



**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**CİNSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ ÜÇÜNCÜ BASAMAK
ACİL SERVİSE OLAN BAŞVURULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. İlhan DEMİR

KAYSERİ-2015



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

CİNSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ ÜÇÜNCÜ BASAMAK
ACİL SERVİSE OLAN BAŞVURULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. İlhan DEMİR

Danışman
Prof. Dr. Polat DURUKAN

KAYSERİ-2015

TEŞEKKÜR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp AD'de her Őeyden önce Anabilim Dalına adaptasyonumda, çalışmalarımı yönlendirmemde, araŐtırmalarımın her aşamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyen akademik ortamda olduğu kadar insani iliŐkilerde de sonsuz destekleriyle gelişmeme katkıda bulunan danışman hocam Prof. Dr. Polat DURUKAN'a, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ö. Levent AVŐAROĐULARI'na ve Prof. Dr. Nurullah GÜNAY hocama, verilerin analiz edilmesinde yardımlarını esirgemeyen Biyoistatistik AD Başkanı Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, acil serviste uyum içinde çalıştığım tüm asistan ve mesai arkadaşlarıma, asistanlığım süresince birçok fedakarlık gösterip beni destekleyerek her an yanımda olan eŐim ve biricik kızlarıma, yaşamımın her döneminde bana duydukları güven için aileme en derin duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Priapizm Tanımı, Patofizyoloji, Epidemiyoloji	2
2.1.1. Priapizm Tanımı	2
2.1.2. Non İskemik Priapizm	4
2.1.3. Stuttering (Tekrarlayan-Kekeme) Priapizm.....	4
2.2. Penil Fraktür	5
2.3. Erkeklerde Penis Hastalıkları	7
2.3.1. Erkeklerde Genital Siğil, Kondilom, HPV Enfeksiyonu	7
2.4. Erektile Disfonksiyon.....	8
2.4.1. Erektile Disfonksiyon Patofizyoloji	8
2.5. Rektumda Yabancı Cisimler.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇLAR	34
KAYNAKLAR	36
EKLER	43
TEZ ONAY SAYFASI	49

KISALTMALAR

5HT-2	: 5 Hidroksitriptamin
ACE	: Anjiotensin Konverting Enzim
ADBG	: Ayakta Direk Batın Grafisi
AKS	: Akut Koroner Sendrom
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
cAMP	: Siklik Adenozin Monofosfat
cGMP	: Siklik Guanozin Monofosfat
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DM	: Diyabetes Mellitus
EKG	: Elektrokardiografi
FM	: Fizik Muayene
GIS	: Gastrointestinal Sistem
HPV	: Human Papilloma Virüs
HT	: Hipertansiyon
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NO	: Nitrik Oksit

OSS	: Otonom Sinir Sistemi
PDE	: Fosfodiesteraz
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
USG	: Ultrasonografi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Cinsel aktivite ile ilgili komplikasyonların sınıflandırılması.....	16
Tablo 2. Hastalarda erkek kadın oranları.	17
Tablo 3. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.	17
Tablo 4. Yıllara Göre Hasta Dağılımı.	18
Tablo 5. Hastaların acil servise başvuru şikayetleri.	18
Tablo 6. Hastalarda Travma Hikâyesi.	19
Tablo 7. Tanıların sınıflandırılması.	19
Tablo 8. Nörolojik Komplikasyon Görülen Hastaların Dağılımı.	20
Tablo 9. Serolojik Tarama Amaçlı Başvuran Hastaların Dağılımı.	20
Tablo 10. Tanısı priapism olanların etiyojik sınıflandırma.	20
Tablo 11. Penil fraktür tanısı alan hastalarda etiyoji.	21
Tablo 12. Penil fraktürlü hastalarda üretra yaralanması sıklığı.	21
Tablo 13. Penil fraktürlü hastalarda tanıda USG kullanma oranı.	22
Tablo 14. Tanısı makatta yabancı cisim olup şikâyetini saklayanların dağılımı.	22
Tablo 15. Tanısı makatta yabancı cisim olup kendisi çıkartmak isteyen hastalar.	23
Tablo 16. Makatta yabancı cisim olan hastalarda tedavi dağılımları.	23
Tablo 17. Konsültasyon oranları.	23
Tablo 18. Yatış ve taburculuk oranları.	24
Tablo 19. Acil servis tedavi dağılımları.	24
Tablo 20. Hastaların yattığı servisler.	24
Tablo 21. Enfeksiyon tanısı alanlarda alt gruplar.	25
Tablo 22. Hastalarda düzenli cinsel ilişki oranları.	25
Tablo 23. Cinsel sorunlar nedeniyle ilaç alım oranları.	25
Tablo 24. Hastaların aldığı ilaçlar.	26
Tablo 25. Şüpheli cinsel ilişki hikayesi olanlar.	26
Tablo 26. Cinsel şiddet görenlerin dağılımı.	26

Tablo 27. Retrospektif ve prospektif hasta dağılımı.	27
Tablo 28. Sayısal Değişkenlerin Analizi.	27

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Penil Fraktür Görünümü	5
Şekil 2. Makatta yabancı cisim (Yumuşatıcı Kapağı)	11

CİNSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ ÜÇÜNCÜ BASAMAK ACİL SERVİSE OLAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Cinsel aktivite sorunları ve komplikasyonları ile ilgili retrospektif (1 Ocak 2009-31 Aralık 2013) ve prospektif olarak (15 Ocak 2014-15 Ekim 2014) tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran hastaların başvuru nedenlerinin, travma, enfeksiyon, ilaç kullanımı, cinsel şiddet oranı, meslek dağılımı, alkol alımı, eşlik eden hastalıklar, acil servis tanı ve tedavileri, taburculuk ve yatış oranları gibi demografik verilerinin çıkarılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmada retrospektif (1 Ocak 2009-31 Aralık 2013) olarak taranacak hasta dosyaları 5 yıllık acil servis bilgi işlem merkezi verilerine dayanarak veri tabanından standart anahtar kelimeler kullanılarak taranmış, çalışmaya uygun olan hastaların dosyaları seçilmiş ve prospektif olarak (15 Ocak 2014 -15 Ekim 2014) dokuz aylık sürede cinsel aktivite ile ilgili üçüncü basamak acil servise olan vakaların dosya taramaları yapılmıştır. Çalışma verileri dosyalardaki bilgilerin bir form dahilinde incelenip analiz edilmesiyle oluşturuldu. Araştırmaya 16 yaşından büyük tüm erişkin erkek ve bayan hastalar alındı. Hastaların demografik verileri incelendi ve istatistiksel analizleri yapıldı.

Bulgular: Cinsel aktivite sorunları ve komplikasyonları ile ilgili Acil Servise başvuran 33 retrospektif, 30 prospektif toplamda 63 hasta çalışmaya dahil edildi.

Cinsel ilişki ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle 2009-2014 yılları arasında acil servise başvuru sayısında artış görüldü. 2009 yılında bir hasta başvurmuş iken, 2014 yılında 30 hasta başvurdu.

Genital olarak en sık görülen travma 17 hastada %27 oranında penil fraktür olarak saptandı. Nörolojik olarak dokuz hastada baş ağrısı tespit edildi. Erkek hastalarda cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle acil servise başvurular kadınlara oranla beş kat daha fazladır. Priapizmin, hastaların dokuz tanesinde ilaca bağlı olarak geliştiği görüldü.

Sonuç: Cinsel ilişki ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle acil servise başvuru sayısının her geçen yıl arttığı, genital olarak en sık görülen travmanın penil fraktür olduğu, penil fraktürün en sık cinsel ilişkiye bağlı geliştiği saptandı. Nörolojik olarak en sık görülen komplikasyonun başağrısı ve baş dönmesi olduğu, erkek hastalarda cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle acil servise başvuruların kadınlara oranla beş kat fazla olduğu, priapizmin en sık ilaca bağlı geliştiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Cinsel ilişki, erektil disfonksiyon, penil fraktür, priapizm.

EVALUATION OF SEXUAL ACTIVITY RELATED REFERRALS TO A THIRD STEP EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT

Objectives: To find out the reasons of the referrals that made to Erciyes University Faculty of Medicine Emergency Department with sexual activity related problems and complications retrospectively between (1 January 2009-31 December 2013) and prospectively between (15 January 2014-15 October 2014); and to collect patients demographic information about trauma, infection, drug utilization, sexual violence ratio, profession, alcohol usage, comorbidities, emergency room diagnosis and treatments, hospitalization duration.

Material and Methods: The patient files that browsed as retrospectively (1 January 2009–31 December 2013) was based on 5 years emergency department information, and it was constituted by using standard key words search on the emergency department information center database. According to this information, appropriate patient files for study were picked. Files which belong to sexual activity related referrals to the third step emergency department was browsed in a 9 month period, prospectively (15 January 2014-15 October 2014). Study information was created by analyzing and examining through the data on the patient files within a form. Adult male and female patients (older than 16 years old) were included to study. Patients demographic information was revised and statistically analyzed.

Results: 33 were picked retrospectively and 30 were picked prospectively, 63 total patients, who had referred to emergency department by sexual activity related problems and complications were included to study.

This study pointed to an increase on the number of patients suffering sexual activity related problems and complications through 2009 to 2014. While 2009 there was only one patient referral, in 2014 this number turns up to 30 patients.

Penile fracture was defined as the most frequent genital trauma in 17 patient, with 27% ratio. Headache was identified in 9 patient as a neurologic phenomenon. Applications

caused by sexual activity related problems were 5 times more common with male patients than female patients. In 9 patients, priapism was related to a drug.

Conclusion: As a result, applications caused by sexual activity related problems and complications have increased year by year. The most frequent genital trauma was defined as penile fracture, and it was mostly related with sexual intercourse. The most frequent neurologic phenomenons were defined as headache and dizziness. Referrals caused by sexual activity related problems were 5 times more common with male patients than female patients. We determined that Priapism was generally related with a drug.

Key Words: Sexual intercourse, erectile dysfunction, penile fracture, priapism.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik normal sağlıklı bir insanın varlık ve yaşam kalitesi için önemli bir parametredir. Sağlığımıza önemli katkıda bulunur (1,2). Fiziksel ve duygusal bileşenleri mevcuttur. İnsanın yaşı ne olursa olsun cinsel aktivite tüm vücut için yorucudur (3). Cinsel tepkinin fizyolojisi otonom sinir sisteminin (OSS) sempatik ve parasempatik bölümleri arasındaki karmaşık bir etkileşim ile karakterizedir. Cinsel tepki döngüsünün belirli fizyolojik değişiklikler ile dört farklı aşaması; kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı ve serebral perfüzyon oranıdır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki cinsel aktiviteye ilgi ve sıklık gençlerde, yetişkin ve yaşlılardan daha fazladır (4). Ancak son on yıl içinde yaşlı çiftler arasında cinsel aktivite oranı artmıştır. Bunun nedeni büyük olasılıkla erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla tedavideki başarı oranlarının artmasıdır. İnsanların çoğu komplikasyonsuz cinsel ilişkiden zevk alır. İlişki sırasındaki küçük veya büyük sağlık sorunları için acil tıbbi yardım almak gerekir (5,6).

