

Behçet hastalığı ile erektil disfonksiyon arasında ilişki var mıdır?

Is there a relationship between Behçet disease and erectile dysfunction?

Fikret Erdemir¹, Doğan Atılğan¹, Özgür Boztepe¹, Pelin Aytan², Nihat Uluocak¹, Türker Taşlıyurt²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Özet

Amaç: Bu çalışmada Behçet hastalığı tanısı ile tedavi ve takipleri yapılan olgularda erektil işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Ocak 2004 ve Aralık 2008 tarihleri arasında Behçet hastalığı tanısı ile tedavi ve takipleri yapılan 41 hasta (Grup 1) ile kontrol grubu olarak 38 sağlıklı gönüllü (Grup 2) çalışmaya dahil edildi. Hastalar ayrıntılı öykü, fizik muayene, rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikler, karaciğer fonksiyon testleri ve hormon profili ile değerlendirildiler. Cinsel işlev bozukluğu Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF) ile değerlendirildi. Psikiyatrik durum değerlendirmesi için Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı Grup 1 ve Grup 2'de sırası ile 39.25±12.20 (dağılım 21-67) ve 37.41±12.29 (dağılım 24-69) olarak saptandı (p=0.977). Ortalama takip süreleri 3.8 yıl iken erektil disfonksiyon oranları Grup 1'de %43.9 (n=18) ve Grup 2'de %18.42 (n=7) olarak tespit edildi (p=0.028). Psikiyatrik bozukluk oranları Grup 1 ve Grup 2'de sırası ile %43.9 (n=18) ve %18.4 (n=7) olarak tespit edildi (p=0.009). Yapılan çoklu değişkenli analizlerde erektil disfonksiyon üzerine Behçet hastalığı ve yaşın psikiyatrik bozukluklardan daha fazla etki ettiği saptandı (sırasıyla odds oranı 7.385, %95GA 1.303-41.844 ve odds oranı 1.192, %0.95GA 1.071-1.327).

Sonuç: Bu çalışmada Behçet hastalığı ile erektil disfonksiyon arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Bu sonuçları desteklemek için geniş olgu sayısına sahip prospektif ve randomize çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Cinsel işlev bozukluğu; Behçet hastalığı; erektil disfonksiyon.

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the erectile dysfunction (ED) in patients who have been followed up and treated with the diagnosis of Behçet disease.

Materials and methods: Between January 2004 and December 2008 a total of 41 patients (Group 1) with the diagnosis of Behçet Disease and 38 patients as control group (Group 2) were included into the study. All patients were evaluated with detailed medical history, physical examination, routine hematologic and biochemical analysis and hormone profiles. Erectile dysfunction was evaluated with International Index of Erectile Function (IIEF). For the assessment of psychiatric status, Beck Depression Inventory was used.

Results: The mean age of the patients in Group 1 and Group 2 was 39.25±12.20 (range 21-67) year and 37.41±12.29 (range 24-69) year, respectively (p=0.977). While mean follow-up period was 3.8 year, the erectile dysfunction rates were 43.9% (n=18) and 18.42% (n=7) in Group 1 and in Group 2, respectively (p=0.028). The psychiatric disorder rates were 43.9% (n=18) and 18.4% (n=7) in Group 1 and in Group 2, respectively (p=0.009). Multivariate analysis showed that Behçet disease and age were more powerful predictors than psychiatric status for ED in patients with Behçet disease (odds ratio 7.385, 95 %CI 1.303-41.844 and odds ratio 1.192, 0.95%CI 1.071-1.327, respectively).

Conclusion: This study revealed that there is a relationship between Behçet disease and erectile dysfunction. However, further randomized and controlled studies with larger sample size are needed to support these results.

Key words: Behçet disease; erectile dysfunction; sexual dysfunction.

