



## Prematür Ejakülasyona Güncel Yaklaşım

Bilal Fırat ALP

### Current Approach To Premature Ejaculation

Alper EKEN

Mareşal Çakmak Asker  
Hastanesi Üroloji Kliniği  
Erzurum - Türkiye

**Submitted/Başvuru tarihi:**  
11. 02. 2010  
**Accepted/Kabul tarihi:**  
19. 03. 2010  
**Registration/Kayıt no:**  
10 03 101

**Corresponding Address**  
**/Yazışma Adresi:**

Dr. Bilal Fırat Alp

Mareşal Çakmak Asker  
Hastanesi Üroloji Kliniği,  
Erzurum / Türkiye

Telefon: +90-442-3172269

Fax: +90-442-3172263

e-posta:  
bilalfirat.alp@gmail.com

© 2010 Düzce Medical Journal  
e-ISSN 1307- 671X  
www.tipdergi.duzce.edu.tr  
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

#### ÖZET

Prematür ejakülasyon, erkeklerde seksüel tatmin, duygusal stres ve ilişki durumlarını negatif yönde etkileyen erkeklerde sık görülen bir seksüel disfonksiyondur. Prematür ejakülasyon, kişilerin seksüel tatmin, duygusal stres ve ilişki durumlarını negatif yönde etkilemektedir. Sık görülen ve psikososyal durumda bozulmaya yol açan bu hastalığın iyi anlaşılması gerekmektedir. Prematür ejakülasyon primer (yaşam boyu) ve sekonder (sonradan kazanılmış) olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer şeklinin yıllarca psikolojik temelli olduğu düşünülmüş ve anksiyetenin etiyolojideki rolü üzerinde durulmuştur. Sonradan kazanılan prematür ejakülasyon etiyolojisinde ise özellikle prostatitler üzerinde durulmakla birlikte hipertiroidizm ve intervertebral disk herniasyonunun da prevalansı artırdığı düşünülmektedir.

Tedavi yöntemleri incelendiğinde psikoseksüel davranışsal yöntemlerin önceden daha sık kullanıldığı görülmektedir. Özellikle tedavide selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kullanılması devrim niteliğindedir. Son yıllarda da daha kısa etkili ve selektif ilaçlar üzerinde çalışmalar devam etmektedir. Prematür ejakülasyon yaşamı tehdit etmeyen ancak hasta ve partnerlerinde psikolojik problemlere yol açabilecek bir hastalıktır. Sık görüldüğünden dolayı üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Halen daha etkin ve selektif tedavi yöntemlerinin araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Prematür ejakülasyon, Erkek seksüel disfonksiyonu, Serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI)

#### ABSTRACT

Premature ejaculation is a common sexual dysfunction in men. Premature ejaculation negatively affects sexual satisfaction, emotional stress and relationship status of the people. This common disease cause of deterioration in the psychosocial status needs to be well understood. It is divided as primary (lifelong) and secondary (acquired later). It was thought to be psychological for years, and focused on role of anxiety for etiology. In the etiology of aquired premature ejaculation, although especially focused on prostatitis, it is thought that the hyperthyroidism and the intervertebral disc herniation are increase the prevalence of premature ejaculation.

When the treatment methods are examined, the psychosexual behavioral methods previously have been used more frequently. Especially use of selective serotonin reuptake inhibitors in treatment (SSRI) is revolutionary. The current studies about shorter effective and selective drugs have continue. Premature ejaculation is non-life-threatening, but it may be cause psychological problems in the patients and their partners. Because of the frequency, it must be emphasized. Currently, more effective and selective treatment methods are needed to be investigated.

**Key Words:** Premature ejaculation, Male sexual dysfunction, Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)

#### GİRİŞ

Prematür ejakülasyon (PE) erkeklerde en sık gözlenen seksüel disfonksiyondur. Özellikle 1990'lı yılların sonunda fosfodiesteraz enzim inhibitörlerinin erektil disfonksiyonda sık kullanılmaya başlanması, tedavi etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin görülmesi ile PE üzerine yoğunlaşmıştır. Tedavi ile %75'lere varan başarı oranları vardır. Tamamen psikolojik temelli olduğu düşünülen PE'nun son zamanlarda organik kaynaklı olabileceği de düşünülmektedir.

