

Kronik prostatitler ve cinsel fonksiyon bozuklukları

Uzm. Dr. Melih Balcı¹, Doç. Dr. Altuğ Tuncel¹, Prof. Dr. Ali Atan²

¹Sağlık Bakanlığı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği;

²Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Kronik prostatit / Kronik pelvik ağrı sendromu (KP/KPAS), erkeklerin %15'ini etkileyen yaygın klinik bir sendromdur (1). Neden olduğu semptomlar morbiditenin artmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına ve tedavi maliyetlerinde artışa neden olmaktadır (2). KP/KPAS'nun karakteristik belirtileri; ürogenital bölgede ağrı ve rahatsızlık hissidir. Ancak bu belirtilerin dışında alt üriner sistem semptomları da KP/KPAS'nin esas belirtileri arasındadır. Yukarıda bahsedilen belirtilere ek olarak erektil disfonksiyon (ED) ve prematür ejakülasyon (PE) gibi cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) bu sendroma eşlik edebilir (3). Bu derlemede kronik prostatitler'in erkek cinsel fonksiyonları üzerindeki etkileri literatür eşliğinde okuyucu ile paylaşılacaktır.

ED, başarılı cinsel ilişki için yeterli ereksiyonun sağlanamaması ve / veya sürdürülememesi durumunun süreklilik kazanması olarak tanımlanır (4). ED yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte erkeğin mutluluğunu, kendisine saygısını, toplumsal ilişkilerini zedeleyen, ciddi psikolojik sorunlar oluşturabilen sıklığı ve ciddiyeti yaşla birlikte artan yaygın sosyokültürel bir sorundur (5). Vasküler, nörojenik, hormonal, kavernoza ve psikojenik nedenler başta olmak üzere çok sayıda faktör ED etiolojisinde rol oynamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve 1410 erkeği kapsayan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Anketi (NHSLA)'nde ED prevalans oranları 18- 29 yaş için %7, 30-39 yaş için %9, 40-49 yaş için %11 ve 50-59 yaş için %18 olarak bildirilmiştir (6). Ülkemizde ise 17-80 yaş arası 603 erkeği kapsayan tarama çalışmasında, ED oranı %13.4 olarak bildirilmiştir (7).

PE, toplumda en sık rastlanılan CFB'dur. Uluslararası Cinsel Sağlık Derneği'nin yeni tanımına göre PE tanısı koymak için ejakülasyon tamamen ya da tama yakın sıklıkta vajinal penetrasyondan önce veya vajinal penetrasyondan sonraki bir dakika içerisinde olmalıdır. Ayrıca hemen her vajinal penetrasyonda ejakülasyon geciktirilememelidir ve üzüntü, sıkıntı, hayal kırıklığı ve/veya cinsel ilişkiden uzak-

laşma gibi olumsuz kişisel sonuçlar oluşturmalıdır (8). PE etiyojisi halen net olarak bilinmemektedir ve huzursuzluk, penil hipersensitivite ve 5-hidroksitriptamin reseptör bozukluğunu içeren mevcut hipotezleri destekleyecek yeterli veri yoktur. Türkiye dahil 29 ülkede yapılan Global Cinsel Alışkanlıklar ve Davranışlar çalışmasında, Avrupa ve Ortadoğu ülkeleri karşılaştırıldığında, Ortadoğu dışındaki tüm ülkelerde saptanan CFB içerisinde PE ilk sırada tespit edilmiştir (%20-%30.5) (9). Ülkemizde 1412 erkekte yapılan tarama çalışmasında ise PE prevalansı %25.7 olarak bulunmuştur (10).

KP/KPAS ve CFB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda Tuncel ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama yaşları 38 yıl olan 96 hastanın 81'inde (%84.4) CFB bildirilmiştir. Alt grup analizine bakıldığında hastaların 29'unda (%30.2) ED, 65'inde (%67.7) ejakülasyon bozuklukları (40 hastada PE ve 25 hastada ağrılı ejakülasyon) ve 22'sinde (%22.9) ise libidoda azalma rapor edilmiştir. Bu çalışmanın yazarları, prostat inflamasyonu olan hastalarda en yaygın belirtinin CFB olduğu sonucuna varmıştır (11). Çin'de yapılan ve 1786 KP/KPAS tanısı konulan hastayı içeren çalışmada ise CFB prevalansı %49, ED ve PE prevalansları ise sırası ile %15 ve %26 olarak rapor edilmiştir. Yazarlar, bu çalışmanın sonucunda KP/KPAS tanısı konulan hastalarda CFB'nin artmış sıklıkta olduğu buna ek olarak artan yaş ile CFB prevalansı'nın arttığı sonucuna varmıştır (12). KP/KPAS ve CFB arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada ise 296 hastanın 214'ünde (%72.3) CFB tespit edilmiştir. Bu hastaların %25'inde yalnızca ED, %33.4'ünde yalnızca ejakülasyon bozukluğu ve %41.6'sında ise her iki durum birden tespit edilmiştir. ED tespit edilen hastaların %53.1'inde hafif, %15.4'ünde hafif-orta, %17.5'inde orta ve %13.9'unda ağır derecede ED saptanmıştır. Ejakülasyon bozukluğu saptanan hastaların ise %58.1'inde PE ve %53.8'inde ejakülasyon sırasında ağrı tespit edilmiştir (13). Sönmez ve arkadaşlarının ortalama yaşları 33.7 yıl

