Square test, \*: istatistiksel anlamlı (p < 0.005)



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

### SS-21 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Eretil disfonksiyon ile platelet/nötrofil oranı arasındaki ilişki

Abdullah Gul, Salim Zengin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

**AMAÇ:** Diğer etiyolojik faktörlerle karşılaştırıldığında erektil disfonksiyonda (ED) vaskülojenik nedenler daha baskındır ve tüm ED vakalarının büyük çoğunluğundan sorumludur. Vaskülojenik risk faktörlerinin tetiklediği ED’de altta yatan ortak patofizyolojik yol inflamasyon, ateroskleroz ve endotel disfonksiyonudur. Platelet ve nötrofillerin inflamasyon gelişiminde önemli rolleri olduğu bilinmektedir. İnflamasyon belirteci olarak çeşitli çalışmalarda değerlendirilen platelet nötrofil oranının (PNR), ED ile ilişkisinin olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde Aralık 2022 – Aralık 2023 tarihleri arasında ED tanısı konmuş ve herhangi bir başka androlojik yakınmalarla tetkik edilmiş hastalar geriye dönük olarak tarandı. Katılımcıların erektil fonksiyonları IIEF-5 formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Açlık kan şekeri (AKŞ), hemoglobin A1c (HbA1c), total kolesterol, trigliserid, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet, vücut kitle indeksi (VKİ) ve PNR hesaplanarak kayıt altına alınmıştır. Hastalar, uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk formu (IIEF-5) doldurularak aldıkları puana göre ED’si olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) olarak kategorize edilerek kıyaslama yapılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen katılımcıların ortalama yaşı  $43,95 \pm 12,74$  yıl idi. Grup 1’de 82 (%63,1) hasta, Grup 2’de ise 48 (%36,9) hasta bulunmaktadır. Grup 1’de yaş, VKİ, AKŞ, HbA1c ve platelet düzeyi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,042$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,035$ ). HDL kolesterol düzeyi Grup 1’de anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ( $p=0,004$ ). PNR düzeyi Grup 1’de ortalama  $61,35 \pm 21,57$  ve Grup 2’de ortalama  $60,26 \pm 23,12$  olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,787$ ) (Tablo 1). Koroner arter hastalığına sahip kişi sayısı Grup 1 de anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,046$ ). Diğer komorbid durumlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**SONUÇ:** Çalışmamızda, ED grubunda PNR düzeyi daha yüksek saptanmasına rağmen, istatistiksel açıdan anlamlı seviyeye ulaşmamıştır. Geniş kapsamlı, prospektif ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, platelet nötrofil oranı, IIEF

**Tablo 1. İki grup arasındaki verilerin karşılaştırılması**

	Grup 1 (n:82) Ortalama $\pm$ SD	Grup 2 (n:48) Ortalama $\pm$ SD	p değeri
Yaş (yıl)	$49 \pm 11,57$	$35,33 \pm 9,70$	0,001
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	$28,05 \pm 3,86$	$26,97 \pm 2,14$	0,042
Açlık Kan Şekeri (AKŞ) (mg/dL)	$122,21 \pm 65,65$	$87,98 \pm 20,08$	0,001
Glikolize Hemoglobin (HbA1c) (%)	$6,39 \pm 1,82$	$5,43 \pm 0,45$	0,001
Trigliserid (mg/dL)	$178,05 \pm 116,72$	$159,71 \pm 147,21$	0,435
Total Kolesterol (mg/dL)	$186,20 \pm 35,70$	$197,21 \pm 37,46$	0,098
HDL Kolesterol (mg/dL)	$41,69 \pm 9,70$	$47,02 \pm 10,21$	0,004
LDL Kolesterol (mg/dL)	$111,33 \pm 34,97$	$123,64 \pm 35,35$	0,056
Hemoglobin (g/dL)	$14,98 \pm 1,54$	$15,12 \pm 0,90$	0,568
Lökosit (mcL)	$7,94 \pm 2,20$	$7,30 \pm 1,99$	0,099
Nötrofil (mcL)	$4,66 \pm 1,61$	$4,34 \pm 1,48$	0,267
Lenfosit (mcL)	$2,40 \pm 0,70$	$2,25 \pm 0,60$	0,199
Platelet (mcL)	$261,50 \pm 59,36$	$238,04 \pm 62,50$	0,035
Platelet/Nötrofil ratio	$61,35 \pm 21,57$	$60,26 \pm 23,12$	0,787



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-22 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Eretil disfonksiyon üzerine sıkça sorulan sorular: uzman mentorler eşliğinde yapay zekanın verdiği cevapların değerlendirilmesi**

Muharrem Baturu<sup>1</sup>, Mehmet Solakhan<sup>2</sup>, Tanyeli Güneyligil Kazaz<sup>3</sup>, Özlem Başgut<sup>1</sup>, Ömer Bayrak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Medical Point Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>3</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Bu çalışmada, erektil disfonksiyon hakkında sıkça sorulan sorulara yapay zeka tarafından üretilen cevapların doğruluğu değerlendirildi. Kesitsel bir analizde, Google arama motorunda aranan erektil disfonksiyonla ilgili 56 soru; nedenler, tanı, tedavi seçenekleri, tedavi komplikasyonları, koruyucu önlemler, diğer hastalıklarla ilişki, tedavi maliyetleri, bitkisel ajanlarla tedavi ve randevular olarak 9 kategoriye ayrıldı. ChatGPT 3.5, ChatGPT 4 ve BARD'den gelen cevaplar, iki deneyimli üroloji uzmanı tarafından doğruluk, ilgililik ve anlaşılabilirlik açısından F1 ve Global Quality Scale (GQS) kullanılarak değerlendirildi. ChatGPT 3.5 ve ChatGPT 4, nedenler ( $p<0.001$ ), tedavi seçenekleri ( $p<0.001$ ), koruyucu önlemler ( $p=0.013$ ), diğer hastalıklarla ilişki ( $p=0.006$ ) ve bitkisel ajanlarla tedavi ( $p=0.043$ ) kategorilerinde BARD'den daha yüksek GQS'lar elde etti. F1 puanları; nedenler (1), tanı (0.857), tedavi seçenekleri (0,726) ve koruyucu önlemler (1) kategorilerinin doğruluğunu ve kılavuzlarla uyumluluğunu gösterdi. Cevap kalitesi açısından ChatGPT 3.5 ve ChatGPT 4 arasında önemli bir fark bulunmamakla birlikte, her ikisi de BARD'den daha iyi bir GQS performansı gösterdi. Bu sonuçlar, yapay zeka tarafından oluşturulan tıbbi bilgilerin sürekli olarak geliştirilmesi ve doğrulanması ihtiyacını ve yapay zeka sistemlerinin erektil disfonksiyon hakkında güvenilir bilgi sağlamadaki önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** BARD, ChatGPT, doğruluk, erektil disfonksiyon, uzman değerlendirmesi, yapay zeka.



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-23 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Gömük penisin cerrahi tedavisinde suprapubik lipektomi ve penoskrotal Z-plasti; uzun dönem sonuçlar ve hasta memnuniyeti**

Muhlis Ünal<sup>1</sup>, Engin TELLİ<sup>1</sup>, Naci Burak Çınar<sup>1</sup>, Murat Ustuner<sup>2</sup>, Enes Abdullah Baynal<sup>1</sup>, Ibragim Kaldarov<sup>1</sup>, Mustafa Melih Culha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

**AMAÇ:** Penis kısalığı nedeniyle başvuran hastaların bir kısmında gömük penis ve skrotal web teşhis edilmektedir. Bu olgularda kliniğimizde uzun süredir uygulanan suprapubik lipektomi ve penoskrotal Z-plasti ameliyatının etkinliğini, uzun dönem sonuçlarını ve hasta memnuniyetini araştırdık.

**YÖNTEM:** 2008-2023 yılları arasında penis kısalığı yakınması ile başvuran ve gömük penis teşhis edilen 61 olgu opere edilmiştir. Ortalama yaş  $37,6 \pm 7,1$ , vücut kitle endeksi ortanca  $26,2 \text{ kg/m}^2$  ( $20,4-31,7 \text{ kg/m}^2$ ) ve gerdirilmiş penis boyu ortalama  $10,3 \pm 2,4 \text{ cm}$  olarak hesaplandı. 2 olguda (%3,2) peyronie hastalığı, 2 olguda (%3,2) konjenital mikropenis, 8 olguda penil protez implantasyonu sonrası penis kısalığı yakınması vardı. Diğer 49(%80,3) olguda sadece gömük penis ve skrotal web tespit edildi.

**BULGULAR:** Peroperatif komplikasyon izlenmedi. Operasyon süresi ortalama  $75 \pm 11,2$  dakika hesaplandı. Postoperatif izlemde 41 olguda (%67,2) yara yeri ve peniste ödem, 22(%36) olguda suprapubik yara yeri açılması, 1 olguda (%1,6) yara yeri enfeksiyonu saptandı. Hastanede yatış süresi ortalama 2,2 gün (1-7) olarak hesaplandı. Ortalama izlem süresi 34 ay (5-51)dır. Olgularda gerdirilmiş penis boyu cerrahi sonrası ortalama  $2,3 \text{ cm} \pm 1,1$  arttı. Olguların 50'si (%81,9) postoperatif sonuçtan memnun olduğunu ve geçmişe dönüş olduğunda bu tedaviyi tekrar olacaklarını ifade ettiler.

**SONUÇ:** Gömük penisin cerrahi tedavisinde klinik olarak kendi geliştirdiğimiz yöntemin uzun dönem sonuçları cesaret vericidir.

**Anahtar Kelimeler:** gömük penis, skrotal web, suprapubik lipektomi, z-plasti



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-24 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Kavernozal yetmezlik teşhis edilen seçilmiş olgularda dorsal venektomi tedavisinin uzun dönem sonuçları**

Muhlis Ünal<sup>1</sup>, Engin TELLİ<sup>1</sup>, Serdar Baykal<sup>1</sup>, Kutlucan Çakmak<sup>1</sup>, Enes Malik Akdaş<sup>2</sup>, Mustafa Melih Culha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>2</sup>Kocaeli Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

**AMAÇ:** Kliniğimize primer erektil disfonksiyon yakınması ile başvurup dorsal venektomi yapılan seçilmiş olgularda tedavinin uzun dönem sonuçlarını irdeledik.

**YÖNTEM:** Kliniğimize 1995-2023 yılları arasında primer erektil disfonksiyon yakınması başvuran 44 olguya penil doppler ultrasonografi ve kavernozaometri yapıldı. Muayene ve biyokimyasal tetkikler sonrası diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon ve hormonal patolojisi olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Ortanca yaş 26,4(20-41) olarak hesaplandı. 12 olgu(%27,2) PDE5 yanıtızsız, 32 olgu(%72,7)da ise pozitif yanıt alındı. Preoperatif IIEF skoru ortalama 7,6±2,2 olarak hesaplandı.

**BULGULAR:** Medyan izlem süresi 28 (5-49) ay ve ortalama cerrahi süresi ise 63±9 dakika olarak hesaplandı. 42 olgu(%95,4) cerrahi sonrası ilk 10 gün içerisinde erektil kapasitenin hissedilir şekilde arttığını ifade etti. 12 aylık izlemde 39 olgu(%88,6) tedavinin etkili olduğunu söylerken medyan izlem süresi sonunda 35 olgu(%79,5) tedavinin etkinliğinin sürdüğünü ifade etti. Tüm olgulardaki IIEF skoru medyan izlem süresi sonunda 21,3±4,4 olarak hesaplandı(p<0.05). Kavernozaometri yapıp ağır kavernozaal yetmezlik saptanan 10 olgunun 8 tanesinde tedavi başarısız kaldı.

**SONUÇ:** Venöz cerrahi sonrası tedavi etkinliği azalmakla birlikte uygun hasta seçimi başarıyı arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, dorsal venektomi, kavernozaometri



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-25 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Non-obstrüktif Azospermi Hastalarında Salvage MikroTESE sonuçlarımız

Yusuf Arıkan, Mehmet Zeynel Keskin  
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Nonobstrüktif azospermi (NOA) tanısıyla salvage mikro-TESE (mikro cerrahi testikuler sperm ekstraksiyonu) uygulanan hastalarda başarı sağlayan faktörleri araştırmayı amaçladık.

**Materyal-METHOD:** Ocak 2015 ile Ocak 2024 tarihleri arasında NOA tanısı ile mikro TESE yapılan 510 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan daha önce en az bir kez mikro TESE geçirmiş 58 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif fizik muayene, hormonal değerlendirme, karyotip ve Y-kromozom analizi tüm olgulara uygulandı. Tüm hastalara genel anestezi altında standart teknik kullanılarak mikro TESE yapıldı. Hastaların yaşları, infertilite süreleri, genetik değerlendirme sonuçları, hormon seviyeleri ve histopatolojik özellikleri prediktif faktörler olarak değerlendirildi. Çalışmanın istatistiksel analizi IBM SPSS (ver. 22.0). yazılımı ile yapıldı

**SONUÇLAR:** Hastaların yaş ortalaması  $35,2 \pm 9,7$  yıldır. İlk kez mikro TESE yapılan tüm NOA hastalarda sperm bulma oranı % 44.1 idi. Salvage Mikro-TESE yapılan hastalarda ise bu oran %29,3 (17/58) idi. Ortalama FSH düzeyi  $21,6 \pm 13,7$  IU/L idi. 24 hastaya altı ay süre ile human koryonik gonadotropin (HCG) uygulandı. 5 hastada Y mikro delesyonu saptandı ve 15 hastada Klinefelter Sendromu tespit edildi. Klinefelter Sendromu saptanan hastaların 3'ünde (%20) sperm bulunurken, karyotip analizi normal olan hastalarda bu oran %40 idi. Y kromozomu mikrodelesyonu olan 5 hastadan 2'sinde (%40) sperm bulundu. Histolojik değerlendirmede 30'unda (%51,7) oranında sertoli cell only sendrom, 15'inde (%25,8) oranında maturasyon arresti ve 13'ünde (%22,4) oranında ise hipospermatogenezis tespit edildi. Hastalarda yaş, infertilite süresi, serum FSH ve testosteron seviyesinin salvage mikro-TESE'de sperm bulma oranını değiştirmediği saptanmıştır. Ancak sertoli cell only sendrom olmayanlarda sperm bulma oranı anlamlı derecede fazla idi ( $p < 0.001$ ). Major herhangi bir komplikasyon meydana gelmedi.

**SONUÇ:** Daha önce başarısız Mikro TESE öyküsü olan NOA'lı olgularda salvage mikro TESE önemli bir şans sunar. NOA hastalarda histolojik bulgularda sertoli cell only sendromun olumsuz prediktif değere sahip olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** mikro-TESE, nonobstrüktif azospermi, infertilite

#### Salvage Mikro-TESE başarılı ve başarısız grupların karşılaştırılması

	Başarılı n:17	Başarısız n:41	p
Yaş (yıl)	$34,8 \pm 8,5$	$36,4 \pm 10,5$	0,195
İnfertilite Süresi (ay)	$55,8 \pm 20,7$	$60,2 \pm 24,3$	0,121
FSH (IU/L)	$20,2 \pm 6,2$	$25,3 \pm 9,1$	0,147
T.testesteron (nmol/L)	$34,3 \pm 6,8$	$35,1 \pm 7,6$	0,731
Hormon Tedavisi (n,%)	6 (%35.3)	18 (%43.9)	0.219
Histoloji (n,%)			
-Sertoli Cell Only	3 (%17.6)	27 (%65.8)	0.001
-Maturasyon Arresti	4 (%23.5)	11 (%26.8)	
-Hipospermatogenezis	10 (%58.8)	3 (%7.3)	



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-26 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Penis Protezi İmplantasyonunda Lokal Anestezinin Etkinliği ve Hasta Toleransının Değerlendirilmesi**

Ali Erhan Eren, Mehmet Salih Boga  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Bu çalışmada lokal penil blok anestezisinin etkinliği ve hasta toleransının değerlendirilmesi amaçlandı.

**GİRİŞ:** Erektile disfonksiyon, tatmin edici cinsel aktivite için yeterli ereksiyonun sürekli olarak sağlanamaması veya sürdürülememesi ile karakterizedir. Erektile disfonksiyon erken boşalmadan sonra en sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğudur. Toplumda görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Penil Protez İmplantasyonu (PPI) yaygın olarak spinal anestezi ile yapılır da, eşlik eden hastalıkların varlığı nedeniyle seçilmiş vakalarda lokal anestezi ile de güvenle yapılabilir.

**Gereçler ve YÖNTEMLER:** Lokal anestezi infrapubik ve penis halkasına Lidokain/bupivakain karışımının enjeksiyonu şeklinde uygulandı. Lokal anestezi uygulamasında 23-gauge, 1.5-inch bir iğne kullanıldı. Anestezik ajan olarak %0,5 bupivakain (Marcaine®) ve adrenalin içermeyen %0,5 lidokain (CITANEST® %2) 25:75 oranında uygulandı. Ağrı değerlendirmesi Vizuel Analog Skalası (VAS) kullanılarak yapıldı. VAS ağrı skoru 0-10 arasında “en kötü ağrı” (skor=10) ve “ağrısız” (skor=0) olarak değerlendirildi ve ağrı şiddeti ölçeğine göre 3 gruba ayrıldı: >6 orta-şiddetli ağrı, 3-6 hafif-orta derecede ağrı ve skor <3 hafif ağrı

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 62,4±8,85 yıl (48-70 aralığı) olan 9 hastadan oluşan çalışmada, işlemler destekleyici sedasyon gerekmeden tamamlandı. Hastalarda %55,6 sında diyabet ve %66,7 da hipertansiyon mevcuttu. Hastaların fiziksel durumu ASA sınıflandırması kullanılarak değerlendirildi ve hastaların %88,9’unun ASA-III, %11,1’inin ise ASA-IV olarak sınıflandırıldı. Vizuel Analog Skalası değerlendirilmesinde ameliyat sırasındaki ağrı 1.8 (hafif ağrı) seviyesinde, ameliyat sonrası ağrı ise 5.8 (hafif-orta) olarak değerlendirildi.

**TARTIŞMA:** Anket değerlendirmelerinden elde edilen sonuçlara göre PPI uygulamasında lokal anestezi uygulamasının minimum hasta rahatsızlığı ile iyi tolere edildiğini ortaya koymaktadır. Lokal anestezi uygulaması ve sonrasında kayda değer sistemik komplikasyon veya toksisite belirtileri bulunmamıştır. Ancak destekleyici sedasyon veya genel anestezi ihtiyacı olabilme ihtimaline karşı, işlemin monitörize anestezi altında yapılması ve ameliyat öncesi değerlendirmenin genel anestezide olduğu gibi yapılması gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, penil protez implantasyonu, lokal anestezi





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-27 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### **Nonobstruktif Azospermik Hastalarda Yapılan Mikrocerrahi Testiküler Sperm Ekstraksiyonu Sonuçları Ve Bu Sonuçları Etkileyen Prediktör Faktörleri**

AHMET TURHAN, Selahittin Çayan, mesut tek, Erdem Akbay  
Mersin Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilimdalı

**AMAÇ:** Çalışmada, kliniğimizdeki nonobstruktif azospermi(NOA) tanısıyla mikrocerrahi testiküler sperm ekstraksiyonu (mikro-TESE) uygulanan 430 hastanın verileri ile testisten sperm elde etme prediktörlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimize Ocak 2016-Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran ve NOA tanısıyla m-TESE uygulanan infertil erkeklerin verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar, grup I(pozitif sperm eldesi) ve grup II(-negatif sperm eldesi) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Hastalar yaş, infertilite süreleri, folikül stimulan hormon(FSH), luteinizan hormon(LH), total testosteron ve prolaktin(PRL), testis volümleri, genetik anomali, geçirilmiş infertiliteye yönelik operasyon, proflaktik spermatogenez indüksiyonu ve testis biyopsi sonuçları ile m-TESE başarısı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. FSH, LH, total testosteron, PRL, testis volümü kesme değerleri, ROC eğrisine göre Youden J indeksi kullanılarak hesaplanmıştır. Proflaktik spermatogenez indüksiyonu, hipogonadizm olan hastalarda gerçekleştirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya yaş ortalaması  $34.5 \pm 6$  yıl olan toplam 430 hasta dahil edilmiştir. Olguların, 183 (%42.5)'ünde sperm elde edilmiştir. Grup I'de yaş ortalaması  $34.75 \pm 6.07$  olan 183 hasta (%42.5), grup II ise yaş ortalaması  $33.55 \pm 6.14$  olan 247 hasta(%57.5) dahil edilmiştir( $p=0.044$ ). PRL düzeyleri grup I'de anlamlı olarak düşük görülmüştür ( $11.66 \pm 5.85$  ile  $16.15 \pm 33.25$ ;  $p=0.038$ ). Benzer şekilde sağ, sol ve toplam testis volümü anlamlı yüksek bulunmuştur[Sağ:  $13.60 \pm 5.04$  ( $p < 0.001$ ) /Sol:  $12.06 \pm 5.50$  ( $p < 0.001$ ) /Total:  $25.66 \pm 9.54$  ( $p < 0.001$ )]. Alt gruplar karşılaştırıldığında; (tablo 1) FSH değeri,  $18.25$  IU/L altında olan 284 hastada sperm bulunma oranı %46.8 olup anlamlı sonuç taşır (OR:  $1.69$  %95 CI= $1.12-2.56$ ) ( $p=0,012$ ). LH değeri  $17.63$  IU/L altında olan 365 hastada sperm bulma oranı %45.8 olarak anlamlı bulunmuştur(OR:  $2.58$  CI= $1.42-4.71$ ,  $p < 0,001$ ). Testosteron  $3.50$  ng/ml üzeri olan 243 hastada sperm bulunma oranı %47.3 olarak anlamlı bulunmuştur(OR:  $1.57$  %95 CI= $1.06-2.32$ ,  $p=0.023$ ). Total testis volümü  $30.5$  cc üzeri olan 106 hastada sperm bulma oranı %34.6 olarak anlamlı bulunmuştur(OR:  $3.84$  CI= $2.41-6.11$ ,  $p < 0.000$ ). Genetik anomalisi olmayan 358 hastada %48.6 oranında anlamlı olarak sperm bulunmuştur(OR:  $6.62$  CI= $3.19-13.71$ ,  $p < 0.001$ ). Sperm bulma oranları infertilite süreleri karşılaştırıldığında 3 sene ve altı infertilite öyküsü olan 162 hastada %48.8, 3 sene üzeri infertilite öyküsü olan 268 hastada %38.8 oranında anlamlı bulunmuştur(OR:  $1.50$  CI= $1.01-2.23$ ,  $p=0,043$ ). M-TESE öncesi infertiliteye yönelik cerrahi geçiren 210 hastada sperm bulma oranı %45.7, cerrahi geçirmeyen 220 hastada sperm bulma oranı %39.5 olarak anlamlı bulunmamıştır( $p=0,196$ ). M-TESE öncesi proflaktik spermatogenez indüksiyonu almayan 169 hastada %58.6, alan 261 hastada %32.2 sperm bulunmuş olup anlamlı sonuca ulaşılmıştır(OR:  $2.98$  CI= $1.99-4.45$ ,  $p < 0,001$ ). Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre genetik anomalisi olmaması 5 kat(CI  $2.22-1.11$ ,  $p < 0.001$ ), PRL  $7.91$  ng/ml altında olması 2.04 kat (CI  $1,19-3,48$ ,  $p=0,01$ ), total testis volümü  $30,5$  ml üzeri olması 3,23 kat(CI  $1,15-9,10$ ,  $p=0,026$ ) ve m-TESE öncesi spermatogenez indüksiyonu yapılmaması yapılmasına göre 2,21 kat(CI  $1,39-3,52$ ,  $p < 0,001$ ) arttırmaktadır. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi genetik anomali, TESE öncesi spermatogenez indüksiyonu yapılmaması, serum PRL ve total testis volümünün NOA'lı erkeklerde başarılı sperm elde edilmesi için bağımsız belirleyiciler olduğunu ortaya koymuştur.

