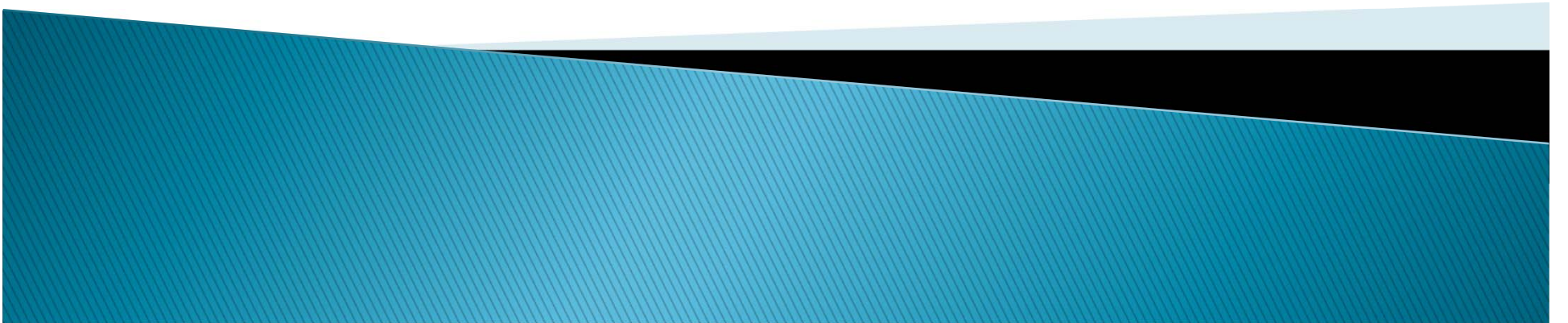


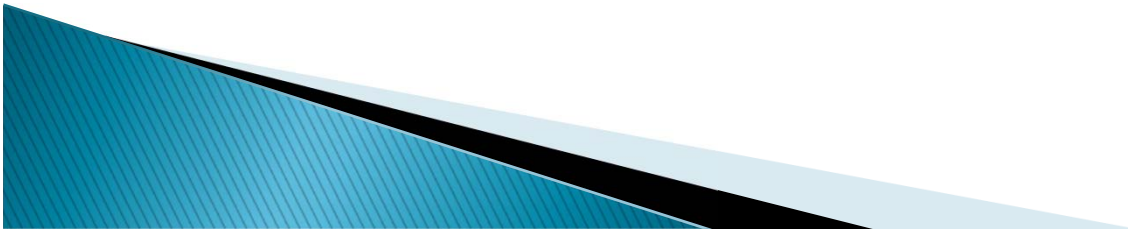
# Makalede Giriş Bölümü Nasıl Olmalıdır? Tablo ve Şekillerin Kullanımı

Doç.Dr.Alper ÖTÜNÇTEMUR  
S.B.Ü.Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi



- ▶ **"Kötü bir başlangıç, kötü bir son yaratır. "**

**Euripides**



# Giriş Bölümünün amacı nedir?

- ▶ Makalenizi değerlendirenler ilk önce yazınızın giriş bölümünü okurlar ve sonra makalenizin geri kalanını okumanın değip değmediğine karar verirler. Burada tartışma bölümüne, gelişmede verilen örneklemelere ve hatta sonuç bölümüne baz oluşturulur. Temeliniz ne kadar güçlü ise yazınızın geri kalan kısmı o kadar sağlıklı olacaktır.



- ▶ **Uzmanlarca önerilen Giriş Bölümünü iki basamakta yazmaktır.** İlk makalenizi yazmaya başlarken oluşturacağınız iskelet Giriş , diğeri ise en son yazacağınız ve ilk başta oluşturduğunuz iskeleti etlendirip kemiklendireceğiniz Giriş Bölümüdür.
- ▶ İlk başta yazacağınız Giriş Bölümüne niçin böyle bir konuda yazmak istediğinizi belirtin. Ortaya yazının geri kalan bölümlerinde savunacağınız, açıklayacağınız savınızı atın ve gelişme bölümüne geçin. Yazının tümü bittiğinde tekrar başa Giriş Bölümüne dönün ve yazının tümünü göze alarak gerekli eklemeleri yapın.



# Giriş Bölümü neleri içermeli?

- ▶ Giriş bölümünüz araştırmakta olduğunuz konuda bir bilgi açığı olduğunu ve makalenizin bu bilgi açığını gidermeye çalışan bir yazı olduğunu göstermelidir. Herkesin üzerinde çalıştığı, cevabı belli konularda yazılmış bir makale ile kimse ilgilenmez. Bu sebepten dolayı Giriş bölümünüzde seçmiş olduğunuz konuda bilgi açığı olduğunu, bu sebepten dolayı ilgili makaleyi yazmaya karar verdiğinizi belirtmelisiniz.

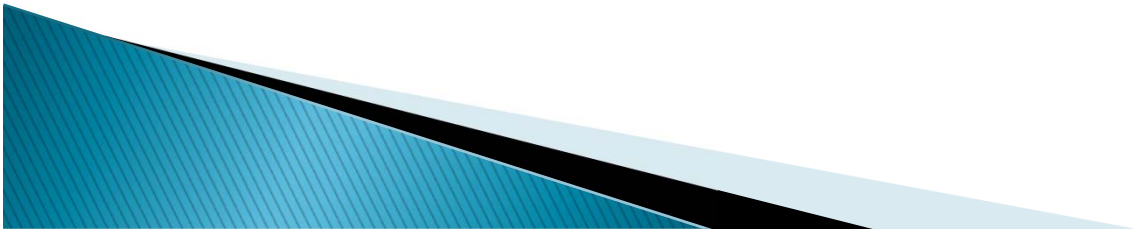


# Giriş başlama ipuçları neler?

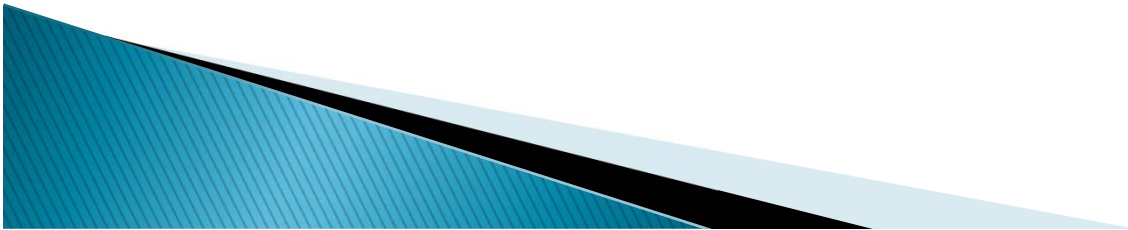
- ▶ 1. Giriş Bölümünüze hipotezinizi, savunduğunuz düşüncüyü yazarak başlayabilirsiniz.
- ▶ 2. Giriş bölümüne başlarken konuyu daha en başından dallandırıp budaklandırmayın. Cümleler kısa, net ve basit tutulmalıdır.
  - \*\*\* Bu konuyu neden seçtiğinizi belirtin.
  - \*\*\* Konu seçiminizde (eğer var ise) ondan şundan etkilendiğinizi asla belirtmeyin.
  - \*\*\* Burada önemli olan değerlendiricinin sizi seçtiğiniz konuda bilinçli , savunduğunuz savda kararlı bulmasıdır.



- ▶ 3. Giriş Bölümünde seçmiş olduğunuz konuda sizin tam tersinizi savunan makaleler olduğunu ve bunların isimlerinde belirtebilirsiniz. Bu araştırmanıza derinlik , objektiflik ve bilimsellik katacaktır. Dikkat etmeniz gereken bilimsel olacağım derken çok dağılmamanız ve kendi savınızı her zaman baskın çıkaracak vurgular yapmanızdır.

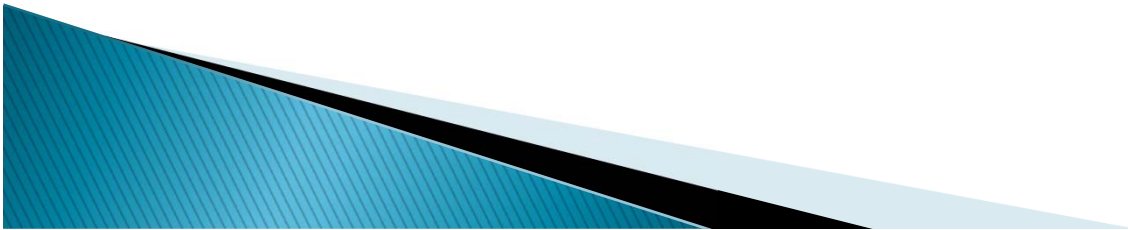


- ▶ 4. Giriş Bölümünde başka kaynaklardan alıntı yapıyorsanız muhakkak bunları kaynakçada belirtmelisiniz. Aksi takdirde yazınız daha baştan yayın şansını yitirir.



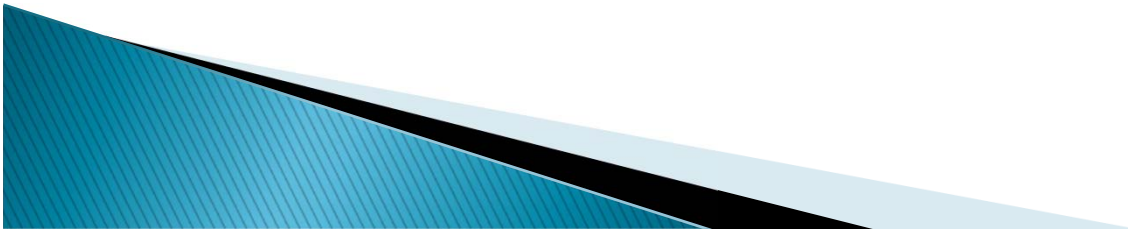


- ▶ 5. Eğer makalenizi bir dergiye yollayacaksanız , derginin web sitesinden ne tarz yazım kuralları olduğunu inceleyin. Her derginin kendine özgü kuralları vardır. Örneęin kimisi uzun girişten hoşlanırken, kimi girişin sadece birkaç satır tutulmasından yanadır.



# Peki bu boşluk nasıl doldurulur?

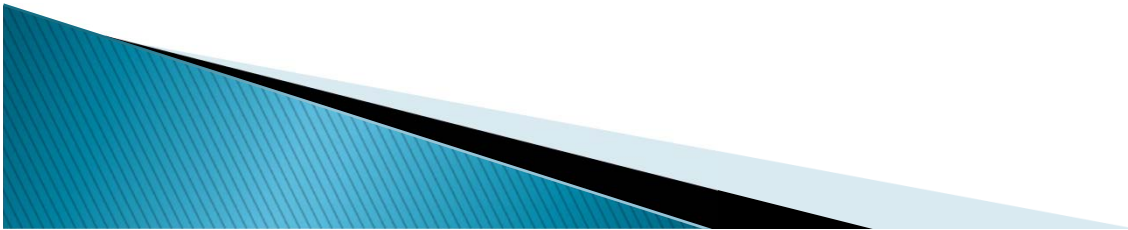
- ▶ \*\*\*\*Amaç / hipotezinizi açıkça belirtin. Şaşırtıcı bir şekilde, birçok insan aslında bunu yapmayı unutuyor! Eğer her şey başarısız olursa, basit bir “Bu çalışmanın amacı, X’i incelemek / incelemektir” demek yeterli olacaktır.



- ▶ \*\*\*Mevcut bilgi tabanımızda gözlemlediğiniz bir probleme (boşluğa) çözüm öneriyorsunuz. Bu nedenle Girişiniz okurlarınızı bu sorunun çözülmesi gerektiğine ikna etmelidir.
- ◆ Özellikle, belirli bir derginin okuyucu kitlesini akılda tutarak yazıyoruz, projenizin okuyucuların çıkarlarına uygun olduğunu belirttiğinizden emin olun.
- ◆ Başka bir deyişle, bu boşluğu doldurursak okuyucular hangi yararlı bilgileri edinebilir? Bu sorunun cevabı, okuyucularınıza vaat ettiğiniz sözdür ve Tartışma bölümünüzün sonucunda, bulgularınızın son halini teyit edeceksiniz ve okuyucularınızın projenizin katkıda bulunduğu bilgi ile daha neler yapabildiklerini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyeceksiniz.



- ▶ \*\*\* Herhangi bir sonuç çıkarmayın veya çalışmanızdan herhangi bir veri koymayın. Bu yönler araştırmanızın diğer bölümlerine aittir.
- ▶ \*\*\* Çalışmanızda yeni bir teknik istihdam ettiyseniz ve bu sürecin geliştirilmesi çalışmalarınızın merkezinde yer alıyorsa, elbette kısa bir genel bakışa yer verin.



