

Osmangazi Journal of Medicine

e-ISSN: 2587-1579

Hidradenitis Suppurativa Tanılı Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi: Hastalığın Evresi ve Lezyon Yerleşim Yeri Cinsel Fonksiyonu Etkiliyor mu?

Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Hidradenitis Suppurativa: Do Disease Stage and Lesion Location Affect Sexual Function?

¹Tubanur Çetinarslan , ¹Şule Yıldız Sağcan Tercan , ²Ali Can Albaz , ³Beyhan Cengiz Özyurt , ¹Aylin Türel Ermertcan 

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Manisa, Türkiye

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı Manisa, Türkiye

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Halk sağlığı Anabilim Dalı Manisa, Türkiye

Correspondence / Sorumlu yazar:

Tubanur ÇETİNDARSLAN

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Deri ve
Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Manisa, Türkiye

e-mail: t.sarmis@windowslive.com

Received : 12.10.2025

Accepted : 04.11.2025

Ethics Committee Approval: The study was approved by Manisa Celal Bayar University Clinical Research Ethics Committee (Decision no:20.478.486.1647, Date: 04.01.2023).

Informed Consent: Informed consent form has been obtained from the patients and healthy controls.

Authorship Contributions: TÇ: Literatür taraması, Veri toplama, Veri analizi, Makale hazırlama, Makale düzenleme, Makale inceleme

SYST: Literatür taraması, Veri toplama, Veri analizi, Makale hazırlama, Makale düzenleme, Makale inceleme, ACA: Makale hazırlama, Makale düzenleme, BCÖ: Makale hazırlama, Makale düzenleme, İstatistik analizi, Makale inceleme, ATE: Makale hazırlama, Makale düzenleme, Makale inceleme

Copyright Transfer Form: Copyright Transfer Form was signed by all authors.

Peer-review: Internally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: The authors declared that

Abstract: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic, inflammatory, and recurrent skin disease of the hair follicle. HS disrupts sexual function in both women and men. In this prospective study, the presence of sexual dysfunction (SD) was investigated in female patients with HS using the Female Sexual Function Index (FSFI) and in male patients using the International Index of Erectile Function (IIEF). Both genders were compared with a healthy control group. A total of 46 patients (30 males and 16 females) and 81 healthy controls (44 males and 37 females) were included in the study. SD was present in 81.3% (n=13) of female patients, while it was present in 29.7% (n=11) of female controls (p=0.001). In female patients with HS compared to the healthy control group; significant decreases were found in sexual desire (p<0.005), sexual arousal (p<0.001), lubrication (p=0.008), orgasm (p<0.001), and satisfaction (p<0.001) scores. SD was present in 20.0% (n=6) of male patients. SD was significantly more common in male patients with involvement of the gluteal region than in those without (p=0.005). According to Hurley stage in males, sexual desire was significantly lower in Hurley stage 3 compared to other stages (p=0.02). Sexual life problems are quite common in patients with HS compared to healthy individuals. In our study, we found that SD was associated with disease severity and lesion location, particularly in male patients. Furthermore, the frequency of SD in female patients (81.3%) was higher in our study compared to the healthy control group (0% in the male control group and 29.7% in the female control group) compared to male patients (20%). This can be explained by the fact that women may experience more pressure to change their behavior based on physical appearance and that body image in women has a direct link to sexual life.

Keywords: hidradenitis suppurativa, sexual dysfunction, Female Sexual Function Index, International Index of Erectile Function

Özet: Hidradenitis süpurativa (HS), kıl folikülünün kronik, inflamatuvar, tekrarlayan bir deri hastalığıdır. HS'nin hem kadın hem erkek bireylerde cinsel fonksiyonu bozduğuna dair literatürde yayınlar mevcuttur. Bu prospektif çalışmada HS'li kadın hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun (seksüel disfonksiyon, SD) varlığı Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) kullanılarak, erkek hastalarda ise Uluslararası Eretil İşlev Formu (IIEF) kullanılarak araştırılmış ve sağlıklı kontrol grubu ile her iki cinsiyette ayrı olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmaya toplam 46 hasta (30 erkek ve 16 kadın) ve 81 sağlıklı kontrol (44 erkek ve 37 kadın) dahil edildi. Kadın hastalarda SD %81.3 (n=13) hastada varken, kadın kontrol grubunda %29.7 (n=11) hastada vardı (p=0.001). HS tanılı kadın hastalarda, sağlıklı kadın kontrol grubuna kıyasla; cinsel istek (p<0.005), cinsel uyarılma (p<0.001), lubrikasyon (p=0.008), orgazm (p<0.001) ve memnuniyet (p<0.001) skorlarının tümünde anlamlı düşüklük saptandı. Erkek hastalarda SD %20.0 (n=6) hastada vardı. Erkek hastalarda SD gluteal bölgede tutulumu olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla izlendi (p=0.005). Erkeklerde Hurley evresine göre bakıldığında; Hurley Evre 3 olanlarda cinsel istek diğer evrelere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.02). HS'li hastalarda cinsel yaşam sorunları sağlıklı bireylere göre oldukça sıkıdır. Çalışmamızda da SD'nin özellikle erkek hastalarda hastalığın şiddeti ve lezyon yerleşim yeri ile ilişkili olduğunu bulduk. Ayrıca çalışmamızda erkek hastalara kıyasla (%20) kadın hastalarda SD sıklığı (%81.3) sağlıklı kontrol grubuna göre (erkek kontrol grubunda 0%, kadın kontrol grubunda %29.7) daha fazlaydı. Bu durum kadınların fiziksel görünümüne bağlı olarak davranışlarını değiştirme konusunda daha fazla baskı yaşayabilmeleri ve kadınlarda beden imajının cinsel yaşamla doğrudan bağlantısı olması ile açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: hidradenitis suppurativa, cinsel işlev bozukluğu, seksüel disfonksiyon, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Uluslararası Eretil İşlev Formu

How to cite/ Atıf için: Çetinarslan T, Sağcan Tercan ŞY, Albaz AC, Özyurt BC, Hidradenitis Suppurativa Tanılı Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi: Hastalığın Evresi ve Lezyon Yerleşim Yeri Cinsel Fonksiyonu Etkiliyor mu?, Osmangazi Journal of Medicine, 2026;48(1):103-113

1. Introduction

Hidradenitis süpürativa (HS), genellikle ergenlikten sonra başlayan, vücutta apokrin bezlerin olduğu bölgelerde yerleşen, ağrılı, derin yerleşimli lezyonlarla ortaya çıkan, kıl folikülünün kronik, inflamatuvar, tekrarlayan bir deri hastalığıdır (1). Hastalık kontrol altına alınamadığında, fistül ve skar görünümüyle birlikte rahatsız edici semptomlara ve doku hasarına neden olabilir. Nodüller açılarak kötü kokulu akıntıya neden olabilen apselere ve sinüs traktlarına dönüşebilir (2). Hastalığın kronik doğası nedeniyle, skarlaşma, fibrozis, fistüller, lenfödem ve skuamöz hücreli karsinom, HS'in olası komplikasyonlarıdır. Lezyonlar tipik olarak aksiller, inframammarian ve genital bölgeye yerleşir (3,4).