Cinsel ilişkinin sağlığa olan yararlarına rağmen aktif cinsel yaşamda görülen birtakım sorunlar mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Ancak acil servise kabule yol açan cinsel ilişkiye bağlı komplikasyonlar genellikle hafiftir (6). Hastalar bilinen sağlık sorunları ile beraber cinsel sorunlarını genellikle bildirmezler. Bu çalışmada retrospektif beş yıl ve prospektif dokuz aylık sürede Türkiye’de üçüncü basamak acil servise başvuran, cinsel ilişkiye bağlı komplikasyonlarla ilgili başvurular altı farklı kategoriye ayrılarak bunların analizleri yapıp sonuçları tespit edildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Priapizm Tanımı, Patofizyoloji, Epidemiyoloji

2.1.1. Priapizm Tanımı

Cinsel istek, orgazm ve uyarıdan bağımsız, tam veya parsiyel tūmesansın 4-6 saat sürmesi, yani uzamış ereksiyon halidir. Nadir bir patolojidir (7).

Üç farklı tipi bulunur (7).

1-İskemik (Veno-okluziv- düşük akımlı)

2-Non iskemik (Arteryel-yüksek akımlı)

3-Tekrarlayan (Stuttering- açılıp kapanan)

Her priapizm tipinin patofizyolojik nedenleri ve tedavi yöntemleri birbirinden farklıdır.

İskemik Priapizm

Tüm priapizm olgularının %95'ini oluşturur. Yıllık insidansı 100 bin erkekte 0,3- 1,5 arasındadır (8). Olguların %60'ında sebep bulunamazken (majör olarak idyopatik), %21'inde alkol ve ilaç kullanımı, %12'sinde perine travması, %11'inde orak hücreli anemi, malignite veya nörolojik hastalık öyküsü tespit edilmektedir. Vakaların %40'ında hematolojik hastalıklar, ilaç kullanımı (vazoaktif, antideprasan, antihipertansif ilaçlar) sorumlu tutulmaktadır (7).

Yaşam boyu orak hücreli anemili erkekte priapizm gelişme olasılığı %29-42 arasında değişir (9). Klinikte korpus kavernozumun sert ve ağrılı olması, korpus spongiozumun ve glans penisin az veya hiç etkilenmemesi iskemik priapizm açısından tipik bulgudur (8). İskemi 4-6 saatten uzun sürerse irreversibl korporal doku nekrozu ve fibrozis oluşumu izlenebilir (10). Kavernoza kan koyu renklidir. Kan analizlerinde hipoksi ($PO_2 < 30$ mmHg), hiperkapni ($PCO_2 > 60$ mmHg) ve asidoz ($pH < 7,35$) ile karakterizedir (7). Exchange transfüzyon yapılan hastalarda da priapizm sıklığı artmıştır (11).

Tedavisi acil şartlarda gerçekleştirilmelidir. Non iskemik priapizme göre prognozu daha kötüdür. Tedavi edilmezse veya geç kalınırsa (>24 saat) kavernoza düz kaslarda nekroz, irreversibl fibrozis ve erektil disfonksiyon gelişir (7).

Tedavi:

Amaç anoksik kanın boşaltılması, korpus kavernozumun dekomprese edilmesi, reperfüzyonun sağlanmasıdır. Bu şekilde ağrı, iskemi, nekroz, fibrozis, peniste deformite ve erektil disfonksiyonun azaltılması amaçlanır (12). Dört saatten uzun süreli iskemik priapizm varlığında konservatif tedavi ile vakit kaybetmemeli, intrakavernoza semptomimetikler ile beraber veya tek başına korporal aspirasyon geciktirilmemelidir (12,13). Korporal aspirasyon ile hastaların 1/3'ünde priapizm düzeltilir. Peno-skrotal bileşke seviyesinde saat 3 ve 9 hizasında lateralden 19 veya 21 gauge kelebek iğne ile kırmızı taze kan gelene kadar işleme devam edilmelidir (13).

İntrakavernoza Semptomimetikler: Kavernoza düz kası uyarıp detümesans sağlar. Başarı şansı priapizm süresine bağlı olarak %80'e yakındır (14). İskemi süresi 72 saatin üzerinde olanlarda tedaviye cevap azalır. Selektif alfa 1 adrenerjik agonistlerin kullanımı önerilir (14). Korporal aspirasyon ile bir siklik guanozin monofosfat (cGMP) inhibitörü olan metilen mavisinin intrakavernoza enjeksiyonunun, korpus kavernoza düz kas relaksasyonunu inhibe ederek etkili olduğu rapor edilmiştir (15).

Cerrahi Şantlar: İntrakavernoza semptomimetikler başarısız olduğunda cerrahi şant yapılabilir (8). Korpus kavernoza dışı doğru iyatrojenik fistül meydana getirilir (7).

2.1.2. Non İskemik Priapizm

Acil bir patoloji değildir. Düzensiz kan akımına neden olan arterio sinüzoidal bir fistül nedeniyle oluşur (8). Genelde penis, perine veya pelvise keskin veya künt travmaya sekonder oluşmaktadır. Travma sonrası akut veya geç dönemde izlenebilmektedir (8). Kaverno dokular iyi oksijenlendiği için erektil disfonksiyon ve fibrozis oldukça azdır.

Tedavi: Vakaların 2/3'ü kendiliğinden geçmektedir (8). Yüksek akımlı priapizmde intrakavernozal sempatomimetik ajanlar kullanılmamalıdır (7). Yatak istirahati, buz uygulaması ve arterio sinüzoidal fistül trombozu uygulanabilir. Ancak pratik değildir, uygulanması günler sürer. Altın standart tedavi, anjiyografi ve süperselektif embolizasyondur (8). Alternatif olarak kaverno arter oklüzyonu yapılabilir (16). Tek bir embolizasyon sonrası nüks oranı %30-40 arasındadır. Eretil disfonksiyon olasılığı kullanılan materyale göre %5-39 arasında değişir (7). Embolizasyonla beraber doppler USG ile lezyon alanının kompresyonu daha yüksek başarı oranına sahiptir (8). Açık cerrahi sonrası erektil disfonksiyon oranı %50 civarında olduğundan diğer tedaviler başarısız ise uygulanmalıdır.

2.1.3. Stuttering (Tekrarlayan-Kekeme) Priapizm

Nadiren görülür. Tekrarlayan ağrılı ereksiyonlar ve aralarda tamamen detümesans izlenir (8). Patofizyolojisi henüz aydınlatılamamıştır. Priapizm atakları genelde kendiliğinden geçmekte ve yaklaşık 3 saat sürebilmektedir. Genelde geceleri oluşur ve cinsel aktivite ile görülme olasılığı artar. Penis yapısında biyolojik düzensizlik, santral ve periferik sinir sistemi regülasyonunda bozukluklar, hormonal aks disfonksiyonu, nedenleri arasında yer alır (18).

Orak hücreli anemisi olan hastalarda tekrarlayan priapizm daha sık izlenmektedir. Bunun nedeni hiperviskozite, kan hücrelerinin endotele daha fazla yapışması ve vasküler hemostazın bozulmasıdır (8). Orak hücreli anemi hastalarının %25-40'ında priapizm görüldüğü, yaklaşık olarak hastaların %90'ında ilk priapizm atağının 20'li yaşlarda izlendiği rapor edilmiştir (19). Tamamen sağlıklı bireylerde de stuttering priapizm izlenebilmektedir.

Tedavi Amaç akut atakların acil tedavisi ve sonraki atakların engellenmesidir (8).

Medikal tedavide

Fosfodiesteraz (PDE 5) inhibitörleri ve akut atakta intrakavernozal semptomimetik ajan enjeksiyonu kullanılabilir. Medikal tedavinin etkisiz olduğu hastalarda penil protez yerleştirilmesi gibi cerrahiler uygulanabilir (17).

2.2. Penil Fraktür



Şekil 1. Penil Fraktür Görünümü

Ereksiyon halindeki penisin zorlanması ve künt travmaya maruz kalması ile içindeki basıncı artmış korpus kavernozumun yırtılması ile oluşur. En sık neden cinsel ilişkide pozisyon değişimi sırasındaki travma olduğu bildirilmiştir (%33-60).

Klasik bulgular, peniste kopma sesi, ani başlayan ağrı, ereksiyon halinin aniden kaybolması, peniste şişlik, ekimoz ve deviasyon ortaya çıkmasıdır (20,21).

Ereksiyon esnasında tunika albuginea 0.25-0.5 mm kadar incelik. Bu da penis fraktürüne predispozan bir ortam oluşturur. Tunika albugineanın yırtılması için basıncın 1500 mmHg'yi geçmesi gerekir. İlişki sırasında erekte penisin simfizis pubis veya perineye çarpması, arasında sıkışması veya detumesans için yapılan manüplasyonlar etiolojide

rol oynar (22). Diğer nedenler arasında nokturnal ereksiyon sırasında ani hareketler, yataktan düşme ve mastürbasyon sayılabilir.

Batılı ülkelerde sıklıkla cinsel ilişki sırasında meydana gelirken, Ortadoğu ülkelerinde en önemli sebebin (%65) ereksiyonu sonlandırmak için yapılan manüplasyonlar olduğu görülmektedir (Taghaandan Manevrası). Türkiye ve batılı ülkelerde ise zorlu koitus (%30-50) nedeniyle oluşmaktadır. Çoğu hastada utanma duygusu nedeniyle doğru ve ayrıntılı anamnez almak mümkün olmayabilir (20). En sık 12-82 yaşları arasında görülür. Gerçek bir ürolojik acildir. Ülkemizde ve dünyadaki gerçek insidansı bilinmemektedir. Son yıllarda görülme sıklığının arttığı bununda erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olabileceği belirtilmektedir (23). Hematom genellikle Buck fasyası ile penise sınırlıdır. Eğer Buck fasyası da perfore olmuşsa hematom skrotum ve perineye ilerleyebilir. Penil fraktür vakalarının %10-20'sinde aynı zamanda üretral yaralanma mevcuttur (6,10). Mikroskopik hematüri üretral yaralanma konusunda uyarıcıdır, ancak pozitif prediktif değeri sadece %50'dir (20).

Penil fraktür tanısı kolaydır. Dikkatli anamnez ve FM ile tanı konur. Şüpheli vakalarda kavernoziyografi, klasik ve/ veya renkli dopler USG, MRI anjiyografi, üretral travma şüpheli olgularda retrograd üreteriografi yapılabilir. MRI ve penil USG'nin tanıda başarısı sınırlıdır (20). Teşhis anamnez ve inspeksiyon ile konulabildiği için üreteri rüptüründende şüphelenilmiyor ise ek tanı yöntemlerine gerek yoktur (22).