olan ve KP/KPAS tanısı konulan 43 hastayı içeren çalışmasında, %23.2 oranında hafif ve orta derece ED, %67.4 oranında PE ve %37.2 oranında ejakülasyonda ağrı rapor edilmiştir (14). Liang ve arkadaşlarının tarama çalışmasında 12743 hastanın %4.5'inde KP/KPAS tespit etmiştir. Bu hastalardan cinsel aktif olanların %36.9'da PE saptamıştır (15). Screponi ve arkadaşları, PE saptanan hastalarda KP/KPAS prevalansını araştırdıkları çalışmasında, bu hastaların %56.5'inde prostatik inflamasyon ve %47.8 inde ise kronik bakteriyel prostatit tespit etmişlerdir (16). Ülkemizden yapılan bir çalışmada ise ortalama yaşları 39.1 yıl olan ve KP/KPAS saptanan 66 hastanın 51'inde (%77.3) PE, 10'unda (%15.2) ise hem PE hem de ED tespit edilmiştir (17).

KP/KPAS ile CFB arasındaki bağlantıyı gösteren önemli bir kanıt olmasa da, literatürde bu iki durumun altında yatan olası mekanizmaları açıklayabilecek bazı çalışmalar bulunmaktadır. ED; organik, fizyolojik, hormonal ve psikolojik faktörleri içeren genellikle çok faktörlü etiyojijye sahiptir. KP/KPAS'nun bu faktörlere muhtemel etkisi, ED ile olan bağlantısını açıklayabilir. Yapılan bir çalışmada, KP/KPAS saptanan 21 hastada kontrol grubuna göre artmış arteriyel sertlik ve endotelial disfonksiyon tespit edilmiştir (18). Diğer bir çalışmada ise KP/KPAS'lu hasta gurubunda kontrol gurubuna göre artmış serum testosteron ve androstenodion seviyeleri tespit edilmiştir (19). Bu sonuçlar KP/KPAS patogenezinde androjen reseptör duyarsızlığı veya disfonksiyonu olasılığını arttırmaktadır (20). Sinir büyüme faktörü (NGF) gibi büyüme ve inflamasyon faktörünün KP/KPAS'da meydana gelen ağrının nörojenik nedeni ile ilişkili olduğu bulunmuştur (21). NGF, nosiseptif nöronlar ve yetişkinlerde duyuusal nöronların regülasyonunda rol almaktadır ve KP/KPAS'da tespit edilen bu durum ED ile ilişkilendirilebilir (20). Vasküler, endokrin ve nörolojik faktörlere ek olarak KP/KPAS'nun ED'a neden

olmasında asıl rol psikolojik faktörlere ait olabilir. Psikolojik stres, KP/KPAS'nun yaygın bir sonucudur (22). Oluşan stres ve huzursuzluk sonucunda ED meydana gelebilmektedir. KP/KPAS olan erkeklerde sıklıkla karşılaşılan depresyon PE içinde bir risk faktörüdür (23). Depresyona ek olarak KP/KPAS'lu hastalarda ejakülasyon bozukluğunun inflamasyonun duyuusal feedback mekanizmasını bozarak ejakülasyon refleksini arttırması ve orgazm öncesi kontrolün ortadan kalkması ile oluştuğu iddia edilmektedir (24).

KP/KPAS'lu hastalarda CFB'nun tedavisine yönelik literatürde sınırlı sayıda çalışma vardır. Anderson ve arkadaşları, KP/KPAS'na bağlı CFB gelişen 133 hastada 4 ile 8 haftalık pelvik taban kas rehabilitasyonu ile cinsel semptomlarda iyileşme rapor etmiştir (25). Bir başka çalışmada, KP/KPAS'ye bağlı CFB gelişen 280 hasta iki gruba ayrılmış, bir gruba sildenafil sitrat, diğer gruba ise kinolon grubu antibiyotik verilmiştir (26). Tedavi sonunda sildenafil sitrat verilen gurupta prostatit semptomları ve cinsel fonksiyonlarda anlamlı olarak daha fazla düzelme tespit edilmiştir. El-Nashaar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ikincil PE'ü olan 145 hastanın 94'ünde (%64.8) kronik bakteriyel prostatit tespit edilmiştir (27). Bu hastaların 74'üne bir aylık antibiyotik tedavisi verilmiş ve 20 hasta kontrol grubu olarak takip edilmiştir. Bu çalışmada, tedavi verilen hastaların 62'sinde (%83.9) intravajinal ejakülasyon zamanında ve ejakülasyon kontrolünde iyileşme tespit edilirken kontrol grubunda iyileşme tespit edilmemiştir.