HS, her iki cinsiyeti de etkileyebilir, ancak ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Avrupa'da kadın-erkek oranı 3:1'dir (5,6). Kadınlarda hastalığın daha erken başladığı, erkeklerde ise daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (7,8). HS'nin tetikleyici faktörleri arasında sigara içiciliği, obezite ve dar giysiler bulunur ve bu faktörler hastalığı daha da kötüleştirebilir. Sigara içmek inflamasyona katkıda bulunarak, obezite sürtünmeyi ve terlemeyi artırarak semptomları kötüleştirebilir. Ek olarak, dar giysiler etkilenen bölgeleri daha da irrite edebilir ve daha sık alevlenmelerle yol açabilir (9). Kadınlarda, menstrual siklus, gebelik veya menopoz dönemindeki hormonal dalgalanmalar bu etkileri daha da kötüleştirebilir ve HS alevlenmelerini tetikleyebilir (10).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre; "Cinsel sağlık, cinsellikle ilgili fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi olma durumudur". Cinsellik, iyi bir ruhsal sağlığı korumak için önemlidir ve insan yaşamının diğer yönlerinden ayrılmayan temel bir ihtiyaçtır (11). Yaşam kalitesi cinsel fonksiyondan önemli ölçüde etkilenir, ayrıca kronik hastalıklar cinsel fonksiyonu bozabilir (12,13). Cinsel fonksiyon bozukluğu kavramı, bir şemsiye terim olduğu için birçok farklı alt türü içerir. En önemli işlev bozuklukları cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm sorunları ve ağrıdır (14).

Dermatolojik hastalıklar bireylerde önemli ölçüde cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir (15-18). Üstelik, HS gibi inflamatuvar hastalıklarda görünür bölgelerdeki deri lezyonlarıyla ilişkilendirilen damgalanma, bunların süpüratif yapısıyla birlikte, sosyal etkileşimleri ve öz saygıyı engelleyerek izolasyon duygularına yol açabilir (19). Ayrıca hastalar utanç ve reddedilme korkusu nedeniyle cinsel zorluklar da yaşayabilmektedir

(20). HS'nin hem kadın hem erkek bireylerde cinsel fonksiyonu bozduğuna dair literatürde yayınlar mevcuttur (20-28), ayrıca hastaların partnerlerinde de cinsel fonksiyon bozukluğu raporlanmıştır (20). Ülkemizde ise HS hastalarında cinsel fonksiyonun değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu prospektif çalışmada, HS tanılı kadın hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun varlığı Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) kullanılarak; erkek hastalarda ise Uluslararası Erektile İşlev Formu (IIEF) kullanılarak araştırılmış ve sağlıklı kontrol grubu ile kadın ve erkek cinsiyette ayrı olarak karşılaştırılmıştır.

2. Gereç ve Yöntemler

Çalışma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi. Çalışma protokolü Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu tarafından onaylandı (04.01.2023 tarih ve 20.478.486/1647 sayılı onay).

Bu çalışmaya klinik olarak HS tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Dışlama kriterleri olarak; gebelik, hormonal bozukluklar, kas, nörolojik veya kardiyovasküler hastalıklar, malignite olmak üzere kadın ve erkek cinsel işlevini etkileyebilecek jinekolojik veya ürolojik bozukluklar ve sistemik hastalıklar ve psikolojik bozukluklar belirlendi. Ayrıca cinsel işlevleri etkilediği bilinen antidepressanları veya diğer ilaçları kullanan hastalar ve menopoz sonrası dönemde menopoz semptomlarının veya vajinal kuruluğun önlenmesi için oral veya vajinal östrojen tedavisi gören hastalar da çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya kontrol grubu olarak sağlıklı, herhangi bir dermatolojik hastalık tanısı olmayan, jinekolojik veya ürolojik bozukluklara yol açabilecek sistemik hastalığı veya malignitesi olmayan, ilaç kullanım öyküsü olmayan erkek ve kadın bireyler dahil edildi. Cinsel partneri olmayan hastalar ve sağlıklı bireyler çalışma dışı bırakıldı.

Tüm hastalar bu çalışmaya gönüllü olarak katıldılar ve çalışmanın amaçları ve yöntemi açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş onam verdiler. Yaş, eğitim durumu, hastalık süresi, dermatolojik muayene bulguları, lezyon yerleşim bölgeleri ve hastalık şiddetini gösteren HS evresi kaydedildi (Hurley evreleme sistemi).

Çalışmamızda hastaların HS şiddeti Hurley evrelemesine göre değerlendirilmiştir. HS'nin

şiddetini derecelendirmek ve cerrahi müdahale ihtiyacını belirlemek için en sık kullanılan değerlendirme aracı, Hurley evreleme sistemidir. Evre I: Sinüs yolu veya skarlaşma kanıtı olmayan tek veya multipl apse oluşumu. Evre II: Tekrarlayan apse oluşumu. Tek veya multipl apselerin genellikle geniş bir şekilde ayrılmış olduğu görülür. Sinüs traktı oluşumu ve skarlaşmanın varlığı da hastalığın karakteristiğidir. Evre III: Etkilenen deri genellikle yaygın veya neredeyse yaygın tutulum gösterir, etkilenen bölge boyunca multipl apseler ve çok sayıda sinüs traktı varlığı ile karakterizedir. Bu sinüs traktları genellikle birbirine bağlıdır ve skarlaşma belirlendirir (29).

