

ÜCD Güncelleme Serileri

Ocak 2017 // Cilt:6 // Sayı:1

Prematür Ejakülasyon

Sayı Editörü:

Dr. Ümit GÜL

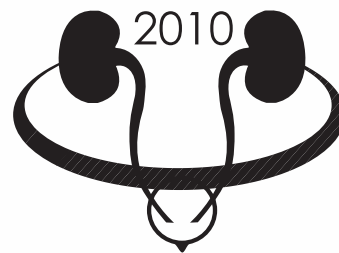
Yazarlar:

Dr. Ümit GÜL

Dr. İyimser ÜRE

Dr. Ozan BOZKURT

Dr. Adil ESEN



Ürolojik
Cerrahi
Derneği



Editör:

Dr. Serdar TEKGÜL

Editör yardımcısı ve Genel Koordinatör:

Dr. Rasin ÖZYAVUZ

Sayı Editörü :

Dr. Ümit GÜL

Yayımlayan:

Ürolojik Cerrahi Derneği

Sorumluluk:

Bilimsel içeriğin sorumluluğu yazarlara aittir.

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Abdullah GEDİK

Dr. Ahmet Adil ESEN

Dr. Ahmet ERÖZENCİ

Dr. Ahmet METİN

Dr. Ahmet ŞAHİN

Dr. Ali ERGEN

Dr. Ali GÖKALP

Dr. Ali GÜNEŞ

Dr. Ali MEMİŞ

Dr. Ali TEKİN

Dr. Atilla TATLIŞEN

Dr. Aydın MUNGAN

Dr. Ayhan KARABULUT

Dr. Bedrettin SEÇKİN

Dr. Cavit CAN

Dr. Ceyhun ÖZYURT

Dr. Cenk Yücel BİLEN

Dr. Cüneyt ÖZKÜRKÇÜGİL

Dr. Çağ ÇAL

Dr. Erdal KUKUL

Dr. Erim Erdem

Dr. Faruk ÖZCAN

Dr. Feridun ŞENGÖR

Dr. Ferruh ŞİMŞEK

Dr. Ferruh ZORLU

Dr. Güner Kemal ÖZGÜR

Dr. Hakan GEMALMAZ

Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Dr. Haluk ÖZEN

Dr. Hamit ERSOY

Dr. Hayrettin ŞAHİN

Dr. İbrahim CÜREKLİBATUR

Dr. İbrahim GÜLMEZ

Dr. Kaan AYDOS

Dr. Kadir Emre AKKUŞ

Dr. Kamil ÇAM

Dr. Levent EMİR

Dr. Levent TÜRKERİ

Dr. Lütfü TAHMAZ

Dr. M. Bülent ALICI

Dr. M.Zafer SINIK

Dr. Mehmet Bülent ÇETİNEL

Dr. Mesut ÇETİNKAYA

Dr. Mesut GÜRDAL

Dr. Nihat ARIKAN

Dr. Nihat SATAR

Dr. Oktay DEMİRKESEN

Dr. Osman İNCİ

Dr. Önder KAYIGİL

Dr. Öztuğ ADSAN

Dr. Reşit TOKUÇ

Dr. Rüknettin ASLAN

Dr. Şaban SARIKAYA

Dr. Serdar TEKGÜL

Dr. Sinan Sözen

Dr. Sümer BALTACI

Dr. Tahir Turan

Dr. Taner KOÇAK

Dr. Tarık ESEN

Dr. Tufan TARCAN

Dr. Turgut ALKİBAY

Dr. Uğur ALTUĞ

Dr. Uğur KUYUMCUOĞLU

Dr. Üstünoğlu KARAOĞLAN

Dr. Zühtü TANSUĞ

Dr. Veli YALÇIN

Dr. Yaşar BEDÜK

Dr. Zafer AYBEK

Sayı Editöründen:

Değerli Meslektaşlarımız,

Prematür ejakülasyonun insanlık tarihi kadar eski bir rahatsızlık olduğu düşünülmektedir. Sorunun anlaşılması ve çözümü yolunda tıp uzmanları ile psikologların arasındaki fikir ayrılıkları ve birbiri ile çelişen hipotezler de bu tarihçeyi süslemektedir. Ayrıca bu süreç, sorunun çözümü yolunda klinisyenler ile nörobilimcilerin işbirliği içinde çalışmalarının da tarihini gözler önüne sermektedir. Patofizyolojinin daha iyi anlaşılması ile yeni tedavi modalitelerinin hayata geçirilmiş olması, bizlerin daha etkili sonuçlara ulaşmamıza yol açmıştır.

Okuyacağınız bu güncelleme ile prematür ejakülasyon hastalığını, yenilikler ışığında tüm yönleriyle ele almaya çalıştık. Hastalığın tanımı, görülme sıklığı, sınıflaması ve patofizyolojisi Dr.Gül tarafından sizlere sunuldu. Risk faktörleri ve hastanın değerlendirilmesi ise Dr.Üre tarafından toparlandı. Tedavideki güncel yaklaşımlar ise Dr.Bozkurt ve Dr.Esen tarafınca derlendi.

Bu güncellemenin sizlere katkısı olması dileklerimizle.

Dr. Ümit GÜL



Yazarlar:

Dr. Ümit GÜL

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Adana

Dr. İyimser ÜRE

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Eskişehir

Dr. Ozan BOZKURT

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, İzmir

Dr. Adil ESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, İzmir

İçindekiler

Tanım, görülme sıklığı, sınıflama ve patofizyoloji	7
Risk faktörleri ve hastanın değerlendirilmesi	9
Prematür ejakülasyonda tedavi.....	11
Sorular	16



Tanım, görülme sıklığı, sınıflama ve patofizyoloji

Dr. Ümit GÜL

İnsanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülen prematür ejakülasyonun, tıp uzmanları ile psikologların arasındaki fikir ayrılıkları ve birbiri ile çelişen hipotezlerle dolu bir geçmişte bulunmaktadır. Bu sorunun çözümü yolunda, klinisyenler ile nörobilimcilerin işbirliği içinde çalışmalarının da etkisiyle önemli mesafeler katetmiştir.

Tanım

Prematür ejakülasyon (PE) kişiye ve partnere göre farklılık içerebilen bir durum olması nedeniyle tanımlanması ile ilgili karışıklıklar söz konusu olmuştur. Tanımlamaların çoğu kanıta dayalı değildir. Kişi ve partneri arasındaki uyum/uyumsuzluk bu durumun klinik önemi üzerindeki başlıca faktördür. Kısa sayılabilecek sürede boşalan bir erkeğin partneri bu süre içinde tatmin olacak olur ise çiftler arasında herhangi bir sorun oluşmazken, yeterli süre olarak kabul edilebilecek bir zaman diliminde boşalan erkeğin eşi bu süre zarfında orgazm olamıyor ise PE sorunu ile gelen çiftler olarak karşımıza çıkacaklardır.