**SONUÇ:** Sperm elde etme başarısı infertilite süresi, FSH, LH, total testosteron, proflaktik spermatogenez indüksiyonu, histoloji ve testis volümü değerleri ile korele olup hasta yaşı ve m-TESE öncesi infertiliteye yönelik cerrahi ile ilişkisi net değildir. Ayrıca çok değişkenli lojistik regresyon analizine genetik anomali, m-TESE öncesi spermatogenez indüksiyonu yapılmaması, serum PRL ve total testis volümünün NOA'lı erkeklerde başarılı sperm elde edilmesi için bağımsız belirleyiciler olduğunu ortaya koymuştur. Hipogonadizimli NOA erkeklerde proflaktik spermatogenez indüksiyonu düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** azospermi, infertilite, m-TESE



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Sperm varlığını tahmin etmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi**

Değişkenler	p	OR	GA %95 Min.	GA %95 Maks.
Yaş (< 35 yıl / ≥ 35 yıl)	0.322	0.79	0.50	1.25
İnfertilite süresi (<3 yıl / ≥ 3 yıl)	0.082	1.51	0.95	2.42
Genetik anomali (- / +)	0.000	5.00	2,22	11,11
İnfertiliteye yönelik geçirilmiş cerrahi (+ / -)	0.989	1.00	0.63	1.57
Spermatogenez indüksiyonu (- / +)	0.001	2.21	1.39	3.52
FSH* (≤ 18.25 IU/L / > 18.25 IU/L) Sensivite 0,727/spesifite 0,389	0.359	1.29	0.75	2.25
LH* (≤ 17.63 IU/L / > 17.63 IU/L) Sensivite 0,9126 /spesifite 0,198	0.691	0.85	0.37	1.92
Testosterone* (≥ 3.50 ng/ml / < 3.50 ng/ml) Sensivite 0,6230 /spesifite 0,494	0.195	1.34	0.86	2.09
PRL* (≤ 7.91 ng/ml / > 7.91 ng/ml) Sensivite 0,2787 /spesifite 0,834	0.010	2.04	1.19	3.48
Sol Testis Hacmi* (≥ 14.5 ml / < 14.5 ml) Sensivite 0,431/spesifite 0,798	0.408	0.66	0.25	1.75
Sağ Testis Hacmi * (≥ 12.5 ml / < 12.5 ml) Sensivite 0,568 /spesifite 0,692	0.360	1.32	0.73	2.38
Total Testis Hacmi * (≥ 30.5 ml / < 30.5 ml) Sensivite 0,388 /spesifite 0,585	0.026	3.23	1.15	9.10

\*. Kesme değerleri, ROC eğrisine göre Youden J indeksi kullanılarak hesaplanmıştır



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-28 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Uyku hijyeni ve gece alınan Tadalafil'in nokturnal penil tümesans(npt) ve erektil disfonksiyon(ed) üzerine etkisi

Ömer Faruk Çavdar, Haider nihadizaddin ALALAM, HAKAN HAKKI TAŞKAPU  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya

**GİRİŞ:** Normal bir ereksiyon için arteryal kan akımında bir artış, sinüzoidal alanların kan ile dolması, kavernozaal düz kasların yeterli otonom innervasyonu ve düz kas hücreleri arasında uygun fonksiyonel bağlantının olması gerekmektedir. Organik erektil disfonksiyonun tanısında NPT izlemi uzun zamandan beri kullanılmaktadır. Penil ereksiyon, normal erkeklerde REM uykusu döneminde 3-5 defa meydana gelmektedir. Uyku bozuklukları ile seksüel disfonksiyon patofizyolojisi multifaktöriyeldir. Bunlar arasında obesite, uyku bölünmesi, hipoksi, aralıklı desaturasyonlar ve vaskularitedeki değişikliklerle sıralanabilir. Aralıklı hipoksik olaylar ve uyku fragmantasyonu spontan nokturnal ereksiyonları azaltır. ED'nin birinci basamak tedavisinde en yaygın kullanılan ilaçlar fosfodiesteraz-5 inhibitörleridir (PDE-5i). Ancak bu ilaçların günün hangi saatinde alınması gerektiği ile ilgili yeterli bir veri yoktur. Bu çalışmada amaç gece yatmadan önce alınan 5 mg tadalafilin ve uyku hijyeninin NPT ve ED üzerine etkisini araştırmaktır.

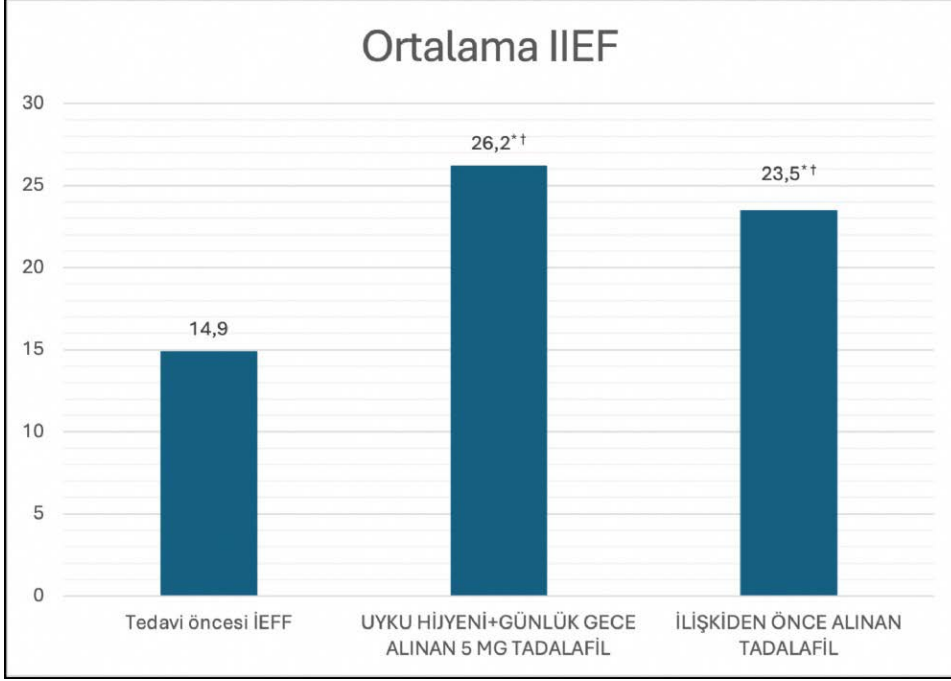
**YÖNTEM:** OCAK 2024- Nisan 2024 tarihleri arasında organik ED nedeni ile üroloji polikliniğine başvuran 40 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hormonal değerleri, tedavi öncesi ve sonrası İİEF Skorları ve NPT varlıkları kaydedildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. 20 hastaya uyku hijyeni önerilerinde bulunuldu ve uykudan önce bir aylık 5 mg tadalafil verildi (Grup-1). 20 hastaya ise cinsel ilişkiden en az 30 dk önce bir ay boyunca tadalafil 10 mg verildi (Grup-2). Hastaların verileri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Değerlendirmeye 40 hasta dahil edildi. Grup-1 deki hastaların tedavi öncesinde İİEF skoru ortalamaları 15,2 saptanırken, grup-2 nin ortalaması 14,6 saptandı. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hormonal değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Grup-1 deki hastaların tedavi öncesi 15'inde NPT negatif iken, grup-2 deki hastaların 16'ında NPT negatif olarak raporlandı. Tedavi sonrasında grup-1 deki hastaların İİEF skoru ortalaması 26,2 ye yükselirken, grup-2 deki hastaların ortalaması 23,5 e yükseldiği raporlandı (başlangıca göre 1.grupta 11, 2.grupta 8.9 luk artış  $P < 0,001$ ). Başlangıçtan itibaren ortalama değişiklik, grup-1 de anlamlı derecede daha yüksekti ( $P < 0,05$ ). Tedavi sonrasında grup-1 deki hastaların 4 ünde NPT testi negatif çıkarken, grup-2 deki hastaların 10 unda NPT testi negatif raporlandı. Başlangıçtan itibaren ortalama değişiklik, grup-1 de anlamlı derecede daha yüksekti ( $P < 0,05$ ).

**SONUÇ:** Uyku hijyeni kurallarına uyulması ve tadalafilin düşük dozlarda uyumadan önce oral uygulanması, organik ED hastalarında İİEF skorunu ve NPT'yi iyileştirebilir. NPT'si iyileşen hastaların ED tedavisinde daha iyi bir terapötik etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. Uyku hijyeni ve gece yatmadan önce alınacak olan Tadalafil'in erektil fonksiyon üzerine olan etkisini saptayabilmek için daha yüksek sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile disfonksiyon, Nokturnal penil tümesans, Tadalafil, Uyku hijyeni

## ORTALAMA İİEF



Grafik 1\*  $P < 0.001$  vs Tedavi öncesi İİEF †  $P < 0.05$  Uyku hijyeni+günlük gece alınan 5 mg tadalafil vs. İlişki öncesi 10mg Tadalafil

## GENEL BİLGİLER

	UYKU HİJYENİ+GÜNLÜK GECE ALINAN 5 MG TADALAFİL	İLİŞKİDEN ÖNCE ALINAN TADALAFİL	TÜM HASTALAR
n	20	20	40
Ortalama yaş	56,2	53,6	54,9
Tedavi öncesi ortalama İİEF	15,2	14,6	14,9
Tedavi öncesi ED kategorisi			
Hafif	3(%15)	3(%15)	6(%15)
Hafif-orta	4(%20)	5(%25)	8(%20)
Orta	8(%40)	7(%35)	15(%38)
Ciddi	5(%25)	5(%25)	10(%25)
Tedavi öncesi NPT - hasta sayısı	15	16	31
Tedavi sonrası ortalama İİEF	26,2	23,5	24,8
Tedavi sonrası NPT - hasta sayısı	4	10	14
DM	7	10	14
HT	6	6	12
Obesite	3	3	6
Sigara kullanımı	6	7	15
KAH	2	3	5



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-29 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### İdiyopatik erkek infertilitesinde klomifen sitratın semen parameterleri ve hormon profili üzerine etkisi

M. Fırat Özervarlı, Berkay Sadunoğlu, Samet Şenel, Ahmet Halil Sevinç, Nusret Can Çilesiz, Murat Dursun, Ateş Kadıoğlu  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**AMAÇ:** Bu retrospektif çalışmanın amacı; idiyopatik erkek infertilitesinde klomifen sitrat tedavisinin semen parameterleri, total testosteron ve FSH üzerindeki kısa dönem etkilerinin araştırılmasıdır.

**METOD:** 2016-2023 yılları arasında 3 ay klomifen sitrat 50 mg/gün tedavisi alan, semen analizi ve hormon profili ile takip edilen 189 hasta retrospektif olarak tarandı. Eksik veri nedeniyle 53 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 136 hastanın demografik verileri, fizik muayene bulguları, tedavi öncesi ve tedavi 3. ayı laboratuvar sonuçları değerlendirildi. Semen analizi sonuçları Dünya Sağlık Örgütü'nün rehberindeki güncel parametrelere göre değerlendirildi. FSH ve total testosteron değerleri sabah saat 8-10 arası açlık kanında çalışıldı. Testis volümleri orşidometre ile hesaplandı. Sperm konsantrasyonu 5 milyonun altında olan tüm hastalara genetik inceleme yapılmış olup genetik anomali saptanmadı. Total motil sperm sayısı (TMSS); "(volüm) x (konsantrasyonu) x (ileri hareketli sperm oranı)" formülü ile hesaplandı. İstatistiksel olarak Paired samples testi ve Wilcoxon testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $32.3 \pm 5.7$  (19-52) olarak hesaplandı. Ek hastalıklar incelendiğinde 1 hastada MS, 1 hastada KAH, 2 hastada HT, 1 hastada KBY, 1 hastada hipotiroidi, 5 hastada DM, 3 hastada astım, 1 hastada behçet, 1 hastada FMF ve 1 hastada ritm bozukluğu saptandı. Tedavi öncesi hastaların 18'i varikoselektomi, 3'ü orşiopeksi, 2'si orşiektomi ve 5'i inguinal herni onarımı operasyonu geçirmiştir. Fizik muayenede ortalama sağ testis  $17.3 \pm 4.3$  (8-30) cc, sol testis hacmi  $17.2 \pm 4.1$  (8-30) cc olarak bulundu. Tedavi sonrasında semen volümü (ortalama 3.5 vs 3.6 ml,  $p=0.03$ ), sperm konsantrasyonu (ortanca 8 vs 12 milyon/ml,  $p=0.044$ ), FSH (3.9 vs 8 mIU/ml) ve TT (4.1 vs 8.2 nmol/L) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptandı. İleri hareketlilik, normal morfoloji oranları ve total motil sperm sayısında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Hastaların hiçbirinde tedaviye bağlı yan etki gelişmedi.

**SONUÇ:** İdiyopatik erkek infertilitesinde klomen tedavisi hormon değerleri ve semen analiz parameterlerinde anlamlı artışa sebep olmaktadır. Hasta sayısının daha fazla olduğu ve tedavi sonrası gebelik oranlarının değerlendirildiği çalışmaların yapılması etkinliğini daha fazla ortaya koyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Klomifen sitrat, Semen analizi

**Tablo 1**

	Tedaviden önce	Tedaviden sonra	p
Semen volümü, ml (ortalama±SD)	3.5±1.7	3.6±1.6	0.03
Sperm konsantrasyonu, milyon/mL (ortanca [min-maks])	8 (0-142)	12 (0-76)	0.044
İleri hareketlilik, % (ortalama±SD)	26.6±16.2	28.8±15.8	0.154
Normal morfoloji, % (ortanca [min-maks])	0 (0-4)	0 (0-3)	0.857
TMSC, milyon (ortanca [min-maks])	12.3 (0-107)	8.2 (0-118.6)	0.124
FSH, mIU/ml (ortalama±SD)	3.9±2	8±5.1	<0.001
TT, nmol/L(ortalama±SD)	4.1±1.7	8.2±3	<0.001

TMSC: Total motil sperm sayısı FSH: Folikül stimüle edici hormone TT: Total testosteron

## SS-30 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### İdiyopatik bilateral korpus kavernozum tromboz olgusunun medikal tedavi ile yönetimi

Muhammet Firat Özervarlı, Yasin Ateş, Ahmet Halil Sevinç, Murat Dursun, Ateş Kadioğlu  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

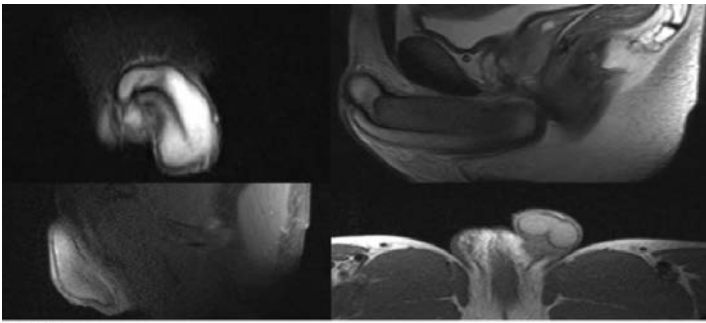
**GİRİŞ:** Corpus kavernozum trombozu oldukça nadir görülen ve patofizyolojisi net ortaya konulamayan bir patolojidir. Geçmişte cerrahi tedavi seçenekleri tercih edilmiş olsa da son dönemde konservatif tedavi seçenekleri üzerinde durulmaktadır. Bu olgu sunumunda bilateral korpus kavernozum trombozu tanısı konan hastaya medikal tedavi ile yönetimi incelenecektir.

**OLGU:** Bilinen ek hastalığı olmayan 24 yaş erkek hasta kliniğimize 2 haftadır devam eden penis kökünde ağrı şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezde yakın dönemde herhangi bir travma ve ilaç kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede penis kökünde ele gelen kitle saptandı. Laboratuvar analiz sonuçlarında (tam kan sayımı, pıhtılaşma profili, kreatinin düzeyi, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri, lipaz, C-reaktif protein, idrar analizi, transferrin, ferritin, laktat dehidrojenaz, retikülosit sayısı) özellik görülmedi. Yapılan yüzeyel penil doppler USG’de penis korpus kavernozumun proksimalinde ekojenite artışı izlenmiş, vaskülerizasyon saptanmadı. Sorasında yapılan pelvis MR’da bilateral korpus kavernozum proksimal kısımda ekspanse görünümünde olup kontrastlı serilerde kontrast fiksasyonu göstermemesi korpus kavernozum trombozu lehine değerlendirildi (Resim 1). Kapsamlı hematoloji değerlendirmesinde bir patoloji saptanmadı. Hastaya günlük 100mg asetilsalisilik asit ve günlük 4000 IU enoksaparin sodyum tedavisi başlandı. Ağrı şikayeti için NSAİD ve parasetamol önerildi. Hastanın medikal tedaviye başladıktan 1 hafta sonra şikayetlerinin gerilediği öğrenildi. 3 aylık tedavinin ardından yapılan pelvis MR’da korpus kavernozumda trombozun tamamen kaybolduğu görüldü (Resim 2). Yapılan fizik muayenede tedavi öncesi palpe edilen kitlenin olmadığı görüldü.

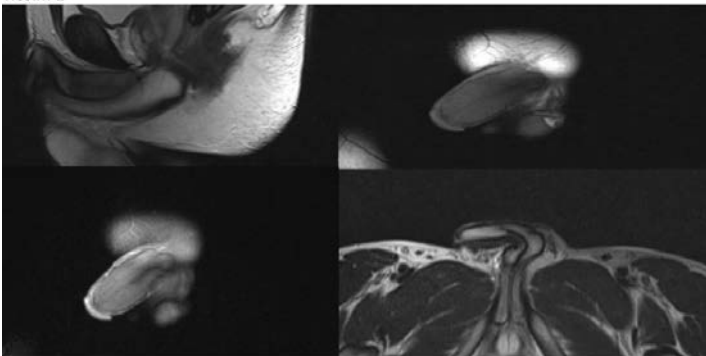
**SONUÇ:** Oldukça nadir olan korpus kavernozum trombozunun konservatif tedavi ile tamamen gerileyebildiği görüldü. Daha fazla hasta sayısının olduğu cerrahi tedavi seçenekleri ile karşılaştırmalı çalışmalar medikal tedavinin etkinliğini ve güvenilirliğini daha iyi ortaya koyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Androloji, Korpus Kavernozum, Tromboz

### Resim



Resim 1



Resim 2



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-31 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Eretil disfonksiyonu olan erkeklerde obezite varlığının inflamasyon belirteçleri üzerine etkisi

Fatih Ekren<sup>1</sup>, Fatih Yürük<sup>2</sup>, Mustafa Ozan Horsanalı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Bakırçay Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Eretil disfonksiyon olgularında inflamasyon belirteçlerinde yükselme olduğunu gösteren bir çok çalışma mevcuttur. Obezite de inflamasyon belirteçlerinde yükselmeye sebep olan durumlardan biridir. Bu çalışmada erektil disfonksiyon olgularında obezite varlığına göre inflamasyon belirteçlerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Eretil disfonksiyon yakınması ile başvuran olguların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hormon replasmanı gereken düzeyde total testosteron düşüklüğü olan olgular çalışma dışında tutuldu. Yaş, total testosteron, c-reaktif protein (CRP), tam kan sayımı değerleri (lökosit sayısı, nötrofil sayısı-NS-, lenfosit sayısı-LS-, monosit sayısı-MS-, trombosit sayısı-TS-) sigara kullanımı, alkol kullanımı, diyabet varlığı, hipertansiyon varlığı, kardiyak hastalık varlığı bilgileri derlendi. Olgular Vücut Kitle İndekslerine (VKİ) göre normal kilolu (VKİ<25 kg/m<sup>2</sup>), fazla kilolu (25 kg/m<sup>2</sup>≤VKİ<30 kg/m<sup>2</sup>), obez (VKİ≥30 kg/m<sup>2</sup>) olarak üç gruba ayrıldı. Inflamasyon belirteçleri olarak CRP, nötrofil lenfosit oranı-NLR-(NS/LS), trombosit lenfosit oranı-PLR-(TS/LS), lenfosit monosit oranı-LMR-(LS/MS), sistemik immün inflamasyon indeksi-SII-(TSxNS/LS), sistemik inflamasyon yanıt indeksi-SIRI-(NSxMS/LS) hesaplanarak her üç grup karşılaştırıldı. Yaş ortalaması 55.80±11.21 yıl olan 65 erkek çalışmaya alındı. Total testosteron, CRP, lökosit sayısı, NS, LS, MS, TS, NLR, PLR, LMR, SII, SIRI ortalamaları sırasıyla 4.89±1.77 (ng/mL), 3.67±5.25 (mg/L), 7.79±2.11 (10<sup>3</sup>/μL), 4.44±1.62(10<sup>3</sup>/μL), 2.43±0.65(10<sup>3</sup>/μL), 0.60±0.21(10<sup>3</sup>/μL), 256.69±62.06(10<sup>3</sup>/μL), 1.89±0.71, 110.46±32.51, 4.39±1.55, 488.15x10<sup>3</sup>±219.43x10<sup>3</sup>, 1.17±0.68 olarak hesaplandı. VKİ gruplarına göre değerlendirildiğinde gruplar arasında ek hastalıklar ve alışkanlıklar açısından anlamlı farklılık yoktu. Total testostereone değeri gruplar arasında anlamlı olarak farklı saptandı (p=0.010), obez kişilerde normal kilolulara göre total testosteron düzeyi anlamlı düşüktü (p=0.008). LS ve LMR değerleri (sırasıyla p=0.016, p=0.008) dışında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. LS ve LMR değeri obez kişilerde normal kilolu olanlara göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0.011, p=0.029). Eretil disfonksiyon hastalarında obezite total testosteron düzeyini düşürürken lenfosit sayısı ve buna bağlı hesaplanan lenfosit monosit oranı dışında inflamasyon belirteçlerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, inflamasyon, obezite

#### VKİ gruplarının özellikleri

	Normal kilolu (n=20)	Fazlakilolu (n=30)	Obes (n=15)	p
Yaş (yıl)	53.60±14.33	59.20±9.01	51.93±8.93	0.068
Sigarakullanımıolan (%)	75	73.33	66.66	0.796
Alkolkullanımıolan(%)	55	43.33	40	0.365
Diyabetvarlığı (%)	20	30	46.66	0.237
Hipertansiyonvarlığı (%)	20	43.33	46.66	0.165
Kardiyakhastalık var. (%)	5	20	20	0.302
Total testosteron ng/mL	5.76±2.31	4.77±1.39	3.98±0.95	<b>0.010</b>
CRP (mg/L)	2.68±4.92	3.58±5.21	5.17±5.74	0.387
Lökosit sayısı(10 <sup>3</sup> /μL)	7.17±2.02	8.01±2.04	8.17±2.34	0.288
Nötrofil sayısı(10 <sup>3</sup> /μL)	4.19±1.61	4.59±1.53	4.46±1.81	0.703
Lenfosit sayısı(10 <sup>3</sup> /μL)	2.17±0.61	2.43±0.64	2.80±0.58	<b>0.016</b>
Monosit sayısı(10 <sup>3</sup> /μL)	0.57±0.21	0.64±0.22	0.56±0.22	0.356
Trombosit sayısı(10 <sup>3</sup> /μL)	237.60±53.54	266.13±72.94	263.26±44.07	0.256
NLR	2.02±0.83	1.95±0.65	1.60±0.60	0.179
PLR	114.94±32.22	113.96±35.18	97.50±24.98	0.213
LMR	4.14±1.47	4.02±1.26	5.45±1.79	<b>0.008</b>
SII 10 <sup>3</sup>	479.94±213.34	522.35±231.33	430.71±203.35	0.416
SIRI	1.20±0.75	1.26±0.61	0.94±0.72	0.324



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-32 [Prostat ve Üretra Hastalıkları]**

**Androjenik Alopesi ile Benign Prostat Hiperplazisine Sekonder Alt Üriner Sistem Semptomlarının İlişkisi**

Yaşar Pazır<sup>1</sup>, Mustafa Kadıhasanoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Androjenik alopesi (AGA) ile benign prostat hiperplazisine (BPH) sekonder alt üriner sistem semptomları (AÜSS) arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışmaya BPH'ye sekonder AÜSS'li 45 yaş üstü toplam 148 hasta prospektif olarak dahil edildi. Norwood-Hamilton sınıflamasına göre hastalar AGA (n=69) ve AGA olmayan (n=79) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ayrıca AGA olguları vertex (n=39) ve frontal kellik (n=30) olarak sınıflandırıldı. Tüm hastaların Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), üroflowmetri parametreleri, prostat hacimleri, serum total testosteron (TT), serbest ve total PSA konsantrasyonları değerlendirildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı. AGA derecesi ile diğer değişkenler arasındaki korelasyonlar araştırıldı.