Cinsel işlev, ICD-10 tarafından “bireyin istediği gibi cinsel ilişkiye katılabildiği çeşitli yollar” olarak tanımlanmaktadır (30). Cinsel işlev bozukluğu (Seksüel disfonksiyon, SD), organik veya psikolojik faktörlerden veya her ikisinin birleşiminden kaynaklanabilir ve arzu, uyarılma veya orgazm gibi cinsel tepkinin herhangi bir unsurunu içerebilir (31). FSFI, cinsel işlevi değerlendirmek için kullanılmaktadır. Anket; cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere altı alana bölünmüş 19 maddeden oluşur. Her madde 0 (veya 1) ile 5 arasında bir ölçekte puanlanır (1, 2, 15 ve 16. maddeler için aralık 1-5'tir) ve her alan, daha önce Rosen ve arkadaşları tarafından açıklandığı gibi maddelerin toplamıyla (maksimum puan 10 ile 20) puanlanır (32). Daha yüksek puanlar daha iyi işlevi gösterirken, sıfır alan puanı geçen ay boyunca cinsel aktivite olmadığını gösterir. Bileşik puan, belirli bir alandaki her soruya verilen yanıtların bir faktörle çarpılmasıyla elde edilen toplam puandır. Tüm skalanın puanlanması için kullanılan etki katsayıları; cinsel istek için 0,6; cinsel uyarılma ve lubrikasyon için 0,3; orgazm, memnuniyet ve ağrı/rahatsızlık için 0,4 olarak belirlenmiştir. Tam puan aralığı 2 ile 36 arasındadır ve 26.55 puan altında olması kadın cinsel işlevindeki bozukluğu gösterir. 2005 yılında ise FSFI Türkçe'ye uyarlanmıştır ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (33). Çalışmamızda hastalarda SD varlığını tespit etmek için kadın hastalara FSFI anketi dolduruldu.

Erkek cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için ise IIEF kullanıldı. Bu ölçek; 15 maddelik, kendi kendine uygulanan bir ankettir. Ereksiyon fonksiyonu, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet olmak üzere beş alanı vardır (34). Bu ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Türk Androloji Derneği IIEF Validasyon Grubu tarafından yapılmıştır (35). Bu

form son 4 haftalık süreç içerisinde erektil fonksiyonun kalitesini sorgulamaktadır. Her alan 0 (veya 1) ile 5 arasında bir ölçekte puanlanır (11, 12, 13, 14 ve 15 maddeleri için aralık=1-5). Daha yüksek puanlar daha iyi fonksiyonu gösterirken, sıfır alan puanı geçen ay boyunca cinsel aktivite olmadığını gösterir. Eretil disfonksiyon (ED), IIEF içerisindeki 15 soruya verilen cevaplara göre ağır ED (1-10 puan), orta derecede ED (11-16 puan), hafif-orta derecede ED (17-21 puan), hafif ED (22-25 puan) ve ED yok (26-30 puan) şeklinde sınıflandırılır (35).

İstatistiksel analizler için SPSS sürüm 26.0 kullanıldı. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma (SD) olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler n (%) olarak ifade edildi ve sürekli değişkenlerin normallik analizi Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi. Analizler için χ^2 ve student's t testleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.Bulgular

Çalışmaya toplam 46 hasta (30 erkek ve 16 kadın) ve 81 sağlıklı kontrol grubu (44 erkek ve 37 kadın) dahil edildi. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun tümü evli idi ve tek cinsel partnere sahipti. Erkeklerin yaş ortalaması $39,65 \pm 11,258$ iken, kadınların yaş ortalaması ise $37,49 \pm 10,286$ idi. Kadın hastalar ile kadın kontrol grubu yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.47$). Benzer şekilde erkek hastalar ile erkek kontrol grubu yaş ortalamaları benzerdi ($p=0.66$). Hem hasta hem kontrol grupları arasında kadın ve erkek cinsiyette yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.56$). Eğitim durumuna bakıldığında kadın hastalarla kadın kontrol grubu arasında ($p=0.10$) ve erkek hastalarla erkek kontrol grubu arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p=0.17$). Cinsiyete bakılmaksızın hasta ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyleri açısından farklılık yoktu ($p=0.13$). Hastalık süresi erkeklerde ortalama $5,07 \pm 4,540$ yıl, kadınlarda ise $6,56 \pm 9,681$ yıl idi. Hastalık süresi açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.27$).

Hastalık yerleşim bölgelerine bakıldığında; aksilla tutulumu erkeklerin %74,3'ünde ($n=26$), kadınların ise %25,7'sinde ($n=9$) vardı. Cinsiyetler karşılaştırıldığında aksilla tutulumu erkeklerde anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.03$). İnframammarian bölge tutulumu kadınların %85,7'sinde ($n=6$) varken, erkeklerin %14,3'ünde ($n=1$) görüldü ($p=0.05$). Gluteal ($p=0.74$), inguinal ($p=0.21$), genital ($p=0.58$) ve ense bölgesi ($p=0.28$) tutulumlarında cinsiyetler arasında

anlamlı fark izlenmedi. Hurley evrelerine göre hastalık şiddeti açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.24$). Hastaların demografik ve klinik bulguları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. HS hastalarının ve sağlıklı kontrol grubunun demografik özellikleri.

	Kontrol Kadın (n=37) (%)	HS Kadın (n=16) (%)	Kontrol Erkek (n=44) (%)	HS Erkek (n=30) (%)	p değeri
Yaş (Ortalama)	39,75±12,34	37,49±10,28	40,53±10,24	39,65±11,2	Kadın (0.47)
	2	6		5	Erkek (0.66)
Eğitim durumu (n, %)	11(29.8)	3(18.8)	3 (6.8)	2(6.7)	Kadın (0.1)
İlkokul (%)	5 (13.5)	2 (12.5)	7 (15.9)	6 (20.0)	Erkek (0.17)
Ortaokul	8 (21.6)	5 (31.2)	9 (20.5)	9 (30.0)	
Lise	13 (35.1)	6 (37.5)	25(56.8)	13(43.3)	
Üniversite					
Ortalama hastalık süresi (yıl)		6.56±9.681	-	5.07±4.540	0.27
Lezyon verleşim veri (n, %)	-	9(56.25)		26(86.6)	0.032*
Aksilla		6(37.5)	-	1(0.03)	0.05*
İnframammarian		6(37.5)		9(30.0)	0.744
Gluteal		8(50.0)		9(30.0)	0.213
İnguinal		3(18.75)		5(16.6)	0.580
Genital		--		4(13.3)	0.282
Ense					
Hurley Evresi (n, %)	-	4 (25.0)	-	3 (10.0)	
Evre 1		10(62.5)		18 (60.0)	0.24
Evre 2		2 (12.5)		9 (30.0)	
Evre 3					

Kısaltmalar: HS;Hidradenitis suppurativa * Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kadın hastalarda SD %81,3 (n=13) oranında saptanırken, kontrol grubunda bu oran %29,7 (n=11) idi ($p = 0.001$). SD olan kadın hastalarda yaş ($p = 0.446$), eğitim durumu ($p = 0.188$), lezyon dağılımı ($p > 0.05$) ve Hurley evresi ($p = 0.33$) açısından anlamlı fark izlenmedi. Kontrol grubunda SD olan ve olmayanlar arasında yaş ($p = 0.91$) ve eğitim durumu ($p = 0.49$) yönünden anlamlı fark yoktu.

