

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI, DEĞERLENDİRİLMESİ, TANI YÖNTEMLERİ VE TEDAVİSİ

Cinsellik; cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir (1). Dünya Sağlık Örgütü ise cinsel sağlığı “cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (2). Dünya Cinsel Sağlık Birliği’nin tanımına göre, cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerir (3).

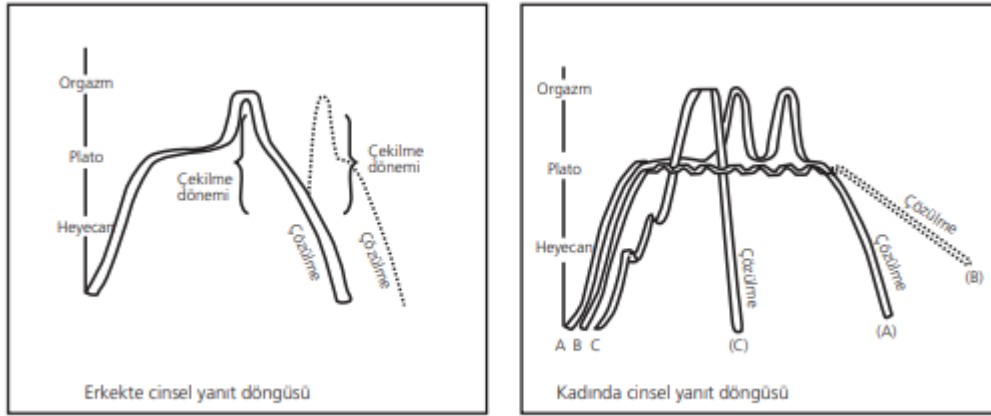
Tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlıklı yaşamın önemli parçalarından biri olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi de son derece önem arz etmektedir. Çünkü cinsel sağlık, genel sağlığın önemli bir bileşenidir ve cinsel işlev bozuklukları (CİB) toplumda sıklıkla karşılaşılan önemli sağlık sorunları arasındadır. CİB bazı hastalıkların ilk habercisi olabileceği gibi başka hastalık ve tedavilerin sonucu da olabilmektedir. Ayrıca travmaya maruz kalmak ve cerrahi girişim geçirmek cinsel fonksiyonları da olumsuz yönde etkileyebilir (4).

Cinsel Yanıt Siklusunun Evreleri

Cinsel yanıt döngüsü cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkinin evreleridir; Kinsey, Masters ve Johnson tarafından tanımlanmıştır (Şekil 1).

- 1.İstek (libido) Evresi: Freud libidoyu, “bilinçli bir aktivite boyunca genel seksüel enerjinin farkında olunması” şeklinde tanımlamıştır.
- 2.Uyarılma evresi: Herhangi bir bedensel veya psikojenik uyarana ile erotik duygu ve düşünceler belirir. Fizyolojik olarak erkekte ereksiyon, kadında vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı veya yavaş biçimde artar.
- 3.Plato evresi: Cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artması ile birlikte plato süreci başlar. Haz duygusu ve cinsel gerilim kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer.
- 4.Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ama duyumsanan cinsel hazzın tepe yaptığı evredir. Erkekte ejakülasyon, kadında perine ve vajina etrafındaki kasların, vazokonjesyonla büyüyen dokuların ritmik kasılması ile sonlanır.
- 5.Çözülme evresi: Çözülme evresi, orgazmı takiben genital bölge ve bedenin tümünde, cinsel yanıt evresinin başlangıcından itibaren oluşan fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takiben hızla kaybolması

ile karakterize evredir.



Şekil 1. Erkek ve kadında cinsel yanıt döngüsü.^[10]

Cinsel işlev bozukluğunun evrensel olarak kabul gören bir tanımı yoktur. Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluğunu insan cinsel yanıt döngüsünde tatminkar cinsel uyarılma ve/veya doyuma (orgazm) ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksama olarak tanımlarlar. Yani cinsel yaşamından tatmin olmama ve bunun sürekli olması halidir (4).

TANI

CİB tanısı büyük ölçüde öyküye dayanır. Öykü alma süreci tanı için en önemli araç ve aynı zamanda tedavinin de başlangıcıdır. CİB tedavisinde bilgilendirme önemli yer tutar; çoğu zaman öykü alma süreciyle iç içedir. Sosyo - demografik bilgileri, yakınmalar ve yakınmaların öyküsü, cinsel işlev aşamalarının sorgulanması yapılmalıdır. Psikiyatrik, tıbbi özgeçmiş ve soy geçmişi, aile ve cinsel gelişim öyküsü bilinmeli, evlilik ve evlilik dışı ilişkiler öyküsü sorulmalıdır.

