

# EREKTİL DİSFONKSİYONA YAKLAŞIM

## APPROACH TO THE ERECTILE DYSFUNCTION

Aziz PEKER  
Osman SEÇKİN

### SUMMARY

In recent years, urologists largely discussed and worked upon erectile dysfunction. Physiology of erection is better understood, and took great part in this development. Text books and educational systems consider this reality more seriously. In this manner, this report shows the summary of the approach to the patients with erectile dysfunction, until the therapy.

(Key Words: Approach, Diagnosis, Erection, Sexuality)

### ÖZET

Erektıl disfonksiyon son yıllarda üroloji içinde daha fazla tartışılır, araştırılır olmuştur. Bunda ereksiyon fizyolojisinin daha iyi aydınlatılmış olmasının rolü vardır. Artık üroloji kitaplarında ve eğitiminde bu konuya daha fazla yer verilmektedir. Bu yazıda ereksiyon kusuru olanlarda tedaviye dek yaklaşımın nasıl olması gerektiği kısaca değerlendirilmiştir.

(Anahtar Sözcükler: Cinsellik, Ereksiyon, Tanı, Yaklaşım.)

---

Üroloji Kliniği (Op.Dr.A Peker)  
Psikiyatri Kliniği (Uz.Dr.O Seçkin)  
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35120 İZMİR

Yazışma: Dr.A Peker

## EREKTİL DİSFONKSİYONA YAKLAŞIM

Cinsel işlev bozukluğu erkeklerde erektil disfonksiyon yada sıklıkla empotans kavramıyla anlatıla gelmiştir. Potens kavramı olarak bir yeterliliği, hazır oluşu, empotans ise yetersizliği, yokluğu düşündürür. Oysa cinsel işlev öyle kesinkes ölçülebilir, kıyaslanılabilir genellenilebilir son durumu bildirmez. Erkeğin girdiği herhangi bir cinsel ilişkideki bedensel duyumlarını ve sergilediği işlevleri anlatır. Bu anlamda bireye özgü dinamik bir süreçtir. Çünkü potensin ne denli aktif hale geçeceğini organik yapı yanında uyaranlar, eşin özellikleri, istek, heyecanlanma düzeyi, ortam, ruhsal iklim, hatta çağın popüler değerleri belirler.

## TARİHÇE

Antik çağda ve hatta Avrupa'nın karanlık ortaçağında çıplak beden önemsenip şehvetli bir yaşam duygusu kaynağı olduğu kabul edilir, cinsellik üzerinde olumlu konuşulurken 16. ve 17. yüzyıl da sifilizin yaygınlaştığı dönemde çıplaklık ilk kez terbiyesizlik ahlaksızlık olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Victoria dönemi diye adlandırılan 19. yüzyıl pek çok kısıtlama ve baskıları da beraberinde getirmiştir. Bütün hastalıkların nedeni masturbasyonda aranmış, ortaçağda kadınlara uygulanan bekaret kemeri genç erkeklerde masturbasyonu önlemek için demir tokalı eldivenler şeklinde seri olarak üretilmiştir. Kimi yerlerde çocukların elleri yatağa bağlanmış hatta dağlama ile cinsel organların duyarsızlaştırılmasına dek gidilmiştir.

Bu tutucu, sınırlayıcı döneme karşı ilk kez 20. yüzyıl başlarında Freud, Moll, Bloch Berlin'de; Kinsey, Master ve Johnson Amerika'da cinsel töre, tabu ve mitlere karşı tartışmaları başlatmışlar, bireyi ön plana çıkarıp seksolojinin temelini atmışlardır. Birinci dünya savaşı da buna ek olarak mevcut ahlak değerlerini sarsmış, batıda giderek artan cinsel özgürlüğü sağlamıştır (1).

Cinselliğe bakışın sosyal değişimi yanında Androlojide ereksiyon ile ilgili çalışmaların yıllar içindeki gelişmesi de şöyle sıralanabilir;

- Ortaçağda Leonardo da Vinci koitus anatomisi ve cinsel reaksiyonları mükemmel bir şekilde çizmiştir.

- 1667'de De Graf kadavra pelvik artere su vererek tam ereksiyonu göstermiş ilk deneysel çalışmalar başlatmıştır.

- 19. yüzyıl da S2-4 parasempatiklerin ereksiyonda önemli bir merkez olduğu gösterilmiştir.

- 20. yüzyıl başlarında Conti korpus kavernozum venlerinde bulunan yastıkçıkların venöz dönüşü durdurarak ereksiyondan sorumlu olduğu ileri sürmüştü, bu teori uzun süre kabul edilmiştir.