# Dilbilgisi, zaman kipi olarak girişte nelere dikkat etmeli?

- ▶ ◆ Active voice kullanın.
- ▶ ◆ Net olun.
- ▶ ◆ Nominalleştirmeden kaçının (sıfat ve fiiller de dahil olmak üzere cümleleri isimlere dönüştürür). Bunun yerine, pratikte fiil formunu kullanın. Nominalizasyonu ortadan kaldırdığınızda, cümleleriniz kısaltılacak, etkin bir sesi muhafaza edeceksiniz ve cümleleriniz daha doğal konuşma gibi olacaktır.

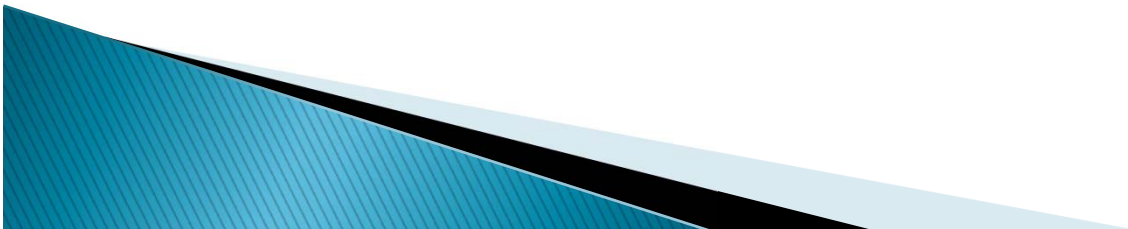


- ▶ ◆ Taslağınızda uzun cümleleri görüyor musunuz? Onları düzeltin. Daha kısa cümleler daha nettir; okuyucularınızın argümanlarınızı takip etmesini kolaylaştırır. Bununla birlikte, her cümleyi birleştirmeyin.
- ▶ ◆ Benzer şekilde, uzun cümleleri noktalı virgöl ve virgüllerle ayırın. Makalenizin amacı tekrarlanan bulgularınızı net bir şekilde açıklamaktır.
- ▶ ◆ İlk şahıs zamirlerini aşırı kullanmaktan kaçının. Bölümün başında nadiren kullanın ve hipotezinizi ve çalışmanın arkasındaki mantığı tartıştığınızda onları sonuna kadar serpin.



# NEDEN TABLO VE ŞEKİL KULLANIRIZ??

- ▶ Karışık bilgileri tablo ve Őekillerle daha kolay ve anlaşılabilir biçimde sunarız
- ▶ Hakemlerin büyük kısmı yazının içeriğine bakmadan önce tablo ve Őekilleri inceler.
- ▶ Yüksek kalitede tablo ve Şekiller yayının kabul şansını artırır.
- ▶ Kaliteli tablo ve Şekiller makalenin görselliğine hizmet eder.



# Makalenin sunulduğu derginin talimat kısımlarına bakılmalıdır

## ► Int urol and nephrol

| TABLES   |
|--|
| • All tables are to be numbered using Arabic numerals.   |
| • Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.  |
| • For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.  |
| • Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.   |
| • Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body. |

| Tables  |
|---|
| Tables for publication should highlight the most significant data. Tables should be provided as editable Word files and should fit on A4 or letter-sized paper in a font no smaller than 10 point. The column structure should be simple for clarity, and internal gridlines should be hidden. Please make sure that there are not too many columns or rows, that each contains important data for the report and not too many characters. Authors should ensure tables are presented in a format suitable for publication. |
| Larger or more complex tables can be made available online as supplemental material.  |
| <i>It is impossible to further stipulate exact table size or content, but consider using supplementary on line table for large datasets or those that may be unsuitable/too large for publication on one journal page.</i>  |

## European Urology

## ► JAMA

### ► Çok prestijli dergiler genelde daha titiz

| Tables  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Number all tables in the order of their citation in the text.</li><li>• Include a brief title for each table (a descriptive phrase, preferably no longer than 10 to 15 words).</li><li>• Include all tables at the end of the manuscript file.</li><li>• Refer to <b>Categories of Articles</b> for limits on the number of tables.</li><li>• NOTE: Do not embed tables as images in the manuscript file or upload tables in image formats, and do not upload tables as separate files.</li></ul> |
| <b>Table Creation</b> <a href="#">Back to top</a>   |
| Use the table menu in the software program used to prepare the text. Tables can be built de novo using Insert→Table or copied into the text file from another document (eg, Word, Excel, or a statistical spreadsheet).   |
| Avoid using tabs, spaces, and hard returns to set up the table; such tables will have to be retyped, creating delays and opportunities for error.   |
| Tables should be single-spaced and in a 10- or 12-point font (do not shrink the point size to fit the table onto the page). Do not draw extra lines or rules—the table grid will display the outlines of each cell.   |
| Each piece of data needs to be contained in its own cell. Do not try to align cells with hard returns or tabs; alignment will be imposed in the production system if the paper is accepted. Although individual empty cells are acceptable in a table, be sure there are no empty columns. To show an indent, add 2 spaces.   |
| When presenting percentages, include numbers (numerator and denominator).   |



# Tabloda sunulan bilgiler makale içinde bire bir tekrarlanmamalıdır

| p value                  | Symptom category      |                |         |
|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
|                          | Mild-moderate (n=186) | severe (n=214) |         |
| Age (year)               | 64.08±8.05            | 65.35±8.48     | 0.404   |
| Height (cm)              | 171.96±5.79           | 170.11±5.69    | 0.001*  |
| Weight (kg)              | 76.66±10.48           | 78.84± 12.15   | 0.061   |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 25.89±3.12            | 27.23±3.95     | 0.0001* |
| FBS (mg/dl)              | 87.32±11.83           | 90.75 ±11.56   | 0.001*  |
| Triglyceride (mg/dl)     | 108.25±37.21          | 110.32±44.28   | 0.594   |
| TC (mg/dl)               | 194.35±37.64          | 196.58±38.18   | 0.128   |
| LDL-C (mg/dl)            | 114.50±32.14          | 116.48±32.68   | 0.096   |
| HDL-C (mg/dl)            | 38.97±6.88            | 38.59±6.74     | 0.185   |
| TG/HDL ratio             | 2.91±1.29             | 2.98±1.31      | 0.464   |
| Waist circumference      | 96.60±10.04           | 98.30±12.48    | 0.116   |
| IPSS                     | 15.53±2.21            | 21.00±2.04     |         |
| Peak flow rate           | 8.52±4.25             | 6.96±2.66      | 0.0001* |
| Post void residue        | 49.29±47.04           | 82.98±67.96    | 0.0001* |
| PSA                      | 2.59±2.10             | 3.14±2.01      | 0.0001* |

- ▶ TC level in patients with mild-moderate symptoms level was 194.35±37.64, while in those with severe symptoms it was 196.58±38.18. LDL-C level level in patients with mild-moderate symptoms level was 114.50±32.14 while in those with severe symptoms it was 116.48±32.68. HDL-C level in patients with mild-moderate symptoms was 38.97±6.88, while in those with severe symptoms it was 38.59±6.74

## ▶ UYGUN DEĞİL

- ▶ Patients with severe symptoms have been found to have statistically higher BMI and FBS, but lipid profile measurements were not statistically different. Patients with severe symptoms have also larger prostate volume (54.78±27.52 and 42.91±17.43 respectively,  $P=0.0001$ ). The patients, whose clinical and demographic features were stratified by symptom score are presented in table-1.

## ▶ UYGUN (Daha öz şekilde yazılmalı)

Tablo, inceleyen kişiye daha metne bakmadan yazı hakkında genel bir görüş verecek kadar kapsamlı olmalıdır.

| Author (year)           | Analytical Method    | Sample Source  | Subjects with bladder cancer(n)     | Controls (n)   | Up-regulated lipid metabolites  | Down-regulated lipid metabolites       | Ref  |
|-------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|------|
| Dill et al. (2009)      | DESI-MS              | Tissue (canine)  | 4                                   | Adjacent normal bladder tissue (4)                                       | Glycerophosphocholines<br>Linoleic acid, Oleic acid<br>Arachidonic acid   | Sphingomyelin                          | [13] |
| Putluri et al. (2011)   | LC-MS                | Urine (human)<br>Tissues(human)<br>Bladder cancer (BC)<br>cell lines | 83                                  | Adjacent normal bladder tissue (51)                                      | Carnitine, Oleic acid<br>Palmitic acid  | Lauric acid                            | [20] |
| Cao et al. (2012)       | H-NMR                | Serum (human)  | LGBC (15)<br>HGBC (22)              | Healthy subjects (25)<br>Calculi patient (28)<br>Post-TURBT patient (20) | V/LDL Acetoacetate  |  | [16] |
| Lin et al. (2012)       | RPLC-MS<br>HILIC-MS  | Serum (human)  | 13                                  | Healthy subjects (20)<br>Nephrolit hiasis (8)<br>BPH (10)                | Phosphatidylcholine   |  | [12] |
| Zhang et al. (2012)     | H-NMR                | Urine (canine)   | Invasive BC (40)                    | Healthy dogs (42)  | Choline, $\beta$ hydroxybutyrate<br>Acetone   |  | [17] |
| Pasikanti et al. (2013) | GCxGC-TOFMS          | Urine (human)  | 38                                  | Non-BC subjects (61)   |   | Glycerol                               | [15] |
| Triphati et al. (2013)  | HR-MAS NMR<br>GC-MS  | Tissue (human)   | BC: Ta-T1(17)<br>BC: $\geq$ T2 (16) | Benign diseases (26)   | Phosphocholine, Choline<br>Glycerophosphocholine  | Triglycerides                          | [11] |
| Bansal et al. (2013)    | H-NMR                | Serum (human)  | LGBC (36)<br>HGBC (31)              | Healthy subjects (32)  | Malonyl-CoA   |  | [14] |
| Jin et al. (2014)       | HPLC-QTOFMS          | Urine (human)  | NMIBC (83)<br>MIBC (55)             | Healthy subjects (69)<br>Hematuria due to non-malignant disease (5)      | Carnitine, Isovalerylcarnitine<br>Octenoylcarnitine, Acetyl-CoA<br>Carnitine palmitoyltransferase<br>Carnitine acylcarnitine<br>translocase like protein (CACL) | Glutarylcarnitine<br>Decanoylcarnitine | [19] |
| Wittmann et al. (2015)  | UHPLC-MS/MS<br>GC-MS | Urine(human)   | Retrospective (cohort 1)            |  | Palmitoyl sphingomyelin<br>Phosphocholine   |  | [9]  |
|                         |                      |  | BC (66)                             | Non-BC subjects (266)  |   |  |      |
|                         |                      |  | Prospective (cohort 2)              |  | Arachidonate  |  |      |
|                         |                      |  | BC (29)                             | Non-BC subjects (79)   |   |  |      |

DESI-MS: Desorption Electrospray Ionization-Mass Spectrometry; LC-MS: Liquid Chromatography-Mass Spectrometry; BC: Bladder Cancer; H-NMR: H Nuclear Magnetic Resonance; LGBC: Low Grade Bladder Cancer; HBC: High Grade Bladder Cancer; TURBT: Transurethral Resection of Bladder Tumor; RPLC-MS: Reversed Phase Liquid Chromatography-Mass Spectrometry; HILIC-MS: Hydrophilic Interaction Chromatography-Mass Spectrometry; BPH: Benign Prostate Hyperplasia; GCxGC-TOFMS: Gas Chromatography Time-of-Flight Mass Spectrometry; HR-MAS NMR: High-Resolution Magic Angle Spinning Nuclear Magnetic Resonance; GC-MS: Gas Chromatography-Mass Spectrometry; HPLC-QTOFMS: High-Performance Liquid Chromatography-Quadrupole Time-Of-Flight Mass Spectrometry; NMIBC: Non-Muscle Invasive Bladder Cancer; UHPLC-MS/MS: Ultrahigh-Performance Liquid Chromatography/Tandem Mass Spectrometry

Table 1: Relevant studies regarding the association between lipid metabolism profiling and bladder cancer.