Standart tedavi acil cerrahi girişimdir. Cerrahide hematom boşaltılmakta, yırtık tunika albuginea tamir edilip, kanama kontrolünden sonra ameliyat sonlandırılmaktadır (21). Erken cerrahi onarım ile penil kurvatur fibrotik plak oluşumu, ağrılı ereksiyon gibi komplikasyonlar büyük oranda önlenmekte, cinsel fonksiyon korunmakta ve hastanede kalış süresi azalmaktadır (21).

Geç Dönem Komplikasyonlar

Peniste eğrilik, ağrılı ereksiyon, cinsel ilişki sırasında peniste ağrı, ereksiyon kusurları, üreteri-kavernozi ve üreteri-kutanöz fistül, üretral darlık geç dönem komplikasyonlardır (22).

2.3. Erkeklerde Penis Hastalıkları

Herpes Genitalis (Genital uçuk) ve human papilloma virüsün (HPV) neden olduğu hastalıklar özellikle genç, cinsel aktif ve çok partnerli insanlarda artmaktadır.

2.3.1. Erkeklerde Genital Siğil, Kondilom, HPV Enfeksiyonu

Son yıllarda erkeklerin en sık doktora başvurma nedeni olan penis lezyonu genital siğillerdir. Bu lezyona HPV neden olur ve sıklığı 15-25 yaş arası cinsel aktif insanlarda %1 oranında olduğu tahmin edilmektedir (24). Fakat taşıyıcılık %30-50 arası yaygınlıkta görülebilir. Erkeklerin büyük kısmı taşıyıcıdır. Sık görülen genital siğiller genelde düşük riskli HPV 6 ve 11 enfeksiyonu ile oluşmaktadır.

HPV 16 ve 18 tiplerinin genital kanserle ilişkisi daha yüksektir. Lezyonlar sık olarak birden fazla yerde ve çok sayıdadırlar (24). Genital siğilde erkekte tedavide en sık uygulanan tedaviler podofilotoksin %0.5 Solüsyon, trikloroasetik asit kullanımı, liquid-sıvı nitrojen ile krioterapi, elektrokoter ile yakmadır (26).

Kondiloma Akuminata

Etken HPV olup epitelyal aşırı büyüme tarzında yayılma özelliği vardır. Genital, perineal ve anal bölgede yerleşen bir hastalıktır. Bu papiller lezyonlar ikinci sıklıkla konjunktiva, burun, ağız, larinks ve trakeo-bronşial mukozada yerleşebilmektedir. HPV'nin 50'den fazla tipi mevcuttur. Tip 6, 11, 16 ve 18 perianal bölge kondilomlarını oluştururlar (24). Perianal kondiloma acuminata daima seksüel ilişki ile geçmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%97,3) homoseksüel veya biseksüel erkekler olup yaş ortalaması 34.2 olarak verilmektedir (25). Bulaşma için anal koitus gerekmemektedir (24). Etkenin inkübasyon süresi 1-6 aydır. Kondilomlar kaşıntı, kanama ve akıntı gibi semptomlara neden olmaktadır. Ayırıcı tanıda kondiloma lata (sekonder sifiliz) ve skuamoz hücreli kanser akla gelmelidir. Hiçbir tedavi yöntemi HPV'yi tamamen ortadan kaldırmadığından literatürde yüksek nüks oranları (%6-50) verilmektedir. Medikal ve cerrahi tedavisinde literatürde pek çok ajan ve yöntem rapor edilmiştir.

Podofilin bir sitotoksik ajan olup yıllarca kondilomların tedavisinde kullanılmıştır. Cilt için oldukça tahriş edici olup anal kanal içinde kullanılmamalıdır (26). Anal kanal

içinde kullanılabilen bikloroasetik asit ile küçük lezyonlarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir (27). Cilt için tahriş edici 5-Florourasilin perianal kondilomlarda kullanımı sınırlıdır (24). İmmunoterapide aşı ve interferon kullanılmaktadır. Aşı uygulamalarında %84 remisyon ve takip süresince nüks gözlenmezken %5 hastada aşından hiç fayda görülmemiştir (28). İnterferonun intramuskuler kullanımı ile %82 remisyon bildirilmiştir (29).

Karbondioksit laser, perianal kondilomların tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak meydana gelen buharlaşma ile viral partiküller yayılabilmektedir. İşlem esnasında özel filtreli maskeler ve duman toplayıcı cihazlar kullanılmalıdır (30). Kriyoterapi, nitrojen oksit veya nitrojenin kullanıldığı özel probalar ile uygulanır. İşlem uygulama sırasında ağrısız olmasına rağmen postoperatif dönemde oldukça ağrılı olup, yaradan belirgin olarak akıntı gelmesine neden olur (31). Elektrokoagülasyon ve kondilom fulgarizasyonu, cerrahi eksizyon ile eşdeğerdir. Bu iki teknik çoğu zaman birlikte uygulanmaktadır. Koagülasyon sadece kondilomlar üzerine uygulanmalı, aralarda sağlam epitel köprüleri bırakılmalıdır (24). Küçük ve birkaç adetten oluşan kondilomlar için podofilin veya bikloroasetik asit uygulanabilir.

Yaygın ve anal kanal tutulumu olan kondilomlarda laser, elektrokoagülasyon ve cerrahi eksizyon veya bunların kombinasyonları düşünülmelidir (24). Cerrahi ile kombine tedavilerde nüks oranları daha az görülmektedir (32). Maligniteye dönüşme ve seksüel partner bulaşma risklerinden dolayı bu lezyonların agresif cerrahi eksizyon ile tedavi edilmesi uygundur (33). Dev kondülomlarda abdominoperineal rezeksiyon yapılması uygundur (24).

2.4. Erektile Disfonksiyon

Erektile disfonksiyon en az 6 ay süre ile cinsel ilişki için gerekli olan penil ereksiyona ulaşmada ve sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanır (34).

2.4.1. Erektile Disfonksiyon Patofizyoloji

Penil ereksiyon, nöral ve vasküler fonksiyonların birlikte hareket etmesi ile gerçekleşir. Ereksiyon için parasempatik aktivasyon ile salınan Nitrik Oksit (NO), kavernoöz düz kas hücrelerine girerek cGMP ve siklik adenozin monofosfat (cAMP) oluşumunu artıran

guanilat siklaz ve adenilat siklaz enzimlerini aktive eder. Bu sayede potasyum ve kalsiyum kanallarının fosforilasyonu gerçekleşerek hücre içinde kalsiyum miktarı düşürülür. Böylece düz kas relaksasyonu gerçekleşerek kavernöz cisimler kan ile dolarak genişler. Ereksiyonun devamı için penise gelen kan akımının, dolaşıma dönenenden daha fazla olması esastır (35).

Kavernöz arterleri ve trabeküle düz kasları innerve eden S2-S4 kaynaklı parasempatik tonusun artması ile T12-L2 kaynaklı sempatik tonusun azalması da bu vasküler dolaşıma eşlik etmelidir. Bu innervasyon kas gevşemesi için gerekli olan NO'nun yüksek lokal konsantrasyonlara ulaşmasını sağlar (36). Bahsedilen bu kompleks mekanizmanın herhangi bir yerindeki bozukluk erektil disfonksiyona yol açmaktadır (37). Özellikle 40 yaş ve üzerinde görülen ve prevalansı yaş ile birlikte artış gösteren erektil disfonksiyon yine bu yaşlarda görülen birçok hastalığa eşlik etmektedir. Kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıkları, dislipidemi, diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) gibi komorbiditeler erektil disfonksiyon için primer risk faktörü olarak kabul edilmektedir (38). Bu komorbiditelere ek olarak düşük fiziksel aktivite, sigara, alkol, obezite gibi faktörlerde erektil disfonksiyona neden olabilir (39).

Fiziksel aktivitenin erektil fonksiyonlar üzerine etkisi: Literatürde, fiziksel aktivitenin erektil fonksiyonları iyileştirdiği ve erektil disfonksiyondan korunmada önemli olduğu bildirilmiştir (40). Fiziksel aktivitenin, gerek egzersiz ile pelvik kan akımı ve penil oksijenasyonunda artış sağlaması, gerekse kilo kaybı ile elde edilen efor kapasitesindeki artışın penil erektil fonksiyonların sürdürülmesinde ve yeniden kazanılmasında olumlu etkisinin olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite: Obezite ile erektil disfonksiyonun ilişkili olduğu bildirilmiştir. Vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri 25 kg/m^2 'nin altındaki hastalara göre, $25\text{-}30$ ve 30 kg/m^2 'nin üzerindeki hastalarda erektil disfonksiyon riskinin 1,5 ile 3 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (41).

Diyet: Akdeniz diyetinin erektil disfonksiyon açısından koruyucu olduğu belirtilerek Tip 2 DM olan hastalar arasında Akdeniz diyetinin daha az tercih edildiği ve bu hastalarda erektil disfonksiyon prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (42).

Sigara kullanımı: Sigara içmenin vazokonstriksiyonu ve penil venöz kaçağı artırarak erektil disfonksiyona yol açtığı bildirilmektedir (43). Sigara içmeyenlere göre sigara içen erkeklerde penil erektil fonksiyonların daha kötü olduğu ve erektil disfonksiyonun 1.5 kat daha fazla saptandığı bildirilmiştir (44). Eretil disfonksiyonlu hastaların sigarayı bırakmaları tüm hekimler tarafından kabul edilen etkili önerilerden birisidir.

DM Kontrolü: Eretil disfonksiyon için iyi bilinen bir risk faktörüdür. DM SSS androjen sekresyonunun, periferik sinir aktivitesinin, endotelial fonksiyonların ve düz kas hücre kontraktilesinin etkilendiği kompleks bir mekanizma ile erektil disfonksiyona yol açmaktadır (45). Penil fonksiyonların bozulmasına neden olan en önemli faktör polinöropatidir. Glisemik kontrolün kötü olduğu hastalarda erektil disfonksiyon prevalansı daha yüksek olarak saptanmaktadır. Eretil disfonksiyon gelişimini doğrudan etkileyen risk faktörünün ortalama HbA1c düzeyi olduğu saptanmıştır (46).

Depresyon ve antidepresan ilaç tedavisi: Eretil disfonksiyon ile depresyon arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve ayırt etmek zordur. Depresyonun mu erektil disfonksiyona yol açtığı erektil disfonksiyonun mu depresyona yol açtığı net olarak açıklanamamıştır. Antidepresan ilaç tedavileri sadece erektil disfonksiyonu değil, gecikmiş ejakülasyon ve libido kaybını da indükleyebilmektedir. Buna karşın erektil disfonksiyon varlığı hastanın duygu durumunu ve özgüvenini de etkileyerek depresyon semptomlarını arttırabilmektedir (47). Çoğu antidepresan ilacın cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açtığı bilinmektedir (48). Selektif seratonin reuptake inhibitörlerinin (SSRI) erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğuna yol açmasındaki temel mekanizmanın 5-HT₂ ve 5-HT₃ reseptörlerindeki artış ile spinal kord içerisindeki erektil fonksiyon yollarının bozulması olduğu bildirilmiştir (49).

