

# **Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD)**

**Doç. Dr. Süleyman Eserdağ**  
*Hera Klinikler*



## Dr. Süleyman Eserdağ



Specialist experience in the biggest maternity hospital in Turkey, in 'Zekai Tahir Burak Educational and Research Hospital' (2002-2008)



**Sexologist Fellow** by European Federation of Sexology (EFS) and European Society of Sexual Medicine (ESSM) (2014)



**International Instructor of ECAMS** based in Ireland (European College of Aesthetic Medicine and Surgery). (2015)



Founder and President of the **HERA Vaginismus Treatment, Educational and Research Association** (2015)



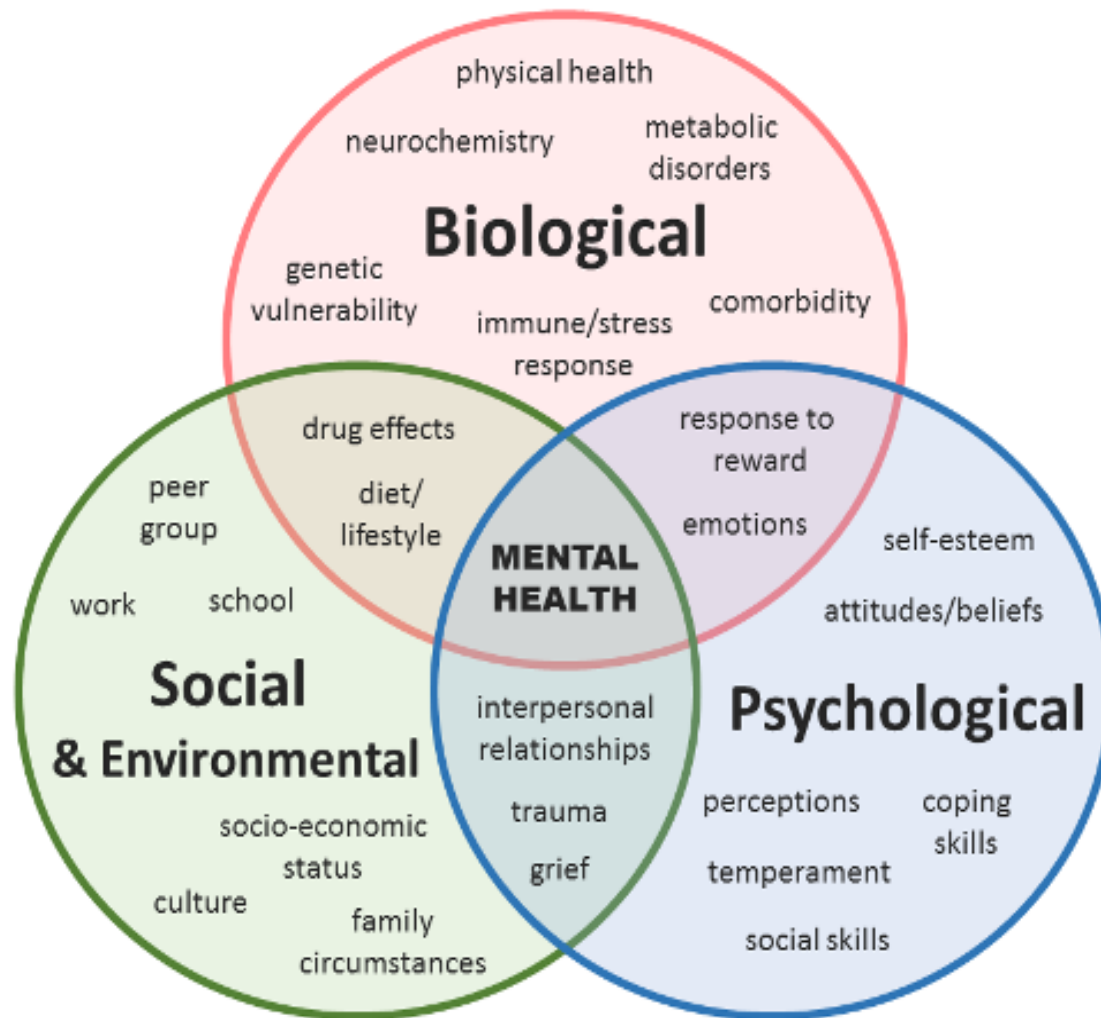
Founder, President and International Trainer of the **International Society of Aesthetic Genital Surgery and Sexology (ISAGSS)** (2017)



Founder of the 4 centers based in *Istanbul (European and Asian Sides), Ankara, and Izmir* known as '**HERA CLINICS**' dedicated to aesthetic genital surgery and sexual dysfunctions (2003- ...)