**BULGULAR:** Serum TT düzeyi (354±97,1 vs. 308,6±73,1 ng/dl, p=0,01), total IPSS (16,1±8,1 vs. 13,4±7,7, p=0,04), IPSS depolama skoru (IPSS-S) (7,1± 3,5 vs. 5,8±3,6, p=0,03) ve noktüri sayısı (2,5±1,4 vs. 1,8±1,4, p<0,01) AGA grubunda, AGA olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Vertex ile frontal kellliği olan hastalar arasında hiçbir parametrede anlamlı farklılık saptanmadı. AGA derecesi, TT düzeyi (r=0,407, p=0,003), IPSS-S (r=0,164, p=0,04) ve noktüri sayısı (r=0,203, p=0,015) ile anlamlı olarak pozitif korelasyon gösterdi. **SONUÇ:** Bu çalışma, AÜSS'si olan hastalar arasında AGA'lı olanların benzer yaşta AGA olmayanlara göre daha kötü semptomlara ve daha yüksek TT düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca AGA derecesi, TT düzeyi ve depolama semptomları ile pozitif korelasyon göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Androjenik alopesi, benign prostat hiperplazisi, alt üriner sistem semptomları





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-33 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Üreme Hormonları, Tiroid Fonksiyonu ve Vitamin Düzeylerinin Prematür Ejakülasyon ile İlişkisi: Prospektif Vaka Kontrol Çalışması**

Yaşar Pazır<sup>1</sup>, Haydar Güler<sup>2</sup>, Taha Burak Bulut<sup>3</sup>, Emre Arı<sup>3</sup>, Semih Aktaş<sup>3</sup>, Mustafa Kadıhasanoğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Serum hormon (testosteron, prolaktin, gonadotropinler ve tiroid hormonları) ve vitamin (B12 vitamini, folik asit ve D vitamini) düzeylerinin prematür ejakülasyon (PE) ile ilişkili olup olmadığını araştırmak.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu prospektif vaka-kontrol çalışmasına, Nisan 2016 ile Ocak 2023 tarihleri arasında üroloji polikliniğine başvuran 94'ü yaşam boyu (LPE), 32'si edinilmiş PE (APE) olan 126 PE hastası ve 92 sağlıklı erkek dahil edildi. PE tanısı Uluslararası Cinsel Tıp Derneği tarafından tanımlanan kriterlere dayanıyordu. Serum total testosteron (TT), serbest ve biyoyararlı testosteron, FSH, LH, prolaktin, TSH, serbest triiyodotironin, tiroksin (fT4), B12 vitamini, folik asit ve D vitamini düzeyleri ölçüldü.

**BULGULAR:** PE'li hastalarda serum TT, fT4 ve D vitamini düzeyleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla P=0.02, 0,002 ve 0,04). Ancak serum B12 vitamini düzeyi PE grubunda anlamlı derecede düşüktü (P=0,02). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, yalnızca B12 vitamin düzeyinin PE için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve tahmini olasılık oranının %95 güven aralığında 0,997 (0,994-0,999, P=0,036) olduğu saptandı.

**SONUÇ:** Bu çalışma, düşük B12 vitamini düzeylerinin PE varlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle PE'li hastaların değerlendirilmesinde B12 vitamini düzeylerinin de dikkate alınması yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** B12 vitamini, D vitamini, Hormonlar, Prematür ejakülasyon

## SS-34 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### **Peyronie Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Penil Plak İnsizyonu ve Bukkal Mukozal Greftleme**

Nusrat Yusifli, Kanan Jamalzade, Samet Mert Göde, Kasım Emre Ergün, Ahmet Barış Altay, Serdar Kalemci  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**GİRİŞ:** Peyronie hastalığı penisin tunika albuginea tabakasında fibrozis, kalsifiye plak oluşumuyla sonuçlanan bir patolojidir. Bu plaklar peniste ağrı, eğrilik, kısalma ve daralma gibi şikâyetlere neden olabilir. Hastalığın kronik fazında altın standart tedavi cerrahidir. Cerrahi tedavide otogreft, allogreft, ksenogreft ve sentetik greft olmak üzere dört farklı greft tipi kullanılmaktadır. Bu bildirimizde kronik faz Peyronie hastalığının cerrahi tedavisinde otolog greftlerin bir türü olan, ucuz ve kolay elde edilebilen bukkal mukozal greftin etkinlik ve güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**HASTA VE METOD:** 46 yaş erkek hasta 21 ay önce başlayan peniste eğrilik, cinsel ilişki sırasında zorlanma şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenede penil dorsal yüzde plak palpe edildi. Hasta 4 ay pentoksifilin, E vitamini ve kolşisin kullanmış, lakin fayda görmemiş. Self fotoğrafta yaklaşık 80 derece dorsale kurvatur mevcut. Yüzeysel doku penil ultrasonda sağ kavernoza cisim dorsalinde 1.5mm, distal kesimde 3 mm ve 1.2 mm plak izlenmiş. Doppler ultrasonda damarsal patoloji yok, ek hastalık ve operasyon öyküsü yok.

Operasyon seçimleri ve riskler anlatıldı, aydınlatılmış onamı alındı. Penil plak insizyonu ve bukkal mukozal greft uygulaması operasyonuna karar verildi.

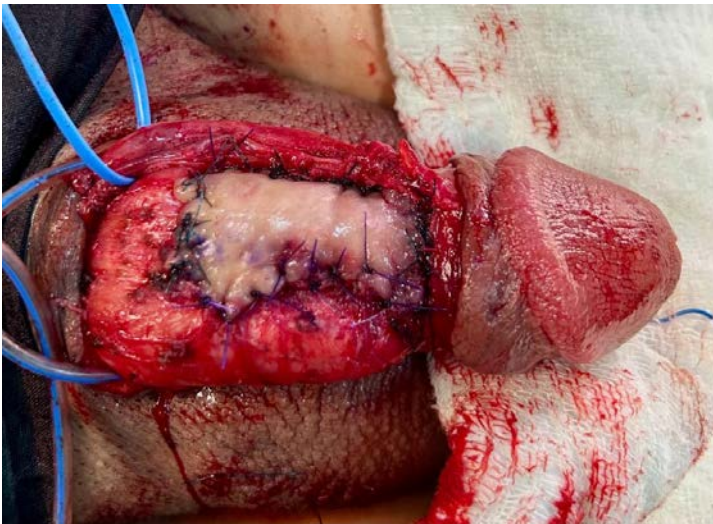
**TEKNİK:** Genel anestezi altında penis sirkumsizyon hattından insize edildi, cilt altı katlar geçildikten sonra penis deglove edildi. Penis kelebek iğneyle şişirilerek plağın penis dorsalinde orta kısımda olduğu ve penisin o bölgeden dorsale doğru 80 derece kurvaturü izlendi. Nörovasküler bundle askıya alındı, plak Double Y insize edildi. Ardından 4x2 cm bukkal mukozal greft alındı, hemostaz sağlandı. Daha sonra penis kavernoza kısmındaki defekte alınan greft 3/0 PDS ile anostomoz edildi. Kavernoza zden kaçak ve kanama kontrolü sonrası ciltaltı 2/0, cilt 4/0 Rapide ile kapatıldı. Coban bandajına alındı, işlem sonlandırıldı.

**SONUÇ:** Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı. Operasyon 110 dakika sürdü. Operasyon sonrası dönemde erektil disfonksiyon olmadı. Penis boyunda anlamlı kısalma olmadı.

**TARTIŞMA:** Peyronie hastalığında bukkal mukoza ile greftlemenin kolay erişilen materyal olması, enfeksiyon riskinin düşük olması, maliyet etkinliği ve postoperatif sonuçlarda hasta memnuniyeti göz önünde bulundurularak cerrahi teknik ve tecrübenin artışıyla beraber ilerleyen zamanlarda daha yaygın olarak kullanılacağını öngörmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Bukkal mukoza grefti, Penil cerrahi, Peyronie hastalığı.

### **peyronie plağı insizyonu sonrası bukkal mukoza grefti**





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-35 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### **Ejakulatta Sperm Olan ve ICSI İçin Testiküler Sperm Kullanılan Hastaların Değerlendirilmesi: Multisentrik bir çalışma**

Murat Dursun<sup>1</sup>, İlker Teke<sup>1</sup>, Serdar Turan<sup>1</sup>, Turgay Kaçan<sup>2</sup>, Ahmet Halil Sevinç<sup>1</sup>, Melih Çulha<sup>3</sup>, Ahmet Barış Altay<sup>4</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) için testiküler sperminin kullanımı azospermili hastalarla sınırlıdır. Ancak literatürde DNA fragmantasyon indeksi yüksek olan, semen parametreleri zayıf olan ve/veya ejakulatta spermatozoa ile daha önce ICSI başarısızlığı olan erkeklerde testiküler sperm kullanımını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Yüksek sperm DNA fragmantasyonu, IVF'in başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Epididimal geçiş sırasında oksidatif stresin DNA hasarına yol açtığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, tekrarlayan ICSI başarısızlığı olan ve daha önce canlı doğum yapmamış olanlar hastalarda testiküler spermatozoon kullanmanın etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Multisentrik olarak planlanan bu çalışmada daha önce ejakulat spermi ile ICSI (Ej-ICSI) başarısızlığı olan ve sonrasında m-TESE yöntemi ile toplanan spermler ile ICSI (T-ICSI) uygulanan toplam 65 erkek hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşları, eş yaşları, infertilite süreleri, eşlik eden infertilite nedenleri, eş patolojileri, fizik muayene bulguları, sperm konsantrasyonu, sperm motilitesi, FSH, total testosteron, ICSI geçmişleri retrospektif olarak incelendi.

**SONUÇ:** Çiftlerin T-ICSI yapıldığı dönemde ortalama erkek yaşı 34,2, ortalama kadın yaşı 31,3, ortanca infertilite süresi ise 6(1-20) yıl olarak saptandı. Preoperatif fizik muayenede hastaların ortalama testis volümleri sağ testis için 15,24 ml, sol testis için 14,39 ml olarak ölçüldü. 12 hastada varikozel mevcuttu. 4 hasta T-ICSI öncesi sol varikoselektomi operasyonu geçirmişti. 8 hastanın eşlerinde çeşitli patolojiler mevcuttu. 4 kadında Menoraji/metroraji, 2'sinde myoma uteri ve 2'sinde PCOS mevcuttu. Çiftlerin öncesinde ortalama 2 başarısız Ej-ICSI öyküsü olduğu saptandı. Hastaların T-ICSI öncesi semen analizlerinde sperm konsantrasyonu ortancası 1100000 sperm/mL (2;48.000.000), motilite oranı ortancası ise %17(%0-%60) olarak saptandı. Hastaların T-ICSI öncesi ortanca FSH:12 (IU/L) (1,55 IU/L;33 IU/L), ortanca total testosteron ise 4,8 ng/mL (1,05;10,7) saptandı. Toplamda 20 kadında T-ICSI ile gebelik gerçekleşti ve bunların 17'si canlı doğum ile sonuçlandı. (Tablo-1)

**TARTIŞMA:** Bu çalışmadaki sonuçlar, ejakulat spermi ile ICSI başarısızlığı olan erkeklerde gelecekteki ICSI prosedürlerinde testiküler sperminin kullanılması ile gebelik ve canlı doğum oranları daha iyi olabileceğini göstermektedir. Daha kesin sonuçlar elde etmek için geniş hasta sayılı randomize kontrollü prospektif karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, oligospermi, tese, ejakulat



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo-1**

Erkek yaşı (yıl) *	34,2 ± 5,63
Eş yaşı (yıl) *	31,36 ± 5,45
İnfertilite süresi (yıl)**	6 (1-20)
Testis volümü (ml)*	
•Sağ	15,24 ± 3,71
•Sol	14,39 ± 3,63
Eş faktörü (n,%)	
•Menoraji/Metroraji	4 (%6,15)
•Myoma Uteri	2 (%3,08)
•PCOS	2 (%3,08)
Varikosel (n,%)	12 (%18,46)
Ej-ICSI (n) *	2 ± 1,3
Sperm Konsantrasyonu (sperm/mL) **	1100000(2;48.000.000)
Sperm Motilitesi (%) **	17 (%0;%60)
FSH (IU/L) **	12 (1,55;33)
Total testosteron (ng/mL) **	4,43 (1,05;10,7)
Gebelik (n,%)	20 (%30,7)
Canlı Doğum (n,%)	17 (%26,15)

\*ortalama ± standart sapma \*\* ortanca (min. değer; max. değer) FSH: Folikül uyarıcı hormon



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-36 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### **İnfertil Hastaların Semen Analizi ve Genetik Analiz Sonuçları:8 Yıllık Deneyimimiz**

Serhat Yentür, Ibrahim Hacibey

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

1 yıllık korunmasız cinsel ilişkiye rağmen başarılı klinik gebeliğin sağlanamaması olarak tanımlanan infertilite; çiftlerin yaklaşık %10-15'inde görülmektedir. İnfertilite tablosunun yaklaşık olarak %40-50'sinde erkek bireyler rol almaktadır. İnfertilite şikayeti ile başvuran çiftlerin değerlendirmesinde kılavuzlarda da belirtildiği üzere semen analizi büyük önem taşımakta ve fizik muayene ile birlikte ilk tetkik olarak önerilmektedir. Semen analizi sonucu ile tedavi planlaması şekil almakta ve anormal bir semen analizi durumunda tetkikler genişletilmektedir. Oligozoospermi ve azospermi kaynaklı erkek infertilitesi tanısı alanların %30'unun etiolojisinde genetik nedenler sorumludur. Uzun yıllardan beri gelen, tekrarlayan iki semen analizinde sperm konsantrasyonunun 5 milyon/ml ve 10 milyon/ml'nin altındaki semen analizi varlığında mikrodilesyon ve kromozom analizi yapılmaktadır. Güncel çalışmalarda ise bu eşik değerlerin daha aşağıya doğru kaydırılabileceği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada son 8 yılda infertilite ile kliniğimize başvuran ve daha önce hiç semen analizi olmayan erkek hastaların semen analizini ve gereklilik sebebiyle yapılan genetik analiz incelemesini sunmayı amaçladık. Kliniğimizde Ocak 2017'den Mart 2024'e kadar infertilite tanısı ile ilk semen analizi yapılan 10566 farklı hastanın sonuçları değerlendirildi. Bu hastalardan 6231'inde (%59) semen analizi normal; 4231 hastada (%41) ise anormal saptandı. Anormal hastaların 1086 tanesinde konsantrasyon 5-10 milyon/ml arasında; 755 tanesinde 1-5 milyon arasında; 213 tanesinde 1 milyon/ml'nin altında ve 154 hastada Azospermi saptandı. Bu hastalardan 585 tanesine genetik inceleme yapılmış olup toplam 60 bireyde anomali saptanmıştır. Bunlardan 15 hastada Klinefelter Sendromu (47, XXY), 5 hastada AZFa delesyonu, 10 hastada AZFc delesyonu, 5 hastada AZFa+b+c delesyonu, 10 hastada robertsonian translokasyon 45, XY, del(13;14) (q10;q10), 5 hastada 46, XY, t (5, 18) (Q23, Q23), 5 hastada 46,XX,t(2;7)(q13; p15), 5 hastada inversiyon 9 anomalisi tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre genetik analiz yapılan popülasyonda toplamda %10'luk anormal sonuç elde edilmiş ve eşik değerlerin daha aşağıya çekilmesi durumunda önemli oranda hasta grubunun atlanabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Genetik Analiz, Semen Analizi



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-37 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Yeni Kurulan İnfertilite Merkezindeki 15 Aylık İlk m-TESE Sonuçları

Mehmet Akif Ramazanoglu, [Ferda Turan](#)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

**AMAÇ:** Yeni kurulan infertilite merkezimizdeki ilk mikroskobik testiküler sperm ekstraksiyonu (mTESE) sonuçlarımızı paylaşmak ve mTESE uygulanan kişilerin demografik, klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji kliniğinde tek cerrah tarafından nonobstrüktif azospermi tanılı hastalara Ocak 2023-Mart 2024 tarihleri arasında yapılan toplam 21 mTESE operasyonu retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, genetik anamoliler, testis volümleri, serum folikül stimulan hormon (FSH), total testosteron düzeyleri, testiküler histopatolojik bulguları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 21 hastanın 14 (%66.66)'unda mTESE pozitif sonuç, 7 (%33.33)'unda mTESE negatif sonuç saptandı. Hastaların ortalama yaşları  $32,33 \pm 5,98$  olarak saptandı. Yapılan genetik analizlerde 4 hastada Klinefelter Sendromu 1 hastada ise AZFc gen delesyonu tespit edilmiş, 2 Klinefelter hastasında ve AZFc delesyonu olan hastada sperm elde edilmiştir. Histopatolojik olarak 17 hastada Germ Hücre Aplazisi (%80.95) 2 hastada Spermiogenik Arrest (%9.52) 1 hastada Tübüler Skleroz (%4.76) 1 hastada Tübüler Hyalinizasyon (%4.76) görülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların sağ testis volüm ortası  $8,0 \pm 3,35$  sol testis volüm ortalaması  $8,09 \pm 3,39$  bulunmuştur. Çalışmaya alınan hastaların hormon profili incelendiğinde folikül stimulan hormon (FSH) ortalaması  $19,10 \pm 12,31$  total testosteron düzeyi ortalaması ise  $3,70 \pm 2,03$  saptanmıştır.

**SONUÇ:** Mikro-TESE, yüksek sperm elde etme oranları ve düşük komplikasyon oranı ile sperm elde etmede tercih edilen yöntemdir. Ancak nonobstrüktif azospermi hastalarında hala Mikro-TESE öncesi sperm elde edebilmesi açısından güvenilir klinik ve laboratuvar prognostik faktörler net olmayıp çalışmalar devam etmektedir. Çalışmamızda yeni kurulan infertilite merkezimizde tek cerrah tarafından 15 ay içinde yapılan 21 mTESE işlemine dair sonuçlar paylaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, mTESE, Nonobstrüktif Azospermi

#### Kliniğimize erkek infertilitesi tanısı ile başvuran 21 hastanın Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) yapılmış ve hastaların verileri şekilde belirtilmiştir

	N (%)
Genetik Analiz	
Normal	16 (%76,19)
46xxy(Klinefelter)	4 (%19,04)
AZFc delesyonu	1(%4,76)
Patoloji	
Germ Hücre Aplazisi	17 (%80,95)
Spermiogenik Arrest	2 (%9,52)
Tübüler Skleroz	1 (%4,76)
Tübüler Hyalinizasyon	1 (%4,76)
Sperm	
Görülen	14 (%66,66)
Görülmeyen	7 (33,33)

#### Kliniğimize erkek infertilitesi tanısı ile başvuran 21 hastanın Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) yapılmış ve hastaların verileri tabloda belirtilmiştir

	Mean± Std.	Median	Min.	Max.
Yaş	$32,33 \pm 5,98$	31	23	45
FSH	$19,10 \pm 12,31$	17,3	2,6	45,2
Testosteron	$3,70 \pm 2,03$	3	1	10,9
Sağ Testis Volümü	$8,00 \pm 3,35$	8,7	1,4	12,6
Sol Testis Volümü	$8,09 \pm 3,39$	7,7	1,2	12,7

## SS-38 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Penil Kurvatürde Düzeltme Prematür Ejekülasyon Semptomlarında İyileşme Sağlayabilir mi?

Murat Topcuoglu<sup>1</sup>, Murat Çakan<sup>3</sup>, Sevgin Yılmaz<sup>2</sup>, Ali Akkoç<sup>1</sup>, Murat Uçar<sup>1</sup>, Erkan Karadağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

<sup>2</sup>Adana Kozan Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>3</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Prematür ejakülasyon (PE) erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Peyronie hastalığı (PH) için son yayınlarda %10'a varan prevalans bildirilmiştir. PH-PE birlikte olduğu durumlarda, penil kurvatür gibi PH bulgularında düzeltme PE semptomlarında da iyileşmeye yol açabilir.

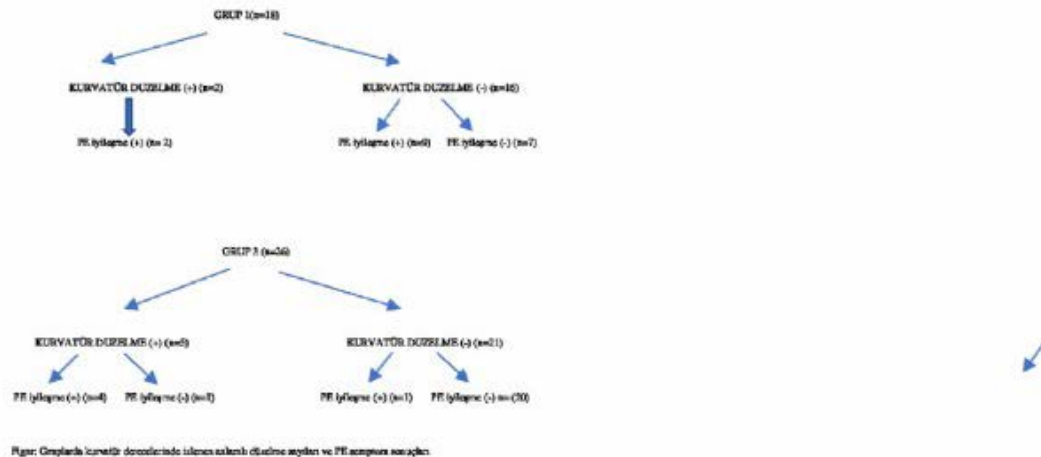
**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde kazanılmış PH için medikal tedavi alan 198 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan Trental-Kolşisin (TK) tedavisi alan ve eşzamanlı PE eşlik eden 44 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara TK tedavisine ilave olarak PE için klomipramine tedavisi önerildi. TK tedavisine ilave olarak klomipramine tedavisi alan 18 hasta grup 1 olarak değerlendirildi. Finansal nedenlere bağlı olarak klomipramine tedavisi alamayan 26 hasta ise grup 2 olarak belirlendi. Her iki grup hastalar tedavinin 6. ayında PK miktarlarında düzeltme ve PE tedavi sonuçları açısından değerlendirildi. Penil kurvatür değerlendirilmesinde 20 dereceden fazla azalma anlamlı olarak değerlendirildi. PE değerlendirilmesinde ise hastaların bildirimleri ve belirttikleri IELT (kronometre) süresi kriter alındı.

**BULGULAR:** Grup 1 de bulunan 18 hastadan PE için düzeltme tarif eden 11 hastanın ortalama IELT süresi 1.2 dakikadan 4.6 dakikaya çıkarak anlamlı artış gösterdi. Grup 1 hastalarda toplamda 2 hastada ortalama kurvatür derecesi anlamlı azaldı ve 2 hastada da eşzamanlı PE semptomları iyileşti. Grup 1 hastalarda 16 hastada kurvatür derecesinde anlamlı düzeltme olmazken bu hastaların 9'unda PE semptomları iyileşti. Grup 2 de yer alan ve PE semptomlarında düzeltme bildiren 5 hastanın ortalama IELT süresi 1.3 dakikadan 4.1 dakikaya çıkarak anlamlı artış gösterirken 21 hasta iyileşme tariflemeyi. Grup 2'de toplamda 5 hastada ortalama kurvatür derecesi anlamlı azalırken bu hastaların 4'ünde PE semptomları iyileşti. Kurvatür derecesinde anlamlı düzeltme izlenmeyen 21 hastanın arasında sadece 1 hastada PE semptomlarında düzeltme kaydedildi.

**SONUÇ:** PH ve eşzamanlı olan PE hastalarında, PE tedavisinden bağımsız olarak kurvatür derecesindeki düzeltmeye bağlı olarak PE semptomlarında iyileşme izlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Medikal tedavi, Peyronie Hastalığı, Prematur Ejekülasyon

**Gruplarda tedavi sonrası kurvatür derecelerinde ve PE semptomlarında izlenen sonuçların değerlendirilmesi**





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-39 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Peyronie Hastalığında Tespit Edilen Kalsifiye Plak Hounsfield Unit Değerinin Hastaların IPSS ve IIEF Sonuçlarına Etkisi**

Burak Akgül<sup>1</sup>, Burak Bilir<sup>1</sup>, Gökhan Çevik<sup>1</sup>, Hakan Akdere<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Edirne

<sup>2</sup>Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Edirne

**GİRİŞ:** Peyronie hastalığı (PH), peniste eğriliğe, erektil disfonksiyona, penisin ereksiyonu sırasında ağrıya ve peniste kısalmaya yol açan, tunika albuginea kalsifikasyonunun eşlik ettiği veya etmediği plak formasyonu ile prezente olan bir hastalıktır. Hastalığın kesin etiyojisi ve patofizyolojisi, plak formasyonuna bağlı görülebilecek bulgular hala belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışma ile pelvik bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde penisinde kalsifiye plak tespit edilen bireylerin IIEF ve IPSS skorları üzerinde plağın Hounsfield unit (HU) değeri ve boyut-lokasyon özelliklerinin etkilerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

**MATERYAL&METOD:** 2017 ile 2023 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Kliniğine başvuran Peyronie hastaları analiz edildi. Çalışmamız, penisi de içeren pelvik BT çekilen ve Peyronie hastalığı açısından değerlendirilen 43 hastayı kapsıyordu. Hastaların yaşı, BT’de peniste tespit edilen kalsifiye plak sayısı, plağın genişliği (mm), uzunluğu (mm) ve yüksekliği (mm), plağın konumu (proksimal, midshaft, distal), plağın bulunduğu taraf (sağ, sol, interseptal), plağın sagittal pozisyonu (dorsal, ventral), tespit edilen plağın HU değeri, IPSS ve IIEF değerleri, hastaların kronik hastalıkları ve oral medikal tedavileri retrospektif olarak değerlendirildi. Birden fazla penil plağa sahip hastalarda, en büyük boyuta sahip plak incelendi. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS (v 27.0) programı kullanıldı. Tek değişkenli analizde nominal veriler için ki-kare testi, parametrik değişkenler için t-testi ve parametrik olmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki, yönü ve ilişkinin gücü korelasyon analizi ile değerlendirildi ve  $p < 0.05$  değeri anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Değerlendirilen 43 hastanın medyan yaşı  $68,1 \pm 7,5$ ’tir. Pelvik BT’lerinde peniste tespit edilen kalsifiye plakların ortalama HU değerleri  $299,2 \pm 122,5$  olarak hesaplanmıştır. Hastaların demografik verileri ve peniste tespit edilen kalsifiye plakların özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Hastalar, IIEF sonuçlarına göre hafif, hafif-orta, orta veya şiddetli olarak, IPSS bulgularına göre ise hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilmiştir. Peniste tespit edilen Peyronie plağının Hounsfield birim değeri arttıkça, erektil disfonksiyon lehine IIEF sonuçlarında orta derecede pozitif yönde korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $r=0,55$ ,  $p=0,012$ ). Plağın Hounsfield birim değeri ile IPSS sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların yaşı, penil plağın boyutu ve konumu ile IPSS ve IIEF skorları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemiştir.

