

ANDROLOJİ

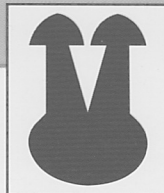
BÜLTENİ

ISSN: 1304 - 6861



Aralık 2011

Sayı 47



TÜRK
ANDROLOJİ DERNEĞİ
(İSTANBUL - 1992)

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu

Dr. Cevper Ersöz, Yrd. Doç. Dr. Abdulkadir Tepeler, Yrd. Doç. Dr. Tolga Akman, Doç. Dr. Abdullah Armağan
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Dünya sağlık örgütünün 1974 raporunda cinsel işlevin birey sağlığı açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (1). Cinsel işlev bozukluğuna yol açan sebepler arasında diyabet (2), dislipidemi (3), obezite ve metabolik sendrom (4) bulunmaktadır. Kentleşme oranının artması, yaşam süresinin uzaması, obezite prevalansının artması ve hareket kısıtlılığı ile birlikte diyabetli populasyon yüzdesi gittikçe büyümektedir. Diyabetin bilinen komplikasyonları arasında birçok medikal hastalık (5), psikososyal bozukluk (6) ve cinsel işlev bozukluğu bulunmaktadır (7). Birçok çalışmada da gösterildiği gibi erkeklerde diyabetin diğer komplikasyonları ortaya çıktığında erektil disfonksiyon gelişme riski oldukça yükselmektedir (8). Bununla birlikte diyabetin, erkek ve kadında aynı nörovasküler komplikasyonlar ortaya çıkartmasına rağmen kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun sebepleri kesin değildir (2-9). Olası sebepler arasında organik ve psikososyal faktörlerin sinerjik sonuçlarının ortaya çıkmasının olduğu düşünülmektedir.

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun prevalans ve etyolojisi

Kadın cinsel işlev bozukluğu dünya genelinde çok sık görülen bir rahatsızlıktır. Avrupa üroloji kılavuzları da dahil üroloji kaynakları öncelikle erkek cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmekte ve bu da kadın cinsel işlev bozukluğunda standart tanım eksikliklerine sebep olmaktadır. Genel popülasyonda kadın cinsel işlev bozukluğu %25-63 arasında değişmektedir (10). Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu, yazarlar farklı aralıklarda bildirmektedir. Nowosielski ve arkadaşları (11) cinsel işlev bozukluğunu tip 1 diyabetik kadınlarda %17-71, Esposito ve arkadaşlarının (12) yaptığı 595 tip 2 diyabetik kadında sorgulama sonrası prevalansı %54 olarak bildirmiştir. Buna karşın Tagliabue ve arkadaşlarının (13) çalışmasında tip 1 diyabetik kadınlarda kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu

prevalansı arasında fark saptanmamış, bu kadınlarda olası faktörün yüksek depresyon oranı olduğu belirtilmiştir. Salonia ve arkadaşları (14) ise kadın cinsel işlev bozukluk prevalansının menstrüel siklusun foliküler faz ile karşılaştırıldığında luteal fazda daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Enzlin ve arkadaşlarının (15) tip 1 diyabetik 652 kadında 10 yıllık çalışmanın sonuçlarında cinsel işlev bozukluk prevalansı, libido kaybı, orgazm problemi, vajina kuruluğu, uyarılma bozukluğu ve ilişkide ağrı oranlarını sırasıyla %35, %57, %51, %47, %38 ve %21 olarak bildirmişlerdir. Buna benzer bir çalışmada ise Esposito ve arkadaşları (12) cinsel işlev bozukluk prevalansını menopoza girmiş kadınlarda, menopozda olmayan kadınlara oranla yüksek bulmuşlar (%65.9-%41), bununda menopozda olan kadınlarda vajina kuruluk oranının fazla olmasına bağlamışlar.

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun patofizyolojisi

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu sebepleri arasında hiperglisemi, infeksiyonlar, nörovasküler ve fizyolojik bozukluklar sayılabilir (16-17). Kadın ve erkeklerde diyabetin komplikasyonları farklılık gösterebilir. Erektile disfonksiyon (ED) erkeklerde kan şekeri regülasyonu ile ilişkili ve diğer faktörler olan kardiyovasküler hastalık ve diyabetik nöropatiye bağlı olarak gelişir (18-19). Tip 1 diyabetli kadınlardaki, kadın cinsel işlev bozukluğu çoğunlukla kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkili bulunmamıştır. Bunun yanında azalmış libido, uyarılmada bozukluk ve ilişki sırasında ağrının patogeneğinde etkili olan faktörler sırasıyla nöropati (20), vasküler bozukluklar (15) ve psikolojik şikayetlerdir (15). Bir çalışmada metabolik sendrom ve dislipidemik damar hasarı tip 2 diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu için bağımsız risk faktörü olmakla birlikte mutlak risk faktörleri ise kişinin depresyon durumu ve medeni hali gösterilmiştir (12). Hiperglisemi mukoz

