

Ocena funkcji seksualnych oraz zaburzeń erekcji u chorych na łagodny rozrost stercza

Preliminary study the assessment of sexual function and erectile dysfunction patients with benign prostatic hyperplasia

Sławomir Dutkiewicz¹, Wiesław Duda², Magdalena Duda²

¹Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Szpital Urologiczny im. prof. E. Michałowskiego w Katowicach

Streszczenie

Wstęp. Analiza funkcji seksualnych oraz zaburzeń erekcji stanowi ważną część oceny stanu zdrowia mężczyzn. Zaburzenia erekcji są szczególnie istotnym i częstym predyktorem różnych schorzeń, między innymi układu krążenia i serca.

Celem pracy była wstępna ocena stanu zdrowia seksualnego, a w szczególności erekcji, chorych na łagodny rozrost stercza (BPH).

Materiał i metody. W latach 2007 i 2008 badano (lekarze podstawowej opieki zdrowotnej) łącznie 10 932 chorych na BPH na terenie całej Polski, stosując kwestionariusze Sex-Score oraz International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5). Wiek badanych mieścił się w granicach 50–69 lat, a połowa z nich nie piła alkoholu ani nie paliła nikotyny. Prawie 30% miało nadciśnienie tętnicze, nieco ponad 15% cukrzycę, a prawie 5% hiperlipidocholesterolemię. Najwięcej badanych pochodziło z województw śląskiego (2944 — 26,95%) i mazowieckiego (1205 — 11,03%), a najmniej z podlaskiego (43 — 0,39%) i zachodniopomorskiego (235 — 2,15%).

Wyniki. Za bardzo ważne i ważne oceniło współżycie płciowe odpowiednio 1697 — 15,52% oraz 4621 — 42,27% badanych. W kwestionariuszu Sex-Score 11–15 punktów uzyskało najwięcej chorych, czyli 4953 — 45,34%; kolejno 6–10 punktów 2503 — 22,9% chorych; 16–20 punktów 1845 — 16,9%; 0–5 punktów 1385 — 12,68%. W kwestionariuszu IIEF-5 najwięcej chorych, czyli 4742 — 43,41%, uzyskało 16–20 punktów; kolejno 2182 — 19,98% 11–15 punktów; następnych 1432 — 13,11% 21–25 punktów; 1140 — 10,44% 0–5 punktów oraz 1129 — 10,34% 6–10 punktów. W ocenie erekcji (E): utrzymanie wzwodu do końca stosunku prawie zawsze u 1999 — 18,29%, często u 3725 — 34,07%, wystarczająca E do penetracji pochwy: w większości razy u 2356 — 21,55%; w połowie razy u 2467 — 22,57%; sporadycznie u 2136 — 19,54%. W ocenie satysfakcji ze stosunków płciowych: prawie zawsze u 1453 — 13,29%; w połowie razy u 2418 — 22,12%; czasami u 4127 — 37,75%.

Wnioski:

1. Badani chorzy na BPH ocenili współżycie seksualne jako bardzo ważne (42%) w ich życiu, a za ważne uważało je około 29% chorych.
2. Jedynie 18% chorych oceniło jako wystarczające utrzymanie erekcji do zakończenia stosunku.
3. Satysfakcjonujące stosunki miało około 13,3%, rzadko zadowolające około 22,1%, a sporadycznie było zadowolonych około 38% badanych chorych na BPH.

Seksuologia Polska 2010; 8 (2): 55–59

Słowa kluczowe: zdrowie mężczyzn, funkcje seksualne, erekcja, zaburzenia erekcji, łagodny rozrost stercza

Abstract

Introduction. Preliminary study the assessment of sexual function and erectile dysfunction patients with benign prostatic hyperplasia

Aim of study was assessment of sexual function and in particular erection patients with BPH in Poland.

Material and methods. In during 2007 and 2008 years were examined (by general practitioners) 10 932 patients with BPH (in IPSS, International Prostate Symptom Score, from 8 to 19 points) by questionnaires Sex-Score and IIEF-5 (International Index of Erectile Function 5). Age of pts. was from 50 to 69 yrs. ; half of all pts not drinking and smoking; nearly 30% have got hypertension; up to 15% diabetes and nearly 5% pts. to occur hyperlipaemia and cholesterolaemia. Majority pts to come from Śląskie (2944 — 26.95%) and Mazowieckie (1205 — 11.03%) province and least from Podlaskie (43 — 0.39%) and Zachodniopomorskie (235 — 2.15%).