Boşalma zamanının nesnel bir klinik ölçümünün olması gerekliliği nedeniyle Waldinger ve ark. tarafından intravajinal ejakülatuar gecikme zamanı (IELT) tanımlanmıştır. Burada vajina içerisine girişle boşalma arasında geçen zamanın bir kronometre kullanılarak ölçümü söz konusudur (1). Yapılan bir çalışmada partnerlerinin yardımı ile kronometre kullanılarak yapılan IELT ölçüm sonucunda çiftler kronometre kullanımının ilişkiye engel olmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmaya göre erkeklerin %40'ı 15 saniye, %70'i 30 saniye, % 90'ı 1 dakika içinde boşalmıştır. %10'luk kesim 1-2 dakika arasında boşaldığını bildirmiştir (2).

PE'nin, Uluslararası Cinsel Sağlık Derneğinin (ISSM) 2013 yılındaki konsensus panelinin önerisi ile kabul edilen tanımlaması şu üç özelliği içermektedir;

1. Vajinal penetrasyondan ejakülasyona kadar geçen süresinin kısa olması.
2. Ejakülasyon algısının ve kontrolünün yetersizliği.

3. Kişi veya partnerinin bu durumdan kaynaklanan stres ve aralarında çatışma yaşamaları durumu.

ISSM 2014'de PE kılavuz komitesi tarafından yapılan tanımlamada; PE, her zaman ya da hemen hemen her zaman, vajinal penetrasyonun hemen öncesinde ya da vajinal penetrasyondan itibaren bir dakika içinde oluşan erkek seksüel fonksiyon bozukluğu olarak ifade edilmektedir. PE, ilk cinsel deneyimden itibaren (yaşam boyu PE) ya da boşalmayı geciktirme süresinde klinik olarak anlamlı (çoğunlukla 3 dakika veya daha kısa sürede) azalma (edinilmiş PE) şeklinde olabilir. Bu durum boşalmayı vajinal penetrasyonun tamamında veya neredeyse tamamında erteleme yetersizliği ile beraber olup kişide sıkıntı, üzülmeye ve hayal kırıklığına bağlı olarak cinsel yakınlıktan çekinmeye yol açan olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (3,4).

Amerikan Psikiyatri Derneğinin, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) yer alan tanımlama da sıkça kullanılmaktadır. Burada PE, sürekli veya yineleyici bir şekilde olan, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce gelişen, vajinaya girmeden, girer girmez ya da girdikten hemen sonra ejakülasyonun olması durumudur. Kişide belirgin bir strese yol açar ya da kişilerarası ilişkide sorun oluşturur. Problemin temelinde yatan herhangi bir mental bozukluk, ilişkide yaşanan sıkıntı, baskı veya madde/ilaç kullanımı ile tıbbi rahatsızlık söz konusu değildir. Ayrıca DSM-5, ISSM'nin yaşam boyu PE tanımını kabul etmiş ve bu bozukluğun karşılaşmaların %75-%100'ünde gerçekleşmesi ve 6 ay boyunca var olması gerekliliği kriterlerini eklemiştir (5).

Epidemiyoloji

PE için doğru tanımlamanın bulunmaması hastalığın sıklığının değerlendirilmesinin önündeki en önemli engel olmuştur. ABD Ulusal Sağlık Sosyal Yaşam araştırması çalışmasında görülme sıklığı %31 (18-59 yaş arası) olarak bildirilmiştir. Yaş gruplarına göre bu oran %30 (18-29 yaş), %32 (30-39 yaş), %28 (40-49 yaş) ve %55 (50-59 yaş) olarak saptanmıştır (6). Buradaki prevalans oranının yüksekliği erken boşalmanın sorgulandığı tek bir sorunun ikili ölçekle (evet/hayır) yanıtlanmasından kaynaklanıyor olabilir.

Avrupa çalışmalarında yaygınlık oranı belirgin olarak daha düşük bildirilmektedir. Waldinger ve ark. çalışmasında PE'nin 4 alt tipinde prevalans oranları; %2,3 (yaşamboyu), %3,9

(edinilmiş), %8,5 (doğal değişken), %5,1(erken boşalma benzeri boşalma bozukluğu) olarak rapor edilmiştir (7).

Serefioğlu ve ark. çalışmasında yaşamboyu PE %2,3, edinilmiş PE %3,9, doğal değişken PE %8,5 ve erken boşalma benzeri PE %5,1 prevalansa sahip olduğunu rapor etmişlerdir (8).

Sınıflama

Yıllar içinde PE sınıflaması ile ilgili değişiklikler olmuştur. Temel olarak iki alt gruba ayrılan PE daha sonraları 'sendromal' bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. En son kabul gören şekli ile DSM 5'te yer alan dört PE sendromu aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (7).

1. Yaşamboyu PE

İlk cinsel birleşmeden itibaren boşalmanın hemen her ilişkide ve her kadınla çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi durumudur. Bu süre erkeklerin çoğunda (%80-90) 30-60 sn olup, geri kalanların çoğunluğunda (%10) 1-2 dakikadır (9). Hatta boşalma ön sevişme sırasında penetrasyon olmadan (anteportal ejakülasyon) ya da penis vajinaya değer değmez (intraportal ejakülasyon) olabilmektedir. Anteportal ejakülasyon, PE'nin en şiddetli formu olarak kabul edilir.

2. Edinilmiş PE

Yaşamının belli döneminde normal ejakülasyon deneyimine sahip olan kişilerin daha sonra gelişen erken boşalma durumudur. Çoğunluğunda altta yatan organik ya da psikolojik nedenler bulunmaktadır. Bunlar; erektil disfonksiyon (10), prostatit (11), hipertiroidizm (12), psikiyatrik ya da ilişkili problemler ile cinsel performans anksiyetesi (13) veya çeşitli ilaçların çekilme/detoksifikasyonuna bağlı olabilir (14,15,16).

3. Doğal Değişken PE

Bu durum cinsel performansın normal çeşitliliği olarak kabul edilmektedir. Psikopatoloji göstergesi olarak değerlendirilmemelidir. Bu kişilerin boşalmayı geciktirme süreleri tutarsız olup bazı durumlarda ilişkilidir.