Erektil disfonksiyon (ED), bir erkeğin en az altı ay süreyle cinsel performansa yetebilecek derecede bir penis ereksiyonunu sağlayamama ve/veya devam ettirememesi durumu olarak tanımlanmaktadır.^[1] Prevalansı 40-70 yaş arasında %30-52 arasında olup 70 yaş üzerinde %80'lere kadar ulaştığı bildirilen ED'nin etiyolojisinde psikojenik, hormonal, nörojenik ve arteriyel patolojiler, ilaçlar, iyatrojenik nedenler ile sistemik ve kronik hastalıkların rol oynadığı bilinmemektedir. Literatürde sistemik ve kronik hastalıklardan diabetes mellitus (DM), kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, artrozlar, kolajen doku hastalıkları, kronik hepatitler ve diğer kronik infeksiyonlar, hipertansiyon, multipl skleroz (MS) ve Behçet hastalığının ED etiyolojisi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.^[2-9]

İlk olarak 1937 yılında Dr. Hulusi Behçet tarafından tanımlanarak dünya literatüründe yerini alan Behçet hastalığı, temelde, oral aftlar, genital ülserler ve üveit ile karakterize kronik sistemik bir vaskülit olmasına rağmen herhangi bir organda birçok arteri veya veni etkileyerek tutulumun görüldüğü organa ait farklı semptom ve bozukluklara yol açabilmektedir.^[10] Behçet hastalığının üriner sistem ile olan ilişkisi daha çok epididimoorşit, üriner inkontinans, priapizm, infertilite, mesane fonksiyon bozukluğu ya da erektil işlev bozukluğu şeklinde bildirilmiştir.^[11-15] Bununla birlikte, Behçet hastalığının erektil işlev bozukluğu ile olan ilişkisi ile ilgili son derece sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu çalışmada, Behçet hastalığı tanısı ile izlenen erkek olgularda erektil işlev bozukluğunun değerlendirilerek literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Ocak 2004 ve Aralık 2008 tarihleri arasında Behçet hastalığı tanısı ile tedavi ve takipleri yapılabilen 41 hasta (Grup 1) ile kontrol grubu olarak 38 sağlıklı gönüllü (Grup 2) bilgilendirilmiş olur formu alındıktan sonra çalışmamıza dahil edildi. Kontrol grubu için seçilen hastalar ED dışı bir nedenle hastanemize başvuran ve geçmişinde erektil disfonksiyon nedeni ile medikal ya da cerrahi tedavi almayan olgulardan oluşmakta idi. Hastalar ayrıntılı öykü, fizik muayene, rutin hematolojik ve biyokimyasal analizler, karaciğer fonksiyon testleri ve hormon profili ile değerlendirildiler. Erektil disfonksiyon, Uluslararası Erektil Fonksiyon Skalası (IIEF) ile polikliniğimizde

değerlendirildi. Erektil işlev bozukluğu, IIEF içerisindeki 15 soruya verilen cevaplara göre ağır ED (1-10 puan), orta derecede ED (11-16 puan), hafif-orta derecede ED (17-21 puan), hafif ED (22-25 puan) ve erektil işlev bozukluğu olmaması (26-30 puan) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Çalışmaya daha önce psikoz veya benzeri bir psikiyatrik bozukluğu olanlar, antidepresan, antikonvülzan ve antipsikotik ilaç kullananlar, geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü olan olgular ile nörolojik hastalığı olan hastalar dahil edilmedi. Tüm hastalar ve kontrol grubu psikiyatrik durumlarının ortaya konulması için Beck Depresyon Ölçeği ile de değerlendirildiler. Beck Depresyon Ölçeği, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen, depresyonla ilgili olarak duygusal, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda gözlenen semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan ve 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden azdan çoğa doğru derecelendirilmiş sorulardan oluşmaktadır.^[16]

İstatistiksel değerlendirme

Çalışmada kullanılan kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ki-kare testleri kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterildi. Yaş yönünden Behçet hastalığı ve ED durumuna göre karşılaştırmalarda bağımsız iki örneklem t testi kullanıldı. ED oluşumu üzerine etkisi olan faktörlerin değerlendirilmesinde çoklu lojistik regresyon analizi kullanıldı. P değeri 0.05'in altında hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizler SPSS paket programı ile yapıldı (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD).