**SONUÇ:** Peyronie hastalarında gözlemlenen kalsifiye plağın HU değerindeki artış, hastaların alt üriner sistem semptomlarından ziyade cinsel fonksiyonlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun altında yatan neden, plak sertliği nedeniyle hastalarda peniste hissedilebilir bir sertlik sonucu cinsel ilişki sırasında yaşanan psikolojik demotivasyon veya plağa sekonder gelişebilecek kurtatür olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Alt Üriner Sistem Fonksiyonları, Cinsel Fonksiyon, Peyronie Hastalığı,



**Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve peniste tespit edilen kalsifiye plakların özellikleri.**

Plak boyutu-en (mm±ss)	4,2±1,7
Plak boyutu-uzunluk (mm±ss)	8,2±3,8
Plak boyutu-yükseklik (mm±ss)	3,7±1,5
Plak tarafı	
Sol	8(%18,6)
Sağ	11(%25,6)
İnterseptal	24 (%55,8)
Sagittal planda plak yerleşimi	
Dorsal	37 (%86,0)
Ventral	6 (%14,0)
Longitudinal planda plak yerleşimi	
Prokimal	16 (%37,2)
Midshaft	16 (%37,2)
Distal	11 (%25,6)
IIEF Kategorizasyonu	
Erektile disfonksiyon	13 (%30,2)
Hafif	8 (%18,6)
Hafif-Orta	9 (%20,9)
Orta	3 (%7,0)
Ciddi	10 (%23,3)
IPSS Kategorizasyon	
Hafif	19 (%44,2)
Orta	16 (%37,2)
Ciddi	8 (%18,6)
Komorbiditeler	
Diabetes Mellitus (DM)	11 (%25,6)
Hipertansiyon (HT)	10 (%23,3)
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	1 (%2,3)
Serebrovasküler Hastalık	2 (%4,7)
DM+HT	5 (%11,6)
KAH+HT	1 (%2,3)
SVH+HT	2 (%4,7)
DM+KAH+SVH	3 (%7,0)
Yok	8 (%18,6)
Kullandığı ilaçlar	
Beta bloker	11 (%18)
Alfa-bloker	7 (%16,3)
Diüretik	14 (%57,7)
Yok	11 (%18,0)



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-40 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Ventral konjenital penil kurvatürde medial yaklaşımli modifiye Nesbit korporoplasti prosedürü sonuçlarımız**

Samet Şenel<sup>1</sup>, Murat Dursun<sup>2</sup>, Ahmet Halil Sevinç<sup>3</sup>, Reşat Aydın<sup>4</sup>, Rifat Burak Ergül<sup>2</sup>, İlker Teke<sup>2</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Androloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Batman Kozluk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Batman

**GİRİŞ:** Konjenital penil kurvatür (KPK), tunika albuginea'nın (TA) orantısız gelişimi sonucu ortaya çıkan nadir bir penil kurvatür şeklidir. Kurvatür, olguların çoğunluğu ventraldir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında lateral veya medial nörovasküler demet (NVD) diseksiyon yaklaşımli modifiye Nesbit korporoplastisi yer alır. Bu çalışmada, CPC için medial NVD diseksiyon yaklaşımıyla modifiye Nesbit korporoplastisi uygulanan hastaların postoperatif sonuçları ve komplikasyonları sunulmayı amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2007-2024 tarihleri arasında ventral KPK nedeniyle medial nörovasküler demet (NVD) diseksiyon yaklaşımli modifiye Nesbit korporoplasti uygulanan 130 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların preoperatif (yaş, kurvatür şekli ve açısı, penis uzunluğu) ve postoperatif (takip süresi, genel memnuniyet, penis boyunda kısalma, rekürrens, ele gelen sertlik ve/veya düğümler, penis ve/veya glansta his kaybı, de-novo erektil disfonksiyon) verileri kaydedildi.

**BULGULAR:** 105 (%80.7) hastada izole ventral, 4 (%3.1) hastada ventral + sağ ve 21 (%16.2) hastada ventral + sol KPK saptandı. Ortalama kurvatür derecesi  $53.9 \pm 13.2^\circ$  idi. Genel memnuniyet oranı % 92.3'tü. Ortalama postoperatif takip süresi  $101.6 \pm 65.7$  aydı. Ortanca penil uzunluk kaybı 2 (1-4) cm idi. Nüks ve ele gelen sertlik ve/veya düğüm oranları sırasıyla %5.4 ve %8.5 idi. 2 (%1.5) hastada penis ve/veya glansta his kaybı bildirildi ve 5 (%3.8) hastada takip sürecinde de novo erektil disfonksiyon gelişti.

**SONUÇ:** Medial nörovasküler demet (NVD) diseksiyon yaklaşımli modifiye Nesbit korporoplasti yüksek memnuniyet ve düşük komplikasyon oranları ile ventral KPK'da tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Modifiye Nesbit, konjenital penil kurvatür, medial diseksiyon



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo 1**

Parametreler	n=130
Preoperatif özellikler	
Yaş (yıl) (Ortalama ± SD)	23.4±5.2
Kurvatür yönü	
Ventral, n (%)	105 (80.7)
Ventral + sağ, n (%)	4 (3.1)
Ventral + sol, n (%)	21 (16.2)
Ventral kurvatür derecesi (derece) (Ortalama ± SD)	53.9±13.2
Ventral kurvatür derecesi	
≤30°, n (%)	8 (6.2)
30°-60°, n (%)	61 (46.9)
≥60°, n (%)	61 (46.9)
Penis uzunluğu (cm) (Ortanca)(min-maks)	17 (11-20)
Operasyon	
Nesbit, n (%)	116 (89.2)
Nesbit + plikasyon, n (%)	14 (10.8)
Postoperatif sonuçlar	
Takip süresi (ay) (Ortalama ± SD)	101.6±65.7
Genel memnuniyet, n (%)	120 (92.3)
Penis uzunluk kaybı (cm) (Ortanca)(min-maks)	2 (1-4)
Nüks, n (%)	7 (5.4)
Nüks kurvatür derecesi	
30°, n	3
35°, n	1
50°, n	1
60°, n	2
Ele gelen sertlik ve/veya düğüm, n (%)	11 (8.5)
Penis ve/veya glansta his kaybı, n (%)	2 (1.5)
De-novo erektil disfonksiyon	5 (3.8)

*Ventral konjenital penil kurvatür nedeniyle medial nörovasküler demet diseksiyonu yaklaşımıyla modifiye Nesbit korpoplastisi uygulanan hastaların preoperatif özellikleri ve postoperatif sonuçları*



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-41 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Nadir bir vaka: Peniste kitle olarak kendini gösteren Non-Hodgkin Lenfoma**

İlker Teke<sup>1</sup>, Ahmet Halil Sevinç<sup>3</sup>, Mehmet Gürcan<sup>1</sup>, Özge Hürdoğan<sup>2</sup>, Ali Yılmaz Altay<sup>2</sup>, Zeynep Cantürk<sup>2</sup>, Murat Dur-  
sun<sup>1</sup>, Ateş Kadioğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Penisin malign neoplazmaları nadir olarak görülmekle birlikte en yaygın tipi penil skuamöz hücreli karsinomdur. Non-Hodgkin lenfoma, hastaların %48'inde ektranodal bölgelerde görülse de peniste son derece nadirdir. Burada, bir penis korpus kavernozumunda Non-Hodgkin lenfoma tespit edilen hastanın sunulması amaçlanmaktadır.

**VAKA SUNUMU:** Penis distalinde ele gelen şişlik şikayeti ile 24 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurmuştur (Re-  
sim-1A). Hastanın önemli bir tıbbi veya aile öyküsü yoktur. Fizik muayenede penis distalinde sol tarafta 2 santimetrelilik  
lezyon tespit edilmiştir. Penis ultrasonunda distal korpus kavernozumda deri veya deri altı doku ile ilişkisi olmayan 2  
cm'lik kitle saptanmıştır.

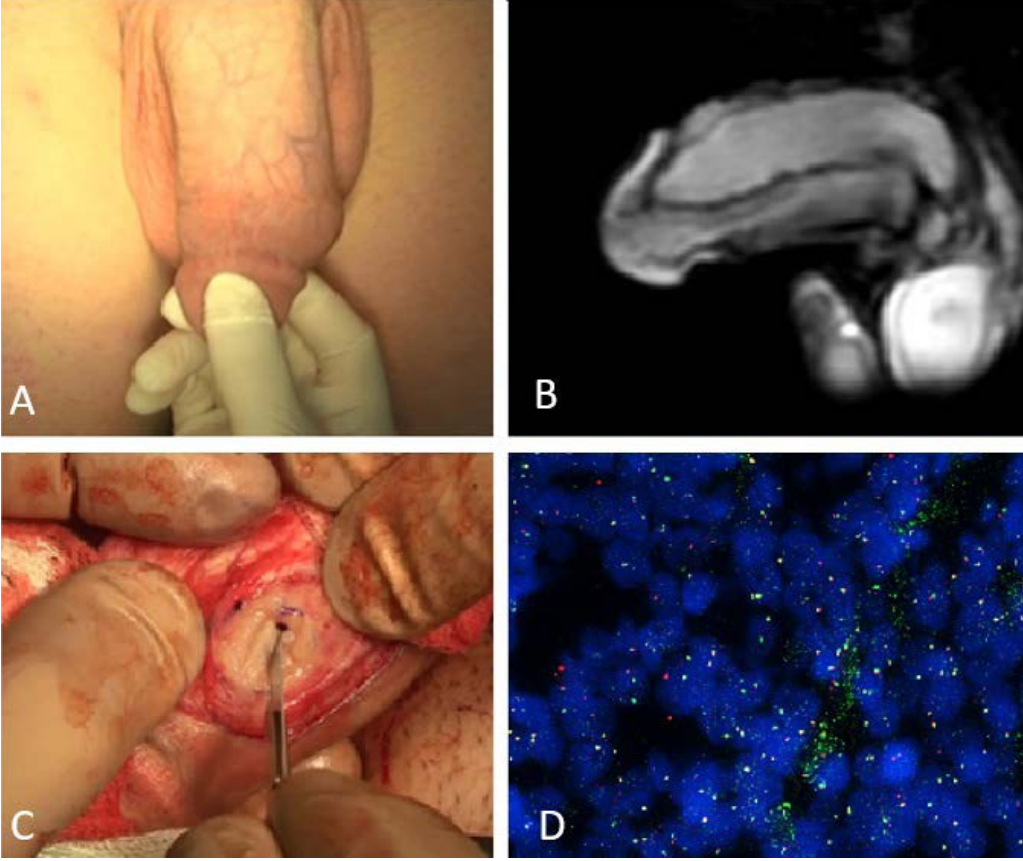
Penil MR görüntülemesinde penisin distal korpus kavernozumundan başlayarak proksimal korpus kavernozumuna kadar uzanan,  
iki taraflı korpus kavernozumunu tutan 55x20 mm'lik alanda ADC'yi sınırlayan genişlemeye neden olan lezyon izlenmiştir.  
Lezyonun uretra ile ilişkisi saptanmamıştır. (Resim-1B). Hastadan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra genel anestezi  
altında sol korpus kavernozum distalinden eksizyonel biyopsi yapılmıştır (Resim-1C). Ameliyat sonrası herhangi bir komp-  
likasyon görülmemiştir. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelenmesinde diffüz infiltrasyon oluşturan malign hücre-  
ler saptanmamıştır. Hücre kökenine yönelik yapılan geniş immünohistokimyasal panel ile epitelyal tümörler, nöroendokrin  
tümörler, melanom, kas ve damar tümörleri dışlanmıştır. CD3 negatifliği ve CD20 pozitifliği ile yüksek gradlı B hücre fe-  
notipi gösteren non Hodgkin lenfoma düşünülmüştür. Alt tip tayini için uygulanan ek immünohistokimyasal incelemelerde  
“c-myc ekspresyon artışı gösteren postgerminal merkez hücre fenotipli yüksek gradlı B hücreli lenfoma” tanısı konmuştur.  
In situ hibridizasyon(Resim-1D) çalışmasında MYC geninde ve BCL2 geninde yeniden düzenlenme saptanmamıştır.  
Bulgular diffüz büyük B hücreli lenfoma, postgerminal merkez hücre fenotipi ile uyumlu bulunmuştur.

FDG-PET raporunda peniste bilinen primer malignite ile uyumlu yoğun hipermetabolik odak, sol inguinofemoral alanda  
ön planda primer hastalığın tutulumu lehine değerlendirilen hipermetabolik lenf nodları, sol testis inferiorda fokal hiper-  
metabolik odak saptanmıştır. Sperm kriyoprezervasyonunun ardından hasta ileri sistemik değerlendirme ve kemoterapi  
için hematoloji bölümüne yönlendirilmiştir.

**SONUÇ:** Penis tümörleri genellikle skuamöz karsinom olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın evresine bağ-  
lı olarak genellikle total veya kısmi penis rezeksiyonu ile tedavi edilir. Penisin lenfoid tümörleri, literatürde na-  
dir olarak bildirilmiştir. Klinik görünümleri değişikdir; genellikle nodüller, ülserler veya yaygın ve genellikle  
ağrısız penis şişmesi ile ortaya çıkmaktadır. Peyronie hastalığını veya korpus kavernozum trombozunu bile taklit ede-  
bilir. Penis kanserleri için ameliyat en iyi yaklaşım olmaya devam ederken, penis lenfomaları için durum böyle de-  
ğildir. Histopatolojik tanı sonrası sistemik kemoterapi penis fonksiyonlarını koruduğu için iyi bir tedavi seçeneğidir.  
Sonuç olarak peniste kitle ile başvuran hastalarda nadir olmakla birlikte lenfoma tutulumu olasılığı akılda tutulmalıdır.  
Hastalık agresif bir şekilde ilerleyebileceği için sistemik kemoterapiye hemen başlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfoma, Penis, Korpus kavernozum, Primer

**Resim-1**



*Resim-1A Penis sol tarafta kitle lezyon Resim-1B Lezyonun MR görüntülemeleri Resim-1C Eksizyonel biyopsi peroperatif görüntüsü Resim-1D Floresan in situ hibridizasyon (FISH)*



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-42 [Erkek Cinsel Sağlığı]

**40-50 yaş aralığında Tadalafil 5 mg ve 20 mg dozlarının erektil disfonksiyon tedavisindeki etkinliğinin karşılaştırılması: IIEF skorlaması temelli bir çalışma**

İlyas Yağmur

Göztepe Medikal Park Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Erektile disfonksiyon (ED), erkeklerde sık görülen bir sorundur ve tadalafil, ED tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Bu çalışmada, tadalafil 5 mg ve 20 mg dozlarının etkinliği Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi (IIEF) skorlaması temel alınarak karşılaştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Ocak 2022-Mart 2023 tarihleri arasında 60 erkek hasta çalışmaya dahil edilmiştir. En az 6 aydır şikayeti olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar rastgele iki gruba ayrılmıştır:

- Tadalafil 5 mg (Grup A) alan gruba günde 1 kez,
- Tadalafil 20 mg (Grup B) alan gruba haftada 2 kez (3-4 gün arayla) ilaç verilmiştir. Tedavi süresi 8 hafta olarak belirlenmiştir. Başlangıçta ve tedavi sonunda IIEF skorlaması ve yan etki karşılaştırması yapılmıştır. Hastalar 40-50 yaş aralığından seçilmiştir. İleri kardiyak ve vasküler hastalığı olanlar, diyabet hastası olanlar ve daha önce erektil disfonksiyon tedavisi almış olanlar, hormonal bozukluğu olanlar tedaviye tam uyum sağlayamayanlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların tedavi öncesi demografik verileri ve kan değerleri tablo 1’de verildi.

**BULGULAR:** Grup A’da IIEF skorlaması sonucunda %42 oranında bir artış görülmüştür. Grup B’de ise bu artış %63 olarak tespit edilmiştir. İstatistiksel analizler Grup B’nin Grup A’ya göre anlamlı olarak (p değeri:0,03) daha yüksek bir IIEF skor artışı gösterdiğini ortaya koymuştur (tablo 2). Yan etki profili açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, Grup B’de baş ağrısı, yüz kızarması ve miyalji semptomlarının oransal olarak daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Her iki grupta da haftalık cinsel ilişki sayılarında artma olmakla birlikte B Grubunda ilişki sayıları daha fazla arttığı belirlendi. Boşalma süreleri ile ilgili her iki grupta da anlamlı bir artış tespit edilmedi.

**SONUÇ:** Erektile disfonksiyonu olan ve özellikle 40-50 yaş aralığında olan, ileri kardiyak ve vasküler hastalığı olmayan hastalarda IIEF skoru baz alındığında 20 mg tadalafilin 5 mg tadalafile göre daha etkili olup cinsel yaşama daha çok katkı verebileceği sonucuna varıldı. Çalışmanın dezavantajı tek merkezde ve kısıtlı hasta sayısı ile yapılması ve çalışma süresinin kısıtlı olmasıydı.

**Anahtar Kelimeler:** Erektile Disfonksiyon, IIEF Skorlaması, Tadalafil



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

**Tablo 1: Demografik veriler ve kan değerleri**

Özellik	Grup A (Tadalafil 5 mg)	Grup B (Tadalafil 20 mg)	P Değeri
Yaş (ortalama±SD)	45±5	46±4	0.12
BMI (ortalama±SD)	26±2	27±3	0.09
Total Testesteron (ng/dL)	450±50	440±45	0.21
Prolaktin (ng/mL)	10±2	11±2	0.18
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	95±10	97±9	0.15
Sigara (paket/yıl)	15±5	16±4	0.27
Total Kolesterol (mg/dL)	200±20	205±18	0.07
TSH (μIU/mL)	2.5±0.8	2.6±0.9	0.29

**Tablo 2: IIEF Skorları Öncesi ve Sonrası**

Grup	IIEF Skoru(Öncesi) (ortalama±SD)	IIEF Skoru(Sonrası) (ortalama±SD)	IIEF Skoru Artışı (ortalama±SD)
Grup A	12±3	17±4	42
Grup B	11±2	18±3	63



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

17-19 Mayıs 2024  
ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi

### SS-43 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Hormon Replasman Tedavisi Alan Hipogonadotropik Hipogonadizimli Olgularda Testis Elastografisinin Testiküler Fonksiyon, Spermatojeniz ve Cinsiyet Hormonlarını Öngörmedeki Rolü

Nezih Tamkaç<sup>1</sup>, Sadık Görür<sup>2</sup>, Fatih Gökalp<sup>2</sup>, Hakan Şığva<sup>3</sup>, Sefa Burak Porgalı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hatay Defne Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>2</sup>Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Van Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>4</sup>Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

**AMAÇ:** Bu çalışmada Hormon Replasman Tedavisi sonrası Hipogonadotropik Hipogonadizimli hastaların testis doku değişiklikleri ve spermatojeniz başarısını ön görmedeki rolü değerlendirmeyi amaçladık

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğine 2 yıl boyunca başvuran 30 Hipogonadotropik Hipogonadizm hastası prospektif olarak incelendi. Hastalar tedavi öncesi testis elastografisi ile değerlendirildi. Hastalara Konvansiyonel Gonadotropin tedavisi olan hCG ve rekombinant FSH tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında hormon tetkikleri (FSH, LH, Testesteron), spermioqram parametreleri ve testis elastografisi değerlendirildi. 6. Ayda ejakülatta sperm saptanması başarı olarak görüldü.

**BULGULAR:** 6. Ayın sonunda 30 hastanın 13 ünde (%43) sperm çıkışı gözlemlendi. Tedavi öncesi Testesteron düzeyi 1 mg/dl iken tedavi sonrası 5,6 mg/dl seviyesine yükseldi. Tedaviden fayda gören grupta tedavi öncesi ve sonrası bilateral testislerin elastografide bakılan rezistif indeks değerleri tedaviden fayda görmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (tedavi öncesi sağ ve sol rezistif indeks sırasıyla sağ: 0.9, sol: 0.93, p=0.002, tedavi sonrası sağ ve sol rezistif indeks sırasıyla sağ: 0.72, sol: 0.72 p=0.001). Tedavi öncesi ve tedavi sonrası testis elastografisinde sağ testis akımı tedaviden fayda gören grupta, tedaviden fayda görmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (tedavi öncesi sağ akım: 0.71, sol akım: 0.72 m/s, p=0.036, tedavi sonrası sağ akım: 1.02 m/s sol akım: 0.9 m/s, p=0.006). Tedavi sonrasında ise tedaviden fayda gören grupta sol testis kan akımı anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.007). Tedavi sonrasında ise tedaviden fayda gören grupta sağ testis stiffness değeri anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Tedavi öncesi stiffness: 2.19, tedavi sonrası: 2.7. (p=0.025).

**SONUÇ:** Çalışmada Hipogonadotropik Hipogonadizm hastalarında Hormon Replasman tedavisinin spermatojeniz başarısını ön görmede Testis Elastografisinde değerlendirilen testiküler akım, stiffness ile birlikte Rezistif İndeksin de önemli bir parametre olabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipogonadotropik Hipogonadizm, Testis Elastografisi, Konvansiyonel Gonadotropin Tedavisi, Rezistif İndeks

#### Tedavi -Sonuç Grubu

Tablo 4. Testis akımı, rezistif indeks ve spermatojeniz

Grup	Grup 1 (n=15)		Grup 2 (n=15)		p
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortalama (Standart Sapma)	
Yaş	32.9 (24.0-39.4)	28.9 (23.0-35.0)	0.200		
İkili	7/9 (71.0-78.0)	7/9 (74.0-100)	0.875		
Kay testosteron	1.35 (0.20-0.90)	0.49 (0.41-1.20)	0.000		
Kay LH	4.80 (4.58-7.90)	6.49 (3.77-7.70)	0.240		
Kay FSH	0.40 (0.30-0.70)	0.40 (0.30-0.70)	0.470		
Kay Sık	2.04 (1.01-0.40)	1.97 (1.80-0.20)	0.744		
Kay Sık	0.27 (0.11-0.30)	0.67 (0.66-0.82)	0.000		
Kay Sık	0.79 (0.07-0.30)	0.60 (0.03-0.20)	0.100		
Kay elastografide sağ	0.90 (0.90-0.00)	0.74 (0.12-0.70)	0.002		
Kay elastografide sol	0.90 (0.75-0.00)	0.74 (0.44-0.81)	0.000		
Kay spermatojeniz	0.71 (0.00-0.82)	0.91 (0.00-1.82)	0.000		
Kay sol akım	0.72 (0.04-0.71)	0.70 (0.71-0.80)	0.200		
Kay elastografide sağ	0.72 (0.68-0.70)	0.48 (0.42-0.52)	<0.001		
Kay elastografide sol	0.72 (0.70-0.80)	0.48 (0.42-0.52)	<0.001		
Kay spermatojeniz	1.02 (0.30-0.71)	1.78 (1.04-1.20)	0.000		
Kay sol akım	0.90 (0.81-0.00)	1.04 (0.90-1.30)	0.007		
Kay rezistif indeks	1.17 (1.41-0.30)	1.90 (1.06-0.84)	0.000		
Kay stiffness	1.80 (1.90-2.87)	1.80 (1.87-0.00)	0.007		
Kay rezistif indeks	2.70 (1.80-1.47)	1.90 (1.86-0.00)	0.002		
Kay sol stiffness	2.19 (1.80-2.00)	1.21 (1.04-0.00)	0.001		





# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-44 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Penil Fraktür Açısından En Riskli Cinsel İlişki Saati Hangisidir?