Bütün bu durumlarda öncelikle, cinsel yanıtı bozabilecek, cinsel soruna yol açabilecek nöronal, damarsal ve anatomik bir nedeninin olup olmadığı tespit edilmelidir. Daha sonra algı-yargılama bozukluğu, duyuusal motor değişiklikler, bağırsak-mesane inkontinansı, spastisite, tremor, halsizlik, anksiyete ve kronik ağrı gibi cinselliği dolaylı yoldan etkileyebilecek nedenler belirlenmelidir. Üçüncü sırada cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi iyatrojenik etkiler gözden geçirilmelidir. Son olarak, hastanın eşi, aile, sosyal ilişkiler geçmişi ele alınmalıdır. Mümkün olduğunca eşi de değerlendirme sürecine katılmalıdır (5)

Çoğu CİB tanısı öykü alma ile konulabilmekle beraber altta yatan etiyoloji açısından genel fizik muayene yapılmalıdır. Muayenede; nörolojik ve vasküler sistem muayenesinin yanı sıra iç ve dış genital organların inspeksiyon ve palpasyonunu içermelidir.

Kronik hastalık veya hormonal nedenler düşünülüyorsa açlık kan şekeri ve kolesterol düzeylerini içeren temel biyokimyasal testler, testosteron, östrojen ve diğer hormonal tetkikler öykü ve muayene bulgularına göre yapılabilir (6).

Cinsel işlev bozuklukları toplumda siktir: Erkeklerde cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı yaklaşık %31, kadınlarda ise %43'tür. Diğer bir deyişle, birinci basamak hekimi, izlediği erişkin popülasyonun yaklaşık 1/3'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğunu varsayabilir.

Tedavi sürecinde altta yatan organik sebep varsa öncelik organik sebebin çözülmesidir; eş zamanlı olarak cinsel bilgilendirme ve tedavi süreci de başlamalıdır. Eğer ilaca bağlı olduğu düşünülüyorsa ilaç veya doz değişikliği ile izlenmelidir. Altta yatan sebep alkol veya madde kullanımı ise kişi direkt olarak bağımlılık tedavisine yönlendirilmelidir; bağımlılık tedavisi gerçekleşmeden yapılacak girişimlerden sonuç almak mümkün olmayacaktır. Evlilik dinamiklerindeki sorun ön planda ise evlilik terapisi ve cinsel terapi eş zamanlı yürütülmelidir. Tam tanı konamayan veya kısa girişimlerle başarılı olmayacak cinsel sorunlar zaman kaybetmeden ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir (7).

Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları

Normal cinsel işlev için; a. Ereksiyon için gerekli organik komponentler sağlam olmalıdır. b. Yeterli ve uygun bir cinsel uyarı gereklidir. Bu uyarı görme, işitme, koku ya da dokunma yahut imajinasyon şeklinde olabilir. Yaşlı erkeklerde dokunma türü güçlü uyarılara gereksinim vardır. c. Pozitif cinsel bilgi gereklidir. Kişinin cinsellikle olan ilgisi kültürel değerlerine, dinin kurallarına, aile terbiyesine, çevreden aldığı bilgilere, önceki cinsel deneyimlerine ve eşinin cinsel affinitesine bağlıdır.

Eretil disfonksiyon (ED) en az 6 ay süre ile cinsel ilişki için gerekli olan penil ereksiyona ulaşmada ve sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanır.

Erkeklerin % 60'ı yaşamları süresince kısa süreli veya kalıcı eretil disfonksiyon sorunuyla karşılaşır. Yapılan çalışmalarda 40-70 yaş arası erkeklerde ED prevalansı ABD'de %52, Türkiye'de %69.2 olarak saptanmıştır. ED 65 yaşından sonra belirgin yükselmektedir (8).

Sağlıklı bir ereksiyon için psikolojik, nörolojik, hormonal, arteriyel, venöz ve sinüsoidal komponentlerin normal olması gereklidir. Bu komponentlerden biri ya da birkaçı aksadığında eretil sorunlar ortaya çıkar. Özellikle 40 yaş ve üzerinde görülen ve prevalansı yaş ile birlikte artış gösteren ED yine bu yaşlarda görülen birçok hastalığa eşlik etmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi komorbiditeler ED için primer risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (9). Bu komorbiditelere ek olarak düşük fiziksel aktivite, sigara, alkol, obezite gibi faktörler de ED'a neden olabilir (10).

ED organik ve Psikojenik olarak ikiye ayrılmıştır. Organik faktörler de kendi içinde gruplanmıştır.

Organik ED: 1 Vaskülojenik a. Arteriojenik b. Kavernal c. Mikst 2. Nörojenik 3. Anatomik 4. Endokrinolojik

Psikojenik ED: 1. Generalize tip 2. Durumsal tip

Bugün, organik-psikojenik ED ayırımı açısından altın standart teknik, nokturnal penil tımesans ve rijidite testidir.

Fiziksel aktivitenin eretil fonksiyonları iyileştirdiği ve ED'dan korunmada önemli olduğu bildirilmiştir (11). Obezite ED gelişimi için yalnız başına bir risk faktörü gibi görünmektedir. Fazla kiloların verilmesi ile penil eretil fonksiyonlarda düzelme sağlanabildiğinin gösterilmesi fiziksel aktivitenin ve diyetin önemini daha da ön plana çıkarmaktadır (12). Sigara içiminin vazokonstriksiyonu ve penil venöz kaçağı artırarak eretil disfonksiyona yol açtığı bildirilmektedir

(13). ED'lu hastaların sigarayı bırakmaları tüm hekimler tarafından kabul edilen önemli ve etkili önerilerden birisidir.

