

# Kronik prostatit/kronik pelvik ağrı sendromlu hastalarda prostat kalsifikasyonlarının erkek seksüel disfonksiyonu ile ilişkisi üzerine prospektif bir çalışma

Zhao Z, Xuan X, Zhang J, He J, Zeng G

J Sex Med. 2014;11: 2528-2536

Kronik prostatit/kronik ağrı sendromu (KP/KPAS) nedeni henüz tam olarak anlaşılamamış sık görülen bir durumdur. Toplumdaki prevalansı %2.2 ile %13.8 olarak tahmin edilmektedir. KP/KPAS'nun erektil disfonksiyon (ED), azalmış libido veya seksüel aktivite sıklığı ve prematür ejakülasyon ile birlikteliği kabul edilmekteyse de patogenezi hala belirsizdir.

Prostat kalsifikasyonları inflamasyon varlığında çeşitli maddelerin prostat bezi salgıları içinde çökmesi ve corpora amylacea'nın kalsifikasyonu ile oluşur ve erkeklerde oldukça sık görülür. Bununla birlikte bu kalsifikasyonların üroloji pratiğindeki önemi bilinmemektedir. KP/KPAS semptomlarının prostat kalsifikasyonu ile bağlantılı olduğunu gösteren bazı çalışmalar vardır. Yeni yapılan bir çalışmada, Shoskes ve ark. prostat kalsifikasyonlarının sıklıkla KP/KPAS'lu hastalarda bulunduğunu intraprostatik inflamasyon veya bakteriyel kolonizasyon ve uzun süreli semptomların varlığıyla anlamlı şekilde bağlantılı olduğunu iddia etmişlerdir. Birçok çalışmada ED ve KP/KPAS'nun prostat kaynaklı inflamasyonla bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte prostat kalsifikasyonlarının seksüel disfonksiyonla ilişkisini gösteren bir çalışma yoktur.

Bu prospektif çalışmada KP/KPAS'lu hastalarda prostat kalsifikasyonu olanlar ile prostat kalsifikasyonu olmayanların seksüel disfonksiyon açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Bir hastanenin üroloji ve androloji kliniklerinde Kasım 2009 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında KP/KPAS tanısı almış 358 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Özetle hastaların öncelikli şikâyetleri ağrı ile birlikte işeme şikâyetleri ve seksüel disfonksiyondur. Prostat sekresyonunda (EPS), prostat masajı sonrası idrarında (VB3) veya semeninde lökosit bulunanlar inflamatuvar KP/KPAS (Tip IIIA), lökosit bulunmayanlar ise noninflamatuvar KP/KPAS (Tip IIIB) olarak sınıflandırılmıştır. Her hastaya ilk vizitinde masaj öncesi idrar, EPS sonrası veya masaj sonrası idrar ve idrar

kültürü tetkikleri, pelvik taban kaslarının ve prostatın dijital rektal muayenesi (DRM) ve transabdominal ultrason tetkiki yapıldı. Prostat kalsifikasyonları ve prostat hacimleri transabdominal ultrasonografi ile çalışmaya kör bir ürolog tarafından ölçüldü. Prostat kalsifikasyonlarının bulunup bulunmamasına göre hastalar iki gruba ayrıldı.

Hastaların semptomlarının ölçülmesinde NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (CPSI) sorgulama formu kullanıldı ve ağrı, işeme ve QoL alt grup skorları ayrı ayrı hesaplandı. Seksüel fonksiyonların değerlendirilmesinde 15 sorulu International Index of Erectile Function (IIEF-15) sorgulama formu kullanıldı, erektil fonksiyon (EF), orgazmik fonksiyon (OF) ve libido skorları ayrı ayrı ölçüldü. Prematür ejakülasyon (PE) 5 sorulu prematür ejakülasyon değerlendirme formu (PEDT) ile değerlendirildi, skorlara göre PE yok, muhtemel PE ve PE olarak 3'e ayrıldı.

Hastalar transabdominal ultrasonografi ile değerlendirildikten sonra 2 gruba ayrıldı; prostat kalsifikasyonları tespit edilen 175 hasta kalsifikasyon grubuna, prostat kalsifikasyonları tespit edilmeyen 183 hasta ise kalsifikasyon görülmeyen gruba dahil edildi. Serimizde prostat kalsifikasyonları görülme oranı %48.9 idi. İki grup arasında yaş, BMI, prostat hacmi, sigara kullanımı ve medikal komorbiditeler yönünden anlamlı farklılık yoktu. Kalsifikasyon grubunda NIH-CPSI toplam ve 3 alt grup skorları diğer gruptan yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kalsifikasyon görülmeyen gruba kıyasla kalsifikasyon grubu daha uzun süredir semptomatikti (medyan 47 ay/15 ay;  $p<0.001$ ). Prostat sekresyonunda her büyük büyütmede 10'dan fazla lökosit bulunan 107 (%29.9) hasta Tip IIIA, bulunmayan 251 (%70.1) hasta ise Tip IIIB olarak sınıflandırıldı. Kalsifikasyon grubunda Tip IIIA görülme oranı anlamlı derecede yüksekti ( $p<0.001$ ). Ayrıca kalsifikasyon grubunda prostat sekresyon kültürleri hem üropatojenler (*E.coli*, *Klebsiella sp.* veya *Enterekoklar*) hem de non üropatojenler (diğer gram negatif bakteriler mesela *Staf epidermidis*)

yönünden anlamlı olarak daha sıklıkla pozitifdi ( $p<0.001$ ).

DRM sırasında pelvik taban kasları palpe edilirken hastada ağrılı spazmların görülmesi pozitif olarak kabul edildi. Prostat kalsifikasyonlu erkeklerin DRM sırasındaki pelvik taban hassasiyeti saptanma oranları diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu (%61.6/ %22.4;  $p<0.001$ ).

IIEF-EF skorlarına göre 358 KP/KPAS'lu hastanın 134'ünde (%37.4) erektil disfonksiyon (ED) saptandı. Bu hastaların 91'i (%52) kalsifikasyon grubunda, 33'ü (%18) ise kalsifikasyon görülmeyen gruptaydı ( $p<0.001$ ). Bu bilgiler göstermiştir ki, prostat kalsifikasyonlu hastalarda ED görülme sıklığı daha fazladır.

PEDT ile %41.9 oranında PE tespit edildi. Bu hastaların 118'i (%33) PE ve 32'si (%8.9) muhtemel PE idi. İki grup arasında PEDT skorları açısından anlamlı fark yoktu. OF değerlendirmesinde de her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Bu sonuçlar göstermiştir ki; IIEF-15 ve PEDT sorgulama formları temelinde prostat kalsifikasyonları ED ile anlamlı şekilde ilişkili; libido, OF ve PE ile ilişkisizdir.

#### Çeviri

**Uzm. Dr Tarık Yonguç, Uzm. Dr İbrahim Halil Bozkurt**  
**İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi,**  
**Üroloji Kliniği**