Erkek hastalarda ED %20,0 (n=6) oranında saptandı. ED şiddetine göre dağılım: %4,1 (n=3) hafif-orta, %2,7 (n=2) orta, %1,7 (n=1) ağır

düzeydeydi. Erkek kontrol grubunda ED yoktu ($p = 0.003$). ED olan erkeklerde yaş ($p = 0.09$), eğitim durumu ($p = 0.31$) ve Hurley evresi ($p = 0.35$) ile anlamlı ilişki saptanmadı. Gluteal bölge tutulumu olanlarda olmayanlara göre ED anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p = 0.005$).

HS tanılı kadın hastalarda, sağlıklı kadın kontrol grubuna kıyasla; cinsel istek ($p < 0.005$), cinsel uyarılma ($p < 0.001$), lubrikasyon ($p = 0.008$), orgazm ($p < 0.001$) ve memnuniyet ($p < 0.001$) alt gruplarının tümünde anlamlı düşük skorlar saptandı. FSFI toplam ve alt alan puanları skorları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Toplam puan ve kadın cinsel fonksiyonunun her bir alanı için skorlar (Veriler ortalama $\pm$ SD olarak ifade edilmiştir).

FSFI skorları	HS (n=16)	Kontrol (n=37)	p
Cinsel istek	3.04 $\pm$ 1.13	4.04 $\pm$ 0.83	<0.005*
Cinsel uyarılma	2.81 $\pm$ 1.59	4.36 $\pm$ 0.79	<0.001*
Lubrikasyon	3.56 $\pm$ 1.69	4.69 $\pm$ 0.95	0.008*
Orgazm	3.28 $\pm$ 1.59	4.85 $\pm$ 0.84	<0.001*
Memnuniyet	3.30 $\pm$ 1.49	5.16 $\pm$ 0.64	<0.001*
Ağrı	3.08 $\pm$ 1.96	4.65 $\pm$ 0.87	<0.001*
FSFI Toplam	19.06 $\pm$ 8.04	27.75 $\pm$ 3.80	<0.001*

Kısaltmalar: FSFI; Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, HS;Hidradenitis Suppurativa

* Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kadın hastalar arasında yaş, eğitim durumu, hastalık süresi ve Hurley evrelemesine göre toplam FSFI skorları ve alt grup (cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı) skorları açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($p > 0.05$). Hastalık yerleşim yerine göre bakıldığında inframammarian bölge tutulumu olanlarda lubrikasyon ($p = 0.011$), toplam FSFI skoru ($p = 0.07$) anlamlı daha düşük, ağrı skoru ise anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0.033$). Diğer yerleşim bölgeleri (aksilla, gluteal, inguinal, genital)

ise FSFI skorları açısından anlamlı fark göstermedi ($p > 0.05$).

Erkeklerde IIEF skorları değerlendirildiğinde; genel memnuniyet ($p = 0.077$) ve orgazmik fonksiyon ($p = 0.133$) dışındaki tüm alt ölçeklerde anlamlı fark bulundu. Toplam IIEF skoru ($p = 0.006$), erektil fonksiyon ($p = 0.006$), cinsel istek ($p = 0.019$) ve cinsel ilişki memnuniyeti ($p = 0.004$) hasta grubunda sağlıklı erkeklere göre anlamlı düzeyde daha düşüktü. Bu bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Toplam puan ve erkek cinsel fonksiyonunun her bir alanı için skorlar (Veriler ortalama $\pm$ SD olarak ifade edilmiştir).

IIEF	HS (n=30)	Kontrol (n=44)	p
Eretil fonksiyon	20.33 $\pm$ 9.53	25.13 $\pm$ 4.73	0.006*
Orgazmik fonksiyon	7.30 $\pm$ 3.75	8.32 $\pm$ 2.83	0.133
Cinsel istek	6.87 $\pm$ 2.27	7.89 $\pm$ 1.85	0.019*
Cinsel ilişki memnuniyeti	8.70 $\pm$ 4.74	11.23 $\pm$ 2.63	0.004*
Genel memnuniyet	6.90 $\pm$ 2.86	7.91 $\pm$ 1.99	0.077
IIEF Toplam	49.83 $\pm$ 21.25	60.48 $\pm$ 10.70	0.006*

Kısaltmalar: HS;Hidradenitis Suppurativa, Uluslararası Eretil İşlev Formu; IIEF

* Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.

Erkek hastalar arasında yaş ($p = 0.09$), eğitim düzeyi ($p = 0.31$) ve hastalık süresi ($p = 0.35$) ile IIEF skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Hurley evresine göre değerlendirildiğinde, Hurley Evre 3 olan erkek hastalarda cinsel istek düzeyi diğer evrelere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p = 0.02$). Eretil fonksiyon ($p = 0.828$), orgazmik

fonksiyon ($p=0.713$) ve cinsel ilişki memnuniyeti ($p=0.321$) açısından anlamlı fark izlenmedi. Genel memnuniyet Hurley evresi ilerledikçe azalma eğilimi gösterdi ancak bu fark istatistiksel olarak

anlamlı değildi ($p=0.58$). İstatistik bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Hurley evresine göre toplam puan ve erkek cinsel fonksiyonunun her bir alanı için puanlar. (Veriler ortalama $\pm$ SD olarak ifade edilmiştir)

IIEF	Hurley Evre 1 (n=3)	Hurley Evre 2 (n=18)	Hurley Evre 3 (n=9)	p
Eretil fonksiyon	22.67 $\pm$ 9.45	20.22 $\pm$ 9.99	19.78 $\pm$ 9.61	0.828
Orgazmik fonksiyon	7.67 $\pm$ 4.04	6.83 $\pm$ 4.11	8.11 $\pm$ 3.14	0.713
Cinsel istek	6.33 $\pm$ 2.89	7.72 $\pm$ 1.90	5.33 $\pm$ 2.12	0.020*
Cinsel ilişki memnuniyeti	11.00 $\pm$ 4.36	7.78 $\pm$ 5.07	9.78 $\pm$ 4.12	0.321
Genel memnuniyet	7.33 $\pm$ 3.06	7.06 $\pm$ 3.17	6.44 $\pm$ 2.35	0.580
IIEF Toplam	55.00 $\pm$ 23.64	49.17 $\pm$ 22.59	49.44 $\pm$ 20.06	0.743

Kısaltmalar: HS; Hidradenitis Suppurativa, Uluslararası Eretil İşlev Formu; IIEF

* Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.