#### TANIM

PE'nun ne olduğu konusunda ortaya atılmış birçok tanım vardır. Yapılan tanımlar incelendiğinde ejakülasyon süresi, ejakülasyonu kontrol edememe

veya geciktirememe ve kişinin psikolojik durumunu bozacak boyutlara bile varabilen negatif psikososyal sonuçlar tüm tanımlarda farklı oranlarda yer almaktadır. Literatürde yapılan en son tanıma göre PE vajinal penetrasyondan önce veya penetrasyonu takiben bir dakika gibi çok kısa süre içinde bireyin kendi isteği ve kontrolü dışında ejakülasyonu geciktirmesindeki başarısızlıktır. Ayrıca can sıkıntısı ve düş kırıklığı gibi negatif psikolojik sonuçlar yanında cinsel isteksizlik veya cinsel ilişkiden kaçınmaya yol açan bu durum tüm veya neredeyse tüme yakın penetrasyonlarda görülmektedir (1). Kişinin hayatı tehdit etmemesine rağmen, seksüel aktivitede azalma ile birlikte cinsel tatminsizlik, özsaygının kaybedilmesi şeklinde psikolojik problemler doğurabilmektedir ve hayat kalitesinde azalmaya yol açmaktadır. PE hastada sıkıntılara yol açtığı kadar partnerinde de yakınmalara neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada çalışmaya alınan 129 bayan hastanın %23.2'sinin partnerlerinde prematür ejakülasyon (yapılan sekslerin %50 ve daha fazlasında kendileri arzu etmediği halde partnerlerinin ejakülasyonu) olduğunu tarifledikleri görülmüştür. Eşlerinde PE olduğunu tarifleyen kadınların %40'ı PE'nin kendileri için problem olduğunu belirtmişler, %65'i ise partnerlerinin değerlendirilmesi ve gereğinde medikal tedavi başlanılmasını istediklerini belirtmişlerdir (2).

PE'da ilk defa Waldinger ve arkadaşları tarafından 1994 yılında intravajinal ejakülasyon latans süresi (İELT) tanımı yapılmıştır. Objektif ölçüm için tanımlanmış bu süre vajinal penetrasyonu takiben ejakülasyona kadar geçen süreyi tanımlamaktadır. Yaptıkları çalışmada 500 heteroseksüel çifti değerlendirmeye alınmıştır. Ortalama İELT değerinin 5.4 dakika (0.55-44.1 dakika) olduğunu tespit etmişlerdir. Bir dakikadan az İELT'si olan hastaları (0.5 persentil) kesin prematür ejakülasyon, 1-1.5 dakika arasında olanları (0.5-2.5 persentil arası) muhtemel prematür ejakülasyon olarak kabul etmişlerdir (3). McMahon ve arkadaşlarının çalışmasında prematür ejakülasyon şikayeti olan 1346 hasta değerlendirilmiş ve ortalama İELT'nin 43.4 saniye olduğu hesaplanmıştır. Hatta erkeklerin %5.6'sında ön sevişme sırasında ejakülasyon olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde iki dakikadan kısa İELT'si olanların PE'u olduğu ve bu sürenin 1 dakikadan daha kısa olduğu kişilerde ise ciddi boyutta olduğu tanımlanmıştır (4). PE şikayeti olan hastalar ile şikayeti olmayan kişilerle yapılan çalışmada, şikayeti olan hastalarda ortalama İELT üç dakika olmayanlarda ise dokuz dakika olduğu tespit edilmiş. İki grup arasındaki bu farkın istatistiksel anlamlı olduğu belirtilmiştir (5).

## EPİDEMİYOLOJİ

İlk cinsel deneyimden itibaren PE tarifleyen hastalar primer, daha önce normal ejakülatuar fonksiyon tarifleyen ancak sonradan ortaya çıkanlar ise sekonder PE olarak değerlendirilmektedir.