Results. The examination was considered sex coexistence as very important and important suitable by 1697 — 15.52% and 4621 — 42.27% pts. Results from Sex-Score questionnaire: majority of pts 4953 — 45.34% to get 11–15 pnt., next 2503 — 22.9% pts. 6–10 pnt.; 1845 — 16.9% pts. 16–20 pnt.; 1385 — 12.68% pts. 0–5 pnt. Results IIPS-5: majority of pts. 4742 — 43.41% to get 16–20 pnt.; next 2182 — 19.98% 11–15 pnt.; 1432 — 13.11% 21–25 pnt.; 1140 — 10.44% 0–5 pnt.; 1129 — 10.34% 6–10 pnt. The assessment of erection (E): remaining of E to finish coitus — nearly always 1999 — 18.29% pts.; frequently 3725 — 34.07% pts.; enough E to penetrate vaginal — in majority 2356 — 21.55% pts., in halves time 2467 — 22.57% pts.; occasionally 2136 — 19.54%. Sexual intercourse to give satisfaction: nearly always 1453 — 13.29% pts.; partial in 2418 — 22.12% pts.; sometimes in 4127 — 37.75% pts.

Conclusions:

1. The examination patients with BPH to assess sexual intercourse in his life like very important and important suitable by 42% and 29% pts.
2. Solely 18% patients to keep erection to finish his sexual intercourse.
3. Taken as a whole satisfaction of sexual intercourse to state only on 13.3% pts.; scare in 22.1% pts. and occasionally in 38% pts.

Polish Sexology 2010; 8 (2): 55–59

Key words: men's health, sexual function, erection, erection dysfunction, benign hyperplasia prostate

Wstęp

Zaburzenia erekcji (ED, *erectile dysfunction*) najczęściej występują oraz nasilają się równocześnie z procesami starzenia się organizmu [1]. Czynnikiem sprzyjającymi ED, a także nierzadko poprzedzającymi tę dysfunkcję są różne choroby, leki i używki [2–7]. Nie wyjaśniono dotychczas czy ED jest w procesie łagodnego rozrostu stercza (BPH, *benign prostatic hyperplasia*) związane z wiekiem czy z tą chorobą [8]. Wiadomo, że głównym czynnikiem ryzyka BPH jest wiek [9, 10]. Z wiekiem narastają dolegliwości LUTS (*lower urinary tract symptom*) związane z przeszkodą podpęcherzową dla odpływu moczu. Nasileniu tych objawów często towarzyszą ED. Wprawdzie leczenie farmakologiczne, obecnie najczęstsza metoda terapii LUTS/BPH, u większości poprawia jakość życia QoL (*quality of life*), ale nie zawsze ED [8–10].

Celem pracy jest ocena znaczenia współżycia seksualnego, zaburzeń erekcji i satysfakcji ze stosunków płciowych chorych na BPH w Polsce.

Materiał i metody

W latach 2007 i 2008 badano łącznie 10 932 chorych na BPH w wieku 50–79 lat na terenie całej Polski.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej za pomocą techniki wywiadu bezpośredniego stosowali kwestionariusze *Sex Score* oraz *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5). Najwięcej badanych było w województwach śląskim (2944 — 26,95%) i mazowieckim (1205 — 11,03%), a najmniej w podlaskim (43 — 0,39%) i zachodniopomorskim (235 — 2,15%); całą grupę przedstawiono w tabeli 1. Niepalący tytoniu stanowili 46,63%, a niepijący alkoholu 46,53%. W stałej obserwacji bez leków było 18,19%, a pozostałych leczono farmakologicznie. Nasilenie LUTS/BPH na podstawie kwestionariusza *International Prostate Symptom Score*: 0–7 pkt u 30,42%; 8–19 pkt 57,64%; powyżej 20 pkt 8,44%. Leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego było 36,78%, z powodu cukrzycy 18,78%, a z powodu hiperlipidocholesterolemii 4,66%.