Diabetes mellitus ED için iyi bilinen bir risk faktörüdür. En önemli erektil disfonksiyon nedeni %33 oranı ile diyabettir. Yaklaşık 50 yaş üzeri diabetik erkeklerin, %50'sinde ED ortaya çıkar. Diyabet kontrolü ne kadar iyi sağlanırsa penil erektil fonksiyonlar da o kadar iyi korunacaktır (14). Depresyonlu hastalarda ED prevalansının yüksek olduğu bildirilirken aynı zamanda ED varlığından depresif duygudurumun daha belirgin hale geldiği rapor edilmiştir. Günümüzde kullanılan çoğu antidepressan ilaçların cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açtığı bilinmektedir (15). SSRI tedavisi uygulanan depresyon hastalarının %30 ile %60'ında ED saptandığı bildirilmektedir. ED'un en az rastlandığı antidepressan ilaçların Bupropion, nefazodon ve mirtazapin olduğu rapor edilmiştir (16).

Hipertansiyon ve damar hastalıkları ED için majör risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Hipertansif hastaların yaklaşık olarak %30'unda ED mevcuttur. Hipertansiyon ve ED arasındaki ilişkiden sorumlu ortak mekanizma endotelial disfonksiyon'dur. Antihipertansif tedavilerin penil erektil fonksiyon üzerine olumsuz etkileri olabileceği bilinmektedir. Diüretik, beta blokör ve santral etkili antihipertansifler gibi eski jenerasyon ilaçların yaygın olarak ED'a neden olduğuna; kalsiyum kanal blokörleri, anjiyotensin-converting enzim inhibitörü gibi yeni jenerasyon antihipertansiflerin ise penil erektil fonksiyonlar üzerinde olumlu etki gösterdiğine dair çalışmalar mevcuttur (17).

Pelvis bölgesinin özellikle radikal cerrahi girişimler sonrası sinirlerin yaralanması ile ED gelişebilir

Diğer Endokrin, Hormonal Nedenler: Ereksiyon için başta testosteronun etkisine ihtiyaç vardır. Eksikliğinde mutlaka ED görülmez. Tiroid hormonlarının eksikliği de tam olmayan ereksiyona neden olabilir. Prolaktin hormonunun fazlalığı testosteron yapımını azaltacağından ciddi sorunlara neden olabilir (8).

Uzun süre kullanılan ilaçların ED ye yol açması biraz da tartışmalı olmakla birlikte özellikle H-2 reseptör antagonistleri, antikolinergikler, sitotoksik ilaçlar, antipsikotikler, bazı hormonların ereksiyon üzerine olumsuz etkileri gösterilmiştir. Antihipertansiflerin de uzun süre kullanıldığında ED ye yol açtığı bilinmektedir. Antidepressan ilaçlar özellikle de SSRI grubu ilaçlar da ED nedeni olabilirler. Santral sinir sisteminde sedasyon ya da depresyon yapan ilaçlar plazma prolaktin düzeyini yükseltebilirler (Fenotiazinler, opiatlar, simetidin, sulpiride, Haloperidol). Plazma testosteron düzeyini düşüren ve östrojen benzeri etki yapan ilaçlar (Spironolakton, Ketakonazol, Digoksin) doğal olarak ED yaparlar. Santral sinir sistemini etkileyen diğer ilaçlar, trisiklik ve tetrasiklik antidepressanlar, Lityum ve MAO inhibitörleridir. Kan basıncını düşüren ilaçlar da erektil fonksiyonu etkileyebilir. Beta blokerler, Tiazid grubu diüretikler, Reserpin, hidralazin, guanetidin, klonidin, asetazolamid, Alfa metil dopa ve kalsiyum kanal blokörleri böyledir. Bu ilaçlar genelde arteriosklerotik hastalarda penil ereksiyonun oluşması ve sürmesi için gereken kan basıncını kritik düzeyin altına indirirler. Seksüel performansı arttırdığına inanılan kokain gibi maddelerin kronik kullanımı erektil disfonksiyona neden olur. Kronik alkoliklerde ED oranı %54 bulunmuştur. Marihuana, esrar, kodein, Meperedine, Metadone, morfin ve Heroin kullanımında erektil disfonksiyon oranı çok yüksektir. Kronik uyuşturucu kullanımı, kronik alkolizm de özellikle periferik nöropati nedeniyle ED ye neden olabilirler.

Multiple Sclerosisli hastaların %25'inde ED görülmektedir.

Bir kadın karşısında soyunmak, penisinin küçük olduğu kompleksini taşımak, kendine güvensizlik gibi psikolojik nedenler ile de erektil disfonksiyon ortaya çıkabilir (8).

EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİ:

ED) tedavisinde öncelikle hastaların beklentilerinin de dikkate alınması ve hatta tedavi kararının hasta ve bazen de partneriyle birlikte kararlaştırılması tedavinin başarısını da olumlu olarak etkileyecektir. Bu nedenle ED tedavisine başlamadan önce iyi, ayrıntılı bir anamnez ve gerekiyorsa tanı yöntemlerinin de yardımıyla doğru tanıyı koyduktan sonra tedaviye geçmek en doğru yaklaşımdır. ED o güne kadar tanısı konmamış altta yatan ciddi bir başka hastalığın da ilk semptomu olabilir. Örneğin daha önce belirlenmemiş Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Koroner kalp hastalığı ED sayesinde teşhis edilerek hayatı tehdit edebilecek bir hastalık kontrol altına alınabilir.

Genel olarak en az invaziv tedaviden başlanmalıdır. İlk basamak tedavide birçok invaziv olmayan tedavi seçeneği mevcuttur. Tedaviye ED için risk taşıyan yaşam stilini değiştirmekle başlanır. Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve primer hastalığın tedavisi önemlidir. Sigara bırakılmalı, alkol bağımlılığı varsa tedavi edilmeli, obezite, dislipidemi, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıkları için diyet ve egzersiz konusunda hastalar cesaretlendirilmeli ve komorbiditeler (hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet) tedavi edilmelidir. ED'ye neden olabilecek bir ilaç kullanımı varsa ilaçlar ayarlanmalıdır. Organik bir neden ortaya konsa da bu sıklıkla psikojenik nedenlerle beraber olduğundan psikoseksüel danışmanlık verilmelidir. Libido düşüklüğü ile beraber testosteron düşüklüğü varsa hormonal replasman yapılmalıdır. Hormon replasman tedavisi aynı zamanda azalmış kas kitlesi, letarji, depresyon ve osteoporoz tedavisini sağlayacaktır. Ancak prostat kanseri ve şiddetli prostatizm semptomları olan ED'li erkeklerde testosteron yerine koyma tedavisi kontrendikedir. Bu nedenle hastaların bu yönde de detaylı bir şekilde değerlendirilmiş olması gerekmektedir.

Birçok ED olgusunda yaşam tarzı değişiklikleri, diyet, egzersiz, vücut ağırlığı kaybı, sigarayı bırakma ve iyi bir glisemik kontrol tedaviyi sağlamaktadır. Bunların yeterli olmadığı durumlarda ise ilaç ve / veya diğer medikal yöntemler tedaviye eklenmektedir

ED nin tedavisini iki başlıkta değerlendirmek mümkündür.

A) Cerrahi dışı (medikal)

- 1) Oral farmakoterapiler
- 2) İntrakavernöz enjeksiyonlar
- 3) Vakum cihazları
- 4) Psikoterapi yöntemleri
- 5) MUSE (intraüretral ilaçlar)

B) Cerrahi tedaviler.

- 1) Damar cerrahisi girişimleri

a. Derin Dorsal Ven Ligasyonu/Eksizyonları

b. Revaskülarizasyonlar

2) Penil Protezler

3) Peyronie Hastalığı ile ilgili Cerrahiler

A) MEDİKAL TEDAVİLER

1) Oral farmakoterapiler: Oral farmakoterapi her hastalığın tedavisinde olduğu gibi ED tedavisinde de hastaların birinci tercihi olmuştur. Bu amaçla geçmiş yıllarda en sık kullanılan ilaçlar Yohimbin, Trazadon Apomorfin ve plasebo amacıyla bazı vitaminler olmuştur. Günümüzde PDE 5 inhibitörleri oral tedavide günümüzde en yaygın kullanılan ilaçlardır. PDE 5 inhibitörleri nitrat içeren ilaçlarla birlikte kullanımı kontrendikedir. Bunun dışında ağır kalp yetmezliklerinde yeni geçirilmiş myokard infarktüsü olgularında unstabil anjinalarda kardiyologların kontrolünde ve önerisiyle kullanılmaları uygundur. Günümüzde sildenafil, vardenafil ve tadalafil en sık kullanılan ilaçlardır. PDE 5 inhibitörlerinin yan etkileri birbirine benzer olup ; baş ağrısı , ateş basması, dispepsi ve rinittir . Bu yan etkiler doz bağımlıdır ve doz titrasyonu ve kullanım süresi arttıkça yan etkiler azalmaktadır . En sık ilacı bırakma nedeni baş ağrısıdır. Tadalafilin yan etki profili diğerlerinden farklıdır. Baş ağrısı %14, dispepsi %10, sırt ağrısı %6, miyalji %5 ve ateş basması %4 oranında görülmektedir

2) İntrakavernöz enjeksiyonlar: intrakavernöz enjeksiyonlar günümüzde ise ikinci basamak tedavisi olarak kabul edilmelidir. Endikasyonu, oral tedavinin etkisiz kaldığı kişiler yada oral PD-5 kullanımı kontrendikasyonu olan (örn: nitrat kullananlar) kişilerdir.

İntrakavernöz enjeksiyon tedavisinde kullanılan vasoaktif ilaçların en bilinenleri: papaverin HCl; fentolamin; PGE-1 (alprostadil) dir. Bu ilaçlar tek tek veya birlikte çeşitli kombinasyonda kullanılmaktadır.

