CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ



Cinsel işlev bozuklukları 4 başlıkta toplanır. Tek başına veya birkaçı aynı anda görülebilir.

1- Cinsel İsteksizlik (Libido Kaybı)

Cinsel işlev bozukluklarından libido bozuklukları; kişinin somatik (organsal) psişik ve kültürel altyapısındaki sorunların bir veya daha fazlasının birleşmesiyle ortaya çıkabilir. Bir çalışmaya göre libido kaybı kadınlarda %50 ye, erkeklerde %10 a varan oranlarda görülmektedir. Libido kaybı androjen eksikliğine bağlı olarak görülebilir. Hipofizer veya testiküler kaynaklı olabilir. Psişik kaynaklı libido kaybı; iş kaynaklı stres veya kaygı, seksüel performans kaygısı, evlilik veya ilişki problemleri, depresyon, suçluluk duygusu, vücut görünümü hakkında kaygılar, geçirilmiş cinsel travmalarla ilgili olabilir. Organik kaynaklı olarak; diyabet, hipertansiyon, nörolojik hastalıklar, tiroid bozuklukları, böbrek/karaciğer yetmezliği, onkolojik hasalıklar, alkol/sigara/ilaç bağımlılığı, madde bağımlılığı, antihipertansifler, antidepresanlar söz konusudur.

2- İmpotans (Ereksiyon Yetmezliği)

Cinsel işlev bozukluklarının bir diğer noktası olan impotans; cinsel birleşmeyi sağlamaya yeterli olacak sertleşmeyi ve sürdürmeye yeterli olacak süreyi sağlayamamaktır. Psişik veya organik olabilir. Psikojenik impotans; evlilik, ani psikolojik tavmalar, partner kaybı veya ayrılma gibi durumlarda aniden ortaya çıkabilir. İmpotans değişik durumlarda görülebilir. Örneğin bir partnerle sorun yaşamazken başka bir partnerle yaşamak, mastürbasyon esnasında veya cinsel yönden uyarıcı basılı veya video gibi görsel materyallerle ereksiyonun normal olması, gece ereksiyonları veya sabah ereksiyonlarının olması da impotansın psikolojik kaynaklı olduğunu gösterir. İmpotans gençlerde daha çok psikolojik kaynaklı iken daha ileriki yaşlarda sıklıkla dolaşım sorunlarına bağlıdır. Damarsal hastalıklardaki impotans diğer organlardaki hastalıklardan 5 yıl önce ortaya çıkar. Hormonal veya nörolojik kaynaklı olduğu düşünülen vakalarda detaylı bir hikaye ile etiyoloji belirlenebilir. **Venöz kaçak** önemli bir damarsal hastalıklır. Genç erkeklerde ani olarka ortaya çıkan impotans, hipofiz kaynaklı olabilir. Bu hastalıklarda görme problemleri ve diğer nörolojik bulgular araştırılalıdır.

İmpotans, diyabetli hastalarda ve diğer popülasyona göre daha sık görülür. İmpotans hastalarda kan şekeri rutin olarak bakılmalıdır. Depresyon ve kalp yetmezliği de androjen eksikliğine benzer semptomlara yol açabilir.  Vücut kas kütlesini artırmak amacıyla kullanılan anabolik steroidler, androjen üretimini baskıya alabilirler. Nörolojik impotans genellikle tek bulgu olarak ortaya çıkmaz. Bacaklar, mesane ve gastroentestinal sistem bulgularıyla birlikte ortaya çıkar. Nörolojik hasarı olanlarda impotans 2 yıla kadar uzayabilir. Sünnetsiz kişilerde fimozis ereksiyon sırasında ağrıya neden olabilir. Ayrıca penil kurvatür ve peyronie hastalığı gibi nedenler gözden kaçırılmamalıdır.

Alkol kullanımı, barbitüratlar, kokain, eroin, metadon ve opium ilk zamanlarda seksüel uyarıyı arttırsa da kronik kullanımlarda seksüel fonksiyonun tüm bileşenlerini ortadan kaldırır. Ayrıca antihipertansifler, hipertansiyon, kolesterol düşürücüler, antipsikotikler, parkinson ve diğer nörolojik rahatsızlıklarda kullanılan preparatlar vb. impotansa neden olabilir. Cİnsel işlev bozukluklarının nedenleri araştırılırken öncelikle total ve serbest testesteron baktırılmalı, düşük olduğu durumlarda LH, FSH, prolaktin, seks hormonu bağlayıcı globulin ve albumin baktırılmalıdır. Tiroid hormonlarının az veya fazla olduğu rahatsızlıklar da impotansa neden olur. Obezite, aşırı beslenme bozuklukları da impotans nedenlerindendir.

3- Ejakülasyon Bozuklukları ( Boşalma Sorunları)

**A-) Anejakülasyon (Ejakülasyon olmaması):**Dışarıya veya mesaneye doğru ejakülasyon olmamasına rağmen orgazm olunmasıdır. Hormonal androjen yetersizliği, psikojenik, nörojenik, ilaca bağlı veya tıkanma nedeni olabilir.