4. Erken Boşalma Benzeri Boşalma Bozukluğu (Subjektif PE)

Ejakülasyon süreleri normal aralıkta (2-6 dakika) ya da bazen uzun süreli (5-25 dk) olmasına rağmen PE yakınma durumudur. Organik ya da nörobiyolojik bir bozukluk söz konusu olmayıp ejakülasyon süresinin yanlış

algılanması ile ilgilidir. Ayrıca partnerin geç orgazm olması nedeniyle ejakülasyon gecikme süresinin kısalığı da söz konusu olabilmektedir.

Patofizyoloji

PE etyolojisi net olarak bilinmemekle beraber yapılan araştırmalar ile çeşitli faktörlerin etyolojide rol aldığı ortaya konulmuştur. PE'nin 4 alt tipinde etyoloji ve patogenezi birbirinden farklıdır (17).

Yaşamboyu PE, merkezi nörobiyolojik mekanizmalarla ilgili olup, belirli nörotransmitterler ve nörotransmitter reseptör işlevinde genetik değişiklikler söz konusu olabilir. Janssen ve ark. çalışmasında, IELT'süresinin serotonin (5-hidroksitriptamin / 5-HT) taşıyıcı aktivitesi tarafından düzenlenen merkezi serotonin nörotransmisyonunda bozulmaya neden olan 5-HTTLPR gen polimorfizmi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (18). Bu durum azalmış serotonerjik nörotransmisyonunun boşalmayı hızlandırdığı şeklindeki bilgi ile tutarlılık göstermektedir.

Edinilmiş PE, doğrudan bir neden gösterilememekle beraber ilişkili risk faktörlerinden söz etmek daha doğru olacaktır. Bu faktörlerden başlıcaları; penil aşırı duyarlılık, prostatit, erektil disfonksiyon, hipertiroidizm, anksiyete, ilişki ve evliliğe bağlı sorunlar, hipoaktif cinsel arzu, kadın cinsel işlev bozukluğudur (19).

Değişken PE, ara sıra olan bir durumdur. Hastalar IELT süresinin bazen kıaldığını ifade ederler.

Subjektif PE'nin psikolojik ve kültürel nedenlerden kaynaklandığı kabul edilmektedir(19).

Kaynaklar

1. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH. Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1377-9
2. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1998;2(4):287-93.
3. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD ve ark. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med*. 2014 Jun;11(6):1392-422.
4. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, ve ark. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Sex Med*. 2014;2(2):41-59.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Edition). Washington, DC.
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
7. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med*. 2008;5(5):1079-87.
8. Serefoglu EC, Yaman O, Cayan S ve ark. Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *J Sex Med*. 2011;8(2):540-8.
9. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M ve ark. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med*. 2005;2(4):492-7.
10. Jannini EA, Lombardo F, Lenzi A. Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. *Int J Androl*. 2005;28 Suppl 2:40-5
11. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM ve ark. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology*. 2001;58(2):198-202.
12. Carani C, Isidori AM, Granata A ve ark. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(12):6472-9.
13. Hartmann U, Schedlowski M, Krüger TH. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. *World J Urol*. 2005;23(2):93-101.
14. Chekuri V, Gerber D, Brodie A, Krishnadas R. Premature ejaculation and other sexual dysfunctions in opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Addict Behav*. 2012;37(1):124-6.
15. Adson DE, Kotlyar M. Premature ejaculation associated with citalopram withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2003;37(12):1804-6.
16. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):223-32.
17. Waldinger MD. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(1):1-13.
18. Janssen PK, Bakker SC, Réthelyi J ve ark. Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med*. 2009 Jan;6(1):276-84.
19. Jannini EA., Lenzi A. Acquired prematurity ejaculation pathophysiology. In: Emmanuele A, Jannini Chris G, McMahon, Marcel D, Waldinger, editors. *Prematür Ejakülasyon*. Italy. Springer-Verlag; 2013.

Risk faktörleri ve hastanın değerlendirilmesi

Dr. İyimser ÜRE

Risk faktörleri

Organik Risk Faktörleri

Prematür ejakülasyonun (PE) bilimsel olarak araştırılmasının yeni başladığı dönemlerde bu semptom veya semptomlar grubunun bir nörobiyolojik hastalığa bağlı olabileceği ve bunun temelinde de santral serotoninerjik yollarda genetik olarak ortaya çıkan bozuklukların varlığı düşünüldü. Yıllarca PE'nin "yaşam boyu" tipinin tek PE çeşidi olduğu zannedildi. Kazanılmış tip PE ise oldukça yakın geçmiş zamanda tanımlandı. Schapiro (1) PE olan hastaların ailesindeki diğer erkeklerin de risk altında olduğunu tanımladığından beri PE'nin kalıtsal bir hastalık olabileceği öne sürülmeye başlandı. Ancak PE'nin daha sık görüldüğü ailelerde genetik etkenlerden ziyade çevresel ve kültürel bir takım faktörlerin rol oynayabileceği düşüncesi genellikle ihmal edildi. Kemirgenler üzerinde yapılan bazı çalışmalar sayesinde elde edilen bir takım kanıtlar dışında PE'nin gerçek bir genetik hastalık olabileceğine dair net bir kanıt bulunamadı (2). İki erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda sadece %28'lik bir grupta genetik değişkenlerin rol oynadığı gösterildi (3).

PE'de serotoninerjik ilaçların önemli ölçüde etkili olması nedeniyle araştırmacılar serotoninerjik genlere odaklandılar. Bunlardan en çok araştırılanı, 5-HT taşıyıcı geninin promotor bölgesi idi. 5-HT taşıyıcı geninin promotor bölgesindeki polimorfizmlerin koruyucu etkinliği olduğu gösterildi (4). Ancak bazı araştırmacılar aynı ilişkinin tam tersi yönünde de kanıtlara eriştiler (5). Sonuç olarak PE'nin 5-HT'nin genetik hipoaktivitesine bağlı olabileceği fikri, antidepressanların ejakülatuar refleksi yavaşlatma etkisi sayesinde yaygınlaştı (6).

Prostat ve ejakülasyon arasındaki ilişki geçmişte pek dikkate alınmaz iken günümüzde ilgi çekmeye başlamıştır. Prostat enfeksiyonlarının/inflamasyonlarının PE ile bağlantılı olabileceği bilinmektedir. Screponi ve ark. PE'si olan erkeklerde prostatik inflamasyon/enfeksiyon prevalansının yüksek olduğunu ilk gösteren araştırmacılar (7).