Hipertansiyon ve antihipertansif tedavi: Eretil disfonksiyon için majör risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Hipertansif hastaların yaklaşık olarak %30'unda erektil disfonksiyon mevcuttur. Hipertansiyon ve erektil disfonksiyon arasındaki ilişkiden sorumlu ortak mekanizma endotelial disfonksiyondur. Eretil disfonksiyon yüksek kan basıncına bağlı hemodinamik değişiklikler ve artmış ateroskleroza bağlı gelişebileceği gibi, antihipertansif tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (50). Diüretik, beta blokör ve santral etkili antihipertansifler gibi eski jenerasyon ilaçların yaygın olarak

erektil disfonksiyona neden olduğuna, kalsiyum kanal blokörleri, anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörü gibi yeni jenerasyon antihipertansiflerin ise penil erektil fonksiyonlar üzerinde olumlu etki gösterdiğine dair çalışmalar mevcuttur. Mevcut bulgulara göre HT kontrolü endotelial fonksiyonların sağlıklı çalışabilmesi ve dolayısı ile penil erektil fonksiyonların korunmasında önemli bir faktördür (51).

Diğer faktörler: Erkeklerde düzenli ve sık cinsel ilişkinin erektil disfonksiyondan koruyucu bir faktör olabileceğini bildirmişlerdir. Bisiklete binmenin erektil disfonksiyon için risk faktörü oluşturabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Neden olan mekanizma olarak bisiklet selesinin oluşturduğu perineal baskının cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabileceği öne sürülmektedir (52). Sommer ve arkadaşları temelde perineal baskının vasküler, endotelial ve nörojenik disfonksiyona neden olması olarak bildirmiştir (53).

2.5. Rektumda Yabancı Cisimler

Anal kanal, rektum ve sigmoid kolona yerleşen ve/veya yerleştirilen yabancı cisimler komplikasyonlar nedeni ile acil cerrahi girişim gerektirebilir (54). Anüste yabancı cisim homoseksüellerde, mahkumlarda, psikiyatrik hastalarda ve tecavüz gibi durumlarda sık görülürken, nadiren de kaçakçıların rektumu saklama yeri olarak kullanmaları sonucunda da görülebilmektedir (55).



Şekil 2. Makatta yabancı cisim (Yumuşatıcı Kapağı)

Literatürde çay bardağı, demir çubuk, şekillendirilmiş ağaç dalı, sopa, madeni traş takımının sapı, salatalık, deodorant kutusu, plastik kapak, dolma kalem, uyuşturucu paketleri, şişe, elektrikli süpürge kolu, vibratör, yapay penis, termometre, patlıcan, lades kemiği, diş fırçası, yumurta benzeri sert materyal, boğa boynuzu ve çakı gibi çok çeşitli yabancı cisimlerin Gastrointestinal sistemden (GIS) çıkarıldığına dair olgular bulunmaktadır (55).

Yabancı cisimlere kadınlara oranla erkeklerde daha fazla rastlandığı bildirilmektedir (54). Genellikle genç ve orta yaş grubundaki erkeklerde sık görülen bu durum nadiren ileri yaşlardaki erkeklerde de görülebilmektedir (56). Rektuma yabancı cisim genç ve orta yaş grubundaki erkeklerde sıklıkla anal erotizm amacıyla yapılırken, ileri yaş erkeklerde ise daha çok prostatik masaj ve kabızlığı gidermek için yapılmaktadır (54). Bu hastalar sıklıkla gaz gayta yapamama, makat çevresinde lokalize ağrı ve karın ağrısı ile acil servislere başvururken, bazı olgular nadiren idrar yapamama ve rektumdan kan gelmesi şikayetleri ile acil servise başvurmaktadır (54,55).

Acil servise farklı yakınmalarla başvuran bu hastaların ortak özellikleri, gerçeği doktordan saklama eğiliminde olmalarıdır. Son çare olarak hastaneye başvuran bu hastalar böyle bir olayın konuşulmasından hoşnut olmadıkları için gerçeği saklamak isterler. Hastalar kendi çabaları ile yabancı cismi çıkarmaya çalıştıklarında rektumda yaralanmaya ve perforasyona neden olabilirler (55). Hastaların değerlendirilmesi Fizik muayene (FM), ayakta direk batın grafisi (ADBG) ve rektosigmoidoskopi ile yapılır (54). FM ile batında defans, hassasiyet, rijidite ve ribaund gibi akut batın bulguları araştırılırken, ADBG ile tıkanıklığa neden olan objenin şekli ve yerleşim yeri hakkında bilgi sahibi olunur. ADBG, gastrointestinal sistemde (GIS) perforasyonu değerlendirme imkânı sağlar. Rektosigmoidoskopi ile rektumda ve sigmoid kolonda yaralanma olup olmadığı değerlendirilebilir.

Rektumda yabancı cisim bulunanların hastaneye başvuru süresi 1 gün ile 6 ay arasında değişiklik göstermektedir. Yaklaşık %31'i ilk gün, %17'si 2-7 gün, %52'si 8-14 gün ve %2'si de 1-6 ay içinde başvurmaktadır (57). Literatürde rektal kanama, rektum mukozasında abrazyon ve yırtık, rektum iltihaplanması, pararektal apse ve komşu organlara fistülizasyon, rektum perforasyonu ve peritonit gibi yabancı cisime bağlı gelişen komplikasyonların görüldüğü bildirilmiştir (55). Komplikasyon gelişmesinde

hasta yaşı, yabancı cismin yerleşme yeri, tipi, hastaneye başvuru süresi gibi faktörler etkilidir. İleri yaş, başvuru süresinin uzunluğu ve yabancı cismin çapının geniş olması komplikasyonlar için yüksek risk faktörleridir (58). Yabancı cismin rektosigmoid bileşkenin üzerinde olması ve bağırsakta perforasyona neden olması cerrahi tedavi seçeneğinin belirlenmesinde ana faktörlerdir (55).

Yabancı cisim perforasyona yol açmamışsa, rektosigmoid bileşkenin altındaysa, erken dönemde başvurmuşsa, acil serviste hafif sedasyon uygulayarak parmak yardımı ile transanal yoldan dışarı çıkarılması denenebilir. Parmakla çıkarma işleminde başarısız olunması durumunda, endoskopik aletler, obstetrik forsepsler, foley kateter ve endotrakeal tüp gibi aletlerle yabancı cismin dışarı çıkarılması denenebilir. Bu yöntemlerinde başarısız olması durumunda genel anestezi altında cerrahi tedavi (laparotomi) ile yabancı cisimler çıkarılır (56).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Etik Kurul izni (Tarih: 10.01.2014, Karar No: 2014/22) alınarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında gerçekleştirildi.

Çalışmada retrospektif (1 Ocak 2009-31 Aralık 2013) olarak taranacak hasta dosyaları beş yıllık Acil Servis bilgi işlem merkezi verilerine dayanarak veri tabanından standart anahtar kelimeler kullanılarak tarandı, çalışmaya uygun olan hastaların dosyaları seçildi. Prospektif olarak da (15 Ocak 2014-15 Ekim 2014) dokuz aylık sürede cinsel aktivite ile ilgili 3. Basamak acil servise başvuran vakaların dosya taramaları yapıldı. Çalışma verileri dosyalardaki bilgilerin bir form dahilinde incelenip analiz edilmesiyle oluşturuldu. Araştırmaya 16 yaş ve büyük tüm erişkin, erkek ve bayan hastalar alındı. İleriye dönük olarak hastalara bilgilendirilmiş olur formu (BGOF) okutulup onayı alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya alınan hastalar için oluşturulan standart formlar (Ek 1) Acil Tıp Asistanı tarafından doldurularak (başvuru nedenlerinin, travma, enfeksiyon, ilaç kullanımı, cinsel şiddet oranı, meslek dağılımı, alkol alımı, eşlik eden hastalıklar, acil servis tanı ve tedavileri, taburculuk ve yatış oranları) hasta bilgileri kayıt altına alındı.

Hastalardan ilgili bölümlere konsültasyon sonucu kan örnekleri istenenlerin kan sonuçları da çalışmada analiz edildi. Çalışma için hastalardan özellikle kan alınmadı. Cinsel aktivite sorunları ve komplikasyonları ile ilgili Acil Servise başvuran 33 retrospektif, 30 prospektif toplamda 63 hastanın demografik verileri incelendi ve

istatistiksel analizleri yapıldı. On altı yaşından küçük tüm bayan ve erkek hastalar çalışmadan dışlandı. Hastalar klinik durumlarına göre ilgili bölümlere konsülte edildi.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- On altı yaşından küçük tüm erkek ve bayan hastalar
- Cinsel aktivite hikâyesi olmayan hastalar
- Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar

İstatistiksel değerlendirme:

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Temel Özellikleri

Cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle Acil Servis'e başvuran 63 hasta kardiyak, enfeksiyon, travmatik, nörolojik, makatta yabancı cisimler ve diğer komplikasyonlar olarak altı kategoriye ayrıldı (Tablo 1).

Tablo 1.Cinsel aktivite ile ilgili komplikasyonların sınıflandırılması.

	Travmatik	Kardiyak	Enfeksiyon	Nörolojik	Makatta yabancı cisim	Diğer
Toplam	20	1	11	9	5	17
Erkek	17	1	8	7	5	6
Kadın	3	0	3	2	0	11
Ortalama yaş ve yaş aralığı	36.2 (16-64)	63 63	40.9 (18-75)	45.6 (29-64)	45.5 (19-60)	47.5 (21-76)
40yaş üstü	6	1	5	5	4	10

Toplam değerlendirmeye alınan 63 hastanın verileri toplandı. Bu hastalardan 53'ü (%84.1) erkek, 10'u (%15.9) kadındı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalarda erkek kadın oranları.

	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	53	84.1
Kadın	10	15.9
Toplam	63	100

Erkeklerde ortalama yaş 43.04, yaş aralığı (19-76), kadınlarda ortalama yaş 26.8, yaş aralığı (16-42) olarak saptandı.

Hastaların 35'i (%55.6) 40 yaş altında saptandı. Kırk yaş üstünde olanların oranı %44.4 bulundu. Bir hastada KVS komplikasyonu, 20 hastada travma zararı mevcuttu. Çalışmada genital olarak en sık görülen travma penil fraktür olarak bulundu. Dokuz hastada nörolojik komplikasyon saptandı. Nörolojik olarak en sık baş ağrısı tespit edildi. Onbir hastada enfeksiyon saptanırken bunlarında çoğu ürogenital sistem enfeksiyonu idi. Sadece bir hasta test amaçlı başvurdu.