membranlardaki sıvıyı azaltarak vajinal kuruluğa sebep olmaktadır bu da infeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (21). Rat çalışmalarında saptanan klitoral uyarılma azalmasıyla birlikte vajinal kan akımında düşme, klitoral ve vajina dokusunda difüz fibrozis meydana gelmesi sonucunda cinsel cevapta azalma olmaktadır (22-23). Estrojen, testosteron ve progesteron cinsel işlevde önemli hormonlardır. Estrojen, mukozal epitel dokusu, genital kan akımı ve duyu eşliği için önemlidir. Androjenler ise uyarılma, istek ve orgazm da rol oynamaktadır (24). Salonia ve arkadaşlarının (14) çalışmasında belirtilen kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun menstürel siklusun lüteal fazında yüksek prevalansı olması total testosteron seviyesinin kontrol grubuna göre yüksek ve foliküler fazda Δ 4-Androstenedione ve DHEAS'ın kontrol grubuna göre düşük saptanmasına bağlamışlardır. Literatürde karşıt görüşler olmakla birlikte tip 2 diyabetli kadınlarda, tip 1 diyabetli kadınlara göre daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak tip 2 diyabetin ileri yaş, yaşa bağımlı menopoza, kronik hastalıkların artması ve depresyonun yüksek oranda görülmesidir (21-25-26).

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu tarama ve tanı yöntemleri

Kadınların cinsel işlev bozukluğu sorgulamasında kısıtlayıcı faktörler arasında doktorun deneyim eksikliği, cinsel yaşam ve fonksiyonları rahat konuşabilme ortamı oluşturmada yetersizlik ve kişisel tabular sayılabilir. Objektif tanı metodu kullanımı oluşturma amaçlı sorgulama formları büyük önem taşımaktadır. Kadında cinsel işlev bozukluğunu belirlemek amaçlı birçok form bulunmaktadır. Bunlarda en sık kullanılanı Female Sexual Function Index (FSFI) ülkemizde yapılan bir çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (27). FSFI, 19 sorudan oluşmaktadır. Kadınların son 4 haftadaki durumu sorgulanmakta ve cinsel istek, uyarılma, orgazm, ağrı, vajen kuruluğu, memnuniyet alanları araştırılmaktadır. Toplam puan 2 ile 36 arasında değişmektedir. Diğer sorgulama formları ise Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), Derogatis Interview of Sexual Functioning (DISF), Female Sexual Distress Scale (FSDS) olmakla birlikte literatürde kullanımlarına çok sık rastlanılmamıştır (28). Sorgulamada tam bir anamnez önemlidir. Altta yatan risk faktörleri açısından tüm eşlik edebilecek hastalıklar sorgulanmalıdır.

Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun tedavisi

Hastalar için belirli bir tedavi şekli yoktur. Depresyon öncelikle tedavi edilmeli, diyabetik kontrol sağlanmalıdır. Bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda Akdeniz diyetinin FSFI puanlarında yükselme sağladığı belirtilmiştir (29). Menopozdaki kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tedavisinde östrojenin yeri vardır. Bu hastalarda medikal tedavi sonrası vajina mukoza epitelinin profilyasyonu başlamakta, vajinal kan akımı artmakta ve vajina kuruluğu azalmaktadır (30). Patofizyolojide belirtilen androjen azlığında orgazm, uyarılma ve cinsel istek bozukluğu meydana gelmektedir. Bununla birlikte androjenlerin replasmanında maskülinizasyon, hepatik ve kardiyovasküler yan etkilerinden dolayı uzun süreli tedavide önerilmemektedir (30). Bununla birlikte normal kan SHBG düzeyinde ve perimenopozal kadında uyarılma ve cinsel istekte kayıp gelişmişse günlük %1 transdermal testosteron replasmanının cinsel fonksiyon bozukluğunda güvenle kullanılabilir olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (31). Tibolon, selektif doku östrojenik aktivite düzenleyicisidir. Menopozal vazomotor semptomları azaltması amaçlı konvensiyonel hormon replasman tedavisi ile aynı etkiye sahip olmakla birlikte cinsel işlev bozukluğuna daha olumlu etki göstermesidir (32-33). Diğer medikal tedaviler ise fentolamin, apomorfin, melanosit indukleyici hormon ve serotonin reseptör agonistleridir. Medikal dışı tedaviler arasında ise pelvik taban kas egzersizi yer almaktadır (34). Bu çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan 26 kadın değerlendirilmiş ve tedavinin ortasında ve sonunda pelvik kas gücünün artmasıyla birlikte FSFI skorunda önemli derecede yükselme saptanmıştır.