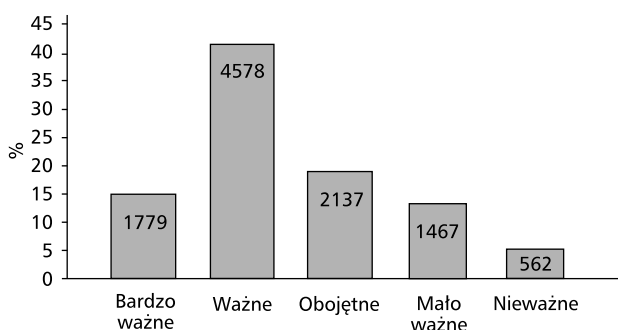
Wyniki

Ocena stopnia ważności współżycia seksualnego przez badanych chorych na BPH (kwestionariusz *Sex-Score*):

- bardzo ważny dla 1779 (16,27%) pacjentów,
- ważny dla 4578 (41,87%) pacjentów,
- mało ważny dla 1467 (13,42%) pacjentów,

Tabela 1. Liczba badanych chorych na łagodny rozrost stercza (10 932 — 100%) w poszczególnych województwach Polski

Województwo	Liczba pacjentów (%)
Śląskie	2944 (26,95)
Mazowieckie	1205 (11,03)
Wielkopolskie	813 (7,44)
Małopolskie	792 (7,25)
Dolnośląskie	762 (6,98)
Pomorskie	648 (5,93)
Lubelskie	645 (5,90)
Kujawsko-Pomorskie	527 (4,82)
Podkarpackie	507 (4,64)
Łódzkie	503 (4,60)
Świętokrzyskie	460 (4,21)
Opolskie	316 (2,89)
Warmińsko-Mazurskie	314 (2,87)
Lubuskie	306 (2,80)
Zachodniopomorskie	235 (2,15)
Podlaskie	43 (0,39)



Rycina 1. Ocena ważności współżycia seksualnego przez badanych chorych na BPH

— obojętny dla 2137 (19,55%) pacjentów,
 — nieważny dla 562 (5,14%) pacjentów.
 Odpowiedzi odmówiło 410 (3,75%) badanych. Wyniki przedstawiono na rycinie 1.

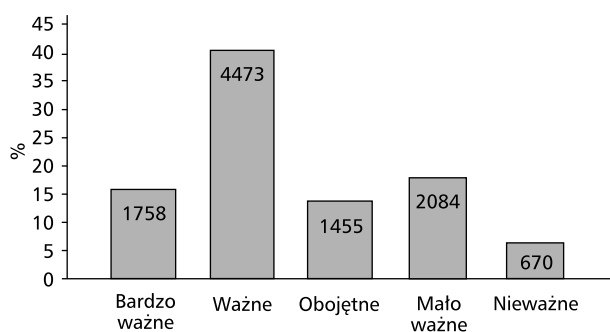
Ocena ważności pełnego wzwodu i wytrysku nasienia w kategorii:

- bardzo ważne dla 1758 (16,08%) pacjentów,
- ważne dla 4473 (40,92%) pacjentów,
- mało ważne dla 1455 (13,31%) pacjentów,
- obojętne dla 2084 (19,06%) pacjentów,
- nieważne dla 670 (6,13%) pacjentów.

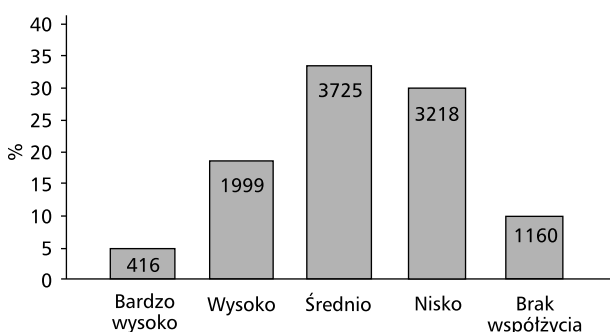
Odpowiedzi odmówiło 4,5% badanych (ryc. 2).

