

Prematür Ejakülasyon Hastalarının Klinik Ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

EVALUATION OF THE CLINICAL AND DEMOGRAPHIC PROPERTIES OF PATIENTS WITH PREMATURE EJACULATION

Ömer DEMİR, Ahmet CİHAN, Aykut KEFİ, Ahmet Adil ESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Prematür Ejakülasyon (PE) tanısı konulan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Kliniğimize erken boşalma nedeniyle Ocak-Haziran 2004 tarihleri arasında başvuran 53 hasta çalışmaya alındı. Hasta bilgilerine, cinsel işlev bozuklukları için oluşturulmuş Microsoft Access veri tabanından ulaşıldı. İlk cinsel ilişkiden itibaren PE yakınması olanlar Primer (PPE), yakınması daha sonra başlayan hastalar Akkız PE (APE) olarak kabul edildi. Her iki grup yaş, eş yaşı, evlilik süresi, sünnet yaşı, nokturnal kontinans yaşı, PE süreleri, ilk koitus yaşı, ejakülasyon latans zamanı, ön sevişme süreleri, sistemik hastalıkları, uluslar arası prostat semptom skoru (IPSS), uluslar arası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) ve Amerikan Ulusal Sağlık Örgütü-prostatit (NIH-prostatit) skorları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Primer PE'li 27, APE'li 26 hastanın ortalama yaşları, sırasıyla $50,6 \pm 12,3$ (27-70 yıl) yıl ve $53,5 \pm 10,4$ (32-68 yıl) yıl olarak saptandı. Çalışmaya alınan hastaların 39'unda (%74) erektil disfonksiyon varlığı saptandı. Çalışmaya alınan hastaların ortalama sünnet yaşı $5,7 \pm 2,6$ (1-14) yıl, ilk koitus yaşı $19,0 \pm 2,7$ (13-29) yıl idi. Her iki grup arasında yaş, eş yaşı, evlilik süresi, sünnet yaşı, nokturnal kontinans yaşı, PE süreleri, ilk koitus yaşı, ejakülasyon latans zamanı, ön sevişme süreleri, IPSS, IIEF alt grupları ve NIH-prostatit skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Sistemik hastalık varlığı primer PE grubunda 9 hastada (%32) APE grubunda ise 19 hastada (%68) saptandı ($p<0,05$). Sistemik hastalıklardan en sık görülenler diabetes mellitus ve kardiovasküler hastalıklardı.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre PE hastalarının büyük çoğunluğunda erektil disfonksiyon bulunmaktadır. Androloji polikliniklerine başvuran kardiyovasküler hastalık veya DM gibi sistemik hastalık öyküsü olan hastalarda ED ve PE birlikteliği açısından sorgulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon, risk faktörü

SUMMARY

Objective: Aim of this study was to evaluate the demographic and clinic properties of men who were admitted to urology outpatient clinic with complaints of premature ejaculation (PE).

Ömer DEMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Üroloji AD

35340 İnciraltı İZMİR

Tel: (232) 412 3457

GSM: (505) 525 0432

Fax: (232) 259 7317

e-posta: omer.demir@deu.edu.tr

Bu çalışma 7. ESSM Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

Material and method: Total of 53 patients who admitted to urology outpatient clinics with the complaint of PE between January to June 2004 were enrolled the study. Patient data were taken from the Microsoft Access database that consisted for sexual function disorders. Patients were group as primary (PPE) and acquired PE (APE). Primary PE is characterized by onset from the first sexual experience, remains so during life and ejaculation occurs too fast (before vaginal penetration or < 1–2 min after). Acquired PE is characterized by a gradual or sudden onset following normal ejaculation experiences before onset and time to ejaculation is short. Both groups were compared for patients' and partner's age, marriage duration, circumcision age, ejaculation latency time (ELT), foreplay duration, systemic diseases, International Prostate Symptom Score (IPSS), International Index of Erectile Function (IIEF) and National Institute of Health–Prostatitis (NIH-prostatitis) scores.

