

ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

Erişkin OSAS'lı erkek hastalarda CPAP kullanımının cinsel yaşam kalitesine etkisi

Ü. Taşkın, M. Arıcıgil, Ö. Yiğit, S. Salman, E. Özyalvaçlı, G. Toptaş

Özet

Amaç: OSAS günümüzde sıklıkla karşılaşılan ve beraberinde birçok sistemik probleme de neden olan üst solunum yolu hastalığıdır. Birçok hasta başka sebeplerden dolayı hekime başvurmasına rağmen OSAS tanısı almaktadır. Bu hastalarda hastaların pek üzerinde durmadığı ya da şikayetini hekime iletmekte zorlandığı durum cinsel hayatındaki ve psikososyal yaşantısındaki bozukluklardır. Cinsel yaşantıdaki bozukluklar psikolojik, nörolojik, hormonal ve vasküler sebeplerden kaynaklanabilir. Çalışmamızda OSAS tanısı alan CPAP cihazı verilen hastalardaki cinsel yaşantılarını sorgulamak ve cihaz kullanımı sonrası değişiklikleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Polikliniğimizde OSAS tanısı alarak CPAP cihazı verilen 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Cihaz öncesi hastalara Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 soruluk (IIEF-5) veriyonu ile cinsel yaşam kaliteleri ve Beck depresyon skalası ile psikososyal durumları değerlendirildi. Aynı soruların olduğu formlar cihaz kullanmaya başladıktan 1 ay sonra tekrar dolduruldu. Hastaların cihaz öncesi ve sonrası hormonal profillerine bakıldı. Cinsel fonksiyonu etkileyecek hipertansiyon, diabetes mellitus, periferik nöropatik hastalığı olanlar, prostat kanseri olan, pelvik travma öyküsü olan, endokrin bozukluğu olan hastalar çalışma dışında tutuldu. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: CPAP kullanan hastalarda cinsel fonksiyonlarında belirgin düzelme olduğu, depresyon skalalarında da olumlu değişiklikler saptanmıştır.

Sonuç: OSAS'lı hastalarda birçok sistemik bozukluk gibi cinsel yaşantıda bozulmaktadır ve depresyon skorları bozulmaktadır. Bu hastalarda CPAP kullanımı ile beraber bu bulguların da kısa sürede düzelmeye başladığı görülmüştür.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2008; 46(3): 219-223

Giriş

Obstrüktif sleep apne sendromu (OSAS) üst solunum yollarının tıkanmasına bağlı solunumda kesilmelerin olması, uykunun bölünmesi ve oksijen saturasyonunun düşmesi ile karakterize bir sendromdur. Hipertansiyon (HT), hiperlipidemi, hiperkolesteromi ve kardiyovasküler hastalıklar gibi çok sayıda sistemik komplikasyona neden olur. Komplasyonların gelişme mekanizması kesin olmamakla beraber multifaktöriyel olduğu düşünülmür.¹

Eretil disfonksiyonda (ED) OSAS'ın bir komplikasyonu olarak ilk olarak 1977'de bildirilmiştir ve daha sonra bunu destekleyen yayınlar vardır.² ED psikolojik, nöronal, hormonal ve vasküler sistemlerin problemine bağlı gelişen durumdur. OSAS'lı hastalarda ED'nin oluşma mekanizması kesin değildir. Fanfulla ve ark.³ çalışmalarında ED'nin OSAS'a bağlı nöronal hasarın ilk bulgusu olabileceğini belirtirken, Margel ve ark. ise ağır OSAS'lı hastalarda sabah yorgunluğu ve yüksek apne-hipopne indeksi

(AHI)'nin ED'ye predispozan olduğunu bildirmiştir.⁴ Nazal CPAP OSAS'lı hastaların tedavisinde altın standarttır. ED'li OSAS hastalarındaki CPAP tedavisinin sonuçları ile ilgili çalışma nadirdir. Perimenis ve ark. ED'li OSAS hastalarında sadece CPAP tedavisi ile kombine CPAP ve sildenafil tedavisinin sonuçlarını karşılaştırmışlar ve kombine tedavide daha iyi sonuçlar elde etmişlerdir.⁵