Prostatit geçiren erkeklerde PE oldukça sık görülen bir semptomdur. Bu çalışmadan sonra Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzlarında PE olan erkeklerde prostat muayenesinin yapılması gerektiği önerilmeye başlanmıştır (8). Eğer nedensel bir bağlantı varsa, prostatik inflamasyon erkeğin genital bölgesinden gelen duyarların bozulmasına ve hastanın emisyon fazını hissetmemesine neden olabileceği düşünülebilir. PE hastalarında prostatik inflamasyon/enfeksiyon prevalansı %15-64 oranında değişiklik gösterirken prostatit ve alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olan erkeklerin %75'inde PE olduğu gösterilmiştir (9).

Seksüel disfonksiyon, PE'ye yol açabilir veya PE nedeniyle ortaya çıkabilir. Bu nedenle PE'si olan her hasta başka bir seksüel semptomun varlığı açısından detaylı olarak araştırılmalıdır. Aynı durum hastanın partneri için de geçerlidir. PE'li erkeklerin %50'si kadarında aynı zamanda erektil disfonksiyon (ED) da var olduğu gösterilmiştir (10). Bu iki hastalık arasındaki bağlantı, hoş olmayan bir döngü şeklinde tezahür etmektedir. Örneğin, PE'si olan erkek, ejakülasyonunu baskılamak amacıyla cinsel uyarıları azaltabilir ve bu sefer de ED yaşayabilir. Aynı şekilde, ereksiyon haline gelmeye çalışan bir ED hastası, cinsel uyarılarını arttıracak bu da erken boşalmasına neden olabilecektir. Diğer yandan ED'si olan hastalar, uzun süreli ereksiyon konusunda kendilerine güvenmediklerinden erken boşalmaktadırlar (11). Tüm bu nedenlerden dolayı, PE tedavisine başlamadan önce hastanın mevcut tüm seksüel disfonksiyonları düzeltilmelidir.

İnfertilite ve fertilitiyi arttırıcı ajanlar kullanılması da PE için önemli bir risk faktörü kabul edilirler. İtalyan Androloji ve Seksüel Tıp Birliği'nin yaptığı araştırmada yardımcı üreme tekniklerinden faydalanan erkeklerin %56,2'sinde ED; %25'inde PE ve %18,7'sinde hipoaktif seksüel istek bozukluğu saptanmıştır (12).

Hormonlar, emisyon ve ejakülasyonun düzenlenmesinde önemli rol oynarlar. Bu nedenle patolojik hormon seviyeleri, ejakülatuar kontrolü doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilir. Tiroid hormonları, testosteron ve prolaktin seviyelerindeki değişiklikler PE açısından risk oluşturabilir (13).

Düşük serum testosteron seviyeleri PE ile ilişkili olabilmekle birlikte, hipogonadizmde tipik olarak gecikmiş ejakülasyon (GE) görülebilir

(14). Güncel veriler, testosteron hormonunun ejakülatuar refleksin kontrolünde önemli rol oynadığını göstermektedir. Yüksek testosteron seviyeleri PE için düşük seviyeleri ise GE için risk oluşturabilir (15).

Psikolojik Risk Faktörleri

Kişinin iç ruhsal ve bununla ilişkili düzensiz ruh hali hem yaşam boyu hem de kazanılmış PE için risk faktörüdür. Bu nedenle psikopatolojik tanısal prosedürlerin kullanılması çeşitli PE alt tiplerinin tanısında faydalı olacaktır.

Çocukluk döneminde oluşan yanlış inanışlar ve batıl fikirler, ilerleyen yaşlarda cinsel davranış bozukluklarına neden olabilir. Ebeveynlerin ya da aile içerisindeki veya dışarısındaki baskın kişilerin öreleyici tutumları Freud'çu bir bakış açısıyla PE gibi seksüel disfonksiyonların ortaya çıkmasını sağlayabilir. Klasik psikoanalitik teoriler, PE olan kişilerde sadistik veya narsistik davranış bozukluğu olabileceğini göstermiştir. Farklı psikanalistlere göre ise PE'si olan erkeklerin evliliklerinde pasif ve mazoistik davranışlar sergilediği ve obsesif-kompulsif karakterde oldukları söylenmektedir. Bir başka düşünceye göre PE, kadınlara karşı olan nefretin bir dışa vurumudur. Erken boşalarak erkek, kadından orgazm duygusunu çalmaktadır (16).

PE, sıklıkla vaktinden önce yapılan uygunsuz cinsel ilişkilerin sonucu olarak da gösterilmektedir. İstemedi yapılan ilişkiler, arka koltuk ilişkileri, hayat kadınları ile gerçekleşen ilişkiler ve yetersiz cinsel eğitim nedeniyle oluşan anksiyete de ejakülatuar kontrolü olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda erkek, orgazmdan hemen önce gerçekleşen duyguları fark ederek, ejakülasyon üzerinde volünter bir kontrol oluşturabilecek olgunluğa ulaşmadan cinsel ilişkiye girerse, tıpkı mesane duyumu tam gelişmeden tuvalet eğitimi verilen çocuklarda işeme disfonksiyonu olduğu gibi bu kişilerde de ejakülasyon bozuklukları yaşanabilmektedir. Pre-ejakülatuar duyguların farkındalığının az olması PE'ye yol açabilmektedir (13).

Seksüel performans ile ilgili olsun ya da olmasın, anksiyete duygusunun da PE'de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Anksiyete pre-ejakülatuar hislerin bloke edilmesine neden olmaktadır. Anksiyete aynı zamanda PE'nin hem sebebi hem de sonucu olabilir. Sosyal fobi de yaşam boyu ve kazanılmış PE'de bir etmen olabilir. PE, erkek sosyal fobik kişilerde en sık görülen cinsel bozukluktur (17).

Hastanın değerlendirilmesi

PE'nin tanısında 4 ana psikometrik araç kullanılır: Prematür Ejakülasyon Tanısal Aracı (PEDT), Prematür Ejakülasyon Profili (PEP), Prematür Ejakülasyon Arabik İndeksi (AIPE) ve Prematür Ejakülasyon Çin İndeksi (CIPE). Bu anketler hastanın verdiği bilgiye dayanır ve ejakülatuar kontrol ile ilgili tatmini ve algıyı ölçer, cinsel birleşmeyle ilgili tatmini değerlendirir.