Results: Mean age of the patients were 50.6 ± 12.3 (range 27-70 years) years and 53.5 ± 10.4 (range 32-68) years in PPE (n=27) and APE patients (n=26), respectively ($p>0.05$). Of the 53 patients 14 (74%) had erectile dysfunction. Mean circumcision age of the total 65 patients was 5.9 ± 2.8 (range 1–14) years. First coitus age was 19.4 ± 3.1 (range 13–29) years. There were no significant differences between two groups in the mean of age, partners' age, marriage duration, circumcision age, nocturnal continence age, first coitus age, ELT, foreplay duration, IPSS, IIEF doamins and NIH-prostatitis scores. The presence of systemic disease was detected in 9 patients (32%) in PPE group and 19 patients (68%) in APE group ($p<0.05$). The most common detected diseases were diabetes and cardiovascular diseases.

Conclusion: Our results showed that the majority of the patients with PE had ED. The co occurrence of PE and ED should be questioned in patients admitted to an andrology outpatient clinic who had the history of cardiovascular diseases and diabetes mellitus.

Key words: Premature ejaculation, erectile dysfunction, risk factor

Prematur Ejakülasyon (PE); erkeklerde %5–30 arasında değişen sıklıkla yaygın olarak gözlenen cinsel fonksiyon bozukluğudur (1,2). PE klinik olarak; ilk koitus ile başlayan, eşler arası değişikliğin gözlenmediği, hayat boyu süren Primer PE (PPE) ve sonradan edinilmiş, Akkiz PE (APE) olmak üzere sınıflandırılır (3,4). PE'nin etiyolojisinde, psikolojik, davranışsal ve biyolojik faktörlerin rol oynadığı öne sürülse de etiyopatogenezde rol oynayan faktörler henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığın yanı sıra bazı çevresel faktörlerin ve coğrafik dağılımında PE etiyopatogenezinde rol alabileceği öne sürülmüştür (5).

Çalışmamızda; PE tanısı konulan hastalarda PE için risk faktörü olabilecek demografik özelliklerinin, alt üriner sistem semptomları, prostatitle ilişkili semptomlarının ve erektil fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca PPE ve APE'li hastaların klinik ve demografik özellikleri arasındaki farklılıklar irdelendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimize daha önce erken boşalma yakınması ile Ocak-Haziran 2004 tarihleri arasında başvuran ve bu nedenle herhangi bir tedavi kullanmayan 53 hasta alındı. Hasta bilgilerine kliniğimizde cinsel işlev bozuklukları için oluşturulmuş Microsoft Access veri tabanından ulaşıldı. Çalışmaya alınma ölçütleri; hastanın >18 yaş, PE yakınmasının bulunması ve PE nedeniyle daha önce ilaç kullanmaması olarak belirlendi. Antidepresan ilaç kullanım öyküsünün varlığı, fizik muayenede multipl skleroz veya spinal travmaya sekonder major nörolojik defisit saptanması ve peniste Peyronie plağı tespit edilmesi ve rutin yapılan idrar analizinde pyüri veya bakteriüri saptanan hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınma ölçütlerine uyan hastalar kontrole çağırıldı. Sözel onamları alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışma amacıyla yeniden sorgulandı. İlk cinsel ilişkisinden itibaren başlayan ve her ilişkide kontrolsüz PE yakınması olanlar PPE, ergenlik sonrası bir süre doyurucu cinsel aktiviteyi