Sonuç

Cinsel işlev bozukluğu tip 1 ve tip 2 diyabetik kadınlarda hayat kalitesini kötü etkilemektedir. Hastalar dikkatli bir fizik muayene, anamnez ve ek hastalıklar açısından değerlendirilmeli, sorgulamada en sık kullanılan FSFI formu kullanılarak objektif kriterler sonucuna göre değerlendirilmelidir. Hastaların tedavisine multidisipliner olarak yaklaşılmalı, yaşam tarzında değişiklik, diyabetik kontrol, psikoterapi ve medikal tedaviler açısından değerlendirilmelidir.

Kaynaklar:

- WHO. Serie de rapports techniques, n: 572, 1975.
- Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 25: 672-677, 2002
- Esposito K, Ciotola M, Maiorino MI, Giugliano F, Autorino R, De Sio M, Cozzolino D, Saccomanno F. Hyperlipidemia and sexual dysfunction in premenopausal women. *J Sex Med.* 2009; 6: 1696-703.
- Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome and sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005; 17: 391-8.
- Anon. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-986.
- Ryan CM. Psychological factors and diabetes mellitus. In *Textbook of Diabetes* Pickup J, Williams G, (eds) Oxford, U.K., Blackwell Science 1997, 1-17.
- Thomas AM, LoPiccolo J. Sexual functioning in persons with diabetes: Issues in research, treatment, and education. *Clinical Psychology Review* 1994; 14: 61-86.
- Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, Santeusano F, Chatenoud L, Colli E, Lavezzari M, Landoni M, Parazzini F. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. *Int J Epidemiol.* 2000; 29: 524-31.
- Guay AT. Sexual dysfunction in the diabetic patient. *Int J Impot Res* 2001;13(Suppl 5): 47-50.
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 men in an outpatient gynaecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19:171-88.
- Nowosielski K, Droszdzol A, Sipinski A, Kowalczyk R, Skrzypulec V. Diabetes mellitus and sexuality-Does it really matter? *J Sex Med* 2010;7:723-35.
- Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res.* 2010 May-Jun;22(3):179-84.
- Tagliabue M, Gottero C, Zuffranieri M, Negro M, Carletto S, Picci RL, Tomellini M, Bertaina S, Pucci E, Trento M, Ostacoli L. Sexual function in women with type 1 diabetes matched with a control group: depressive and psychosocial aspects. *J Sex Med.* 2011 Jun;8(6):1694-700.
- Salonia A, Lanzi R, Scavini M, Pontillo M, Gatti E, Petrella G, Licata G, Nappi RE, Bosi E, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006 Feb;29(2):312-6.
- Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, Rutledge B, Chan KL, Cleary PA. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. DCCT/EDIC Research Group. *Diabetes Care.* 2009 May; 32(5):780-5.
- Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res.* 2010; 47: 199-211.
- Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years research. *Diabet Med* 1998; 15: 809-15.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-544.
- Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 2005; 65: 143-148.
- Erol B, Tefekli A, Sanli O, Ziylan O, Armagan A, Kendirci M et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res* 2003; 15: 198-202.
- Rockliffe-Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: A psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy* 2003; 18: 143.
- Park K, Ahn K, Chang JS, et al. Diabetes induced alteration of clitoral hemodynamics and structure in the rabbit. *J Urol* 2002; 168: 1269-72.
- Park K, Ryu SB, Park YI, et al. Diabetes mellitus induces vaginal tissue fibrosis by TGF-beta 1 expression in the rat model. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 577-87.
- Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician* 2008; 77: 635-42.
- Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res* 1987; 31: 23-33.
- Sarkadi A, Rosenqvist U. Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *Diabetes Educ* 2003; 29: 641-652.
- Yılmaz CA, Eryılmaz HY. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlilik-güvenirlilik çalışması. *Androloji Bülteni* 2004; 18: 275-6.
- Jones LR. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. *World J Urol* 2002; 2: 89-92.
- Giugliano F, Maiorino MI, Di Palo C, Autorino R, De Sio M, Giugliano D, Esposito K. Adherence to Mediterranean diet and sexual function in women with type 2 diabetes. *J Sex Med.* 2010 May;7(5):1883-90.
- Wylie K, Malik F. Review of drug treatment for female sexual dysfunction. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 671-674.
- Davis SR, Jane F. Sex and perimenopause. *Aust Fam Physician* 2011; 40(5):274-8.
- Nathorst-Boos J, Hammar M. Effect on sexual life-a comparison between tibolone and a continuous estradiolnorethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997;26:15-20
- Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F, et al. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000;34:161-8
- Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira Nde O, Osis MJ. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(5):234-40.