**B-) Prematür Ejakülasyon (Erken boşalma):**Penisin vajinaya girmesinden önce veya girdikten sonra olması gerekenden daha kısa bir sürede boşalmaktır. Burada net bir süre belirlenmemiştir. Erkeklerin bir çoğunda bu süre 2 dakikadan kısadır. Tedavi edilmesi gereken erken boşalma, ilişki süresinin 60 saniyeden kısa süreli veya vajina girişinden sonra 20 gidiş geliş ten daha kısa bir sürede veya dışarıdayken boşalmaktır. Genç erkeklerde partner değişikliğinde olabilir, geçici bir durumdur. Ayrıca anksiyete bozukluğu olanlarda görülür. Ömür boyu devam edenler de görülmektedir. Sonradan oluşan erken boşalma vakalarının çoğu psikojenik kaynaklıdır. Tedavide eğitim, uygulamalar ve serotonin geri alım inhibitörleri kullanılmaktadır.

**C-) Retrograd Ejakülasyon (Spermin arka üretra ve mesaneye kaçması):**Mesane boyunun ejakülasyon esnasında kapanmaması veya pelvik taban bölgesi kaslarının kasılmasına bağlıdır. Meni çok azalmış veya yoktur. Bu hastalarda idrar rengi meni nedeniyle bulanıktır. Tanı koymak için idrarın ilişki sonrası mikroskopik muayenesi yeterlidir. Nörolojik sebeplerden en sık görüleni retroperitoneal cerrahiye bağlı sempatik zincirinin hasar görmesidir. Geri boşalmanın en sık görülen nedeni prostat büyümesi nedeniyle alfa bloker kullanımı, prostat veya mesane boyuna yapılan cerrahi tedavilerdir. Bunların dışında bazı antihiperantansifler, antipsikotikler ve antidepresanlar spermin gelmemesine veya mesaneye kaçmasına sebep olurlar.

**D-) Gecikmiş Ejakülasyon:**Subjektif bir semptomdur ve genellikle yaş ile birlikte görülen fizyolojik bir durumdur. Boşalmama veya geri boşalıma neden olan durumlarda görülür. Uzun süreli antidepresan tedavisinde de görülmektedir.

**E-) Ağrılı Ejakülasyon:**Genelde prostat veya üretradaki enfeksiyon veya ödeme bağlıdır. Sünnetsiz erkeklerde görülen prepisyum enfeksiyonlarında da görülür.

**F-) Orgazmik Ağrı:**Farklı bir durumdur. Genellikle omurilik alt bölgesini ilgilendiren patoloji ve sinirsel hastalıklarda görülür. Karın alt bölgesinde ağrı, sıklıkla idrarda yanma, aniden sıkışma gibi semptomlar eşlik eder. Ejakülasyonun sonunda ortaya çıkar.

4- Orgazm Bozuklukları

Orgazm bozukluklarını; a-) orgazm olunmaması (**anorgazmi**), b-) **azalmış orgazm**, c-) **ağrılı orgazm** (**odinoorgazmi, dizorgazmi**) ve d-) **kontrol edilemeyen çoklu orgazm** şeklinde sıralayabiliriz.

**a-) Anorgazmi** genellikle omurilik yaralanmalarına bağlıdır. Radikal prostatektomi (prostat ve meni keselerinin tümünün alınması) ve pelvik cerrahi sonrasında görülebilir.

**b-) Azalmış orgazm** ise genelde radikal prostatektomi sonrası görülür. Ayrıca antidepresanlar, antikonvülzanlar, ve antipsikotiklere bağlı anorgazmi veya azalmış orgazm görülebilir.

**c-) Ağrılı orgazm**da; ağrılı ejakülasyon esnasında veya hemen sonrasında karın alt bölgesi, leğen bölgesi, kuyruk sokumu ve bel bölgesinde ağrı ortaya çıkar, bacaklara ve sırta yayılabilir. Ağrılı ejakülasyonda ise ağrı prostatik ve üretral (idrar yolu) bölgede daha iyi lokalize olur.

d-) **Kontrol edilemeyen çoklu orgazm** genelde prostat ve meni keselerinin iltihaplarında ikincil olarak ortaya çıkar. Genelde altta yatan durumun tedavisiyle düzelir.

Tedavi

Cinsel işlev bozukluklarında temel tedavi öncelikle neden olan organik hastalığın tedavisidir. Hastanın sigara, alkol ve madde bağımlılıklarından soyutlanması sağlanmalı impotansa neden olabilecek ilaçlar değiştirilebilmelidir. Bunların dışında tıbbi ve cerrahi tedaviler uygulanır.

Başlıca Tıbbi Tedaviler

1-) Pde5 İnhibitörleri

2-) PRP

3-) EAU Section of Uro-Technology (ESUT)

4-) Vakum Tedavileri

5-) İntrakavernozal İlaç Enjeksiyonu

Cerrahi Tedaviler

1-) Varsa Venöz Kaçağın Tedavisi

2-) Peyronie Hastalığı ve Penil Eğrilmede Düzeltici Cerrahi Tedavi

3-) Herhangi bir Medikal Tedaviye Yanıt Alınamaması Durumunda Penil Protez

4-) Arterilizasyon Tedavileri

5-) Erken Boşalmada Eğitim Uygulama Teknikleri ve Seratonin Geri Alım İnhibitörleri Adı Verilen İlaçların Kullanımı