Ramazan Uğur, Halil Lutfi Canat, Abdulmuttalip Şimşek

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada amacımız, penil fraktür ile cinsel ilişki saati arasında ilişki olup olmadığını ve en sık hangi saatlerdeki cinsel ilişkilerde penil fraktür görüldüğünün araştırılmasıdır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Penil fraktür nedeniyle 2020-2024 yılları arasında penil fraktür onarımı yapılan hastalar, hastane online veri tabanı ve hasta dosyaları üzerinden geriye dönük olarak değerlendirildi. Birincil çalışma hedefi olarak hastalar, cinsel ilişki saatlerine göre iki ayrı sınıflandırmaya tabi tutularak gruplandırıldı. Birinci gruptaki hastalar, gündüz-gece farklı zaman dilimlerindeki çalışma düzeni göz önünde bulundurularak 00:00-06:00/06:00-12:00/12:00-18:00/18:00-24:00 saatleri arasında olacak şekilde 4 sınıfa ayrıldı. İkinci grup ise yaygın çalışma alışkanlığı olan gündüz/gece çalışıp çiftlerin birlikte zaman geçirdikleri gece/gündüz saatleri esas alınıp 21:00-09:00 ve 09:00-21:00 arasında olacak şekilde iki ayrı sınıfa ayrıldı. İkincil hedef olarak da yaş ortalamaları ve yaş aralıkları değerlendirilerek hasta grupları arasında yaş faktörü açısından fark olup olmadığı incelendi. **BULGULAR:** Toplamda 43 hasta olduğu görüldü. Tüm hastaların ortalama yaşı 38(18-65) idi. Birinci gruptaki hasta sayıları sırasıyla 11/9/11/12 idi. Birinci gruptaki hastaların yaş ortalamasına/aralığına baktığımızda 36(18-51)/41(28-59)/37(20-65)/39(21-64) olduğu görüldü. Birinci grup alt sınıflarına ait hasta sayıları ile penil fraktür ilişkisi arasında anlamlı fark olmadığı görüldü( $p<0,05$ ). Birinci grupta yaş ortalaması en düşük olan biriminin cinsel ilişki saatinin 00:00 ile 06:00 arasında olduğu görülürken yaş ortalaması en yüksek sınıfın cinsel ilişki saatinin ise 06:00 ile 12:00 arasında olduğu tespit edildi. İkinci grupta ise sırasıyla 19 ve 22 hasta olduğu görüldü ve yaş ortalamaları sırasıyla 38(18-54)/37(20-65) idi. Birinci grupla benzer şekilde ikinci grupta da penil fraktür ile cinsel ilişki saati ve alt sınıflar arasındaki yaş faktörü açısından aralarında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi( $p<0,05$ ). **SONUÇ:** Yaptığımız bu çalışmada penil fraktür ile cinsel ilişki saati ve yaş faktörü arasında anlamlı ilişki olmadığını tespit ettik. Bu çıkarımımızın daha güçlü şekilde tespiti, anlamlandırılması ve ifade edilmesi adına, daha geniş serili ve çok merkezli olan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Penil Fraktür, Cinsel İlişki, Saat



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

## SS-45 [Erkek Üreme Sağlığı]

### **Bilateral Adölesan Hidroselektominin Ligasure desteğiyle Uygulanması**

Engin Özbay

Özel Osmaniye İbni Sina Hastabesi, Üroloji Kliniği, Osmaniye

**GİRİŞ:** Hidrosel, tunika vajinalisin parietal ve visseral tabakaları arasındaki potansiyel boşlukta anormal seröz sıvı toplanmasıdır. Ergenlerde görülen hidrosel genelde idiyopatik kökenlidir ve ikinci sık nedeni varikoselektomidir. Testiküler/ Peritestiküler enfeksiyon sonrası hidrosel gelişimi çok nadirdir. Ergen hasta için patent prosesus vajinalis belirtisi olan boyuttaki herhangi bir dalgalanmayı dışlamak için kapsamlı bir öykü almak önemlidir. Fizik muayene ile tanı %90 oranında konabilir. Kasıkta ve skrotumda şişlik gözle görülür, elle hissedilir. Şişlik içi su dolu bir balon gibidir. Skrotal ultrasonografi sıvıyı, sıvının miktarını, şişlik içindeki oluşumları göstermede çok faydalıdır. Hidrosellerin standart tedavisi minimal invaziv yöntemlerle uygulanan hidroselektominin yanında halen sıkça uygulanan skrotal kesi yoluyla açık hidroselektomidir.

**VAKA TAKDİMİ:** 14 yaşında erkek çocuk yumurtalık bölgesinde şişlik ve ağrı nedeniyle üroloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 6 ay önce geçirilen sağ epididimo-orşit öyküsü bulunmaktaydı. Yapılan fizik muayenede sağ tarafta 12-14 cm büyüklüğünde kistik yapı ve sol testis etrafındaki kistik yapıyla beraber palpe edilmişti. Skrotal usgde bilateral hidrosel izlendi. Her iki testis yapısı ile volümü ve her iki epididim normal olarak izlendi. Açık hidroselektomi kararı alındı.

**OPERASYON:** Hastaya 2,5- 3 cm lik skrotal median raphe kesisi yapıldı. Katlar geçildi. Tunica vajinalis fibrotik yapıda olduğu izlendi ve çevre dokulardan disseksiyonu zor olduğu için parsiyel disseksiyon yapıldı. Tunica vajinalis açılarak içeriği aspire edildi. Sağ testis dışarıya doğurtuldu ve spermatik kord, testis ve epididim parmak ile kontrol altına alındıktan sonra tunica vajinalisin eksizyonu ligasure ile yapıldı. Kanama kontrolü yapıldıktan sonra testis sağ skrotal kompartmana indirildi. Her hangi bir sütürasyon işlemine gerek duyulmadı. Mevcut kesiden aynı prosedür sol taraf için de uygulandı. Toplam vaka süresi 35 dk' idi.

**SONUÇ:** Ergenlik hidroseli çok nadiren de olsa genital enfeksiyon sonrası izlenebilir. Tunica vajinalisi fibrotik olan hastalara parsiyel disseksiyon sonrası ligasure yardımı ile eksizyonel hidroselektomi uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** adolesan hidroseli, tunica vajinalis, ligasure, eksizyonel hidroselektomi



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

### **SS-46 [Prostat ve Üretra Hastalıkları]**

#### **Asetil salisilik asit kesilemeyen büyük prostat hacimli hastada Holep cerrahisi**

Ferhat Yakup Suceken, Nurullah Mustafa Şişik, Kamil Kül, Eyüp Veli Küçük  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye eğitim ve araştırma Hastanesi, Üroloji anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Morbiditesi nedeni ile asetil salisilik asit (ASA) kesilemeyen Benign Prostat Hiperplazili (BPH) hastanın tedavisinde HoLEP cerrahisinin video sunumu amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 71 yaşında erkek hastada daha öncesinde şiddetli alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile takip edilirken glob vezikaleden ötürü üretral kateter iletilmiş. Tip 2 diyabetes mellitus, esansiyel hipertansiyon ve koroner arter hastalığı morbiditeleri ile birlikte hastada asa kullanımı mevcut idi. PSA 2.3 ng/ml Hb: 12 g/dl Kreatinin 1.02 mg/dl Prostat hacmi 92 cc olarak not edildi. Preoperatif konsültasyonlar neticesinde asa kesilemeyen hastaya asa altında HoLEP cerrahisi planlandı. Hastaya erken apikal serbestleme ardından enblok enükleasyon tekniği uygulandı. Son kanama kontrolü bipolar rezektoskop ile sağlanarak spesimen morselatör yardımı ile çıkarıldı. Hastaya 3 yollu üretral kateter iletilerek irrigasyona alındı.

**SONUÇ:** Ameliyat süresi; enükleasyon için 55 dk, kanama kontrolü için 12 dk ve morselasyon için 20 dk sürdü. Post operatif irrigasyon 2. günde kesildi. Foley çekimi post operatif 4. günde gerçekleşti. Nihai patoloji Benign olarak raporlandı.

ASA kesilemeyen büyük prostat hacimli AÜSS'lu hastalarının cerrahi tedavisinde HoLEP uygulanabilir minimal invaziv bir seçimdir.

**Anahtar Kelimeler:** AÜSS, HoLEP, ASA



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**SS-47 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Tek insizyondan ikili protez implantasyonu ile radikal prostatektomi sonrası tedaviye dirençli erektil disfonksiyon ve üriner inkontinansın tedavisi**

HALİL İBRAHİM ÇAM, Yavuz Şinasi Önel

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Radikal prostatektomi (RP) sonrası gelişen tedaviye dirençli erektil disfonksiyon (ED) ve üriner inkontinans (UI) hastanın yaşam kalitesini azaltabilir ve radikal cerrahi geçirmiş hastalarda ardışık cerrahi işlemler ko-morbidite riskini arttırabilir. Yapay üriner sfinkter (AUS) ve şişirilebilir penil protezin (IPP) eş zamanlı ikili implantasyonu için tek skrotal insizyonu içeren bir cerrahi tekniği tanımlıyoruz.

**YÖNTEMLER:** 2012 ile 2022 yılları arasında RP'yi takiben (ilk operasyondan ortalama 16 ay sonra (13 ile 21 ay arası)) tedaviye dirençli ED ve şiddetli UI (günde >4 ped) olan dokuz hastaya eş zamanlı IPP ve AUS implantasyonu uygulandı. Üst vertikal skrotal insizyon ile girildi, ardından bulber üretra diseksiyonu ile AUS kafı yerleştirildi. Aynı kesiden korpus kavernozumlar açığa çıkarıldı ve 3 parçalı IPP yerleştirildi. Bunu ekstrapitoneal rezervuarların yerleştirilmesi ve skrotuma pompaların yerleştirilmesi takip etti. Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanmadı. İdrar kaçırma durumu, erektil fonksiyon ve hasta memnuniyeti değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama operasyon süresi 127 dakikaydı (113-148 dk). Protez enfeksiyonu ve migrasyonu saptanmadı. Tüm hastalar cinsel ilişki için yeterli ereksiyona sahipti. Bir hastada günlük ped sayısı 1'e gerilerken diğer hastalarda tam kuruluk sağlandı. Hafif inkontinansı olan bir hastanın 9 yıl sonra AUS değiştirildi.

**SONUÇ:** Tek skrotal insizyon kullanarak yaptığımız eş zamanlı IPP ve AUS ikili implantasyonu başlangıç deneyimlerimiz, bu tedavi yönteminin RP sonrası ED ve UI hastalarında güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu göstermiştir. Literatürdeki yetersizlik nedeni ile daha çok hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Dual protez, erektil disfonksiyon, üriner inkontinans



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-48 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Minimal invasive hydrocelectomy technique, ONOL (Outpatient Novel Out Leaf) procedure

Şinasi Yavuz Öno1, Elif Patan2

<sup>1</sup>Rumeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

<sup>2</sup>10 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Avcılar, İstanbul

#### GİRİŞ:

**AMAÇ:** Hidrozel için standart cerrahi prosedürler postoperatif rahatsızlıklara, normal aktivitelerin geçici olarak kısıtlanmasına ve hematoma, enfeksiyon, kalıcı şişlik, kronik ağrı ve doğurganlığın azalması gibi komplikasyonlara neden olabilir. Hidrozel çevresindeki skrotal yapının geniş ve sertçe diseksiyonu, bu tip küçük ameliyatlarda yukarıda sayılan birçok komplikasyona neden olur. Bizler bu çalışmada daha az morbiditeye sahip minimal invazif hidrozelektomi tekniğinin uzun dönem sonuçlarını sunuyoruz.

**YÖNTEMLER:** Nisan 2004 ile Nisan 2022 arasında 235 hastaya hidrozelektomi uygulandı ve bunların 19'u iki taraflıydı. 15 mm'lik transvers skrotal insizyonla tunika vaginalis parietalis tespit edildi ve yakalandı. Kese hafif bir çekiş altında küt bir şekilde dissekte edildi ve insizyondan dışarı çıkarıldı. Tamamen mobilize olan tunika, tabanından elektrokoterle eksize edildi ve ardından yara kapatıldı. Hastalar ameliyattan sonra 24 saat içinde evlerine taburcu edildi ve ameliyatın 6. ayında kontrol edildi.

**SONUÇLAR:** Ortalama ameliyat süresi 24.3 dakikaydı. Ameliyat sonrası hematoma veya yara enfeksiyonu hiçbir olguda görülmedi. Hafif skrotal ödem genellikle işlem sonrası birkaç gün içinde düzeldi. İnatçı ödem ve skrotumunda sertleşme olan iki hastada ek yatak istirahati ve antiinflamatuvar ajanlara ihtiyaç duyuldu. Hastalar ameliyattan ortalama 4 gün sonra (1 ila 21 gün arasında) normal günlük aktivitelerine devam edebildiler. 235 hidrozel vakasının 225'inde (%96) iyileşme sağlandı.

**ÇÖZÜM:** Çekme tekniğimiz, cerrahın büyük hidrozel keselerini küçük bir delikten ve testis yapılarının doğrudan görüşü altında minimum diseksiyonla, çevre yapılarına minimum travma ile çıkarmasına olanak tanır, bu da erken iyileşme, minimum ödem, kanama ve daha az komplikasyonla sonuçlanır. Bu işlemin idiyopatik hidrozelin cerrahi tedavisi için bir seçenek olduğu 19 yıllık tecrübenin kanıtıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Çekme tekniği, Hidrozel, Minimal invazif hidrozelektomi



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### SS-49 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### Peyroni Plaklı Hastada 3 Parçalı Penil Protez Yerleştirilmesi

Şinasi Yavuz Öno<sup>1</sup>, Elif Patan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rumeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

<sup>2</sup>10 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Avcılar, İstanbul

**AMAÇ:** Medikal tedaviye dirençli, özellikle uzun süreli diyabetik hastalardaki erektil disfonksiyon tedavisinde cerrahi olarak penil protez implantasyonu altın standart bir tedavidir. Peyronie hastalığı birlikteliği olan erektil disfonksiyon vakaları ise penil protez implantasyonu açısından korpus kavernosumdaki plaklar nedeniyle cerrahiye çok daha zorlu kılmaktadır. Biz bu vakamızda peyroni plağı olan ve 3 parçalı penil protez implantasyonu yaptığımız vakayı sizlere aşama aşama sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 69 yaşında erkek hasta, yaklaşık 15 yıldır diyabetes mellitus hastalığı mevcut. 4'lü insülin kullanmakta. HbA1c <6,5. Hastamız 30 paket/yıl sigara kullanıyor. Hastamızda medikal tedaviye dirençli erektil disfonksiyon mevcut. Aynı zamanda hastanın kruslarında penis ventralinde sağ penis radiksinde 1x1,5 cm, sol penis radiksinde ise 1x1 cm fibrotik inatçı (rekalsitran) tunika albuginea, intraluminal kavernotoma ve buji dilasyonuna yanıt vermeyen peyroni plakları mevcut.

**BULGULAR:** Dikkatli bir yıkanma sonrası penisin gövdesini sol elimizle iyi kavrayarak vakaya başlıyoruz. Penoskrotal hattın bistüri ile cerrahi kalem yardımıyla işaretlenmiş alandan yaklaşık 8 cm'lik bir insizyon yapıyoruz. Bistüri, makas ve elimizle ise keskin ve künt diseksiyonlarla cilt altı ve dartos fasyalarını insize ederek geçiyoruz. Bu esnada sol elimizle penis gövdesini iyi kavramayı unutmuyoruz. Daha sonra corpus kavernosumun her iki tarafına 2/0 Vicryl ile askı suturları koyuyoruz. Sol el ile penis gövdesini kavrayarak aslında hemostaz da yapmış oluyoruz. Bu vakada koter kullanmayı tercih etmiyoruz. Askı suturlarından sonra önce sağ korpus kavernosumu insize ediyoruz. Dilatasyon aşamasına geçtiğimizde sağ krustaki 1.5 cm'lik plağın 7 numaralı bujinin dahi dilatasyonuna izin vermediğini görüyoruz. Sağdaki plağın granit sertliğinde, kavernotoma ve buji dilatasyonuna yanıt vermeyen rekalsitran bir plak olduğunu anlıyoruz. Makas yardımıyla keskin ve künt diseksiyonlar sonrası 6 numaralı bujinin proksimal korpus kavernosumunda ancak lerleyebildiğini görüyoruz. Daha sonra korpus kavernosumdaki insizyonu proksimale doğru 2 cm daha uzatıyoruz. Yine makas yardımıyla 1x1,5 cm'lik peyronie plağını ince diseksiyonlar sonrası eksize ediyoruz. Daha sonra aynı işlemleri sol korpus kavernosuma uyguluyoruz. Soldaki plağın diğer taraf kadar dilatasyonu engellemediğini düşünerek eksize etmeme kararı alıyoruz. Daha sonra 13 buji dilatasyona kadar her iki korpus kavernosumu dilate ediyoruz. Tunika albuginealarda perforasyon olmağını bujilerle kontrol ediyoruz. Bujilerin seviye olarak benzer olmasının iyi bir dilatasyonun göstergesi olarak kabul ediyoruz. Daha sonra penis protezinin ölçüm aşamasına geçiyoruz. Her 2 protezinde 19,5 cm olduğunu proksimal ve distalini ayrı ayrı ölçerek anlıyoruz. Daha sonra 100 cc'lik rezervuarı yerleştiriyoruz. Parmak yardımıyla rezervuar poşunun diseksiyonunu yapıyoruz. Serum fizyolojik ile şişirerek penil protezin çalışır durumda olduğunu bu aşamada mutlaka kontrol edilmesi gerekmektedir. Daha sonra penil protezi dilate edilen her 2 korpus kavernosuma yerleştiriyoruz. Pompayı ise skrotuma cilt altında poş oluşturarak her 2 testis arasına yerleştiriyoruz. Daha sonra bağlantıları yapıyoruz. Daha sonra her 2 korpus kavernosumun tunika albuginea tabakasını 2/0 Vicryl ile primer rahat bir şekilde kapatıyoruz. Ardından loja 2 gün sonra çekilmek üzere genellikle bu tip vakalarda koymayı tercih ettiğimiz "Jackson Pratt dren" yerleştiriyoruz. Ardından dartos fasyasını ve cildi kapattıktan sonra penisi kobanla sarılmak suretiyle penoskrotal bölgeye hafif baskılı bir pansuman yaparak işlemi sonlandırıyoruz.

**SONUÇLAR:** 3 parçalı penil protez operasyonu "rekalsitran" plaklı zorlu vakalarda dahi tecrübeli cerrahlarca başarıyla uygulanabilen bir işlemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Eretil disfonksiyon, Penil protez, Peyroni plağı



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

**TARTIŞMALI  
BİLDİRİLER**

## TP-01 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Mesanede Şişirilebilir Penil Protez Arka Uç Uzatıcısı: Beklenmedik Bir Komplikasyon

Turgay Kaçan

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Medikal tedaviye yanıtız erektil disfonksiyon tedavisinde penil protez implantasyonu (PPI) uygulanmaktadır. PPI başarılı, güvenli hem hasta hem de partner memnuniyeti oldukça yüksek bir yöntemdir. Hasta uygunluğuna ve hasta tercihine göre tek parçalı semi-rijit, iki veya üç parçalı şişirilebilir protez implantasyonu yapılmaktadır. PPI komplikasyonları arasında en sık enfeksiyon, cihaz arızası, protez erozyonları görülmektedir. Bu vaka da mesane içinde arka uç uzatıcısı (AUU) bulunan hasta sunulmaktadır.

**OLGU SUNUMU:** Son bir yıldır alt üriner sistem semptomları olması nedeniyle 84 yaşında erkek hasta üroloji polikliniğine başvurdu. Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıkları mevcuttu. 15 yıl önce kolesistektomi, 7 yıl önce şişirilebilir üç parçalı penil protez implantasyonu, 1 yıl önce protez çıkarılması ile üretral darlık nedeniyle vizual internal üretrotomi öyküsü mevcuttu. Hastanın PSA'sı 3,8 ng/mL, IPSS'si 19 idi. Direkt üriner sistem grafisinde mesane sınırlarında tübüler yapıda opasite izlendi (Resim 1A). Üriner ultrasonografide mesane içinde tübüler yapıda ekojen yapı izlendi. Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide mesane içinde penil proteze ait olabilecek yabancı cisim görüldü. Göbek altı median insizyonla mesane açılarak yabancı cisim dışarı çıkarıldı (Resim 1B). Yabancı cismin daha önce takılmış olan proteze ait arka uç uzatıcısı parça olduğu görüldü.

**TARTIŞMA:** Erektil disfonksiyonu olan, farklı medikal tedavilere uygun olmayan veya definitif tedaviyi tercih eden hastalar ile medikal tedavilere yanıt alınmayan hastalarda penil protez implantasyonu uygulanmaktadır. PPI cerrahisinin ana iki komplikasyonu enfeksiyon ve mekanik başarısızlıktır. Bunların yanı sıra vakaların %1-6'sında distal korpora, üretra ve glansı kapsayan implant erozyonu meydana gelebilir. Benzer şekilde hastaların %1,5'inde glans iskemisi ve nekroz rapor edilmiştir. Arka uç uzatıcıların kullanımı, PPI cerrahisinde giderek artmaktadır. AUU kullanımı ile ilgili olarak bildirilen en yaygın komplikasyon, revizyon/çıkarma ameliyatı veya yeniden konumlandırma sırasında arka ucun geride bırakılmasıdır. Nazal spekulum, grasperlar, penil ölçüm çubuğu, Brooks dilatörü ve sistoskopik çıkarma dahil olmak üzere AUU çıkarma yöntemlerine ilişkin birçok seri ve vaka çalışması yayınlanmıştır. Arka uçların tam iki taraflı çıkığı da rapor edilmiştir. Ayrıca kalan arka uçlar uzun vadede ağrıya veya enfeksiyona neden olabileceği bildirilmiştir. Mesane içinde AUU bulunması ise daha önce literatürde bildirilmemiş bir komplikasyondur.

**Anahtar Kelimeler:** arka uç uzatıcısı, erektil disfonksiyon, komplikasyon, penil protez

### Resim 1



A. Direkt üriner sistem grafisinde tübüler şekilde opasite B. Mesaneden çıkarılan arka uç uzatıcısı



## TP-02 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Fournier Gangreni Postoperatif Tedavisinde Hipoklorik Asitli Pansuman ve Rifampisinli Pansuman Uygulamalarının Karşılaştırılması

Süleyman Sağır<sup>1</sup>, Adem Tunçekin<sup>2</sup>, Ferhat Çelikkaleli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mardin Artuklu Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Mardin

<sup>2</sup>Uşak Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Uşak

<sup>3</sup>Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Mardin

**AMAÇ:** Hipoklorik asit ve Rifampisin, Fournier Gangreni debridmanı sonrası ödemi azaltarak ve granülasyon dokusunun oluşmasını ve doku perfüzyonunu uyararak yara iyileşmesine yardımcı olan aynı zamanda enfeksiyon oluşumunu engelleyen tedavi yöntemidir. Kliniğimizde bu iki yöntemle tedavi ettiğimiz Fournier Gangreni (FG) hastalarımızın sonuçlarını analiz ettik.

**YÖNTEM-GEREÇ:** Ocak 2019 ve Aralık 2023 arasında kliniğimizde FG debridmanı yapılan 18 hastanın verileri retrospektif karşılaştırmalı olarak incelendi. Hastalar debridman sonrası(resim1) yara yeri takibi ve bakımında uygulanan yöntemlere göre iki gruba ayrıldı. Hipoklorik asitli pansuman yapılan hastalar (n=10) grup 1, rifampisinli pansuman yapılan Grup 2 hastalar (n=8)dan oluşmaktaydı. Debridman sonrası postoperatif dönemde grup1 de 1000 cc izotonik 10 cc %5 lik hipoklorik asit karıştırılarak yara yerine sürülerek pansuman yapıldı. Grup2 ye her pansumanda 3 adet rifampisin ampul 10 cc izotonikle karıştırılarak pansuman yapıldı. Her iki gruba günde 2 kere pansuman yapıldı. Hastaların hastanede yatış süresi, ikincil debridman gerekliliği ve yara yeri iyileşme süreleri karşılaştırıldı. Yara yeri iyileşme süresi olarak debridmandan sonra yara yerinin kapatılmasına kadar geçen süre kabul edildi.

**BULGULAR:** Grup1 hastaların hastanede yatış süresi, Grup2 pansuman yapılan hastalara göre anlamlı olarak az izlendi (12.3 vs 19.8 gün, p<0.05) ve yara yeri iyileşme süreleri açısından (16.2 vs 20.8 gün, p>0.05) iki yöntem arasında anlamlı farklılık saptamadık.