# Değerler mümkünse standart sapma (SD) ve güvenlik aralığı CI (95%) ile ve p değeri ile birlikte verilmeli

**Table 1.** Clinical and demographic features of the patients stratified by symptom score.

|                          | Symptom category        |                  | p value |
|--------------------------|-------------------------|------------------|---------|
|                          | Mild-moderate (n = 186) | severe (n = 214) |         |
| Age (year)               | 64.08 ± 8.05            | 65.35 ± 8.48     | 0.404   |
| Height (cm)              | 171.96 ± 5.79           | 170.11 ± 5.69    | 0.001*  |
| Weight (kg)              | 76.66 ± 10.48           | 78.84 ± 12.15    | 0.061   |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 25.89 ± 3.12            | 27.23 ± 3.95     | 0.0001* |
| FBS (mg/dl)              | 87.32 ± 11.83           | 90.75 ± 11.56    | 0.001*  |
| TG (mg/dl)               | 108.25 ± 37.21          | 110.32 ± 44.28   | 0.594   |
| TC (mg/dl)               | 194.35 ± 37.64          | 196.58 ± 38.18   | 0.128   |
| LDL-C (mg/dl)            | 134.50 ± 32.14          | 136.48 ± 32.68   | 0.096   |
| HDL-C (mg/dl)            | 38.97 ± 6.88            | 38.59 ± 6.74     | 0.185   |
| VAI                      | 4.07 ± 1.92             | 4.12 ± 1.93      | 0.619   |
| Waist circumference (cm) | 96.60 ± 10.04           | 98.30 ± 12.48    | 0.116   |
| IPSS                     | 15.53 ± 2.21            | 21.00 ± 2.04     |         |
| Peak flow rate           | 8.52 ± 4.25             | 6.96 ± 2.66      | 0.0001* |
| Post void residue (ml)   | 49.29 ± 47.04           | 82.98 ± 67.96    | 0.0001* |
| PSA (ng/ml)              | 2.59 ± 2.10             | 3.14 ± 2.01      | 0.0001* |
| Prostate volume (ml)     | 42.91 ± 17.43           | 54.78 ± 27.52    | 0.0001* |

BMI: body mass index; FBS: fasting blood sugar; TG: triglyceride; TC: total cholesterol; LDL-C: low-density lipoprotein cholesterol; HDL-C: high-density lipoprotein cholesterol; VAI: visceral adiposity index; IPSS: International prostate symptom score; PSA: prostate specific antigen.

\*Statistically significant.

**Table 3.** Univariate and multivariate analysis of the factors effective on prostate volume.

|       | Univariate analysis |       |        |       | Multivariate analysis |       |        |       |
|-------|---------------------|-------|--------|-------|-----------------------|-------|--------|-------|
|       | p                   | OR    | 95% CI |       | p                     | OR    | 95% CI |       |
|       |                     |       | Lower  | Upper |                       |       | Lower  | Upper |
| Age   | .00001*             | 1.086 | 1.056  | 1.117 | .00001*               | 1.125 | 1.088  | 1.164 |
| BMI   | .00001*             | 1.135 | 1.070  | 1.204 | .003*                 | 1.119 | 1.040  | 1.204 |
| WC    | .00001*             | 1.038 | 1.019  | 1.058 | .623                  | 1.011 | 0.969  | 1.054 |
| FBS   | .001*               | 1.031 | 1.013  | 1.050 | .275                  | 1.013 | 0.990  | 1.035 |
| TG    | .00001*             | 1.010 | 1.004  | 1.016 | .002*                 | 1.043 | 1.016  | 1.071 |
| TC    | .078                | 0.918 | 0.869  | 0.956 |                       |       |        |       |
| LDL-C | .464                | 0.992 | 0.961  | 1.010 |                       |       |        |       |
| HDL-C | .028*               | 0.967 | 0.939  | 0.996 | .025*                 | 0.923 | 0.860  | 0.990 |
| VAI   | .00001*             | 1.250 | 1.116  | 1.400 | .011*                 | 1.194 | 1.110  | 1.305 |

BMI: body mass index; WC: waist circumference; FBS: fasting blood sugar; TG: triglyceride; TC: total cholesterol; LDL-C: low-density lipoprotein cholesterol; HDL-C: high-density lipoprotein cholesterol; VAI: visceral adiposity index; OR: odds ratio; CI: confidence interval.

\*Statistically significant.

# Tablo sonuna kısaltmalar mutlaka eklenmelidir

| Author (year)           | Analytical Method    | Sample Source  | Subjects with bladder cancer(n)     | Controls (n)   | Up-regulated lipid metabolites  | Down-regulated lipid metabolites        | Ref  |
|-------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|--|---|---|------|
| Dill et al. (2009)      | DESI-MS              | Tissue (canine)  | 4                                   | Adjacent normal bladder tissue (4)                                       | Glycerophosphocholines<br>Linoleic acid, Oleic acid<br>Arachidonic acid   | Sphingomyelin                           | [13] |
| Putluri et al. (2011)   | LC-MS                | Urine (human)<br>Tissues(human)<br>Bladder cancer (BC)<br>cell lines | 83                                  | Adjacent normal bladder tissue (51)                                      | Carnitine, Oleic acid<br>Palmitic acid  | Lauric acid                             | [20] |
| Cao et al. (2012)       | H-NMR                | Serum (human)  | LGBC (15)<br>HGBC (22)              | Healthy subjects (25)<br>Calculi patient (28)<br>Post-TURBT patient (20) | VLDL Acetoacetate   |   | [10] |
| Lin et al. (2012)       | RPLC-MS<br>HILIC-MS  | Serum (human)  | 13                                  | Healthy subjects (20)<br>Nephrotic hiasis (8)<br>BPH (10)                | Phosphatidylcholine   |   | [12] |
| Zhang et al. (2012)     | H-NMR                | Urine (canine)   | Invasive BC (40)                    | Healthy dogs (42)  | Choline, $\beta$ hydroxybutyrate<br>Acetone   |   | [17] |
| Pasikanti et al. (2013) | GC $\times$ GC-TOFMS | Urine (human)  | 38                                  | Non-BC subjects (61)   |   | Glycerol                                | [15] |
| Tripathi et al. (2013)  | HR-MAS NMR<br>GC-MS  | Tissue (human)   | BC: Ta-T1(17)<br>BC: $\geq$ T2 (18) | Benign diseases (28)   | Phosphocholine, Choline<br>Glycerophosphocholine  | Triglycerides                           | [11] |
| Bansal et al. (2013)    | H-NMR                | Serum (human)  | LGBC (36)<br>HGBC (31)              | Healthy subjects (32)  | Malonyl-CoA   |   | [14] |
| Jin et al. (2014)       | HPLC-QTOFMS          | Urine (human)  | NMIBC (83)<br>MIBC (55)             | Healthy subjects (60)<br>Hematuria due to non-malignant disease (5)      | Carnitine, Isovalerylcarnitine<br>Octenoylcarnitine, Acetyl-CoA<br>Carnitine palmitoyltransferase<br>Carnitine acylcarnitine<br>translocase like protein (CACT) | Glutarylacarnitine<br>Decanoylcarnitine | [19] |
| Wittmann et al. (2015)  | UHPLC-MS/MS<br>GC-MS | Urine(human)   | Retrospective (cohort 1)            |  | Palmitoyl sphingomyelin<br>Phosphocholine   |   | [9]  |
|                         |                      |  | BC (66)                             | Non-BC subjects (266)  |   |   |      |
|                         |                      |  | Prospective (cohort 2)              |  | Arachidonate  |   |      |
|                         |                      |  | BC (29)                             | Non-BC subjects (266)  |   |   |      |

DESI-MS: Desorption Electrospray Ionization-Mass Spectrometry; LC-MS: Liquid Chromatography-Mass Spectrometry; BC: Bladder Cancer; H-NMR: H Nuclear Magnetic Resonance; LGBC: Low Grade Bladder Cancer; HGBC: High Grade Bladder Cancer; TURBT: Transurethral Resection of Bladder Tumor; RPLC-MS: Reversed Phase Liquid Chromatography-Mass Spectrometry; HILIC-MS: Hydrophilic Interaction Chromatography-Mass Spectrometry; BPH: Benign Prostate Hyperplasia; GC $\times$ GC-TOFMS: Gas Chromatography Time-of-Flight Mass Spectrometry; HR-MAS NMR: High-Resolution Magic Angle Spinning Nuclear Magnetic Resonance; GC-MS: Gas Chromatography-Mass Spectrometry; HPLC-QTOFMS: High-Performance Liquid Chromatography-Quadrupole Time-Of-Flight Mass Spectrometry; NMIBC: Non-Muscle Invasive Bladder Cancer; UHPLC-MS/MS: Ultrahigh-Performance Liquid Chromatography/Tandem Mass Spectrometry

Table 1: Relevant studies regarding the association between lipid metabolism profiling and bladder cancer.

# şekiller

## ► KULLANIM YERLERİ

- Akış diagramları
- Tanımlayıcı veriler (descriptive values) şekiller ile daha iyi ifade edilebilir.
- Korelasyon eğrileri net ve değerli bilgiler sunar.
- Kaplan–Meier sağkalım analizi
- Meta–analizde forest plot, publication bias analizleri





# Flow diagram (Akış diagramı) özellikle sistematik review-meta analiz ve randomize kontrollü çalışmalar gibi değerli çalışmalarda önemlidir.

Figure 1. Flow diagram for the selection of eligible studies.