Sekonder PE'un sıklıkla 40-50'li yaşlarda ortaya çıktığı belirtilmektedir (6). Prevalansı konusunda yapılan oldukça fazla sayıda çalışma mevcuttur. Erkeklerin yaklaşık %20-30'unun etkilendiği hatta her 4 erkekten 3'ünün hayatlarının belli bir döneminde PE'dan etkilendiğini öne sürülmektedir (7). Yapılan en geniş çalışmalardan birisi olan Nicolosi ve arkadaşlarının çalışmasında 29 farklı ülkede 13618 erkek PE açısından değerlendirildiğinde prevalansın %21-31 arasında olduğu tespit edilmiştir. PE'un yaş, medeni hal ve etnik kökenden etkilenmediği gözlenmiştir (8). Benzer bir çalışmada da 18-59 yaş arası 1410 erkek ve 1749 kadın hastayla yapılan çalışmada da prevalansın yaklaşık %30 olduğu tespit edilmiştir (9).

## PATOGENEZ

PE nedenleri incelendiğinde çok uzun yıllar boyunca psikolojik temelli olduğu düşünülmüştür. Etiyolojide düşünülen durumların çoğu kanıta dayalı değildir. Erken cinsel deneyim, anksiyete, seksüel teknik, seksüel aktivitenin sıklığı gibi sebepler psikolojik teoriler olarak sayılmaktadırlar. Psikolojik temelli olarak düşünülmesinin altında anksiyete ile artan sempatik sinir sistem aktivasyonunun daha erken emisyon ve ejakülasyona neden olduğu kanısındır. Anksiyete ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda PE prevalansının daha fazla olduğu görülmüştür (10,11). Organik teoriler arasında penil hipersensitivite, hipereksitasyonlu ejakülatuar refleks (hızlı emisyon ve hızlı ekspulsiyon fazı, artmış bulbokavernöz refleksi), genetik predispozisyon (birinci derece akrabalarda daha fazla görülmekte) ve santral 5 HT reseptör sensitivitesi (muhtemelen düşük 5 HT nörotransmisyonu, 5 HT2c reseptör hiposensitivitesi ve/veya 5 HT1a reseptör hipersensitivitesi) düşünülmektedir (12, 13, 14). Primer ya da yaşam boyu şeklinde tariflenen PE nedenleri arasında daha çok düşünülen bu faktörler sonradan kazanılan (sekonder) prematür ejakülasyon patogenezinde çok düşünülmemektedir. Son yıllarda özellikle üzerinde durulan konulardan birisi sekonder prematür ejakülasyonun nedenlerinin ne olabileceğidir. Hipertiroidizm de PE olduğunu gösteren çalışmaya (15) rastlanılsa da daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ortadadır. Benzer şekilde PE'un varikoselli hastalarda (16) ve intervertebral disk herniasyonu olan hastalarda da (17) arttığı belirtilmektedir. Edinsel nedenler içinde

en çok incelenen konu kronik pelvik ağrı sendromu ve prostatitlerdir. Bu hastalıkların prematür ejakülasyon prevalansında artışa neden olduğu ve bunların tedavi edilmesiyle birlikte prevalansın azaldığını gösteren çalışmalar (18,19,20) literatürde mevcuttur. Çalışmaların hepsinde tam idrar tahlili, idrar kültürü ve prostatik masaj sonrası alınan idrar tahlili ve kültürünün bu hastalarda incelenmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır.

## TEDAVİ

PE psikolojik bir problem olarak görüldüğü için 1990'lı yıllarda davranışsal psikoseksüel terapiler denenmiştir. İlk defa 1956 yılında tanımlanan başlatıcı tekniği ilk davranışsal yöntemdir (21). Bu yöntemde partner penisi boşalma hissi oluncaya kadar uyarmakta, ardından uyarı kesilip boşalma hissini azalması beklenir. Denenen bu yöntemde siklus istemli ejakülasyon kontrolü sağlanıncaya kadar devam ettirilir. Diğer bir yöntem ise seks terapisti olan Masters ve Johnson tarafından 1970 yılında tariflenmiştir (22). Bu yöntemde ereksiyon halinde olan ve boşalma hissi başlayan erkekte glans penis sıkılarak boşalma refleksi baskılanmaya çalışılır. Seksüel partner tarafından stimülasyona en erken 30 saniye sonra başlamalıdır. Bu psikoseksüel davranışsal yöntemlerin başarısının %45-65 gibi yüksek başarı oranları olduğu ancak etkinin uzun sürmediği belirtilmektedir. Hawton ve arkadaşlarının çalışmasında 3 yıl takip edilen ve davranışsal tedavi uygulanan hastaların %75'inde ilerleme kaydedilmediği gösterilmiştir (23).