-1994'de Ohlmeyer ile başlayan, 1960' larda Karacan ve arkadaşlarında kullanılan uykudaki ereksiyonun değerlendiril-mesi prensibine dayanan bir test (NPT-Nokturnal Penil Tümesans) ile pisişik ve organik kökenli ereksiyon bozukluğunu ayırmak büyük ölçüde mümkün olmuş, bu testin yüksek doğruluk oranı devrim yaratmıştır (3).

Seksenli yılların başında uygulanan Int-rakavernöz vazoaktif ajanlar enjeksiyonu ile ereksiyon bozukluğu tanısında önemli aşama sağlanmıştır (5).

Bundan sonraki günümüze dek artarak ve çeşitlenerek gelen çalışmalar korpus kavernozum üzerine yoğunlaşmıştır. Bunlar:

- Kavernöz Cisim Biyopsisi,
- Dinamik - Manyetik Rezonans,
- Karporal Kan Parsiyel Oksijen Basıncı Tayini
- Görsel Cinsel Uyarı Testi
- Kavern Cisim Elektrik Aktivitesi Tayini
- Nörotransmitterler

Umut veren güncel çalışmalar daha çok kavernozumda açığa çıkan nörotransmitterler, özellikle Nitrik Oksit, cGMP (siklik guanezin monofosfat), cAMP (siklik adeno-

zin monofosfat) üzerine odaklanmıştır (2,4).

Günümüzde ereksiyon fizyolojisi şöyle açıklanmaktadır; uyarıların etkisiyle korpus kavenozumda açığa çıkan nörotransmitterler düz kasları gevşetmekte böylece arter önündeki direnç azalınca kavernoöz sinizoidler kanla dolmakta elastikiyetiyle genişlemede bu arada sınırlı esneme yeteneği olan tunika albuginea altındaki venler sıkışmakta venöz dönüş azalınca kan birikimi daha artıp sertlik oluşmaktadır. Detümesans ise sempatik aktivite ile düz kas spazmı ile sağlanmaktadır (2-3-4).

Bu son gelişmelerden sonra artık ereksiyon bozukluğunda etkenin %90 psikolojik olduğu düşünülen yüzyılın ilk yarısındaki Freudien görüş zayıflamış, 50 yaşın üzerinde organik nedenin ön planda olduğu bunun üzerine psikolojik faktörlerin ekleneceği görüşü güçlenmiştir (6).

Cinsel sorunlara yaklaşım çağın sosyal, ekonomik, kültürel, dinsel değerlerinden etkilenerek değişmiştir.

## TANI

Günümüzde cinsel sorunlar bu birikimin ışığında bireyin bedensel, ruhsal, sosyal yaşam koşullarıyla bağlantılı bilimsel bütünlük içinde ele alınmaktadır. Üroloğun ilk görevi hastayı bütünüyle kavrayıp organik-psikolojik boyutların ağırlıklarını değerlendirmektir. İlk görüşme çok önemlidir. İşe ayrıntılı bir öykü ile başlanır. İnsanları çok gizli yönlerinin incelenmesi gerektiğinden görüşme ortamı güven verici, gizliliğe izin veren, karşılıklı konuşmayı kolaylaştıran, dikkatin kesintiye uğratılmadığı asgari bir konfor içinde olmalıdır. Hekim ise cinsel sorunlar konusunda bilgili ve eğitilmiş insan iletişimi konusunda eğitilmiş, kendi cinselliğinde içgörülü, hastayı rahatsız edebilecek tepkilerini, heyecanlarını kontrol edebilen olgun bir tavır sergilemelidir. Kullanılan sözcükler ve örnekler hastanın kültür düzeyine uymalıdır.

Hekim bu temel prensipler içinde bir-

takım özel sorularla sorunun kökeni hakkında fikir sahibi olur. İlk değerlendirmeden sonra birtakım testler, radyolojik ve laboratuvar tanı yöntemleriyle organik ve psikolojik boyutları netleştirmeye çalışır.

Diabet, hipertansiyon, nikotin en sık; koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalık, alkolizm, ilaçlar, kaygı ve depresyon, eşle çatışma, hormonal bozukluklar orta sıklıkta ereksiyon bozukluğu yapan risk faktörleridir (7). Bu risk faktörlerine yönelik günümüzde en sık yapılan tetkikler şunlardır:

- 1- Kan testleri: Açlık kan şekeri  
Serum prolaktin düzeyi  
Serbest testosteron  
Kolesterol, trigliserid

2- Damar yapıların anatomik ve fonksiyonel değerlendirilmesi:

a) Papaverin testi:

Kolay uygulanabilir, acil girişimi gerektiren "Uzamış ereksiyon" gelişme riski vardır. Olumlu sonuç damar patolojisini ekarte eder.

b) Dupleks Sonografi:

Real time ve Doppler ultrasonun birleştirildiği özel aygıtlarla yapılar. Arteriyel yapıları ve fonksiyonu değerlendirmede en değerli yöntemdir. Venöz akım da değerlendirilir. Pahalı, değerlendirmesi deniyim isteyen bir tetkiktir (3).

c) Kavernoometri+Kavernoziyografi

Venöz sistem için en iyi tetkik aracıdır. Papaverin enjeksiyonu sonrası korpus kavernozumda belli hızda sıvı verilip ereksiyonun durumu gözlenerek veya kavernoöz cisim içi basınç ölçülerek değerlendirilir. Gerektiğinde venler, opak madde verilerek görüntülenir. Teknik olanaklar gerektiren pahalı bir yöntemdir (8).