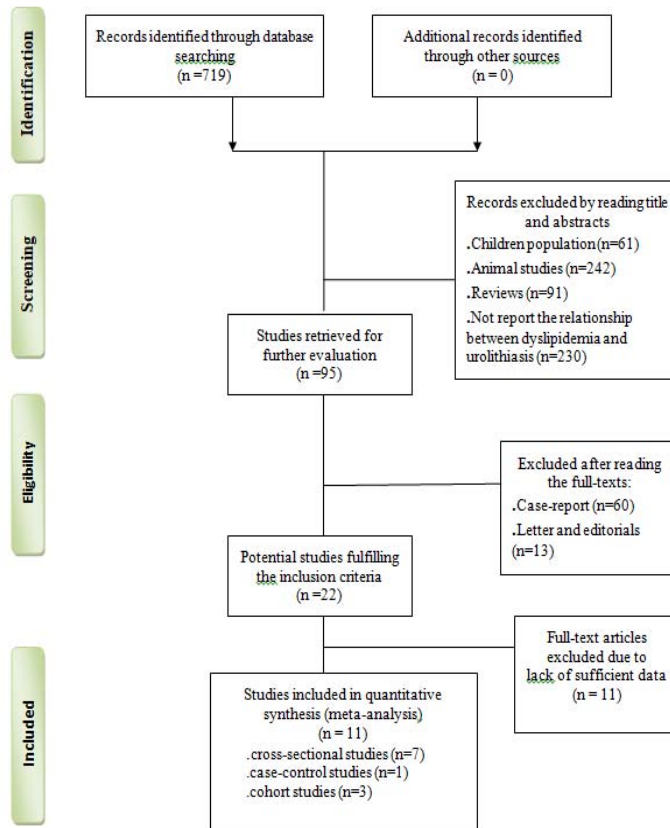
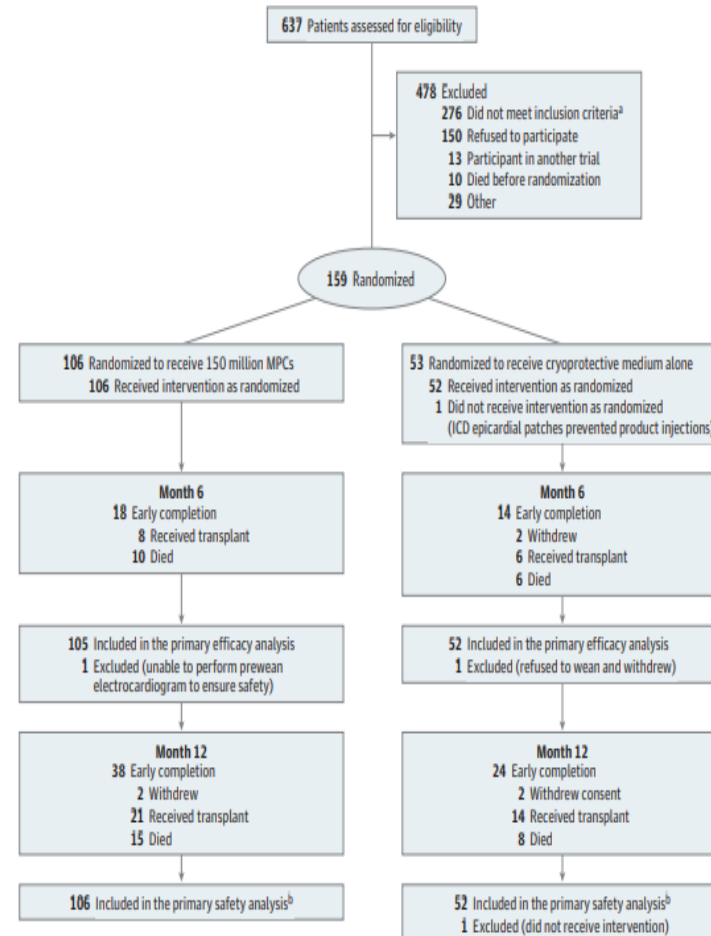
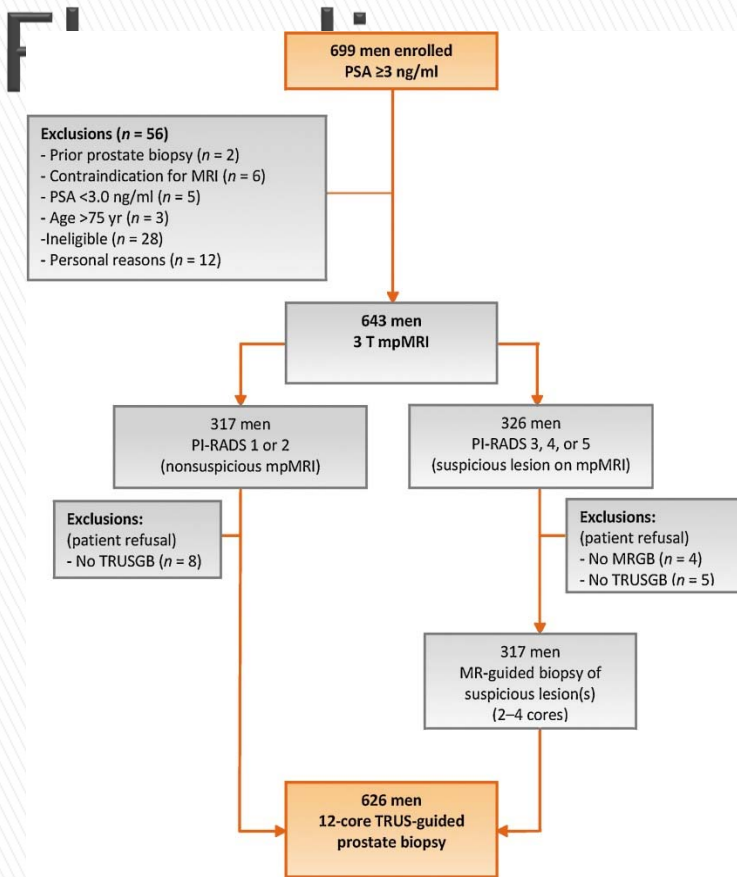
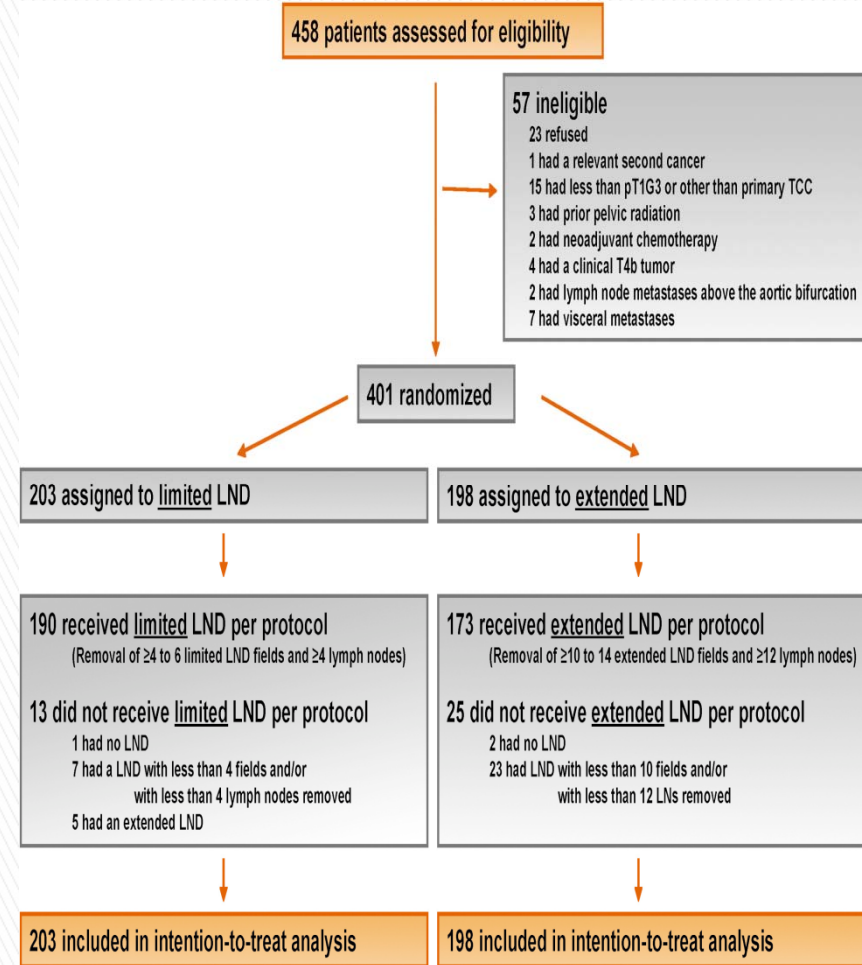


Figure 1. Enrollment, Randomization, and Follow-up of Patients in the Left Ventricular Assist Device and Mesenchymal Precursor Cells Trial



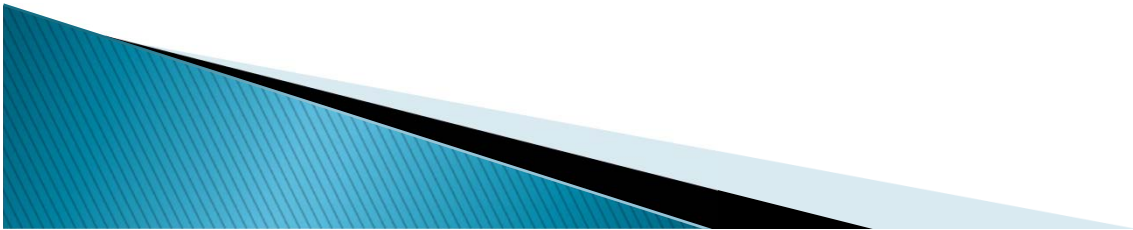


Hastaların multiparametrik MR a göre TRUS-Bx ye yönlendirilmesi çalışmasının basamaklarını gösteren akış şeması



458 hastanın radikal sistektomi ile birlikte sınırlı ve genişletilmiş LND tedavisine randomizasyonu akış şeması

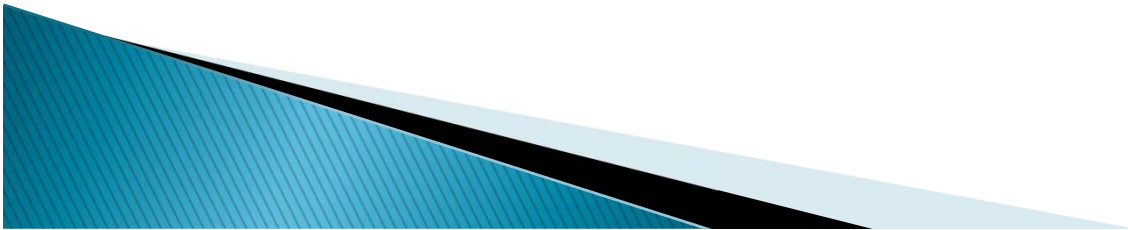
# ÇALIŞMA TIPLERİNE GÖRE UYGUN TABLO VE ŞEKİLLER





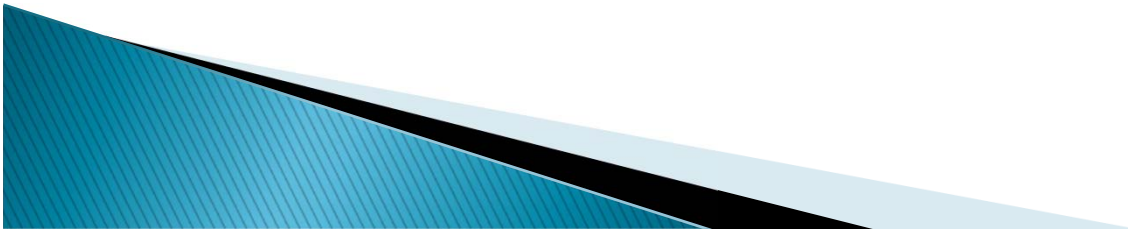
# Gözlemsel çalışmalar

- ▶ 1– Kesitsel (cross-sectional) çalışmalar
- ▶ 2–Vaka-kontrol çalışmalar
- ▶ 3– Kohort çalışmalar



# Eksperimental alıřmalar

- ▶ Randomize kontrollü alıřmalar (RCT)



# Kesitsel/vaka-kontrol alışmaları

- ▶ İlk olarak genellikle tanımlayıcı karakterde bir tablo sunulur.
- ▶ Bu tabloda yaş, cinsiyet, boy, kilo, BMI, ilgili biyokimyasal değerler, komorbiditeler v.s. belirtilir



**Table 1 – Baseline characteristics**

|  | Entire cohort (n = 665) | Cohort with CSR on mpMRI (PIRADS ≥3; n = 234) |
|--|-------------------------|---|
| Age, mean (SD)   | 64.7 (6.6)              | 65.7 (6.4)                                    |
| PSA (ng/ml), mean (SD)                                 | 10.4 (7.3)              | 11.2 (8.5)                                    |
| Volume on TRUS (ml), mean (SD)                         | 56.9 (14.4)             | 47.4 (17.7)                                   |
| Clinical stage (DRE), n (%)                            |                         |   |
| cT1c   | 538 (80.9)              | 188 (80.3)                                    |
| cT2a/b   | 114 (17.1)              | 40 (17.1)                                     |
| cT2c   | 5 (0.8)                 | 3 (1.3)                                       |
| cT3a   | 8 (1.2)                 | 3 (1.3)                                       |
| Clinical stage (TRUS), n (%)                           |                         |   |
| cT1c   | 535 (80.6)              | 189 (80.8)                                    |
| cT2a/b   | 109 (16.4)              | 37 (15.8)                                     |
| cT2c   | 10 (1.5)                | 4 (1.7)                                       |
| cT3a   | 6 (0.9)                 | 4 (1.7)                                       |
| cT3b   | 4 (0.6)                 | –   |
| Number of prior negative biopsies, median (IQR)        | 1 (1–2)                 | 1 (1–2)                                       |
| Months between mpMRI and previous biopsy, median (IQR) | 9 (4–22)                | 8 (4–23)                                      |

**Table 1.** Clinical characteristic of study patients.

| Variables                               | ED Group (n=180) | Control Group (n=120) | P Value |
|---|------------------|-----------------------|---------|
| Age (year)                              | 55.62 ± 8.90     | 54.19 ± 4.10          | .120    |
| Diabetes mellitus, no.                  | 41               | 24                    | .619    |
| Hypertension, no.                       | 50               | 31                    | .743    |
| Triglyceride (mg/dL)                    | 143.20 ± 68.22   | 146.08 ± 57.24        | .243    |
| HDL-C (mg/dL)                           | 42.43 ± 13.19    | 41.24 ± 11.87         | .435    |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )                | 26.9 ± 6.5       | 25.2 ± 5.3            | .504    |
| MPV (fL)                                | 8.51 ± 1.00      | 8.16 ± 0.94           | .015    |
| PC (cells/μL)                           | 244.59 ± 57.3    | 230.17 ± 48.44        | .034    |
| EC (cells/μL)                           | 0.24 ± 0.18      | 0.21 ± 0.14           | .314    |
| WBC (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ) | 7.47-1.33        | 7.23-1.56             | .154    |

**Abbreviations:** ED, erectile dysfunction; HDL, high-density lipoprotein; BMI, body mass index; MPV, mean platelet volume; PC, platelet count; EC, eosinophil count; WBC, white blood cells.

Data are presented as mean ± SD.

- Bu tanımlayıcı veriler bazen grafik ile daha çarpıcı hale getirilebilir. Bu grafikte olduğu gibi; tek bir grafik ile hastaların yaş dağılımına göre varikosel lateralitesi ve grade i sunulabilmektedir.