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı Grup 1 ve Grup 2'de sırası ile 39.25±12.20 (dağılım 21-67 yaş) ve 37.41±12.29 (dağılım 24-69) yıl olarak saptandı (p=0.977). Ortalama takip süreleri 3.8 yıl iken erektil disfonksiyon görülme oranları Grup 1'de %43.9 (n=18) ve Grup 2'de %18.42 (n=7) olarak tespit edildi (p=0.028). Grup 1'de bulunan hastaların 23'ünde ED bulunmazken, 6 hastada orta derecede ED, 11 hastada hafif derecede ED ve 1 hastada da ağır derecede ED olduğu saptandı. Grup 2'de ise 6 olguda hafif, bir olguda ise orta derecede ED tespit edildi. Grup 1'deki olguların 9'unda hipertansiyon, 3'ünde hiperkolesterolemi, 3 olguda bilinen kalp hastalığı,

8 hastada DM ve 23 hastada sigara içimi öyküsü saptandı. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de görülmektedir. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ile yapılan değerlendirmelerinde psikiyatrik bozukluk oranları Grup 1 ve Grup 2’de sırası ile %43.9 (n=18) ve %18.4 (n=7) olarak tespit edildi ($p<0.005$) (Tablo 1). Psikiyatrik bozukluk tespit edilen olgulardan 4’ünde (%9.75) depresyon, 4’ünde (%9.75) uyum bozukluğu, 3 (%7.31) has-

tada anksiyete bozukluğu ve 7 (%17.07) hastada da nikotin bağımlılığı saptandı. Çoklu değişkenli analizlerde Behçet hastalığına ilave olarak hasta yaşının diğer parametrelerden daha fazla olmak üzere ED üzerine etkili olduğu saptandı. Buna göre yaştaki bir birimlik artışın ED oranını 1.2 kat arttırdığı, Behçet hastalığı olanların ise olmayanlara göre ED olasılığının 7.4 kat daha fazla olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 1. Hastalara ait klinik ve demografik özellikler [n (%)]

	Behçet hasta grubu (n=41)	Kontrol grubu (n=38)	p değeri
Yaş (yıl)	39.25±12.20	37.41±12.29	0.977
Hipertansiyon	9 (22.0)	5 (13.2)	0.467
Hiperlipidemi	3 (7.3)	2 (5.3)	1.000
Diabetes mellitus	8 (19.5)	4 (10.5)	0.425
Kalp hastalığı	3 (7.3)	2 (5.3)	1.000
Kolşisin tedavisi	20 (48.8)	0 (0)	-
Psikiyatrik bozukluk	18 (43.9)	7 (18.4)	0.009
Sigara içimi	23 (56.1)	16 (42.1)	0.309

Tablo 2. Hastalara ait özelliklerin erektil disfonksiyon (ED) varlığına göre dağılımı [n (%)]

	ED var (n=25)	ED yok (n=54)	p değeri
Yaş (yıl)	50.27±9.26	34.39±10.96	<0.001
Behçet hastalığı	18 (72.0)	23 (42.6)	0.028
Hipertansiyon	9 (36.0)	5 (9.3)	0.009
Hiperlipidemi	3 (12.0)	2 (3.7)	0.319
Diabetes mellitus	8 (32.0)	4 (7.4)	0.008
Kalp hastalığı	3 (12.0)	2 (3.7)	0.319
Kolşisin tedavisi	8 (32.0)	12 (22.2)	0.515
Psikiyatrik bozukluk	11 (44.0)	14 (25.9)	0.132
Sigara içimi	18 (72.0)	21 (38.9)	0.013

Tablo 3. Çoklu lojistik regresyon analizinde erektil disfonksiyon oluşumu üzerinde etkisi olan faktörler

	β	SH	p değeri	OR	%95 GA (OR)
Yaş (yıl)	0.176	0.055	0.001	1.192	1.071-1.327
Behçet hastalığı	2.000	0.885	0.024	7.385	1.303-41.844
Hipertansiyon	0.947	0.895	0.290	2.577	0.446-14.882
Hiperlipidemi	1.324	1.487	0.373	3.758	0.204-69.307
Diabetes mellitus	-0.108	1.049	0.918	0.897	0.115-7.008
Kalp hastalığı	-0.509	1.317	0.699	0.601	0.046-7.940
Kolşisin tedavisi	-0.837	1.011	0.408	0.433	0.060-3.139
Psikiyatrik bozukluk	0.412	0.741	0.578	1.510	0.353-6.457
Sigara içimi	1.235	0.726	0.089	3.439	0.829-14.274

β : Regresyon katsayısı, SH: Standart hata, OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı.