Na podstawie kwestionariusza IIEF-5 ocena możliwości uzyskania wzwodu i jego utrzymania była:

- bardzo wysoka u 416 (3,81%) pacjentów,



Rycina 2. Ocena ważności pełnego wzwodu i wytrysku nasienia przez badanych chorych na BPH



Rycina 3. Ocena możliwości osiągnięcia wzwodu i utrzymania jego przez badanych chorych na BPH

- wysoka u 1999 (18,29%) pacjentów,
- średnia u 3725 (34,07%) pacjentów,
- niska u 3218 (29,44%) pacjentów,
- brak współżycia u 1160 (10,61%) pacjentów.

Odpowiedzi odmówiło 3,78% badanych. Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

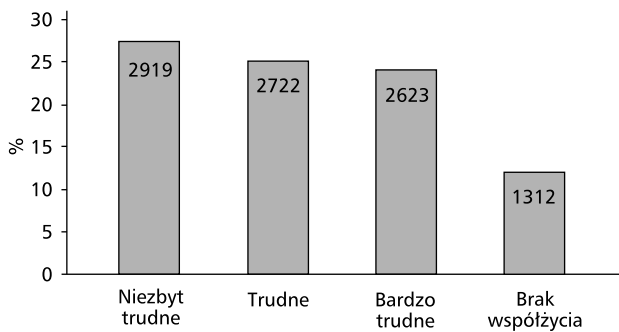
Utrzymanie wzwodu do zakończenia stosunku płciowego oceniło jako:

- łatwe — 912 (8,34%) pacjentów,
- niezbyt trudne — 2919 (26,70%) pacjentów,
- trudne — 2722 (24,9%) pacjentów,
- bardzo trudne — 2623 (23,95%) pacjentów.

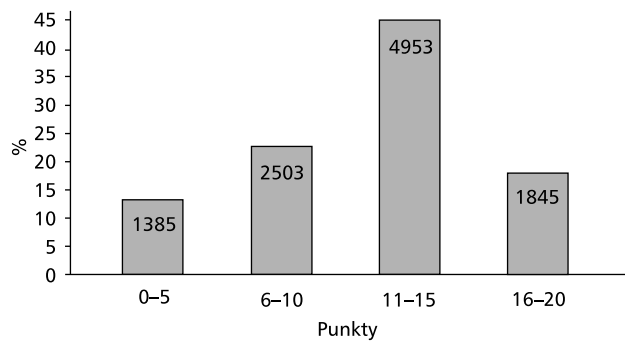
Do braku współżycia przyznało się 1312 (12,0%). Odpowiedzi odmówiło 4,11% badanych (ryc. 4).

Satysfakcję z odbytego stosunku płciowego odczuwało:

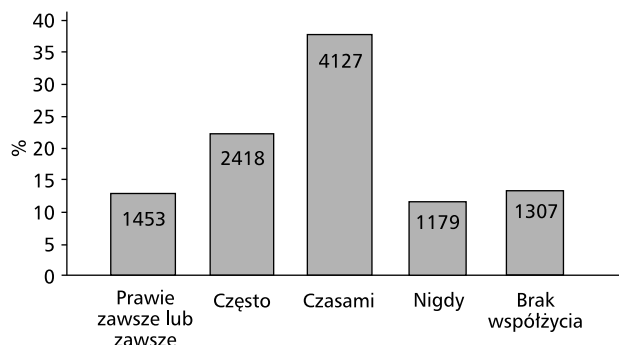
- prawie zawsze — 1453 (13,29%) pacjentów,
- większość razy — 2418 (22,12%) pacjentów,
- czasami, czyli około połowę razy — 4127 (37,75%) pacjentów,
- nigdy 1179 (10,78%) pacjentów,
- brak współżycia 1179 (10,78%) pacjentów.