Çiftin sıkıntılarının PE'nin nedeni veya sonucu olup olmadığını ayırt etmek güç olsa da, PE'nin evlilik sorunlarını ile birlikte gösterilebileceği ihtimali daima göz önünde bulundurulmalıdır. Mümkün olduğunca cinsel belirtiler çift bağlamında değerlendirilmelidir. Bu nedenle, erkeğin söylediklerinin eşininki ile karşılaştırılması esastır. Penetrasyon süresinin algılanışı aslında çok subjektiftir. Daha önce yapılan araştırmalarda, eşin PE tedavisinde yer almasının önemini gösterse de, üroloji kliniklerine başvuran erkeklerin büyük çoğunluğunun eşlerini yanlarında getirmediğini ve eşlerin müdahil olması gerektiğinin farkında olmadıklarını söylemektedir. Öte yandan, erkek PE'si ile ilişkili kadın cinsel sıkıntısı ile ilgili yakın tarihli bir çalışma, kadınların bu erkek cinsel semptomlarının tedavisinde rol oynamaya büyük ilgisi olduğunu vurgulamıştır (18). Kadın cinsel işlev bozuklukları (örneğin, anorgazmi, hipoaktif cinsel istek, cinsel isteksizlik, cinsel uyarılma bozuklukları ve vajinismus gibi cinsel ağrı bozuklukları) daima dikkate alınmalıdır. Entegre bir tedavide, seksüel ve ilişkisel verileri toplamak için tarayıcılar, psikometrik anketler ve yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılmalıdır (19).

Çiftin seksolojik değerlendirmesine ek olarak, saptanan anormal bulguların, durumla ilişkili olma ihtimali düşük olsa da, klinisyenlerin fiziksel muayene yapmaları da gereklidir. Gerekirse transrektal ultrasonografi ile prostat değerlendirmesinin yanı sıra klinik özelliklere göre standartlaştırılmış Meares ve Stamey protokolü, organik risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve ölçülmesi için yararlı bir yöntem olarak önerilmiştir (20).

PE'nin tedavisine yardımcı olmak amacıyla bir takım ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlardan birincisi, hastanın kendi raporudur. Hastanın intravajinal ejakülatuar gecikme zamanını (IELT) kendisinin ölçüp belirtmesine yönelik bir yöntemdir. Bunun dışında hekim değerlendirmesi, cinsel işlev envanterleri, yapılandırılmış görüşmeler ve kronometre ile

IELT ölçümü yapılması gibi yöntemler yer alır (13).

PE teşhisinin amacı, semptomun ortaya çıkma zamanı, bir eş veya durumla olan ilişkisi ve diğer cinsel işlev bozuklukları ile olan komorbiditeyi tespit etmektir. Eğer psikolojik veya organik bir risk faktörü bulunursa, etyolojik olarak ele alınmalıdır. Etiyolojiye yönelik bir terapi mümkün olmadığında veya tatmin edici bir ejakülasyon kontrolü için yetersiz olduğunda semptomatik terapiler (psikoterapiler ve farmakoterapi gibi) uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Schapiro B. Premature Ejaculation: Review of 1,130 Cases. *J NervMentDis.* 1944;100(5):543.
2. Jannini EA, Burri A, Jern P, Novelli G. Genetics of Human Sexual Behavior: Where We Are, Where We Are Going. *SexMedRev.* 2015;3(2):65-77.
3. Jern P. Twin Studies and Quantitative Genetics in Premature Ejaculation Research. İçinde: *Premature Ejaculation* [Internet]. Springer, Milano; 2013 [kaynak 14 Ocak 2018]. s. 125-31. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-88-470-2646-9_10
4. Janssen PKC, Bakker SC, Réthelyi J, Zwinderman AH, Touw DJ, Olivier B, vd. Serotonin Transporter Promoter Region (5-HTTLPR) Polymorphism is Associated with the Intravaginal Ejaculation Latency Time in Dutch Men with Lifelong Premature Ejaculation. *J SexMed.* 2009;6(1):276-84.
5. Luo S, Wang F, Xie Z, Huang X, Lu Y. [Study on the correlation of the 5-HTTLPR polymorphism with premature ejaculation in Han Chinese population]. *Beijing Da XueXueBao.* 2011;43(4):514-8.
6. Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, DiSante S, Gianfrilli D, vd. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril.* 2015;104(5):1061-73.
7. Screponi E, Carosa E, Stasi SMD, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology.* 2001;58(2):198-202.
8. Colpi G, Weidner W, Jungwirth A, Pomerol J, Papp G, Hargreave T, vd. EAU Guidelines on EjaculatoryDysfunction. *EurUrol.* 2004;46(5):555-8.
9. Jannini EA, Lenzi A. Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol.* 2005;23(2):68-75.

10. Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA, Mansani R, Magini A, vd. Psychobiological Correlates of Rapid Ejaculation in Patients Attending an Andrologic Unit for Sexual Dysfunctions. *EurUrol.* 2004;46(5):615-22.
11. Jannini EA, Lombardo F, Lenzi A. Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. *Int J Androl.* 2005;28:40-5.
12. Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, Gravina GL, Carosa E, Sante SD, vd. SIAMS survey on sexological screening during the assisted reproductive technologies in Italy. *J EndocrinolInvest.* 2015;38(9):999-1005.
13. Jannini EA, McMahon C. *Premature Ejaculation.* Italia: Springer-Verlag; 2013.
14. Maggi M, Heiselman D, Knorr J, Iyengar S, Paduch DA, Donatucci CF. Impact of Testosterone Solution 2% on EjaculatoryDysfunction in Hypogonadal Men. *J SexMed.* 2016;13(8):1220-6.
15. Paduch DA, Polzer PK, Ni X, Basaria S. Testosterone Replacement in Androgen-Deficient Men With Ejaculatory Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. *J ClinEndocrinolMetab.* 2015;100(8):2956-62.
16. Benz AE, Ausländer J. [Psychoanalytically oriented short-term psychotherapy for impotence and premature ejaculation]. *Psyche (Stuttg).* 1979;33(5):395-406.
17. O'Connor JF. Effectiveness of psychological treatment of human sexual dysfunction. *ClinObstetGynecol.* 1976;19(2):449-64.
18. Limoncin E, Tomassetti M, Gravina GL, Ciocca G, Carosa E, Sante SD, vd. Premature Ejaculation Results in Female Sexual Distress: Standardization and Validation of a New Diagnostic Tool for Sexual Distress. *J Urol.* 2013;189(5):1830-5.
19. Althof SE. What's New in Sex Therapy (CME). *J SexMed.* 2010;7(1):5-13.
20. Jannini EA, Maggi M, Lenzi A. Evaluation of Premature Ejaculation. *J SexMed.* 2011;8:328-34.