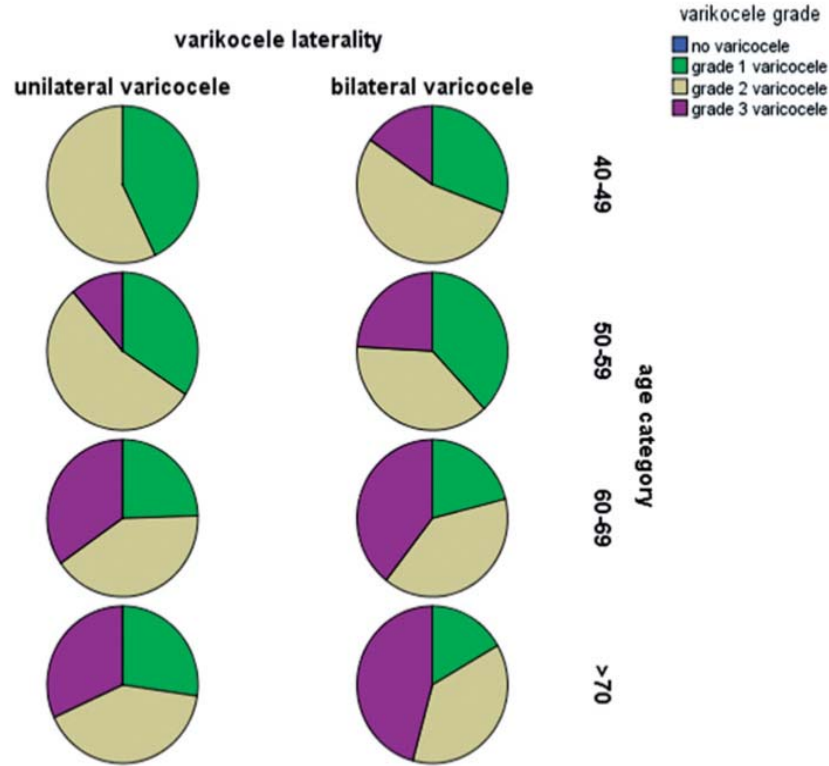


Figure 1. The percentage of varicocele grades in varicocele patients stratified by age groups.

# Tanımlayıcı grafikler

- Bu grafikte de görüldüğü gibi tek bir şekil ile yaş kategorisine göre varikosel lateralitesi, gradi ve testis volumü hakkında öz bir bilgi sunulabilmektedir.

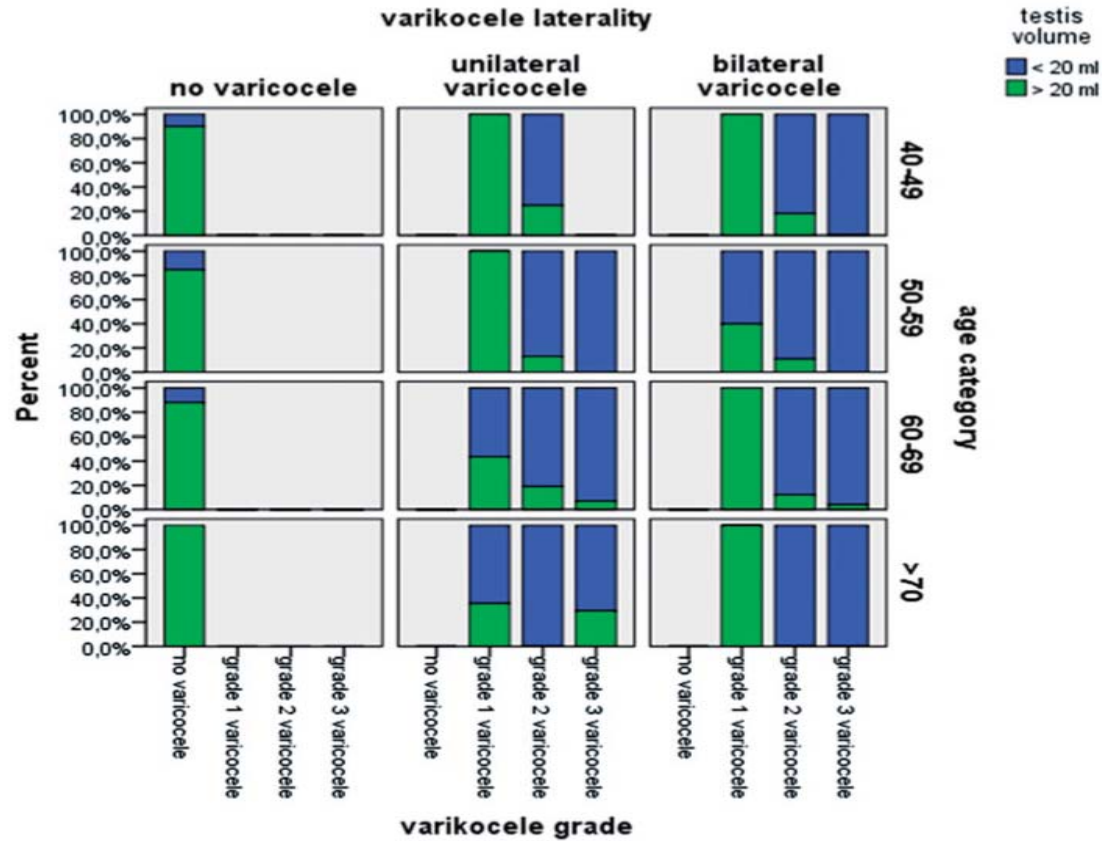


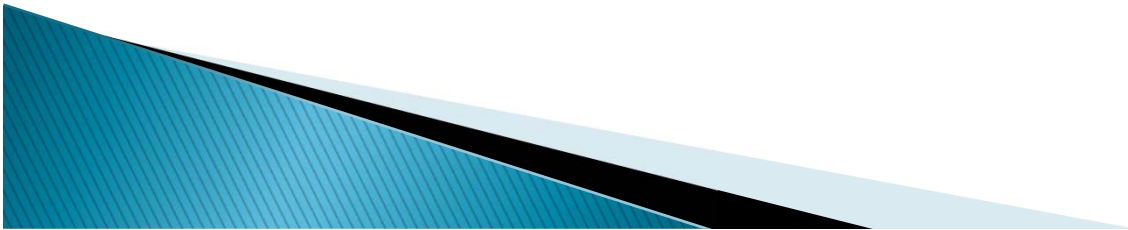
Figure 2. The percentage of testis volume in patients stratified by varicocele grade and age groups.

► Gözlemsel çalışmaların tanımlayıcı verilerini muhakkak ileri istatistik yöntemlere

- Logistik regresyon analizi
- Duyarlılık özgüllük analizi (ROC analizi)
- Korelasyon analizi

Tabii tutmak gerekir.

Bu değerlendirmeler neticesinde ortaya çıkan sonuçların da tablo ve figürler ile ifade edilmesi içerik ve görsellik olarak makaleyi zenginleştirir.



- Bu tabloda prostat volümü üzerinde etkili olabilecek birçok parametre incelenmiş ve log regresyon analizi ile hangi parametrenin ne kadar daha çok etkili olduğu değerlendirilmiştir.

**Table 3.** Univariate and multivariate analysis of the factors effective on prostate volume.

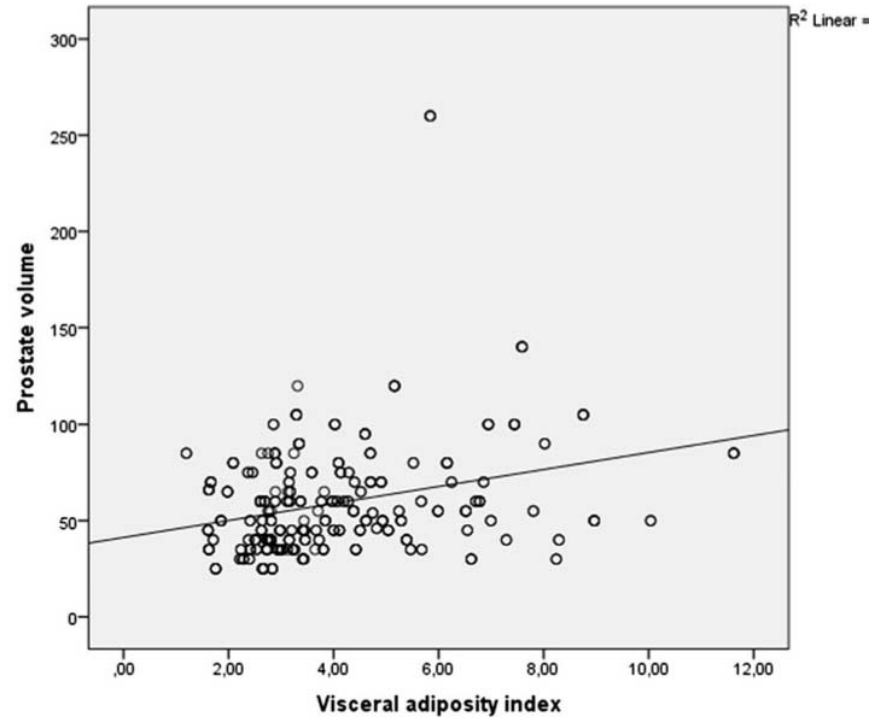
|       | Univariate analysis |       |        |       | Multivariate analysis |       |        |       |
|-------|---------------------|-------|--------|-------|-----------------------|-------|--------|-------|
|       | <i>p</i>            | OR    | 95% CI |       | <i>p</i>              | OR    | 95% CI |       |
|       |                     |       | Lower  | Upper |                       |       | Lower  | Upper |
| Age   | .00001*             | 1.086 | 1.056  | 1.117 | .00001*               | 1.125 | 1.088  | 1.164 |
| BMI   | .00001*             | 1.135 | 1.070  | 1.204 | .003*                 | 1.119 | 1.040  | 1.204 |
| WC    | .00001*             | 1.038 | 1.019  | 1.058 | .623                  | 1.011 | 0.969  | 1.054 |
| FBS   | .001*               | 1.031 | 1.013  | 1.050 | .275                  | 1.013 | 0.990  | 1.035 |
| TG    | .00001*             | 1.010 | 1.004  | 1.016 | .002*                 | 1.043 | 1.016  | 1.071 |
| TC    | .078                | 0.918 | 0.869  | 0.956 |                       |       |        |       |
| LDL-C | .464                | 0.992 | 0.961  | 1.010 |                       |       |        |       |
| HDL-C | .028*               | 0.967 | 0.939  | 0.996 | .025*                 | 0.923 | 0.860  | 0.990 |
| VAI   | .00001*             | 1.250 | 1.116  | 1.400 | .011*                 | 1.194 | 1.110  | 1.305 |

BMI: body mass index; WC: waist circumference; FBS: fasting blood sugar; TG: triglyceride; TC: total cholesterol; LDL-C: low-density lipoprotein cholesterol; HDL-C: high-density lipoprotein cholesterol; VAI: visceral adiposity index; OR: odds ratio; CI: confidence interval.

\*Statistically significant.

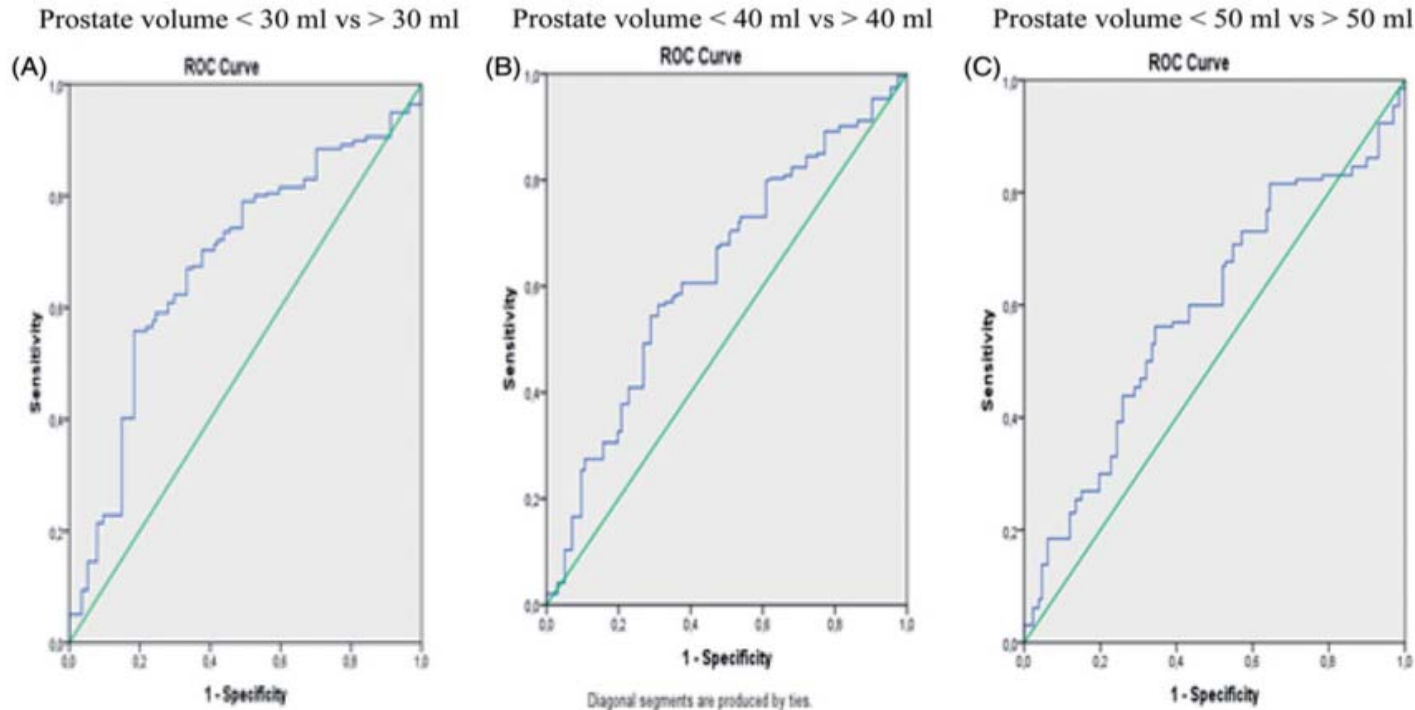


- ▶ Prostat volümü ile viseral adipoz index arasında bir korelasyon grafiđi



**Figure 2.** The doth graph of the association between VAI and prostate volume.

- ▶ Duyarlılık özgüllük analizleri sonucu elde edilen ROC eğrileri de önemlidir
  - Bu grafiklerde farklı prostat volümü değerleri için VAI'nın duyarlılık ve özgüllüğü incelenmiş ve VAI açısından prostat volümü 30 ml sınır değerinin daha anlamlı olduğu görülmüştür.