Erkeklerde aksilla tutulumu olanlarda eretil fonksiyon ($p=0.017$), orgazmik fonksiyon ($p=0.030$) ve toplam IIEF skoru ($p=0.041$) aksilla tutulumu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gluteal bölge tutulumu olanlarda genel memnuniyet ($p=0.032$) ve cinsel ilişki memnuniyeti ($p=0.037$) skorları daha düşüktü. İnguinal bölge tutulumu olanlarda cinsel istek skoru anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.039$). İnframammarian ($p=0.101$), genital ($p=0.208$) ve ense bölgesi ($p=0.437$) tutulumlarında ise skorlar açısından anlamlı fark izlenmedi.

4. Tartışma

HS hastalarında SD veya ED hastaların yaklaşık yarısında mevcut olduğu bildirilmiştir (28, 36). Bu yaygınlık genel toplumdaki yaygınlıktan daha yüksektir (36-38) ve ayrıca aynı doğrulanmış anketler kullanılarak yapılan çalışmalarda; diğer deri rahatsızlıklarına (prurigo, büllöz hastalıklar, psoriasis, ürtiker veya ekzema) göre (39,40) ve prostat kanseri için tarama programına katılan bireylere göre (41), HS'li hastalarda biraz daha yüksek olarak bulunmuştur.

HS'li hastalarda SD veya ED'nin tam olarak hangi mekanizmayla meydana geldiği belirsizdir. Organik ve psikolojik faktörlerin bir kombinasyonu olabileceği öne sürülmüştür. Cinsel işlev; rahatsız edici semptomlar, cinsel aktiviteyi zorlaştıran belirli bölgelerdeki lezyonlar veya hastalık aktivitesi nedeniyle bozulabilir (28,36). Ayrıca proinflatuar

sitokinler ve sistemik inflamasyon hem seks hormonu seviyelerini değiştirebilir hem de vasküler disfonksiyona neden olabilir (42).

HS, beden imajında bozukluklar (43) ve damgalanma (44) gibi duygu durumundaki değişikliklerle ilişkilidir. Lezyonlar kadınlarda vücudun ön kısımlarını (göğüsler, aksiller ve genito-femoral bölge) etkileme eğilimindedir ve sıklıkla hipertrofik skarlar izlenir. Erkek hastalarda ise lezyonlar kulaklar ve göğüs gibi atipik bölgelerde daha yaygındır. Ayrıca, HS'li erkeklerde gluteal bölge, yüz ve sırt gibi bölgelerin tutulumu dahil olmak üzere atipik hastalık özellikleri daha fazla görülme eğilimindedir (45). Raporlara göre, anogenital HS, hastalığın ilerlemesinden kaynaklanan lokal komplikasyon riskinin artmasıyla ilişkilidir. Bu komplikasyonlar arasında genitoüriner darlıklar ve fistüller, dispareni, vajinal stenoz ve lenfödem yer almaktadır (46,47).

Janse ve ark., HS'li hastalarda hem cinsel sağlığın hem de yaşam kalitesinin azaldığını bildirmiştir. Bu çalışmada; yaşam kalitesi bozulmasının anogenital tutulum, HS'nin erken başlangıcı ve hastalığın şiddeti ve aktivitesi ile bağlantılı olmasına rağmen, cinsel sağlık bu faktörlerden hiçbirisiyle ilişkili bulunmamıştır (28). Alavi ve ark. da cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesi bozukluğuna katkısının genital lezyonlardan bağımsız olduğunu doğrulamıştır (48). Bizim çalışmamızda da kadın hastalarda SD %81,3, erkek hastalarda ise ED %20 oranında saptanmış ve

kadınlarda daha fazla sıklıkla izlenmiştir. Ayrıca, kadınlarda SD; yaş, eğitim durumu, hastalık süresi veya Hurley evresiyle ilişkili bulunmazken, erkeklerde gluteal bölge tutulumu olanlarda ED anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.005$).

Cinsel sağlık ve SD'nin HS'li kadınlarda yaşam kalitesi üzerinde erkeklere göre daha büyük bir etkisi olduğu bildirilmiştir (36,49). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, HS'li kadınlarda SD'nin tahmini küresel yaygınlığı, rastgele etkiler modeline göre %56,5 olarak bulunmuştur. En yüksek küresel yaygınlık %66,7 ile Afrika'da bildirilmiştir. FSFI aracını kullanan çalışmalarda, yaygınlık %62,1 olarak tahmin edilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü kıtaya veya kullanılan değerlendirme aracına göre HS'li kadınlarda SD'nin genel yaygınlığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (21). Bizim çalışmamızda ise FSFI ile değerlendirilen kadın hastalarda SD oranı %81,3 idi ve sağlıklı kontrol grubuna kıyasla tüm alt alanlarda anlamlı şekilde daha düşük skorlar saptandı ($p<0.05$).

Cuenca-Barrales ve ark. İspanya'da HS'li hastalarda yaptıkları çalışmada, HS'li hastaların, HS olmayan bireylere göre cinsel partnerlerinden reddedilmekten veya tepki almaktan daha fazla korktuklarını bulmuştur. Reddedilme korkusunun yaygın nedenleri arasında, istikrarlı ilişkilerin olmadığı genç hastalarda daha fazla görülen güvensizlik ve fiziksel görünümde bozulma ve skar sayısındaki artış arasındaki ilişki gösterilmiştir. İstikrarlı ilişkideki hastalar bile HS'nin ilişkilerini olumsuz etkilediğini ve ağrının cinsel ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (50). Bunların aksine, İspanya'da yapılan başka bir kesitsel çalışmada kadınlarda SD'nin (%51) ve erkeklerde ED'nin (%60) yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (36). Kadınlarda ağrı ve kötü kokunun şiddeti, eğitim durumu ilişkili faktörler iken; erkeklerde genital bölgede aktif lezyonların varlığı, aktif lezyonların etkilediği alan sayısı ve ileri yaş ilişkili faktörler olarak bulunmuştur (36). Hollanda'da yapılan çok merkezli bir kesitsel çalışmada HS'li hastaların %42'sinin SD kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir. 6 maddelik Kadın Cinsel İşlev Endeksi (FSFI-6) anketinde elde edilen puanlara göre, kadınların %51'i cinsel işlev bozukluğundan muzdarip bulunmuştur (28). FSFI ve FSFI-6 kullanılarak değerlendirilen çalışmalarda; kadınlarda SD prevalansı %51 ile %62 arasında değişmektedir (28,36). Janse ve ark. ayrıca Arizona Cinsel Deneyim Ölçeği (ASEX) ile her iki cinsiyette de SD varlığını tahmin etmiş ve kadınların erkeklerden daha kötü puanlara sahip olmasıyla