Prematür ejakülasyonda tedavi

Dr. Ozan BOZKURT ve Dr. Adil ESEN

Tedavi öncesi hastanın beklentilerini anlamak ve tartışmak önemlidir. Örneğin, Prematür Ejakülasyon (PE) bireyde çok sıkıntı yaratmıyorsa yalnızca psikoseksüel danışmanlık ve eğitim yeterli olabilmekte iken eğer alta yatan olası bir neden varsa, özellikle erektil disfonksiyon (ED) veya prostatit, öncelikle bu durumun giderilip daha sonra hastanın tekrar değerlendirilmesi gerekir.

Yaşamboyu prematür ejakülasyon (YPE) tedavisinde davranış tedavileri ilk basamakta önerilmemektedir çünkü bu hasta grubunda zaman kaybına neden olmakta, partner desteği gerektirmekte ve uygulaması zor olabilmektedir. Ayrıca davranış tedavilerinin uzun dönem sonuçları net olarak bilinmediğinden farmakoterapi YPE tedavisinin temelini oluşturmaktadır (1).

Dapoksetin birçok ülkede PE hastalarında ilişki öncesi kullanım onayı alan tek farmakolojik ajandır. PE tedavisinde yeri olan diğer bütün ajanlar endikasyon dışı (off-label) kullanılmaktadır. Endikasyonlu molekül varlığında endikasyon dışı kullanımın medikolegal sorunlar doğurabileceği unutulmamalıdır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar, trisiklik antidepressanlar (TCA) ve ilişki öncesi kullanılan topikal anestetik ajanlar PE tedavisinde etkin yöntemlerdir. Farmakolojik tedavi yöntemlerinin uzun dönem sonuçları konusunda net veri bulunmamaktadır (2).

Psikolojik/Davranışsal Stratejiler

Davranışsal stratejilerin dayandığı hipoteze göre PE erkeklerin artan uyarılma hissini erteleyememesi ve kaçınılmaz ejakülasyon durumunu belirleyememelerinden kaynaklanmaktadır. Davranış tedavileri temelde 'stop-start' programı ve bunun modifikasyonu olan 'squeeze' tekniğini içermektedir (1).

• 'Stop-start' programında, partner bireyin penisini uyarıma başlar ve bu durumu bireyde ejakülasyon hissi gelişene kadar sürdürür. Bu noktada birey partnerini durdurur, ejakülasyon hissi geçene kadar beklenir ve sonrasında partner tekrar penisini uyarıma başlar.

• 'Squeeze' tekniğinde benzer olmakla birlikte burada partner ejakülasyon hissi geçene kadar bireyin glans penisine elle baskı uygular. Her iki teknik de orgazma ulaşmadan üç siklus şeklinde uygulanır.

Cinsel ilişki öncesi masturbasyon da genç bireyler tarafından kullanılan bir diğer yöntemdir. Masturbasyon sonrası penis desensitize olur ve refrakter periyot sonrası ejakülasyonda gecikme gözlenir.

Genel olarak bu yöntemler kısa dönemde hastaların %50-60'ında iyileşme sağlayabilmektedir. Fakat davranış tedavilerinin etkinliğini destekleyen kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Farmakolojik ajanlarla kıyaslandığı çift-kör randomize bir çalışma ise farmakolojik tedavilerin (klomipramin, sertralin, paroksetin ve sildenafil) intravajinal ejakülatuar gecikme zamanının (IELT) uzaması açısından davranış tedavilerinden daha üstün olduğunu göstermiştir (1). Klinik deneyimler davranış tedavileri ile sağlanan etkinliğin genel olarak uzun döneme yansımadağını göstermiştir. Davranış tedavileri özellikle medikal tedavilerin etkinliğini artırma açısından önemli olabilir, fakat bu öneri gelecekte randomize klinik çalışmalarla desteklenmelidir.

Dapoksetin (Kısa yarılanma ömürlü SSRI)

Ejakülasyon beyin ve periferik sinirlerden gelen uyarıcı ve inhibe edici etkilerin altında spinal ejakülasyon merkezi tarafından kontrol edilmektedir. 5-hidroksitriptamin (5-HT veya serotonin) ejakülasyon kontrolünde rol oynamaktadır ve ejakülasyon geciktirici etkisi muhtemelen spinal ve supraspinal seviyede 5-HT_{1B} ve 5-HT_{2C} reseptörlerinin aktivasyonu ile sağlanmaktadır. 5-HT_{1A} reseptörlerinin aktivasyonu ise buna zıt olarak ejakülasyonu indüklemektedir (3).

SSRI grubu ilaçlar santral serotoninjik nöronların sinaptik boşluklarından 5-HT taşıyıcıları tarafından geri alımını bloke ederler, bu da 5-HT nörotransmisyonunda artışa ve postsinaptik membranlarda 5-HT reseptörlerinin uyarılmasına yol açar (4).

Dapoksetin dünyada 50'den fazla ülkede PE tedavisinde kullanım için onay almıştır. Hızlı T_{max} (1,3 saat) ve kısa yarılanma ömrüne sahip (24 saatte %95 klerens oranı) bir SSRI olarak farmakokinetik profili PE tedavisinde ilişki öncesi kullanıma uygunluğunu desteklemektedir (5,6). Fosfodiesteraz inhibitörleri de dahil olmak üzere henüz dapoksetinle ilişkili herhangi bir ilaç-ilaç etkileşimi bildirilmemiştir (7). Randomize

kontrollü çalışmalar ilişkiden 1-2 saat önce alınan 30 mg veya 60 mg dapoksetinin ilk dozdan itibaren plasebodan etkin olduğunu, IELT'de plaseboya oranla 2,5-3 kat artış, ejakülasyon kontrolünde artış, duruma ilişkili strese azalma ve cinsel tatminde artış sağladığını göstermiştir. Dapoksetin hem YPE hem de Edinilmiş PE (EPE) durumlarında benzer etkinliktedir ve yine FDE-5 inhibitör tedavisi alan ED hastalarında da etkin ve güvenlidir (8). Tedavi ile görülebilecek yan etkiler bulantı hissi, diare, baş ağrısı ve sersemlik hissi durumlarıdır, fakat sık değildir, doz bağımlıdır ve hastaların %4 (30 mg) ile % 10'unda (60 mg) ilacı bırakma durumu söz konusu olmuştur. İntihar düşüncesi ve girişimi gözlenmemiştir ve aniden ilaç kesilmesi çok ciddi çekilme semptomlarına neden olmamaktadır (5,6).

YPE ve EPE tedavisinde dapoksetinin cinsel ilişki öncesi kullanımının kanıt düzeyi derece 1a'dır.