takiben PE yakınması başlayan hastalar APE kabul edildi. Her iki grubun genel demografik özellikleri; yaş, eş yaşı, evlilik süresi, psikoseksüel gelişim açısından sünnet yaşı, nokturnal kontinans yaşı, PE yakınma süreleri, ilk koitus yaşı, genel olarak ön sevişme için ayrılan süre, sistemik hastalıkları sorgulandı. Hastalar alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesi amacıyla uluslararası prostat semptom skoru (IPSS), erektil fonksiyonlar için uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) ve prostatizm yakınmalarının değerlendirilmesi amacıyla da NIH-prostatit skoru (NIH-CPSI) formlarını doldurdu. Daha sonra hastalardan cinsel aktiviteleri esnasında saat durdurma yöntemi ile vajinal penetrasyonu takiben ejakülasyon olana kadar ki sürelerini (Intravajinal ejakülasyon latans süresi – IELT) en az beş ayrı gün için ölçmeleri ve kaydetmeleri istendi. Bu kayıtların aritmetik ortalamaları alınarak veri tabanına kaydedildi ve değerlendirmede objektif bir sayısal veri olarak kullanıldı. IIEF erektil fonksiyon (EF) alt birim skoru 26'nın altında olan hastalara Erektile Disfonksiyon (ED) tanısı konuldu.

İstatistiksel Analiz

Gruplar arasında ortalama yaş, IIEF alt grup, IPSS, NIH-CPSI skor ortalamaları ve demografik özellikleri arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığı Mann-Whitney U ile değerlendirildi. Gruplara ait değerler ortalama \pm SD olarak verildi. Sistemik hastalık varlığı ile PE tipi χ^2 testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler için SPSS 11.0 programı (SPSS, Chicago, IL) kullanıldı.

BULGULAR

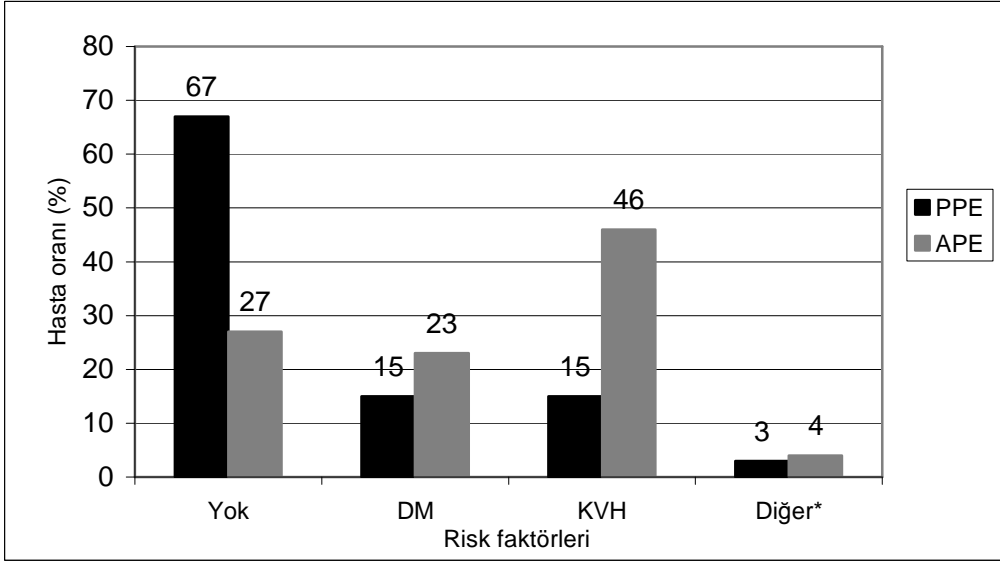
Çalışmada; PPE'li 27, APE'li 26 toplam 53 hastanın verileri değerlendirildi. Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaş, eş yaşı, evlilik süresi, ejakülasyon latans zamanı, IIEF erektil fonksiyon altbirim, IPSS ve NIH-CPSI skorları sırasıyla $52,0 \pm 11,4$ yıl, $46,9 \pm 13,5$ yıl, $26,8 \pm 12,0$ yıl, $55,1 \pm 35,6$ sn, $17,3 \pm 8,7$, $7,6 \pm 7,8$ ve $9,6 \pm 10,6$ olarak bulundu.