Tablo 3. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
16 yaş	1	1.6
19-40 yaş	34	54.0
41 yaş ve üzeri	28	44.4
Toplam	63	100

Yıllara göre acile başvuran hasta sayısında 2013 ve 2014 yıllarında belirgin olmak üzere artış mevcuttur. 2014 yılında hasta sayısındaki bariz artış çalışmanın yapılmaya başlanmasından dolayı bu yöndeki seçiciliğin artmasına bağlandı. Anamnez alınmasında daha titiz davranılması, tanı kodlarının girilmesindeki hassasiyetin bu artışta önemli olduğu düşünülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Yıllara Göre Hasta Dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
2009	1	1.6
2010	7	11.1
2011	4	6.3
2012	5	7.9
2013	16	25.4
2014	30	47.6
Toplam	63	100

Bir erkek hastada erektil disfonksiyonu önlemek amacıyla Sildenafil türevi ilaç alımına bağlı anjina, baş ağrısı, baş dönmesi sonrasında senkop ve kafa travması saptandı. Hastanın elektrokardiografisi (EKG), enzim ve troponin değerleri normal olarak görüldü. Kardiyoloji tarafından değerlendirilen hasta poliklinik önerisiyle taburcu edildi.

Çalışmada KVS, nörolojik, enfeksiyon, makatta yabancı cisim ve diğer komplikasyonlar (erektil disfonksiyon, priapizm) olarak sınıflandırılan hastaların yaş ortalaması 40 yaş üstünde saptandı. Ancak travma grubunda yaş ortalaması 40 yaş altında idi. Travma grubunda penil fraktür tanılı hastalar çoğunlukta idi. Çalışmada penil fraktür 40 yaş altı hastalarda daha fazla görüldü. Cinsel aktivite ile ilgili travma maruziyeti erkeklerde kadınlardan daha fazla saptandı.

Tablo 5. Hastaların acil servise başvuru şikayetleri.

	Sayı	Yüzde (%)
Vajinal şikayetler	5	7.9
Tecavüz	2	3.2
İlişkide ağrı	1	1.6
Penis ile ilgili şikayetler	40	63.3
Göğüs ağrısı	1	1.6
Skrotum ile ilgili şikayetler	5	7.9
Makatta ağrı	4	6.3
Diğer	5	7.9
Toplam	63	100

Travma görülen acil vaka sayısı 20 (%31.7) olarak saptandı. Bu hastalardan 18'i erkek, iki tanesi kadındı. Erkeklerde ortalama yaş 38.6 (yaş aralığı 16-64), kadın hastalarda ortalama yaş 20.5 (yaş aralığı 16-25) idi. Travma grubunda 40 yaş altında olan hasta sayısı 14 kişi olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Hastalarda Travma Hikâyesi.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	20	31.7
Hayır	43	68.3
Toplam	63	100

Genital olarak en sık görülen travma 17 hastada %27 oranında penil fraktür olarak saptandı. Kadınlardan ise üç hastada ilişki sonrasında vajinal kanama tespit edildi. Bu üç hastada genital travma sınıfına dahil edildi.

Tablo 7. Tanıların sınıflandırılması.

	Sayı	Yüzde (%)
Eretil disfonksiyon ve impotans	6	9.5
Enfeksiyon	11	17.5
Priapizm	11	17.5
Penil fraktür	17	27
Makatta yabancı cisim	5	7.9
Diğer	13	20.6
Toplam	63	100

Beş hastada makatta yabancı cisim, üç hastada vajinal kanama ve genital ağrı, iki hastada tecavüz, bir hastada penis yanığı tespit edildi (Tablo 5,6).

Diğer vücut bölgelerinde travma dört hastada ve en sık olarak kas iskelet sisteminde, bir hastada ise kafa travması olarak saptandı. Nörolojik komplikasyon olarak dokuz hastada baş ağrısı tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8. Nörolojik Komplikasyon Görülen Hastaların Dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Var	9	14.3
Yok	54	85.7
Toplam	63	100

İki ay önce Afrika da şüpheli cinsel ilişki hikâyesi olan bir hasta test amaçlı acile başvurdu (Tablo 9) Ancak hasta test için Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı Acil servis laboratuvarında mesai saatleri dışında Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) için rutin tarama testi yapılmamasıdır.

Tablo 9. Serolojik Tarama Amaçlı Başvuran Hastaların Dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	1	1.6
Hayır	62	98.4
Toplam	63	100

Cinsel yolla bulaşan hastalık olarak bir erkek hastada genital herpes, üç hastada vajinal kandidiyazis, iki hastada kondiloma akuminata saptanmıştır.

Bu çalışmada 11 hastada %17.5 oranında priapizm saptandı. Priapizm hastalarının dokuz tanesinde ilaca bağlı olarak gelişti. Oranı %14.3 olarak bulundu.

Tablo 10. Tanısı priapizm olanların etiyolojik sınıflandırma.

	Sayı	Yüzde (%)
İlaçlar	9	81.9
İlaç dışı	2	18.1
Toplam	11	100

Priapizm tedavisinde en sık aspirasyon uygulandı. Dokuz hasta aspirasyondan fayda görürken iki hasta fayda görmemiş ve kaverno spongioz şant uygulanmıştır. Bir hasta daha önce şant ameliyatı olduğundan distal şant uygulamak amacıyla servise yatırılmıştır. Bir hasta tekrarlayan priapizm atağı ile geldi ve neden olarakta ilaç alımı saptandı (Papaverin).

Penil fraktürde etiyojide, dört hasta uyandığında erekte haldeki penisi eliyle aşağı indirmeye çalışırken, üç hasta yatakta dönme sırasında, iki hasta cisme takılma sebebiyle (iç çamaşırı, koltuk kenarı), bir hasta mastürbasyon sırasında, yedi hasta da cinsel ilişki sırasında meydana geldiğini belirtti (Tablo 11).

Tablo 11. Penil fraktür tanısı alan hastalarda etiyojide.

	Sayı	Yüzde (%)
El ile manevra	4	23.5
İlişki	7	41.2
Yatakta dönme	3	17.6
Mastürbasyon	1	5.9
Cisme çarpma	2	11.8
Toplam	17	100

İlişki sırasında meydana geldiğini belirten hastalar genç hastalardı. Çalışmadaki oran %41.2 olarak saptandı. Bir hastada üretra yaralanması mevcuttu. (Tablo 12).

Tablo 12. Penil fraktürlü hastalarda üretra yaralanması sıklığı.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	1	5.9
Hayır	16	94.1
Toplam	17	100

Penil USG'nin tanıda başarısı sınırlıdır (20). Çalışmada 17 hastanın yedisine acil serviste USG yapılmıştır (%11.1) (Tablo 13).

Tablo 13. Penil fraktürlü hastalarda tanıda USG kullanma oranı.

	Sayı	Yüzde (%)
USG yapılan	7	41.1
USG yapılmayan	10	58.9
Toplam	17	100

İki hastada peniste genital siğil saptandı. En sık penis lezyonu siğillerdir. İki hastada da, birden fazla yerde ve çok sayıda mevcuttu. Erektile disfonksiyon tanısı iki hastaya konuldu (Tablo 7). İki hastada da travma hikayesi mevcuttu. Hastalardan birinde traktörden düşme sonucu pelvis fraktürüne bağlı mesane ve üretra cerrahisi, diğer hasta ise motosiklet kazası sonucu kranial cerrahi hikâyesi saptandı. İki hastada da DM, depresyon, HT gibi risk faktörleri yoktu.

İmpotans dört hastada saptandı. Bir hastada mastürbasyon sonrası oluştuğunu belirtti. İkinci hastanın penil USG'si normal olarak raporlandı. Bu iki hastada androloji poliklinik önerilerek taburcu edildi. İki hasta üroloji servisine tetkik amaçlı yatırıldı.

Makatta yabancı cisim olarak tel, rolon, bardak, yumuşatıcı kapağı, plastik deterjan kutusu çıkarıldı. Beş hastanın birinde konstipasyonu gidermek amaçlı, bir hastada hemoroid tedavisi için faydalı olduğunu duydukları için yabancı cisimleri ilerlettikleri, hastalardan biri porno film izledikten sonra gördüklerini tekrarlamak ve zevk amaçlı ilerlettiğini belirtmiştir. İki hasta ilk geldiğinde şikâyetini saklamıştır. Yumuşatıcı kapağı çıkarılan hasta neden yaptığı ile ilgili konuşmak istememiştir (Tablo 14). Makatta yabancı cisim saptanan beş hasta erkekti. Hastalardan biri 19 yaşında diğer dört hasta 40 yaş üstünde saptandı. Çalışmadaki vakaların çoğu orta yaş ve yaşlı hastalardı.

Tablo 14. Tanısı makatta yabancı cisim olup şikâyetini saklayanların dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Şikâyetini söyleyen	3	60
Şikâyetini saklayan	2	40
Toplam	5	100

Beş hastanın dördü yabancı cisim kendi çıkartmaya çalışmış ancak başarılı olamamıştır. Çalışmadaki hastaların hiçbirinde perforasyon saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15. Tanısı makatta yabancı cisim olup kendisi çıkartmak isteyen hastalar.

	Sayı	Yüzde (%)
Çıkartmayı deneyen	4	80
Müdahale etmeyen	1	20
Toplam	5	100

Makatta yabancı cisim olan hastaların acil servise başvuru süreleri ortalaması 26 saat olarak ölçüldü. İki vakada cisimler trans anal yolla çıkarılmıştır. Üç hastada cerrahi uygulanmıştır. Üç hastada acil serviste çıkarma işlemi denenmiş başarılı olunamayınca ameliyathanede sfinkteretomi ile çıkartılmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Makatta yabancı cisim olan hastalarda tedavi dağılımları.

	Sayı	Yüzde(%)
Transanal yolla	2	40
Cerrahi	3	60
Toplam	5	100

63 hastanın ikisi hariç hepsi ilgili bölümlere konsülte edildi. En fazla konsültasyonun yapıldığı bölüm 41 hasta (%65.1) ile üroloji oldu (Tablo 17).

Tablo 17. Konsültasyon oranları.

	Sayı	Yüzde (%)
Konsülte edilmeyen	2	3.2
Üroloji	41	65.1
Kadın doğum	10	15.9
İntaniye	2	3.2
Genel cerrahi	5	7.9
Diğer	3	4.8
Toplam	63	100

31 hasta ilgili bölümlere yatırıldı. 29 hasta gerekli acil müdahaleleri yapıp tedavisi verilerek ayaktan takip edilmek üzere ilgili polikliniklere yönlendirildi. Üç hasta kendi isteği ile tanı sürecinden sonra konsültan beklendiği sırada acil servisten ayrıldı (Tablo 18).

Tablo 18. Yatış ve taburculuk oranları.

	Sayı	Yüzde (%)
Taburcu	29	46
Yatış	31	49.2
Kendisi Ayrılan	3	4.8
Toplam	63	100

Tedavide acil serviste en sık ağrı kontrolü amaçlı analjezik uygulandı (Tablo 19)

Tablo 19. Acil servis tedavi dağılımları.

	Sayı	Yüzde (%)
Analjezik	20	31.7
Aspirasyon	9	6.3
Diğer	34	61.9
Toplam	63	100

En fazla yatış 24 hasta (%38) ile üroloji servisine yapıldı. Bu hastaların büyük çoğunluğu penil fraktür ve priapizm tanısı olan hastalardı (Tablo 20).

Tablo 2020 Hastaların yattığı servisler.