3) Vakum Cihazları halen özellikle Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa ülkelerinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Penisin içine geçirildiği bir silindir ve buna bağlı bir pompa yardımıyla silindir içinde negative basınç oluşturarak venöz dönüş blokajı amaçlanarak uygulanan bir yöntemdir. Ancak bu cihazın uygulanmasında manipülasyon becerisi gerektirmesi ,ki bazen skrotal travmalara kadar gidebilen olgular vardır, ve ereksiyon kalitesinin beklentilere istenilen düzeyde cevap verememesi nedeniyle hele de Akdeniz ülkelerinde kullanımı son derecede azdır.

B. CERRAHİ TEDAVİLER:

1. Damar cerrahisi Girişimleri:

Sadece seçilmiş olgularda tecrübeli merkezlerde yapılan girişimlerdir.

2. Penil Protezler

ED tedavisindeki son basamak tedavi penil protezlerdir. 1970 li yıllardan bu yana yaygın olarak kullanılmaktadır. Geçmiş yıllarda rigid tip penil protezler uygulanırken teknolojinin gelişmesiyle daha yumuşak olan malleable (bükülebilir) protezler ortaya çıkmıştır. Daha sonra iki ve üç parçalı penil protezler de üretilerek hastalara seçenekler oluşturulmuştur (8).

Retarde ejakulasyon(Gecikmiş Ejakülasyon)

Gecikmiş ejakülasyon (GE), ejakülasyon bozukluklarının nadir görülen bir çeşididir ve tüm erkek seksüel bozukluklarının kabaca %3'ünü oluşturmaktadır.

DSM-IV de gecikmiş ejakulasyonu karşılayan tanı sınıflaması erkekte orgazm bozukluğudur. Bu sınıfama için tanı ölçütü, yoğunluğu ve süresi yeterli bir cinsel etkinlik sırasında, olağan bir cinsel uyarılma evresi sonrası, sürekli ya da yineleyici bir biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmaması şeklinde belirlenmiştir.

GE etyolojisi ve patogenezi net olarak bilinmemekle birlikte, bugüne kadar nörobiyolojik, psikolojik, travmatik, farmakolojik ve hormonal etkenlerin etyolojide rol oynadığı ileri sürülmüştür. GE tedavisi multidisipliner yaklaşımla ele alınmalı, eş zamanlı ürolojik ve psikiyatrik değerlendirmeyele kişiye özgü çözümler aranmalıdır. Güncel yaklaşımlar arasında bilişsel-davranışsal tedaviler, kullanılan SSRI'ların değişimi, gerekliyse testosteron replasmanı, penil vibratör stimülasyon (PVS) ve bazı medikal tedaviler sayılabilir (18).

Prematüre ejakulasyon: (Erken Boşalma)

Prematür ejakülasyon (PE), hayatı tehdit eden bir durum olmamasına karşın seksüel özgüven kaybına, partner ve erkekte seksüel tatminde azalmaya ve hayat kalitesinde anlamlı bozulmaya yol açması nedeniyle önemli bir durumdur. Tarama çalışmaları verilerine göre prevalansının %20-30 civarında olduğu bildirilmektedir. Erkek cinsel işlev bozukluklarının en sık rastlanana erken boşalmadır. Belki de erkeklerin % 50-60 ı bundan şikayetçidir. PE, yaşam boyu (primer) ve edinsel (sekonder) olarak sınıflandırılır . Ülkemizden yapılan çalışmalarda PE prevalansı %25.7 ile %36.5 olarak bulunmuştur. DSM-4'ün revize edilmiş formunda penetrasyondan önce, penetrasyon esnasında veya hemen sonra minimal cinsel uyarı ile ve kişi istemedi önce, ısrarlı ve tekrarlayan şekilde meydana gelen, belirgin rahatsızlık veya kişiler arası ilişki zorluğuna yol açan ejakülasyon PE olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre PE sevişmeden yeterince zevk alacak kadar ejakülasyonu geciktirememeye durumudur.

PE tedavisinde ilaçsız (davranışsal ve psikoseksüel tedaviler) ve çeşitli ilaçlarla değişik tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bu tedavi seçenekleri daha çok yaşam boyu PE'ye aittir. İlaç tedavileri topikal veya sistemik etkili ilaçlardır ve her gün veya sadece cinsel ilişki öncesi kullanılmaktadırlar. Genel olarak PE tedavisinde kullanılan ilaçlar serotonin geri emilimini bloke eden ilaçlar (SSRI), klomipramin, topikal anestetik ajanlar, fosfodiesteraz-5 enzimini bloke (PDE-5i) eden ilaçlar, tramadol (narkotik analjezik) ve alfa blokerlerdir. PE tedavisinde günümüzdeki en öncelikli seçenek SSRI'ların kullanımıdır. PE tedavisinde kullanılacak ideal ilaçlar kısa etki süresine sahip olmalıdır, uzun süreli kullanım olmadan her ilaç alımında aynı klinik etki elde edilmelidir ve yan etki oranı az olmalıdır. Bu özellikler ihtiyaç anında alınabilecek ilaçları tarif etmektedir. Son yıllarda klinik kullanıma girmiş olan dapoksetin kısmen bu özelliklere sahip bir SSRI gibi görülmektedir. Çok hızlı emilir ve maksimum plazma düzeyine yaklaşık bir saatte ulaşır. Yine çok çabuk elimine olmakta (yarılanma

ömrü 30 dak) ve yaş ile bu özelliği değişmemektedir. Ayrıca dapoksetinin alkol ve PDE-5i ile etkileşimi de saptanmamıştır (19).

Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların %30 - 50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multifaktöryel bir sorundur. Erkek cinsel fonksiyon bozukluğu konusundaki ilerlemelere karşın, kadın cinsel fonksiyonu hakkında iyi bir tanısal sınıflama sisteminin oluşturulamaması ve bu konuda sınırlı sayıda araştırma yapılması sonucunda, kadın cinsel fonksiyon patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların yalnızca %18'inin bunu hekimlerine dile getirdiği düşünüldüğünde, hekimin basit sorular ile bu konuyu sorgulaması oldukça önem kazanmaktadır

Ülkemizde kadın cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir çok ölçüm formları kullanılmaktadır. Kadın cinsel bozuklukları parafililer, cinsel kimlik bozuklukları (Transseksüalite) ve cinsel işlev bozuklukları olmak üzere üç ana gruptan oluşmaktadır (DSM-IV 1994ve DSM 5 Tablo 1).

Parafililer, temel olarak, bir kişinin cinsel açıdan uyarılabilmesi için, alışılmadık nesneler, eylemler ya da durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi ve davranışlara gereksinim duyması ile ortaya çıkan bozukluklardır. Bu bozukluklar egzibisyonizm (teşhircilik), fetişizm (yalnızca belirli nesnelerle uyarılabilme), frötterizm (sürtünmecilik), pedofili (küçük yaştaki çocuklara yönelik cinsel ilgi) olarak sayılabilir.

Cinsel kimlik bozuklukları (Transseksüalite): Kişinin kendi biyolojik cinsiyetinden duyduğu kalıcı rahatsızlık duygusu ile karakterizedir. Kişi, çocukluk çağından itibaren kendi cinsel organlarını reddeder, karşı cinsin cinsel kimliğine uygun tutum, davranış ve rolleri benimser. Karşı cins gibi giyinmek, oynamak, davranmak ister. Israrla, cinsiyetini kalıcı olarak değiştirmek ister. Transseksüel olgular, adeta, yanlış bir bedenine hapsedilmiş gibidirler (4,7).

Cinsel işlev bozukluğu; insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamalardan kaynaklanan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. CİB, ABD'de %43 olarak belirlenmiş olmasına karşın , İngiltere'de %33, İzlanda'da ise %22 olduğu belirtilmiştir. Mısır'da kadınların %68,9'unda, İran'da yapılan çalışmaya katılan kadınların %31,5'inde CİB olduğu belirlenmiştir.

Ege ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada kadınların %45,6'sının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Öksüz ve Malhan (2006) kadınların %48,3'ünde, Çayan ve arkadaşları (2001) %46,9'unda ve Demir ve arkadaşları (2007) %28,6'sında cinsel işlev bozukluğu saptamıştır.

Tablo 1. DSM-IV ve DSM-5 sınıflaması farkları

DSM-IV Kategorileri	DSM-5 Kategorileri
İstek bozuklukları	İstek/uyarılma bozuklukları
Hipoaktif cinsel istek bozukluğu	İstek ve uyarılma aynı kategoride birleştirilmiştir
Cinsel tiksinti bozukluğu	Cinsel tiksinti bozukluğu kaldırılmıştır
Uyarılma bozuklukları	
Orgazm bozukluğu	Kadın orgazm bozukluğu
Ağrı	Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu
Disparoni: Koitusta pelvik ağrı	Disparoni ve vaginismus birleştirilmiştir
Vaginismus: Penetrasyonda ağrıya neden olan pelvik taban kas spazmı	

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu (HSDD): Cinsel fantezi / düşüncelerin sürekli ve tekrarlayıcı eksikliği / yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Eş ile uyumsuzluk, çekiciliğin kaybı, cinsel travma ve şiddet uygulaması, depresyon gibi psikolojik durumlara bağlı olarak gelişebileceği gibi hormonal yetersizlik, kronik hastalıklar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kullanılan ilaçlar, tıbbi ve cerrahi durumlar gibi fizyolojik sorunlar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir.

The National Health and Social Life Survey – Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırma (NHSLs) sonucunda kadınların %33,4'unun cinsel istekte azalma deneyimlediği belirlenmiştir.

Öksüz ve Malhan (2006) ülkemizdeki kadınların %48,3'ünde azalmış cinsel istek bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca antihipertansif ve antidepresan ilaç alan hastaların cinsel istekte azalma şikâyetlerinin arttığı saptanmıştır (20).