birlikte, biraz daha düşük bir yaygınlık oranı bulmuştur (28). Fisher ve Ziv'in kadınların öz algısı ve yaşam deneyimleri üzerine yaptığı çalışmada, en rahatsız edici konular özellikle acı hissi olmak üzere somatik semptomlar, utanç duygusunun yarattığı duygusal yük ve kadınlık ve yakınlığın kaybı olarak bildirilmiştir (51).

Kadınlarda daha yüksek SD sıklığıyla ilişkili faktörler; daha yüksek eğitim durumu, artmış hastalık aktivitesi, ağrının ve kötü kokunun yoğunluğu, istikrarlı bir ilişkinin olmaması ve HS başlangıcında ileri yaşta olmak bulunmuştur (28,36). Erkeklerde ise ED ile ilişkili faktörler yaşlanma, genital bölgede aktif lezyonlar ve aktif lezyon sayısındaki artış olarak bulunmuştur (36). Janse ve arkadaşları, hastaların %59,7'sinin HS başlangıcından sonra cinsel aktivitede düşüş yaşadığını tespit etmiştir. Bu hastalar arasında, bu düşüşün başlıca nedenleri fiziksel görünümündeki etki (erkeklerin %79'u ve kadınların %89'u), azalan cinsel istekleri (erkeklerin %87'si ve kadınların %91'i) ve inflamasyonun neden olduğu rahatsızlık olarak bildirilmiştir (erkeklerin %89'u ve kadınların %99'u) (28).

Genel popülasyonda, yaşlanmayla ilişkili dehidroepiandrosteron seviyelerindeki düşüş ve ateroskleroz nedeniyle yaş ve ED arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir (52). Çalışmamızda ise her iki cinsiyette de yaş ile SD arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durumun nedeni çalışmamızdaki her iki cinsiyetten bireylerin de yaş ortalamasının daha düşük olması ile açıklanabilir (erkeklerde $39,65\pm 11,258$; kadınlarda $37,49\pm 10,286$).

Kadın cinsiyetteki hormonal etkiyi tanımak ve kadınların farklı yaşam evrelerinde karşılaştıkları psikolojik zorlukları anlamak, kadın HS hastalarının entegre klinik yönetimine olan ihtiyacı vurgular. HS'li hastaların vücut imajı puanları diğer deri hastalıkları olan hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür ve kadın cinsiyet HS'li hastalarda düşük vücut imajı puanlarının anlamlı bir öngörücüsü olarak bulunmuştur (53). HS'li hastalar kendilerini cinsel partner olarak daha az kabul edilebilir hissetmekte ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha az keyifli bir seks hayatları olduğunu hissetmektedir. HS cinsel sağlık üzerinde önemli bir yük oluştursa da, yakın bir partnerden alınan destek, özellikle kadın hastalarda hasta üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. HS'li kadınlarda istikrarlı ilişkilerin cinsel sıkıntıya karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu bulunmuştur (49). Kadınların çoğunluğu, HS'ye bağlı fiziksel görünümündeki bozulma nedeniyle cinsel

sağlıklarının azaldığını bildirmektedir (28). Kadınlar ayrıca fiziksel görünümüne bağlı olarak davranışlarını değiştirme konusunda daha fazla baskı yaşayabilmektedir (54). Kadınlarda beden imajının cinsel yaşamla doğrudan bağlantısı vardır (55). Kadınların, görünüşlerinin davranışlarını etkilemesine erkeklerden daha fazla izin verme olasılıkları vardır ve vücut imajları nedeniyle, görünüşlerinden dikkati uzaklaştıracak davranışlarda bulunma veya cinsel ilişkiden kaçınma olasılıkları daha yüksektir (56). Kadınlarda HS'ye bağlı cinsel problemlerin daha sık görülmesinin olası anatomik nedenlerinden biri, aktif genitofemoral lezyonların kadınlarda erkeklerden önemli ölçüde daha sık ortaya çıkmasıdır (54,57).

Ayrıca, öznel semptomlar ve hastalık aktivitesinin cinsel yaşam üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada (58), kadınlarda yüksek eğitim durumu SD ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki, farklı eğitim seviyelerindeki farklı yaşam tarzları ve cinsellikle ilgili beklentiler ile açıklanmış ve bu da başarısızlık ve hayal kırıklığı duygularına yol açabileceği öne sürülmüştür (58). Aksine başka bir çalışmada ise, eşlik eden anksiyete, medeni durum ve eğitim düzeyinin beden imajı puanlarında anlamlı farklılığa yol açmadığı bulunmuştur (53). Biz de çalışmamızda hem erkek hem de kadın bireylerde eğitim düzeyi ile SD arasında ilişki saptamadık. Bu durumun nedeni çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olması ile açıklanabilir.

Hastalar doktorlarıyla cinsel sağlık hakkında konuşmaktan utanabilirler, bu da semptomların eksik bildirilmesine ve olası çalışma önyargılarına yol açabilir. Anket çalışmalarının anonimleştirilmesi eksik bildirim azaltmaya yardımcı olabilir. Janse ve ark, HS'li hastaların %44'ünün doktorlarının cinsel

sağlık endişelerini yeterince ele almadığına inandığını bulmuştur (28). Bu durum HS hastalarının cinsel sağlığının yönetiminde daha fazla çalışma ve tartışmayı gerektiren bir uygulama boşluğu olduğunu ortaya koymaktadır. Cinsel sağlık endişelerinin kadın veya erkek cinsiyette ayrı ayrı değerlendirilmesi de cinsiyet faktörünün rolünü daha kolay değerlendirmemizi sağlayacaktır.