**TARTIŞMA:** Hipoklorik asitin ucuz olması, daha az hastanede yatış süresi sağlaması başlıca avantajıdır. Buna beraber yatış süresini kısaltarak ve iş gücü kaybını önleyerek maliyeti azalttığına inanmaktayız. Hastalarımızda mümkün olduğu sürece Hipoklorik asitli pansuman yöntemini tercih ediyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** fournier, debridman, hipoklorik asit, rifampisin

#### resim1



fournier debriman sonrası görüntü

### TP-03 [Erkek Üreme Sağlığı]

#### Hematospermi ile Başvuran Hastada Seminom; Olgu Sunumu

Adem Tunçekin

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye

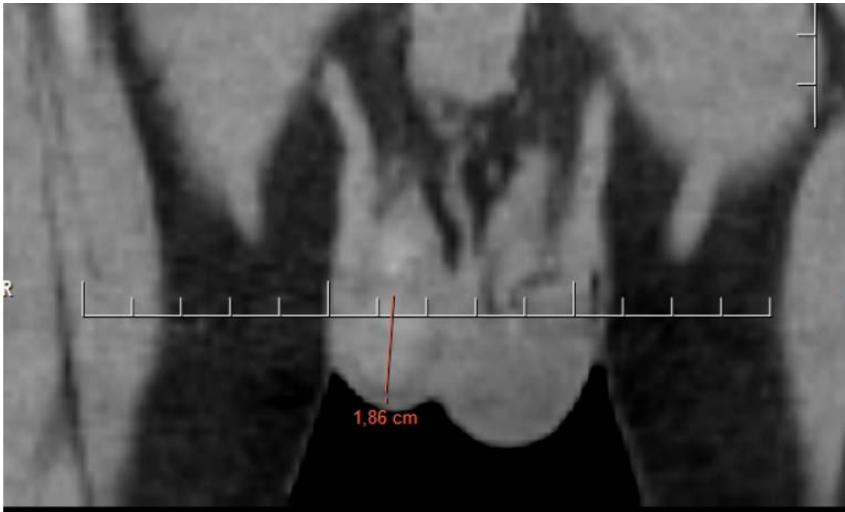
**GİRİŞ:** Hematospermi, semende makroskopik olarak kan bulunması olarak tanımlanır. Genellikle idiyopatik olarak kabul edilir ve erkeklerde genelde paniğe sebep olan bir durumdur. Çoğunlukla iyi huylu sebeplerden dolayı görülmesine rağmen nadiren malign durumlar da neden olabilir. Bu çalışmada hematospermi ile prezente olan testis tümörü olgumuzu sunmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU:** Kırk yaşında erkek hasta 2 aylık sürede 5 defa menide kanama olması şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde ek özellik yoktu. Fizik muayenede sağ testis inferiorda yaklaşık 2 cm' lik kitle palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemede B-Hcg 97 mIU/ml, LDH 372 U/l, AFP 1.1 IU/ml, total testosteron 5.5 ng/ml, FSH ve LH ise <0.3 mIU/ml gözlemlendi. Ultrasonografide sağ testis alt kutupta 20x13 mm'lik kalsifikasyonlar içeren solid kitle gözlemlenmiş. Abdomen bilgisayarlı tomografide testiste tümöral yapı izlendi ancak metastaz izlenmedi. Semen analizinde oligoastenoteratozosperti gözlemlendi. Hastaya sperm kriyoprezervasyonu önerildi ancak hasta yaptırmak istemedi. Aydınlatılmış onam alındıktan sonra sağ inguinal orşiektomi işlemi yapıldı. Patolojik incelemede tümör boyutu 1,4 cm ölçülmüş olup pT1a olarak raporlandı. Tümör boyutu <4 cm ve rete testis invazyonu negatif olması üzerine hasta ile ortak karar sonucu aktif izlem planlandı.

**SONUÇ:** Hematospermi benign nedenlerden dolayı sık görülmekle birlikte nadiren testis kanseri gibi genitöüriner kanserlerde de görülebilmektedir. Bu nedenle tekrarlayan hematospermi ve / veya eşlik eden semptomlarla başvuran hastalar kapsamlı olarak değerlendirilmeli ve maligniteler de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hematospermi, seminom, testis tümörü

#### Resim 1; testis tümörünün abdomen bt görüntüsü



Resim 1; testis tümörünün abdomen bt görüntüsü

## TP-04 [Erkek Üreme Sağlığı]

### 23 yıl takipli bir testis epidermoid kist olgusu

Mustafa Gülmen, Ercan Fidan, Selamettin Demir  
SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Van

Testiküler epidermoid kist nadir görülen benign bir patolojidir. Tüm testis tümörlerinin yaklaşık olarak %1'ini oluşturur. Çoğunlukla hastaların kendileri tarafından ya da başka nedenli fizik muayene esnasında rastlantısal olarak tespit edilen ağrısız, sert, kitlelerdir. Hormonal olarak inaktif olduklarından, AFP ve beta HCG gibi tümör belirteçleri epidermoid kist olgularında genelde normal seviyelerde olmaktadır. Ultrasonografik olarak normal testis parankimi ile çevrili, sınırları keskin, intratestiküler lezyon görünümündedir. Ekojenik merkezi çevreleyen hipo-hiperekojenik konsantrik halkalar (soğan zarı görünümü) şeklinde görüntü verirler. Epidermoid kist olgularında inguinal orşiektomi ya da testis koruyucu cerrahi uygulanmıştır ancak şimdiye kadar tedavi konusunda herhangi bir konsensus sağlanmamıştır. 24 yaşında erkek hastanın 6 yıl önceki skrotal ultrasonografisinde sol testiste 2 adet 10mm ve 9mm boyutlu epidermoid kist mevcut. Her yıl fizik muayene, tümör belirteçleri ve skrotal ultrasonografi ile kontrolleri yapılmak üzere, 6 yıldır kliniğimizde takip edilmekte. Son yapılan fizik muayenede sol testiste ele gelen ancak sert olmayan lezyon mevcut. Tümör belirteçlerinden AFP:2.51 ng/ml (normal), beta HCG:<0.5 U/L (normal) olarak saptandı. Skrotal ultrasonografi ise sol testiste birbirine komşu düzgün sınırlı, santralinde kalsifik alan bulunan soğan zarı görünümünde 12mm ve 10mm boyutlu tipik epidermoid kist görünümünde solid alanlar şeklinde raporlandı (Resim). Hastanın eski kayıtları incelendiğinde, 7 aylıkken yapılan skrotal ultrasonografide sol testiste 15x20mm boyutlu kistin raporlanmış olduğu saptandı. 1980'lere kadar tespit edilen vakalarda tipik ultrasonografi bulguları bilinmediğinden, hastaların takiple ilgili yeterli verileri olmadığından ve malignite dışlanamadığından hastalar orşiektomi ile tedavi edilmekteydi. 1993 yılında tipik soğan halkası görünümünün tanımlanmasının ardından özellikle tümör belirteçlerinin normal aralıkta olması ve intraoperatif frozen sonuçlarının da epidermoid kist ile uyumlu olması durumunda, testis koruyucu cerrahi uygulanmaya başlanmıştır. Küçük serili yayınlarda bu hastaların uzun süreli takiplerinde herhangi bir nöksle karşılaşmadığı belirtilmiştir. Günümüzde ise çoğunlukla testis koruyucu cerrahi uygulanmaktadır. Sonuç olarak, uzun süredir boyutlarında belirgin değişiklik olmayan kitlelerde, negatif tümör belirteçleri, radyolojik olarak benign görünüm ve frozen kesit yöntemi ile de epidermoid kist patolojisi desteklenirse, testis koruyucu cerrahi uygulanabilir. Olgumuza benzer şekilde, süreç içerisinde boyutları artmayan, tümör belirteçleri normal sınırlarda olan ve görüntülemelerde malignite lehine bulgu saptanmayan hastalarda ilerleyen yıllarda takip de bir seçenek olarak sunulabilir ancak şu an için elimizde yeterli kanıt mevcut değildir.

**Anahtar Kelimeler:** epidermoid kist, orşiektomi, testis

### Skrotal ultrasonografide epidermoid kistin tipik soğan zarı görünümü



*Skrotal ultrasonografide sol testiste birbirine komşu düzgün sınırlı, santralinde kalsifik alan bulunan soğan zarı görünümünde 12mm ve 10mm boyutlu tipik epidermoid kist görünümünde solid alanlar*

## TP-05 [Prostat ve Üretra Hastalıkları]

### Laparoskopik Radikal Prostatektomi Sonrası Hem-O-Lok Klipsin İntravezikal Migrasyonu; Olgu Sunumu

Adem Tunçekin<sup>1</sup>, Arda Tongal<sup>1</sup>, Süleyman Sağır<sup>2</sup>

<sup>1</sup>1; Uşak Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Uşak, Türkiye

<sup>2</sup>2; Mardin Artuklu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Mardin, Türkiye

**GİRİŞ:** Laparoskopik radikal prostatektomi, prostat kanseri tedavisinde sıklıkla tercih edilen tekniklerden biridir. Hem-o-Lok klipsler, hemostaz ve lateral pedikül ligasyonu için yaygın olarak kullanılmaktadır. Klipslerin mesane içi, anastomoz kavşağı veya çevre dokulara migrasyonu nadiren de olsa görülebilmektedir. Buna bağlı olarak mesane boynu kontraktürü, mesane taşları ve sık üriner sistem enfeksiyonu gözlenebilir. Bu çalışmada laparoskopik radikal prostatektomi sonrası Hemo-o-lok klipsin mesane migrasyonu gözlenen olgumuzu sunmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU:** 64 yaşında hastamıza 14 ay önce dış merkezde Gleason skoru 3+3 prostat adenokarsinom olması üzerine laparoskopik radikal prostatektomi yapılmıştır. Postoperatif 9. ay hasta alt üriner sistem semptomları ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede patoloji izlenmedi. Laboratuvar incelemede WBC 9.7, CRP 211, tam idrar analizinde RBC 155, WBC 375, kreatinin 0.7 ve hemoglobin 12.7 gözlemlendi. Radyolojik görüntülemelerde bilateral pelvikalsisiyel yapılar orta düzeyde dilate izlenmiştir. Kültür antibiogramı alındıktan sonra meropenem başlandı. Steril idrar kültürü gözlenen hasta antibiyoterapisi tamamlandı. Hastaya bilateral dj kateter takıldı ve eksterne edildi. DJ kateter değişimi planlanan hasta 3. ay tekrar başvurdu. Lokal anestezi altında ofis şartlarında hastaya sistoskopi yapıldı. DJ kateterleri değiştirildi. İşlem sırasında trigonda sağ tarafta beyaz sert bir yapı görüldü (Resim 1). Bunun laparoskopik radikal prostatektomide kullanılan klips olduğu düşünüldü. Lokal şartlarda daha fazla tolere edemeyince sistoskopi ile klips çıkarılamadı. Hastaya klipsin genel anestezi altında endoskopik olarak çıkarılması önerildi.

**SONUÇ:** Laparoskopik radikal prostatektomi sonrası tekrarlayan alt üriner sistem semptomları olan hastalarda nadir de olsa klips migrasyonu akılda bulundurulmalıdır. Tanı için mümkünse flexible sistoskopi kullanılmalıdır. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve mesane taşı gibi durumların da önlenmesi için klipsin endürolojik olarak çıkarılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik radikal prostatektomi, hemo-o-lok klips, mesane, prostat kanseri

### Resim 1; Hemo-o-lok klipsin sistoskopideki görünümü



## TP-06 [Erkek Üreme Sağlığı]

### Orşiopeksi Sırasında Karşılaşılan Long Loop Vas Deferens: Olgu Sunumu

İsmail Yağmur, Ali Saraç, Eyyup Sabri Pelit, Bülent Katı, Mehmet Demir, Erhan Şengel, Halil Çiftçi  
Harran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**GİRİŞ:** Kriptorşidizm erkek yenidoğanların sık görülen malformasyonlarından birisidir. İnsidans gestasyonel yaşa bağlı değişir. %30 oranında bilateral görülür. İnmemiş testislerde standart tedavi orşiopeksidir. İnfertilite, malignite torsiyon gibi çeşitli komplikasyonların gelişimini önlemek için orşiopeksi yapılmalıdır. İnmemiş testis cerrahisi sırasında karşılaşılan long loop vas deferens nadir görülen bir durumdur. İntraop böyle bir durumla karşılaşıldığında vas deferens disseksiyonu dikkatli yapılmalıdır.

Bu olguda, orşiopeksi sırasında long loop vas deferens ile karşılaşıldığında kord disseksiyonun ve gubernacular rezeksiyonun dikkatli yapılması gerektiğini anlatmaktadır.

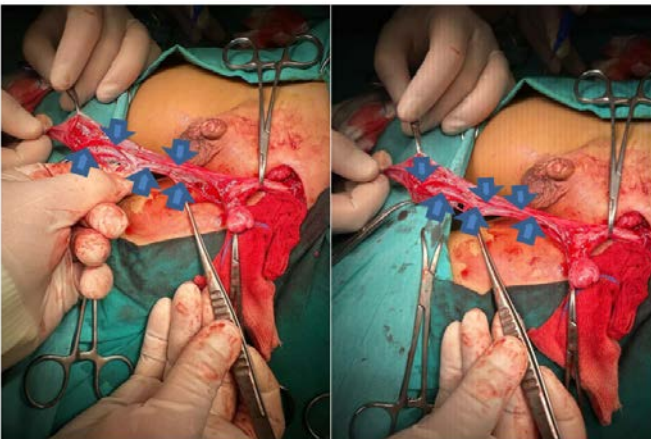
**VAKA:** 2.5 yaş down sendromlu erkek hasta 1 haftadır testislerde başlayan şişlik ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ testis skrotumda palpable, sol testis inguinal kanal proksimalde palpe edildi. Skrotal ultrasonografide sol testis inguinal kanal proksimalinde sağ testis skrotumda normal olarak izlendi. Hastaya sol orşiopeksi planlandı.

Ameliyatta sol inguinal kesi ile katlar geçilip spermatik korda ulaşıldı. Kord takip edilerek testis inguinal kanal proksimalinde bulunup askıya alındı. Testis çevre dokulardan keskin ve künt disseksiyonla serbestleştirildi. Bu esnada long loop vas deferens olduğu görüldü. Fıtık kesesi köprüleme yöntemi ile preperitoneal alana dek prepare edildi. Cilt ile dartos arasına poş hazırlandı. Testis vas deferens medialde olacak şekilde long loop vas ile birlikte poşa yerleştirildi. Testisin geri kaçmasını önlemek amacıyla dartos kenarlarından daraltıldı ardından katlar anatomisine uygun şekilde kapatılıp işlem başarılı bir şekilde tamamlandı.

**SONUÇ:** Orşiopeksi ameliyatı sırasında long loop vas deferens ile karşılaşma riski açısından gubernaculum rezeksiyonu sırasında içerisinden vas deferens geçip geçmediği dikkat edilmesi elzemdir.

**Anahtar Kelimeler:** orşiopeksi, long loop vas deferens, gubernaculum

resim 1.



ŞEKİL 1

ŞEKİL 2

Long loop vas deferens mavi oklar şekil 1 ve şekil 2 de gösterilmiştir

## TP-07 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Penil Plikasyonda Post-op Gelişen Komplikasyon

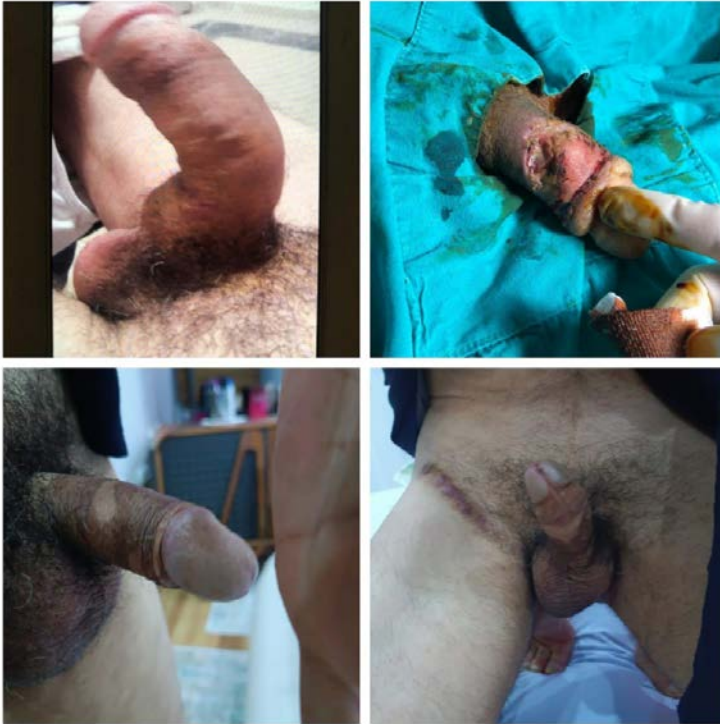
Uğur Kılınç, Celal Kılıç

Fırat Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

56 y erkek hastaya penil kurvatur nedeniyle penil plikasyon yapıldı. Post op 1. günde nekroz gelişmesi sonrası Plastik Cerrahiye danışıldı. Hasta yaklaşık 4 gün bu şekilde takip edildi. 5. günde plastik cerrahi önerisiyle debridman yapılmasına karar verildi. Debridman sonrası post op 28. günde plastik cerrahi tarafından sağ inguinal bölgeden alınan greft materyali penise nakledildi.

**Anahtar Kelimeler:** penil plikasyon, komplikasyon, nekroz, greft

### Preop- Debridman-Post op Görüntü



## TP-08 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Üç Parçalı Şişirilebilir Penil Protezin Nadir Görülen Geç Komplikasyonu: Glans Penis Perforasyonu

Eyyup Sabri Pelit, Muhammed Talha Yayla, Alp Kavukçu, Bülent Katı, Mehmet Demir, İsmail Yağmur, Halil Çiftçi

Harran Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Erektile disfonksiyon (ED), seksüel aktivite için yeterli penil ereksiyonu başlatamama veya devam ettirememeye ile karakterize bozukluktur. Günümüzde ED'nin birinci basamak tedavisi PDE5 inhibitörleri ve intrakavernozal tedaviler olsa da hastaların önemli bir kısmı medikal tedaviden fayda göremeyip penil protez implantasyonu (PPI) cerrahisine gitmektedir. PPI cerrahi komplikasyonlarının hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyeti üzerinde yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle protez enfeksiyonu, mekanik arıza, korporal perforasyon ve üretral perforasyonlar protez cerrahisi planlanan hastalar ile tartışılmalıdır.

**VAKA:** 49 yaş erkek hasta, başka merkezde 1,5 yıl önce takılan üç parçalı şişirilebilir penil protezinin glans penisini perforate edip dışarı çıkmasıyla başvurdu (Resim 1). Diyabetik ve paraplejik olan hastaya 1,5 yıl önce ürostomi açılmıştı. Penil protez çıkartılması planlanan hastaya preop profilaktik vankomisin, ceftriakson ve flukonazol intravenöz olarak verildi. Gerekli saha temizliğini takiben, penoskrotal bölgede 3 cm'lik transvers insizyon yapıldı. Cilt, ciltaltı, dartos fasiası ve buck fasiası açıldı. Önce sağ korpuskavernozum tunika albuginea vertikal insizyonla 1 cm açıldı. Korpus kavernozumda lokalize protez parçası çıkartıldı ve rifampisin ve gentamisinli solüsyon ile irrigate edildi (Resim 2). Aynı işlem sol tarafada uygulandı. Rezervuar parçası fibrozis nedeni ile penoskrotal insizyon bölgesinden dissekte edilemedi. Bunun üzerine 3 cm ayrı bir suprapubik insizyon yapılarak rezervuar çıkartıldı (Resim 3.). Katlar anatomisine uygun kapatılarak işleme son verildi.

**SONUÇ:** Korporal ve glans perforasyon komplikasyonu özellikle mallable penil protez cerrahilerinde görülürken, inflatable penil protez cerrahilerinden sonra da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle diabetik ve paraplejik hastalar komplikasyon açısından riskli grubu oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, penil protez çıkartılması, glans perforasyonu

resim1., 2., 3.

Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**TP-09 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**On İki Yaşındaki Hastada İdiopatik İskemik Olmayan Priapizm: Olgu Sunumu**

Mustafa Gürkan Yenice, Ali Emre Fakir, Ubeyd Sungur, Yavuz Onur Danacıoğlu, MUHAMMED YUSUF DEMİR, Ali Ayten, Mustafa Sacit Güneren, alper bitkin, Ali İhsan Taşçı  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, İstanbul

**On İki Yaşındaki Hastada İdiopatik İskemik Olmayan Priapizm: Olgu Sunumu**

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Priapizm, cinsel uyarılma ile ilgisi olmayan >4 saat süren uzun süreli ereksiyon olarak tanımlanır ve orak hücre popülasyonu dışındaki pediatrik hastalarda nadir görülür. Erektile dokuda kalıcı hasarı önlemek için acil müdahale gereklidir.

**VAKA SUNUMU:** Komorbiditesi olmayan 12 yaşında erkek hasta 36 saatten uzun süren ağrılı ereksiyon nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayene priapizm ile uyumlu bulundu. Kan örneklerinde herhangi bir anormallik gözlenmedi. Kavernoza kan gazı asidotik ve hipoksik görüldü (pO<sub>2</sub> = 15 mmHg, pCO<sub>2</sub> = 59 mmHg, pH = 6.91). Glans penis üzerinden aspirasyonla korpus kavernoza dekompresyon uygulandı. İki ml %0,001 adrenalin solüsyonu 20 dakika aralıklarla iki kez uygulandı ancak detümesans sağlanamadı. MR görüntülemesi yapıldı ve korpus kavernoza nekroz görüldü. T-şant cerrahisi planlandı. Operasyon sonrası penil rijidite kayboldu ve detümesans sağlandı. Hasta operasyondan sonraki 2. Günde taburcu edildi. İki hafta sonra tam iyileşme görüldü.

**BULGULAR:** En yaygın nedenler orak hücre hastalığı (%65), lösemi (%10), travma (%10), idiyopatik (%10) ve farmakolojiktir (%5). Kalıcı hasarı önleyebileceğinden ve daha iyi bir potens sağlayabileceğinden tedaviye acilen ihtiyaç vardır. Birinci basamak tedavi kan akışının sürdürülmesi ve kavernoza cisimlerin aspirasyonu ve salin solüsyonu ile irrigasyonunu içerir. Diğer seçenek ise intrakavernoza fenilefrin veya adrenalin enjeksiyonudur. İkinci basamak tedavi, birincil basamak başarısızlık durumlarında düşünülmesi gereken şant cerrahisini içerir.

**SONUÇ:** Pediatrik popülasyonda priapizm, kapsamlı ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve ardından sağlıklı bir penis durumuna ulaşmak ve geç komplikasyonları önlemek için büyük bir özenle tedavi edilmesi gereken ürolojik bir acil durumdur.