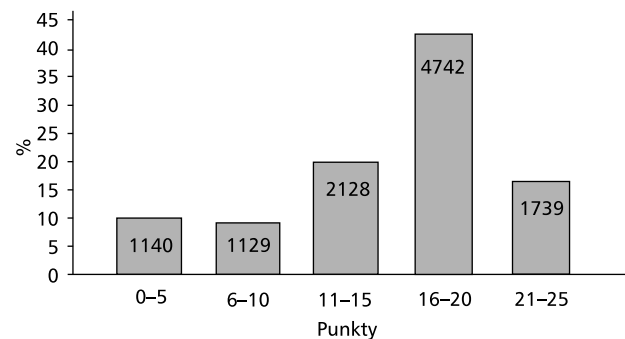
Rycina 4. Ocena możliwości utrzymania prącia w stanie wzwodu do zakończenia stosunku płciowego przez badanych chorych na BPH



Rycina 6. Wynik kwestionariusza Sex-Score badanych chorych na BPH



Rycina 5. Ocena satysfakcji ze stosunku płciowego przez badanych chorych na BPH



Rycina 7. Wynik kwestionariusza IIEF5 badanej grupy chorych na BPH

Odpowiedzi odmówiło 4,1% badanych (ryc. 5).

Wyniki podsumowujące liczby punktów kwestionariuszy: A — Sex-Score (ryc. 6) oraz B — IIEF5 (ryc. 7).

Dyskusja

Na podstawie *Massachusetts Male Aging Study*, zaburzenia erekcji dotyczą około 52% zdrowych osób w wieku 40–70 lat [11]. W podobnym wieku byli badani chorzy na BPH w Polsce, ale ED zgłosiło ponad 85%. Ten fakt może sugerować, że nie tylko wiek był powodem ED. Wiek i choroby towarzyszące BPH wpływają na wzrost liczby mężczyzn cierpiących na ED [1, 10]. W miarę nasilenia objawów BPH obniża się ocena jakości życia, a to bezpośrednio wpływa na ED [12].

Wśród hospitalizowanych chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę i dializowanych z powodu niewydolności nerek ED stwierdzono u 72,6% badanych [7]. W innych badaniach grupy ponad 7 tysięcy chorych na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę stwierdzono ED odpowiednio u 67% i 71% chorych [2]. W kolejnych badaniach obejmujących dużą liczbę chorych,

a dotyczących przewlekłej niewydolności nerek, stwierdzono ED u ponad 80% chorych [3, 4, 7]. W łagodnym rozroście stercza, zależnie od stopnia zaawansowania choroby i metod leczenia, stwierdzano jej wpływ na występowanie ED [8, 9]. Potwierdzono też w badaniach (Da Silva), że aktywność seksualna jest ważna dla chorych na BPH [12]. Natomiast Leliefeld i wsp. uważają, na podstawie własnych 9-miesięcznych badań chorych na BPH, leczonych wieloma metodami, że występowanie ED u tej kategorii chorych jest przypadkowe. U 84% chorych autorzy przytoczonej pracy nie stwierdzili zmian w zakresie funkcji seksualnych [za: 8].

Ze wstępnych badań własnych mężczyzn chorych na BPH badanych w różnych regionach Polski takie spostrzeżenie się nie potwierdza. Wśród badanych około połowa nie paliła nikotyny i tyle samo nie piło alkoholu, a prawie wszyscy byli leczeni farmakologicznie, w tym ponad 30% leczyło się dodatkowo z powodu nadciśnienia tętniczego. W wynikach końcowych wszystkich badanych stwierdzono u ponad 85% chorych na BPH w różnym stopniu ED. Mimo

że wpływ na ED jest wieloczynnikowy, na przykład zależy też od nikotyny [5], a w badanej grupie połowa chorych na BPH nie paliła i nie używała alkoholu, to jednak problemy z erekcją, które występują u ponad 85% badanych mężczyzn w Polsce, prawdopodobnie wskazują na zależność BPH od ED. Problem wydaje się istotny dla ogólnego zdrowia, bowiem około 42% badanych oceniło sferę życia seksualnego jako ważną, a w badaniach Da Silva i wsp. nawet 50% [12]. Istnieją opublikowane wyniki badań, w których stwierdzono negatywny wpływ ilościowego wzrostu tkanki włóknisto-mięśniowej na aktywność seksualną mężczyzn chorych na BPH [13]. W kolejnych badaniach stwierdzono wysoki stopień korelacji między ED a zaburzeniami mikcji, szczególnie z nietrzymaniem moczu [14].

