

Bölüm 14

ERKEKLERDE EJAKÜLASYON VE ORGAZM BOZUKLUKLARI

Sercan YILMAZ¹

EJAKÜLASYON BOZUKLUKLARI

Giriş:

Erkeklerde seksüel fonksiyon bozuklukları arasında önemli bir yer kaplayan ejakülasyon problemleri eşler arasında çatışmalara yol açabilen ve psikososyal olarak kişinin olumsuz etkilenmesine sebep olan bir patolojidir. Bu bozuklukların sebepleri ve tedavisine geçmeden önce normal fizyolojinin bilinmesi büyük önem arz etmektedir.

Ejakülasyonun Anatomi ve Fizyolojisi:

Ejakülasyon emisyon (dolma) ve ekspulsiyon (fışkırtma) olmak üzere iki fazda gerçekleşmektedir. Emisyon fazında seminal sıvı posterior üretraya dolar. Bu sıvının yarattığı basınçla mesane boynu kapanır ve sıvı posterior üretrada mesane boynu ve eksternal üretral sfinkter arasında sıkışır. Emisyon fazını sağlayan ürogenital sistem elemanları; epididim, vas deferens, seminal vezikül, ejakülatuar kanal, mesane boynu, üretra, bulbokavernöz ve iskiokavernöz kaslardan oluşur. Ekspulsiyon fazında posterior üretrada biriken sıvı üretral meadan dışarıya atılır. Bu atılma periüretral ve pelvik kas kontraksiyonları ile sağlanır. Ekspulsiyon fazını sağlayan ürogenital sistem elemanları ise; mesane boynu, üretra ve pelvik çizgili kaslardır.

Seminal keseler, prostat, vaz deferensler, epididimler ve üretra ejakülatın oluşturmuna katılan temel organlardır. Ejakülatın %60-70'nı seminal keseler, %20-30'nı prostat ve %1-5'ni epididimler oluşturmaktadır. Mesane boynu, gerçek bir anatomik sfinkter olmamasına rağmen ejakülatın mesaneye kaçmasını önleyen fizyolojik bir sfinkter gibi çalışır.

¹ Üroloji Uzmanı, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
drsercanyilmaz@gmail.com

Kesin Tanı Kriteri:

Anorgazmi veya gecikmiş ejakülasyonla ilgili birçok kesin olmayan bilgi mevcuttur. Dolayısıyla bu konuda kesin tanı kriteri yoktur.

KAYNAKLAR:

1. Giuliano F and Clement P. Pharmacology for the Treatment of Premature Ejaculation. *Pharmacol Rev* 2012; 64:621-644
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition, Washington DC, 2013.
3. Waldinger MD. History of premature ejaculation. In: Jannini EA, McMahon CG, Waldinger MD, eds. *Premature ejaculation: From etiology to diagnosis and treatment*. New York: Springer; 2013:5-24.
4. Laumann E, Pak A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *J Am Med Assoc* 1999;281:537-44.
5. Laumann EO, Nicolos 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.
6. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities and Professional help-seeking. *Eur Urol* 2007;51:816-24.
7. Waldinger M, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer D, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005; 2:292-7.
8. Serefoglu EC, Yaman O, Cayan S, Asc R, et al. The comparison of premature ejaculation assessment questionnaires and their sensitivity for the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish society of andrology sexual health survey. *J Sex Med* 2011;8:1177-85.
9. Gao J, Zhang X, Su P, Lu J, Xia L, et al. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: A large observational study in China. *J Sex Med* 2013;10:1874-81.
10. Waldinger M. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 1998; 168:2359-67.
11. Corona G, Jannini EA, Lott F et al. Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *Int J Androl* 2011; 34:41-48.
12. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sex Med* 2014; 2(2):60-90.
13. Carani C, Isidor AM, Granata A, Carosa E et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:6472-6479.
14. Pu C, Yang L, Lu L, Yuan H, et al. Topical anesthetic agents for premature ejaculation: a systematic review and meta-analyses. *Urology* 2013; 81:799-804.
15. Modi NB, Dresser MJ, Simon M et al. Single and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. *J Clin Pharmacol* 2006; 46:301-309.
16. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med* 2011; 8:524-539.
17. Aydur E, Gungor S, Ceyhan ST, Tahmaz L, Baser I. Effects of childhood circumcision age on adult male sexual functions. *Int J Impot Res* 2007; 19(4):424-31
18. Kim JJ, Kwak TI, Jeon BG, Cheon J, Moon DG. Effects of glans penis augmentation using hyaluronic acid gel for premature ejaculation. *Int J Impot Res* 2004; 16(6):547-51.

19. Basal S, Goktas S, Ergin A, Yldrm I, Atim A, Tahmaz L, Dayanc M. A novel treatment modality in patents with premature ejaculation resistant to conventional methods: the neuromodulation of dorsal penile nerves by pulsed radiofrequency. *J Androl* 2010; 31(2):126-30.
20. Perelman M, Rowland D. Retarded ejaculation. *World J Urol* 2006; 6:645-52.
21. Rowland D, Keeney C, Slob A. Sexual response n men with inhibited or retarded ejaculation. *Int J Impot Res* 2004;16:270-4.
22. Waldinger D, Schweitzer D. Retarded ejaculation n men: An overview of psychological and neurobiological insights. *World J Urol* 2005;23:76-81.