**Anahtar Kelimeler:** Priapizm, pediatrik hasta,





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**TP-11 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Cinsel Olarak Aktif Yetişkinlerde Sünnet Sonrası 6. Ayda Bildirilen Cinsel Fonksiyon Değişimleri**

Ercan Fidan, Vefa Atış, Muhammet Çiçek

SBÜ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

Rutin dini sünnet uygulaması ülkemizde yaygın olarak yapılmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelere ve çok çocuklu ailelere mensup bireylerde rutin dini sünnet yetişkin döneme kadar geciktirilebilmektedir. Yetişkin dönemde sünnet edilen cinsel olarak aktif bireylerde sünnetin cinsel yaşama ve hasta psikolojisine etkisini değerlendiren literatür bilgileri sınırlıdır. Bu çalışmada yetişkin cinsel olarak aktif bireylerde rutin dini sünnet cerrahisinin cinsel yaşama ve hasta psikolojisine etkisini araştırmayı hedefledik. Kliniğimizde Ocak 2022 ile haziran 2023 arasında sünnet edilen yetişkin bireyler retrospektif olarak tarandı. Cinsel olarak aktif bireyler çalışmaya dahil edildi. Hastalar telefonla aranarak, penis duyusundaki hissedilen değişim, ejakülasyon süresi, cinsel yaşam kalitesi ve psikolojik etkilenim sorgulandı. Hasta tarafından bildirilen yanıtlar kaydedildi. Bunun operasyon süresi, demografik veriler, cerrahi yöntem ve komplikasyonlar kaydedildi. Toplam 46 yetişkin hasta dahil edildi. ortalama yaş  $22.4 \pm 4.9$  olarak hesaplandı. Hastaların %78'i cerrahi soğuk bıçak insizyonu ile gyotin yöntemiyle %22'si giyotin yöntemi ile diyatermik bıçak ile yapıldı. hastaların %43'ü öğrenci %19'u inşaat işçisiydi. %81 hasta işlem esnasında bekarı. Operasyon süresi ortalama 13 dakika, yatış süresi ortalama 9 saat olarak bulundu. hastaların %91 inde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 1 hastada tıbbi yardım gerektiren kanama, 3 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Hastaların %89'u penis duyusu ile ilgili bir fark hissetmediğini, %91 ejakülasyon süresi ile ilgili bir fark olmadığını ve cinsel yaşamla ilgili bir olumsuzluk yaşamadığını bildirdi. Hastaların %96'sı psikolojisinde bir fark olmadığını düşündüğünü belirtti. Hastaların yaklaşık %90'ına herhangi bir cinsel ya da psikolojik etkilenim olmaksızın rutin sünnet işlemi uygulanabilmektedir. Yetişkin dönemde sünnet olmak isteyen hastalara düşük olasılık dahi olsa cinsel yaşam ile ilgili etkilenim ve psikolojik etkilenim olabileceği konusunda bilgi vermek gerekir

**Anahtar Kelimeler:** Sünnet, Cinsel Hayat, Erkek Seks Hayatı, Cinsellik, Sünnet Sonrası Komplikasyonlar



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**Tablo-2: Sünnnet sonrası 6. ay cinsel yaşam sorgulaması**

	n=46
Sünnnet sonrası penis duyusu	
Arttı	2 (4)
Azaldı	3 (7)
Sünnnet sonrası ejakülasyon süresi	
Uzadı	1 (2)
Kısaldı	3 (7)
Sünnnet sonrası cinsel yaşamım olumsuz etkilendi	
Evet	4 (9)
Hayır	40 (91)
Sünnnetin psikolojimi olumsuz etkilediğini düşünüyorum	
Evet	2 (4)
Hayır	44 (96)

Tablo-2: Sünnnet sonrası 6. ay cinsel yaşam sorgulaması n=46 Sünnnet sonrası penis duyusu Arttı 2 (4) Azaldı 3 (7) Sünnnet sonrası ejakülasyon süresi Uzadı 1 (2) Kısaldı 3 (7) Sünnnet sonrası cinsel yaşamım olumsuz etkilendi Evet 4 (9) Hayır 40 (91) Sünnnetin psikolojimi olumsuz etkilediğini düşünüyorum Evet 2 (4) Hayır 44 (96)

**Demografik ve peroperatif veriler**

	n=46
Yaş (ort±SS)	22.4 ± 4.9
Boy (ort±SS)	174.8 ± 5.1
Kilo (ort±SS)	69.2 ± 3.85
Cerrahi Yöntem	
Cerrahi sünnnet	36 (78)
Diatermik koter	10 (22)
Meslek	
Öğrenci	20 (43)
İnşaat işçisi	9(19)
Çiftçi	3 (7)
İşsiz	3 (7)
Diğer	11 (24)
Medeni Hali	
Evli	9 (19)
Bekar	37 (81)
Op. Süresi (Ort/dk)	13
Yatış süresi (Ort/sa)**	9
Komplikasyon	
Kanama*	1 (2)
Yara yeri enfeksiyonu	3 (7)
Fimozis	0 (0)
*Konservatif izleme yönetildi	
**Saat	

**TABLO 1**



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### TP-13 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Komplet Üretral Rüptüre Neden Olan Penil Fraktür; Olgu Sunumu**

Sabri Aydemir, Alper Özorak, Mustafa Bozlu

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Isparta

**GİRİŞ:** Penil fraktür, ereksiyon halindeki penise künt travma sonucu korpus kavernozumdaki tunika albugineanın yırtılması olarak tanımlanır. Penil fraktürlerin en önemli nedeni cinsel ilişki sırasında oluşan direkt travmalardır. Genellikle çatlama sesiyle birlikte peniste ani gelişen ağrı, ekimoz ve hızla ilerleyen şişlik ile ortaya çıkar. Vakaların eksik bildirilmesi nedeniyle gerçek insidansı bilinmemektedir. Vakaların %0-38'inde eş zamanlı olarak üretral yaralanma mevcuttur. İdrar retansiyonu, hematüri ve üretral meadan kan gelmesi üretral hasarın belirtileri arasında yer almaktadır. Penil fraktürün optimal tedavisi halen tartışma konusudur. Muentener ve ark. komplike olmayan vakalarla sınırlı konservatif tedavinin, cerrahi tedaviyle karşılaştırıldığında eşit derecede iyi sonuçlandığını belirtti. Diğer görüşler, acil cerrahi onarımın konservatif tedaviye göre daha üstün olduğunu savundu. Sizlere acil cerrahi onarım ile tedavi edilen üretral hasarın eşlik ettiği bir penil fraktür vakasından bahsedeceğiz.

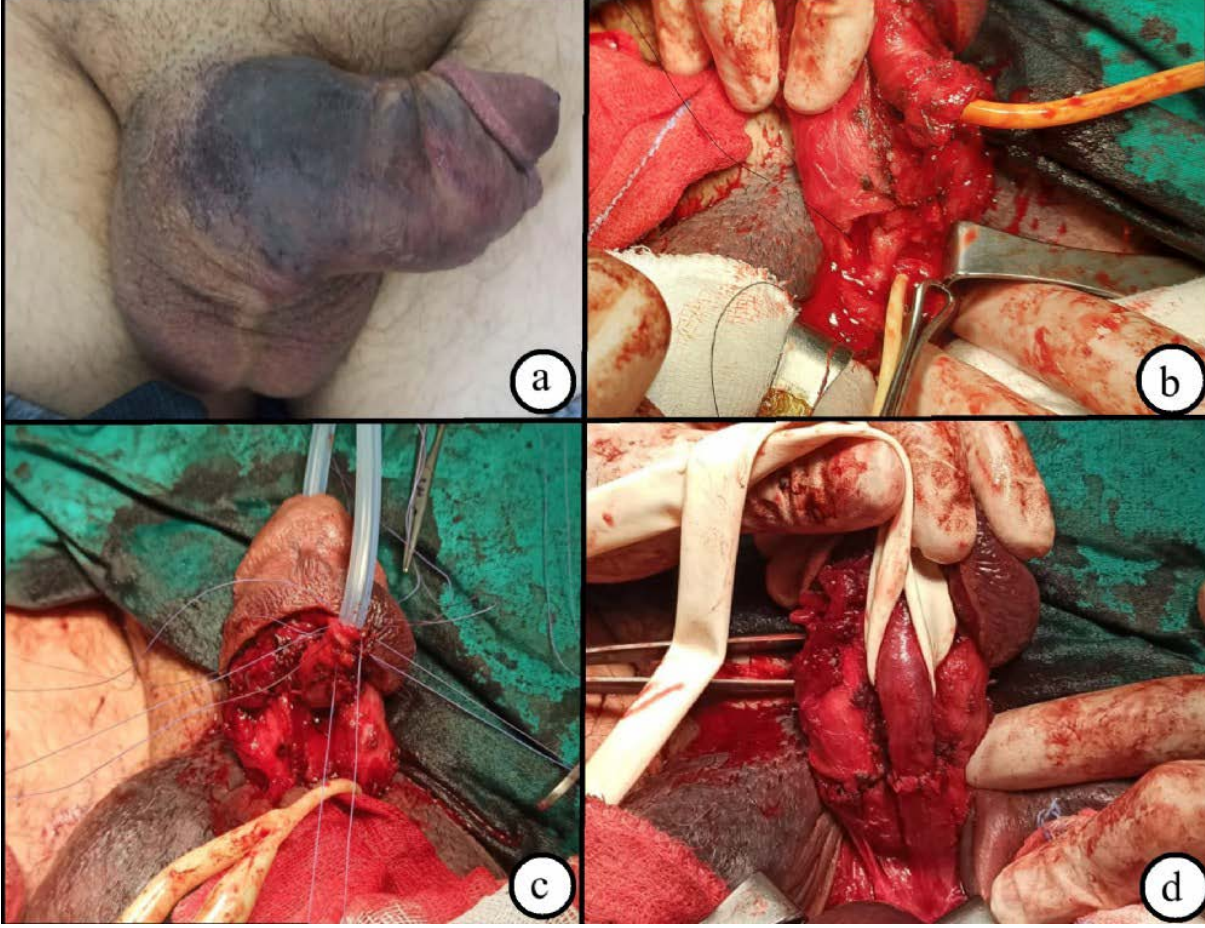
**OLGU SUNUMU:** 42 yaş erkek cinsel ilişki sonrası penil şişlik ve morarma şikayeti ile acil servise başvurdu (görsel 1-a). Penil fraktür ön tanısı ile acil operasyon planlandı. Preoperatif sonda takılamayan hastanın sistoüretroskopisinde üretral lümenin bütünlüğünün bozulmuş olduğu izlendi. Takiben açık cerrahiye karar verildi. Penis ventral yüzünde her iki korpus kavernosumda yırtık izlenen hastanın üretra bütünlüğünün bozulmuş olduğu izlendi (Görsel 1-b). Üretranın distal ve proksimal kesimleri üretral kateter yardımı ile belirlenip, künt ve keskin diseksiyonlarla çevre dokulardan serbestlendi (görsel 1-c). Takiben korpus kavernosumlar onarıldı. Üretranın distal ve proksimal parçaları emilebilir sütürler yardımı ile anastomoze edildi (görsel 1-d). Post operatif 2. gününde hasta taburcu edildi. Bir, üç ve altıncı aylarda poliklinik takiplerinde, işeme disfonksiyonu veya erektil disfonksiyon gelişmedi.

**TARTIŞMA:** Cinsel aktivite sırasında ereksiyon halindeki penisin perine veya pelvik kemiklere sert bir şekilde çarpması sonucu oluşan bükülme şeklinde yaralanması sıklıkla penil fraktür ile sonuçlanır. Mastürbasyon, yatakta dönme ve detümesans oluşturacak şekilde kuvvetli fleksiyon sırasında meydana gelen yaralanmalar da penil fraktürle sonuçlanan diğer etiyojilerdir. Semptomların tipik olması nedeniyle penil fraktür tanısı oldukça kolaydır. Üretral meadan kan gelmesi, hematüri ve işeme disfonksiyonu çoğunlukla üretral hasarın bir göstergesidir. Bizim olgumuzda da hastada bir çatlama sesi ve ardından peniste ani gelişen şişlik, ekimoz ve ağrı mevcuttu. Penil fraktür tedavisi her zaman tartışmalı bir konu olmuştur. Geçmişte hastalara yatak istirahati, elastik bandaj uygulaması, kalıcı üretral kateter ve 24 ila 48 saat boyunca soğuk kompres ve ereksiyonun engellenmesi için oksifenbutazon ve diazepam kullanımı dahil olmak üzere konservatif tedavi uygulanması önerildi. Ancak hastaların %10 ila %30'unda konservatif tedavi sonrasında erektil fonksiyon görüldü. Çoğu yazar, penil fraktür ile birlikte görülen üretral yaralanmanın acil cerrahi müdahalesini önermektedir. Daha önce yapılan çalışmalar sonucunda; acil cerrahi onarım yapılan hastaların çoğunda, uzun süreli takipte hem korpus kavernozum hem de üretranın rekonstrüksiyonundan sonra herhangi bir komplikasyon olmaksızın erektil fonksiyon ve işeme fonksiyonları korunmuştur. Bu olgumuzda üretral yaralanmanın eşlik ettiği penil fraktür ile acil servise başvuran 42 yaşında bir erkek hastayı sunduk. Hastaya acil cerrahi onarım yapıldı ve altı aylık takipte hastada erektil disfonksiyon veya işeme disfonksiyonu gözlenmedi.

**SONUÇ:** Üretral yaralanmanın eşlik ettiği penil fraktür nadir bir ürolojik acil durumdur. Üretral meadan kan gelmesi, hematüri ve idrar retansiyonu gibi tipik klinik belirtiler üretral hasarı akla getirmelidir. Hem üretral hem de korporal bölgenin acil cerrahi onarımı uygun tedavidir ve tatmin edici sonuçlara sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** penil fraktür, üretra, üretral rüptür

Görsel-1



*a; başvuru sırasında peniste morluk, b; her iki korpus kavernosumda yırtık ve üretral rüptür, c; üretranın çevre dokulardan serbestlenmesi, d; korpus kavernosumların ve üretranın rekonstruksiyonu*



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

### TP-14 [Erkek Cinsel Sağlığı]

#### **Penil Fraktür Görülme Sıklığındaki Artışın Resmî Tatiller İle İlişkisi:**

Resul Çiçek, Ali Beytur, İbrahim Topçu  
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Üroloji A.B.D.

**GİRİŞ:** Penil fraktür, cinsel ilişki sırasında korpüs kavernozumdaki tunika albugineanın yırtılmasıyla ortaya çıkan nadir fakat ciddi bir ürolojik acil durumdur. Genellikle kırılma sesi, şiddetli ağrı, ereksiyon kaybı ve hematoma oluşumu eşlik eder. Penil fraktürde erektil disfonksiyon, peyronie ve kronik ağrı gibi uzun vadeli komplikasyonları önlemek için acil cerrahi müdahale gerektirir. Penil fraktürünün hafta sonları ve yaz tatillerinde daha yaygın olduğunu, özellikle resmî tatillerde sıklığının arttığı bazı çalışmalarda görülmüştür. Bu da boş zamanların ve dinlenmenin artmasının cinsel davranışı ve yaralanma riskini etkileyebileceğini öne sürüyor. Biz bu çalışmada özellikle resmî tatillerde oluşan penil fraktür sıklığında artışı retrospektif olarak incelendi.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2009 Ocak ayı ile 2023 Ocak ayı arasında kliniğimizde cerrahi operasyon geçiren 39 adet penil fraktür hastasının, yaralanmanın gerçekleştiği yılların resmî tatilleri göz önüne alınarak penil fraktür sıklığının tatil günlerinde artışını istatistiki olarak değerlendirildi. Ayrıca hastalarda üretral yaralanma, yaralanmanın segmenti, yaralanma tipi ve komplikasyon gelişimi açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** 2009 ile 2023 yılları arasında tüm verilerine ulaşılabilen ve cerrahi müdahale gereken toplam 39 penil fraktür hastasını retrospektif değerlendirdiğimizde hastaların ortalama yaşının 42,9 (25-71) olduğu izlendi. Bu vakaların 8(%20,5)'i Ramazan ve Kurban bayramlarında gerçekleştiği gözlemlendi. Hastaların 2(%5,13)'ünde üretral yaralanma izlendi. Hastaların 27(%69,23)'ünde penis proksimal, 9(%23,1) 'u orta, 3(%7,7)'ünde distalde defekt izlendi. 11(%28,2) hastada Taghaandan manevrası (erekte penisi bükerek detümesans sağlanması), 22(%56,4)'ünde zorlu seksüel ilişki esnasında, 4(%10,25)'ünde blunt (künt) travma ve 2(%5,13)'ünde masturbasyona bağlı fraktür gerçekleşmiş. Hastaların 2(%5,13)'ünde enfeksiyon, 3(%7,7)'ünde penil deviasyon komplikasyon olarak görüldü.

**SONUÇ:** Penil fraktür giderek artan sıklıkta rapor edilen bir ürolojik acil hastalıktır. En sık neden olarak zorlu seksüel ilişki ve penil manüplasyonlar sebep olmaktadır. Penil fraktür için olası bir risk faktörü cinsel aktivitenin zamanlamasıdır. Bu da boş zamanların ve dinlenmenin artmasının cinsel davranışı ve yaralanma riskini etkileyebileceğini öne sürüyor.

**Anahtar Kelimeler:** Penil Fraktür, Üroloji, Acil, Resmî Tatil.



TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

**TP-15 [Erkek Cinsel Sağlığı]**

**Kronik Sondalı Şizofrenili Hastanın Glans Penis Nekrozu**

Mustafa Tıprıdamaz, Ahmet Emre Şahin, Arif Kol, Toygar Özlüturhanlar, Ozan Aydoğan, Çağatay Özsoy, Haluk Erol

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Glans penis nekrozu, hayati tehlike yaratabilen, nadir görülen tıbbi acil bir durumdur. Bu duruma, altta yatan birçok farklı neden sebep olabilir.

Kronik sondalı palyatiflik hastalarda bu durum görülebilmektedir. Tıbbi farkındalığın oluşması hasta yönetimi açısından çok önemlidir. Klinisyenler, kronik sondalı hastada tanıyı koymak ve uygun tedaviye başlamak için penis nekrozu olasılığının farkında olmalıdır. Fizik Muayene yapmayı düşünmelidir.

Çalışmamızda, Kronik sondalı şizofren hastanın penis başını bir iple bağlaması ve takipsiz kalması sonrası glans penisin tamamen nekroze olduğu bir vaka sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** glans, penis, parsiyel, penektomi

poster

**NADİR VAKA**  
**KRONİK SONDALI ŞİZOFREN TANILI HASTANIN GLANS PENİS NEKROZU**

Dr. MUSTAFA TIPIRDAMAZ, Dr. AHMET EMRE ŞAHİN, Dr. ÖĞRT. ÜYESİ ARIF KOL, Dr. TOYGAR ÖZLÜTURHANLAR,  
Dr. ÖZAN AYDOĞAN, Dr. ÖZGÜR ERMİŞLER, Prof Dr. HALUK EROL  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Aydın 2024

GİRİŞ ve AMAÇ

Glans penis nekrozu, hayati tehlike yaratabilen, nadir görülen tıbbi acil bir durumdur. Bu duruma, altında yatan birçok farklı neden sebep olabilir.

Kronik sondalı palyatiflik hastalarda bu durum görülebilmektedir. Tıbbi farkındalığın oluşması hasta yönetimi açısından çok önemlidir. Klinisyenler, kronik sondalı hastada tanıyı koymak ve uygun tedaviye başlamak için penis nekrozu olasılığının farkında olmalıdır. Fizik Muayene yapmayı düşünmelidir.

Çalışmamızda, Kronik sondalı şizofren hastanın penis başını bir iple bağlaması ve takipsiz kalması sonrası glans penisin tamamen nekroze olduğu bir vaka sunmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU

52 yaş erkek hasta şizofren tanılı bakım evinde yaşıyor. Herhangi bir yakını yok. Hastayı bakım evinde etrafı kirlittiği için sondalı takip etmekte. Hasta sonda ile ilgili sanrıları mevcut olup onun vücuduyla bir bütün olduğunu düşünerek glans penisini çepeçevre belirsiz bir zamanda bağlamış. Ağustos 2022 de hasta bakıcıları tarafından farkedildiğinde glans penis nekroze olmuş şekilde acil servise başvurmuşlar. Hastaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Üroloji kliniğinde acil parsiyel penektomi yapılmıştır.

*Resim 1: Acildeki Penis Nekroze Sonda Çekilmiş*  
*Resim 2: Operasyon Başlarken Debride Edilecekti Ancak Total Nekroz Görülünce Parsiyel Penektomi Kararı Alındı*  
*Resim 3: Parsiyel Penektomi Yapılıp Sonda Takıldı*  
*Resim 4:Kavermözler ve Üretra Cilde Sütüre Edildi.*

TARTIŞMA

Glans penis iskemisi nadir bir durumdur. Genellikle travma veya şirkümsüzyon sonucu kullanılan vazokonstriktör madde kullanımı ile ortaya çıkar.

Travma sonrasında genellikle beslenme bozukluğu sonrası hipoksi ve iskemisi sonrasında glans penis nekrozları görülebilmektedir. Kronik Sondalı Hastalarda mea bakımı önemlidir.

Beslenme bozukluğu ve hipoksidede hiperbarik oksijen tedavisi gündeme gelebilmektedir.

Nekroza giden dokularda ise penektomiye kadar gidebilen cerrahi işlem öncelikli ve Acildir.

Bizim vakamızda travma sonrası nekroza giden glans penis mevcut olup parsiyel penektomi yapılmıştır.

SONUÇ

Glans PenisNekrozu nadir görülen acil ürolojik vakalardandır. Kronik Sonda kullanan hastalara mea bakımı yapılması, düzenli aralıklarla sonda değişimi yapılması önerilmektedir.

Keywords:

1. UIR publishes special/guest-edited issues and topical collections. The peer review process for articles included in topical collections/special issues is the same as the peer review process of the journal in general. Additionally, if the Guest Editors author an article in their topical collection/special issue, they will not handle the peer review process.
2. Moon du G, Kwak TI, Kim JJ. Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. World J Mens Health. 2015 Aug;33(2):50-61. doi: 10.5534/wjmh.2015.33.2.50. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26331121; PMCID: PMC4550597.
3. Califano G, Arcaniolo D, Ruvolo CC, Manfredi C, Smarrazzo F, Cillo S, Verze P. Glans penis augmentation: when, how, and why? Int J Impot Res. 2022 May;34(4):343-346. doi: 10.1038/s41443-021-00464-1. Epub 2021 Aug 16. PMID: 34400809.

*parsiyel penektomi glans penis nekrozu case report poster sunumu*

## TP-16 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Buschke-Löwenstein tümörü ve başarılı tedavisi: olgu sunumu

Görkem Akça, Hakkı Uzun, Yakup Kaçan, Erdem Orman

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Rize

**GİRİŞ:** Buschke-Löwenstein tümörü (BLT) veya dev kondiloma aküminata, insan papilloma virüsünün (HPV) çeşitli türlerinin neden olduğu, anogenital bölgede ortaya çıkan, dev boyutlara ulaşan, karnabahar benzeri, to-murcuklanan büyük bir tümördür. Yavaş büyüyen bu tümörün, lokal invazyon, yüksek nüks ve malign transformasyon riski bulunmaktadır. Sıklıkla HPV tip 6 ve 11 ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca immunsupresyon, cinsel partner sayısının fazla oluşu, kronik genital enfeksiyonlar, yetersiz hijyen koşulları hastalık için diğer risk faktörleridir. Biz bu çalışmada nadir görülen, geç başvuru nedeniyle dev boyutlara ulaşan Buschke-Löwenstein tümörü tanısı koyduğumuz ve cerrahi eksizyon uyguladığımız öz bakımı kötü olan hastayı sunuyoruz.

**OLGU:** 71 yaşında erkek hasta Üroloji polikliniğine penis çevresinde ve skrotum cildinde yerleşimli siğil benzeri lezyonların olması ve bunlara bağlı olarak ilişkiye girmekte zorlanma şikayetiyle başvurdu. Lezyonların yaklaşık 30 yıldır olduğu ve giderek büyüdüğünü ifade etti. Öncesinde şüpheli ilişki öyküsü bildirdi. Özgeçmişinde benign prostat hiperplazisi dışında ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı yoktu. Eşinde ek hastalık yoktu ancak genital ve jinekolojik muayenesi yapılmamıştı. Öz bakım eksikliği izlenen hastanın fizik muayenesinde penis dorsal taraf komşuluğunda büyüğü yaklaşık 7 cm ve sağ skrotum cildini tama yakın kaplayan büyüğü yaklaşık 6 cm olan multiple kondilom benzeri lezyonlar izlendi (Resim 1 ve Resim 2). Cerrahi eksizyon önerilen hastanın yapılan rutin hemogram, biyokimya, eliza, idrar ve koagülasyon tetkikleri normaldi. Dış merkezde başka bir amaçla yapılan tüm batın görüntülemesinde özellik yoktu. Hastaya spinal anestezi altında cerrahi eksizyon uygulandı. Tüm lezyonlar eksize edilerek mukoza defektleri sütüre edildi (Resim 3). Patoloji sonucu kondiloma akuminata olarak raporlandı. Hastanın işlem sonrası 10. gününde sütürleri alındı. 3. ve 6. ay poliklinik kontrollerinde nüks izlenmedi.