Tartışma

Erektil disfonksiyon yaş ile birlikte görülme sıklığı artan önemli bir sağlık sorunu olup kişilerin ve partnerlerinin sosyal yaşamları ve ruh sağlığını olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir. Ülkemizde, Türk Androloji Derneği tarafından yapılan, ED prevalansı ve bağlantılarını araştıran toplum esaslı bir çalışmada ED'nin prevalansı %69.2 olarak bulunmuş olup bunun %33.2'si hafif, %27.5'i orta derecede ve %8.5'i de şiddetli ED olarak bildirilmiştir.^[17] Uluslararası epidemiyolojik verilere baktığımızda ise önemli bir referans nitelikteki Massachusetts Yaşlanan Erkek Çalışması (MMAS) bulgularına göre 40-70 yaş arası erkeklerde hafif ED %17, orta derecede ED %25 ve şiddetli ED'de %10 olarak bulunmuştur.^[18] Bu bulgular ışığında tüm dünyada 2025 yılında 322 milyon ED'li olgu olacağı öngörülmektedir. Çalışmamızda da Grup 1 ve Grup 2'de ED oranları %43.9 ve %18.42 olarak saptanmıştır.

Santral, hormonal ve periferik faktörlerin etkisiyle gerçekleşen ereksiyonda temel olay cinsel uyarı sonrası korpus kavernozumdaki düz kas elemanlarının relaksasyonunu takiben sinüzoidlerin kan ile dolmaya başlamasıdır. Buna göre sakral spinal kordun 2. ve 4. segmentlerindeki intermediolateral kolumnada bulunan preganglionik nöronlardan gelen parasempatik uyarılar ile kavernoza sinir uçlarındaki uyarı neticesinde nörojenik nitrik oksit sentaz (nNOS) ve endotelial nitrik oksit sentazın (eNOS) ortaya çıkmasını takiben L-arjininden tetrahidrobiyopterin de (BH4) yer aldığı bir reaksiyonla lipofilik nitrik oksit (NO) oluşur. Oluşan bu NO kavernoza düz kas hücresi içine girerek siklik guanozin monofosfat (cGMP) sentezine aracılık eder. cGMP, düz kas hücresinde değişik mekanizmalarla Ca^{+2} düzeyini azaltır ve kavernoza düz kasın gevşemesini sağlayarak ereksiyonun başlatılmasını ve sürdürülmesini sağlar. Genişleyen sinüzoidler ile tunika albuginea arasında küçük venüllerin kompresyonu, venöz akışın azalmasına, dolayısı ile kanın korpus kavernoza içinde tutulmasına neden olur. Ereksiyon mekanizmasında çok sayıda nörotransmitterin görev aldığı ve yukarıda belirtilen mekanizmaların herhangi bir aşamasındaki aksaklığın erektil işlev bozukluğu ile sonuçlanabileceği gösterilmiştir.^[19-21] Yukarıdaki bilgilere göre ereksiyonun hormonal faktörler, vasküler yapılar, periferik ve santral mediatörler ile sinir sisteminin görev yaptığı kompleks

bir bütünlüğün normal olarak işleyişini gerektirdiği açıkça görülmektedir. Bu sonuçlara göre Avrupa Üroloji Kılavuzlarında (EAU) da belirtildiği gibi ED etiolojisinde nörojenik, organik, vasküler kaynaklı ve endokrinolojik olarak sıralanabilen bozuklukların olduğu bildirilmektedir.^[22] Bundan başka kişilerin ruhsal yapısı ile ilişkili olan psikojenik nedenlerin de ED etiolojisinde yer aldığı gösterilmiştir.^[23]