**SOSYAL MEDYA HESAPLARI (Instagram ve Facebook):** [dr.suleymaneserdag](#)

# Bio-psiko-sosyal Model



## Belirleyiciler

- Ömür boyu / Kazanılmış
- Genel / Durumsal
- Partner faktörleri
- İlişki faktörleri
- Kişisel hassasiyet
- Kültürel ve dini faktörler
- Medikal faktörler

# Cinsel Problemler

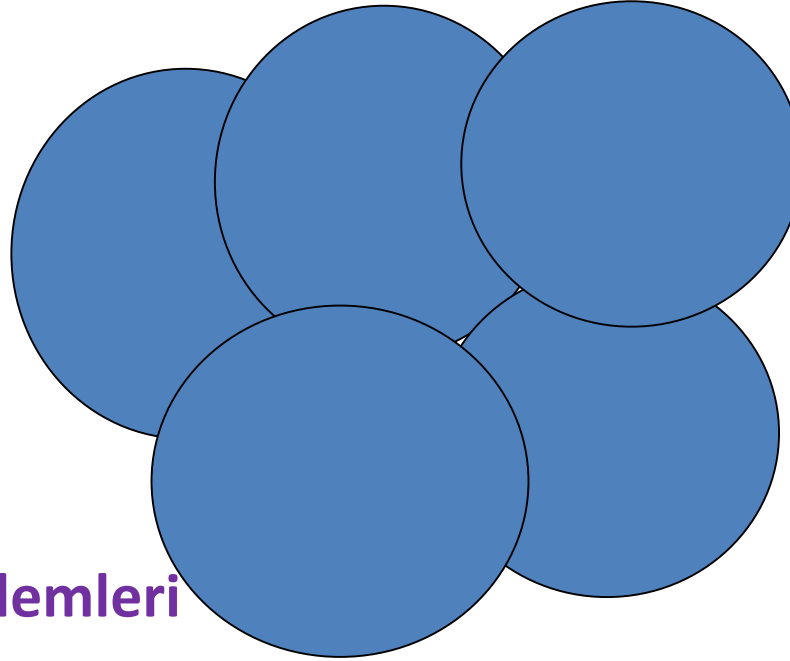
İstek Problemleri

Vajinismus

Uyarılma  
Problemleri

Ağrı

Orgazm Problemleri





Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneđi tarafından  
(International Association for the Study of Pain=IASP)  
Ağrı tarifi:

- vücutun herhangi bir yerinden başlayan,
- organik bir nedene bađlı olan veya olmayan,
- kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili,
- sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu.

*Doku hasarının bilinçsiz şekilde farkına varılması.*

Persistan genital uyarılma bozukluğu (PGAD) nadir görülen, **istemsiz şekilde, zorla gelen ve distrese neden olan genital uyarılma** sendromudur.

Uyarılma, **cinsel istek ve stimulasyon olmaksızın** da izlenmektedir.

Farklı şekillerde görülebilir ve çoğu zaman **etioloji belli değildir**.

Çoğunlukla **psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklarla** bir aradadır.



## Tanım (ICD-11)

- **Genital dolgunluk, şişlik, duyarlılık artışı, bazen meme uçlarında dolgunluk** ile karakterizedir. Tam bir rezolüsyon olmaksızın semptomlar yenileyerek devam eder.
- Orgazm ile semptomlar hafiflese de tam **bir rahatlama için multipl orgazmlara ihtiyaç** duyulur.
- Uyarılma **cinsel heyecanlanma ve heyecanlanma olmaksızın** vardır.
- Cinsel uyarı, cinsel olmayan uyarı ve bazen **hiçbir uyarı olmaksızın** persistan uyarılmalar vardır.
- Distrese sokan uyarılmalar davetsiz, zorlayıcı ve istem dışıdır.
- Semptomlar **en az 3 ay süreyle** devam etmelidir.



- Diğer isimleri: «Yorgun genital sendrom» ve «PSAS».
- Ağrılı uyarılar vajinal ve klitoral bölgededir. Dinlenmede ve cinsel penetrasyon anında fiziksel distrese neden olur ve cinsel işlevi olumsuz etkiler.
- Medikal ve psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği vardır.
- Tedavide komorbid rahatsızlıklarla da baş etmek için multidisipliner bir yaklaşım önemlidir.
- Seksoloji, üroloji, nöroloji, radyoloji, psikiyatri, psikoloji, jinekoloji, fizyoterapi gibi branşların desteği önemlidir.

- Görülme sıklığı %0,6-2,7 arasındadır.
- Erkeklerde de benzer semptomlar izlenebilmektedir (%1,1-4,3).
- Semptomlar genelde 37 yaşlarında başlar ve 60'lı yaşlardan sonra genelde azalmaktadır.
- Siyahilerde ve Hispanik Latinlerde daha siktir.
- Eğitilmiş kesimde daha siktir.