APE ve PPE'li hastalar arasında IIEF skorunun hiçbir alt birimi için istatistiksel fark yoktu. Çalışmaya alınan 53 hastanın 39'unda (%74) ED varlığı saptandı. Bu oran PPE'li olgularda %70, APE'li olgularda %77 olarak bulundu. İki grup arasında ED sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,891$).

Her iki grup arasında yaş, eş yaşı, evlilik süresi, sünnet yaşı, nokturnal kontinans yaşı, PE süreleri, ilk koitus yaşı, ilk koitus eşi, ejakülasyon latansi zamanı, ön sevişme süreleri, IPSS, IIEF alt grupları ve NIH-CPSI açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo). Primer PE grubunda 9 hastada (%32) bir veya daha fazla sistemik hastalık saptanırken, bu sayı akkiz PE grubunda 19 hasta (%68) idi ($p < 0,05$). Diabetes mellitus ve kardiovasküler hastalıklar en sık gözlenen sistemik hastalıklar olarak saptandı (Şekil).

Tablo. Hastaların demografik özellikleri ve semptom skorları

	Primer PE (n=27)	Akkiz PE (n=26)	<i>p</i>
Hasta yaşı (yıl)	50,6 \pm 12,3	53,5 \pm 10,4	0,411
Partner yaşı (yıl)	47,1 \pm 12,6	46,7 \pm 14,5	0,604
PE süresi (yıl)	25,1 \pm 14,2	5,6 \pm 4,1	<0,001
Sünnet yaşı (yıl)	5,8 \pm 1,9	5,7 \pm 3,1	0,113
Nokturnal kontinans yaşı (yıl)	4,0 \pm 3,4	3,8 \pm 2,8	0,667
Evlilik süresi (yıl)	26,9 \pm 13,9	26,7 \pm 9,9	0,185
İlk koit yaşı (yıl)	19,0 \pm 2,4	19,0 \pm 3,0	0,839
Ejakülasyon latansi süresi (sn)	59,3 \pm 34,8	50,8 \pm 36,5	0,931
Ön-sevişme süresi (dk)	8,2 \pm 5,8	8,7 \pm 3,4	0,155
Toplam IPSS	9,2 \pm 7,9	6,0 \pm 7,5	0,407
NIH-CPSI skoru	10,3 \pm 10,8	8,9 \pm 10,5	0,559
IPSS-Obstruktif	5,4 \pm 5,3	3,0 \pm 4,8	0,268
IPSS-İrritatif	3,6 \pm 3,2	3,0 \pm 3,4	0,765
IIEF-EF	17,1 \pm 9,1	17,5 \pm 8,4	0,623
IIEF-OF	6,3 \pm 3,2	6,0 \pm 2,9	0,536
IIEF-IS	6,6 \pm 3,2	7,4 \pm 3,7	0,332
IIEF-SD	6,4 \pm 1,8	5,9 \pm 2,0	0,382
IIEF-OS	5,8 \pm 1,9	5,7 \pm 2,4	0,062

Şekil. Sistemik hastalıkların dağılımı

*; PPE grubunda kardiyak ritim bozukluğu, APE grubunda talasemi. PPE: Prime Prematür Ejakülasyon, APE: Akkiz Prematür Ejakülasyon, DM: Diabetes Mellitus, KVH: Kardiyovasküler Hastalık

TARTIŞMA

Son yıllarda artan epidemiyolojik ve psikofarmakolojik çalışmalara karşın "Primer PE, akkiz PE'den farklı bir hastalık mıdır?", "Etiyopatogeneizde rolü olan davranışsal, nörobiyolojik ve organik faktörler hangi PE tipinde, ne kadar etkilidir?" soruları halen yanıtlanmayı beklemektedir. Çalışmamızda; PE yakınması ile başvuran hastaların genel demografik özelliklerinin, sünnet yaşı, nokturnal kontinans yaşı gibi nöropsikolojik gelişim üzerinde etkili olduğu düşünülen parametrelerin, ayrıntılı cinsel öykü bulgularının, alt üriner sistem semptomları ile erektil fonksiyon durumlarının değerlendirilmesi ve PE alt tipleri açısından farklılıkları değerlendirilmiştir.