W badaniach autorów niniejszej pracy zaledwie około 20% chorych na BPH oceniło, że w większości razy ich stosunek płciowy mogli uznać za satysfakcjonujący. Podobne wyniki opublikował Da Silva ze współpracownikami. Na podstawie opracowanego kwestionariusza oceniano satysfakcję ze stosunków płciowych, ich częstotliwość, zdolność do odbycia stosunku, aktualną aktywność seksualną, zainteresowanie tą sferą życia, pożądaniem seksualnym itp. [12].

Pośród istotnych elementów dysfunkcji w zakresie seksualności ważnym elementem jest ED, który wpływa istotnie na jakość życia mężczyzn [15]. Dlatego w obecnie przedstawianej pracy jej autorzy uważają za konieczne kontynuowanie badań i wykonanie wszechstronnej metaanalizy zebranego materiału w celu określenia zależności ED od wielu zmienionych badanych chorych na BPH, jak na przykład wiek, zażywane leki, współistniejące choroby itd., oraz ich porównania międzygrupowe.

Wnioski

1. Grupa badanych chorych na BPH oceniła współżycie seksualne za bardzo ważne w ich życiu (42%), za ważne — około 29% chorych, łącznie 71% badanych.

2. Zdolność utrzymania erekcji do końca stosunku stwierdziło jedynie 18% badanych chorych na BPH.
3. Satysfakcjonujące stosunki seksualne miało jedynie 13,3%, rzadko zadowolające 22,1%, a sporadycznie było zadowolonych 38% badanych chorych na BPH.

Piśmiennictwo

1. Montorsi F., Birganti A., Salona A. i wsp. Starzenie u mężczyzn a zaburzenia wzdodu prącia. *BJU Inter.* 2003; 5: 28–32.
2. Giuliano H.A., Leriche A., Jaudinot E.O., de Gendre A.S. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology* 2004; 64 (6): 1196–1201.
3. Ali M.E., Abdel-Hafez H.Z., Mahran A.M. i wsp. Erectile dysfunction in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis in Egypt. *Int. J. Impot. RES* 2005; 17 (2): 180–185.
4. Krishnan R., Izatt S., Bergman J.M., Oreopoulos D. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in patients on peritoneal dialysis. *Int. Urol. Nephrol.* 2003; 35 (4): 553–556.
5. Yap R., Mevary K. Palenie tytoniu a zaburzenia wzdodu prącia — jak silna zależność? *Contemp. Urol.* 2003; 2 (1): 14–18.
6. Dean J.A. A practical diagnostics approach to patients with erectile dysfunction in the oral drug therapy. *EUA Updates Series* 2004; 2 (2): 49–55.
7. Wolski Z., Kraśnicki K., Czapkowicz E. i wsp. Zaburzenia erekcji u chorych hospitalizowanych z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, i dializowanych (doniesienie wstępne). *Seksuologia Polska* 2006; 4 (1): 1–5.
8. Kassabian V.S. Sexual function in patients treated for benign prostatic hyperplasia. *Lancet* 2003; 4 (9351): 60–62.
9. Naderi N., Mochtar C.A., de la Rosette J.J. Real life practice in the management of benign prostatic hyperplasia. *Curr. Opin. Urol.* 2004; 14 (1): 41–44.
10. Dutkiewicz S. *Zdrowie mężczyzn. Układ moczowy i płciowy.* Amedic Warszawa 2002.
11. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. i wsp. Impotence and its medical psychosocial correlates, results of Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 1994; 151: 54–61.
12. Da Silva C.F. BPH and quality of life. Place of sexuality. W: Dimopoulos C.A., Di Silverio F. (red.). *BPH from molecular biology relief.* Monduzzi Ed., International Proceeding Division 1996.
13. Shepherd S. Aetiological factors in BPH. Sexual activity. W: Garraway M. (red.). *Epidemiology of prostatic disease.* Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1995: 114–115.
14. Hamdy F.C., Carretero P., Perrin P. The impact of age, drugs and disease on sexual activity in European men. W: Dimopoulos C.A., Di Silverio F. (red.). *BPH from molecular biology to patient relief.* Monduzzi Ed., International Proceedings Division 1996.
15. Dutkiewicz S., Fortuna M., Jarema R. Wpływ zaburzeń erekcji na jakość życia mężczyzn z chorobami stercza. *Terapia* 1999; 2 (72): 42–43.