Biz de çalışmamızda CPAP tedavisi uygulanan ağır OSAS'lı hastalardaki ED sıklığını ve CPAP kullanımının sonuçlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku polikliniğinde polisomnografi testi yapılan ve ağır OSAS tanısı alan, tedavisi için CPAP önerilen 17 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalardan çalışmaya katılmaları için imzalanmış onam formları alındı. Hastalara birbirini takip eden iki gün tüm gece polisomnografileri yapıldıktan sonra CPAP titrasyonu bir başka günde yapıldı. En az 7 saatlik uyku kaydı yapıldı. Elektroensefalogram (EEG), elektrokulogram (EOG), elektromiyogram (EMG) ve elektrokardiyogram (EKG) kayıtları yapıldı. Nazal kanül ile hastaların solunumu takip edildi. Göğüs ve abdomen hareketleri, oksijen saturasyonu ve horlama sesleri kaydedildi. Polisomnografi sonuçları Amerikan Akademi Uyku kriterlerinin sınıflamasına göre yapıldı. Apne, solunumun en az 10 saniye ve üzeri durması, hipopne ise solunumun %50'sinin en az 10 saniye azalması olarak kabul edildi. Bir saat içindeki apne hipopne ataklarının toplamı apne-hipopne indeksi (AHI) olarak kabul edildi. AHI'i >30 olan hastalar ağır OSAS olarak değerlendirildi. Hastaların ED şikayetlerinin değerlendirilmesi ve olası etkenlerin tespiti için hastanemizin üroloji kliniğinde kontrolleri yapıldı.

Hastalara CPAP kullanmaya başlamadan önce uluslararası erektil fonksiyon indeksinin (IIEF-5) 5 soruluk versiyonunun formu dolduruldu. IIEF-5 formundaki sorular cinsel ilişkinin etkinliğini ve ereksi-

yon fonksiyonunun yeterliliğini belirlediği için bu test ED hastalarının değerlendirilmesi için en geçerli testtir.⁶ Her sorunun skorları 1'den 5'e kadar ve toplamda minimum skor 5, maksimum skor 25'idi. IIEF-5 formunun skorlaması üroloji hekimi tarafından yapıldı. Yüksek skor iyi ereksiyon fonksiyonu anlamına gelmektedir. ED'nin sınıflamasında skor 5-7 arasında ciddi dereceli ED, 8-11 arası orta dereceli ED, 12-16 arası hafif-orta dereceli ED, 17-21 arası hafif dereceli ED, 22-25 arası normal erektil fonksiyon olarak değerlendirildi (Tablo 1).

Hastaların ayrıca psikolojik durumlarını analiz etmek için Beck Depresyon Skalası (BDI) formu dolduruldu (Tablo 2). BDI formu 21 sorudan oluşan, hastanın psikolojik durumunu değerlendirmek için sıkça kullanılan bir testtir.⁷ En düşük puanı 0, en yüksek puanı 63'dür. Skorlamada puan yükseldikçe hastanın psikolojik problemi daha derindir. BDI sınıflamasına göre 0-9 puan arası normal, 10-18 arası hafif-orta depresyon, 19-29 arası orta-şiddetli depresyon, 30-63 arası şiddetli depresyon olarak kabul edildi.

Tüm hastaların laboratuvar tetkikleri yapılarak biyokimyasal ve hormonal problemler araştırıldı,

Tablo 1. IIEF-5 skalası puanlaması.

Skor	Sonuç
22-25	ED YOK ED yok
17-21	Hafif ED
12-16	Hafif orta ED
8-11	Orta ED
5-7	Şiddetli ED

Tablo 2. BDI puanlaması.