Literatürde ilk tanımlandığı yıllarda tamamen psikolojik-nevrotik bir bozukluk olarak kabul edilen PE'nin, 1950'li yıllardan itibaren öğrenilmiş bir davranış olduğu ve temelinde çocukluk dönemindeki ruhsal bunaltilar, eş ile iletişim problemleri, ilk koitusun emosyonel baskı altında yapılması gibi psikoseksüel faktörlerin rol oynadığı kabul görmüştür (3,4). Son yıllarda yapılan çalışmalar sonrası bazı organik hastalıkların PE ile etiyolojik olarak ilişkili olduğu net olarak gösterilmiştir. Bunlardan; ürogenital

patolojiler (prostatit vb), multiple skleroz, spinal kord zedelenmesi gibi major nörolojik bozukluklar, prepusyal frenulumun kısalığı, penil hipersensitivite-refleks hiperaktivite ve hipertiroidizm akkiz PE için risk faktörü olarak gösterilirken, santral sinir sisteminde serotoninerjik 5 HT-2C alt tipinin hiposentivesinin ise temelde primer PE için risk faktörü olduğu görüşü kabul edilmektedir (3,4,6).

Prematür ejakülasyonun oluşum mekanizmasının davranışsal yaklaşımla açıklanmasına yönelik yapılan çalışmalarda; çocukluk çağında yaşanan psikoseksüel karmaşaların, bilinçaltında kendine veya eşine zarar verme dürtüsünün, ilk koitusun duygusal sıkıntı içerisinde yaşanmış olmasının PE'nin gelişiminde etkili olduğu kabul edilmektedir (3,4,7).

Çalışmamızda başvuru esnasındaki IIEF-EF skorları değerlendirildiğinde her iki grupta da orta dereceli ED semptomları saptandı. Tüm gruptaki ED prevalansı %74 olarak tespit edildi. Bu oran Akkuş ve ark tarafından yapılan ED epidemiyolojisi çalışmasının sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (8). Akkiz PE'li grupta ED prevalansının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olması bu grupta ED için risk faktörü olan

kardiyovasküler sistemik hastalıkların sıklığının daha fazla olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda hastaların, nörobiyolojik gelişimin bir parametresi olarak kabul edilebilecek nokturnal kontinans yaşı ve psikoseksüel gelişim üzerine etkileri bilinen, ülkemizde yaygın olarak uygulanan sünnet yaşı sorgulanmış ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İlk koitus yaşı sorgulandığında elde edilen sonuçların yine PPE ile APE hastalarında benzer olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, bize davranışsal yolla etkili olan psikojenik faktörlerin PE alt tiplerinde farklılık göstermediğini ancak etkinlik açısından sağlıklı insanlarla karşılaştırmalı yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda PPE ve APE gruplarının ortalama yaşları arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak beklenildiği gibi PPE'li olguların PE yakınma süresi APE'li olgulara göre daha uzun bulundu. İnvajinal ELT'nin yaşla doğru orantılı olarak uzadığı bilinmektedir (3). Androloji kliniklerine PE yakınması ile başvuran hastaların değerlendirildiği bir çalışmada bu olguların daha genç yaşta oldukları ve anksiyete semptom sıklıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (9). Öte yandan Laumann ve ark tarafından yapılan çalışmada ise bir önceki çalışma bulgularının aksine PE insidansının 40 yaşından itibaren artış gösterdiği saptanmış, bu artışta; eşin menopoza girmesinin, yaşlanma ile eşlik eden sistemik hastalıkların neden olduğu performans anksiyetesinin ve erektil disfonksiyonunun etkili olduğu öne sürülmüştür (10). Yaşın PE üzerine etkileri konusu hala karmaşıktır ve bu konuda yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bulgularımız PE yakınma süreleri ile birlikte değerlendirildiğinde hastaların PE'yi bir hastalık olarak kabul edip doktora başvurularında kendi yaşları, eş yaşı, evlilik süresi ve IELT değerlerinden daha çok eşlik eden ED'nin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jannini ve Lenzi'nin derlemesinde; Türkiye ve diğer Ortadoğu ülkelerinde PE prevalansının ortalama %17 bulunduğu ve bu oranın genel dünya ortalamasının altında olduğu belirtilmiştir. Bu farkın toplumda erkek egemenliğinin olması, kadın cinselliğinin baskılanmış olması ve ejakülasyonun virilitenin bir göstergesi olarak