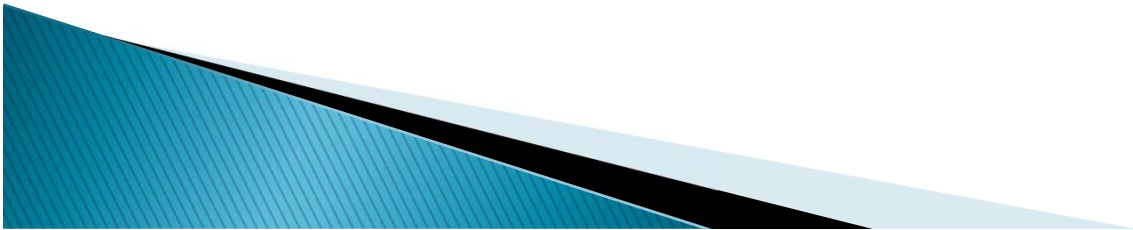
**Figure 1.** ROC curves of VAI levels for prostate volume cutoff level of (A) 30, (B) 40 and (C) 50 ml, respectively.

# Onkoloji alışmaları

- ▶ Onkoloji çalışmalarında survi analizi çok önemlidir
- ▶ Genellikle Kaplan–Meier sağ kalım analizi kullanılır ve sağkalım eğrisi verilir.



- ▶ **Örnek çalışma: Identification of the best complete blood count–based predictors for bladder cancer outcomes in patients undergoing radical cystectomy**
- ▶ **Radikal sistektomi yapılan hastalarda tam kan sayımı belirteçlerinden hangileri surviyi en iyi öngörür?**



- ▶ Bu çalışmada kanser–spesifik survi, rekürrens free survi ve over–all survi değerleri verilmiş (ideal)
- ▶ Nötrofil–lenfosit oranı, lenfosit monosit oranı ve platelet lenfosit oranının survilere etkisi grafike edilmiştir

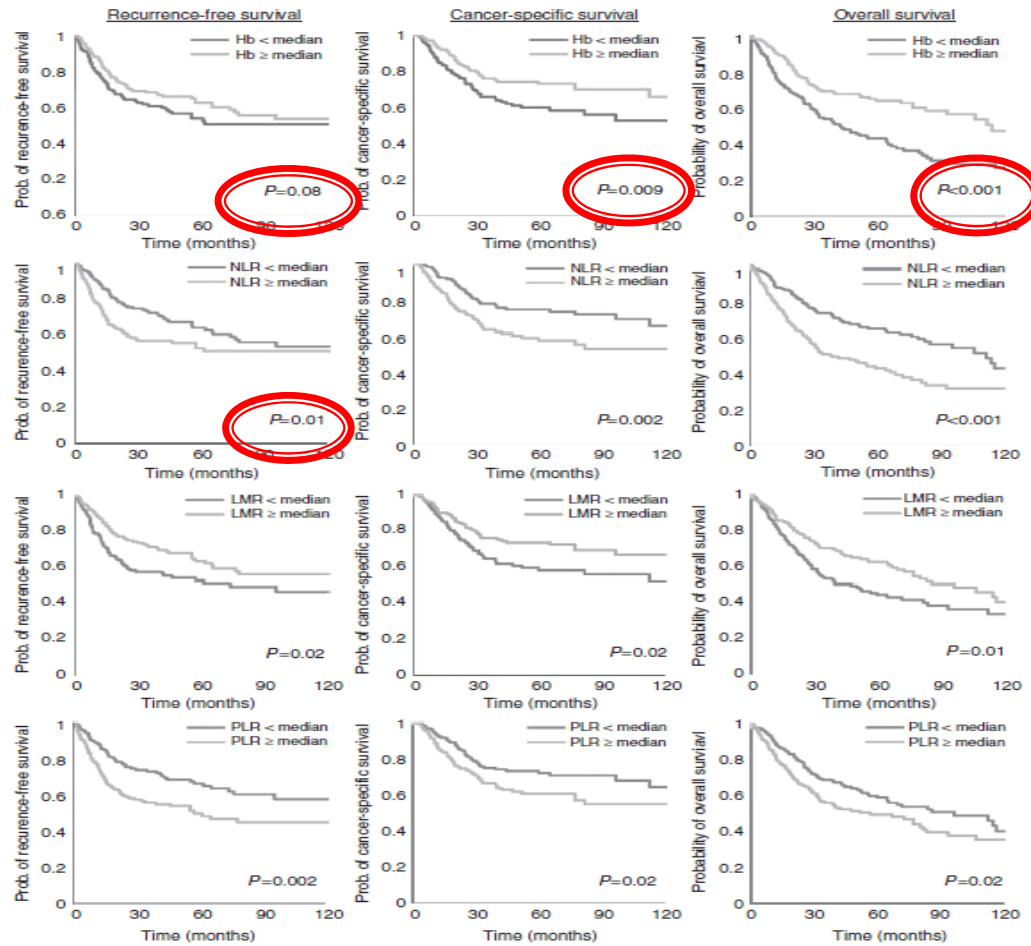
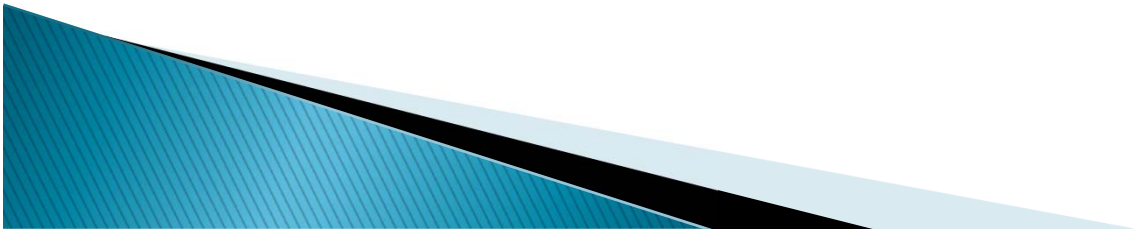


Figure 1. Kaplan-Meier analyses of associations between CBC-based predictors (above vs below median for haemoglobin (row 1), neutrophil-lymphocyte ratio (row 2), lymphocyte-monocyte ratio (row 3), and platelet-lymphocyte ratio (row 4)) and oncologic outcomes.

- ▶ Sağkalım zerine etkili parametreleri bulmak için cox regresyon analizi yapılır ve HR değerleri bulunur. Bunlar da tablolaştırılır.



| Table 3. Final parsimonious multivariable models for recurrence-free, cancer-specific, and overall survival |                  |         |
|---|------------------|---------|
| Parameter   | HR (95% CI)      | P-value |
| <b>Model for recurrence-free survival<sup>a</sup></b>   |                  |         |
| T-stage, pT3-4 vs pT0-2   | 1.58 (1.03-2.42) | 0.03    |
| N-stage, N+ vs N0   | 2.15 (2.82-2.53) | <0.0001 |
| Lymphovascular invasion   | 1.72 (1.04-2.86) | 0.03    |
| Positive surgical margin  | 2.11 (1.42-3.28) | <0.001  |
| Neutrophil-lymphocyte ratio, per 1-unit increase <sup>b</sup>   | 1.52 (1.07-1.98) | 0.002   |
| <b>Model for cancer-specific survival<sup>c</sup></b>   |                  |         |
| T-stage, pT3-4 vs pT0-2   | 1.67 (1.07-2.62) | 0.02    |
| N-stage, N+ vs N0   | 2.13 (1.27-3.57) | 0.004   |
| Lymphovascular invasion   | 1.75 (0.94-3.28) | 0.08    |
| Positive surgical margin  | 1.82 (0.88-3.79) | 0.11    |
| Haemoglobin (per 1 g/l increase)  | 2.91 (1.36-0.95) | <0.001  |
| Neutrophil-lymphocyte ratio, per 1-unit increase <sup>b</sup>   | 1.47 (1.00-1.80) | <0.001  |
| <b>Model for overall survival<sup>d</sup></b>   |                  |         |
| Age, per 1 year increase  | 1.03 (1.01-1.04) | 0.008   |
| Charlson co-morbidity index, per 1-point increase   | 1.16 (1.03-1.32) | 0.01    |
| T-stage, pT3-4 vs pT0-2   | 1.42 (0.83-2.45) | 0.20    |
| N-stage, N+ vs N0   | 1.55 (1.12-2.14) | 0.008   |
| Lymphovascular invasion   | 1.74 (1.03-2.93) | 0.04    |
| Positive surgical margin  | 1.86 (0.90-3.82) | 0.09    |
| Haemoglobin, per 1 g/dl increase  | 3.75 (1.88-0.93) | <0.001  |
| Neutrophil-lymphocyte ratio, per 1-unit increase <sup>b</sup>   | 1.56 (1.05-2.10) | 0.004   |

Abbreviations: AIC=Akaike Information Criterion; CI=confidence interval; HR=hazard ratio.

<sup>a</sup>Likelihood ratio omnibus test:  $\chi^2 = 84.8$ ,  $df = 5$ ,  $P < 0.001$ ; AIC = 1407.0.

<sup>b</sup>Variable was log-transformed, and therefore hazard ratios represent effect per 1 log-unit.

<sup>c</sup>Likelihood ratio omnibus test:  $\chi^2 = 68.9$ ,  $df = 6$ ,  $P < 0.001$ ; AIC = 1101.6.

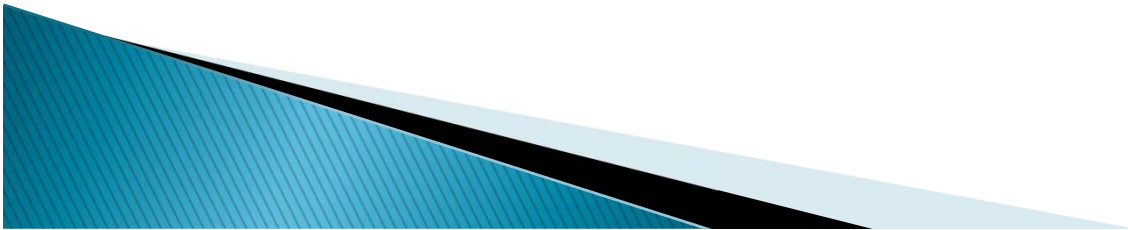
<sup>d</sup>Likelihood ratio omnibus test:  $\chi^2 = 111.0$ ,  $df = 8$ ,  $P < 0.001$ ; AIC = 1780.7.

- Bu çalışmada görüldüğü gibi NLR deki 1 br artış recurrence-free survi, cancer spesifik survi ve over all survi üzerinde sırası ile 1.52, 1.47 ve 1.56 kat etkili olmaktadır (survi azalmaktadır)



# Meta-analizde tablo ve resim kullanımı

- ▶ Meta-analiz, literatürdeki mevcut çalışmaların (tercihen-mümkünse randomize kontrollü çalışmaların; mümkün değilse observational (gözlemsel) çalışmaların belli kurallar içinde bir araya getirilerek re-analiz edilmesidir.





# Sistemik derleme–Meta analiz tabloları

- Mevcut çalışmaların detaylarını içeren tablolar sunulmalıdır.