PE'ya yaklaşım ve tedavide selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) devrim yaratmıştır. Benzer farmakolojik mekanizma ile etki eden Sitalopram, Fluoksetin, Fluoksamin, Paroksetin ve Sertralin olmak üzere 5 ilaçtan oluşan ilaç grubudur. Yapılan bir metaanalizde prematür ejakülasyon tedavisinde bu ilaçların kullanımı ile ilgili çalışmaların sadece %14.4'ünün kanıta dayalı tıp kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (24). SSRI grubu ilaçlar ve bir trisiklik antidepressan olan Klomipramin ile yapılan çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda ejakülasyonun geciktirilmesinde etkili oldukları gösterilmiştir. Hergün düzenli kullanılabilirliği gibi, cinsel ilişkiden 4-6 saat önce kullanılabilirliği de belirtilmektedir (Paroksetin 20-40 mg, Sertralin 50-100 mg, Fluoksetin 20-40 mg, Klomipramin 10-50 mg)(25). Ejakülasyonda gecikme ortalama 5-10 dakika gerçekleşebilmekle birlikte daha erkende olabilir. İlaçların yan etkileri sıklıkla önemli boyutlarda olmamakta (yorgunluk, mide bulantısı, kabızlık, algılamada azalma) ve 2-3 haftada kaybolmaktadır. Libido da azalma ve erektil disfonksiyon nadiren raporlanmaktadır. Ancak bipolar bozukluğu olan

hastalarda çok dikkatli olunması gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır (4). Hergün uygulanan tedavinin sadece ilişki öncesi alınmasına göre daha etkin olduğu, nedenin de 5-HT1a ve 5-HT1b/1d reseptör duyarısızlaştırılmasının fazla olmasına bağlanmaktadır (26). İlaçların etkinliğine göz atıldığında plaseboya oranla (1.4 kat) düzelme Klomipramin'de 4.6, Paroksetin'de 8.8, Sertralin'de 4.1 ve Fluoksetinde 3.9 kat olduğu tespit edilmiştir (27). Son yıllarda prematür ejakülasyon tedavisinde kullanılabilecek hızlı etkili ve kısa yarı ömürlü SSRI'lar üzerinde çalışılmaktadır. Dapoksetin yapısal olarak Fluoksetin'e benzeyen güçlü etkili yeni nesil SSRI'dır. Halen etkileri ve yan etkileri üzerinde çalışmalar devam etmekle birlikte plaseboya oranla (1.8 kat), 30 mg ile 2.8 kat ve 60 mg ile 3.3 kat düzelme olduğu belirtilmektedir (28,29). Santral etkili sentetik opioid analjezik olan Tramadol'da PE tedavisinde kullanılmıştır. IELT'de artma tarifleniyor olsa da etkinliğinin tam olarak değerlendirilebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulması ve yan etkilerinin fazla olması nedeniyle öncelikli düşünülmemesi gerekmektedir (30). PDE5 enzim inhibitörlerinin tedavide etkin olabileceği öne sürülse de IELT'de anlamlı yükselmeye neden olmadığı gösterilmiştir (31). Uzun yıllardır önerilen ve hastalar tarafından kullanılan topikal anestetik ajanların penil hipersensitiviteye yönelik olduğu bilinmektedir. Ancak yapılan çalışmalar IELT ile penil sensitivite arasında ilişki olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca kondom kullanılmadığı takdirde bu ilaçların vajinal mukoza tarafından emilebileceği, vajinal his kaybı sonucunda orgazm olamamaya ve cilt reaksiyonlarına yol açabileceği unutulmamalıdır (32).