3- NPT (Nokturnal Penil Tümesans):

Uykuda psikişik faktörler kayborduğu için uykudaki ereksiyonun değerlendirilmesine dayanan bir testtir. Rigiscan Monitor bu konuda kullanılan en iyi yöntemdir. Penil tñmesans ve rijiditeyi birlikte kaydeder. Pahalıdır ancak belli merkezlerde kullanılmaktadır (3).

4- Ereksiyonda sorumlu duysal ve motor sinirlerin tetkiki:

Sakral ileti zamanı tayini:

Bulbo kavernöz refleksin elektrofizyolojik ölçülen şeklidir. Pudendal duysal ve pudendal motor sinirin oluşturduğu refleks ark. zamanı ölçülür (9).

## DEęERLENDİRME

Kısmen pahalı ve az sayıda merkezde bulunan bu tetkiklerin hepsi yapılmalı mıdır? Bu yönde iki türlü yaklaşım vardır. Ya tüm tetkikler yapılır sonuçlara göre tedavi tartışılır, ya da hastanın uygulayabileceği, seçtiği tedavi şekline yönelik tetkikler yapılır (10). Bu ikinci yöntem hastanın sonradan istemeyeceği tedavi için fazla tetkik yapılmasını önleyen, ekonomik, daha akılcı gözükten bir yoldur. Lue tarafından bildirilen

bu ikinci yol yaklaşımı biz de benimsiyor ve kliniğimizde uyguluyoruz. Kendi koşullarımız içinde daha kolay uygulanabilir, ekonomik, çağdaş bir yaklaşım olarak görölmektedir.

Sonuçta daha kolay anlaşılabilmesi nedeniyle bu ürolojik yaklaşım şematik olarak sunulmaktadır (Tablo 1).

**TABLO1:** Lue'a göre erektil disfonksiyona tanısıl yaklaşım (10):

Hastanın istediği tedavi şekli	Önerilen Tetkikler
1.Oral tedavi veya vakum	Yok
2.İntrakavernöz Enjeksiyon (IKE)	IKE+Elle Stimülasyon testi (EST)
3.Penil protez	(IKE) EST+NPT (Nokturnal Penil Tñmesans)
4.Venöz cerrahi	İKE+EST Dupleks sonografi Kavernozometri Kavernozografi
5.Arteriyel ve/veya venöz cerrahi	Venöz cerrahi tetkikleri Farmakolojik arteriyografi

## KAYNAKLAR

1. Lymberopoulos S. Ainleitung. in Altwein EJ, Bahren W. *Impotenz*. v.1 Stuttgart. George Thime Verlag. 1988 ; 1-3.

2. Seth E.L, Melman A., Chirst G.J.A review of erectil Dysfunction: New insights ad more questions. *J Urol*. 1993 ; 149 : 1246-55.

3. Yaman LS ve ark. Empotan hastaya yaklaşım. *Üroloji* 1.Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi Yayınları. 1990 ; 85-90.

4. Lue TF. MD Physiology of erection and pathophysiology of impotence, In: Patrick CW et al, *Campbell's Urology* v.6. Philadelphia.W.B. Saunders Company 1992 ; 709 -25.

5. Jünemann Kp. Pharmacotesting in erectile dysfunction, In: Jonas U, Thon WF, Stief CG, eds *Erectile Dysfunction* v.1. Berlin. Springer Verlag. 1991 ; 104-14.

6. Porst H. Aetiologie der erektilen dysfunktion, In: *Porst Erektile Impotenz* v.1. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag 1987 ; 12-4.

7. Andre T.G. Erectile dysfunction. *Postgradu Med*. 1995 ; 97(4) : 123-43.

8.Zorgniotti AW, Lizza FE. Corporal veno-occlusive dysfunction diagnosis: *Diagnosis and management of Impotence*. Philadelphia.B.C. Berer Inc. 1991 ; 85-95.

9. Sevin G, Taşçı T.I. Nörojenik impotans. *İmpotans Teşhis ve Tedavisi*. 1. Baskı. İstanbul. Gür-Ay matbaası. 1990 ; 85-90.

10. Lue, TF. Erectile Dysfunction: Problems and Challenges. *J Urol*. 1993 ; 149 : 1256-7.