

**DERLEME
MAKALE**

**Kenan Taştan¹
Coşkun Öztekin¹
Memet Işık¹**

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Erzurum

Yazışma Adresi:

*Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
25240 Yakutiye/Erzurum
Tel: +90 4423448751
E-mail: ktastan2002@yahoo.com*

*Geliş Tarihi: 11.12.2014
Kabul Tarihi: 29.06.2015*

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Aile Hekimi ve Andropozdaki Erkek

ÖZ

Erkeklerde yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan andropoz, aslında testosteron hormonunun azalması ile birlikte görülen fizyolojik bir sürecin adıdır. Andropoz her ne kadar erkek menopoza olarak adlandırılrsa da, menopoza ile arasında bariz farklar bulunmaktadır. Menopozda klinik süreç östrojen ve progesteron hormonlarında ani bir düşme ile ortaya çıkarken, andropozda, yaşın ilerlemesiyle birlikte testosteron hormonunda yavaş yavaş azalma görülür ve klinik semptomların ortaya çıkış süreci menopoza göre daha sinsi ve uzun sürelidir. Üreme açısından da bu iki klinik durum birbirinden farklıdır. Menopozda fertilitate tamamen ortadan kalkarken, andropozda fertilitate çok ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir. Bu yazıda, andropozda birinci basamak sağlık bakımı ile ilgili öne çıkan durumlar özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, Andropoz, Erkek Üreme Sağlığı.

Family Physicians and the Male in the Andropause

ABSTRACT

Andropause in men seen with the advancement of age, in fact, is the name of a physiological process associated with a decrease in testosterone. Although andropause is labeled as male menopause, there are obvious differences between menopauses. In menopause the clinical course emerge with a sudden decrease in estrogen and progesterone hormones, while in andropause, testosterone gradually decreases with the advancing age and the process of clinical symptoms emergence may last more insidious and longer than menopause. In terms of reproduction, these two clinical conditions are different. While in menopause, fertility completely disappears; in andropause fertility can continue until very advanced ages. In this paper, prominent conditions in andropause associated with primary health care are summarized.

Keywords: Family Physician, Andropause, Male Reproductive Health.

GİRİŞ

Andropozun varlığı ve tanımı yıllarca tartışma konusu olmuştur. Son yıllarda andropoz, Testesteron hormonu eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan gerçek fizyolojik bir durum olarak kabul edilse de hala andropozun gerçek tanımı üzerine tam bir karara varılamamıştır.

Tanım

Yunanca bir terim olan andropoz (andropause); “andros” erkek ve “pause” durmak anlamına gelen kelimelerinden oluşmaktadır. Erkeklerde yaşın ilerlemesiyle birlikte testesteron hormonunun azalmaya başlaması ile karakterizedir. Klinik olarak kadınlardaki östrojen üretiminin azalması ve zamanla tama yakın olarak kesilmesi anlamına gelen menopoza benzemekle birlikte, tanım tam olarak örtüşmemektedir. Bu nedenle de erkeklerde oluşan bu tabloya “andropoz” adının verilmesine bazı bilimsel çevreler itiraz etmektedir (1-4).

Bazı uzmanlar andropozu penil ereksiyon yetersizliği olarak tanımlarken, diğerleri hormon düzeyindeki belirgin düşüşün varlığı olarak tanımlamıştır. Fakat uzmanların çoğu andropozun yaşa bağlı testesteron, dehydroepiandrosterone ve diğer hormonlardaki düşüşün etkileri olduğu konusunda hemfikirdir (2-5). Kadınların üreme yeteneğinin sona erdiği yıllar olarak bilinen menopoz, hemen hemen herkes tarafından bilinmesine rağmen, erkeklerinde andropoz olarak adlandırılan ve menopoza benzer geçiş dönemini yaşadığı pek bilinmemektedir (1,2,5). Andropoz ne bir hastalık ne de bazı erkeklerde yaşlandıkça ortaya çıkan “orta yaş krizi” olarak kabul edilmektedir. Orta yaş krizlerinin çoğu andropozdan 10-20 yıl önce görülmekte ve kadınlardaki pre-menopoz ya da peri-menopoz belirtilerine benzer başlangıç semptomları yaşanmaktadır (2,5).

Testesteron hormonundaki düşüşün yavaş olması ve erkeklerde bu duruma karşı oluşan yanıtın farklılıklar göstermesi andropozun fark edilmesini güçleştirmektedir. Ayrıca, erkeklerin semptomlar hakkında kolayca konuşamaması; sağlık bakım arayışlarının kadınlara göre daha az olması; yaşanan cinsel problemlerin kültürel değerler nedeniyle gizli tutulmaya çalışılması tanıyı zorlaştıran diğer nedenlerdir (2,5-7).