	Sayı	Yüzde (%)
Üroloji	24	38.1
Kadın Doğum	2	3.2
Genel Cerrahi	5	7.9
Toplam	31	49.2
Taburcu edilenler	32	50.8
Toplam	63	100

Yakın zamanda şüpheli ilişki hikâyesi olan 4 erkek hastaya epididimoorşit tanısı konuldu (Tablo 21). Bu hastalara etkeni tespit etmek amaçlı tetkikler acil servisten yapılmadığından ampirik tedaviler başlandı ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tablo 21. Enfeksiyon tanısı alanlarda alt gruplar.

	Sayı	Yüzde (%)
Epididimoorşit	4	36.4
Vajinit	3	27.2
İYE	2	18.2
Diğer	2	18.2
Toplam	11	100

Çalışmada, enfeksiyon tanısı alan hastaların şüpheli cinsel ilişki hikayeleri mevcuttu. Şüpheli ilişki hikayesi olmayanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan hastalardan, 27'si (%42.9) düzenli cinsel ilişkide bulunduğunu belirtti.

Tablo 22. Hastalarda düzenli cinsel ilişki oranları.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	27	42.9
Hayır	36	57.1
Toplam	63	100

Cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle sekiz hasta ilaç kullandığını belirtti (%12.7) (Tablo 23). Bu hastaların beş tanesinin Papaverin ve karışımı, diğer üçünün Sildenafil türevi ilaçlar kullandığı saptandı (Tablo 24).

Tablo 23. Cinsel sorunlar nedeniyle ilaç alım oranları.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	8	12.7
Hayır	55	87.3
Toplam	63	100

Tablo 24. Hastaların aldığı ilaçlar.

	Sayı	Yüzde (%)
Papaverin	5	62.5
Diğer	3	37.5
Toplam	8	100

On hasta şüpheli cinsel ilişkide bulunduğunu belirtti. Bu hastaların hepsi erkekti (Tablo 25). Bu hastalardan sadece bir tanesi CYBH tespiti için test amaçlı (HIV) acil servise başvurdu. On hastadan üçü ilişki sırasında korunma amaçlı bir yöntem kullanmadığını belirtti.

Tablo 25. Şüpheli cinsel ilişki hikayesi olanlar.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	10	15.9
Hayır	53	84.1
Toplam	63	100

Beş hasta cinsel şiddet yakınmasıyla başvurdu. Bu beş hastada kadın hasta idi (Tablo 26).

Tablo 26. Cinsel şiddet görenlerin dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	5	7.9
Hayır	58	92.1
Toplam	63	100

Bu çalışmada verilerin %52.4'ü retrospektif, %47.6'sı prospektif olarak toplanıp analiz edildi (Tablo 27).

Tablo 27. Retrospektif ve prospektif hasta dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Retrospektif	33	52.4
Prospektif	30	47.6
Toplam	63	100

Sayısal değişkenlerden sadece hastaların yaşı anlamlı bulundu. Cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle acil servise başvuran hastaların yaş ortalaması 40.52 ± 16.2 saptandı (Tablo 28).

Tablo 28. Sayısal Değişkenlerin Analizi.

Değişkenler	Ortalama± Standart Sapma	Sayı
Sistolik Tansiyon (mmHg)	130.03 ± 17.26	63
Diastolik Tansiyon (mmHg)	76.93 ± 11.16	62
Nabız Sayısı (/dk)	87.08 ± 8.62	63
Solunum Sayısı (/dk)	20.95 ± 1.91	63
Ateş (°C)	36.36 ± 0.57	63
Şikayet başlangıç zamanı (dk)	129.61 ± 315.54	63
İlişki kayıt arası süre (dk)	133.00 ± 1440.00	40
WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	9.97 ± 4.04	37
HGB (g/dL)	14.39 ± 1.58	38
Htc (%)	42.72 ± 4.05	37
PLT ($10^3/\mu\text{L}$)	253.98 ± 72.23	38
MCV (fl)	87.28 ± 4.23	38
Neu ($10^3/\mu\text{L}$)	10.17 ± 15.33	38
Glikoz (mg/dL)	108.68 ± 25.90	35
BUN (mg/dL)	14.24 ± 5.90	40
Kreatin (mg/dL)	0.86 ± 0.20	40
Ürik asit(mg/dL)	4.80 ± 1.58	16
Kalsiyum (mg/dL)	9.30 ± 0.54	35
Mg (mmol/L)	0.79 ± 0.10	15
Na (mmol/L)	139.47 ± 2.67	38
K (mmol/L)	4.35 ± 0.45	36
Cl (mmol/L)	104.00 ± 3.14	18

Total Bilirübin (mg/dL)	0.57 ± 0.31	35
Direk Bilirübin (mg/dL)	0.18 ± 0.10	34
Amilaz (u/L)	73.06 ± 47.26	16
Lipaz (u/L)	28.54 ± 17.21	11
GGT (u/L)	32.76 ± 33.61	26
LDH (u/L)	238.58 ± 57.37	24
CK (u/L)	108.25 ± 48.25	4
CK-MB (u/L)	30.94 ± 22.88	13
AST (u/L)	24.13 ± 10.69	36
ALT (u/L)	20.83 ± 11.16	36
ALP (u/L)	67.52 ± 18.74	29
Troponin (ng/ml)	0.05 ± 0.05	4
D-Dimer (ng/ml)	2826.66 ± 1137.95	3
PT (sn)	11.73 ± 1.12	22
PTT (sn)	26.94 ± 2.55	31
INR	1.04 ± 0.09	31
WBC (TİT) (K/mm³)	9.27 ± 20.99	11
RBC (TİT)	2.27 ± 7.53	11
Yaş	40.52 ± 16.24	63

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın cinsel ilişki komplikasyonları ile ilgili Türkiye de acil serviste yapılan ilk çalışma olduğu düşünülmektedir.

Türkiyede cinsel aktiviteye bağlı sorunlar Jinekoloji, Üroloji (Androloji) ve İntaniye uzmanları tarafından polikliniklerde tedavi edilmektedir. Bundan dolayı ilişki komplikasyonları ile ilgili sorunları olanlar kendileri veya bizzat acil servis triaj görevlileri tarafından polikliniğe yönlendirilebilmektedir. Bu olayın acil servise direkt başvuran hasta sayısının az olmasında bir etken olduğu düşünülmektedir.

Cinsel aktivite ile tetiklenen miyokard enfarktüsünün insidansı net olarak bilinmemektedir. Ancak %1'den düşük olduğu tahmin edilmektedir (59,64). Hasta grubunda altı yıllık sürede sadece bir hastada KVS'yi ilgilendiren acil duruma rastlandı. Hasta erektil disfonksiyonu önlemek amaçlı sildenafil türevi ilaç alımından sonra akut koroner sendrom tanısıyla takip edildi. Kardiyovasküler komplikasyon ile acil servise gelen bu hasta diğer gruplara göre daha yaşlı idi (63 y). Bu bulgu diğer çalışmalar ile benzerdir (2).

Erkek popülasyonda, cinsel ilişkiden kaynaklanan travmanın kadın hastalara göre daha yaygın olduğunu bildirilmiştir (5). Bu çalışmada da 20 travmatik hastanın 17 tanesi erkek üçü kadın hastaydı. Çalışma, bu yönüyle de literatür ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde ilaç ve alkole bağlı priapizmin %21 oranında görüldüğü belirtilmektedir (7). Bu çalışmada ilaca bağlı priapizm oranı %81.9 olarak saptandı. Bunun nedeninin priapizm nedeniyle acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğunun yaşlı olması ve erektil disfonksiyon nedeniyle ilaç kullanmaları olduğu düşünülmektedir. Alkole bağlı priapizm olgusu saptanmadı.

Penil fraktür Ortadoğuda daha sık olarak görülmektedir (65). Amerika Birleşik Devletlerinde penil fraktür 100 binde 0.3-1.4 hastada görülmekte, oranın Avrupa da daha az olduğu düşünülmektedir (65). Türkiye ve batılı ülkelerde ise zorlu koitus (%30-50) nedeniyle oluşmaktadır (20). Bu çalışmada 53 erkek hastanın 17'sinde penil fraktür saptandı. Eke tarafından yapılan cinsel birleşmede ürolojik komplikasyonlarla ilgili çalışmadaki bulgularda bu çalışmayı desteklemektedir. Adı geçen çalışmada penil fraktür, ilk sırada yer almaktadır (5). Penil fraktüre bağlı üretra yaralanmasının literatürde %10-20 oranında görüldüğü belirtilmektedir (22). Bu çalışmada %5,6 oranında üretra yaralanması saptandı. Üretra yaralanması olup olmadığı acil serviste yapılan USG ve ameliyat notları sonucuna göre karar verildi. Bazı hastaların ameliyat notlarına ulaşamamanın oranın düşük saptanmasına neden olabileceği düşünüldü. İlişki sırasındaki pozisyon değişimine bağlı penil fraktür oranı literatürde %33-60 arasındadır (20). Çalışmadaki oran literatürle uyumlu olup ilişki sırasındaki penil fraktür oranı %41.2 olarak bulundu.

Zink ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada cinsel aktivite sırasında yetişkin kadınların en az %11'inde anogenital yaralanma saptandığı belirtilmektedir (60). Bu çalışmada üç bayan hasta tecavüz ve darp olarak getirildi. Bu hastalar adli muayene amaçlı ilgili bölümlere konsültasyon ve ön tetkiklerinin yapılması için acil servise yönlendirilmişlerdir. Bu hastalarda anogenital yaralanma olup olmadığı adli muayenelerini yapan hekimlerin farklı olmasından dolayı net olarak anlaşılamamıştır.

Bu çalışmada kadın hasta oranının az olmasının sebebi, toplumsal baskı ve sosyoekonomik yapıdan dolayı kadınların ilişki ile ilgili komplikasyonların tedavisi için acil servisten ziyade, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvurmalarının olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca çalışmada cinsel aktiviteye bağlı dokuz hastada nörolojik komplikasyon saptandı ve bu durum üçüncü sıklıkta görülen cinsel ilişki komplikasyonu oldu. Bu hastalardan sekizi başağrısı ve biri baş dönmesi ile acil servise başvurdu. Kriz tarafından yapılan çalışmada 51 hastada nörolojik komplikasyon için hazırlayıcı faktör olarak cinsel aktivite bulundu ve bu hastaların %50'si baş ağrısından şikayetçi idi. Bu hastaların %8'inde subaraknoid kanama, %20'sinde iskemik serebral semptomlar gözlenmiştir (61). Mevcut çalışmadaki hastalar genellikle yaşlıydı ve bu komplikasyon da genellikle cinsel güç artırıcı ilaç alımı sonrasında ya da direkt olarak cinsel ilişkinin tetiklemesine bağlı olarak tanımlanmıştır.

İlişkiye bağlı baş ağrısının gerçek insidansı bilinmemektedir (6). Oran olarak bu çalışmada diğer çalışmaya göre nörolojik komplikasyonlu hasta sayısının az olmasının nedeni anamnezlerin yetersiz alınması, kayıtlarda gerekli hassasiyetin gösterilmemesi ve hastaların cinsel ilişki ile ilgili sorunlarını gizlemeleri, baş ağrısının ilişki sonrası başladığını saklamaları olabilir.