Flibanserin (Addyi), kadın cinsel disfonksiyon tedavisinde ilk ve tek FDA onayı olan ilaçtır; kullanımı Ağustos 2015'te onaylanmıştır. Geniş, çift-kör randomize çalışmalarda, hem premenopozal hem de postmenopozal kadınlarda her gece alınan 100 mg flibanserin cinsel isteği arttırdığı, distressi azalttığı ve tatmin edici cinsel aktivite sayısını arttırdığını göstermiştir. Majör yan etkileri; merkezi sinir sistemi depresyonu (somnolans), hipotansiyon (%29) ve senkop (%0.5) olarak sıralanabilir. Bu etkiler, ilaç gün içinde alındığında arttığından, gece yatarken alınması önerilmektedir.

Bupropion, SSRI olmayan bir antidepresan olup, kadın cinsel disfonksiyon tedavisinde etkili olduğu ve plasebo ile karşılaştırıldığında cinsel isteği arttırdığı ve distressi azalttığı saptanmıştır (21).

Cinsel tiksinti bozukluğu, kalıcı veya tekrarlayıcı olarak bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Bu tip bozukluk genellikle fiziksel veya cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları ile ortaya çıkmaktadır. Cinsel tiksinti bozukluğu sık rastlanan bir bozukluk değildir. Ancak toplumdaki görülme sıklığının bu kadar az olup olmadığı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

KADINDA CİNSEL UYARILMA BOZUKLUKLARI

Cinsel uyarılma bozuklukları “sürekli ya da yineleyici olarak cinsel uyarının yeterli bir ıslanma ve kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene dek bu durumu sürdürememe” olarak tanımlanmıştır.

KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU

Orgazm, beyin ve periferden (klitoris, meme başları ve diğer vücut bölgeleri) duyuşal uyarıların pudental sinir aracılığıyla sakral seviyede spinal korda ulaşmasıyla ortaya çıkan genital bir refleks olarak tanımlanmaktadır.

Kadında orgazm bozukluğu “yeterli bir cinsel uyarı ve uyarılma fazını takiben orgazma erişmenin sürekli veya tekrarlayıcı olarak güç olması, gecikmesi ya da olmaması ve bu durumun kişisel ıstıraba veya kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olması hali” olarak tanımlanmaktadır

Cinsel birleşme ile orgazm olamama kadınlar arasında çok yaygın görülür. Birçok araştırmada cinsel sorun nedeniyle başvurmamış kadınların %40-60 kadarının orgazm olamadıkları saptanmıştır.

Orgazm olamamak bu kadar yaygın olmasına karşılık bu nedenle tedaviye başvuru oranı yüksek değildir. Ülkemizde kadınlar cinsel haz alma ve doyuma ulaşmayı kendileri açısından çok önemsemezler. Eğer cinsel birleşme olabiliyorsa ve erkek açısından bir memnuniyetsizlik yoksa kadınlar da bir sorun yokmuş gibi davranmayı, hatta orgazm olabiliyormuş gibi taklit etmeyi tercih edebilmektedirler (4.7)

CİNSEL AĞRI BOZUKLUKLARI

Disparoni: Cinsel ilişki ile ilişkili, sürekli ve tekrarlayıcı genital ağrı olarak tanımlanmaktadır. Hayatları boyunca kadınların yaklaşık 2/3'sinde disparoni görüldüğü tahmin edilmektedir. Disparoni prevalansı genç kadınlarda %14–34, ileri yaş kadınlarda ise %6.5–45 arasındadır. Öksüz ve Malhan (2006) çalışmalarında cinsel işlev bozukluğu olan Türk kadınlarının %42,9'unda disparoni olduğunu belirlemişlerdir (20). Elli yaşın altında en sık görülen genitopelvik ağrı nedeni lokalize uyarılmış vestibülodindir, 50 yaşın üstünde en sık görülen neden ise ürogenital atrofidir

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda kullanılan mevcut yöntemler arasında topikal lidokain, lokal östrojen, östriol jel ve tablet, ospemifen, DHEA, pregabalin, trisiklik antidepresanlar, pelvik taban fizyoterapisi (reverse Kegel, biofeedback), ağrıyı azaltacak çeşitli pozisyonlar, cinsel ve psikolojik sorunlar için terapiler (çift terapisi, psikoterapi, cinsel terapi) yer almaktadır.

Halen vaginal atrofi ile seyreden durumların primer tedavisi lokal östrojen olmakla birlikte ospemifen daha çok lokal ya da sistemik östrojen kullanamayan kadınlara önerilmektedir.

Vajinismus: Vajinismus, vajinal penetrasyon denendiğinde vajinanın dış 1/3'ini çevreleyen perineal kaslarda (özellikle pubococcygeus ve lavator ani) yineleyici ya da sürekli bir biçimde istemsiz kasılmalar olmasıdır. Vajinismus, görülme sıklığı %5–17 arasındadır. Vajinismusun etiyolojisi net olarak bilinmemektedir; ancak cinsel taciz öyküsü, ilk koitus ile ilişkili korkular (ağrı, kanama, yırtılma, penisin çok büyük olması, penisin çok küçük olması, gebelik korkusu) görülebilmektedir. Vajinismus tedavisinde, progresif vaginal dilatasyon, fizik tedavi yöntemleri, cinsel terapi, psikoterapi ve hipnoterapi kullanılmaktadır (1). Botulinum toksin enjeksiyonları da vajinismus tedavisinde küçük çalışmalarda kullanılmıştır.; ancak bu konuda randomize kontrollü çalışmalar yoktur.

