

BÖLÜM 4

GECİKMİŞ EJEKULASYON

Murat DEMİR¹

GİRİŞ

Cinsel işlev bozuklukları kişilerin ve partnerlerinin psikososyal yaşantısını oldukça etkileyen hastalıklardır. Cinsel işlev bozuklukları hipogonadizm, ereksiyon bozuklukları ve ejakülasyon bozuklukları olarak ayırmak mümkündür. Ejakülasyon bozuklukları ise prematür ejakülasyon, retrograd ejakülasyon, anejakülasyon ve gecikmiş ejakülasyon olarak 4 başlık altında toplamak mümkündür. Bunlardan literatürde en az incelenen hastalık olarak gecikmiş ejakülasyon göze çarpmaktadır (1).

Gecikmiş ejakülasyon için birçok tanım kullanılmıştır. Amerikan Psikiyatri Derneği gecikmiş ejakülasyonu cinsel aktivite esnasında normal arzu ve heyecandan sonra ejakülasyonun tekrarlayan bir şekilde gecikmesi ve bunun kişide veya partnerinde rahatsızlık oluşturması şeklinde değerlendirilmiştir (2). DSM-5 kriterlerinde en az 6 ay boyunca süreklilik gösteren, kişide veya partnerinde rahatsızlığa yol açan, arzu edilmeden ejakülasyonun gecikmesi olarak tanımlanmıştır (2). Avrupa Üroloji Derneği ise gecikmiş ejakülasyonu ereksiyon halindeki penisin normalin çok üzerinde uyarılmaya ihtiyaç duyulması olarak tanımlamıştır. Toplumda gecikmiş ejakülasyonun %0.15-3 olarak görüldüğü çalışmalarda bildirilmiştir. Corona ve ark. İse yaptıkları çalışmada gecikmiş ejakülasyonun toplumda %5 olarak görüldüğünü bildirmişlerdir (2,3).

Gecikmiş ejakülasyon için belli bir süre vermek doğru değildir. Bu tamamen kişi ve partnerinin gecikmeden dolayı stres geliştirmesine bağlı bir durumdur. Ancak yapılan çalışmalarda ortalama vajinal ejakülasyon süresinin 5.4-22 dk arasında olduğu bildirilmiştir. Genel olarak 25 dk'ı aşan durumlarda çiftlerin rahatsız olduğu bildirilmiştir. Gecikmiş ejakülasyon ilk ejakülasyondan itibaren (hayat boyu veya primer) olabilirken sonradan kazanılmış (sekonder) olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Tablo 1) (5).

¹ Doç. Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., urologmurat72@gmail.com

Tablo 1. Gecikmiş ejakülasyon alt tipleri ve özellikleri

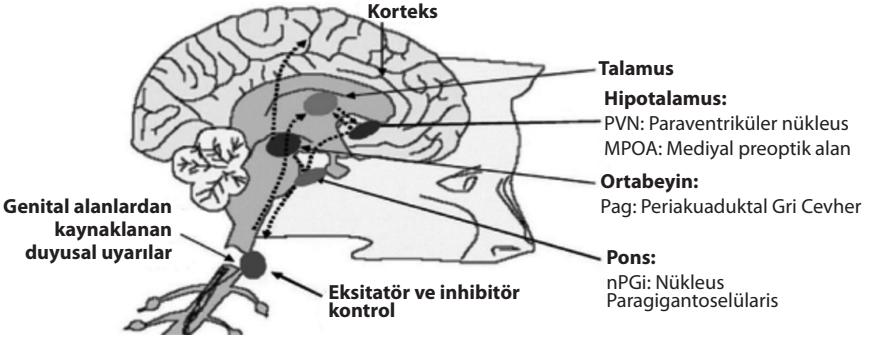
Primer	Sekonder
<ul style="list-style-type: none">• İlk ejakülasyondan itibaren gecikme mevcut	<ul style="list-style-type: none">• Sonradan gelişmiş
<ul style="list-style-type: none">• Hastaların %25'i bu grupta	<ul style="list-style-type: none">• Hastaların %75'i bu grupta
<ul style="list-style-type: none">• Genelde mastürbasyonla ejakülasyon sağlanır	<ul style="list-style-type: none">• Altta yatan bir patoloji mevcuttur
<ul style="list-style-type: none">• Durumsal veya tüm ilişkilerde olabilir	Travma
	İlaç
	Sistemik Hastalıklar

EJEKÜLASYON FİZYOLOJİSİ

Ejekülasyon; emisyon, ejeksiyon ve ejakülasyon olmak üzere 3 aşamada ejakülatın dışarı atılmasına denir. Emisyon fazında cinsel aktivite esnasında sempatik sistem aracılığı ile epididim ve duktus deferensin kasılmaları sağlanır. Bunun yanında prostatik kasılmalarla seminal veziküllerdeki sıvı posterior üretrada toplanır bu esnada prostatik üretra genişlemeye başlar ve toplanan ejakülata yer açar. Bu esnada yine sempatik sistem aracılığı ile mesane boynu kapanır ve ejakülatın mesaneye kaçıışı engellenir (6).