Sistemik ve kronik hastalıkların ED etiolojisinde yer aldığı bilinmektedir.^[21] Yukarıdaki etiolojik faktörlere göre literatürü incelediğimizde farklı yaş gruplarında görülen kronik böbrek yetmezliği, hipotiroidi, hipertiroidi ve adrenal bez hastalıkları gibi endokrin bozukluklar, kronik prostatitler, DM, Parkinson hastalığı, MS, artrozlar ve kollajen doku hastalıkları gibi sistemik ve kronik hastalıkların ED etiolojisinde yer aldıkları bildirilmiştir.^[19,24-26] Bununla ilgili olarak DM, MS ve benzeri kronik sistemik hastalıklarda ED görülme oranlarının %50 ile %90 arasında değiştiği bildirilmektedir.^[27-29] Çalışmamızda da Behçet hastaları arasındaki ED oranı literatürdeki oranlara yakın olarak %43.9 olarak görülmektedir. Sistemik ve kronik hastalıklardan biri olan Behçet hastalığı, 1937 yılında Dr. Hulusi Behçet tarafından tanımlanan, oral ülser, genital ülser ve üveit triadı ile karakterize multisistemik bir vaskülitir. Tam olarak açık olmasa da virüsler, bakteriler, genetik faktörler ve immünolojik nedenlerin etiolojide suçlandığı Behçet hastalığı birçok değişik organ-da arter ve venleri etkileyerek çeşitli yakınmalara neden olabilmektedir.^[30]

Sistemik ve kronik hastalıkların ED'ye yol açması ile ilgili olarak çeşitli mekanizmalar ileri sürülmektedir. Bununla ilişkili olarak, DM, MS ve nörolojik hastalıklar gibi primer kronik hastalığın kendisinin ereksiyonda rol alan vasküler yapılar ile korpus kavernoza düz kaslarını ya da kavernoza sinirleri etkileyerek ED'ye yol açabileceği bildirilmektedir.^[19-21,31,32] Kronik hastalıkların kişilerde meydana getirmiş olduğu duygudurum bozukluklarının da ED'ye neden olabileceği bildirilmektedir. Buna göre birçok sistemik ya da kronik hastalığın oluşturduğu durum ya da tedavi biçimlerine karşı gelişen psikolojik reaksiyonların dolaylı olarak cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği belirtilmektedir. Literatürde MS'li hastaların incelendiği 17 olgu sayısına sahip bir çalışmada psikiyatrik bozukluk oranı %12.56 olarak bildirilmiştir.^[33] Bir başka çalışmada ise sklerodermali

hastalardaki psikiyatrik bozukluk oranı %38 olarak saptanmıştır.^[34] Ülkemizde Çelikel ve ark.^[35] kronik prostatitli olguları inceledikleri bir çalışmada ise olgular arasında ruhsal bozukluk oranı %37.5 olarak tespit edilmiştir. Her ne kadar kronik hastalıkların kişilerde duygudurum bozukluklarına yol açarak psikiyatrik sorunlara neden olduğu gösterilse de bu hastalıkların ED ile olan ilişkilerini inceleyen çalışmaların nispeten sınırlı olduğu görülmektedir. Bununla ilişkili olarak yaşları 20 ile 45 arasında değişen ve brusella tanısı alan 100 erkek olgunun değerlendirildiği bir çalışmada ED oranı %68 olarak saptanmıştır.^[36] Yine tüberküloz, lösemi ve bazı kronik hastalıkların libido kaybına ve ED'ye yol açtıkları bildirilmektedir.^[37,38] Bundan başka kolostomili ve ileostomili hastalarda fizik durumun meydana getirdiği stresin ereksiyonu inhibe ettiği bildirilmektedir.^[39] Çalışmamızda da psikiyatrik bozukluk oranları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde Grup 1 ve Grup 2'de sırası ile %43.9 ve %18.4 olarak tespit edilmiştir. Behçet hastalığına benzer kronik benign ya da malign hastalıkların ya da tedavilerinin kişilerde çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk, ölüm korkusu ve ağrı endişesi gibi faktörlerden kaynaklanan nedenlerden dolayı cinsel yaşamdan kaçmaya sebep olduğu bildirilmektedir. Yine kronik hastalıklar sırasında zihinsel ve bedensel enerji gibi cinsel enerjinin de yaşamı sürdürme ya da mevcut kronik hastalıkla baş etme enerjisi ile beraber çalıştığı belirtilmektedir.^[19]