**SONUÇ:** BLT özellikle ileri yaşlarda anogenital bölgede tutulum gösteren nadir bir tümör olmakla beraber yüksek nüks ve malign transformasyon riskinden dolayı önem arz etmektedir. Tedavisinde birçok seçenek olsa da altın standart yaklaşım gerekirse rekonstrüksiyonla beraber geniş cerrahi rezeksiyondur. Bu tümörlerin cerrahi tedavisi özel uzmanlığa sahip multidisipliner bir ekip gerektirir. Rekonstrüksiyon teknikleri zordur ve yara enfeksiyonu, açılma, hematoma, apse gibi tekrar cerrahi müdahale gerektirebilecek komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu hastalarda postoperatif nüksleri önlemek için ek tedavi önerilmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Buschke-Löwenstein, HPV, Kondilom

### Resim







TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi**

### TP-17 [Prostat ve Üretra Hastalıkları]

#### **Bulbar Arter ve erektil fonksiyonun korunduğu non-transecting uretroplasti deneyimlerimiz**

HALİL İBRAHİM ÇAM, Yavuz Şinasi Önal

İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

**AMAÇ:** Eksternal üriner sfinkter, levator ani, rabdoid sfinkter kası ve üretranın membranöz kısmından oluşan bir kas kompleksidir. Bulbomembranöz üretral darlığın en sık nedeni benign prostat cerrahisidir (BPC). BPC ile internal üretral sfinkter çıkarıldıktan sonra eksternal üretral sfinkter kontinansı kontrol eder. Kontinansı korumak için uretroplasti sırasında çizgili sfinkteri korumak zorunludur. Ayrıca, önceki hipospadias veya üretral cerrahi retrograd kan akışını kesintiye uğratabilir ve bulbar arteri korpus spongiosumun tek damarı haline getirir. Membranöz üretral darlık hastalığında standart cerrahi yaklaşım uç uca anastomozdur. Ancak uç-uca anastomoz uretroplastisi sırasında perineal girişimlerde bulbar arter, penil vasküler yapılar ve çoğu zaman rabdosfinkter kesilebilmektedir. Amacımız üriner kontinansı, erektil fonksiyonu, santral tendonu ve bulbar arteri korumayı amaçlayan non-transecting uretroplasti deneyimlerimizi sunmaktır.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** 2006-2022 yılları arasında, birçok endoskopik girişime rağmen sistostomili, posterior uretra darlıklı, 37 hasta opere edildi. Ortalama hasta yaşı 36 (6-74) idi. Darlık etyolojisi birbirine benzer şekilde ata biner tarzda perineal travmalardı. Santral tendon ve bulbar arter tüm vakalarda korundu. Darlık tipine göre 5 farklı işlem uygulandı. Kısa darlıklarda yalnızca Heineke Mikulicz uygulanırken (n=4), sadece dorsale (n=8), sadece ventrale (n=6), hem dorsale hem ventrale (n=15) ve hem Heineke Mikulicz hem de greft kullandığı (n=4) uretroplasti işlemleri uygulandı. 3 vakada bulbospongiosöz adele anastomoz hattını koruması ve destek sağlaması için üretranın dorsoline transfer edildi. Greftler bukkal mukoza ve prepsiyum cildinden alındı.

**BULGULAR:** Ortalama takip süresi 26 (4-57) aydı. Hastaların 2'sinde uretrografide üretral kalibrenin azalmış olduğu gözlemlendi. Bunlardan biri internal uretrotomiden fayda görünürken diğeri self-kateterizasyonla iyileşti. Diğer 35 hastanın semptomatik ve üroflowmetri değerlendirmelerinde darlık tekrarlamasına ve erektil fonksiyonda bozulmaya rastlanmadı.

**SONUÇ:** Non-transecting uretroplasti, eksternal üriner sfinkteri, santral tendonu ve vasküler yapıları korur. Biz, anatomik yapının korunduğu, fizyolojinin de beraberinde korunacağını düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Non transecting uretroplasti, üretral darlık, bukkal mukoza grefti

## TP-18 [Erkek Üreme Sağlığı]

### Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu; Segmental Testiküler Enfarktüs

Kadir Eryılmaz, Osman Mert Yirmibeş, Osman Ergün, Mustafa Bozlu  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Isparta

**GİRİŞ:** Segmental testiküler enfarktüs(STE) genellikle idiyopatik görülen çok nadir bir durumdur. Hastalar testiküler ağrı, skrotal şişlik ve testiste ele gelen sertlik gibi şikayetler ile başvururlar. Tanı çoğunlukla doppler ultrasonografi(USG) ile koyulur. Nadir görülen bir durum olması sebebi ile tanı koyulması güçtür. Sıklıkla epididimiorşit, testis torsiyonu, testis neoplazmı gibi patolojilerle karıştırılabilmektedir. Yanlış tanı koyulması sonrası yapılan orşiektomi patolojilerinde de STE'ye rastlanıldığı literatürde görülmüştür.

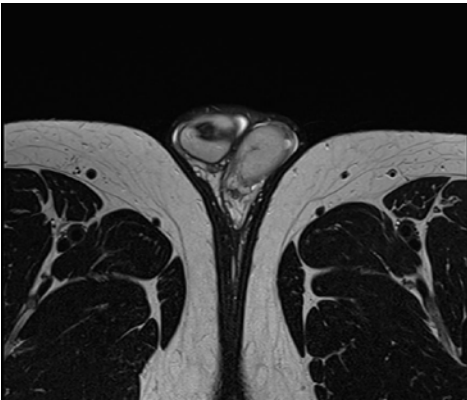
**OLGU:** 53 yaşında erkek hasta; Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı bulunan hasta daha önce iki kere anjiyografi olmuş ve 1 tane stent takılmış. Dış merkeze skrotal ağrı şikayeti ile başvuran hastaya skrotal renkli doppler USG yapılmış. Sağ testis üst pol 25\*10mm abse ve ya tümör olabilecek lezyon yorumu yapılmış. Antibiyoterapiye rağmen ağrısı devam eden hasta üst merkeze yönlendirilmiş. Tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ testiküler hassasiyet saptandı. testis tümör markerları çalışıldı. Bhcg, AFP ve LDH negatif gelen hastaya tekrar doppler ultrasonografi istendi.

Doppler USG: Sağ testis üst pol orta kesimde 17\*7mm hipoekoik, vaskülarite kodu alınmayan STE düşündürülen lezyon izlendi. Hastanın üroloji servisine yatışı verildi. Hasta kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji bölümlerine konsulte edildi. İlgili branşlar tarafından periferik nabızları açık olduğu öğrenildi ve hastanın mevcut asetsalisilik asit 100mg 1x1 tedavisine DMAH 60mg 2x1 tedavisi eklendi. Skrotal elevasyon ve soğuk uygulama yapıldı. 3 gün sonra hastaya kontrastlı skrotal MR çekildi. MR raporu sağ testis üst pol orta kısımda kısmi STE ile uyumlu görünüm izlendi. (Resim 1) Tedavisine devam edilen hastanın yatışının 7. Gününde şikayetlerinin gerilemesi üzerine tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

**SONUÇ:** STE diğer skrotal patolojiler taklit eden nadir görülen bir durumdur. Tanıda tecrübeli ellerde yapılan USG önem arz eder. Şüphede kalınan vakalarda ve takipte kontrastlı skrotal MR çekilebilir. Antikoagülan ve antiagregan tedaviler, skrotal elevasyon ve soğuk uygulama tedavi seçenekleri arasındadır ve şikayetlerin gerilemesine yardımcı olur. Tanıda arada kalınan olgularda orşiektomi kararı öncesinde MR çekilmesi gereksiz orşiektomileri önleyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** segmental testiküler enfarktüs, skrotum, ağrı

### Resim 1



*Kontrastlı skrotal MR görüntüsü*

## TP-19 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Kasık ağrısının nadir bir nedeni mesaneye invaze mesh

Buğra Aksay, Adem Altunkol, Ergün Alma, Kadir Karkin, Zafer Gökhan Gürbüz  
SBÜ Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Kasık ağrısı erkek hastalarda üroloji polikliniğine başvuru şikayetlerinin yaygın sebeplerinden biridir. Bu olgumuzda yıllardır tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve kasık ağrısının sebebi, nadiren karşılaşılan daha önce geçirilen inguinal herni cerrahisinde kullanılan meshin mesaneye invazyonu ve mesanede taşlaşmasıydı. Olgumuzda bu hastaya tanı ve tedavi yaklaşımımızı sunmaktayız.

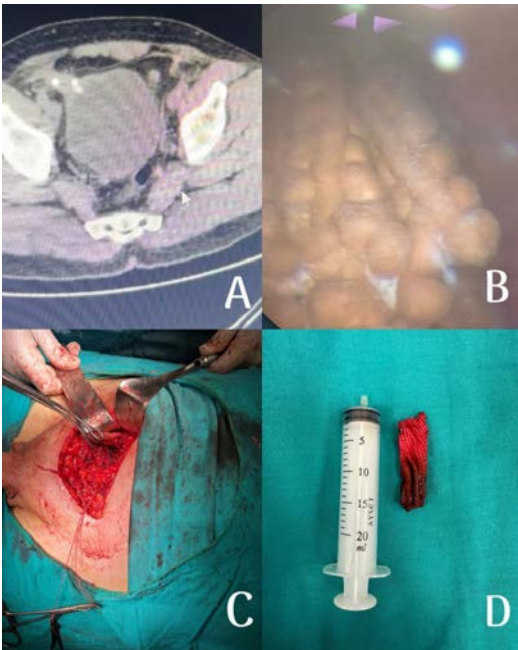
**OLGU:** 55 yaşında erkek hasta idrar yaparken yanma, geçmeyen kasık ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hasta benzer şikayetlerle defalarca genel cerrahi ve üroloji polikliniklerine başvurmuş ancak tanı koyulup tedavi uygulanamamıştır. Benzer şikayetlerle tarafımıza başvuran hastaya yapılan bt görüntülemesinde inguinal bölgeden mesaneye uzanan yabancı cisim gözlemlendi. Sonrasında hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 10 yıl önce bilateral laparoskopik inguinal herni cerrahisi geçirdiği öğrenildi ve gözlenen oluşumun mesh olabileceği düşünüldü. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu olan hastaya antibiyotik baskısı altında operasyon planlandı.

**YÖNTEM:** Hastaya öncelikle tarafımızca sistoskopi yapıldı. Mesane sağ posterolateralde mesane duvarını aşan taşlaşmış mesh gözlemlendi. Sonrasında hasta supin pozisyona alınıp phannelstein insizyonla katlar açıldı. Dokular oldukça frajil ve yapışık. Rektus kası ayrıldı. İnguinal kanaldan mesane içerisine uzanan mesh gözlemlendi. Mesh etraf dokulardan serbestlendi. Mesaneye askı sütunları atılıp mesane insize edildi ve mesh tek parça halinde çıkarıldı. Ardından mesane çift kat halinde kapatıldı.

**SONUÇ:** Kasık ağrısıyla başvuran hastalarda yaygın sebeplerin dışında mutlaka geçirilen cerrahiler ayrıntılı sorgulanmalı, yapılan cerrahi ve kullanılan materyallerin üriner sisteme etkileri ve sonuçları değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Herni, kasık ağrısı, mesh, dizüri

### mesh



A-bt görüntüsü B-endoskopik görüntü C-cerrahi eksplorasyon D-çıkarılan mesh

## TP-20 [Erkek Cinsel Sağlığı]

### Penil Protez İmplantasyonu Sonrası Görülen Nadir Bir Komplikasyon: Rezervuar Migrasyonu

Asilhan Sabuncu, Serhat Yentür, Gökhan Çil, Engin Kandirali, Muhammet Murat Dincer  
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Penil protez uygulamaları erektil disfonksiyon vakalarında 3. Basamak tedavi sınıfında yer almaktadır. Penil protez implantasyonlarının sık gözüken komplikasyonları olarak enfeksiyon ve mekanik arıza karşımıza çıkmaktadır. Aşağıda nadir görülen rezervuar migrasyonu olan 2 vaka sunulmuştur.

**OLGU 1:** 44 Yaşında erkek hastaya 26/09/23 tarihinde penoskrotal insizyon ile 3 parçalı penis protez implantasyonu (RİGİCON ® infla 10AX) yapıldı. Hasta 5 ay aktif şekilde protezi kullandıktan sonra protezin kendi kendine şişme şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde yara yeri doğal akıntı veya kızarıklık yoktu. Herhangi bir enfektif tablosu bulunmayan hastaya 13/03/24 tarihinde tarafımızca penil protezi değişimi yapıldı. Bu operasyonda rezervuar sol tarafa yerleştirildi. Operasyon sonrası hasta tekrar aktivasyon için başvurdu ve tarafımızca protez aktive edildi. Çalışır durumda olduğu görüldü. 16/04/2024 tarihinde sol kasık ağrısı ile hasta tekrar polikliniğe geldi. Yapılan fizik muayenesinde sol inguinal bölgede protez rezervuarı palpe edildi. Çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografide protez rezervuarının yerinde olmadığı; inguinal kanal dışında olduğu görüldü (Resim 1). Hasta ağrı kontrolü, antibiyoterapi ve protez revizyon için yatırıldı.

**OLGU 2:** Prostat kanseri nedeni ile radyoterapi görmüş olan 66 yaşında erkek hastaya erektil disfonksiyon nedeniyle 13/02/2024 tarihinde penoskrotal insizyon ile 3 parçalı penil protez implantasyonu (RİGİCON ® infla 10AX) operasyonu yapıldı. Operasyon sonrası 5. Haftada hasta protez rezervuarının skrotuma düşmesi şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Çekilen kontrastsız tomografide rezervuarın içindeki sıvının azaldığı ve skrotuma migre olduğu görüldü. (Resim 2). Hastaya 24/04/2024 tarihinde protez revizyonu operasyonu yapıldı. Operasyon sırasında protezin sağlam olduğu, mekanik arıza olmadığı tespit edildi. Rezervuar retziusa yerleştirilip, fasya bölgesi daraltıldı.

**SONUÇ:** 3 parçalı penil protez implantasyonu sonrası rezervuar migrasyonu görülebilmektedir. Rezervuar rezziusa yerleştirilken dikkatli olunmalı ve gerekirse operasyon sırasında oluşan rezervuar giriş bölgesi daraltılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** erektil disfonksiyon, komplikasyon, Penilprotez

### RESİM 1

Olgu 2'e ait BT görüntüsü

Olgu 1'e ait BT görüntüsü





TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
**23. ULUSAL  
ANDROLOJİ  
KONGRESİ**

**17-19 Mayıs 2024**  
ETO Eskişehir Fuar ve  
Kongre Merkezi

**YAZAR  
İNDEKS**



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

AKBAY, Erdem	SS-27	ÇEFLE, Kıvanç	SS-10	HASBOLAT, Furkan	SS-06
AKÇA, Görkem	TP-16	ÇELİK, Özer	SS-11	HORSANALI, Mustafa Ozan	SS-31
AKDAŞ, Enes Malik	SS-24	ÇELİKKALELİ, Ferhat	TP-02	HÜRDOĞAN, Özge	SS-41
AKDERE, Hakan	SS-39	ÇETİN, Buğra	TP-10	JAMALZADE, Kanan	SS-34
AKGÜL, Burak	SS-39	ÇEVİK, Gökhan	SS-39	KAÇAN, Turgay	SS-35, TP-01
AKKOÇ, Ali	SS-38	ÇİÇEK, Muhammet	TP-11	KAÇAN, Yakup	TP-16
AKSAY, Buğra	TP-19	ÇİÇEK, Resul	TP-14	KADIHASANOĞLU, Mustafa	SS-32, SS-33, SS-01
AKSU, Ufuk Can	SS-03	ÇİFTÇİ, Halil	TP-08, SS-08, SS-19, TP-06	KADIOĞLU, Ateş	SS-02, SS-10, SS-13, SS-14, SS-15, SS-29, SS-30, SS-35, SS-41, SS-01, SS-40
AKTAŞ, Semih	SS-33	ÇİL, Gökhan	SS-07, TP-20	KALDAROV, İbrahim	SS-23
ALALAM, Haider Nihadzaddin	SS-28	ÇİLESİZ, Nusret Can	SS-29	KALEMCİ, Serdar	SS-34
ALMA, Ergün	TP-19	ÇINAR, Naci Burak	SS-23	KANDİRALİ, Engin	TP-20
ALP, Berat	TP-12	CULHA, Mustafa Melih	SS-23, SS-24	KARADAĞ, Erkan	SS-38
ALTAY, Ahmet Barış	SS-35, SS-34	ÇULHA, Mehmet Gökhan	SS-20	KARADENİZ, Muhammed Nur	SS-08
ALTAY, Ali Yılmaz	SS-41	ÇULHA, Melih	SS-35	KARKİN, Kadir	TP-19
ALTUNKOL, Adem	TP-19	DANACIOĞLU, Yavuz Onur	TP-09	KATI, Bülent	TP-08, SS-08, SS-19, TP-06
ARI, Emre	SS-33	DEMİR, İbrahim	SS-19	KAVUKÇU, Alp	TP-08
ARIKAN, Yusuf	SS-25	DEMİR, Mehmet	TP-08, SS-08, SS-19, TP-06	KAYA, Coşkun	SS-11
ARSLAN, Murat	SS-01	DEMİR, MUHAMMED YUSUF	TP-09	KESKİN, Mehmet Zeynel	SS-25
ATEŞ, Yasin	SS-30	DEMİR, Selamettin	TP-04	KILIÇ, Celal	TP-07
ATİŞ, Vefa	TP-11	DEMİRKOL, Mehmet Kutlu	SS-06	KILINÇ, Uğur	TP-07
AYDEMİR, Sabri	TP-13	DİNCER, Muhammet Murat	TP-20	KOL, Arif	TP-15
AYDIN, Mehmet Erhan	SS-11	DURŞUN, Murat	SS-10, SS-02, SS-29, SS-30, SS-35, SS-41, SS-40	KOŞAR, Alim	TP-12
AYDIN, Reşat	SS-40	DURŞUN, murat	SS-13, SS-14, SS-15	KÜÇÜK, Eyüp Veli	SS-46
AYDINOĞLU, Arda Tunç	SS-14	EKREN, Fatih	SS-31	KÜL, Kamil	SS-46
AYDOĞAN, Ozan	TP-15	EREN, Ali Erhan	SS-26	KUŞ, Gönenc	SS-17
AYKAÇ, Aykut	SS-11	EREN, Berkay	SS-12	MARAZ, Adil	SS-20, SS-18
AYRANCI, Ali	SS-03	ERGÜL, Rıfat Burak	SS-40	MERCAN, Melin İnci	SS-15
AYTEN, Ali	TP-09	ERGÜL, RİFAT BURAK	SS-13	METİN, Mustafa	SS-06
BAŞGUT, Özlem	SS-22	ERGÜN, Kasım Emre	SS-34	OKSAY, Taylan	SS-17
BATURU, Muharrem	SS-22, SS-09	ERGÜN, Osman	TP-18	ÖNCEL, Osman	SS-05
BAYDEMİR, Canan	SS-11	ERKOÇ, Mustafa	SS-18	ÖNOL, Şinasi Yavuz	SS-48, SS-49
BAYKAL, Serdar	SS-24	EROL, Haluk	TP-15	ÖNOL, Yavuz Şinasi	SS-47, TP-17
BAYLAN, Burhan	SS-12	ERTAŞ, Kemal	SS-04, SS-05	ORHAN, İrfan	SS-01
BAYNAL, Enes Abdullah	SS-23	ERYILMAZ, Kadir	SS-17, TP-18, TP-12	ORMAN, Erdem	TP-16
BAYRAK, Ömer	SS-22	FAKİR, Ali Emre	TP-09	OTUNÇTEMUR, Alper	SS-15
BEYTUR, Ali	TP-14	FİDAN, Ercan	TP-11	ÖTÜNÇTEMUR, Alper	SS-20, SS-18
BİLİR, Burak	SS-39	FİDAN, Ercan	TP-04	ÖZBAY, Engin	SS-45
BİTKİN, alper	TP-09	GÖDE, Samet Mert	SS-34	ÖZBEK, Özgür	SS-11
BOGA, Mehmet Salih	SS-26	GÖKALP, Fatih	SS-43	ÖZCAN, Levent	SS-20, SS-18
BOZLU, Mustafa	TP-13	GÖRDAĞ, İbrahim Halil	SS-19	ÖZCAN, Özden	SS-10
BULUT, Taha Burak	SS-33	GÖRÜR, Sadık	SS-43	ÖZERVARLI, M. Fırat	SS-29
CAGLAR, Ufuk	SS-16, SS-03	GUL, Abdullah	SS-21	ÖZERVARLI, Muhammed Fırat	SS-30
ÇAKAN, Murat	SS-38	GÜLER, Haydar	SS-33	ÖZGOR, Faruk	SS-16, SS-03
ÇAKİR, Hakan	SS-16	GÜLMEN, Mustafa	TP-04	ÖZKAN, Caner	TP-12
ÇAKMAK, Kutlucan	SS-24	GÜNEREN, Mustafa Sacit	TP-09	ÖZLÜTURHANLAR, Toygar	TP-15
ÇAM, HALİL İBRAHİM	SS-47, TP-17	GÜNEYLİGİL KAZAZ, Tanyeli	SS-22	ÖZORAK, Alper	TP-13
CANAT, Halil Lutfi	SS-44	GÜRBÜZ, Zafer Gökhan	TP-19	ÖZSOY, Çağatay	TP-15
CANITEZ, İbrahim Oğulcan	SS-07	GÜRŞAN, Mehmet	SS-41, SS-13, SS-14, SS-15	ÖZTÜRK, Sefa Alperen	SS-17
CANTÜRK, Zeynep	SS-41	HACİBEY, İbrahim	SS-36	ÖZTÜRK, Şükrü	SS-10
ÇAVDAR, Ömer Faruk	SS-28	HACIKAMİLOĞLU, Hasan	SS-08	PALANDUZ, Sukru	SS-02
ÇAYAN, Selahittin	SS-27				



# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ

## 23. ULUSAL ANDROLOJİ KONGRESİ

**17-19 Mayıs 2024**  
**ETO Eskişehir Fuar ve Kongre Merkezi**

PALANDUZ, Şükrü	SS-10	TURAN, Ferda	SS-37
PATAN, Elif	SS-48, SS-49	TURAN, Serdar	SS-10, SS-35
PAZIR, Yaşar	SS-32, SS-33	TURHAN, AHMET	SS-27
PELİT, Eyyup Sabri	TP-08, SS-08, SS-19, TP-06	TURNA, Burak	SS-01
POLAT, Emre Can	SS-20, SS-18	UÇAR, Murat	SS-38
PORGALI, Sefa Burak	SS-43	UĞUR, Ramazan	SS-44
RAMAZANOĞLU, Mehmet Akif	SS-37	ULAŞ, İlyas Hakan	SS-15
RESİM, Sefa	SS-06	ULUCAK, Muhammed Ali	SS-12
SABUNCU, Asilhan	TP-20	ÜNAL, Muhlis	SS-23, SS-24
SADUNOĞLU, Berkay	SS-29	USTUNER, Murat	SS-23
SAĞIR, Süleyman	TP-05, TP-02	UZUN, Hakkı	TP-16
SAHİN, Ayla	SS-02	YAĞMUR, İlyas	SS-42
ŞAHİN, Ahmet Emre	TP-15	YAĞMUR, İsmail	TP-08, SS-08, SS-19, TP-06
ŞAHİN, Ayla	SS-10	YAKUT, Hasan Cem	SS-20, SS-18
SARAÇ, Ali	TP-06	YAYLA, Muhammed Talha	TP-08
SARILAR, Omer	SS-03	YAZILI, Huseyin Burak	SS-03
ŞENEL, Samet	SS-13, SS-15, SS-40, SS-29	YENİCE, Mustafa Gürkan	TP-09
ŞENGEL, Erhan	TP-06	YENTÜR, Serhat	SS-36, TP-20
SERTKAYA, Zülfü	SS-04, SS-05	YILDIZ, Oguzhan	SS-03
SEVİNÇ, Ahmet Halil	SS-40, SS-29, SS-30, SS-35, SS-41, SS-13, SS-15	YILMAZ, Sevgin	SS-38
SHARİFİ, Shahrashoub	SS-02, SS-10	YİRMİBEŞ, Osman Mert	TP-18, TP-12
ŞİĞVA, Hakan	SS-43	YÜRÜK, Fatih	SS-31
ŞİMŞEK, Abdulmuttalip	SS-44	YUSİFLİ, Nusrat	SS-34
ŞİŞİK, Nurullah Mustafa	SS-46	YUSUF, Resit	SS-03
SOLAKHAN, Mehmet	SS-22	ZENGİN, Salim	SS-21
SUCEKEN, Ferhat Yakup	SS-46		
SUNGUR, Mustafa	SS-11		
SUNGUR, Ubeyd	TP-09		
TAMKAÇ, Nezih	SS-43		
TAŞÇI, Ali İhsan	TP-09		
TAŞKAPU, HAKAN HAKKI	SS-28		
TEK, mesut	SS-27		
TEKE, İlker	SS-35, SS-41, SS-40, SS-15		
TELLİ, Engin	SS-23, SS-24		
TİPIRDAMAZ, Mustafa	TP-15		
TONGAL, Arda	TP-05		
TOPÇU, İbrahim	TP-14		
TOPCUOĞLU, Murat	SS-38		
TUĞCU, Volkan	SS-01		
TUNÇ, Lütfi	SS-01		
TUNÇEKİN, Adem	TP-05, TP-03, TP-02		



### BİLİMSEL SEKRETERYA

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ  
Cemil Aslan Güder Sok. İdil Apt. B Blok D:1  
Gayrettepe PK:34349 İSTANBUL  
Telefon: 0212 288 50 99 • Faks: 0212 288 50 98  
E-Posta: androloji@androloji.org.tr  
www.androloji.org.tr



### ORGANİZASYON SEKRETERYASI

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