Sonuç olarak; CFB, KP/KPAS'nun yaygın bir sonucudur. Bu iki klinik durum arasındaki ilişki vasküler, nöromusküler, endokrinolojik veya psikolojik etiyojijiler ile bağlantılı olabilir. KP/KPAS' lu hastalar değerlendirilirken cinsel fonksiyonlar sorgulanmalı ve tedavi planında her iki durum göz önünde bulundurularak hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasına çalışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Schaeffer AJ, Datta NS, Fowler JE Jr, Krieger JN, Litwin MS, Nadler RB, Nickel JC, Pontari MA, Shoskes DA, Zeitlin SI, Hart C; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Overview summary statement. *Diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS)*. *Urology*. 2002 Dec;60(6 Suppl):1-4.
2. McNaughton Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, Calhoun EA, Santanna J, Landis JR, Kusek JW, Litwin MS; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Gen Intern Med*. 2001 Oct;16(10):656-62.
3. Davis SN, Binik YM, Carrier S. Sexual dysfunction and pelvic pain in men: a male sexual pain disorder? *J Sex Marital Ther*. 2009;35(3):182-205.
4. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994 Jan;151(1):54-61.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44.
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res*. 1999 Sep;11 Suppl 1:S60-4.
7. Tekdoğan ÜY, Güngör SY, Aslan Y, Çanaklı F, Aksüt H, Atan A. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması. *Üroloji Bülteni* 2003;14:188-192.
8. McMahon CG, Althof S, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, Adakian PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabeas K, Giraldi A,

- Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen R, Rowland D, Seagraves R; International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for Definition of Premature Ejaculation. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *BJU Int.* 2008 Aug;102(3):338-50.
9. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigators' Group. 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 Jan-Feb;17(1):39-57.
 10. Balcı M, Aslan Y, Aydın AÖ, Kayalı M, Tuncel A, Atan A. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: anket çalışması. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2012 4(3):108-113.
 11. Tuncel A, Akbulut Z, Atan A, Basar MM. Common symptoms in men with prostatic inflammation. *Int Urol Nephrol.* 2006;38(3-4):583-6.
 12. Liang CZ, Zhang XJ, Hao ZY, Shi HQ, Wang KX. Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis. *BJU Int.* 2004 Mar;93(4):568-70.
 13. Lee SW, Liang ML, Yuen KH, Leong WS, Cheah PY, Khan NA, Krieger JN. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008 Jan;71(1):79-84.
 14. Sönmez NC, Kiremit MC, Güney S, Arisan S, Akça O, Dalkılıç A. Sexual dysfunction in type III chronic prostatitis (CP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) observed in Turkish patients. *Int Urol Nephrol.* 2011 Jun;43(2):309-14.
 15. Liang CZ, Hao ZY, Li HJ, Wang ZP, Xing JP, Hu WL, Zhang TF, Ge WW, Zhang XS, Zhou J, Li Y, Zhou ZX, Tang ZG, Tai S. Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. *Urology.* 2010 Oct;76(4):962-6.
 16. Screponi E, Carosa E, Di stasi M, Pepe M, Carrub aG, Jannini E. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology.* 2001 Aug;58(2):198-202.
 17. Gonen M, Kalkan M, Cenker A, Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome. *J Androl.* 2005 Sep-Oct;26(5):601-3.
 18. Shoskes DA, Prots D, Karns J, Horhn J, Shoskes AC. Greater endothelial dysfunction and arterial stiffness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome--a possible link to cardiovascular disease. *J Urol.* 2011 Sep;186(3):907-10.
 19. Dimitrakov J, Joffe HV, Soldin SJ, Bolus R, Buffington CA, Nickel JC. Adrenocortical hormone abnormalities in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008 Feb;71(2):261-6.
 20. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2008 May;179(5 Suppl):S61-7.
 21. Miller LJ, Fischer KA, Goralnick SJ, Litt M, Burlinson JA, Albertsen P, Kreutzer DL. Nerve growth factor and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2002 Apr;59(4):603-8.
 22. Mehik A, Hellström P, Sarpola A, Lukkarinen O, Järvelin MR. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. *BJU Int.* 2001 Jul;88(1):35-8.
 23. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, Nehra A, Sharlip ID; AUA Erectile Dysfunction Guideline Update Panel. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol.* 2004 Jul;172(1):290-4.
 24. Kaplan HS: *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunction.* New York, Brunner/Mazel, 1974.
 25. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol.* 2006 Oct;176(4 Pt 1):1534-8.
 26. Yang S, Liu Y, Kong C, Li M. Investigation of sildenafil in the treatment of prostatitis-related sexual dysfunction. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2004 Jun;10(6):451-4.
 27. El-Nashaar A, Shamloul R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. *J Sex Med.* 2007 Mar;4(2):491-6.