EPİDEMİYOLOJİ

Andropozun prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Ancak günümüzde yaşlı popülasyonun artması ile birlikte bu kliniğin de artış göstereceği beklenebilmektedir. 20. yüzyılın son 10 yılında bir milyar artan dünya nüfusunun, 25 yıl içerisinde tahminen iki milyar civarında artacağı tahmin edilmektedir. Yaşam beklentisindeki artışla birlikte yaşlı popülasyonunun neredeyse üç katına çıkması beklenmektedir (2,8). Bu durum andropoz dönemine giren insan sayısının artacağı anlamına da gelmektedir. Yapılan araştırmalarda 39-70 yaşları arasındaki erkeklerde, serum serbest testesteron seviyelerinin yılda yaklaşık %1,2 oranında düştüğü gösterilmiştir. 65 yaş üstü

erkeklerin yaklaşık %25-50'sinde biyoyararlanılabilir testesteron düzeylerinde düşüş gerçekleşmekte ve androjen replasman tedavisi gerektirecek belirtiler ortaya çıkmaktadır. Elbette yaştan bağımsız olarak, genetik bozukluklar, şişmanlık, çeşitli hormonal dengesizlikler (büyüme hormonu, tiroid hormonları, insülin), alkol, stres ve kronik hastalıklar, testiste travma, malnutrisyon ve çeşitli ilaçlar (kemoteropik ajanlar, kortikosteroidler, marihuana, opioidler, ketokonazol) kan testesteron düzeylerinde düşmeye sebep olabilmektedir (2,9-12).

Andropoz Döneminde Görülen Sağlık Sorunları

1. *Cinsel istekte ve özellikle gece ereksiyonlarında olmak üzere ereksiyon kalitesinde azalma, erektil disfonksiyon*
2. *Davranışsal değişiklikler, entellektüel kapasitede azalma, unutkanlık, yorgunluk, depresyon ve sinirlilik hali, konsantrasyon yeteneğinin azalması*
3. *Vücut kitlesinde, özellikle kas yoğunluğu ve gücünde azalma*
4. *Vücut kıllarında azalma (özellikle koltukaltı ve genital bölgede), kellik, deri değişiklikleri*
5. *Osteoporozla neden olan kemik mineral yoğunluğunda azalma*
6. *Prostat hipertrofisi, üriner problemler*
7. *Viseral yağ dokusunda artış (özellikle karın bölgesinde yağlanma), kolesterol, trigliserid ve insülin seviyelerinde yükselme, hipertansiyon, koroner arter elastikiyetinde azalma, kalp kaslarının zayıflaması ve kalp krizi riskinde artış (2,5,6,8,9,10,13,14).*

Andropozda Birinci Basamak Sağlık Bakımı ve Aile Hekimi

Birinci basamak hekimi, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Yaş, cinsiyet ya da kişinin herhangi bir özelliğine bakmaksızın kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmekte ve sağlıklı dönemlerde de gereken hizmetleri kişinin tüm hayatını kapsayacak şekilde vermektedir. Aynı zamanda bireylerin, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir ve sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Birinci basamak hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır (15).

Aile hekiminin verdiği sağlık hizmetindeki önemli noktalardan birisi hizmet verdiği bireylerle olan iletişimdir. Aile hekimi, sürekli takip ettiği ve duygusal yönlerine de önem veren profesyonel bir iletişim kurduğu andropoz döneminde olan kişi ile bu döneme ait özel sağlık sorunlarını teferruatlı olarak konuşabilecek ve bu sorunlara uygun yaklaşımda bulunabilecek hekimidir. Bu nitelikler göz önüne alındığında, özel bir perspektif gerektiren “andropoz dönemi ve problemleri”

konusunda bilgilendirme, danışmanlık, doğru fiziksel-cinsel-ruhsal tutum ve davranışların kazanılmasında, birinci basamak hekimi başarılı bir hizmet sunabilir. Ayrıca aile hekimi sorumlu olduğu hastalara hizmet sunarken toplumun kullanılabilir kaynaklarını ve sağlık ihtiyaçlarını göz önüne alarak, başka sağlık hizmeti sunucularından da yararlanabilir (16). Gerektiğinde hastasını uygun branş hekimine yönlendirebilir ve branş hekimi ile birlikte koordineli bir şekilde hastasını takip edebilir.

TEDAVİ

Tedavinin bir ayağı yaşam tarzı değişiklikleri, diğer ayağı ise medikal tedavidir. Andropoz ile beraberinde tip 2 diyabetes mellitus, obezite, insülin direnci olan hastalar fiziksel aktivite ve diğer yaşam tarzı değişiklikleri açısından motive edilmelidir. Medikal tedavinin amacı, hipogonadizmi klinik ve biyokimyasal yönleriyle tedavi etmektir. Bu amaçla hastaya eksojen androjen replasman tedavisi verilir. Ayrıca DHT/testosteron ile österojen/testosteron oranları korunacak şekilde eksojen androjen tedavisi uygulanmalıdır.

Testosteron replasmanı hastaya; çeşitli şekilde verilebilir:

1. *Oral preparatlar: Tek önerilen oral testosteron preparatı, Testosteron-undecanoate'tır. 120-160 mg/gün şeklinde önerilir.*
2. *Transbukkall tabletler: mukozaya yapışan, yavaş salınımlı 30mg'lık tabletler günde 2 kez uygulanır. İritasyon, inflamasyon, gingivitis oluşturabilir.*
3. *Transdermal testosteron preparatları: 5-10 mg/gün şeklinde verilir. Dezavantajı,*

partnere geçme olasılığı ve cilt irritasyonudur.