Ejeksiyon fazı parasempatik sistemin S2-S4 seviyesindeki liflerin kontrolü altındadır. Bu aşamada bulbokavernoz ve iskiokavernoz kaslar kasılmaya, mesane boynunu ejakülatın mesaneye kaçışını engellemek için kapanmaya, ve membranöz üretrada bulunan dış üretral sfinkter gevşemeye başlar. Ejekülasyon aşamasında ise periüretral bezler ve bulbar üretranın düz kaslarında kasılma, semenin dışarı atılması ve sensöryal uyarının santral sinir sistemine nervus pudendus yoluyla taşınması söz konusudur (6,7).

Ejekülasyonun sinirsel kontrolü hem santral hem de periferik sinir sisteminin içiçe geçmiş karışık bir mekanizması ile sağlanır. Beyinde ejakülasyonu kontrol eden merkezler medial preoptik alan, nükleus paragigantosekularis, stria terminalisin posteromedial nükleusu, posterodorsal medial amigdala ve talamusun medial parvisellüler suprafasiküler nükleusudur. Bu merkezler serotonerjik ve dopaminerjik yolları kullanırlar. Bu yollarla uyarıcı veya baskılayıcı etki gösterirler (Resim 1) (8)



Resim 1. Ejekülasyonu kontrol eden merkezler (8)

ETYOLOJİ

Gecikmiş ejakülasyonun nedenine yönelik net bir etyoloji ortaya konuşmuş değildir. Ancak yapılan çalışmalarda nörobiyolojik, psikolojik etkinin, travmanın, ilaç kullanımının ve davranışlar faktörlerin rol aldığı bildirilmiştir (9).

Psikojenik Sebepler

Psikojenik nedenler gecikmiş ejakülasyon etyolojisinde üzerinde durulan en önemli faktörlerden biridir. Zihne yerleşmiş batıl inançlar ve korkular, performans anksiyetesi, dini baskılar, ilişki sonrası gebelik gerçekleşme korkusu, partnerle olan problemler ve partnere karşı duygular, kişinin psikososyal ve davranışlar gelişimi psikojenik sebepler arasında sayılabilir. Sık ve travmatik mastürbasyon diğer gecikmiş ejakülasyon sebebidir. Mastürbasyon esnasında ki fanteziler ile gerçeklik arasındaki farklılık uyarılma eksikliğine sebep olabilir. Aynı zamanda erotik uyarılarla mastürbasyon yapan kişilerde vajina ilişki daha az uyarana neden olacağından gecikmiş ejakülasyona neden olabilir (10-11).

Yaş

Yaş ile beraber gelişen sinirsel dejenerasyon gecikmiş ejakülasyona sebep olabilmekle beraber, ileri yaş ile birlikte gösteren diabetes mellitus, depresyon, hipogonadizm ve arter hastalıkları sonucu da gecikmiş ejakülasyon gelişmesi muhtemeldir (9).

Konjenital Sebepler

Mülleryan kanal atıklarına bağlı kist yapıları, wolf kanal anomalileri ve başka genetik hastalıklar ejakülasyonu yetmezliğe yol açarak gecikmiş ejakülasyona neden olabilir (12).

Anatomik

Pelvik, perineal ve üretral cerrahilerden sonra ejakülasyon görülmeyebilir. Transüretral prostatik insizyon, transüretral prostat rezeksiyonu, açık prostatektomi, radikal prostatektomi sonrasında ejakülasyon görülmeyebilir. Ancak bu hastalarda retrograd ejakülasyon ile gecikmiş ejakülasyonu ayırmak lazım. Bu nedenle orgazm sonrası yapılan idrarda sperm hücresi bakmak tanı koydurucu olabilir. Retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu, radikal pelvik cerrahiler de sempatik sinir sistemi hasarına neden olduğundan ejakülasyonda bozulmaya neden olabilir (13-15).