Skor	Yorum
0-9	Depresyon yok
10-18	Hafif-orta depresyon
19-29	Orta şiddetli depresyon
30-63	Şiddetli depresyon

anormal değere sahip hastalar çalışma dışında bırakıldı. Tüm hastalar 1 ay CPAP tedavisi sonrası tekrar değerlendirilerek IIEF-5 ve BDI formları dolduruldu.

ED gelişme riskini arttırdığı için, nitrat kullanan, hormonal bozukluğu olan, nöropatik hastalığı olan, prostat kanseri olan, pelvik travma hikayesi olan, renal transplantasyon geçiren, aortik anevrizması olan, spinal kord hasarı olan, endokrin bozukluğu olan, penil deformitesi olan, alkol bağımlılığı olan, psikotropik ilaç kullanan, akut ve kronik psikiyatrik hastalığı olan, kronik hastalığı olan, kardiyovasküler hastalığı olan, metabolik ve nörolojik hastalığı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

İstatistiksel analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda, paired t test ve wilcoxon rank testleri, korelasyon analizi Pearson yöntemi ile yapıldı. $p<0.001$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 17 erkek hastanın yaşları 40 ile 75 arasında ortalama yaş 52.06 ± 8.02 idi (Tablo 3). En düşük AHI değeri 30.2, en yüksek 86.7, ortalama 51.506 ± 21.794 idi (Tablo 4)

Tüm hastaların O₂ saturasyon değerleri düşüktü. 9 hastanın O₂ saturasyonu <80 . 8'inin ise >80 di. Her iki gruptaki hastalarda CPAP tedavisi öncesi ve sonrası ED skorlarında düzelme görüldü, fakat her iki grup arasında O₂ saturasyonu seviyesine göre ED arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 5).

CPAP tedavisi öncesi ortalama ED skoru 15.65 ± 5.05 iken CPAP sonrası 19.06 ± 3.94 oldu. Dolayısıyla CPAP sonrası ED skorları anlamlı derecede artmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6). CPAP tedavisi öncesi ortalama BDI skoru 13.7 ± 6.05 (hafif-orta depresyon) iken CPAP sonrası 5.11 ± 2.06 oldu. Dolayısıyla CPAP sonrası BDI skorlarında anlamlı derecede azalma olmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6).

Ayrıca hiçbir hastada CPAP tedavisine bağlı komplikasyon gelişmedi.

Tablo 3. Yaş ve PSG sonuçları.

Hasta	Yaş	AHI	Min O ₂ sat.	C.Ö. Sex skor.	C.Ö. beck dep.	C.S. Sex skor.	C.S. Beck dep.
1	52	30.7	85	21	12	23	4
2	47	30.7	77	18	33	21	11
3	53	40	71	21	15	23	6
4	49	30.5	75	6	9	10	3
5	59	30.2	78	17	13	22	2
6	58	35.3	94	5	11	11	4
7	75	79.1	83	10	7	16	3
8	41	67	90	17	17	21	3
9	56	70.5	78	16	19	21	5
10	40	83.6	58	14	17	17	1
11	48	45.5	92	11	13	17	8
12	58	50.5	94	15	5	17	4
13	53	31.8	81	22	10	23	1
14	48	34.5	92	20	22	22	10
15	50	86.7	67	17	16	19	5
16	51	84	77	16	9	20	7
17	47	45	76	21	11	21	10

C.Ö.: Cihaz öncesi; **C.S.:** Cihaz sonrası

Tablo 4. Hastaların yaşları.

	n	Minimum	Maximum	Ort	SD
Yaş	17	40	75	52.06	8.02
AHI	17	30.2	86.7	51.506	21.794

Tablo 5. O₂ saturasyonu ED skoru.

O ₂ sat.	<80 (n:9)		>80 (n:8)		p
	Ort	SD	Ort	SD	
CPAP öncesi ort. ED skoru	16.22	4.47	15.00	5.88	0.634
CPAP sonrası ort. ED skoru	19.33	3.91	18.75	4.23	0.722

Tablo 6. CPAP tedavisi öncesi ve sonrası ED ve BDI skorları.