Uzun yarılanma ömürlü SSRI'lar ve Trisiklik antidepressanlar

Uzun yarılanma ömürlü SSRI'ların tümü PE tedavisinde endikasyon dışı kullanılmaktadır. Endikasyonlu molekül varlığında endikasyon dışı kullanımın medikolegal sorunlar doğurabileceği unutulmamalıdır.

Paroksetin 10-40 mg, klomipramin 12,5-50 mg, sertralin 50-200 mg, fluoksetin 20-40 mg ve sitalopram 20-40 mg gibi SSRI grubu ilaçların endikasyon dışı günlük kullanımı ejakülasyonu geciktirmede çoğu zaman etkilidir. Yakın dönemde yapılmış bir metaanaliz sonucunda en kuvvetli ejakülasyon geciktirici etkinin paroksetin ile görüldüğü, IELT süresini başlangıca göre yaklaşık 8,8 kat arttırdığı saptanmıştır (1,2).

Ejakülasyonda gecikme genellikle tedavinin başlangıcından 5-10 gün sonra meydana gelir, fakat tam etkinliğin gözlenmesi için 2-3 haftalık süre gerekebilir ve genellikle etkinlik uzun süre devam eder. Halsizlik, esneme, bulantı, diare ve terleme gibi yan etkiler hafiftir, genellikle ilk hafta ortaya çıkar ve 2-3 hafta içinde yavaş yavaş kaybolur. Libido azlığı ve ED gibi yan etkiler özellikle depresyon nedeni SSRI kullanan erkeklerde görülürken, depresif olmayan erkeklerde SSRI ilişkili libido azalması ve ED çok sık değildir. Çocuk isteği olan erkeklerde SSRI grubu ilaçların sperm motilitasını etkileyebileceği anlatılmalı ve eğer ilaç alıyorsa yavaş yavaş kesilmelidir (9). Nadiren de olsa aşırı sinirlilik ve hipomani gibi

nörokognitif yan etkiler görülebilir, bipolar depresif bozukluğu olan erkeklerde SSRI grubu ilaçlar kullanılmamalıdır.

Sistemik metaanaliz sonuçları depresyon veya anksiyete bozukluğu nedeni ile SSRI veya diğer grup ilaçların kullanımının erişkinlerde değil fakat genç yaşlarda intihar düşüncesi ve girişiminde küçük de olsa bir artışa neden olduğunu belirtmektedir, fakat depresif bozukluğu olmayan ve PE nedenli SSRI kullananlarda böyle bir durum söz konusu değildir (10,11). Bu nedenle özellikle komorbid depresif bozukluğu olan 18 yaş altı erkeklerde SSRI grubu ilaçları kullanırken dikkatli olunması gerekir. Ani doz azaltılması veya ilaç kesilmesi durumlarının SSRI geri çekilme sendromuna neden olabileceği akıld tutulmalı ve hastalar bu yönden uyarılmalıdır. Cinsel ilişki öncesi klomipramin, paroksetin, sertralin ve fluoksetin'in ilişkiden 3-6 saat önce kullanımı güvenlidir ve orta düzeyde etkili olabilmektedir, fakat birçok çalışma günlük kullanıma göre ejakülasyondaki gecikmenin daha düşük seviyede olduğunu bildirmiştir. İlişki öncesi kullanım, belli bir zaman günlük kullanım sonrası önerilebilir veya düşük doz günlük kullanımla birlikte önerilebilir (1,2).

Topikal lokal anestezipler

Ejakülasyonu geciktirmek için lokal anesteziplerin kullanımı farmakolojik tedavinin bilinen en eski şeklidir. Topikal desensitizasyon yapan ajanlar ejakülasyon hissinde herhangi bir değişiklik yaratmadan glans penis sensitivitesini azaltırlar.

Lidokain-prilokain krem ile yapılan randomize, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışmada IELT ile plasebo grubunda ortalama 1 dakika artış sağlanırken tedavi grubundaki artış ortalama 6,7 dakika olarak bulunmuştur. Bir başka randomize plasebo kontrollü çalışmada lidokain-prilokain krem IELT süresini 1,49 dakikadan 8,45 dakikaya çıkartırken plasebo grubunda belirgin değişiklik olmadığı saptanmıştır. Lidokain-prilokain krem (%5) ilişkiden 20-30 dakika önce uygulanır. Bu sürenin daha da uzaması (30-45 dk) erkeklerin önemli bir kısmında peniste hissizliğe bağlı olarak ereksiyon kaybına neden olabilir. Prezervatif kullanımı topikal ajanın partnerin vajinasına diffüzyonu önleyerek vajinada hissizlik gelişmesinin önüne geçer. Alternatif olarak da ilişki öncesi prezervatif çıkartılarak penis olası ilaç rezidüsü kalmayacak şekilde yıkanır. Önemli bir yan etki bildirilmemiş olsa da ilaç bileşeninin içindeki herhangi bir

maddeye karşı allerjisi olanlarda kontrendikedir (12,13).

Deneysel bir aerosol formülasyon olarak lidokain 7,5 mg + prilokain 2,5 mg (Topical Eutectic Mixture for Premature Ejaculation [TEMPE]), PE olan 539 erkekte ilişkiden 5 dakika önce uygulanmış ve 3 aylık takipte ortalama IELT süresinin plaseboya göre 3,3 kat gecikme ile 0,58 dakikadan 3,17 dakikaya yükseldiği saptanmıştır (12,13).

Tramadol

Tramadol opioid reseptör aktivasyonu ve serotonin ve noradrenalin geri emilim inhibisyonu ile etkili olan santral analjezik ajandır ve oral uygulama sonrası hızla emilir, eliminasyon yarı ömrü 5-7 saattir. Tramadol 62 ve 89 mg tabletin etkinliğinin değerlendirildiği geniş, randomize, çift-kör ve plasebo kontrollü bir çalışmada YPE olan ve IELT<2 dakika olan erkeklerde 12 hafta sonrası ortalama IELT artışı plasebo grubunda 0,6 dakika (1,6 kat), tramadol 62 mg grubunda 1,2 dakika (2,4 kat) ve tramadol 89 mg grubunda 1,5 dakika (2,5 kat) olarak bulunmuştur. 12 haftalık sürede tramadolün doz bağımlı bir etkisi olmadığı saptanmış ve tedavi toleransı "iyi" olarak belirtilmiştir. Yine de tramadolün daha geniş hasta serileri ve uzun süre tedavi etkinliğinin ek çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir (1,2).