**Table 1** Relevant studies of the relationship between metabolic syndrome and erectile dysfunction

| Authors (publication year)     | Study design    | Country | Population  | Time period | Age, year<br>(range or<br>mean $\pm$ SD) | Cohort<br>size (n) | Adjusted<br>RRs | 95% CI       |
|--------------------------------|-----------------|---------|---|-------------|--|--------------------|-----------------|--------------|
| Chao et al. (2012) [16]        | Cross-sectional | Taiwan  | Local aboriginal community in eastern Taiwan              | 2010–2011   | >40                                      | 238                | OR 12.02        | 6.33–22.83   |
| Weinberg et al. (2013) [17]    | Cross-sectional | USA     | NHANES  | 2001–2004   | >20                                      | 3306               | OR 2.55         | 1.85–3.5     |
| Pohjantähti et al. (2011) [18] | Cross-sectional | Finland | Hämeenlinna Metabolic Syndromresearch program             | 2010        | >40                                      | 105                | OR 4.62         | 2.005–10.623 |
| Chen et al. (2012) [19]        | Cross-sectional | China   | The Fangchenggang Area Male Health and Examination Survey | 2009        | 17–88                                    | 3197               | OR 1.34         | 1.04–1.72    |
| Tevfik Demir (2006) [20]       | Cross-sectional | Turkey  | Turkish men   | 2005        | 54.1 $\pm$ 8.8                           | 268                | OR 2.9          | 1.7–5.0      |
| Bal et al. (2007) [21]         | Cross-sectional | Turkey  | Turkish men   | 2005        | 40–70                                    | 393                | OR 2.5          | 1.1–5.7      |
| Lee et al. (2010) [22]         | Cross-sectional | Taiwan  | Free health screening                                     | 2009        | 40–83                                    | 639                | OR 2.30         | 1.44–3.69    |
| Grover et al. (2006) [23]      | Cross-sectional | Canada  | 40 years or over Canadian men                             | 2001–2002   | 40–88                                    | 3921               | OR 1.45         | 1.24–1.69    |

MetS = metabolic syndrome; SD = standard deviation; HDL = high-density lipoprotein; OR = odds ratio; RR = risk ratio; CI = confidence interval; NCEP-ATP-III = National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III; NHANES III = Third National Health Center Nutrition Examination Survey; AHA/NHLBI = American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute

**Table 1 – Characteristics and outcomes of the randomized, placebo-controlled clinical studies included in the meta-analysis (all data are reported as mean ± SD)**

| Study (ref.)                | No. patients (T/placebo) | Trial duration (wk) | Age (yr), mean ± SD or age range | T levels (nM) | Diabetes (%) | Dose (daily)                    | Sexual function tool used |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cavallini et al., 2004 [24] | 40/45                    | 24                  | 60–72                            | <12           | NR           | TU 160 mg/d                     | IIEF-15                   |
| Svartberget al 2004 [25]    | 15/14                    | 26                  | 54–75                            | Eugonadal     | 0            | TE 250mg/mo                     | IIEF-5                    |
| Chiang at al 2007 [26]      | 20/18                    | 12                  | 20–75                            | <12           | 0            | TG 50 mg/d                      | IIEF-EFD                  |
| Allan et al., 2008 [27]     | 31/31                    | 52                  | 63.3                             | <15           | 0            | T path 50 mg/d                  | IIEF-15                   |
| Chiang at al 2009 [28]      | 20/20                    | 12                  | 20–75                            | <8            | 0            | TG 50 mg/d                      | IIEF-15                   |
| Giltay et al., 2010 [29]    | 113/71                   | 30                  | 35–69                            | <8            | 29           | TU 1000 mg/12 wk                | IIEF-5                    |
| Aversa et al., 2010 [30]    | 42/10                    | 48                  | 68.8 ± 6.5                       | <8            | 7.5          | TU 160 mg/d<br>TU 1000 mg/12 wk | IIEF-5                    |
| Jones et al., 2011 [31]     | 103/102                  | 52                  | 59.9 ± 9.3                       | <12           | 62           | TG 60 mg/d                      | IIEF-15                   |
| Hackett et al., 2013 [32]   | 92/98                    | 30                  | 33–83                            | <12           | 100          | TU 1000 mg/12 wk                | IIEF-15                   |
| Gianatti et al., 2014 [33]  | 44/41                    | 40                  | 62.0                             | <12           | 100          | TU 1000 mg/12 wk                | IIEF-15                   |
| Basaria et al., 2015 [34]   | 104/94                   | 156                 | 67.6                             | <12           | 15.1         | TG 75 mg/d                      | IIEF-5                    |
| Padouch et al., 2015 [35]   | 36/40                    | 16                  | 50.7                             | <8            | NR           | T solution                      | IIEF-15 orgasmic domain   |
| Brock et al., 2016 [36]     | 303/297                  | 16                  | 55.3                             | <8            | 30           | T solution                      | IIEF-15                   |
| Snyder et al., 2016 [37]    | 234/266                  | 52                  | 71.6                             | <8            | NR           | TG 50 mg/d                      | IIEF-15                   |

EFD = Erectile Function Domain; IIEF = International Index of Erectile Function; NR = not reported; ref. = reference; SD = standard deviation; TE = testosterone enanthate; TG = testosterone gel; TU = testosterone undecanoate.

**Table 2** The definitions of Mets, its components, and erectile dysfunction of the studies included in meta-analysis

|                    | Erectile dysfunction definition | MetS definition   | MetS components criteria  | <i>P</i> value to determine statistical significance |
|--------------------|---------------------------------|---|---|--|
| Chao et al.        | IIEF-5                          | NCEP-ATP III modified for Asians  | Fasting plasma glucose $\geq 110$ mg/dL<br>Serum TG $\geq 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 90$ cm     | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Weinberg et al.    | Single question self-report     | AHA/NHLBI   | Fasting plasma glucose $> 100$ mg/dL<br>Serum TG $> 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $> 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 102$ cm             | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Pohjantähti et al. | IIEF-15                         | NCEP-ATP III  | Fasting plasma glucose $\geq 110$ mg/dL<br>Serum TG $\geq 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 102$ cm    | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Kai Chen et al.    | IIEF-5                          | NCEP-ATP III for Asian Americans  | Fasting plasma glucose $\geq 5.6$ mmol/L<br>Serum TG $\geq 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 1.03$ mmol/L<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 90$ cm | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Tevfik Demir       | IIEF-15                         | NCEP-ATP III  | Fasting plasma glucose $\geq 110$ mg/dL<br>Serum TG $\geq 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 102$ cm    | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Bal et al.         | IIEF-15                         | NCEP-ATP III  | Fasting plasma glucose $\geq 110$ mg/dL<br>Serum TG $> 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 102$ cm       | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Lee et al.         | IIEF-5                          | Modified criteria developed by the Bureau of Health Promotion in Taiwan | Fasting plasma glucose $\geq 100$ mg/dL<br>Serum TG $> 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $> 130/85$ mm Hg<br>Waist circumference $> 90$ cm           | <i>P</i> $< 0.05$                                    |
| Grover et al.      | IIEF-15                         | NCEP-ATP III  | Fasting plasma glucose $\geq 111$ mg/dL<br>Serum TG $\geq 150$ mg/dL<br>Serum HDL-C $< 40$ mg/dL<br>Blood pressure $\geq 130/85$ mm Hg<br>Body mass index (BMI) $\geq 28$   | <i>P</i> $< 0.05$                                    |

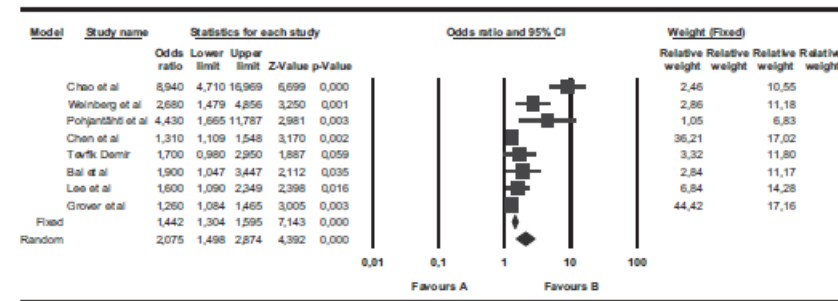
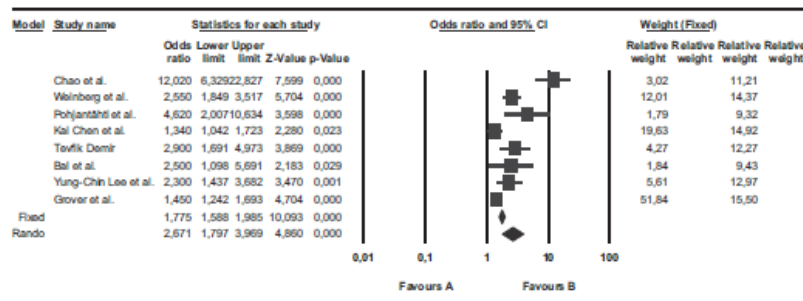
MetS = metabolic syndrome; IIEF = International Index of Erectile Function; NCEP-ATP-III = National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III; AHA/NHLBI = American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute; TG = triglyceride; HDL = high-density lipoprotein

**Table 1. Characteristics of Included Studies**

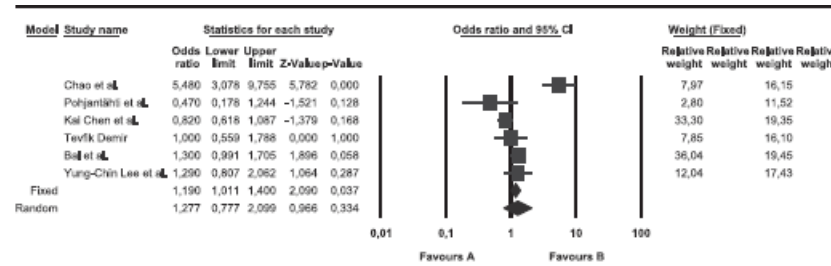
| Source                                    | Participants, No. | Disease Stage                               | Regimen  |                            | IAD Treatment Intervals   |  | Median Follow-up |
|---|-------------------|---|--|----------------------------|---|--|------------------|
|   |                   |   | IAD  | CAD                        | Criteria to Stop  | Criteria to Restart  |                  |
| Hering et al, <sup>30</sup> 2000          | 43                | Metastatic                                  | CPA  | Same as IAD                | NR  | If baseline PSA $\leq$ 20 ng/mL then $\geq$ 10 ng/mL; else, half of Initial value  | NR               |
| de Leval et al, <sup>29</sup> 2002        | 68                | Locally advanced<br>Recurrent<br>Metastatic | Flutamide + goserelin                                    | Same as IAD                | PSA $\leq$ 4 ng/mL  | PSA $\geq$ 10 ng/mL  | 29 mo            |
| Schasfoort et al, <sup>40</sup> 2003      | 193               | Metastatic                                  | Nilutamide + buserelin                                   | Same as IAD                | PSA <4 ng/mL  | If N+M0, PSA $\geq$ 10 ng/mL; If M1, PSA $\geq$ 20 ng/mL   | 31 mo            |
| Yamanaka et al, <sup>45</sup> 2005        | 162               | Locally advanced                            | Chlormadinone (first 4 weeks) + leuprorelin or goserelin | Same as IAD                | PSA <1 ng/mL  | Progression or PSA $\geq$ 10 ng/mL   | 23.2 mo          |
| Tunn et al, <sup>41</sup> 2007            | 201               | Recurrent                                   | Leuprorelin  | Same as IAD                | No progression + PSA <0.5 ng/mL                                       | PSA $\geq$ 3 ng/mL   | NR               |
| Miller et al, <sup>35</sup> 2007          | 335               | Metastatic                                  | Bicalutamide + goserelin                                 | Same as IAD                | PSA <4 ng/mL or <90% of baseline                                      | NR   | NR               |
| Irani et al, <sup>31</sup> 2008           | 138               | NR  | Flutamide + goserelin                                    | Same as IAD                | NA  | NA   | 42.8 mo          |
| Calais da Silva et al, <sup>27</sup> 2009 | 626               | Locally advanced<br>Metastatic              | CPA + LHRH agonist                                       | Same as IAD                | PSA <4 ng/mL or <80% of baseline                                      | If PSA had dropped to <4 ng/mL, then $\geq$ 10 ng/mL with symptoms or $\geq$ 20 ng/mL without symptoms; else, $\geq$ 20% above nadir value | 51 mo            |
| Crook et al, <sup>13</sup> 2012           | 1386              | Recurrent                                   | Nonsteroidal AA (min first 4 weeks) + LHRH agonist       | Same as IAD or orchiectomy | No progression + PSA <4 ng/mL and $\leq$ 1 ng/mL above previous value | Progression or PSA $\geq$ 10 ng/mL   | 6.9 y            |
| Salonen et al, <sup>38,39</sup> 2012      | 554               | Locally advanced<br>Recurrent<br>Metastatic | CPA (first 12.5 d) + Goserelin                           | Same as IAD or orchiectomy | If PSA baseline <20 ng/mL then <50% of baseline; else, PSA <10 ng/mL  | PSA >20 ng/mL or >baseline   | 5.4 y            |
| Mottet et al, <sup>36</sup> 2012          | 194               | Metastatic                                  | Flutamide + Leuprorelin                                  | Same as IAD                | No progression + PSA <4 ng/mL   | Progression or PSA >10 ng/mL   | 3.7 y            |
| Organ et al, <sup>37</sup> 2013           | 31                | Metastatic castration resistant             | LHRH agonist   | Same as IAD                | NR  | Testosterone $\geq$ 50 ng/dL   | 27.8 mo          |
| Hussain et al, <sup>14</sup> 2013         | 1749              | Metastatic                                  | LHRH agonist + AA  | Same as IAD                | PSA $\leq$ 4 ng/mL  | If PSA <20 ng/mL, then return of PSA to baseline; else, $\geq$ 20 ng/mL; optional, PSA $\geq$ 10 ng/mL or symptoms                         | 9.8 y            |
| Calais da Silva et al, <sup>15</sup> 2013 | 918               | Locally advanced<br>Metastatic              | CPA  | CPA + LHRH agonist         | PSA <4 ng/mL  | PSA $\geq$ 20 ng/mL or symptoms  | 66 mo            |
| Verhagen et al, <sup>44</sup> 2013        | 258               | Metastatic                                  | CPA only + addition of an LHRH agonist at progression    | Same as IAD                | PSA <4 ng/mL  | Progression or PSA $\geq$ 200% of nadir + PSA $\geq$ 50 ng/mL or PSA $\geq$ 1000 ng/mL   | 3.3 y (mean)     |