Nörojenik

Spermatik kord hasarı olan hastaların çoğunda ejakülatuar fonksiyonları bozulmaktadır. Daha aşağı seviyelerden yaralanmalarda ejakülatuar fonksiyonlar korunabilirken, 1. Motor hasarı olan hastaların %95'inde ejakülatuar fonksiyonlar bozulmuştur. Ayrıca diabetes mellituslu hastaların %33 civarında ejakülatuar fonksiyonların bozulduğu bildirilmiştir (16,17).

Enfeksiyonlar

Orşit, epididimit, üretrit gibi enfektif hastalıklarda ejakülasyon ağırlı olabileceğinden ejakülasyonda gecikmeye neden olabilir. Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüberküloz, şizozoma gibi enfeksiyonlar ejakülatuar duktuslarda fibrozise ve daralmaya neden olarak ejakülasyonda bozulmaya neden olabilir (18,19).

Hormonlar

Testosteron düşüklüğü, tiroid hormon bozuklukları, hiperprolaktinemi, GnRH eksikliği gecikmiş ejakülasyona neden olabilir (20,21).

İlaçlar

Santral veya periferik sinir sisteminde ejakülasyonda görev alan yollarda görev yapan nörotransmitter seviyelerini değiştiren ilaçlar ejakülasyonda değişmeye neden olabilir. Buna en sık neden olan ilaçlar selektif serotonin re-uptake inhibitörleridir. Bu ilaçların yan etkisinden yararlanılarak prematür ejakülasyonda kullanılmaktadır. Trisiklik antidepresanlar, alfa blokörler, tiazid türevi diüretikler de gecikmiş ejakülasyona neden olabilir (22-24).

TEDAVİ

Psikoterapi

Gecikmiş ejakülasyonda kişinin mastürbasyon tekniğinin değiştirilmesi, sıklığının azaltılması, cinsel fantezilerin değerlendirilmesi, çiftler arasındaki problemler-

rin çözülmesi, cinsel anksiyeteyi azaltmaya yönelik bilişsel davranışsal psikoterapilerin etkili olduğu bildirilmiştir (25).

Penil Vibratör Stimülasyonu:

Afferent sinirlerin stimülasyonu ile ejakülasyonun uyarılması esasına dayanan bu yöntem ejakülasyon fonksiyonlar üzerinde %75 oranında başarı elde edildiğini çalışmalar bildirmektedir. Bu yöntemle penisin uyarılma eşiği düşürülmektedir. Randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır (26).

Farmakoterapi:

Gecikmiş ejakülasyon tedavisinde yohimbin, buspiron, buprapion, amantadin ve kabergolin kullanılmakla birlikte bu tedavilerin hiçbirinde kontrollü randomize çalışmalar bulunmamaktadır. Başarı oranı kişiden kişiye ve dozaja göre değişebilmektedir.

- a. Yohimbin: Alfa-2 antagonisti olan bu ilacın gecikmiş ejakülasyon için kullanım dozu 5-10 mg /gündür. Gecikmiş ejakülasyon tedavisinde yüksek başarı oranı sağlandığını bildiren çalışmalar mevcuttur (27,28).
- b. Siproheptadin: H1 blokörü olan bu ilaç antiserotonerjik etkisinden faydalanılarak gecikmiş ejakülasyonda kullanılmaktadır (29).
- c. Amantadin: Sinir sisteminde dopamin tonusunu artırır. Olgu serilerinde gecikmiş ejakülasyonda kullanıldığında başarılı olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (30,31).
- d. Kabergolin: Bu ilaç hiperprolaktinemi medikal tedavisinde kullanılmaktadır. Dopamin agonisti olan kabergolin erektil ve ejakülatuar fonksiyonlar üzerinde olumlu etki ettiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (32).
- e. Buspiron: Anksiyolitik olan buspiron 20-60 dozlarda 4 haftalık tedavi ile ejakülasyon bozukluklarında %60 civarında başarı gösterdiği çalışmalarda bildirilmiştir (33).
- f. Buprapion: Depresyon, nöropatik ağrı, sigara bırakmada kullanılan trisiklik antidepresan bir ilaçtır. Farmakoterapötik açıdan en faydalı ilaç olarak kabul edilmektedir. Kullanım dozu seksüel ilişki öncesi 75-100 mg şeklindedir. Başarı oranı %66 olarak bildirilmiştir (34).

Gecikmiş ejakülasyon tedavisinde kullanılan tüm bu ilaçların kanıta dayalı ve-rileri sınırlıdır. Kanıt değeri düşüktür.