Fosfodiesteraz-5 inhibitörleri (FDE-5i)

FDE-5i; sildenafil, tadalafil ve vardenafil ED tedavisinde etkili moleküllerdir. PE tedavisinde FDE-5i'leri SSRI grubu ilaçlarla kombine veya tek başına kullanımını değerlendiren birçok çalışma yayınlanmıştır fakat iyi dizayn edilmiş ve sildenafil ile plaseboyu karşılaştıran yalnızca bir tek randomize, çift-kör, plasebo kontrollü çalışma mevcuttur. Bu çalışma sonuçlarına göre IELT açısından belirgin fark olmamasına karşın, sildenafil ile kendine güvende, ejakülasyon kontrol hissinde ve genel cinsel tatminde artış ve anksiyete düzeyinde azalma görülmüştür. Sildenafil ile ayrıca ejakülasyon sonrası ikinci ereksiyona kadar geçen sürede kısalma saptanmıştır (14). Açık etiketli birçok çalışma sildenafil ve SSRI kombinasyonunun SSRI monoterapisine belirli durumlar açısından üstünlük sağladığını belirtmiştir;

• Sildenafil ve paroksetin kombinasyonu ile IELT ve tatmin düzeyinde sadece paroksetine göre daha belirgin düzelme saptanmıştır.

• Sildenafil ve sertralin kombinasyonu ile IELT ve tatmin düzeyinde sadece sertraline göre daha belirgin düzelme saptanmıştır.

• Diğer bütün tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda sildenafil, paroksetin ve davranış tedavilerinin kombinasyonu ile IELT ve genel tatminde artış gözlenmektedir.

• Sildenafilin davranışsal stratejilerle kombinasyonu yalnızca davranış tedavilerine göre IELT ve tatmin düzeyini daha belirgin iyileştirmektedir.

PE hastalarında diğer FDE-5i (tadalafil and vardenafil) ile ilgili veriler kısıtlı olmakla birlikte sildenafilden çok farklı değildir (14).

Kaynaklar

1. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD ve ark. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). J Sex Med 2014;11(6):1392-422.
2. Waldinger MD. Premature ejaculation: Definition and drug treatment. Drugs 2007; 67:547-68
3. Giuliano F. 5-Hydroxytryptamine in premature ejaculation: opportunities for therapeutic intervention. Trends Neurosci 2007;30(2):79-84.
4. Giuliano F, Clement P. Pharmacology for the treatment of premature ejaculation. Pharmacol Rev 2012;64(3):621-44.
5. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM ve ark. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of results from five phase 3 trials. J Sex Med 2011; 8:524-39
6. McMahon CG, Giuliano F, Dean J ve ark. Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: Randomized, placebocontrolled, phase III study. J Sex Med 2013;10:2312-25.
7. Dresser MJ, Desai D, Gidwani S ve ark. Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. Int J Impot Res 2006;18:104-10
8. Porst H, McMahon C, Althof S ve ark. Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or

lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: Integrated analysis of two phase III dapoxetine trials. *J Sex Med* 2010;7:2231-42.

9. Tanrikut C, Feldman AS, Altemus M ve ark. Adverse effect of paroxetine on sperm. *Fertil Steril* 2010;94:1021-6
10. Marangell L, Dennehy E, Wisniewski S ve ark. Case control analyses of the impact of pharmacotherapy on prospectively observed suicide attempts and completed suicides in bipolar disorder: findings from STEP-BD. *J Clin Psychiatry* 2008;69:916-22.
11. Stone M, Laughren T, Jones ML ve ark. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *Br Med J* 2009; 339:2880-90.
12. Morales A, Barada J, Wyllie MG . A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. *BJU Int* 2007 100(3): p. 493-501.
13. Wyllie MG, Powell JA. The role of local anaesthetics in premature ejaculation. *BJU Int* 2012; 110: 943-8.
14. McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ ve ark. Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int* 2006; 98(2):259-72.



SORULAR

1. Prematür ejakülasyonun tanımıyla ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - a) Vajinal penetrasyondan ejakülasyona kadar geçen süresinin kısa olması söz konusudur
 - b) Ejakülasyon algısının ve kontrolünün yetersizliği vardır
 - c) Kişi veya partnerinin bu durumdan kaynaklanan strese maruz kalmaktadırlar
 - d) Kişi veya partnerinin aralarında çatışma yaşamaları durumu mevcuttur
 - e) Yaşam boyu prematür ejakülasyon denilebilmesi için karşılaşmaların %50'sinde gerçekleşmesi ve 3 ay boyunca varolması gerekir
2. İntravajinal ejakülasyon gecikme zamanının bazen kısa sürdüğünü ifade eden hasta hangi tür prematür ejakülasyondan yakınmaktadır?
 - a) Anteportal ejakülasyon
 - b) Erken boşalma benzeri boşalma bozukluğu
 - c) İntraportal ejakülasyon
 - d) Doğal değişken prematür ejakülasyon
 - e) Edinilmiş prematür ejakülasyon
3. Prematür ejakülasyon ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?
 - a) Genetik predispozisyon konusunda ciddi kanıtlar bulunmasa da ailesel geçişin olabileceği gösterilmiştir
 - b) Erektile disfonksiyon ve prematür ejakülasyon farklı hastalıklar olup ayrı ayrı değerlendirilmelidir
 - c) Prostat dokusunda oluşan inflamasyon prematür ejakülasyonu tetikleyebilir
 - d) Genetik çalışmalar serotoninerjik yollar üzerine yoğunlaşmıştır
 - e) Testosteron hormonunun yetersiz olması gecikmiş ejakülasyona neden olur
4. Aşağıdakilerden hangisi prematür ejakülasyon tanısında kullanılan bir psikometrik ölçek değildir?
 - a) Prematür ejakülasyon profili
 - b) Prematür ejakülasyon tanılama aracı
 - c) Arabik indeks
 - d) Çin indeksi
 - e) Balkan indeksi
5. Prematür ejakülasyon tedavisinde kullanılan ilişki öncesi dapoksetin IELT'de ortalama kaç kat artış sağlayabilmektedir?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
6. Hangi durumda Prematür ejakülasyon tedavisi için uzun etkili SSRI kullanımı sakınca doğurabilir?
 - a) Panik atak
 - b) Bipolar depresif bozukluk
 - c) Erektile disfonksiyon
 - d) Libido azlığı
 - e) Orta yaş grubu
7. Yaşamboyu prematür ejakülasyon durumunda tedavinin ilk basamağında hangi yöntem çok uygun değildir?
 - a) Topikal tedaviler
 - b) Uzun etkili SSRI
 - c) Kısa etkili SSRI
 - d) Davranış tedavileri
 - e) FDE-5 inhibitörleri