	CPAP öncesi		CPAP sonrası		p
	Ort	SD	Ort	SD	
Sex Skoru	15.65	5.05	19.06	3.94	.000***
BDI	13.7	6.05	5.11	2.06	.00000

Tartışma

Eretil disfonksiyon cinsel ilişkinin devamlılığı için yeterli ereksiyonun ve devamlılığın sağlanamaması durumudur⁸ ve hormonal, vasküler, nöronal, psikolojik, endokrin bozukluklara⁴ bağlı gelişebilir.

Uykusuzluk, uykuda sık uyanmalar, huzursuz bacak sendromu, OSAS ve ED erkeklerde sık görülen problemlerdir. Uyku bozuklukları metabolik problemlere (obezite, diyabet) neden olan birçok biyolojik değişikliklere neden olabilir.⁹ Bir çalışmada obezite ve ED arasındaki ilişkinin bağımsız mı olduğu, ya da artmış kardiyovasküler risklere veya hipoandrogenadizme mi bağlı olduğu ayırt edilememiştir. Esposito'nun çalışmasında kalori alımının azaltılması ve fiziksel aktivitenin artırılması ile %10'luk vücut ağırlığının azalması sonunda kontrol grubuna göre ED'de düzelmeler bildirilmiştir.¹⁰

OSAS'lı hastalardaki hipoksi, psikiyatrik bozukluklar, sabah yorgunluğu, uyku bozukluğu ED'a neden olabilir.³ Çalışmaya katılan ağır OSAS'lı hastalarımızın depresyon skorlarında belirgin bozulmalar tespit edildi ve ED'nin oluşmasında etkin rol alabileceği düşünüldü.

OSAS'lı hastalarda hipertansiyon ve hiperlipidemi için uzun süreli ilaç kullanımının da ED gelişmesinde rolü olduğu düşünülür.⁷ Bu hastaların ED tedavisinde kontrol edilmeyen hipertansiyon varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla ED multifaktöriyel bir sebepten dolayı gelişebilir ve CPAP tek başına şikayetleri ortadan kaldırmayabilir. OSAS'lı hastalarda ED'nin oluşma mekanizması ile ilgili birçok çalışma vardır. Fakat ağır OSAS'lı hastalarda ED sıklığı ve CPAP tedavisinin etkinliğini araştıran çalışma nadirdir. Bizim çalışmamızda, ED riskini arttıran sistemik problemleri olan hastalar çalışma dışında bırakılarak CPAP tedavisinin etkisinin daha fazla ve objektif olması sağlandı. Çalışmamızda ciddi OSAS'lı hastaların cinsel fonksiyonlarında değişik seviyelerde problemleri olduğu görüldü. Tüm hastalar ağır OSAS (AHI>30) olduğu için ED görülme olasılığı daha fazlaydı, fakat AHI daha yüksek seviyeler çıktıkça şikayetlerde de doğru orantılı artış görülmedi.

OSAS'lı hastalardaki ED'nin tedavisi için değişik çalışmalar vardır. Bir çalışmada hafif OSAS'lı hastalarda CPAP tedavisi ile beraber sildenafilin, tek başına CPAP tedavisine göre semptomları daha da düzelttiği bildirilmiştir. Bu da sildenafilin korpus kavernosum ve düz kastaki etkisine bağlı olabilir.² Fakat Margel'in çalışmasında CPAP tedavisinin ED semptomlarını arttırdığı bilinmektedir.¹¹ Bizim çalışmamızda CPAP tedavisi sonrası hastalarda belirgin oranda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ED ve BDI skorlarında düzelmeler görüldü. ED'nin düzelmesinde hipoksinin düzelmesinin etkin olduğu düşünülse de O₂ saturasyonunun <80 olan hastalardaki AHI, ED skoru, BDI skorları ile 80'nin üzerinde

olan hastalardaki skorlar arasında anlamlı bir farkın olmaması hipoksinin tek başına değil de psikolojik etkenlerinde etkin olduğunu gösterir. CPAP tedavisi ile uyku probleminin çözülmesi depresyon skorlarını düzelterek ED skorlarını da düzelmiştir. Fakat çalışmamızda bu hastalardaki ED'nin oluşum mekanizması ile ilgili araştırma yapmadık ve literatürde oluşum mekanizması ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