KAYNAKLAR

1. Wolters JP, Hellstrom WJ. Current concepts in ejaculatory dysfunction. *Reviews in Urology*; 2006; 8 (4): 18.
2. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 2013*; 5 (5) Washington, DC: American psychiatric association.
3. Akkoç UDA. İhmal edilmiş bir seksüel fonksiyon bozukluğu: Gecikmiş ejakülasyon. *Androloji*; 75.
4. Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al. Psychobiological correlates of delayed ejaculation in male patients with sexual dysfunctions. *Journal of Andrology*; 2006; 27 (3): 453-458.
5. Perelman MA. Retarded ejaculation. *Current Sexual Health Reports*; 2004; 1: 95-101.
6. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *Journal of Urology*; 2002; 168:2359-2367
7. Waldinger MD, Berendsen HHG, Blok BFM, et al. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behavioural Brain Research*; 1998; 92: 111-118
8. Seksüel Tıp; Erkek ve Kadınlarda Seksüel fonksiyon bozuklukları. *Türk Androloji Derneği*; 2010; 2: 827
9. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *The Journal of Sexual Medicine*; 2010; 7 (2): 1668-1686.
10. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*; 2016; 13 (4): 538-571.
11. Perelman MA, Rowland DL . Retarded ejaculation. *World Journal of Urology*; 2006; 24: 645-652.
12. Holt B, Pryor JP, Hendry WF. Male infertility after surgery for imperforate anus. *Journal of Pediatric Surgery*; 1995; 30 (12): 1677-1679.
13. Marra G, Sturch P, Oderda M, et al. Systematic review of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia surgical treatments on men's ejaculatory function: Time for a bespoke approach?. *International Journal of Urology*; 2016; 23 (1): 22-35.
14. Liu Z, Huang M, Kang L, et al. Prognosis and postoperative genital function of function-preservative surgery of pelvic autonomic nerve preservation for male rectal cancer patients. *BMC Surgery*; 2016; 16: 1-7.
15. Jacobsen KD, Ous S, Waehre H, et al. Ejaculation in testicular cancer patients after post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection. *British Journal of Cancer*; 1999; 80 (1): 249-255.
16. Dunsmuir WD, Holmes SAV. The aetiology and management of erectile, ejaculatory, and fertility problems in men with diabetes mellitus. *Diabetic medicine*; 1996; 13 (8): 700-708.
17. Minderhoud JM, Leemhuis JG, Kremer J, et al. Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*; 1984; 70 (4): 299-306.
18. Kulchavenia EV, Azizov AP, Romanovskii MD, et al. Ejaculatory disorders in some regions of the Russian Federation. *Urologiia*; 2010; (3): 49-52.
19. McKenna G, Schousboe M, Paltridge G. Lesson of the week: Subjective change in ejaculate as symptom of infection with *Schistosoma haematobium* in travellers. *BMJ*; 1997; 315 (7114): 1000-1001.

20. Corona G, Jannini EA, Vignozzi L, et al. The hormonal control of ejaculation. *Nature Reviews Urology*; 2012; 9 (9): 508-519.
21. Carani C, Isidori AM, Granata A, et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*; 2005; 90 (12): 6472-6479.
22. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*; 2001; 62: 10-21.
23. 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). *The journal of sexual medicine*; 2014; 11 (6): 1392-1422.
24. Grimm Jr, RH, Grandits GA, Prineas RJ, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women: Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension*; 1997; 29 (1): 8-14.
25. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, et al. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*; 2013; 10 (1): 204-229.
26. Nelson CJ, Ahmed A, Valenzuela R, et al. Assessment of penile vibratory stimulation as a management strategy in men with secondary retarded orgasm. *Urology*; 2007; 69 (3): 552-555.
27. Jacobsen FM. Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine. *Journal of Clinical Psychiatry*; 1992; 53 (4): 119-22
28. Adeniyi AA, Brindley GS, Pryor JP, et al. Yohimbine in the treatment of orgasmic dysfunction. *Asian Journal of Andrology*; 2007;9 (3):403-407
29. Keller Ashton A, Hamer R, Rosen RC. Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: a large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *Journal of Sex & Marital Therapy*; 1997;23 (3):165-75
30. Ferraz MR, Santos R. Amantadine stimulates sexual behavior in male rats. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*; 1995; 51 (4): 709-714
31. Balon R. Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy*; 1996; 22 (4): 290-292
32. Wittstock M, Benecke R, Dressler D. Cabergoline can increase penile erections and libido. *Neurology*; 2002;58 (5):831
33. Landén M, Eriksson E, Agren H, et al. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*; 1999;19 (3):268-271
34. Corona G, Ricca V, Bandini E, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*; 2009;6 (5):1259-1269