algılanması nedeni ile doktora başvurmama ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (11). Çalışmamızda elde olunan veriler de genel olarak değerlendirildiğinde, PPE olgularının ilk koitustan itibaren yakınmalarının olmasına rağmen bu durumu bir hastalık olarak algılamalarında özellikle beşinci dekattan itibaren eşlik eden ED semptomlarının etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda DM ve kardiyovasküler hastalıkların prevalansının APE grubunda daha sık saptanması bu hastalıkların özellikle PE gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Corona ve ark. Tarafından yapılmış çalışmada PE yakınması olan olguların arteriyel tansiyon değerleri, açlık kan şekeri, HbA1c düzeyleri, lipid profilleri, serum FSH, LH, testosteron, PSA seviyeleri değerlendirilmiş, PE kliniği ile DM ve diğer metabolik parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (9). Bu çalışmanın aksine El-Sakka ve ark tarafından yapılan çalışmada ise diyabet süresi, metabolik kontrol düzeyi ve kardiyovasküler hastalık varlığı ile PE arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (12). Bu iki çalışma sonuçlarındaki uyumsuzluğun hasta özellikleri arasındaki farktan kaynaklandığı kanaatindeyiz. Özellikle diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar penil vasküler yapılar oluşturduğu iskemik değişikliklerle ED'ye neden olarak APE gelişiminde rol oynayabilir. Ancak bu öngörümüzün daha geniş hasta sayılı ve kontrollü çalışmalarla değerlendirilmelidir.

SONUÇ

PE hastalarının büyük çoğunluğunda ED yakınması bulunmaktadır ve bu durum hastaların doktora başvurularında önemli rol oynamaktadır. Androloji polikliniklerine başvuran ve özellikle kardiyovasküler hastalık veya DM gibi sistemik hastalık öyküsü olan hastalarda ED ve PE birlikteliği mutlaka sorgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Colpi G, Weidner W, Jungwirth A et al. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction. Eur Urol 2004; 46:555-558.
2. Montague DK, Jarow J, Broderick GA et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. J Urol 2004; 172:290-294.

3. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 2002; 168: 2359-2367.
4. Waldinger MD. Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence-based medicine. *BJU Int* 2005; 95:191.
5. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005; 2:492-497.
6. Waldinger MD. Premature ejaculation: state of the art. 2007; 34:591-599.
7. Jannini EA, Simonelli C, Lenzi A. Sexological approach to ejaculatory dysfunction. *Int J Androl* 2002; 25:317-323.
8. Akkuş E, Kadioğlu A, Esen A et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *Eur Urol* 2002;41:298-304.
9. Corona G, Petrone L, Mannucci E et al. Psychological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol* 2004; 46:615-622.
10. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17:39-57.
11. Jannini EA, Lenzi A. Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol* 2005; 23:68-75.
12. El-Sakka AI. Premature ejaculation in non-insulin-dependent diabetic patients. *Int J Androl* 2003; 26:329-334.