OSAS'lı hastalarda ED sık karşılaşılabilecek bir problemdir ve hastalar ED ile ilgili şikayetlerini dile getirmeyebilir. Dolayısıyla OSAS tanısı konulan hastalarda ED de sorgulanmalı, ayrıca ED şikayeti olan hastalarda da OSAS sorgulanmalıdır. ED tespit edilen OSAS'lı hastalarda CPAP tedavisinin etkin bir yeri vardır. Bu hastalarda hipoksinin önemli bir parametre olduğu düşünülse de altta yatan depresyon durumunun da gözden kaçmaması gerekir ve depresyonun düzelmesi ile ED şikayetlerinin de azalacağı bilinmelidir.

Kaynaklar

1. **Katragadda S, Xie A, Puleo D, Skatrud JB, Morgan BJ.** Neural mechanism of the pressor response to obstructive and nonobstructive apnea. *J Appl Physiol* 1997; 83: 2048-54.
2. **Perimenis P, Karkoulas K, Konstantinopoulos A, et al.** Sildenafil versus continuous positive airway pressure for erectile dys-

function in men with obstructive sleep apnea: a comparative study of their efficacy and safety and the patients satisfaction with treatment. *Asian J Androl* 2007; 9: 259-65.

3. **Fanfulla F, Malaguti S, Montagna S, et al.** Erectile dysfunction in men with obstructive sleep apnea: an early sign of nerve involvement. *Sleep* 2000; 23: 775-81.
4. **Margel D, Cohen M, Livne PM, Pillar G.** Severe, but not mild, obstructive sleep apnea syndrome is associated with erectile dysfunction. *Urology* 2004; 63: 545-9.
5. **Perimenis P, Konstantinopoulos A, Karkoulas K, Markou S, Perimeni P, Spyropoulos K.** Sildenafil combined with continuous positive airway pressure for treatment of erectile dysfunction in men with obstructive sleep apnea. *Int Urol Nephrol* 2007; 39: 547-52.
6. **Rosen RC, Capelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM.** Development and evaluation of an abridged 5 version of the International Index of Erectile Function as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11: 319-26.
7. **Gonçalves MA, Guilleminault C, Ramos E, Palha A, Paiva T.** Erectile dysfunction, obstructive sleep apnea syndrome and nasal CPAP treatment. *Sleep Med* 2005; 6: 333-9.
8. **Heruti R, Shochat T, Tekes-Manova D, Ashkenazi I, Justo D.** Association between erectile dysfunction and sleep disorders measured by self-assessment questionnaires in adult men. *J Sex Med* 2005; 2: 543-50.
9. **Seftal AD, Strohl KP, Love TL, Bayard D, Kress J, Netzer NC.** Erectile dysfunction and symptoms of sleep disorders. *Sleep* 2000; 25: 643-7.
10. **Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, et al.** Effects of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 2978-84.
11. **Roizenblatt S, Guilleminault C, Poyares D, Cintra F, Kauati A, Tufik S.** A double blind placebo controlled, crossover study of sildenafil in obstructive sleep apnea. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1763-7.
12. **Margel D, Tal R, Livne PM, Pillar G.** Predictors of erectile function improvement in obstructive sleep apnea patients with long term CPAP treatment. *Int J Impot Res* 2005; 17: 186-90.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Ümit Taşkın

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KBB Kliniği

İSTANBUL

GSM: (0532) 376 37 50

e-posta: taskin_omit@yahoo.com