Literatürde Behçet hastalığı ile ED arasındaki ilişkiyi inceleyen oldukça az sayıda araştırma bulunmaktadır. Buna göre Erdoğan ve ark.^[40] tarafından yapılan bir çalışmada tamamı nörolojik Behçet hastalarından oluşan 24 olguluk grupta %63 oranında ED görüldüğü bildirilmiştir. Ancak bu çalışmanın ayrıntılı incelenmesinde yalnızca bir olguda ED'nin nörolojik hastalığa bağlı olduğu, diğer olgularda vasküler patolojilerin ön planda olduğu tespit edilmiştir. Gerçekten de Behçet hastalığının nörolojik tutulumunun Knapp tarafından 1941 yılında ilk olarak gösterilmesinden sonra yapılan çalışmalarda bu hastalığı olanlarda %5.3 ile %38 oranında nörolojik tutulum olabileceği ve bu durumun hastalığın prognozu ile semptomları olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir.^[41,42] Çalışmamızda hiçbir olguda nörolojik hastalık öyküsü olmaması ya da nörojenik Behçet hastalığı tanısı konmamış olması, ED ve Behçet hastalığı ilişkisinde nörojenik nedenlerin geri plana itilmesine neden olmaktadır.

Behçet hastalığı birçok farklı lokalizasyondaki arteriyel ve venöz yapıları etkileyen bir hastalıktır. Aksu ve ark.^[43] nörolojik komponenti olmayan iki Behçet hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında kavernoza venlerde venöz trombüs saptandığını ve bu sonuca göre Behçet hastalığında vasküler patolojilerin ED'ye yol açabileceğini vurgulamışlardır. Bu sonuçlar Erdoğan ve ark.^[40] tarafından yapılan 24 olguluk çalışmada toplam 11 olguda penil doppler USG sonrası saptanan vasküler kaynaklı ED ile örtüşmektedir. Örem ve ark.^[44] yapmış oldukları çalışmada ise Behçet hastalarında endotelial disfonksiyondan dolayı NO sentezinin azaldığı tespit edilmiştir. Böylelikle endotelial disfonksiyonun vazodilatör nörotransmitter seviyesini düşürdüğü ve nörolojik komponent içermeyen Behçet hastalarında ED'ye yol açabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda incelenen hastalara penil Doppler ultrasonografi yapılmaması önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Behçet hastalığının diğer kronik hastalıklar gibi psikiyatrik sorunlara ikincil olarak cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açabileceği kadınlarda yapılan bir çalışmada bildirilmiştir.^[45] Benzer şekilde çalışmamızda da tek değişkenli analizlerde psikiyatrik sorunların ED ile ilişkili olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda Behçet hastalığı olanlarda psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmekle beraber psikiyatrik durumların ED ile olan ilişkisinin tam olarak araştırılmadığı görülmektedir. Bu çalışmada da görüldüğü gibi kronik hastalık durumlarında özellikle depresyon olmak üzere psikiyatrik bozuklukların daha sık geliştiği görülmektedir. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği ile IIEF arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna karşın ED'nin pek çok faktörden etkilendiği ve sıklıkla yaş, DM, iskemik kalp hastalığı, sigara içimi ve hipertansiyon gibi patolojilerle ilişkili olabileceği literatürde çok sayıda çalışmada ayrıntıları ile bildirilmiştir.^[17,46,47] Çalışmamızda da tek değişkenli analizlerde her ne kadar psikiyatrik patolojilerin ED ile ilişkili olduğu görülsün de çok değişkenli analizlerde Behçet hastalığı haricinde literatürdeki pek çok çalışmada olduğu gibi yaşın diğer parametrelerden farklı olarak ED ile daha fazla ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Buna göre yaştaki bir birimlik artışın ED oranını 1.2 kat arttırdığı, Behçet hastalığı olanlarda ise olmayanlara göre ED olasılığının 7.4 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Üstelik sözkonusu bu faktörlerin psikiyatrik patolojilerden daha fazla olmak üzere ED ile ilişkili olduğu ve bu sonuçlara göre psikiyatrik sorunların birey için oldukça sıkıntılı ve kronik bir hastalık olan Behçet hastalığı ya da tedavisinin kişide meydana getirmiş olduğu travma ile ED gibi nedenlere ikincil olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Bu sonuçlara göre bu çalışmada her ne kadar Behçet hastalığı ile ED arasında ilişki olduğu ortaya konulmuş olsa da daha güçlü sonuçlara ulaşabilmek için geniş olgu sayısına sahip prospektif randomize çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Çıkar çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. NIH consensus conference: Impotence. NIH consensus development panel on impotence. JAMA 1993;270: 83-90.