## SONUÇ

Fizyolojik ve psikolojik problemlerin hangi mekanizmalarla PE'ya neden olduğu ortaya çıkarıldığında daha etkili tedaviler de ortaya çıkacaktır. Hastaya göre tedavi seçimleri olması gerektiği sadece tek bir tedavi yöntemi olmadığı unutulmamalıdır. Hastalarla ve partnerleriyle tüm tedavi yöntemlerinin etki ve etkinlikleri ayrıca yan etkileri konuşulmalı, en uygun yöntem seçilmelidir. Gereğinde seks terapistlerinden de yardım alınmalı, davranışsal ve medikal tedavi kombinasyonları birlikte uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med. 5(7):1590-1606, 2008.

2. Rosenberg MT, Sailor N, Tallman CT, Ohl DA. Premature ejaculation as reported by female partners: survey results from a community practice. Poster presented at: American Urological Association Annual Meeting, May 20–25, Atlanta, GA. Abstract 1332, 2006.
3. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *J Sex Med.* 2:498-507, 2005
4. McMahon CG. Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors *Int J Impot Res* 14(Suppl 3):S19, 2002
5. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med.* 2:358-367, 2005.
6. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride. *Int J Impot Res*, 10:181–185, 1998.
8. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 64:991-997, 2004.
9. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281:537–44, 1998.
10. Corona G, Petrone L, Mannucci E, et al. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol.* 46(5):615-622, 2004.
11. Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al. Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *J Urol.* 27(1):86-93, 2006.
12. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 168:2359-67, 2002.
13. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al. Disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med*, 1:58–65, 2004.
14. Waldinger MD, Rietschel M, Nöthen MM, Hengeveld MW, Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Genet.* 8(1):37-40.1998.
15. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, Jannini EA. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 90(12):6472-6479, 2005.
16. Lotti F, Corona G, Mancini M, et al. The association between varicocele, premature ejaculation and prostatitis symptoms: possible mechanisms. *J Sex Med.* 6(10):2878-2887, 2009.
17. Jin BF, Zhang XD, Huang YF, et al. Correlation of premature ejaculation with central lumbar intervertebral disc herniation. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 15(3): 244-247, 2009.
18. Zohdy W. Clinical parameters that predict successful outcome in men with premature ejaculation and inflammatory prostatitis. *J Sex Med.* 2009 Sep 14. [Epub ahead of print].
19. El-Nashaar A, Shamloul R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. *J Sex Med.* ;4(2):491-496, 2007.
20. Shamloul R, el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *J Sex Med.* 3(1):150-154, 2006.
21. Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. *South Med J.* 49: 353–358, 1956.
22. Masters WM, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy.* Boston: Little, Brown; 1970.
23. Hawton K, Catalan J, Martin P, Fagg J. Long-term outcome of sex therapy. *Behav Res Ther* 24: 665–675, 1986.
24. Waldinger MD. Towards evidenced based drug treatment research on premature ejaculation: A critical evaluation of methodology. *J Impotence Res.* 15:309-313, 2003.
25. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline. *J Clin Psychopharmacol.* 18:274-81, 1998.
26. Waldinger MD, Berendsen HH, Blok BF, Olivier B, Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: The involvement of the serotonergic system. *Behav Brain Res* 92:111-118, 1998.
27. Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 67:547–568, 2007.
28. Hellstrom WJ, Heintz JW. Treatment of premature ejaculation: new drugs and treatment strategies. *Curr Urol Rep* 7: 473–478, 2006.
29. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation. *Lancet.* 9:368(9539):929-937, 2006.
30. Safarinejad MR, Hosseini SY. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol.* 26:27–31, 2006.
31. McMahon CG, Stuckey B, Andersen ML, et al. Efficacy of viagra: Sildenafil citrate in men with premature ejaculation. *J Sex Med.* 2:368-75, 2005.
32. Vanden Broucke H, Everaert K, et al. Ejaculation latency times and their relationship to penile sensitivity in men with normal sexual function. *J Urol* 177: 237–40, 2007.