4. *Enjekte edilebilen testosteron preparatları: 7-21 günde bir uygulanır.*
5. *Pellet implantı testosteron preparatı: 3-6 ay etkinliği sürmekle birlikte invaziv bir işlemdir ve enfeksiyon riski bulunmaktadır (17-19).*

Testosteron tedavisi; prostat kanserli erkekler, meme kanserli erkekler, tedavi edilmemiş obstruktif uyku apne sendromlu hastalar, hematokrit %52 ve üzerinde hastalarda kontrendikedir (20,21).

SONUÇ

Andropoz döneminde olan insanların diğer konularda olduğu gibi bu dönemle ilgili sağlık ihtiyaçlarını da kendilerini takip eden ve bu konuda eğitim geçmişi olan sağlık profesyonellerinden almaları önemlidir. Kadınların üreme yeteneğinin sona erdiği yıllar olarak bilinen menopoza, hemen herkes tarafından bilinmesine rağmen, erkeklerdeki andropozun toplum tarafından yeterince bilinmemesi, bu dönemi yaşayan kişilerde ayrıca sıkıntılara neden olmaktadır. Bu sıkıntıların en aza indirilmesi veya giderilmesi primer olarak hastayı hayatının her döneminde takip eden birinci basamak hekimi olan aile hekimine düşmektedir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerine andropoz dönemiyle ilgili sağlık sorunlarını geniş kapsamda içeren bir eğitim müfredatının geliştirilerek entegre edilmesi, bu konuda danışmanlık hizmetlerinin sunulması, bu dönemde yaşanan sağlık sorunlarının azaltılması açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Braverman ER. Male Sexual Fitness, Cause and Solutions for Andropause. IL: Keats Publishing; 1999.
2. Novak A, Brod M, Elbers J. Andropause and Quality of Life: Findings from Patient Focus Groups and Clinical Experts. *Maturitas* 2002; 43(4): 231-7.
3. Charlton R. Ageing Male Syndrome, Andropause, Androgen Decline or Mid-Life Crisis?. *JMHG, Journal of Men's Health and Gender*, 2004; 1(1): 55-9.
4. Çalım Sİ, Şirin A. Andropoz: Erkek Menopozu mu? *TAF Prev Med Bull* 2013;12(4):471-6.
5. What You Should Know About Andropause (Male Menopause) 2003. Women's Health Connection. www.womenshealthconnection.com (Erişim Tarihi: 12.07.2014).
6. Dikmenoğlu N, Gökçe Kutsal Y (Editör). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
7. Mulligan T. Andropause: Pathophysiology, Problems, and Practice Guidelines <http://www.virginia geriatrics.org/faculty/Andropaus.pdf> (Erişim Tarihi: 02.01.2012).
8. Bilen CY, Özen H. Yaşlı Erkeklerde İzlenen Androjen Düşüklüğü (PADAM). *Geriatri* 2001;4(4):167-73.
9. Ergen A. Yaşlanan Erkeklerde Androjen Düşüklüğü ve Andropoz. *2009*;31-34 http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/8.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2011).
10. Sun Y, Liu Z. Men's Health in China. *JMHG, Journal of Men's Health and Gender* 2007; 4(1):13-7
11. Yüksel AF, Yurdaşık B. Andropoz 2000. <http://www.genetikbilimi.com/tip/antropoz.html> (Erişim Tarihi: 19.06.2012).
12. Vance ML. Andropause. *Growth Hormone & IGF Research* 2003;13 Suppl A:S90-2.
13. Sarıyüce O. Andropoz. http://www.doktorsitesi.com/yazi/1657/Andropoz?a_id=88 (Erişim Tarihi: 12.01.2012).
14. Biddle J. Andropause. <http://www.docbiddle.com/mo%20reinfo/presentations/Andropause.pdf> (Erişim Tarihi: 02.01.2012).

15. Ünalın P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları -1.Aşama. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004; 9-16.
16. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 1991.
17. Bhasin S, Jameson JL. Disorder of the Tests and Male Reproductive System. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauster SL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2005; 2185-97.
18. Ankara Tabip Odası. Hekimler İçin Temel Geriatri. <http://ato.org.tr/#/yayinlar/kitaplar/liste> (Erişim Tarihi: 19.12.2014).
19. TEMD Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Çalışma Gurubu. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Klavuzu. <http://www.turkendokrin.org/icerik.php?id=19&m=menu17> (Erişim Tarihi: 19.12.2014).
20. Singh P. Andropause: Current concepts. Indian J Endocrinol Metab 2013;17(Suppl 3):S621.
21. Amore M, Innamorati M, Costi S, Sher L, Girardi P, Pompili M. Partial androgen deficiency, depression, and testosterone supplementation in aging men. Int J Endocrinol 2012;2012:280724. doi: 10.1155/2012/280724. Epub 2012 Jun 7.