2. Walker UA, Tyndall A, Ruszat R. Erectile dysfunction in systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 2009;68:1083-5.
3. Hidalgo-Tamola J, Chitaley K. Review type 2 diabetes mellitus and erectile dysfunction. J Sex Med 2009;6:916-26.
4. Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Expert Rev Neurother 2009;9:341-50.
5. Lue T. 2003 Paris II. Uluslararası Seksüel Disfonksiyon Toplantısı. 1. Baskı, Elma Basım: İstanbul; 2006. p. 39-43.
6. Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction and priapism. In: Campbell's Urology. 8th edition, Philadelphia: Saunders; 2005. p. 1591-618.
7. Shiri R, Koskimäki J, Hakama M, Häkkinen J, Tammela TL, Huhtala H, et al. Effect of chronic diseases on incidence of erectile dysfunction. Urology 2003;62: 1097-102.
8. Thomas E, Koumouvi K, Blotman F. Impotence in a patient with rheumatoid arthritis treated with methotrexate. J Rheumatol 2000;27:1821-2.
9. Tamler R. Diabetes, obesity, and erectile dysfunction. Gend Med 2009;6:4-16.
10. Alpsoy E. Behçet hastalığının deri ve mukoza belirtileri. Türkdem 2003;37:92-9.
11. Erdoğan T, Koçak T, Serdaroğlu P, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Evaluation and therapeutic approaches of voiding and erectile dysfunction in neurological Behçet syndrome. J Urol 1999;162:147-5.
12. Haimov-Kochman R, Ben-Chetrit E. The effect of colchicine treatment on sperm production and function: a review. Hum Reprod 1998;13:360-2.
13. Ateş A, Aydıntuğ OT, Düzgün N, Yaman O, Sancak T, Omür ND. Behçet disease presenting as deep venous thrombosis and priapism. Clin Exp Rheumatol 2004;22:107-9.
14. Saito M, Miyagawa I. Bladder dysfunction due to Behçet disease. Urol Int 2000;65:40-2.
15. Kaklamani VG, Vaiopoulos G, Markomichelakis N, Kaklamani P. Recurrent epididymo-orchitis in patients with Behçet disease. J Urol 2000;163:487-9.
16. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E, Yazıcı K. Montgomery Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:185-94.
17. Akkus E, Kadioğlu A, Esen A. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. Eur Urol 2002;41:298-304.
18. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151:54-6.
19. Lincoln TM. Cyclic GMP and mechanism of vasodilatation. Pharmacol Ther 1989;41:479-502.
20. Gratzke C, Angulo J, Chitaley K, Dai YT, Kim NN, Paick JS. Anatomy, physiology, and pathophysiology of erectile dysfunction. J Sex Med 2010;7:445-75.
21. Lue TF. Erectile dysfunction. N Engl J Med 2000;342:1802-13.
22. Lewis RW. Epidemiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am 2001;28:209-16.
23. Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, Baba K, Nishida T, Nakazawa R et al. Relationships between erectile dysfunction, depression, and anxiety in Japanese subjects. J Sex Med 2005;2:390-6.
24. Lee SW, Liong ML, Yuen KH, Leong WS, Cheah PY, Khan NA et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology 2008;71:79-84.
25. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Loss of libido in Parkinson's disease. J Sex Med 2009;6:1024-31.
26. El-Sakka AI, Hassoba HM, Sayed HM, Tayeb KA. Pattern of endocrinal changes in patients with sexual dysfunction. J Sex Med 2005;2:551-8.
27. Sasaki H, Yamasaki H, Ogawa K, Nanjo K, Kawamori R, Iwamoto Y et al. Shirai M. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Japanese diabetics. Diabetes Res Clin Pract 2005;70:81-9.
28. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. Urology 2004;64:1196-201.
29. Kessler TM, Fowler CJ and Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Expert Review of Neurotherapeutics 2009;9:341-50.
30. Cakir N, Dervis E, Benian O, Pamuk ON, Sonmezates N, Rahimoglu R, et al. Prevalence of Behçet disease in