5.Sonuç

HS, komplikasyonlara yol açabilen; metabolik, endokrin, gastrointestinal ve psikiyatrik komorbiditelerle ilişkilendiren inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu nedenle, etkili yönetim dermatoloji, genel cerrahi, plastik cerrahi, üroloji, endokrinoloji, psikiyatri ve diyetisyen başta olmak üzere multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (22).

Sonuç olarak, HS'li hastalarda cinsel yaşam sorunları sağlıklı bireylere göre oldukça sıktır. Çalışmamızda da cinsel fonksiyon bozukluğunun hastalığın şiddeti ve lezyon yerleşim yeri ile ilişkili olduğunu bulduk. HS hastalarının cinsel işlevini iyileştirmek için bireyselleştirilmiş ve multidisipliner tedavi yaklaşımı önemlidir. Gelecekte yapılacak prospektif çalışmalarla, farklı tedavi seçeneklerinin cinsel sağlık üzerindeki etkileri incelenmeli ve hastalık kontrolü sağlandığında cinsel fonksiyonun iyileşip iyileşmediği gözlenerek, HS'deki cinsel fonksiyon bozukluğunun hastalığın semptomlarından mı yoksa hastalığın inflamatuvar doğasının hormonlar ve vasküler yapılar üzerindeki olumsuz etkisinden mi kaynaklandığı sorusuna cevap bulunabilecektir.

Çalışmamızda hasta sayısının göreceli az olması elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Bu nedenle daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği çalışmalar gereklidir.

REFERENCES

1. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, Szepietowski JC. Hidradenitis suppurativa. *Lancet*. 2025 Feb 1;405(10476):420-438.
2. Molina-Leyva A, Cuenca-Barrales C. Pruritus and Malodour in Patients with Hidradenitis Suppurativa: Impact on Quality of Life and Clinical Features Associated with Symptom Severity. *Dermatology (Basel, Switzerland)*. 2020;236(1):59-65.
3. Nguyen, T.v.; Damiani, G.; Orenstein, L.; Hamzavi, I.; Jemec, G. Hidradenitis suppurativa: An update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2021, 35, 50–61.
4. Alikhan, A.; Lynch, P.J.; Eisen, D.B. Hidradenitis suppurativa: A comprehensive review. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2009, 60, 539–561.
5. Ingram JR. The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2020;183:990–8.
6. Garg A, Lavian J, Lin G, Strunk A, Alloo A. Incidence of hidradenitis suppurativa in the United States: a sex- and age-adjusted population analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:118–22.
7. Schrader AMR, Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:460–7.

8. Naik HB, Paul M, Cohen SR, Alavi A, Suárez-Fariñas M, Lowes MA. Distribution of self-reported Hidradenitis Suppurativa Age at Onset. *JAMA Dermatol*. 2019;155:971–3.
9. Pandey A. Essentials of hidradenitis suppurativa: a comprehensive review of diagnostic and treatment perspectives. *Ann Med Surg (Lond)*. 2024;86:5304–13.
10. Riis PT, Ring HC, Themstrup L, Jemec GB. The role of androgens and estrogens in Hidradenitis Suppurativa - A systematic review. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2016;24:239–49.
11. WHO Department of Reproductive Health and Research. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006 (updated 16/03/2014; accessed December 29, 2018). Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1.
12. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *Journal of women & aging*. 2018;30(4):299-309.
13. Nusbaum MR, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *American family physician*. 2003;67(2):347-354.
14. Hatzimouratidis, K.; Hatzichristou, D. Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *J. Sex. Med*. 2007, 4, 241–250.
15. Park SE, Ma E, Dagenet C, Aleshin MA, Holahan HM, Shi VY, Hsiao JL. Sexual Dysfunction in Chronic Urticaria: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025 Jan;15(1):31-44. doi: 10.1007/s13555-024-01319-5. Epub 2024 Dec 11.
16. Marella P, Lipner SR. Psoriasis Is Associated With Increased Risk of Psychiatric Disorders and Sexual Dysfunction in a Case-Control Study of 29,912 Patients. *Dermatol Pract Concept*. 2024 Oct 30;14(4):e2024256.
17. Rodríguez-Pozo JA, Montero-Vílchez T, Diaz Calvillo P, Sanabria de la Torre R, Ureña Paniego C, Ramirez-Muñoz A, Arias Santiago S. The Impact of Atopic Dermatitis on Sexual Function and Reproductive Desires in Women. *Acta Derm Venereol*. 2024 Jun 11;104:adv35107. doi: 10.2340/actadv.v104.35107.
18. McGuigan K, McGuigan CJ. Chronic skin disorders negatively impact women's quality of life and sexual function. *Evid Based Nurs*. 2019 Oct;22(4):114. doi: 10.1136/ebnurs-2018-103040.
19. Esmann S, Jemec GBE. Psychosocial impact of hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *Acta Derm Venereol*. 2011;91:328–32.
20. Cuenca-Barrales C, Montero-Vílchez T, Krajewski PK, Szepietowski JC, Matusiak L, Arias-Santiago S, et al. Sexual dysfunction and quality of life in patients with Hidradenitis Suppurativa and their partners. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20:389.
21. Heidarian P, Jalali A, Ghasemianrad M, Jalali R, Ezzati E. Global prevalence of sexual dysfunction in women with skin diseases: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2025 Mar 6;25(1):101. doi: 10.1186/s12905-025-03625-2.
22. Dattolo A, Torres M, Frias-Toral E, Paganelli A, Zhang M, Madonna S, Mercurio L, Cucalón G, Garbarino F, Albanesi C, Scala E. Beyond the skin: endocrine, psychological and nutritional aspects in women with hidradenitis suppurativa. *J Transl Med*. 2025 Feb 10;23(1):167. doi: 10.1186/s12967-025-06175-1.
23. Caliezi A, Rabuffetti A, Hunger R, Wolf R, Seyed Jafari SM. Impact of Hidradenitis Suppurativa on Sexual Quality of Life. *J Clin Med*. 2025 Jan 30;14(3):910. doi: 10.3390/jcm14030910.
24. Krajewski PK, Strobel A, Schultheis M, Staubach P, Grabbe S, Hennig K, Matusiak L, von Stebut E, Garcovich S, Bayer H, Heise M, Kirschner U, Nikolakis G, Szepietowski JC. Hidradenitis Suppurativa Is Associated with Severe Sexual Impairment. *Dermatology*. 2024;240(2):205-215. doi: 10.1159/000536128.
25. Varney P, Guo W, Brown M, Usmani H, Marquez J, Ayasse M, Kaufmann T, Haughton A. A systematic review and meta-analysis of sexual dysfunction in patients with hidradenitis suppurativa. *Int J Dermatol*. 2023 Jun;62(6):737-746. doi: 10.1111/ijd.16328.
26. Smith AD, Curtin GP, Allen NC, Fernandez-Penas P, Vary AH. Management of genital hidradenitis suppurativa and lymphoedema with the restoration of erectile function. *Australas J Dermatol*. 2022 May;63(2):e184-e186. doi: 10.1111/ajd.13796. Epub 2022 Feb 9.
27. Cuenca-Barrales C, Montero-Vílchez T, Szepietowski JC, Matusiak L, Molina-Leyva A. Sexual impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Feb;35(2):345-352. doi: 10.1111/jdv.16726.
28. Janse IC, Deckers IE, van der Maten AD, Evers AWM, Boer J, van der Zee HH, Prens EP, Horváth B. Sexual health and quality of life are impaired in hidradenitis suppurativa: a multicentre cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2017 Apr;176(4):1042-1047. doi: 10.1111/bjd.14975. Epub 2017 Feb 24.
29. Zouboulis CC, del Marmol V, Mrowietz U, Prens EP, Tzellos T, Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa/acne inversa: criteria for diagnosis, severity assessment, classification and disease evaluation. *Dermatology*. 2015;231(2):184-190.
30. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Available from: URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en> Accessed September, 2019.

31. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(2):135-143.
32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The female sexual function index (FSFI): A Multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26: 191-208.
33. Aygin D, Eti Aslan F. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005; 25:393-399.
34. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-830.
35. Turkish Androloji Dernegi IIEF Validation Group. Turkish version of the International Index of Erectile Function (IIEF). 4. Congress of National Sexual Function Disorders "Sexuality; pleasure and pain." Princess Hotel-Ortaköy, Istanbul, Abstract Book, 2002.
36. Cuenca-Barrales C, Molina-Leyva A. Risk Factors of Sexual Dysfunction in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study. *Dermatology (Basel, Switzerland)*. 2020;236(1):37-45.
37. Chew KK, Stuckey B, Bremner A, Earle C, Jamrozik K. Male erectile dysfunction: its prevalence in Western australia and associated sociodemographic factors. *The journal of sexual medicine*. 2008;5(1):60-69.
38. Sanchez SC, Chedraui P, Perez-Lopez FR, Ortiz-Benegas ME, Palacios-De Franco Y. Evaluation of sexuality in a Paraguayan mid-aged female urban population using the six-item Female Sexual Function Index. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2016;19(3):256-260.
39. Sampogna F, Abeni D, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Titeca G, et al. Impairment of sexual life in 3,485 dermatological outpatients from a multicentre study in 13 European countries. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(4):478-82.
40. Molina-Leyva A, Salvador-Rodriguez L, Martinez-Lopez A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias- Santiago S. Association Between Psoriasis and Sexual and Erectile Dysfunction in Epidemiologic Studies: A Systematic Review. *JAMA dermatology*. 2019;155(1):98-106.
41. Rhoden EL, Teloken C, Sogari PR, Vargas Souto CA. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *International journal of impotence research*. 2002;14(4):245-250.
42. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(2):153-167.
43. Schneider-Burrus S, Jost A, Peters EMJ, Witte-Haendel E, Sterry W, Sabat R. Association of Hidradenitis Suppurativa With Body Image. *JAMA dermatology*. 2018;154(4):447- 451.
44. Matusiak L, Bieniek A, Szepletowski JC. Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa. *Acta dermato-venereologica*. 2010;90(3):264-268.
45. Canoui-Poitaine F, Le Thuaut A, Revuz J.E.; Viallette C; Gabison G; Poli F; Pouget F; Wolkenstein P; Bastuji-Garin S. Identification of three hidradenitis suppurativa phenotypes: Latent class analysis of a cross-sectional study. *J. Investig. Dermatol*. 2013, 133, 1506–1511.
46. Collier, E.K.; Parvataneni, R.K.; Lowes, M.A.; Naik, H.B.; Okun, M.; Shi, V.Y.; Hsiao, J.L. Diagnosis and management of hidradenitis suppurativa in women. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2021, 224, 54–61.
47. López-Llunell, C.; Romani, J.; Garbayo-Salmons, P.; Agut-Busquet, E. Vulvar hidradenitis suppurativa: Clinical cross-sectional study of 25 patients. *J. Dermatol*. 2021, 48, 457–463.
48. Alavi A, Farzanfar D, Rogalska T, Lowes MA, Chavoshi S. Quality of life and sexual health in patients with hidradenitis suppurativa. *Int J Womens Dermatol*. 2018;4(2):74–9.
49. Cuenca-Barrales C, Ruiz-Villaverde R, Molina-Leyva A. Sexual distress in patients with hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *J Clin Med*. 2019;8(4):532.
50. Cuenca-Barrales C, Molina-Leyva A. Sexuality in patients with hidradenitis suppurativa: beliefs, behaviors and needs. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8808.
51. Fisher S, Ziv M. Interviewing women with Hidradenitis Suppurativa-Thematic and Content Analysis. *Adv Skin Wound Care*. 2022;35:381–4.
52. El-Sakka AI. Dehydroepiandrosterone and Erectile Function: A Review. *World J Mens Health*. 2018 Sep;36(3):183–91.
53. Andersen P, Nielsen R, Sigsgaard V, Jemec G, Riis P. Body image quality of life in patients with hidradenitis suppurativa compared with other dermatological disorders. *Acta Derm Venerol* 2020;100(8).adv00107-6.
54. Kurek A, Peters EMJ, Chanwangpong A, Sabat R, Sterry W, Schneider-Burrus S. Profound disturbances of sexual health in patients with acne inversa. *J Am Acad Dermatol* 2012;67(3):422–8.
55. Peplau LA, Frederick DA, Yee C, Maisel N, Lever J, Ghavami N. Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Arch Sex Behav* 2009;38 (5):713–25.

56. Milhausen RR, Buchholz AC, Opperman EA, Benson LE. Relationships between body image, body composition, sexual functioning, and sexual satisfaction among heterosexual young adults. *Arch Sex Behav* 2015;44(6):1621–33.
57. Jemec GBE, Heidenheim M, Nielsen NH. The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(2):191–4.
58. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH; Re-productive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol.* 2006 Apr; 107(4): 755– 64.