Orgazm sonrası ani ve şiddetli başlangıçlı olan baş ağrılarında kanama ekarte edilmelidir (6). Hastalar utanma duygusu nedeniyle şikâyetlerinin gerçek nedeni olan cinsel ilişki hikayesini saklamaktadır. Fakat koital subaraknoid kanama ve rüptüre olmuş serebral anevrizma arasında güçlü bir ilişki vardır (68). Birçok vaka serisi rüptüre serebral anevrizması olan hastaların %14.5'nun şikayetler ortaya çıkmadan önce cinsel ilişkide bulunduğunu göstermiştir (6,68). Bu çalışmada diğer çalışmalarda görülen rüptüre serebral anevrizma ve geçici global amnezi gibi ağır nörolojik bulgular tespit edilmedi.

Yabancı cisimlere kadınlara oranla erkeklerde daha fazla rastlandığı bildirilmektedir (54). Çalışmada makatta yabancı cisim saptanan beş hasta da erkekti. Bu literatürle uyumludur. Genellikle genç ve orta yaş grubundaki erkeklerde sık görülürken nadiren de ileri yaş erkeklerde görülebilir (56). Ancak çalışmadaki vakaların çoğu orta yaş ve yaşlı hastalardı. Hastalardan biri 19 yaşında diğer dört hasta 40 yaş üstünde saptandı.

Rektuma yabancı cisim genç ve orta yaş grubundaki erkeklerde sıklıkla anal erotizm amacıyla yapılırken, ileri yaş erkeklerde ise daha çok prostatik masaj ve kabızlığı gidermek için yapılmaktadır (54). Bu çalışmadaki bulgularda literatürle uyumludur.

Acil servise farklı yakınmalarla başvuran bu hastaların ortak özellikleri, gerçeği doktordan saklama eğiliminde olmalarıdır (55). Çalışmada hastaların %40'ı gerçek şikayetini acile ilk başvurduğunda gizlemiştir.

Cinsel ilişkiye bağlı inme nadir de olsa görülmektedir (69). Bu çalışmada inme de saptanmamıştır. Hasta sayıları artırıldığında, anamnezler derinleştirildiğinde, tanı koyulan nörolojik komplikasyonların çeşitliliğinin artacağı düşünülmektedir.

Dört hastada CYBH'a rastlandı. Çalışma popülasyonunun %6.34'üne CYBH tanısı konuldu. Genel popülasyonda CYBH gerçek prevalansı bilinmemektedir (62). Üç erkek hastada CYBH tesbit edildi. Bu hastalar şüpheli ilişki sırasında korunma amaçlı bir yöntem kullanmadıklarını belirttiler. Bazı Avrupa ülkelerinde sifiliz, gonore, klamidya gibi CYBH oranı 1990'ların ortalarından beri artmaktadır (70). Bu çalışmada CYBH hastalık düşünülen hastaların serolojik tanısı konulmamıştır. Çalışmadaki hastaların şüpheli cinsel ilişki hikâyeleri ve acile başvurdukları andaki semptomlarına göre bu tanıları ilgili bölümlere konsülte edilerek tanıları konulmuş ve tedavileri başlanarak polikliniklere yönlendirilmiştir. Bu hastaların tanılarının net olarak CYBH olması tartışılabilir.

Çalışmanın yapıldığı acil serviste CYBH için danışmanlık hizmeti verilmemektedir. CYBH şüphesi olan hastalar test amaçlı polikliniklere yönlendirildiğinden veya direkt olarak kendileri polikliniğe başvurduğundan CYBH oranının çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

15-21 yaş aralığında Amerika Birleşik Devletlerinde sadece %60 hasta cinsel yolla bulaşan hastalıklar için kondom kullanmaktadır (66). Wolters tarafından yapılan çalışmada da nüfusun yarısından fazlası cinsel deneyim için cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunmadaki duyarlılıklarını göz ardı etmektedir (67). Çalışmada CYBH tanısı konulan dört erkek hastanın üçü ilişki sırasında korunma amaçlı herhangi bir yöntem kullanmadığını belirtti. Hasta sayısı yetersiz olmasına rağmen bu sonuç diğer çalışmalarla uyumludur.

Acil servise cinsel aktivite ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle başvuran hasta sayısının çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışma sırasında hastaların acil servise

başvuruda şikâyetlerini gizlemek amaçlı farklı yakınmalar belirtmesi tanıların doğru girilmemesine neden olmaktadır. Ayrıca triaj görevlileri tarafından ilk anamnez alınırken ilişki ile komplikasyonların kolaylığa kaçılarak karın ağrısı, kasık ağrısı gibi tanımlar girildiği görüldü. Tanı ve tedavi sonrası ICD kodlarının gerek iş yoğunluğundan gerekse kodlara kolay ulaşılmamasından dolayı doğru girilmemesine bağlı retrospektif olarak taranan hasta sayılarının çok düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Verilerin %52'si geriye dönük olarak bilgi işlem merkezindeki veriler kullanılarak belirlenen anahtar kelimeler taranarak dosya incelenmesiyle toplandı ve analiz edildi. Geçmişe dönük hasta sayılarının yetersiz olması bu çalışmanın kısıtlamalarındandır.

İleriye dönük uzun süreli bir çalışma yapıldığında Türkiyede cinsel ilişki ile ilgili üçüncü basamak acil servise başvuran hastaların demografik verilerinin daha sağlıklı ve doğru şekilde analiz edileceği düşünüldü. Çalışmanın Türkiye de acil servislerde ileride yapılacak olan çalışmalara örnek teşkil edeceği düşünüldü.

6. SONUÇLAR

1. Erkek hastalarda cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeniyle acil servise başvurular kadınlara oranla beş kat daha fazladır.
2. Cinsel aktivite ile ilgili sorunlar nedeni ile üçüncü basamak acil servise başvurularda yıllara göre artış mevcuttur.
3. Hastalar cinsel sorunlarını anlatmaktan çekinmekte, acile başvuruda farklı yakınmalardan bahsetmektedir.
4. Cinsel aktiviteye olan ilgi ve sıklık genç ve orta yaşlarda, yaşlı hastalardan daha fazladır.
5. Cinsel aktiviteye bağlı nörolojik komplikasyon olarak en sık başağrısı ve baş dönmesi saptandı.
6. Çalışma başlangıcından sonra hasta sayısının fazla olmasının nedeninde ICD kodlarının doğru girilmesindeki ve anamnezlerin derinleştirilmesindeki hassasiyet yatmaktadır.
7. Erkeklerde cinsel ilişkiden kaynaklanan travma, kadın hastalara göre daha fazladır.
8. Cinsel ilişkiye bağlı travma grubunda yaş, diğer gruplara göre daha düşük saptandı.
9. Erkek hastalarda travma olarak en sık penil fraktür görüldü.

10. Retrospektif hasta sayılarının daha fazla olduğu düşünölmektedir. Bu hastaların tanı kodları girişlerinde karın ağrısı ve kasık ağrısı gibi kodlar girildiği göröldü. Bunun da hasta dosyalarına ulaşımı engelleyip, hasta sayısının düşük olmasına neden olduğu göröldü.

11. Hastaların tedavileri %50'ye yakın oranda ilgili servislere yatırılarak yapıldı.

KAYNAKLAR

1. Chen X Zhang, Tan X. Cardiovascular effect of sexual activity. *Indian J Med Res* 2009; 130: 681-8.
2. Drory Y. Sexual activity and cardiovascular risk. *Eur Heart J Suppl* 2002; 4: H13-18.
3. Falk RH. The cardiovascular response to sexual activity:do we now enough? *Clin Cardiol* 2001; 24: 271-5.
4. Toylar A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011; 40: 538-43.
5. Eke N. Urological complications of coitus. *BJU Int* 2002; 89: 273-7.
6. Banerjee A. Coital emergencies. *Postgrad Med J* 1996; 72: 653-6.
7. Broderick GA, Kadioğlu A, Bivalackua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J sex med* 2010, 7: 476-500.
8. Yeng K, Tay, Daniel S, Kathryn RW, Sree A, Chris L. Acute Management of Priapism in men. *BJUI* 2012; 109: 15-21.
9. Emond AM, Holman R, Hayes RJ, Serjeant GR, Priapism and impotence in homozygous sickle cell disease. *Arch Intern Med* 1980; 140: 1437-7 (CrossRef).
10. Costa WS, Felix B, Cavalcanti AG, Medeiros J JR, Sampaio FJ. Structural analysis of corpora cavernosa in patients with ischaemic priapism. *BJU Int* 2010; 105: 838-41.
11. Merritt AL, Haiman C, Henderson SD. Myth: Blood transfusion is effective for sickle cell anemia associated priapism. *CJEM* 2006; 8: 119-22.

12. Huang YC, Harraz AM, Shindel AW, Lue TF. Evaluation and management of priapism: 2009 update. *Nat Rev Urol* 2009; 6: 262-71.
13. Broderick GA. Priapism. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA eds. *Campbell–Walsh Urology*, 10 edn, chapt. 25. Philadelphia, USA: Saunders, 2011: 749-69.
14. Burnett AL. Surgical management of ischemic priapism. *J Sex Med* 2012; 9: 114-20.
15. Keoghane SR, Sullivan ME, Miller MA. The aetiology, pathogenesis and management of priapism. *BJU Int* 2002; 90: 149-54.
16. Muneer A, Minhas S, Freeman A, Kumar P, Ralph DJ. Investigating the effect of high-dose phenylephrine in the management of prolonged ischaemic priapism. *J Sex Med* 2008; 5: 2152-9.
17. Muneer A, Garaffa G, Minhas S, Ralph DJ. The management of stuttering priapism within a specialist unit. A 25-year experience. *Br J Med Surg Urol* 2009; 2: 11-6.
18. Burnett AL. Sexual health outcomes improvement in sickle-cell disease: a matter of health policy. *J Sex Med* 2012; 9: 104-13.
19. Adeyolu AB, Olujohungbe AB, Morris J et al. Priapism in sickle-cell disease; incidence risk factors and complications—an international multicentre study. *BJU Int* 2002; 90: 898-9.
20. Eke N. Fracture of the penis, *British Journal of surgery* 2002; 89: 555-65.
21. Ahmad M, El-Taher, Hassan A, Aboul Ella, Mohammed A Sayed, and A. Gaafar. Management of Penile Fracture. *J Trauma* 2004; 56: 1138-40.
22. Michel A, Miller. A sudden snapping sound. *West J Emerg Med* 2010; 11: 93.