- rural western Turkey: A preliminary report. Clin Exp Rheumatol 2004;22:53-5.
31. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer HP, Bonelli RM. Sexuality in multiple sclerosis. J Neural Transm 2005;112:1201-11.
 32. El-Sakka AI, Tayeb KA. Vascular impairment of erection in patients with diabetes and Peyronie's disease: is that accumulative ? J Sex Med 2009;6:1736-42.
 33. Alajbegovic A, Loga N, Tiro N, Alajbegovic S, Cindro V, Hozo I. Cognitive and depressive disorders in multiple sclerosis. Acta Clin Croat 2009;48:3-8.
 34. Kroft EB, de Jong EM, Evers AW. Psychological distress in patients with morphea and eosinophilic fasciitis. Arch Dermatol 2009;145:1017-22.
 35. Çelikel FÇ, Erdemir F, Celep MA, Cumurcu BE, Parlaktaş BS, Erkorkmaz Ü. Kronik pelvik ağrı sendromunda psikiyatrik değerlendirme. Psychiatry in Türkiye 2008;10:23-8.
 36. Kassur B, Dziubek Z. Andrologic studies and sexual potency in chronic human brucellosis. Infection 1980;8:94-7.
 37. Nusbaum MR. Erectile dysfunction: prevalence, etiology, and major risk factors. J Am Osteopath Assoc 2002;102:1-6.
 38. Biri H, Tunç L. Erektile disfonksiyon için risk faktörleri. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı Kitabı. Editörler: Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman Ö, Çayan S, Kendirci M. Acar Matbaacılık; İstanbul: 2004. p. 125-35.
 39. Cöl C, Hasdemir O, Yalçın E, Yandakçi K, Tunç G, Kuçukpınar T. Sexual dysfunction after curative radical resection of rectal cancer in men: the role of extended systematic lymph-node dissection. Med Sci Monit 2006;12:70-4.
 40. Erdoğan T, Koçak T, Serdaroğlu P, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Evaluation and therapeutic approaches of voiding and erectile dysfunction in neurological Behçet syndrome. J Urol 1999;162:147-5.
 41. Namer IJ, Karabudak R, Zileli T. Peripheral Nervous System Involvement in Behçet Disease. Eur Neurol 1987;26:235-40.
 42. O'Duffy JD, Goldstein NP. Neurologic involvement in seven patients with Behçet disease. Am J Med 1976;61:170-8.
 43. Aksu K, Keser G, Günaydin G, Ozbek SS, Colakoğlu Z, Gümüşdiş G, et al. Erectile dysfunction in Behçet disease without neurological involvement: two case reports. Rheumatology (Oxford) 2000;39:1429-31.
 44. Örem A, Ertürk M, Cimşit G, Kural BV. Effect of plasma from patients with Behçet disease on the production of nitric oxide in cultured human umbilical vein endothelial cells. Med Princ Pract 2004;13:35-8.
 45. Koçak M, Başar MM, Vahapoğlu G, Mert HC, Güngör S. The effect of Behçet disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women. J Sex Med 2009;6:1341-8.
 46. Cheng JY, Ng EM, Chen RY, Ko JS. Prevalence of erectile dysfunction in Asian populations: a meta-analysis. Int J Impot Res 2007;19:229-44.
 47. Doumas M, Tsakiris A, Douma S, Grigorakis A, Papadopoulos A, Hounta A, et al. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in Greek hypertensive compared with normotensive subjects. J Androl 2006;27:469-77.

Yazışma (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Fikret Erdemir.
Karşıyaka Mah, Geksi Cad, 4. Sok, No: 3, A Blok, Altunışık Apt,
Kat: 1, Daire: 1, 60100, Tokat, Türkiye.
Tel: 0356 213 38 44 e-posta: fikreterdemir@mynet.com
doi:10.5152/tud.2010.048