Abbreviations: AA, antiandrogen; CAD, continuous androgen deprivation; CPA, cyproterone acetate; IAD, Intermittent androgen deprivation; LHRH, luteinizing hormone-releasing hormone; NA, not applicable; NR, not reported; PSA, prostate-specific antigen.

- ▶ Meta-analizde yeni yapılmış istatistik sonuçları meta-analize özgü forest plot lar ile grafike edilir.



Meta Analysis



Meta Analysis



# Forest-plots

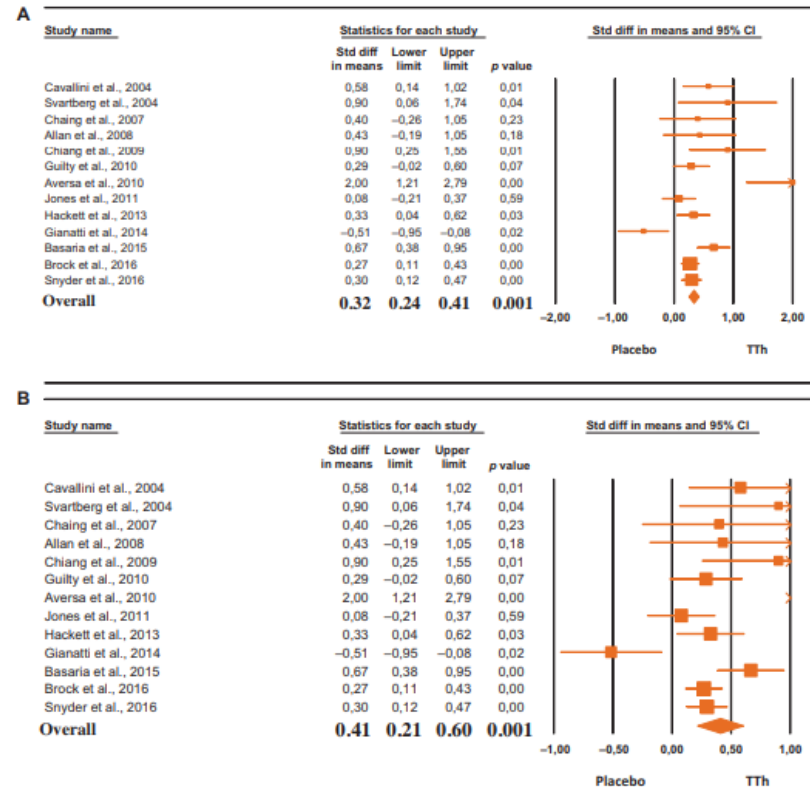


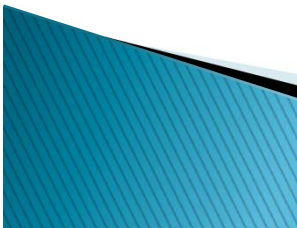
Fig. 4 - Effect size (with 95% confidence interval [CI]) of testosterone treatment (TTh) versus placebo on erectile function component (including studies using International Index of Erectile Function (IIEF)-erectile function domain or IIEF-5 score as possible outcome) as derived by applying fixed (A) or random (B) models.  
Std diff = standard difference.

- ▶ Meta-analizde değerlendirmeye alınan çalışmaların kalitesi değerlendirilir

**Table 2** Newcastle-Ottawa scale results for quality assessment

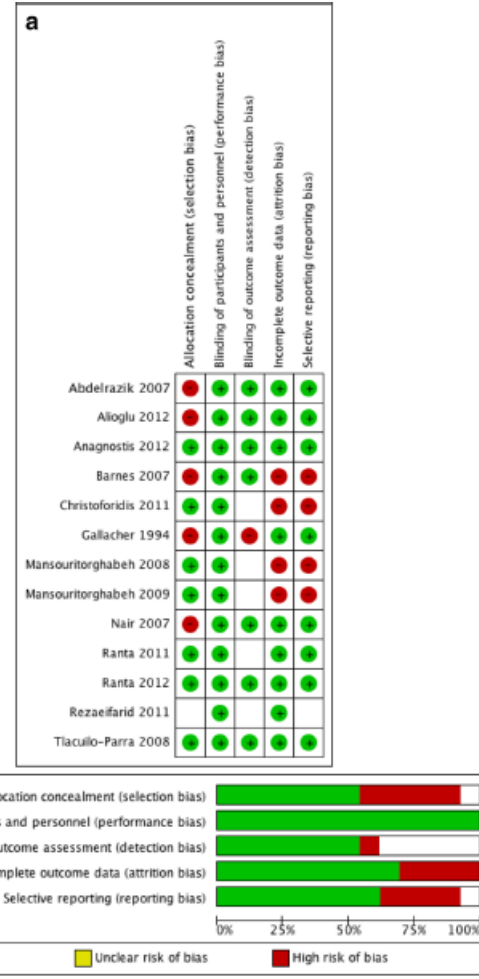
| Author (year)                  | Selection | Comparability | Exposure | Total |
|--------------------------------|-----------|---------------|----------|-------|
| Bredella (2012)                | ***       | *             | **       | 6*    |
| Bredella (2008)                | ****      | **            | **       | 8*    |
| Bredella (2009)                | ***       | *             | *        | 5*    |
| Davies, et al. (1990).         | ***       |               | *        | 4*    |
| Faje (2013)                    | **        | *             | *        | 4*    |
| Fernandez-Soto (2013)          | **        | *             | *        | 4*    |
| Guo (2013)                     | **        | *             | **       | 5*    |
| Iketani et al. (1995).         | **        | **            | *        | 5*    |
| Karlsson (2000)                | ***       |               | *        | 4*    |
| Kooh (1996)                    | **        | *             | *        | 4*    |
| Masala (2003)                  | ***       | *             | *        | 5*    |
| Misra (2005)                   | ***       | **            | *        | 6*    |
| Misra (2007)                   | ***       | **            | *        | 6*    |
| Misra (2011)                   | **        | *             | *        | 4*    |
| Maimoun (2014)                 | ****      | *             | *        | 6*    |
| Morris (2004)                  | ****      |               | *        | 5*    |
| Naessen, et al. (2006)         | **        |               | *        | 3*    |
| Newton, et al. (1993).         | ****      | **            | *        | 7*    |
| Olmos (2010)                   | ***       | *             | *        | 5*    |
| Poet (1992)                    | ***       | *             | *        | 5*    |
| Resch (2000)                   | ***       | *             | *        | 5*    |
| Seeman (1992)                  | ***       | *             | *        | 5*    |
| Soyka (1999)                   | ***       | *             | *        | 5*    |
| Sundgot-Borgen, et al. (1998). | ****      | **            | *        | 7*    |
| Van Marken (1997)              | **        |               | *        | 3*    |
| Walsh (2010)                   | **        | *             | *        | 4*    |
| Wojcik (2010)                  | **        | *             | *        | 4*    |

Quality analysis of all included studies rated by two trained observers



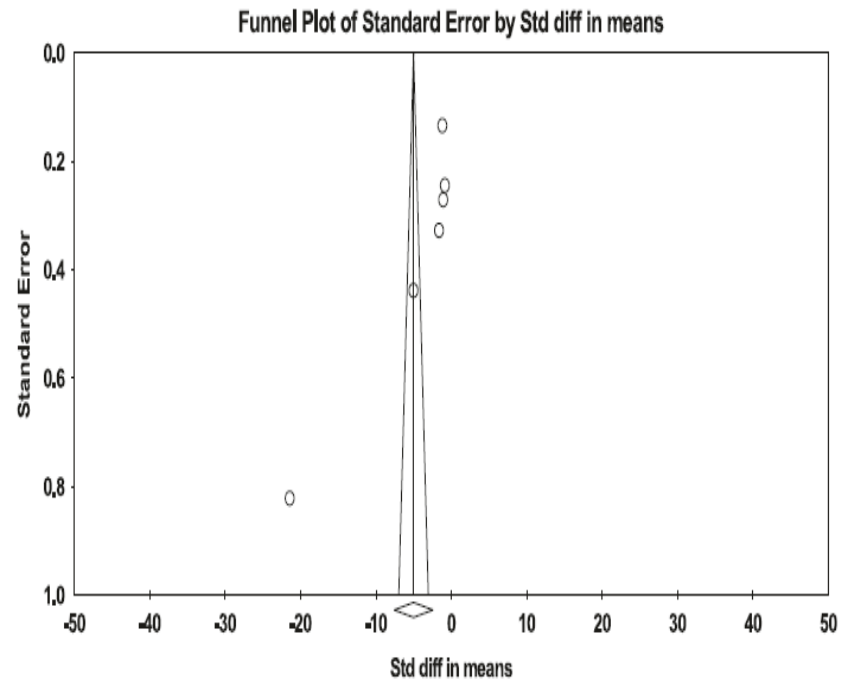
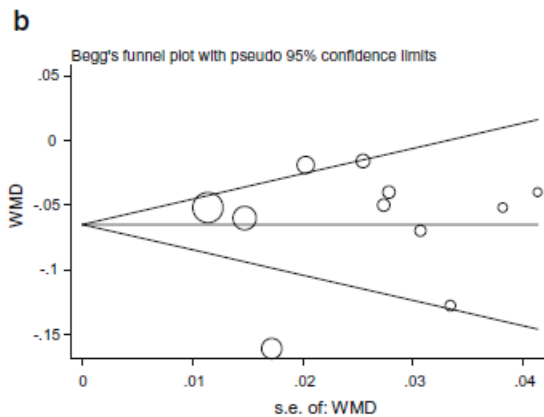
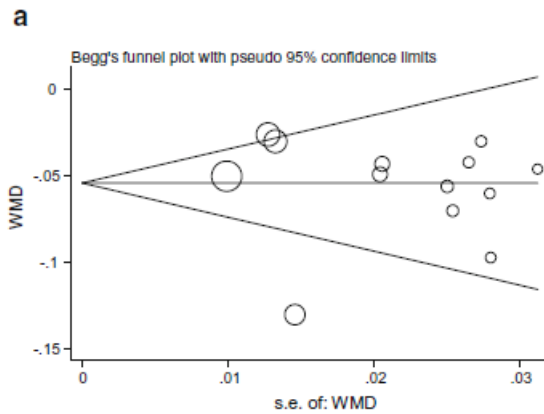
- Mümkünse çalışmalardaki yanlılık kaynakları (bias) ve yüzdeleri de grafike edilir

**Fig. 2** Risk of bias. Authors' judgments about each risk of bias item **a** for each included study and **b** presented as percentages across all included studies





- ▶ Publication bias meta-analizlerde genelde grafikte temsil edilir



# ► TEŞEKKÜRLER