- Genel fiziki bulgular
- Lokasyon
- Miktarı
- Şiddeti
- İlk başlangıcı
- Hangi durumlarda arttığı (tetikleyici faktörler neler)
- Cinsel öykü nasıl
- Komorbid hastalıklar, kullanılan ilaçlar
- Kas iskelet sistemi
- Mekanik travma öyküsü
- Çocukluk çağı travmaları

# Komorbiditeler

- Kronik Pelvik Ağrı
- İntertial Sistit
- Üriner semptomlar (İşemede zorluk, sık idrar çıkma, disüri, idrar akışının azlığı, noktüri)
- Somatik şikayetler (Kronik yorgunluk, fibromyalji, kronik baş ağrıları)
- İrritabl barsak sendromu
- Huzursuz bacak sendromu
- Psikolojik şikayetler (Anksiyete, depresyon, panik atak, OCB, hastaların yarıya yakınında intihar düşünceleri)

- Psikolojik faktörler
- Çocukluk dönemi suiistimalleri (Hastaların %36-53 öykülerinde vardır).
- Vasküler malformasyonlar  
Pelvik varisler, pelvik konjesyon sendromu, arteriovenöz malformasyonlar «klitoral priapizm» nedeni olabilir.  
Tanıda anjiyografi, MR, Doppler USG
- Norolojik hastalıklar (Santral veya periferik nedeni)
- Tarlov kistleri (%38). Sakral bölgede prox. ve dorsal kök ganglionlarda yer alır.
- Travmalar (Trafik veya bisiklet kazaları gibi)
- Multipl faktörler
- İdiopatik (\*çoğu)

# Jinekolojik Muayene

- Muayene kısa sürmelidir. Fazla dokunmadan kaçınılmalıdır.
- Pelvik taban kaslarında hipertoni var mı?
- Muayenede ağrı var mı?
- Uyarılma genel mi, bölgesel mi?

\* Özellikle komorbid hastalıkların teşhisi açısından laboratuvar tetkikleri önemlidir.

- Tam İdrar Tetkiki
- İdrar Kültürü
- Tiroid Fonksiyon Testleri
- Karaciğer Fonksiyon Testleri
- FSH, PRL, E2 paneli



ISAGSS  
**Görüntüleme**

- Pelvik MR veya CT (Özellikle batın içi kitlelerin değerlendirilmesi için)
- Pelvik USG
- Doppler USG
- Pelvik Anjiyografi (Varis varlığında)
- Lumbosakral MR (Tarlov kistlerinin ve intervertebral hernilerin saptanmasında)
- Pelvis ve omuriliğin 3-Tesla MR görüntülemesi sinir sıkışmalarını ve sacral Tarlov kistlerini gösterebilmektedir. Ayrıca, T2 ağırlıklı MR'da da Tarlov kistleri görüntülenebilmektedir.



# Tarlov Kistleri



## Şikayetler:

- Disparoni
- Perineal, vajinal, penil, kalça, bacak, lomber, sakral veya koksigeal ağrı
- Proktalji
- Mesane disfonksiyonu, üriner ve/veya fekal inkontinans, işeme bozuklukları
- Kas güçsüzlüğü
- Uyluk veya ayakta parestezi
- Retrograd boşalma
- Erektile disfonksiyon

(Komisaruk ve Lee, 2012)

- Tek başına veya partnerli *hangi cinsel aktivitelerde daha rahat?* Bunları saptaması istenir.
- İlişkileri *farklı pozisyonlarda denemek* önerilebilir.
- Diyetle soya gibi *fitoestrogenlerin azaltılması* yarar sağlayabilir.
- Akut dönemlerde *buz kompresyonu* veya *topikal anestezi kremler* önerilebilir.
- Psikolojik semptomlu hastalarda *emosyonel destek* sağlanmalıdır. Gerekirse anksiyete ve depresyon üzerine ilaçlar başlanmalıdır.

- Vasküler nedenli ise tedavide halka (coil) embolizasyonu veya cerrahi çıkartma.
- Beyinde kontrolsüz epileptik aktiviteler varsa «antiepileptik tedaviler».
- PGAD, C-fibrillerin aktivasyonu ile seyreden vulvodini'nin bir alt grubu da olabilir. Bu durumda pudendal blok, TENS veya noromodülasyon tedavileri uygulanabilir.

- Tarlov kistlerinin çıkartılması tüm hastalarda iyileşme sağlamaz. Hatta bazen tabloyu daha da kötüleştirebilir.
- SSRI ve SNRI türü ilaçlara başlamak, bazen de bu ilaçları hızlıca bırakmak PGAD semptomlarına yol açabilir. Tam mekanizma?
- Duloksetin (Cymbalta™ 30mg 1x1)

## Medikal tedaviler:

Farmakoterapiler:

- uyuşturucu kremler,
- analjezik ilaçlar,
- kas gevşeticiler,
- sinir stabilizan ilaçlar (topiramite),
- botulinum toksin enjeksiyonu,
- gababentin (%5) + amitriptilin (%2) + ketamin (%5) kombinasyonu kremler, günde 2 kez intravajinal yolla.

# Psikolojik ve Psikiyatrik Tedaviler

- Psikoterapi
- Cinsel terapi
- İlişki terapisi
- Hipnoterapi
- Psikiyatrik semptomların giderilmesi için;  
Transkranial Magnetik Stimulasyon (TMS) ve  
Elektrokonvulzif Terapi (EKT)

- Pelvik rehabilitasyon
- TENS
- Noromodulasyon
- Tetik noktalarına yapılan manuel masaj tedavileri
- Yoga egzersizleri

For you



LOVE U