Eretil disfonksiyonu olan erkeklerin %70'i fosfodiesteraz tip 5 inhibitörleri ile tedavi edilebilmektedir. Ancak hipoaktif cinsel istek bozukluğu olan kadınlarda benzer sonuçlar elde edilememiştir. FDE5 inhibitörlerinin etki gösterebilmesi için cinsel motivasyonda artış olmalıdır. Bu nedenle FDE5 inhibitörlerinin (sildenafil 50 mg) sublingual testosteron (0.5 mg) ile kombine edilmesi (Lybrido) öne sürülmüştür.

Termoablatif fraksiyone CO2 lazer tedavisi semptomatik vulvar/ vaginal atrofide kullanılmaya başlanmıştır; ancak vaginal atrofide kullanımı nispeten yeni bir alandır (4,7,21,22).

Sonuç olarak cinsel işlev bozuklukları toplumda sık rastlanan bir sağlık sorunudur. Birçok kronik hastalık ve tedavileri ile ilişkilidir. Aile hekimi izlediği kişilerde birçok farklı durumda cinsel öykü almak ve hastasını cinsel açıdan değerlendirmek zorunda kalabilir. Hekim cinselliği genel sağlığın bir parçası olarak algılamalı, hastasının danışabilmesi için uygun zemini yaratmalıdır. CİB tedavisinde hasta eğitimi ve yanlış inançların düzeltilmesi önemlidir. Aile hekimine cinsel öykü almada, cinsel sağlık danışmanlığı vermekte, danışan kişileri Üroloji, Kadın Doğum, Endokrinoloji ve Psikiyatri uzmanlarına doğru yönlendirmede önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR:

1. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series. 1975; 572. Geneva.
2. World Health Organization. Sexual health: Working definitions. 2002. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html).
3. World Association for Sexual Health. Working definitions after WHO technical consultation on sexual health. 2005. http://www.worldsexualhealth.org/who_des.asp)
4. Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım.; Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2011; 15(2):69- 76).
5. Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Sexual history taking in primary care. TJFMPC 2007;1:11-14.
6. Miller TA, Nusbaum MRH. Adult Sexual Dysfunction. Diagnosis and treatment in Family Medicine'de. Ed. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2004;221-30.]
7. İncesu C: Cinsel işlevler ve Cinsel işlev Bozuklukları Klinik Psikiyatri 2004;Ek 3:3-13.
8. <https://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Books/400/erkek-ve-kadin-cinsel-sagligi.pdf>
9. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction.; J Urol. 2004 Jun;171(6 Pt 1):2341-2345.)
10. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, Rellini AH, Segraves T. Definitions/ epidemiology/ risk factors for sexual dysfunction.; J Sex Med. 2010 Apr;7(4 Pt 2):1598-1607.
11. La Vignera S, Condorelli R, Vicari E, D'Agata R, Calogero AE. Physical activity and erectile dysfunction in middle-aged men.; J Androl. 2012 Mar-Apr;33(2):154-161.
12. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M, Giugliano D. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: A randomized controlled trial.; JAMA. 2004 Jun 23;291(24):2978-2984.

13. Juenemann KP, Lue TF, Luo JA, Benowitz NL, Abozeid M, Tanagho EA. The effect of cigarette smoking on penile erection. J Urol. 1987 Aug;138(2):438-41).
14. Wessells H, Penson DF, Cleary P, Rutledge BN, Lachin JM, McVary KT, Schade DS, Sarma AV. Effect of intensive glycemic therapy on erectile function in men with type 1 diabetes.; J Urol. 2011 May;185(5):1828- 1834.
15. Rosen RC, Marin H. Prevalence of antidepressant-associated erectile dysfunction.; J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 10:5-10)
16. Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwong WJ, Khan ZM. Antidepressant-induced sexual dysfunction.; Ann Pharmacother. 2002 Oct;36(10):1577-1589.
17. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, GonzálezJuanatey JR. Erectile dysfunction may improve by blood pressure control in patients with high-risk hypertension.; Postgrad Med. 2010 Nov;122(6):51-56).
18. Şirin H, Kendirci M:Gecikmiş ejakülasyon, Androloji Bülteni 2016; 18(65): 92–98.
19. Atan A, Yılmaz A, Prematür ejakülasyon: Yeni tanım ve güncel tedavide dapoksetinin yeri . Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology 2010;36(2):149-154.
20. E. Öksüz, S. Malhan, “Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women”, The Journal of Urology 175: 654-658, (2006).
21. Uğurlucan FG, Özgör BY: Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme. Androloji Bülteni 2016; 18(67): 282–288.
22. Özcan H , Beji NK: Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. Androl Bul 2018;20:133–137.