23. Coşkun B, Ermeç B, Sönmez NC, Akça O, Güney S, Ergenekon E. Penil fraktürlü olgularda operasyon öncesi değerlendirme ve cerrahi deneyimlerimiz . Ş.E.E.A.H Tıp Bülteni 2009; 43: 57-9.
24. Luchtefeld MA Perianal condylomata acuminata. North Am Surg. 1994; 74: 1327-38.
25. Van Den Eeden SK, Habel LA, Sherman KJ et al. Risk factor incident and recurrent condyloma acuminata among man. A population-based study. Sex Transm Dis 1998; 25: 278-84.
26. Culp OS, Kaplan IW. Condyloma acuminata: Two hundred cases treated with podophyllin. Ann Surg 1944; 120: 251-256.
27. Swerdlow DB, Salvati EP. Condyloma acuminata. Dis Colon Rectum 1971; 14: 226-9.
28. Abcarian H, Sharon N. Long term effectiveness of the immunotherapy of anal condylomata. Dis Colon Rectum 1982; 25: 648-51.
29. Schonfeld A, Schattner A, Cresppi M et al. Intramuscular human interferon-Binjections in treatment of condiloma acuminata. Lancet 1989; 2:7 65-9.
30. Bilingham RP, Lewis FG. Laser versus electrical cautery in the treatment of condyloma acuminata of the anus. Surg Gynecol Obstet 1982; 155: 865-867.
31. Dodi G, Infantino A, Moretti R et al. Cryotherapy of anorectal warts and condylomata. Cryobiology 1982; 19: 287-8.
32. Perisic Z, Lazic JP, Terzic B, Perisic S, Rasic R. Condiloma gigantea in anal and perianal region: surgical and CO₂ laser treatment. Arch Gynecol Obstet 2003; 267: 263-5.
33. Balik E, Eren T, Bugra D.A. Surgical approach to anogenital Buschke Loewenstein tumours (giant condiloma acuminata). Acta Chir Belg 2009; 109:6 12-6.

34. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
35. Lue TF. Erectile dysfunction. N Engl J Med 2000; 342: 1802-13.
36. Andersson KE, Wagner G. Physiology of penile erection; Physiol Rev.1995 Jan; 75: 191-236.
37. Fazio L, Brock G. Erectile dysfunction: management update. CMAJ 2004; 170: 1429-37.
38. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction; J Urol 2004; 171: 2341-5.
39. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. Definition/epidemiology/risk factor for sexual dysfunctions; J Sex Med 2010; 7: 1598-607.
40. La Vignera S, Conderelli R, Vicari E, D'Agata R, Calogero AE. Physical activity and erectile dysfunction in middle-aged men; J Androl 2012; 33: 154-61.
41. Chitale K, Kupelin V, Subak L, Wessells H. Diabetes, obesity and erectile dysfunction: Field overview and research priorities; J Urol 2009; 182: 45-50.
42. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, et al. Mediterranean diet improves erectile function in subjects with the metabolic syndrome; Int J Impot Res 2006; 18: 405-10.
43. Juenamann KP, Lue TF, Luo JA, Benowitz NL, Abozeid M, Tanagho EA. The effect of cigarette smoking on penile erection. J Urol 1987; 138: 438-41.
44. Dorey G. Is smoking a cause of erectile dysfunction? A literature review; Br J Nurs 2001; 10: 455-65.

45. Angulo J, Cuevas P, Gabancho S, Gonzalez-Corrahano R, Videla S, Saenz de Tejada I. Enhancement of both EDHF and NO/Cgmp pathways is necessary tor everse erectile dysfunction in diabetic rats. *J Sex Med* 2005; 2: 341-6.
46. Romeo JH, Seftel AD, Madhun ZT, Aron DC. Sexuel function in men with diabetes type 2: Association with glycemc control; *J Urol* 2000; 163: 788-91.
47. Seagreves RT. Depression and erectile dysfunction. *Postgrad Med* 2000; 107: 24-27.
48. Rosen RC, Mratin H. Prevalance of antidepressant-associated erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 5-10.
49. Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwong WJ, Khan ZM. Antidepressant-induced sexuel dysfunction. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1577-89.
50. Nunes KP, Labazi H, Webb RC. New insights into hypertension-associated erectile dysfunction. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2012; 21: 163-170.
51. Cordero A, Bertomeu-Martinez V, Mazon P, Facila L, Gonzalez-Juanatey JR. Erectile dysfunction may imptove by blood pressure control in patients with high-risk hypertension. *Postgrad Med* 2010; 122: 51-6.
52. Dettori JR, Koepsell TD, Cumming P, Corman JM. Erectile dysfunction after a long-distance cycling event: Associations with bicycle characteristics; *J Urol* 2004; 172: 637-41.
53. Sommer F, Goldstein I, Korda JB. Bicycle riding and erectile dysfunction: A review. *J Sex Med* 2010; 7: 2346-58.
54. Atila K, Sirmen S, Astarcioglu H, Canda E. Rektumda yabancı cisim: Dört olgu sunumu. *Ulusal Travma Dergisi* 2004; 10: 253-6.
55. Albayrak D, İbiş AC, Hatipoğlu AR, İrfanoğlu ME. Rektumda yabancı cisim: Üç olgu sunumu. *Trakya Üniv Tıp Fak Der* 2007; 24: 240-3.

56. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, et al. Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003; 66: 607-12.
57. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Disease*, 2013; 12: 851-61.
58. Lake JP, Essani R, Petrone P, et al. Management of Retained Colorectal Foreign Bodies: Predictors of Operative Intervention Diseases of The Colon & Rectum. 2004; 47: 1694-98.
59. Muller JE, Mittleman MA, Maclure M, et al. Triggering myocardial infarction bysexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *JAMA* 1996; 275: 1405–9.
60. Zink T, Fargo JD, Baker RB, et al. Comparison of methods foridentifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med* 2010; 39: 113–8.
61. Kriz K. Coitus as a factor in the pathogenesis of neurologic complications. *Ceskoslovenska neurologie* 1970; 33: 162–7.
62. Borhart J, Birnbaumer DM. Emergency department management of sexually transmitted infections. *Emerg Med Clin North Am* 2011; 29: 587–603.
63. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health* 2011; 11: 727.
64. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American heart association. *Circulation* 2012; 125: 1 –15. Epub 2012/ 01/ 24.
65. Al-Shaiji TF, Amann J, Brock GB. Fractured penis: diagnosis and management. *J Sexual Med* 2009; 6: 3231–40.

66. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2009. *MMWR Surveill Summ: Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summar/CDC* 2010; 59: 1–142.
67. Wolfers M, de Zwart O, Kok G. Adolescents in The Netherlands underestimate risk for sexually transmitted infections and deny the need for sexually transmitted infection testing. *AIDS Patient Care STDs* 2011; 25: 311–9.
68. Reynolds MR, Willie JT, Zipfel GJ, et al. Sexual intercourse and cerebral aneurysmal rupture: potential mechanisms and precipitants. *J Neurosurg* 2011; 114: 969–77.
69. Lerner AJ. Transient acute neurologic sequelae of sexual activity: headache and amnesia. *J Sexual Med* 2008; 5: 284–8.
70. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health* 2011; 11: 727.

EKLER

EK 1.

CİNSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ 3. BASAMAK ACİL SERVİSE OLAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Hekimin Açıklaması)

Cinsel Aktivite ile ilgili yaşanan sorunlar ve komplikasyonlar nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuruların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ismi ‘Cinsel Aktivite İle İlgili 3.Basamak Acil Servise Olan Başvuruların Değerlendirilmesi’dir.’

Sizi de bu çalışmaya dâhil etmek istiyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya dâhil olup olmamakta tamamen serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya dâhil olmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, cinsel aktivitede yaşanan sorunlar ve komplikasyonlar sonucu 3.basamak acil servise gelen hastaların şikayetlerini, cinsel şiddet oranlarını, meslek dağılımlarını, alkol kullanımının etkisini, eşlik eden enfeksiyonların sıklığını, travma oranlarını, istenmişse laboratuvar değerlerini, acil servis tanı ve tedavilerini, istenen konsültasyonların dağılımını, sonuçta yattığı servisleri ve taburculuk oranlarını tespit etmektir. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Çalışmamız Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisinde uygulanacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz tarafımdan muayene edileceksiniz ve bulgular bir forma kaydedilecektir. Muayene sonucunda eğer Dr İlhan Demir uygun görürse bu çalışmaya dâhil edileceksiniz.

Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmaya dâhil olursanız size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde sizin Acil Servis tedavinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Gönüllü Oluru)

Sayın Dr. İlhan Demir tarafından Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde gerçekleştirilecek tıbbi bir araştırmada yer verileceği belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak alınmamı onaylamak üzere bilgilendirildim.

Eğer bu araştırmaya katılmaya karar verirsem hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan ayrılabilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çıkacağımı önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun kendimde araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr İlhan Demir'i 0.530.883.0365 numaralı telefonda ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Servis Anabilim Dalı'ndaki adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer araştırmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımında ve hekim ile olan ilişkilerimizde herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm ağıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir dūřünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde gönüllü olarak yer almaya karar verdim. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

.../.../2014

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı, Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı Soyadı: Dr İlhan Demir

Adres: E.R.Ü.T.F ACİL TIP AD

Tel:0.530.883.0365

İmza:

EK 2.

CİNSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ ÜÇÜNCÜ BASAMAK ACİL SERVİSE OLAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Geliş Tarihi:.././.....

Hastanın Adı:.....Cinsiyet: E / K Dosya No:.....

TA: .././.....mmHg N:...../dk SS:...../dk A:.....°C

Özgeçmiş:.....

Şikayeti:.....

Şikayetin başlama zamanı:.....

Cinsel şiddet: E / H Ayrıntı:.....

Acile başvuru nedeni:.....şikayeti ile / Serolojik tarama amacı: E / H

Şüpheli cinsel ilişki: E / H Sıklığı:.....Düzenli cinsel ilişki: E / H

Cinsel aktivitenin zamanı:.....Şikayet başlangıcı:.....

Mesleği:Öğrenci ..Diğer:.....İlaç alımı: E / H Evet ise ismi ve alım sıklığı:.....

Alkol alımı: E / H Miktarı ve sıklığı:.....

Eşlik eden enfeksiyon tablosu:.....

Travma: E / H Varsa ayrıntısı:.....

Eşlik eden hastalık:.....

CBC: WBC:.....Hb:.....Htc:.....Plt:.....MCV:.....Neu:.....

BK: KŞ:.....BUN:.....Cre:.....Ürik asit:.....Ca:.....Mg:.....Na:.....K:.....Cl:.....

T. Bil:....D.Bil:.....Amilaz:.....Lipaz:.....GGT:.....LDH:.....CK:.....CK-MB:.....

AST:.....ALT:.....ALP:.....Tn T:.....D-dimer:..... PT:.....PTT:.....INR:.....

TİT:.....

Konsültasyonlar:Üroloji KHD İntaniye Psikiyatri Diğer:.....

AS Tanısı:.....AS Tedavi:.....

Sonuç: Taburcu Yatış:.....servisi Ex

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. İlhan DEMİR'e ait "Cinsel Aktivite İle İlgili 3. Basamak Acil Servise Olan Başvuruların Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 11./07/2015

Başkan : *Doc. Dr. Nevki Hakan EREN*

Üye : *Prof. Dr. Polat DURLUKAN*

Üye : *Prof. Dr. Ö. Levent AVSAROĞULLARI*